

2021, a megújulás éve

2021 the Year of the Renewal

Az Egészségfejlesztés folyóirat 2016 tavasza óta elektronikus formában jelenik meg. Az eddig megjelent 23 lapszám mintegy 600 közleménynek adott helyet. Olvasottságunk évek óta egyenletesen növekszik. Olvasóink és szerzőink iránti megbecsülésünket kívánjuk kifejezni azokkal a jelenleg folyó komoly változtatásokkal is, amelyek az olvasói élmény növelését és a közölt írások színvonalának, valamint a folyóirat tudományos rangjának további emelését célozzák.

Elsőként említendő a lap szerkesztését, megjelentetését szolgáló informatikai háttér megújítása. 2021-ben a 2. lapszámtól kezdve az Egészségfejlesztés folyóirat informatikai háttérét a 60-nál is több elektronikus folyóiratot kiszolgáló MTA Könyvtár és Információs Központ fogja biztosítani. Ezzel gördülékenyebbé válik a szerzőkkel való kapcsolattartás, és egyúttal bővített szolgáltatásokkal, új köntösben fog megjelenni lapunk.

A folyóirat arculati elemei mellett a közlemények megjelenési formája is módosul. Ehhez illeszkedően a kéziratok benyújtásához a megújított *Útmutató a folyóirat szerzői számára* című dokumentum ad majd eligazítást. A benyújtott kéziratok is újrahangolt szerkesztőségi folyamatokon keresztül érik el majd végleges formájukat, jelennek meg az olvasók előtt.

2021-ben kezdtük meg rangos nemzetközi lapok mintájára a hazai szinten még újdonságnak számító *Online First*, nálunk Lapszám előtti közlemény szolgáltatást. Az előzetesen megjelentetett cikkek segítenek a gyors tájékozódásban, egyúttal felhívják az olvasók figyelmét egy-egy fontosabb közleményre.

A Szerkesztőség legfőbb célja a lap küldetésének minél magasabb színvonalon történő teljesítése. Ezt az is jelzi, hogy a Szerkesztőség újabb, társzakkákat képviselő szerkesztőkkel 19 főre bővült. A Szerkesztőség szakmai sokszínűsége a biztosítéka annak – ahogyan az a küldetésünkben szerepel – „hogyan előmozdítsa az egészségügy, valamint más szektorok különböző szakterületei közötti szakmai kommunikációt, és hozzájáruljon a hazai egészségfejlesztés és a népegészségügy színvonalának emeléséhez...”

Bízva abban, hogy az Egészségfejlesztés Folyóirat érdekes és hasznos írásai továbbra is olvasóink meglegedését szolgálják, 2021-re jó egészséget és sikeres szakmai munkát kíván

a Szerkesztőség

Új szerzői útmutató, TOP 10 rangsor

New author's guide, the TOP 10

2021-ben a lapunk több szempontból is megújul, de a legfrissebb olvasottsági statisztikákat a megszokott módon ismertetjük ezután is. Bemutatjuk, hogy melyek voltak a legolvasottabb összefoglalók és teljes cikkek, valamint megmutatjuk az aktuális Top 10 összeállítást.

A 10 legérdekesebbnek bizonyult cikk közé bekerült a „Családok éve 2018” programhoz kapcsolódóan megjelent különszámunkban közölt „Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban” című közlemény.

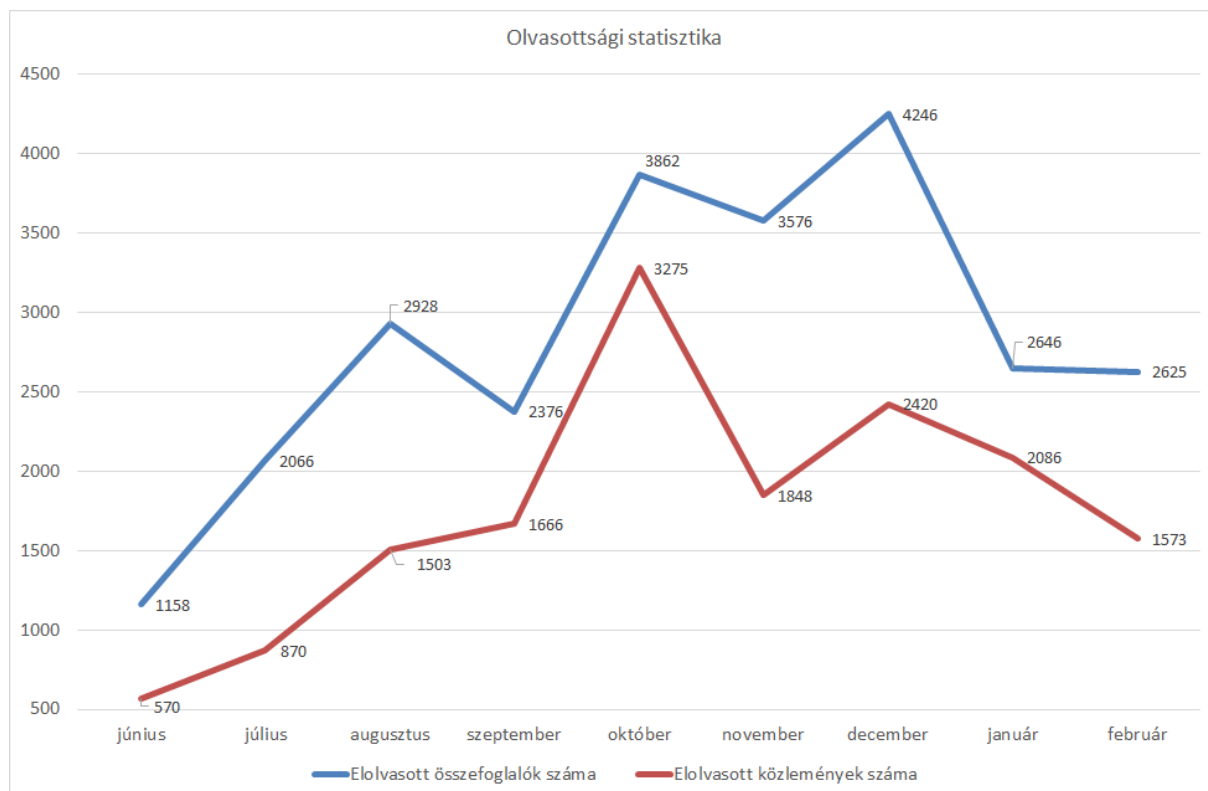
Az összefoglalók olvasottsági rangsorában nem történt változás, a hazai iskolákban folytatott egészséges életmóddal kapcsolatos kutatásokról szóló írás áll az első helyen. A legolvasottabb cikk

pedig évek óta a csecsemőkori allergia-megelőzésről szóló szakdokumentum.

A közlemények új formában és megújult szerkesztési folyamaton át jelennek meg, ennek megfelelően frissült a kéziratok benyújtásához segítséget nyújtó *Útmutató a folyóirat szerzői számára*, mely e közlemény mellékletében érhető el.

Az olvasottsági statisztika mutatja folyóiratunk növekvő népszerűségét, köszönjük olvasóink töretlen bizalmát és várjuk a közlésre szánt cikkeket.

Írják meg hozzászólásaikat, javaslataikat a cikkekhez bejelentkezés után a [weboldalon](#), és kövessék a lapot a [facebook-on](#) is.



Megte- kintések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lap- szám
ÖSSZEFOGLALÓ			
1250	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
1048	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1021	Az egészségműveltség definíciói	Csimadia P	2016. 3.
1006	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
916	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016. 3.
911	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
891	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018. 1.
875	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.
761	Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I. - Felnőtt felmérés	Balku E, Vitrai J	2016. 2.
748	Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei	Pénzes G, Bíró É	2018. 4.
TELJES KÖZLEMÉNY			
3898	A csecsemőkorai allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
2175	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1790	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
1469	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1387	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1297	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1118	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
878	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.
872	Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése	Németh Á	2016. 1.
856	Kiskorúak egészségügyi ellátása Magyarországon betegjogi aspektusból	Feith JH	2018. 5.
"ÉRDEKESSÉG"			
2,72	A csecsemőkorai allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
2,05	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1,58	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1,27	Tematikus cikkválogatás a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területéről	szerkesztőség	2020. 3.
1,27	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1,24	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1,05	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.
1,03	Kiskorúak egészségügyi ellátása Magyarországon betegjogi aspektusból	Feith JH	2018. 5.
1,02	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
0,96	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.

Termékinformációk szerepe az ételviszere-választásban - a Debreceni Egyetem hallgatóinak attitűdvizsgálata és a tudatos vásárlást támogató applikációk lehetőségei

The role of food information in choice - attitude analysis of the students at the University of Debrecen and potential applications supporting conscious consumption

Szerzők: Botos Szilviaⁱ ✉, Bíró Évaⁱⁱ, Tóth Mihályⁱ, Szilágyi Róbertⁱ

Beküldve: 2020. 07. 28.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.615

Kulcsszavak: termékösszetevők; attitűd; tudatosság; ételviszere-választás; mobilalkalmazás
Keywords: food composition; attitude; consciousness; food choice; mobile application

Összefoglaló

Bevezetés: Az ételviszerevásárlás során több tényező is befolyásolja a tudatos választást. A csomagolásokon elhelyezett ételviszercímkék, melyek európai uniós rendeleteknek megfelelően tartalmaznak információkat a termékekről (pl. védjegyek, termékösszetétel, tápérték, allergén anyagok stb.) segítik a vásárlókat, habár ezeknek az elolvasása, értelmezése időigényes. Cikkünkben bemutatjuk a vizsgált korcsoport termékösszetevőkkel kapcsolatos véleményét, továbbá a válaszadók érdeklődési arányát olyan mobilalkalmazás formájában elérhető szolgáltatásokra, melyek összekötő hidat jelenthetnek a fogyasztó és a termékinformációk között, ezzel támogatva az egészséges és tudatos ételviszere-választást. Hipotézisünk a következő volt: Azok, akiknek van valamilyen speciális étrendi igénye (betegség, étel intolerancia, vegetáriánus étrend stb.), vagy akik rendszeresen, legalább hetente sportolnak, azok jobban odafigyelnek a termékek összetevőire és nagyobb az érdeklődésük egy egészséges választást támogató mobil applikáció iránt.

Módszertan: Kérdőíves kutatást végeztünk, melynek célja a 18–25 éves korosztály attitűdjeinek felmérése volt. A kérdőívet a Debreceni Egyetem hallgatói töltötték ki, anonim módon és önkéntes részvétellel, összesen 376-an. Az adatok elemzéséhez leíró statisztikai módszereket és Mann–Whitney U-tesztet alkalmaztunk.

Eredmények: A válaszadók 38 %-ának van valamilyen speciális étrendi igénye és 61 %-uk legalább hetente sportol. A válaszadók többségének fontos, hogy ne olyan terméket válasszon, melyről tudja, hogy egészségre vagy környezetre káros összetevőt tartalmaz, de többségük csak ritkán, vagy alkalmanként nézi meg a termékösszetevők listáját a csomagoláson. A termékalternatívák összehasonlításához az ár volt a legnagyobb arányban jelölt tényező, a termékösszetevők csak a második a fontossági sorrendben. Azok számára, akiknek van valamilyen speciális étrendi igénye, vagy akik legalább heti rendszerességgel sportolnak, fontosabb ($p < 0,05$), hogy ne olyan terméket válasszanak, amelyről tudják, hogy az egészségre, vagy környezetre káros összetevőt tartalmaz, illetve gyakrabban nézik meg az összetevők listáját.

Következtetések: Az eredmények alapján elmondható, hogy azok, akik nem igényelnek speciális étrendet, vagy nem sportolnak rendszeresen, kevésbé mutatnak érdeklődést a termékinformációk iránt. Azonban egyszerű, vagy akár komplex szolgáltatásokkal ők is motiválhatóak lehetnek a tudatos ételviszere-választás irányába. A válaszadók többsége hajlandóságot mutat olyan mobilalkalmazások használatára, melyek támogathatják a tudatos és egészséges ételviszerevásárlást. Ez azért fontos, mert a kérdőívet

ⁱ Debreceni Egyetem Gazdaságtudományi Kar, Alkalmazott Informatika és Logisztika Intézet, Debrecen

ⁱⁱ Debreceni Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Népegészség- és Járványtani Intézet, Debrecen

kitöltő hallgatók többsége gyakran vagy szinte mindig magának vásárol élelmiszert. Így a véleményük a termékválasztásról releváns lehet az élelmiszervásárláshoz kapcsolódó mobilalkalmazások tervezésében.

Summary

Introduction: Conscious food consumption is influenced by several factors. Information on package labels, in accordance with European Union regulations (e.g. logos, food components, nutritional values, allergenic substances etc.) helps customers, however, it takes time to read and understand them. In this study, we present the opinion of the studied age group on food composition and the degree of interest in services available via mobile applications that may be a bridge between the consumer and product information supporting healthy and conscious food choice. Our hypothesis was: individuals who have some special diet (illness, food intolerance, vegetarian diet etc.) or do sports regularly (at least once a week) have an increased attention for food composition and they are more interested in a mobile application supporting healthy choice.

Methods: We conducted a questionnaire research that was aimed at young people aged between 18 and 25 to survey their attitude. Thus, students studying at the University of Debrecen took part in the voluntary and anonymous data collection and in total 376 replies were received. We used descriptive statistics and Mann-Whitney U test to analyze our data.

Results: 38% of respondents stated that have some special diet and 61% do sports at least once a week. Most respondents considered important not to choose a product that may contain substances dangerous to health or environment, however, the majority read the ingredients list on the package only rarely or occasionally. To compare product alternatives, respondents indicated 'price' as the most important factor, 'food composition' was only the second priority. Those ones who have some special diet or do sports at least once a week, the importance of no choice food products containing ingredient that may be harmful for the health or the environment is higher ($p < 0.05$), furthermore, they check more often the list of ingredients.

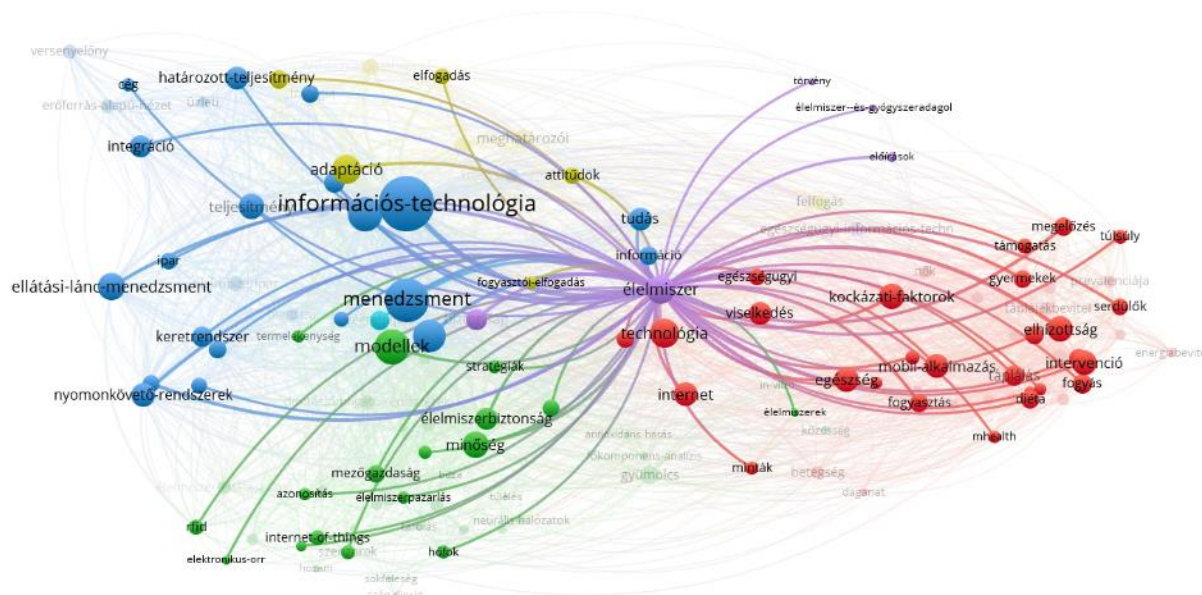
Conclusions: Our results show that respondents who do not require special diet or do not sport regularly, are less interested in reading product information. Though, simple but complex services have the potential to motivate them towards conscious food consumption. Most respondents tend to use such mobile applications that may support the conscious and healthy food purchase. It is important because most of the responding students often or almost always buy for themselves food. Thus, their opinion about product choice may be relevant to the development of mobile applications related to purchase of food products.

BEVEZETÉS

Az élelmiszercímkék célja, hogy az európai uniós rendeletekkel összhangban tájékoztatást adjanak a fogyasztók számára az élelmiszerek különböző tulajdonságairól, mint például a tápanyagtartalom, esetleges allergének, származási hely, vagy a védjegyek. Ez az információ az egészséges élelmiszerek jellemzőinek ismeretével együtt segít a megalapozott élelmiszervásárlási döntések meghozásában.¹ Az élelmiszercímkék a tápértékre vonatkozó információk mellett egyéb fontos információkat is közölnek, melyek lehetővé teszik a termékalternatívák közötti választást.² Az élelmiszercímkék használata és a megvásárolt termékek egészségessége között szignifikáns kapcsolatot mutattak ki, a tápérték-információk használata egészségesebb élelmiszerek vásárlását eredményezheti.³

Szakirodalmi áttekintésünk első lépésében bibliometriai elemzést végeztük a témába vágó legfontosabb kulcsszavak alapján a Web of Science nemzetközi szakirodalmi adatbázist használva, mivel ez a módszer alkalmas a kutatók irányvonalának meghatározására.⁴ Az elemzés eredményét a kapcsolódó kutatási területek feltárásához, ezen keresztül pedig a kérdőív vizsgálati szempontjainak meghatározásához, valamint a hipotézisünk megfogalmazásához használtuk fel, a módszertant részletesen a következő fejezetben (Módszertan) ismertetjük. A kulcsszavak az élelmiszer-fogyasztáshoz, élelmiszer-választáshoz és a technológiához kapcsolódva kerültek kialakításra és az ábrán látható színek különböző klasztereket reprezentálnak. [1. ábra]

1. ábra: Kapcsolati térkép - élelmiszerekkel kapcsolatos publikációk kulcsszavainak kapcsolódása



Forrás: saját szerkesztés

Amennyiben kiemeljük az élelmiszerek témakörét a teljes hálózatból, láthatjuk a vele kapcsolatban álló főbb témaköröket. Jelen tanulmány az élelmiszer-választással kapcsolatos attitűdöket vizsgálja, kiterjesztve a tudatosság és a döntéshozás felé, ezzel kiegészítve az utóbbi évtizedben Magyarországon, a témában végzett kutatásokat.^{5,6,7,8,9,10,11,12} Cikkünk témakörét a digitális szolgáltatások irányába bővítettük ki és a mobilalkalmazások lehetőségeit vizsgáltuk, mind szakirodalmakban publikált eredmények, mind a saját kutatások alapján. A hálózat egyes útvonalait követve láthatjuk, hogy az élelmiszerek témaköre az attitűdök mellett jelentős kapcsolatban áll különböző digitális megoldásokkal, magában foglalva az internetet, a mobil alkalmazásokat és a napjainkban kiemelkedő m-Health (azaz „mobil egészség”, vagyis olyan orvosi és közegészségügyi gyakorlat, amely mobil eszközök – például mobiltelefonok, betegfigyelő eszközök, digitális személyi asszisztens (PDA), tablet és más vezeték nélküli eszközök – támogatásával valósul meg) témakörét.¹³

Az élelmiszerek táplálkozástani tulajdonságaira és a részletes élelmiszer-információkra vonatkozó igény egyre növekszik a fogyasztók részéről.¹⁴ Az élelmiszercímkék használatával kapcsolatban (motiváció, igény, hatások) számos kutatási eredményt publikáltak már.^{3,14,15,16,17,18,19,20} A csomagolt élelmiszerek mellett pedig már az

éttermi és közétkeztetési szférában is vannak vizsgálatok arra vonatkozóan, hogy a fogyasztók mennyire figyelnek az élelmiszercímkékre.^{21,22} Ezek eredménye szerint az ételválasztás során kevesen figyelték a különböző tápanyaginformációkat (pl. fehérje-, zsír-, rost, szénhidrát tartalom), amelyek a menzák menüjén, illetve az éttermi étlapokon voltak feltüntetve. Empirikus kutatások eredménye szerint a válaszadók többsége hajlandó megvizsgálni a címkéket, hogy ellenőrizzék, a termék megfelel-e bizonyos kritériumoknak (pl. vegetáriánus étrend, vallási előírások, allergén mentesség, származási hely).¹⁴ Habár az eredmények nem konzisztensek abban, hogy van-e kapcsolat az étrend és az élelmiszerek címkéjének ellenőrzése között, de a vizsgálatok azt mutatták, hogy az élelmiszercímkék használata kapcsolatban van az egészséges étkezéssel.²³ Azonban az élelmiszercímkék, mint az egészségesebb ételek megválasztásának elősegítését szolgáló eszköznek, korlátozott hatása van éppen azokra a fogyasztókra, akiknek a legnagyobb szükségük lenne az egészségesebb életmód követésére.¹⁸ Fogyasztói vizsgálatok eredménye szerint az élelmiszercímkék nem tartalmaznak elegendő információt a választáshoz és nehezen érthetőek.² Így az élelmiszervásárlást jellemzően még mindig a rutin és a szokások befolyásolják, amelyek akadályozzák a megfontolt döntést.²⁴ Az élelmiszercímkék nem megfelelő megértése elszalasztott lehetőséget

jelent az egészséges ételek választásához szükséges alapvető információk biztosítására.²⁵ A túl összetett vagy túl sok információ, illetve a nem megfelelő információáramlás korlátozza a fogyasztókat a döntéshozás során.²⁶

Több tanulmányban is vizsgálták fogyasztói kérdőívekkel, hogy melyek lehetnek azok az információk, amelyekre szükség van a tudatos választás meghozásában, illetve hogyan lehetne megkönnyíteni, érthetőbbé tenni a megjelenő információkat. A válaszok szerint a megjelenő információk és terminológiák egységesítésére, bizonyos információk kihangsúlyozására (allergének, védjegyek), több vizuális elem használatára (színes és vonzó címkék, szimbólumok) lenne szükség.^{14,27,28,29} Azoknak a fogyasztóknak, akik nem rendelkeznek releváns szakmai ismeretekkel az élelmiszercímkéken megjelenő információk értelmezését illetően, döntési folyamatukban külső információkra kell támaszkodniuk a bizonytalanság csökkentése érdekében.³⁰ Véleményünk szerint a fenti javaslatokat a digitalizált megjelenítési lehetőségek nagy mértékben segíthetik, például a lentebb ismertetésre kerülő okostelefonokra alkalmazható kiterjesztett valóság (*augmented reality* - AR) applikációk formájában. Ezek illeszthetőek a jelenlegi trendnek megfelelően az élelmiszer-választási döntési folyamatokba is, mint például az azonnali információigény kielégítése az élelmiszervásárlás során, általában mobil eszközökkel. Az egészségügyi applikációk új megközelítési lehetőségeket kínálnak, habár még kevés a kutatási eredmény arról, hogy az élelmiszervásárlásban milyen eredménnyel lehetne őket használni.²⁴

Az egészségügyi- és fitnessalkalmazások között az étrend- és táplálkozási applikációk a legnépszerűbbek, ezeket egyre többen használják.³¹ Egy 500 egészségügyi applikációt elemző tanulmány eredménye szerint a legtöbb (92,8%) ingyenesen elérhető volt és a legnépszerűbb típusok a különböző nyomon követő (39%), az előírt kezelések betartását ellenőrző (23%) és a tápanyagbevitelt követő (18%) applikációk voltak.³² A termékek csomagolásán lévő egyedi azonosító kézenfekvő lehetőség egy olyan applikáció létrehozására, mely azonnali információ közlésére alkalmas. Az olyan egységes technológiákat, mint az RFID (*radio-frequency identification* - rádiófrekvenciás azonosítás), vagy a vonalkód, sikerrel lehetne alkalmazni

személyre szabott, teljes körű és könnyen érthető információk megjelenítésére, az egyes fogyasztók élelmiszerigényének megfelelően.³³ Egy olasz kutatás során elkészítettek és teszteltek egy applikációt, amely a termékcímkék beolvasása után értékeli az összetevők minőségét és a tápanyag értékeket a felhasználó személyes adataihoz mérten (pl. életkor, vagy fizikai aktivitás), illetve egészségesebb élelmiszeralternatívákat javasol. Az eredmények szerint ez az applikáció képes megváltoztatni a meglévő magatartási formát és ösztönzi az élelmiszervásárlás tudatosabb megközelítését.²⁴ A táplálkozási információkkal kapcsolatos alkalmazások hatékonyan segíthetnek legyőzni a fogyasztók személyes korlátait amikor egészséges élelmiszervásárlásról van szó.³¹ Ugyanakkor az applikáció fejlesztéséhez ilyen esetben nagyon sok élelmiszerinformációt tartalmazó háttéradatbázisra van szükség, aminek kialakítása nehéz.

A fogyasztói információk megosztásának elősegítése hasznos stratégia a fogyasztók tájékozott döntéshozatalának ösztönzésére.³⁴ Léteznek fogyasztók közreműködésével kialakított online élelmiszeradatbázisok - a legnépszerűbb étrendkövető weboldalak több mint 3 millió élelmiszer-ről tárolnak adatokat, amelyeket a fogyasztók vittek fel (habár az adatok megbízhatósága kérdéses) - de remélhetőleg az online élelmiszeradatbázisok fejlesztéséhez és fenntartásához jelenleg használt technológiák összeolvadásával egy teljes körű, megbízható és mindig aktuális adatbázis alakulhat ki.³⁵ Habár ezek az applikációk megkönnyíthetik az egészségesebb vásárlást, de az egyéni és környezeti tényezők befolyásolhatják az egészségtudatos választásra való áttérés folyamatát és számos stratégiára lehet szükség a tartós egészségtudatos attitűd támogatásához.²⁴

A szakirodalmi feldolgozás alapján arra kerestük a választ, hogy az élelmiszerek esetében melyek azok az információk, melyek alapján döntenek a 18–25 éves korosztály fogyasztói, és hogy milyen használati hajlandóságot mutatnak digitalizált élelmiszer-választást segítő applikáció iránt. Az általunk vizsgált korosztály kiválasztásában szerepet játszott, hogy egy korábban készült publikáció szerint a legtöbb vizsgált egyetemi hallgató véleménye az egészséges táplálkozásról meghaladta a kalóriaszámolást és olyan szempontok is érdekelték őket, mint az összetevők listája, a feldolgozási technológia és a tápanyag-

tartalom.²¹ Továbbá, hogy az okostelefonok alkalmazása, illetve az okostelefonos applikációk alkalmazása is ebben a korosztályban a legmagasabb. Vizsgáltuk a korcsoport termékösszetevőkkel kapcsolatos véleményét, továbbá a vásárlások érdeklődését olyan mobilalkalmazás formájában elérhető szolgáltatások iránt, melyek összekötő hidat jelenthetnek a fogyasztó és a termékinformációk között, ezzel támogatva az egészséges és tudatos ételválasztást. Hipotézisünk a következő volt: azok, akiknek van valamilyen speciális étrendi igénye (betegség, étel intolerancia, vegetáriánus étrend stb.), vagy akik rendszeresen, legalább hetente sportolnak, jobban odafigyelnek a termékek összetevőire és nagyobb az érdeklődésük egy egészséges választást támogató mobil applikáció iránt.

MÓDSZERTAN

A szakirodalmi áttekintésben bemutatott bibliometriai elemzés lehetőséget biztosít az egyes kapcsolatok számszerű módon történő meghatározására. Az alkalmazott kulcsszavak megfelelő logikai halmazok formájában kerültek megfogalmazásra a releváns adathalmaz kialakítása érdekében, magában foglalva az élelmiszerek, a technológia (információs technológia, mobil applikáció) és a területhez kapcsolódó egyéb (ételválasztás, tudatosság, egészség, tápérték, információ, címke, választás, fogyasztói magatartás, döntés) témaköröket. Az alkalmazott adathalmazon többszörös tisztítás került végrehajtásra az eredmény pontosítása érdekében, ezzel csökkentve a jellemző zaj jelenlétét (kulcsszavak összevonása, szinonimák kezelése, kevésbé releváns területekről származó rekordok törlése). Ennek köszönhetően az elemszám 2 032-ről 1 555 rekordra csökkent. Az adathalmaz 71 változóval jellemezhető, melyek magában foglalják a kutatás során alkalmazott, bejegyzésekre vonatkozó kulcsszavakat és összefoglalókat. Az elsődleges eredményt egy hálózati elemzés jelentette. Ennek alapja a közös előfordulási mátrix, mely elkészítése során a 130 legtöbb kapcsolattal rendelkező kulcsszó került alkalmazásra, ezzel kiemelve a hangsúlyosabb témaköröket. Az elemzéssel meghatározásra került a kulcsszavak előfordulásának frekvenciája, illetve a közöttük lévő távolság. A vizualizálás külső alkalmazás révén erőirányított gráf (force-directed graph) segítségével történt³⁶, míg a színek különböző

klasztereket reprezentálnak. [1. ábra]³⁷ Vizsgálatunkban saját fejlesztésű, de a szakirodalmi elemzésre épülő „Élelmiszerválasztási attitűdök vizsgálata” című elektronikus és önkitöltéses kérdőív segítségével mértük fel a 18–25 éves egyetemi hallgatók egészséges ételválasztáshoz kapcsolható szokásait. A kérdőívet 20 hallgató részvételével előteszteltük és a javaslatok alapján készült el a kérdések és a válaszlehetőségek végső formája. A Debreceni Egyetem két karának (Gazdaságtudományi Kar, és Mezőgazdaság-, Élelmiszertudományi és Környezetgazdálkodási Kar) 376 nappali tagozatos hallgatója töltötte ki a kérdőívet, 2019. 4. negyedévében. A kitöltők 66%-a nő volt, átlagéletkoruk 20 év volt. A kérdőív kitöltésének időpontjában a Gazdaságtudományi Karon 3 285 fő, a Mezőgazdaság-, Élelmiszertudományi és Környezetgazdálkodási Karon pedig 1 169 fő volt a nappali tagozatos hallgatói létszám, összesen 4 454 fő. A tervezett mintaelemszám a teljes sokaság 10%-a volt (445 fő), a kitöltött kérdőívek száma 376 darab, így az értékelt minta a teljes sokaság 8,4%-át képviselte. A mintának a két karra vonatkozó reprezentativitása a nemekre és az életkorra vonatkozó adatok hiányában a csoportosító ismérvek tekintetében nem megítélhető és az eredmények sem a Debreceni Egyetem hallgatóira, sem általában az egyetemi hallgatókra vonatkozóan nem általánosíthatóak. A kiválasztás véletlen mintavételezéssel, a kérdőív kitöltése önkéntes és anonim módon történt.

A kérdőív 22 kérdésből állt, amelyeket a kutatásunkra szabva magunk határoztunk meg, és a kérdőívet 4 kérdéscsoportra bontottuk. Az első kérdéscsoport a kitöltők néhány demográfiai adatára (nem, életkor, lakóhely) kérdezett rá. A második kérdéscsoport tápanyagbevitellel kapcsolatos kérdéseket tartalmazott (ez a kérdéscsoport tartalmazta a sportolásra és a speciális étrendre vonatkozó kérdéseket is, ezek az elemzéshez használt csoportképző ismérvek). A harmadik kérdéscsoportban az ételválasztással, és választással kapcsolatos kérdések szerepeltek, melyek a szakirodalmi áttekintés alapján kapcsolatban állhatnak a tudatos és egészséges vásárlási döntésekkel és attitűdökkel. A negyedik kérdéscsoport mobilapplikációkra vonatkozóan tartalmazott általános, használatra vonatkozó kérdéseket és felmértük az érdeklődést egy, a tudatos ételválasztást segítő lehetőségek új applikációra vonatkozóan.

A kérdőív csak zárt kérdéseket tartalmazott, az adatok tisztításához és a leíró elemzésekhez a Microsoft Excel programot használtuk. A további elemzések érdekében elvégzett strukturálás Python programozási környezetben történt, míg a statisztikai teszt a strukturált adatok felhasználásával R programozási környezetben történt a standard könyvtárak alkalmazásával. A strukturálás célja lehetővé tenni a statisztikai tesztek elvégzéséhez alkalmazott eljárásokra jellemző strukturális feltételek kialakítását. Ezek alatt gondolunk a különböző fájlok összefűzésére, szűrésére (az adott csoportra és változóra), a forrásfájltól eltérő vektoros felépítés kialakítására, illetve az adatok megfelelő címkézésére a csoportokhoz való kapcsolódás kódolására. Az említett lépések során minden elemzéshez külön adathalmaz került generálásra, melyek közvetlenül kerültek alkalmazásra. A teljes adathalmaz volumenéből adódóan nem volt elengedhetetlen a strukturálás automatizálása, ám segítségével megszüntethető a kézi transzformálásból eredő hibák előfordulása.

A vizsgált változókat két kutatási kérdésünk jelenti: „Mennyire fontos számodra, hogy NE olyan terméket válassz, amelyről tudod, hogy olyan összetevő van benne, amit károsnak találsz az egészségedre/környezetedre?” (V1) és „Milyen gyakran nézed meg a termékek csomagolásán az összetevőket?” (V2). Két csoportképző ismérvet határoztunk meg, az elsőt az étrendi igényekkel kapcsolatosan (speciális étrendi igénye van / nincs speciális étrendi igénye), a másodikat pedig a sportolás gyakoriságával kapcsolatban (legalább hetente sportol / heti rendszerességnél ritkábban sportol). A csoportokra vonatkozóan a továbbiakban a kérdőívet kitöltők teljes létszámának jelölése N, a

részsokaságok jelölése pedig n (ennek száma mindig az adott csoportképző ismérvtől függ).

A leíró statisztikai elemzéseken túl Mann–Whitney U-tesztet alkalmaztunk két szempont szerint kiválasztott csoportok közötti különbség jellegének meghatározására, két kiválasztott kérdésre adott válaszok (V1 és V2 változók) esetén. A változók értékelésére négyfokozatú Likert-skálát használtunk annak érdekében, hogy a semleges válaszok elemzésre gyakorolt negatív hatásait ki tudjuk szűrni.

Az elemzésünkhöz ordinális skálán mért adatokat alkalmaztunk. Ordinális skálán mért adatok esetében, csoportok közötti szignifikancia meghatározásához a Mann–Whitney U-tesztet alkalmaztuk és ennek eredményét, azaz a csoportok közötti különbséget szignifikánsnak tekintjük, ha $p < 0,05$.

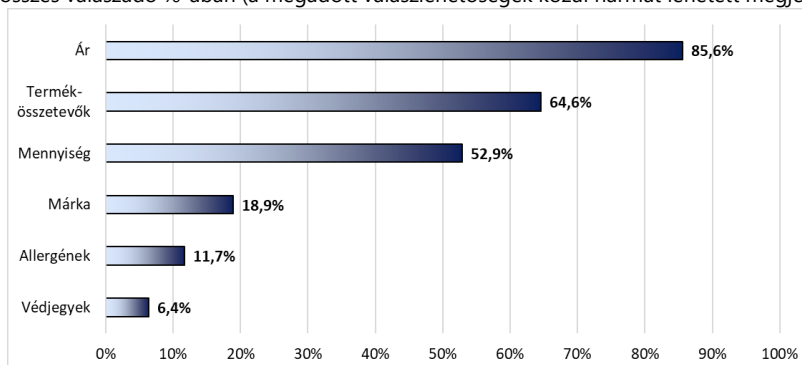
EREDMÉNYEK

Termékösszehasonlítási szempontok

A kérdőívben elsőként azt mértük fel, hogy a termékösszetevők milyen jelentőséggel bírnak a vizsgált hallgatók élelmiszervásárlási döntési folyamatában egy termék kiválasztásakor, illetve amikor két azonos terméktípust hasonlítanak össze. [2. ábra]

A válaszadók közel kétharmada, az ár után másodikként a termékösszetevőket tartotta fontosnak egy termék kiválasztásakor. A mennyiséget a válaszadók több mint fele jelölte fontos szempontnak. A márka, az allergének és a védjegyek kevésbé fontos szempontot képviselnek.

2. ábra: Fontosabb termékösszehasonlítási szempontok és a rájuk érkezett válaszok az összes válaszadó %-ában (a megadott válaszlehetőségek közül hármat lehetett megjelölni)



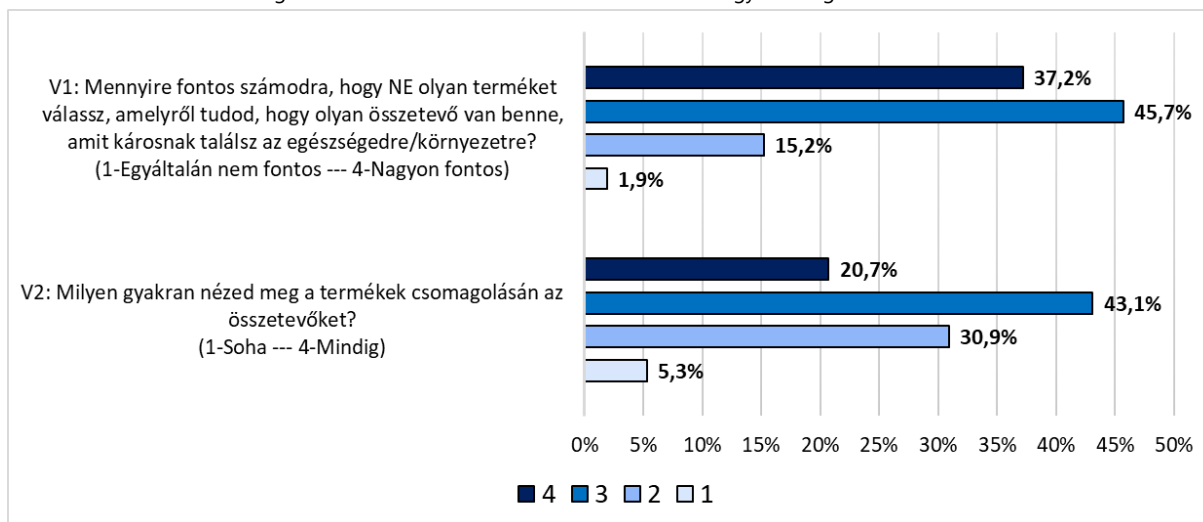
Forrás: saját szerkesztés

A 3. ábra az látható, hogy mennyire fontos az élelmiszerösszetevők listája és annak ellenőrzése a csomagoláson a válaszadók számára.

Az első kutatási kérdés esetén a fontos (3) és nagyon fontos (4) értékelések vannak több-

ségben. A második kutatási kérdésnél már kevesebb a magas értékelések száma. A válaszadók főként ritkán (2) és alkalmászerűen (3) nézik meg a termékek csomagolásán az összetevőket.

3. ábra: Az egészségre vagy a környezetre káros összetevőt tartalmazó élelmiszer elutasításának fontossága és a termékek csomagolásán látható termékösszetevők elolvasásának gyakorisága az összes válaszadó %-ban



Forrás: saját szerkesztés

A termékösszetevők és az étrend kapcsolata

A két kutatási kérdés esetében elsőként a speciális étrendi igény szerint vizsgáltuk, hogy tapasztalható-e szignifikáns különbség a válaszokban

(N=376) azok között, akik jelezték, hogy van bármilyen speciális étrendi igényük (n=141; n/N=37,5%) és akik nem jelezték ezt (n=235; n/N=62,5%). [1. táblázat]

1. táblázat: A minta csoportosító ismérvek (életkor, nem, étrendi igény) szerinti megoszlása

Életkor	Van speciális étrendi igénye (n=141)		Nincs speciális étrendi igénye (n=235)	
	nő (n=107)	férfi (n=34)	nő (n=141)	férfi (n=94)
18	3,2%	1,1%	5,6%	2,4%
19	10,1%	4,0%	12,0%	11,2%
20	8,0%	2,1%	9,3%	4,8%
21	3,5%	0,8%	5,3%	1,9%
22	1,6%	0,5%	2,1%	1,1%
23	0,8%	0,5%	1,1%	1,9%
24	0,5%	-	1,3%	1,6%
25	0,8%	-	0,8%	0,3%
Összesen	28,5%	9,0%	37,5%	25,0%

Forrás: saját szerkesztés

Ha nemeken belül vizsgáljuk az arányokat, a válaszadó férfiak (n=128) közül 34-en, azaz 26,6%-uk, a válaszadó nők (n=249) közül pedig 107-en, azaz 43,1%-uk jelezte, hogy van valamilyen speciális étrendi igénye. A két csoport közötti különbség szignifikanciájának meghatá-

rozásához alkalmazott Mann–Whitney U-teszt eredményeként számított p-értéket, valamint a leíró statisztikai elemzés eredményét a 2. táblázat foglalja össze.

Az elemzésünk eredménye alapján mindkét változó esetében szignifikáns különbség van az

értékelések között. A gyakorisági értékek alapján végzett számítás szerint a válaszadók aránya, akiknek van valamilyen speciális étrendi igénye és 1 (Nagyon fontos)/2 (Fontos) értékelést adtak a V1 változó esetében, 88%, szemben azokkal, akiknek nincs speciális étrendi igénye (80%).

A V2 változóra számított arány az 1 (Nagyon gyakran)/2 (Gyakran) értékelésekre 74% és 57%, a két csoport esetében. Azok, akiknek van speciális étrendi igénye, mindkét változó esetében szignifikánsan magasabb értékelést adtak ($p < 0,05$).

2. táblázat: A speciális étrendet igénylő és nem igénylő válaszadók által adott értékelések leíró statisztikája a két kutatási kérdésre

Változók	Van speciális étrendi igénye (n=141)				Nincs speciális étrendi igénye (n=235)				P-érték
	Átlag	Válaszok gyakorisága	Szórás	Standard hiba	Átlag	Válaszok gyakorisága	Szórás	Standard hiba	
V1 ¹	3,03	1;2=12% 3;4=88%	0,77	0,07	2,65	1;2=20% 3;4=80%	0,83	0,05	0,0006
V2 ²	3,35	1;2=26% 3;4=74%	0,70	0,06	3,10	1;2=43% 3;4=57%	0,77	0,05	0,0001

¹V1: Mennyire fontos számokra, hogy NE olyan terméket válassz, amelyről tudod, hogy olyan összetevő van benne, amit károsnak találsz az egészségedre/környezetedre?

²V2: Milyen gyakran nézed meg a termékek csomagolásán az összetevőket?

Forrás: saját szerkesztés

A termékösszetevők és a sportolás kapcsolata

A két kutatási kérdésünkre alkalmazott második csoportképző szempont a sportolás gyakorisága volt és itt szintén két csoportra osztottuk fel a mintát: azokra, akik legalább heti rendszerességgel sportolnak (n=229; n/N=60,9%) és akik heti rendszerességnél ritkábban sportolnak (n=147, n/N=39,1%). A vizsgálat csoportosító

szempontjai szerint (sportolás gyakorisága, életkor, nem) a válaszadók arányát a 3. táblázat szemlélteti.

Ha a nemeken belül vizsgáljuk az arányokat, akkor összességében a válaszadó férfiak (n=128) közül 88-an, azaz 68,8%-uk, a válaszadó nők (n=249) közül pedig 141-en, azaz 56,9%-uk jelezte, hogy legalább hetente sportol.

3. táblázat: A minta csoportosító (sportolás gyakorisága, nem, étrendi igény) ismérvek szerinti megoszlása

Életkor	Legalább hetente sportol (n=229)		Ritkábban sportol (n=147)	
	nő (n=141)	férfi (n=88)	nő (n=107)	férfi (n=40)
18	3,5%	3,5%	5,3%	-
19	15,7%	10,9%	6,4%	4,3%
20	8,0%	5,6%	9,3%	1,3%
21	4,8%	0,8%	4,0%	1,9%
22	2,1%	0,8%	1,6%	0,8%
23	1,3%	0,5%	0,5%	1,9%
24	1,3%	1,3%	0,5%	0,3%
25	0,8%	-	0,8%	0,3%
Összesen	37,5%	23,4%	28,5%	10,6%

Forrás: saját szerkesztés

A két csoport közötti különbség szignifikanciájának meghatározásához alkalmazott Mann-Whitney U-teszt eredményeként számított p-értéket, valamint a leíró statisztikai elemzés eredményét a 4. táblázat foglalja össze.

A gyakorisági értékek alapján végzett számítás szerint a válaszadók aránya, akik legalább hetente sporttevékenységet végeznek és 1 (nagyon fontos)/2 (fontos) értékelést adtak a V1 változó esetében, 86%, szemben azokkal,

akik ritkábban sportolnak (78%). A V2 változóra számított arány az 1 (nagyon gyakran)/2 (gyakran) értékelésekre 68% és 58%, a két csoport esetében. Az elemzésünk eredménye alapján ebben az esetben is különbség van az értékelések között, $p < 0,05$ szignifikancia szint mellett. Azok számára, akik legalább heti

rendszerességgel sportolnak, fontosabb, hogy ne olyan terméket válasszanak, amelyről tudják, hogy az egészségre, vagy környezetre káros összetevőt tartalmaz, illetve gyakrabban nézik meg az összetevők listáját. Azonban ahogy az értékelések átlagán is látszik, az első változó nem éri el a 3 (fontos) átlagos értékelést.

4. táblázat: A legalább hetente és az ennél ritkábban sportoló válaszadók által adott értékelések leíró statisztikája a két kutatási kérdésre

Változók	Legalább hetente sportol (n=229)				Ritkábban sportol (n=147)				p-érték
	Átlag	Válaszok gyakorisága	Szórás	Standard hiba	Átlag	Válaszok gyakorisága	Szórás	Standard hiba	
V1 ¹	2,86	1;2=14% 3;4=86%	0,82	0,05	2,69	1;2=22% 3;4=78%	0,83	0,07	0,008
V2 ²	3,26	1;2=32% 3;4=68%	0,73	0,05	3,05	1;2=42% 3;4=58%	0,77	0,06	0,042

¹V1: Mennyire fontos számodra, hogy NE olyan terméket válassz, amelyről tudod, hogy olyan összetevő van benne, amit károsnak találsz az egészségedre/környezetedre?

² V2: Milyen gyakran nézed meg a termékek csomagolásán az összetevőket?

Forrás: saját szerkesztés

A tudatos étel-miszer-választás digitális támogatása

A kérdőívünk 4. kérdéscsoportjában mobilapplikáció fejlesztésével kapcsolatos kérdéseket tettünk fel. Jelen tanulmányban csak egy tudatos étel-miszer-választást segítő lehetséges applikáció, vagy komplex alkalmazásra való érdeklődés eredményét közöljük. [4. ábra]

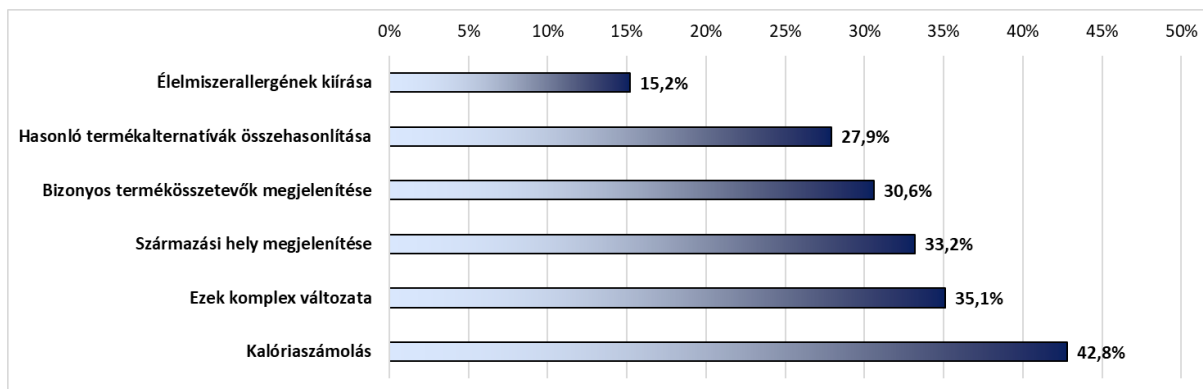
A kalóriaszámolást választották legtöbben, a válaszadók csaknem 43%-a mutat érdeklődést az ilyen típusú alkalmazások iránt. Az alábbi három funkcióra alkalmas applikáció iránt a válaszadók mintegy harmada érdeklődik: hasonló termékalternatívák összehasonlítása, bizonyos termékösszetevők megjelenítése, származási hely megjelenítése. Az étel-miszerallergének kiírása funkciót választották legkevesebben (a válaszadók 15%-a), önmagában egy ilyen egyedi funkciójú applikáció iránt nem érdeklődnek. Azonban a felsorolt funkciókat komplex módon magába foglaló applikáció (ezek komplex változata) iránt a válaszadók 35%-a érdeklődne. Az alkalmazás iránti érdeklődési arányt megbontottuk a vizsgált csoportok szerint is, ennek eredményét az 5. ábra foglalja össze.

Összességében, a teljes kitöltői létszámra számolva a kitöltők 88%-a érdeklődik valamilyen egészségtudatos alkalmazási lehetőség iránt. A speciális étrendet fogyasztók 94%-a érdeklődik, a hetente sportolók 90%-a. Az ábrán látható, hogy a sportolási aktivitás esetében a komplex alkalmazás iránti igény azonos a két csoport esetében (35%–35%). Azok körében, akiknek van valamilyen speciális étrendi igénye, magasabb a komplex alkalmazás iránti érdeklődés (55%). Azok esetében, akiknek nincs speciális igénye, vagy ritkábban sportolnak, közel azonos a „Nem érdeklő alkalmazás” válasz, de esetükben is magasnak mondható azok aránya, akiket érdekel vagy komplex, vagy egyedi formában egy ilyen típusú alkalmazás. Így véleményünk szerint egyszerű vagy komplex applikációk segítségével ők is motiválhatóak lehetnek a tudatos étel-miszer-választás irányába. Az eredmények szerint a válaszadók többsége hajlandóságot mutat olyan mobilalkalmazások használatára, melyek támogatják a tudatos és egészséges étel-miszer-vásárlást. Ez azért fontos, mert a kérdőív további két kérdéséből kiderül, hogy a kitöltők 60,1 %-a többségében vagy szinte mindig magának vásárol étel-miszert, továbbá a megkérdezett hallgatók 62%-a már rendelkezik valamilyen egész-

ség, vagy sport aktivitást segítő mobilos applikációval. Így a véleményük a termékválasztásról

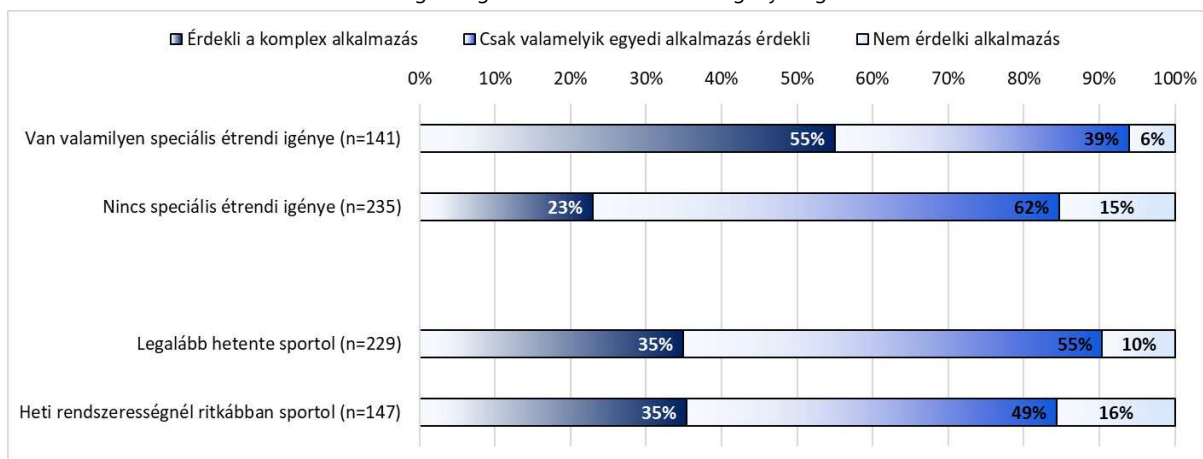
releváns lehet az élelmiszervásárláshoz kapcsolódó mobilalkalmazások tervezésében.

4. ábra: Különböző mobilapplikációs funkciók iránti érdeklődés aránya az összes válaszadó %-ában



Forrás: saját szerkesztés

5. ábra: Egészségtudatos alkalmazás iránti igény megoszlása



Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

A válaszadók 37,5 %-ának van valamilyen speciális étrendi igénye és 60,9 %-uk legalább hetente sportol. A válaszadók többségének fontos, hogy ne olyan terméket válasszon, melyről tudja, hogy egészségre vagy környezetre káros összetevőt tartalmaz, de többségük csak ritkán, vagy alkalmászerűen nézi meg a termékösszetevők listáját a csomagoláson. A termékalternatívák összehasonlításához az ár volt a legnagyobb arányban jelölt tényező, de a minőséget alapvetően befolyásoló termékösszetevők szempont a második volt a fontossági sorrendben. Fontosnak tartjuk itt megjegyezni, hogy a csomagoláson elhelyezett különféle védjegyeket a válaszadók mindössze 6,4 %-a választotta, mint fontos termékösszehasonlítási szempontot, ráadásul a

termékek csomagolásán ez nem mindig van feltüntetve. A szakirodalmi áttekintésben ismertett eredmények szerint fontos lenne a használatuk, a védjegyek által sokféle terméktulajdonosság feltűnően, egységesen és könnyen értelmezhetően jeleníthető meg (pl. pálmaolajmentesség, fair-trade kereskedelem, származási hely, állatjóléti szempontok). A mobilapplikációs funkciók közül bizonyos termékösszetevők megjelenítésére és a származási hely megjelenítésére is a válaszadók mintegy egyharmada mutatott érdeklődést, amiben a védjegyek helyettesítését látjuk lehetőségnek. Az eredmények alapján szignifikáns különbség van azok között, akiknek van valamilyen speciális étrendi igénye (cukorbetegség, ételintolerancia, allergia, laktózérzékenység stb.) azokkal szemben, akiknek nincs, illetve a heti rendszerességgel sporto-

lók szintén szignifikánsan magasabb értékelést adtak a vizsgált két változóra, mint akik ennél ritkábban sportolnak.

Az eredmények alapján elmondható, hogy azok, akik nem igényelnek speciális étrendet, vagy nem sportolnak rendszeresen, kevésbé mutatnak érdeklődést a termékinformációk iránt. Ami azonban a mobilapplikációt illeti, összességében magas volt az érdeklődési arány a csoportokban, azaz digitális alapú döntéstámogató szolgáltatásokkal azok is motiválhatóak lehetnek a tudatos ételválasztás irányába, akik kevésbé sportolnak, vagy nem igényelnek egészségügyi szempontok miatt nagyobb odafigyelést az ételválasztás során. Az eredmény szerint van hajlandóság olyan mobil applikáció használatára, mely komplex módon is segíti a tudatos ételválasztást, az egyéni tápanyagbevitelen felül pedig lehetőséget adna egyéb környezet- és egészségvédelmi szempontok figyelembevételére. A megkérdezett hallgatók 62%-a már rendelkezik valamilyen egészség, vagy sport aktivitást segítő mobil applikációval, de a fejlődési lehetőségeket jól jelzi, hogy a válaszadók 88%-a érdeklődik tudatos ételválasztást támogató applikáció iránt. Ez azért fontos, mert a kérdőívet kitöltő korcsoport 60,1 %-a többségében vagy szinte mindig magának vásárol ételválasztást, ráadásul a korcsoport 91%-a használ okostelefont.³⁸ Így összességében a véleményünk a termékválasztásról releváns lehet az ételválasztáshoz kapcsolódó mobilalkalmazások tervezésében.

Az egészséges táplálkozás egyik alappillére a megfelelő tápanyagbevitel és ehhez kapcsolódóan vannak már jól működő és népszerű, angol nyelven elérhető applikációk (Food Intolerances, Nutrients - Nutrition Facts, MyFitnessPal, MyNetDiary, MyPlate Calorie Counter, Nutrition Facts). Ami viszont szerintünk fontos lenne, hogy az egészség mellett más szempontok is választhatóak legyenek, a tudatosság fokozása érdekében (pl. védjegyek, származási hely, környezetbarát csomagolás). A tudatos ételválasztás több szempont együttes figyelembevételével jöhet létre, és a válaszadók 35,1%-a jelezte, hogy érdekelné olyan mobilapplikáció, mely több szempontból is alkalmas a felhasználó által megadott igényekre szabottan segíteni a választást. Ezt azért is tartjuk fontosnak, mert a „védjegyek” szempont a válaszadók kevesebb, mint 12%-ánál

került be az első három termékösszehasonlítási szempont közé. A tudatos ételválasztáshoz sok segítséget nyújthatnak a védjegyek. Egy, az Amerikai Egyesült Államokban készült vizsgálat szerint egyre inkább előtérbe kerülnek olyan szempontok is a vásárlás során, mint az állatjólét, vagy környezetvédelem.³⁹ A környezetvédelemre érzékeny fogyasztók többet is hajlandóak fizetni olyan termékekért, melyek például fair-trade kereskedelemről származnak.⁴⁰ Az ilyen jellegű információk védje-

gyek formájában már most is a csomagoláson vannak, de a kiterjesztett valóság (AR) lehetőségével közelebb hozhatjuk a fogyasztókhoz őket, felhívhatjuk a figyelmet fontos gazdasági-társadalmi szempontokra. A kiterjesztett valóság a valódi világ és a virtuális tér összeolvadását jelenti, azaz a technológia virtuális elemeket ad hozzá a valódi környezet elemeihez. Ez egy valós időben dolgozó vizualizációs technika, így a felhasználó interaktív módon láthat információt a környezetéről. Egy egészségesebb választást segítő mobilapplikáció esetében ilyen alkalmazási lehetőség lehet például, ha a telefon kameráján keresztül, egy bizonyos termék egyedi azonosítóját beolvasva megjelennek adott (akár előre beállítható szempontok szerinti) információk.

A vizsgálatunk egyik korlátozó tényezője, hogy az elemzésünket a Debreceni Egyetem hallgatói körében végeztük, ez a minta nem tekinthető országosan reprezentatívnak. Jövőbeni kutatásokkal, egy reprezentatív felmérés keretein belül érdemes lenne vizsgálni más csoportosító tényezőket (életkor, végzettség, lakóhely) figyelembevételével az ételválasztási tényezőket és az applikációra való érdeklődési arányt. Kutatásunk másik korlátozó tényezője, hogy a mobilalkalmazás tekintetében nem került sor további vizsgálatokra az applikáció várható használatát/hasznosságát illetően. Egy komplex, kiterjesztett valóság alapon működő alkalmazás esetében a kutatás kiegészíthető lenne fizetési hajlandóság vizsgálatával (*willingness-to-pay*), vagy technológia elfogadás modell (technology acceptance model) alkalmazásával, hiszen lényeges, hogy milyen gazdasági körülmények között és milyen módon értékesíthető, vagy tartható fenn a működése. Egy korábbi kutatásunkban a vállalatok és a fogyasztók közötti információáramlást vizsgálva arra a következtetésre jutottunk, hogy

az élelmiszertermelő és az élelmiszerfeldolgozó vállalatok esetében nincs meg a felkészültség a fogyasztókkal való kapcsolattartásra, átfogó és sokféle terméket magába foglaló információszolgáltatás pedig csak együttműködés keretén belül képzelhető el.⁴¹ Már elvégzett kutatások szerint az élelmiszer-információkat megjelenítő applikációk kialakításában fogyasztói magatartást vizsgáló kutatók, marketing szakemberek, táplálkozási tanácsadók és alkalmazásfejlesztők együttes együttműködésére van szükség.³¹

KÖVETKEZTETÉSEK

Azon vásárlók esetében, akik kevésbé érdeklődnek olyan szempontok iránt, amelyek a tudatos élelmiszer-választás esetében fontosak, egy jól működő applikáció segíthet a motivációban,

döntésük befolyásolható lehet. Egy ilyen alkalmazás leveheti a terhet a vásárlóról, a csomagoláson lévő információk olvasása helyett az applikáció – a kiterjesztett valóság elemeit beépítve – informatívan adna tájékoztatást az adott termékről, olyan beállításokat követve, amelyeket a felhasználó ad meg előzetesen. Ilyen módon a most még kevésbé tudatos vásárlók is bekapcsolódhatnak az egészséges és tudatos élelmiszer-választásba.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A publikáció elkészítését az EFOP-3.6.1-16-2016-00022 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósult meg.

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Mulders MDGH, Corneille O, Klein O. Label reading, numeracy and food & nutrition involvement. *Appetite*. 2018; 128:214-222. doi: 10.1016/j.appet.2018.06.003
- ² Madilo FK, Owusu-Kwarteng J, Parry-Hanson Kunadu A, et al. Self-reported use and understanding of food label information among tertiary education students in Ghana. *Food Control*. 2020; 108(106841). doi: 10.1016/j.foodcont.2019.106841
- ³ Mhurchu CN, Eyles H, Jiang Y, et al. Do nutrition labels influence healthier food choices? Analysis of label viewing behaviour and subsequent food purchases in a labelling intervention trial. *Appetite*. 2018; 121:360-365. doi: 10.1016/j.appet.2017.11.105
- ⁴ Strozzi F, Colicchia C, Ceazza A, et al. Literature review on the 'Smart Factory' concept using bibliometric tools. *International Journal of Production Research*. 2017; 55(22):1-20. doi: 10.1080/00207543.2017.1326643
- ⁵ Dörnyei K. Fogyasztói magatartásvizsgálatok az élelmiszeren található információtartalomról - a jelölések, címkék és label használatának elemzése. *Marketing & Management*. 2010; 44:26-34.
- ⁶ Grunert KG, Wills JM, Fernández-Celemín L. Nutrition knowledge, and use and understanding of nutrition information on food labels among consumers in the UK. *Appetite*. 2010; 55:177-189. doi: 10.1016/j.appet.2010.05.045
- ⁷ Szűcs RS, Krikuska A. Árucímkék a fogyasztó szemszögéből. *ECONOMICA* 2013:50-57.
- ⁸ Vágány J, Kárpáti-Daróczy J. Should I buy it? Should I eat it? - Food safety and labelling in Hungary in the light of a questionnaire survey. *Journal of Central European Green Innovation*. 2015; 3(4):141-160.
- ⁹ Szakály Z, Soós M, Szabó S, et al. Role of labels referring to quality and country of origin in food consumers' decisions. *Acta Alimentaria*. 2016; 45(3):323-330. doi: 10.1556/Aalim.2015.0012
- ¹⁰ Deák Zs. Understanding and use of food labeling in Hungary. *Gradus*. 2017; 4(2):146-149.
- ¹¹ Szabó A. Cikkismertetés: Az értelmező és a redukív előlapi élelmiszer-címke szerepe az élelmiszer-választásban és a vásárlásban. *Egészségfejlesztés*. 2018; 59(6):37-38. doi: 10.24365/ef.v59i6.385.
- ¹² Hajdú N, Lipták K, Säplácan, Z. Comparative Analysis of Baby Food Labelling in Hungary and in Romania: Consumers' Perspective. *Amfiteatru Economic*. 2018; 20(47):62-83. doi: 10.24818/EA/2018/47/62
- ¹³ EUR-Lex, ZÖLD KÖNYV a mobil egészségügyről („m-egészségügyről”). 2014; <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TXT/HTML/?uri=CELEX:52014DC0219&rid=5>
- ¹⁴ Bandara BES, De Silva DAM, Maduwanthi BCH, et al. Impact of food labeling information on consumer purchasing decision: with special reference to faculty of Agricultural Sciences. *Procedia Food Science*. 2016; 6:309-313. doi: 10.1016/j.profoo.2016.02.061
- ¹⁵ Wegman J, van Loon I, Smeets PAM, et al. Top-down expectation effects of food labels on motivation. *NeuroImage*. 2018; 173:13-24. doi: 10.1016/j.neuroimage.2018.02.011
- ¹⁶ Galati A, Tulone A, Moavero P, et al. Consumer interest in information regarding novel food technologies in Italy: The case of irradiated foods. *Food Research International*. 2019; 119:291-296. doi: 10.1016/j.foodres.2019.01.065
- ¹⁷ Alibabić V, Mujić I, Rudić D, et al. Labeling of food products on the B&H market and consumer behavior towards nutrition and health information of the product. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012; 46:973-979. doi: 10.1016/j.sbspro.2012.05.233
- ¹⁸ Cavaliere EDM, Banterle A. Investigation on the role of consumer health orientation in the use of food labels. *Public Health*. 2017; 147:119-127. doi: 10.1016/j.puhe.2017.02.011

- ¹⁹ Jordan Lin CT, Lee JY, Yen ST. Do dietary intakes affect search for nutrient information on food labels?. *Social Science & Medicine*. 2004; 59:1955-1967. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.02.030
- ²⁰ Ababio PF, Adi DD, Amoah M. Evaluating the awareness and importance of food labelling information among consumers in the Kumasi metropolis of Ghana. *Food Control*. 2012; 26:571-574. doi: 10.1016/j.foodcont.2012.02.015
- ²¹ Fernandes AC, Carvalho de Oliveira R, Rodrigues VM, et al. Perceptions of university students regarding calories, food healthiness, and the importance of calorie information in menu labelling. *Appetite*. 2015; 91:173-178. doi: 10.1016/j.appet.2015.04.042
- ²² White CM, Lillo HG, Vanderlee L, et al. A voluntary nutrition labeling program in restaurants: Consumer awareness, use of nutrition information, and food selection. *Preventive Medicine Reports*. 2016; 4:474-480. doi: 10.1016/j.pmedr.2016.08.015
- ²³ Anastasiou K, Miller M, Dickinson K. The relationship between food label use and dietary intake in adults: A systematic review. *Appetite*. 2019; 138:280-291. doi: 10.1016/j.appet.2019.03.025
- ²⁴ Flaherty SJ, McCarthy MB, Collins AM, et al. A phenomenological exploration of change towards healthier food purchasing behaviour in women from a lower socioeconomic background using a health app. *Appetite*. 2020; 147(104566) doi: 10.1016/j.appet.2019.104566
- ²⁵ Sharf M, Sela R, Zentner G, et al. Figuring out food labels. Young adults' understanding of nutritional information presented on food labels is inadequate. *Appetite*. 2012; 58:531-534. doi: 10.1016/j.appet.2011.12.010
- ²⁶ Annunziata A, Mariani A, Vecchio R. Effectiveness of sustainability labels in guiding food choices: Analysis of visibility and understanding among young adults. *Sustainable Production and Consumption*. 2019; 17:108-115. doi: 10.1016/j.spc.2018.09.005
- ²⁷ Shen M, Shi L, Gao Z. Beyond the food label itself: How does color affect attention to information on food labels and preference for food attributes? *Food Quality and Preference*. 2018; 64:47-55. doi: 10.1016/j.foodqual.2017.10.004
- ²⁸ Nørgaard MK, Brunsø K. Families' use of nutritional information on food labels. *Food Quality and Preference*. 2009; 20:597-606. doi:10.1016/j.foodqual.2009.07.005
- ²⁹ Soogali NB, Soon JM. Food allergies and perceptions towards food allergen labelling in Mauritius. *Food Control*. 2018; 93:144-149. doi: 10.1016/j.foodcont.2018.06.012
- ³⁰ Huang L, Bai L, Gong S. The effects of carrier, benefit, and perceived trust in information channel on functional food purchase intention among Chinese consumers. *Food Quality and Preference*. 2019; 81:103854. doi: 10.1016/j.foodqual.2019.103854
- ³¹ Samoggia A, Riedel B. Assessment of nutrition-focused mobile apps' influence on consumers' healthy food behaviour and nutrition knowledge. *Food Research International*. 2020; 128(108766). doi: 10.1016/j.foodres.2019.108766
- ³² Krishnan G, Selvam G. Factors influencing the download of mobile health apps: Content review-led regression analysis. *Health Policy and Technology*. 2019; 8:356-364. doi: 10.1016/j.hlpt.2019.09.001
- ³³ Cornelisse-Vermaat JR, Pfaff S, Voordouw J, et al. The information needs and labelling preferences of food allergic consumers: the views of stakeholders regarding information scenarios. *Trends in Food Science & Technology*. 2018; 19:669-676. doi:10.1016/j.tifs.2008.08.003
- ³⁴ Kuttschreuter M, Hilverda F. "Listen, did you hear...?" A structural equation model explaining online information sharing on the risks of nanotechnology in food. *Food Quality and Preference*. 2019; 76:118-132. doi: 10.1016/j.foodqual.2019.03.011
- ³⁵ Gilhooly CH, Movsesian S, Royal N, et al. Use of Diet-Tracking Websites as a Resource for Hard-to-Find Food Label Information: An Example Using Specialty Grocery Store Items. *Procedia Food Science*. 2015; 4:55-59. doi: 10.1016/j.profoo.2015.06.009
- ³⁶ Kamada T, Kawai S. An algorithm for drawing general undirected graphs. *Information Processing Letters*. 1989; 31(1):7-15. doi: 10.1016/0020-0190(89)90102-6
- ³⁷ van Eck NJ, Waltman L. Visualizing Bibliometric Networks. In: Ding Y, Rousseau R, Wolfram D (editors) *Measuring Scholarly Impact*. Springer, Cham, 2014. pp 285-320.
- ³⁸ Eurostat. 2018; ICT usage in households and by individuals, ec.europa.eu/eurostat dataset: [isoc_ci_im_i] https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ISOC_CI_IM_I (Élérve: 2020.07.21.)
- ³⁹ McFadden JR, Huffman WE. Willingness-to-pay for natural, organic, and conventional foods: The effects of information and meaningful labels. *Food Policy*. 2017; 68:214-232. doi: 10.1016/j.foodpol.2017.02.007
- ⁴⁰ Konuk FA. Consumers' willingness to buy and willingness to pay for fair trade food: The influence of consciousness for fair consumption, environmental concern, trust and innovativeness. *Food Research International*. 2019; 120:141-147. doi: 10.1016/j.foodres.2019.02.018
- ⁴¹ Botos S, Szilágyi R, Felföldi J, et al. Readiness for ICT Based B2C Information Flow – Case Study of the Hungarian Food Sector. *AGRIS on-line Papers in Economics and Informatics*. 2020; 12(2):41-51. doi: 10.7160/aol.2020.120204.

Az egészségműveltség és a terápiahűség felmérése magasvérnyomás-betegséggel élők körében

Assesment of health literacy and therapeutic adherence among patients with hypertension

Szerzők: Varga Bernadettⁱ ✉, Stromajer-Rácz Tímeaⁱ, Bornemisza Ágnesⁱ, Lukács-Horváth Mariannaⁱⁱ, Csimá Melindaⁱⁱⁱ

Beküldve: 2020. 08. 19.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.618

Kulcsszavak: egészségműveltség; terápiahűség; magas vérnyomás; egészségmagatartás
Keywords: health education; therapeutic adherence; hypertension; health behavior

Összefoglaló

Bevezetés: A hipertónia előfordulásának magas gyakorisága a fejlett és fejlődő országokban egyaránt jelentős népegészségügyi problémának számít. Megelőzésében számottevő szerepe van azoknak az ismereteknek, készségeknek, melyek az egészségműveltség részeként az egészségtudatos magatartáson keresztül fejtik ki hatásukat. Vizsgálatunk célja felmérni a 45 évnél idősebb, magasvérnyomás-betegséggel élők egészségműveltségét, terápiahűségét, valamint egészségmagatartását.

Módszertan: Keresztmetszeti, kvantitatív, leíró vizsgálatunkat kérdőíves lekérdezés keretében 2019. február-június között folytattuk le. A kutatásba 45 évnél idősebb, Kaposváron élő, hipertóniával diagnosztizált betegeket vontunk be egyszerű, nem véletlenszerű mintavétel alkalmazásával (n=143). Kutatási eszközünk saját szerkesztésű kérdések (szociodemográfiai ismérvek, egészségmagatartásra vonatkozó kérdések) mellett a nemzetközi szakirodalomban alkalmazott, standardizált kérdéseket (Health Literacy EU Q16, Morisky Medication Adherence Scale (8-item) (MMAS)) is tartalmazott. A minta jellemzését leíró statisztikával, a változók közötti kapcsolatok vizsgálatát matematikai statisztikai próbákkal (χ^2 -próba, lineáris regresszió, ANOVA, független T-próba) végeztük el. Vizsgálataink során a szignifikanciaszintet $p < 0,05$ határoztuk meg.

Eredmények: Az egészségműveltség fokára legerőteljesebben a legmagasabb iskolai végzettség ($p=0,005$) hat, mely az egészségműveltség mindhárom dimenziójában („Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia”, „Prevenció”, „Egészségfejlesztés”) megtartotta differenciáló hatását. Nagymértékű különbségek mutathatók ki továbbá az alacsony és a magas terápiahűséget mutató válaszadók egészségműveltsége között (alacsony terápiahűség átlagpontszám: 37,52; magas terápiahűség átlagpontszám: 42,82; $p=0,040$). Az egészségmagatartás és az egészségműveltség közötti kapcsolat vizsgálata során elsősorban az „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-index és a rizikómagatartás (dohányzás, alkoholfogyasztás, fizikai inaktivitás) között találtunk összefüggést: a rizikómagatartás jellemzően alacsonyabb szintű egészségműveltséggel jár együtt ($p < 0,05$).

Következtetések: A hipertóniás betegek körében végzett vizsgálatunk ráirányította a figyelmet az egészségműveltség és a terápiahűség közötti kapcsolatra: a magasabb szintű egészségműveltség jellemzően magasabb fokú terápiahűséggel jár együtt. A preventív céllal végzett egészségfejlesztő beavatkozások tervezése és végrehajtása során ezért figyelembe kell venni a kognitív képességek közötti

ⁱ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Kaposvári Képzési Központ, Ápolástudományi, Alapozó Egészségtudományi és Védőnői Intézet, Kaposvár

ⁱⁱ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Kaposvári Képzési Központ, Diagnosztikai Intézet, Kaposvár

ⁱⁱⁱ Szent István Egyetem Kaposvári Campus Pedagógia Kar, Kaposvár

különbséget, főként az alacsony egészségügyi ismeretekkel rendelkező betegek esetén, melynek eredményeként egészségműveltségük fejlődik, és egészségtudatosabb magatartás alakul ki náluk.

Summary

Introduction: High prevalence of hypertension is a significant public health problem in both developed and developing countries. The knowledge and skills that exert their effect through health-conscious behavior as part of health education play a significant role in its prevention. The aim of our study was to assess health education, therapy loyalty, and health behavior of people with hypertension over the age of 45 that are part of health education.

Methods: Our cross-sectional, quantitative, descriptive study was conducted between February and June 2019 using a questionnaire survey. Patients over 45 years of age diagnosed with hypertension living in Kaposvár were included in the study using simple, non-random sampling (n=143). In addition to self-edited questions (sociodemographic criteria, health behavior questions), our research tool also included standardized questions applied in the international literature (Health Literacy EU Q16, Morisky Medication Adherence Scale (8-item) (MMAS)). Sample characterization was performed, and the relationships between the variables were examined using mathematical statistical tests (χ^2 -test, linear regression, ANOVA, independent T-test). In our studies, the significance level was determined: $p < 0.05$.

Results: The strongest educational factor ($p=0.005$) proved to be the strongest differentiating factor in health education, which retained its differentiating effect in all three dimensions of health education ("Health system understanding", "Prevention", "Health promotion"). There were also large differences ($p=0.040$) between the health education of the respondents with low and high therapy loyalty (average low therapy loyalty score: 37.52; high therapy loyalty average score: 42.82). In examining the relationship between health behavior and health education, we found a correlation primarily between the "Understanding the health system" sub-index and risk behavior (smoking, alcohol consumption, physical inactivity). Risk behavior is typically associated with a lower level of health education ($p < 0.05$).

Conclusions: Towards a study in hypertensive patients, there is a relationship between health literacy and adherence: the characteristics of high levels of health literacy are associated with a high level of adherence. The design and implementation of preventive health promotion interventions should therefore take into account the difference between cognitive abilities, especially in patients with low health knowledge, resulting in improved health literacy and more health-conscious behavior.

BEVEZETÉS

A XXI. században egyre nagyobb a krónikus betegségek prevalenciája, ami a társadalomnak és az egészségügyi ellátásnak egyaránt óriási terhet jelent. Az egyik legnagyobb számban előforduló ilyen megbetegedés a hipertónia. Néma gyilkosnak is nevezik, a WHO (World Health Organization) szerint a dohányzás után a második leggyakoribb halál oka tényező. A kutatások szerint világszerte 1,5 milliárd ember érintett, és 7 millió ember hal meg évente magasvérnyomás-betegségben.¹ A magasvérnyomás-betegség előfordulási gyakorisága hazánkban is folyamatosan emelkedik. 2011-ben mintegy 3 millió hipertóniás beteget tartottak nyilván. A tartósan magas vérnyomás következtében leggyakrabban kialakuló társbetegségek a metabolikus szindróma, a diabétesz mellitusz és az iszkémiás szívbetegség.² A magasvérnyomás-betegség kialakulásához jelentősen hozzájárul a nem meg-

felelő egészségmagatartás, mint a túlzott alkoholfogyasztás, dohányzás, fizikai inaktivitás, nem megfelelő étrend és a túlsúly.³ Az egészséges életmód folytatása a terápiában is fontos tényező lenne. Warren és munkatársai (2012) tanulmánya igazolta, hogy a megfelelő öngondoskodás a szisztolés vérnyomásértéket 5 Hgmm-el, a diasztolés vérnyomásértéket pedig 4,3 Hgmm-el képes csökkenteni. Az öngondoskodás magában foglalja a megfelelő zöldsgyümölcsfogyasztást, a dohányzás abbahagyását, a megfelelő testmozgást, a megfelelő arányú telített-telítetlen zsírfogyasztást, valamint a nátriumbevitel csökkentését.⁴ A vérnyomás hosszú távú szabályozásának másik fontos pillére a helyes gyógyszeres terápia. A nem megfelelő gyógyszeres terápia az egyik legfontosabb oka a kezeletlen hipertónia nagyszámú előfordulásának. Az alacsony terápiahűséggel bíró egyéneknek nagyobb a kockázata a hipertónia szövődményeinek kialakulására, mint pl.: bal

kamra hipertófia, mikroalbuminúria, iszkémiás szívbetegség. Sawkin és munkatársai (2015) vizsgálata igazolta továbbá, hogy a nem megfelelő gyógyszeresedési rend és az életmódbeli tanácsok be nem tartásának háttérében az alacsony egészségműveltség áll.⁵

Az egészségműveltség fogalmi megközelítése

Az egészségműveltség első átfogó meghatározását a Kickbusch és Nutbeam (1998) által szerkesztett egészségfejlesztési szögyűjtemény adta meg. Ennek értelmében az egészségműveltség „olyan kognitív és szociális készségek összessége, melyek meghatározzák az egészség fejlesztéséhez és megőrzéséhez kapcsolódó információk eléréséhez, megértéséhez és alkalmazásához szükséges motivációt és képességeket.”^{6,7} Kickbusch (1997) a fogalmat tovább finomította, és kiegészítette azzal, hogy az egészségműveltség a fentiekén túl olyan magasabb szintű tudás- és készségszintet, valamint megfelelő önbizalmat foglal magában, amely képessé teszi az egyént életmódjának és életkörülményeinek a megváltoztatására.⁸ E definícióra építve hívta fel a figyelmet Ratzan (2001) arra, hogy az információ átadása önmagában nem elegendő, az egészségműveltség növeléséhez átfogó társadalmi felelősségvállalásra van szükség.⁹ Az USA Orvosi Intézete (*Institute of Medicine*) kiadványában az egészségműveltséget olyan képességként definiálta, melyek birtokában az egyén képessé válik az egészségével és az egészségügyi ellátással kapcsolatos alapvető információk megszerzésére, feldolgozására, megértésére, továbbá az egészségével kapcsolatos felelős döntéshozatalra.¹⁰

Az egyes tanulmányok rávilágítottak arra a tényre, hogy a nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkező betegek hosszabb időt töltenek kórházban, valamint többször veszik igénybe az egészségügyi ellátórendszert¹¹, továbbá nehézséget okoz számukra az orvosi utasítások követése, és az egészségügyi információk hitelességének megítélése.¹² Az egészségműveltség vizsgálatára nagyszabású, EU által támogatott vizsgálat is készült (*European Health Literacy Survey*), amely a Magyarországon végzett vizsgálat előzményét biztosította.¹³ A kutatásban részt vevő személyek eredményeit tekintve elmondható, hogy nemzetközi viszonylatban a korlátozott egészségértéssel rendelkezők aránya

hazánkban az egyik legmagasabb. A hazai és nemzetközi vizsgálatok eredményeit összevetve megállapítást nyert, hogy Hollandiát kivéve, a kutatásba bevont országokhoz hasonlóan Magyarországon a krónikus betegséggel való együttélés negatív irányban befolyásolja az egészségértést. Mindez felhívja a figyelmet arra, hogy az egészséggel kapcsolatos információk elérése, megértése, értelmezése és alkalmazása szempontjából azok vannak a legkedvezőtlenebb helyzetben, akik számára egészségük megőrzéséhez és helyreállításához nélkülözhetetlen lenne ezen információk megértése, és azok adaptív felhasználása.¹⁴

Jelen vizsgálat célja felmérni a 45 évnél idősebb magasvérnyomás-betegek egészségműveltségét, terápiahűségét, valamint egészségmagatartását. Szeretnénk továbbá képet kapni arról, hogyan tudnának az egészségügyi rendszerben dolgozó szakemberek hatékony segítséget nyújtani a betegeknek ahhoz, hogy jobban megértsek betegségük természetét, és a terápiával kapcsolatos iránymutatásokat.

MÓDSZERTAN

Az adatfelvétel 143 magyar felnőtt bevonásával történt 2019-ben, kvantitatív, leíró jellegű keresztmetszeti vizsgálat formájában, nem véletlenszerű, kényelmi mintavételt alkalmazva. A célpopuláció felmérése papír alapon, kérdőív formájában történt. A papír alapú kérdőíveket háziorvosi körzetekbe juttattuk el, és az ott dolgozó személyzet segítségével zajlott az adatok felvétele. Beválasztási kritérium volt a hipertónia, amely kezelésére legalább egyféle gyógyszer szed a résztvevő, valamint a 45 év feletti életkor. A kutatásból kizártuk azokat a személyeket, akik mentális problémájuk miatt nem tudják helyesen megítélni saját állapotukat, és nem tudnak releváns válaszokat adni a feltett kérdésekre, illetve figyelmen kívül hagytuk a hibásan vagy hiányosan kitöltött kérdőíveket is.

Mérőeszköz

A saját szerkesztésű kérdőív szociodemográfiai adatokra (nem, kor, iskolai végzettség, lakhely, családi állapot), egészségmagatartásra (dohányzás, alkoholfogyasztás, fizikai aktivitás, táplálkozás, orvoshoz fordulási szokások), valamint

a vérnyomás önellenőrzésére és a betegségről való információszerezésre vonatkozó kérdéseket tartalmazott.

Az adatfelvétel során két standard kérdőívet is alkalmaztunk:

A Morisky Medication Adherence Scale (8-item) (MMAS), egy nyolc kérdésből álló kérdőív a terápiahűséget méri fel, pontosabban azt, hogy milyen következetesen szedi a beteg az orvos által előírt gyógyszert. Az első hét kérdésre 0 vagy 1 pont kapható, az utolsó egy 5 fokozatú Likert-skála (0; 0,25; 0,5; 0,75; és 1 pont). A terápiahűség 6 pont alatt alacsony, 6-7,75 pont között közepes, míg 8 pont esetén tökéletes.^{15, 16}

A Health Literacy EU Q16, egy 16 kérdésből álló kérdőív, ami az egészségműveltség felmérésére szolgál.¹³ E kérdőívet alkalmazó kutatások többsége a válaszok dichotomizálását követően elemzi a rendelkezésre álló adatokat.^{17,18} A magyarországi vizsgálattal¹⁴ való összehasonlítás érdekében jelen tanulmányban az Emiral és munkatársai kutatásában¹⁹ leírtakkal azonos módon a HLS-EU Q47 kérdőív kiértékelési útmutatóját követtük, melyben „az indexeket és al-indexeket egy 0-tól 50-ig terjedő skálán standardizálták, a következő képlet alapján: $index = (\text{átlag} - 1) * (50/3)$,

átlag: az indexet alkotó itemek (kérdések) empirikus átlaga

1: az indexek átlagának elméleti minimuma

50: a standardizált mérőszám választott maximuma

3: az átlag elméleti terjedelme (RANGE-e)¹⁴

Az így létrejött, összesített egészségértés-index mellett a szakirodalomban leírtakkal azonos módon további három, egymástól jól elkülöníthető al-indexet képeztünk. Az al-indexeket a korábbi kutatásokban alkalmazott terminológia szerint neveztük el.¹⁴ Az „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-indexbe az első 7 állítás (Cronbach-alfa: 0,734), a „Prevenció” al-indexbe a 8.,9.,10.,11.,12.(Cronbach-alfa:0,740) állítások kerültek, míg az „Egészségfejlesztés” al-indexbe a 13.,14.,15.,16. (Cronbach-alfa: 0,628) állítások tartoztak. A 16 itemből számított, összesített egészségértés-index Cronbach-alfa értéke 0,860 volt. Mind a teljes skála, mind pedig az egyes al-indexek magas értékei magasabb szintű egészségértést fejeznek ki.^{17,20} Az összesített egészségértésre vonatkozóan a nemzetközi kutatócsoport úgynevezett küszöbértékeket határozott meg, melyek alapján a válaszadók

egészségértése kitűnőnek, elégségesnek, problémásnak vagy elégtelennek minősíthető.^{13,14}

Statisztikai elemzés

Az elemzés során az SPSS 20.0 statisztikai programcsomagot alkalmaztuk, a leíró statisztika részeként átlagot, gyakoriságot, minimumot, maximumot számoltunk, a változók közötti kapcsolat vizsgálatához khi-négyzet-próbát, varianciaanalízist, t-próbát, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney-tesztet, lineáris regressziót végeztünk. Az eredményeket mindegyik teszt esetén $p < 0,05$ -nél tekintettük szignifikánsnak.

EREDMÉNYEK

Minta

A kiküldött 200-ból az elemzéshez 143 darab értékelhető kérdőív állt rendelkezésünkre. A válaszadók 72,7%-a nő, a résztvevők átlagéletkora 62,17 év (SD: 9,64; min.: 46; max: 92) volt.

A megkérdezettek 46,9%-a házastársi/élettársi kapcsolatban él, 28%-uk gyermeket is nevel, az egyedül élők aránya 25,2%. A megkérdezettek több mint felének (56,6%) középfokú végzettsége van. Kutatásunkban az alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya volt a legalacsonyabb (15,4%). A felmérésben résztvevők 49,7%-a falun, 26,6%-a városban és 23,8% pedig megyeszékhelyen vagy nagyvárosban él. A megkérdezettek 81,1%-a átlagosnak ítéli meg az anyagi helyzetét, és mindössze 2,8%-a érzi úgy, hogy az átlagosnál jobbak az anyagi körülményei. A gazdasági aktivitásra adott válaszok alapján a minta több mint fele (53,8%) nyugdíjas, 39,2%-a jelenleg is aktív dolgozó, 7%-a pedig munkanélküli vagy GYES/GYED-en van.

A kutatásba bevont magasvérnyomás-betegek utoljára mért legmagasabb szisztolés vérnyomásértéke 138,27 Hgmm (SD=19,61), diasztolés értéke pedig 82,66 Hgmm (SD: 9,65) volt.

Egészségmagatartás, tápláltsági állapot főbb jellemzői

A fizikai aktivitás gyakoriságát egyszerű feleletválasztós kérdéssel mértük fel. A válaszadók 39,9%-a (n=57) „minden nap 30-60 percet” mozog, míg 25,2%-uk (n=36) kerüli a testmozgást.

Az eredményeink azt mutatták, hogy a női ($p=0,04$), az átlag alatti anyagi helyzetben lévő ($p<0,001$) és a középfokú végzettségű ($p=0,005$) betegek kevésbé jellemző a fizikai aktivitás. A résztvevők 79%-a ($n=113$) semmilyen diétát nem követ, 9,1% ($n=13$) mediterrán és 5,6% ($n=8$) sószegény étrendet tart. A betegek 70,6%-a ($n=104$) nyilatkozta, hogy szakembertől kapott étrendi tanácsot. A legtöbben (60,1%; $n=86$) ritkán fogyasztanak állati eredetű zsírokat, és a zsírfogyasztás inkább jellemző a kisvárosi lakosokra, mint a megyeszékhelyen/nagyvárosban élőkre ($p<0,001$).

A nem megfelelő táplálkozás következtében kialakuló túlsúly a magasvérnyomás-betegség egyik ismert rizikófaktora. A vizsgált betegek önbevallás alapján számított testtömegindex-átlaga $28,38 \text{ kg/m}^2$ (min.: 17,36; max.: 41,1; SD: 5,67) volt. A kutatásba bevont személyek magasabb átlagéletkora miatt (62,17 év) korcsoport korrigált BMI index alapján kategorizáltuk a betegeket.²¹ A résztvevők 49,7%-a ($n=71$) az elhízott kategóriába tartozik ($\text{BMI}>28$) és 36,4%-a ($n=52$) normál testsúlyúnak számít ($\text{BMI}: 23\text{-}28 \text{ kg/m}^2$). A férfiak nagyobb arányban tartoznak az elhízott kategóriába ($n=39$; 64,1%), mint a nők ($n=104$, 44,2%; $p=0,027$).

A kávéfogyasztási szokásokra adott válaszok közül legtöbben a „napi 1-2 csészével” választ jelölték meg (77,6%; $n=111$). A megkérdezettek 49%-a ($n=70$) soha nem dohányzott, 22,4%-a ($n=32$) dohányzott, de már leszokott választ adta, a megkérdezettek 13,3%-a ($n=19$) pedig naponta 1 doboz cigarettát szív el. A szociodemográfiai változók vizsgálatakor megállapítottuk, hogy a nem ($p=0,015$), a lakhely ($p=0,02$), a gazdasági aktivitás ($p=0,008$) és a családi állapot ($p=0,005$) jelentősen befolyásolja a dohányzási szokásokat. A leíró statisztika alapján elmondható, hogy kevésbé jellemző a dohányzás a nőkre, a falun élőkre, a szociális ellátásban részesülő betegekre, és azokra, akik házastársal/élettársal élnek. A vizsgálatba bevont betegek 28,7%-a ($n=41$) nem szokott alkoholt fogyasztani, 40,6%-a ($n=58$) havonta egyszer vagy ritkábban, 7% ($n=10$) pedig minden nap iszik alkoholtartalmú italt. Az egyes szociodemográfiai változók, mint a nem ($p<0,001$), lakhely ($p=0,002$), a gazdasági aktivitás ($p=0,026$),

családi állapot ($p=0,021$), illetve az iskolai végzettség ($p=0,042$) szignifikáns hatással van az alkoholfogyasztási szokásokra. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a nőkre, a faluhelyen élőkre, a ≤ 8 általános iskolai végzettségűekre, a szociális ellátáson élőkre és az egyedülállókra kevésbé jellemző a rendszeres alkoholfogyasztás.

Gyógyszerszedési szokások

A gyógyszereszedési szokásokat vizsgáló kérdőívre (MMAS-8) adott válaszok átlagpontszáma 5,19 pont ($n=143$; min: 0,75; max: 8; SD: 2,12). A tökéletes terápiahűségű csoportba (8 pont) 11 fő (7,7%), a közepes szintű adherenciát mutató csoportba (6 és <8 pont között) 47 fő (32,9 %) és a rossz terápiahűségű csoportba (<6 pont) 85 fő (59,4%) került. A résztvevők legnagyobb arányban azt jelölték (83,2%), hogy bevették előző nap a gyógyszereiket. A válaszadók 50,3%-a érzi tehernek a mindennapi gyógyszereszedést. A nők ($n=104$) átlagpontszáma 5,46 pont (SD: 1,99), a férfiaknak szignifikánsan alacsonyabb, 4,47 pont (SD: 2,31; $n=39$; $t=2,539$; $p=0,012$). A megkérdezettek közül 46 fő havonta jár kontrollra háziorvosához, ők 4,19 pontot (SD: 1,87) értek el a MMAS-8 kérdőíven, 11 fő évente keresi fel háziorvosát, ők 3,52 pontot (SD: 1,37) kaptak, azaz szignifikánsan alacsonyabb szintű terápiahűség jellemző rájuk ($t=-2,357$; $p=0,022$). Az utoljára mért vérnyomásérték és a terápiahűség között szignifikáns kapcsolatot találtunk. Az alacsony szintű terápiahűséggel bíró betegek utoljára mért átlagos szisztolés és diasztolés értéke is szignifikánsan magasabb, mint a közepes szintű és a tökéletes terápiahűségű betegeké ($F=17,232$; $p<0,001$).

Egészségműveltség

Az egészségműveltséget felmérő 16 itemből álló kérdéssorra 143 fő válaszolt. Az összesített egészségműveltségi index átlagpontszáma 37,27 (min.: 16,67; max.: 50; SD: 9,1) volt. A szakirodalomban meghatározott küszöbértékeknek megfelelően, az összesített egészségértés-indexből kategóriákat képeztünk, mely kategóriák az alábbiak szerint kerültek kialakításra [1. táblázat].

1. táblázat: Összesített egészségértés-index kategóriák kialakítása (n=143)

Összesített egészségértés-index			
	pontszám	n	%
elégtelen egészségértés	0-25 pont	21	15,1
problémás egészségértés	25-33 pont	14	10,1
elégletes egészségértés	33-42 pont	52	37,4
kitűnő egészségértés	42-50 pont	52	37,4

Forrás: saját szerkesztés

A statisztikai elemzés alapján megállapítható, hogy minél magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik a kutatásba bevont személy, annál magasabb az összesített egészségértés-indexe (≥ 8 általános 30,37 pont, SD: 9,95; középfokú 37,74 pont, SD: 9,17; felsőfokú 39,44 pont, SD: 7,11; $p=0,005$). Az egyéb szociodemográfiai tényezők (mint pl.: nem, lakhely) nem bizonyultak differenciáló tényezőnek.

Megvizsgáltuk a terápiahűség és az összesített egészségértésindex pontszám közötti kapcsolatot is. A leíró statisztika alapján az alacsony terápiahűségű csoportba tartozók átlagpontszáma 37,52 pont (SD: 8,67), a közepes szintű terápiahűséggel bíró csoporté 35,54 pont

(SD: 10,1), míg a magas szintű terápiahűséggel jellemezhető csoport átlagpontszáma 42,82 pont (SD: 4,71) volt. A Kruskal-Wallis teszt szignifikáns különbséget igazolt a csoportok között ($p=0,039$). A további tesztek elvégzése után megállapítottuk, hogy jelentős különbség van az alacsony szintű és a magas szintű terápiahűséggel jellemezhető csoport ($p=0,040$) és a közepes szintű és magas szintű adherenciával leírható csoport között ($p=0,009$).

A továbbiakban a módszertani fejezetben ismertetettek szerint kialakított al-indexeknek megfelelő csoportokba soroltuk a válaszadókat. [2. táblázat]

2. táblázat: Az egyes al-indexek kategorizálása (n=143)

Al-index	indexátlag	elégtelen	problémás	elégletes	kitűnő
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia	40,05 (SD: 9,39)	10,5%	9,1%	25,2%	55,2%
Prevenció	35,5 (SD: 10,41)	21,6%	11,5%	32,4%	34,5%
Egészségfejlesztés	36,3 (SD: 10,64)	19,6%	3,5%	49,7%	27,3%

Forrás: saját szerkesztés

„Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-index jellemzői

Az „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-index átlagpontszáma 40,05 pont (SD: 9,39) volt. Nemek tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget ($p>0,05$). A leíró statisztika elvégzése után megállapítottuk, hogy az iskolai végzettség esetén jelentős eltérések vannak a csoportok átlagpontszámai között ($p=0,006$). A ≤ 8 általánost végzettek 35,19 pontot (SD: 10,34), a középfokú iskolai végzettséggel

rendelkezők 39,83 pontot (SD: 9,86) és a felsőfokú végzettséggel rendelkezők pedig 43,16 pontot (SD: 6,39) értek el ebben az al-indexben. A legfeljebb 8 általánost végzők egészségértése elmarad a középfokú ($p=0,035$) és a felsőfokú ($p=0,001$) iskolai végzettséggel rendelkezőkétől. A lakhely, családi állapot nem volt hatással erre a dimenzióra ($p>0,05$). Az egészségműveltség felmérésére szolgáló kérdőív „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-indexe esetén jelentős összefüggést találtunk ($p=0,002$) a dohányzási szokásokkal. Az eredmények

alján elmondható, hogy a nem dohányzók 64,7%-a kitűnő egészségértéssel rendelkezik. A terápiahűség és az „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” al-index között pozitív irányú, gyenge szorosságú, szignifikáns kapcsolat igazolódott ($r=0,176$; $p=0,036$).

„Prevenció” al-index jellemzői

A „Prevenció” al-index esetén a kérdőívet kitöltők átlagpontszáma 35,5 pont (SD: 10,41) volt. A szociodemográfiai változók vizsgálata során, nemek tekintetében megállapítottuk, hogy a férfiak átlagpontszáma (38,6 pont, SD: 9,74) a prevenció al-index esetén magasabb, mint a nőké (34,5 pont, SD: 10,4), tehát jobb egészségértés jellemző rájuk ($t=-2,146$; $p=0,036$). A legmagasabb iskolai végzettség hatásának vizsgálata során szignifikáns különbséget mutatott az elvégzett ANOVA-teszt ($F=6,9$; $p=0,001$). A Post Hoc-teszt alapján elmondható, hogy a 8 általánost végzők egészségértése (27,4 pont, SD: 10,58) ebben az esetben is jelentősen elmarad a középfokú (36,93 pont, SD: 10,79; $p<0,001$), valamint a felsőfokú (36,4 pont, SD: 7,89; $p=0,002$) iskolai végzettségűektől.

„Egészségfejlesztés” al-index jellemzői

Az „Egészségfejlesztés” al-index esetén, a betegek átlagpontszáma 36,3 pont (SD: 10,6) volt. A szociodemográfiai változók közül a nem, a lakhely, a családi állapot esetén nem találtunk jelentős kapcsolatot ebben a dimenzióban

($p>0,05$). A legmagasabb iskolai végzettség vizsgálatakor azonban jelentős különbség igazolódott ($F=3,47$; $p=0,034$) az egyes csoportok indexátlaga között. Ebben az esetben is elmondható, hogy rosszabb az egészségértése a legfeljebb 8 általános osztállyal rendelkezőknek (31,44 pont; SD: 9,68), mint a középfokú (36,47 pont, SD: 10,83; $p=0,047$) és a felsőfokú (38,74 pont; SD: 10,07; $p=0,009$) iskolai végzettségűeknek.

Magasvérnyomás-betegség

A kutatásunkba bevont betegek több mint a felének 5 évnél régebben diagnosztizálták a magasvérnyomás-betegségét (74 fő; 51,7%). A válaszadók 16,1% (23 fő) nyilatkozta, hogy 1-3 éve, és 22,4% (32 fő) jelölte be, hogy 3-5 éve derült ki a betegsége. Mindössze 14 fő (9,8%) válaszolta, hogy kevesebb mint 1 éve állapították meg a betegségeit.

Az alacsony elemszám miatt létrehoztunk 2 csoportot, miszerint több mint 5 éve diagnosztizált magasvérnyomás-beteg (74 fő; 51,7%), és kevesebb mint 5 éve hipertóniás (69 fő; 48,3%). A további számításokat ezzel a csoportosítással végeztük.

Az egészségértés-index minden dimenziója szignifikáns különbséget mutatott a válaszadók átlagpontszáma alapján. Megállapítható, hogy akiknek kevesebb mint 5 éve fedezték fel a betegségét, azoknak lényegesen magasabb az egészségértésindex átlagpontszáma [3. táblázat].

3. táblázat: A magasvérnyomás-betegség diagnosztizálásának ideje és az egészségértés kapcsolata (n=143)

	Magasvérnyomás-betegség diagnosztizálása	N	átlag	SD	t	p
Összesített egészségértés-index	kevesebb mint 5 éve	69	39,81	7,06	3,37	0,001
	több mint 5 éve	70	34,79	10,21		
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia al-index	kevesebb mint 5 éve	69	42,95	6,61	3,78	<0,001
	több mint 5 éve	74	37,35	10,76		
Prevenció al-index	kevesebb mint 5 éve	69	38,14	8,29	3	0,003
	több mint 5 éve	70	33,00	11,65		
Egészségfejlesztés al-index	kevesebb mint 5 éve	69	38,32	9,47	3,37	0,001
	több mint 5 éve	74	34,48	11,38		

Forrás: saját szerkesztés

A betegségről való tájékozódással kapcsolatos kérdésre több választ (házi orvos, szakember, ápoló, illetve egészségügyi személyzet, valamint szaklapok, szakkönyvek, napilap, hetilap, család, internet) is megjelölhettek a kutatásba bevont személyek. Legmagasabb arányban a házi orvostól kapott tájékoztatást jelölték a betegek (11 fő; 77,6%). A minta mindössze 2,1%-a (3 fő) nyilatkozta, hogy semmilyen módon nem tájékozódott a betegségével kapcsolatban.

Számos korábbi kutatás igazolta, hogy a hipertónia kontroll alatt tartásának egyik fontos segítő tényezője a rendszeres, akár otthoni vérnyomásmérés, továbbá a rendszeres orvosi ellenőrzésen való megjelenés.

Vizsgálatunkban ennek megfelelően felmértük, hogy a válaszadók milyen gyakran ellenőrzik vérnyomásukat. A megkérdezettek közel azonos arányban jelölték meg a havonta egyszer (n=50; 35%) és a hetente (n=58; 38,5%) válaszlehetőséget, legritkábban a „nem ellenőrzi” lehetőséget választották (n=10; 10,5%). A további számításokhoz létrehoztunk 2 csoportot, miszerint „rendszeresen ellenőrzi a vérnyomását”, ebbe kerültek a „naponta”, „hetente 1-2-szer” választ jelölők (78 fő; 54,5%), illetve a „ritkán ellenőrzi a vérnyomását”, ebbe a „havonta 1-szer” és a „nem ellenőrzi” válaszadók kerültek (65 fő; 45,5%). Azok a válaszadók, akik rendszeresen ellenőrzik vérnyomásukat, jelentősen gyakrabban keresik fel házi orvosukat (n=66; 84,6%), mint akik ritkán vagy egyáltalán nem mérnek vérnyomást az otthonukban (n=12; 15,4%; p=0,023). Az egészségértés-index vizsgálata során az „Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia” (p=0,004) és az „Egészségfejlesztés” al-index esetén (p=0,022) is szignifikáns különbség igazolódott: azokra a betegekre, akik a „rendszeresen ellenőrzi a vérnyomását” csoportba kerültek, nagyobb arányban jellemző a kitűnő egészségértés.

MEGBESZÉLÉS

Jelen vizsgálat célja volt, hogy felmérjük a magasvérnyomás-betegséggel élők általános egészségműveltségét, egészségmagatartását és gyógyszeresedési szokásait. A felmérésben összesen 143 fő vett részt. A hazai és nemzetközi tapasztalatoknak megfelelően a felmérésben felülreprezentált volt a női nem 72,7%-os részvételével. Más nemzetközi kutatásokhoz hasonlóan a résztvevők átlagéletkora 62,7 év volt.^{22,23,24}

Az egészségműveltséget felmérő HLS-EU Q16 kérdőív átlagpontszáma 37,27 pont volt. A magyarországi vizsgálatral összevetve kutatásunkban mind az összesített egészségértés, mind az egyes al-indexek vonatkozásában a korlátozott (elégtelen/problémás) egészségértéssel rendelkezők alacsonyabb, az elégséges, illetve kitűnő egészségértéssel rendelkezők magasabb arányban vannak jelen a vizsgálatba bevont hipertóniás betegek körében.¹⁴ Ez magyarázható azzal, hogy egy speciális betegcsoportban végeztük el a vizsgálatot, és jellemzően a beteg emberek tájékozódnak betegségükkel kapcsolatban a diagnózist követően. A kutatásból kiderült, hogy elégedő egészségügyi információhoz jutnak több forrásból, Liu YB et al. vizsgálatához hasonlóan.²⁵ Ennek háttérében a magasabb ismeretszint állhat, illetve tudatosabban használják az internet által nyújtott lehetőségeket. Bo A. et al. kutatásában résztvevőkre és általunk felmért mintára is jellemző, hogy az alacsony iskolai végzettségűek nehezebben értelmezik az egészséggel kapcsolatos információkat.²⁶

Ez esetben a háttérben állhat, hogy alacsonyabb szintű általános műveltségükből adódóan kevésbé értik meg az egészségük megőrzésével, illetve a betegségük természetével kapcsolatos információkat. A vizsgálatunkból kiderült, hogy akinek magasabb szintű az egészségműveltsége, ritkábban keresi fel a házi orvosi praxist. Ennek oka lehet, hogy van annyi háttérismerete, amely alapján mérlegelni képes azt, mikor kell feltétlen felkeresni a házi orvost.

Gavrilova és munkatársai²⁴ kutatásához hasonlóan a terápiahűséget felmérő MMAS-kérdőív átlagpontszáma 5,19 pont volt. A szakirodalmi ajánlások alapján létrehoztunk 3 csoportot, úgymint tökéletes, közepes, rossz adherencia. A kutatásba bevont betegek 59,4%-a rossz terápiahűséggel rendelkezik. Eredményeink alapján elmondható, hogy a nőkre és a felsőfokú végzettségű betegekre magasabb szintű terápiahűség jellemző. Ezek az eredmények is összhangban vannak Gavrilova et al. tanulmányával.²⁴ A kutatásba bevont betegek felénél 5 évnél régebben diagnosztizálták a magasvérnyomás-betegséget. A gyógyszeres terápia mellett is magas vérnyomásértéke van a megkérdezettek 48,3%-ának, mely érték kismértékben eltér Alefan Q et al. közölt értékétől (53%).²⁷ A magasvérnyomás-betegek körében magasabb arányban

vannak jelen a férfiak, az alacsonyabb szintű terápiahűséget tanúsítók, továbbá a dohányzók. Vizsgálatunk korlátja egyrészt a nem reprezentatív mintavétel, továbbá az alacsony elemszám. Ennek következtében eredményeink nem általánosíthatók a Magyarországon élő hipertóniás betegekre, csupán feltáró jelleggel további kutatási irányokat jelölhetnek ki.

KÖVETKEZTETÉSEK

A magasvérnyomás-betegséggel élők körében végzett kutatásunk magasabb szintű egészségműveltséget igazolt a European Health Literacy Project mintájára felmért magyar átlagpopulációhoz képest, melynek legfőbb oka, hogy egy speciális betegségben szenvedők csoportjában történt az adatfelvétel. A vizsgált betegek azonban egészségműveltség vonatkozásában nem tekinthetők homogén csoportnak. A hipertóniával diagnosztizált betegek körében végzett egészségfejlesztő beavatkozások tervezése és végrehajtása során figyelembe kell venni a kognitív képességek közötti különbséget, főként az alacsony egészségügyi ismeretekkel bíró betegek esetén. A prevenció céljával végzett

egészségfejlesztési programok kidolgozásánál nagy hangsúlyt kell fektetni az egészségműveltség fejlesztésére, melynek eredményeként egészségtudatosabb magatartás alakul ki. Ennek a feladatnak a megvalósításában szerepet kaphatna a Magyarországon 2017-ben indított, kiterjesztett hatáskörű ápolóképzés (*Advanced Practice Nurse, APN*). Az első, egyetemi végzettségű, kiterjesztett hatáskörű közösségi szakápolók 2019 februárjában szerezték meg képesítésüket. Az ápolók alkalmasak praxisközösségekben, családorvosi praxisokban a krónikus betegségek, mint a hipertónia felderítésére és nyomon követésére, valamint gondozására is.²⁸ Az APN végzettségű ápolók kompetenciakörüknek megfelelően el tudják látni a magasvérnyomás-betegek észlelését, gyógyszerelését, beteg-educációját és egészségnevelését. Működésük emeli az ellátás színvonalát, javítja a betegelégedettséget.^{29,30} Segítségükkel személyre szabott egészségfejlesztési tervet lehet kidolgozni a magasvérnyomás-betegséggel küzdők számára. Folyamatos jelenlétük az alapellátásban lehetővé teszi, hogy a betegek bizalommal forduljanak hozzájuk az esetlegesen felmerülő kérdéseikkel, ami hozzájárul a páciensek egészségműveltségének javításához is.

HIVATKOZÁSOK

¹Naimi AJ, Naderiravesh N, Bayat ZS, et al. Correlation between health literacy and health-related quality of life in patients with hypertension, in Tehran, Iran, 2015–2016. *Electron Physician*. 2017; 9(11): 5712–5720. doi: 10.19082/5712

²Szegedi J, Kékes E, Sonkodi S, et al. A hypertonia epidemiológiája Magyarországon. *Hypertonia és nephrologia*. 2014;18(5-6):134–143.

³World Health Organization (WHO). Death and DALY estimates for 2004 by cause for WHO Member States: persons, all ages. WHO, Geneva, 2015.

⁴Warren-Findlow J, Seymour RB, Brunner Huber LR. The association between self-efficacy and hypertension self-care activities among African American adults. *Journal of Community Health*. 2012;37(1):15–24. doi: 10.1007/s10900-011-9410-6

⁵Sawkin MT, Deppe JS, Thelen J, et al. Health Literacy and Medication Adherence Among Patients Treated in a Free Health Clinic. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2015 Jun 4;2:2333392815589094. doi: 10.1177/2333392815589094.

⁶World Health Organization (WHO). Health Promotion Glossary. WHO, Geneva, 1998. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1> (Elérve: 2020. 07. 01.)

⁷Szabó P, Kósa K. Egészségműveltség a magyar népesség körében. *Orvostovábbképző Szemle*. 2016;23(2):66–72. http://otszonline.hu/egeszsegugyeink/cikk/egeszsegmuveltseg_a_magyar_nepesseg_koreben (Elérve: 2019. 10. 15.)

⁸Kickbusch I. Think health: what makes the difference. *Health Promot Int*. 1997;12(4):265–272.

⁹Ratzan SC. Health literacy: communication for the public good. *Health Promot Int*. 2001;16(2):207–214. doi: 10.1093/heapro/16.2.207

¹⁰Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, et al. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press (US), Washington, 2004. doi: 10.17226/10883

- ¹¹ Mårtensson L, Hensing G. Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scand J Caring Sci.* 2012;26(1):151-160. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00900.x
- ¹² Connor M, Mantwill S, Schulz PJ. Functional health literacy in Switzerland – validation of a German, Italian, and French health literacy test. *Patient Educ Couns.* 2013;90(1):12-17. doi: 10.1016/j.pec.2012.08.018
- ¹³ HLS-EU Consortium. Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Project 2009–2012. Vienna: Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research, 2012. (Second Revised and Extended Version, Date July 22th, 2014) https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/135/2015/09/neu_rev_hls-eu_report_2015_05_13_lit.pdf (Elérve: 2020. 07. 01.)
- ¹⁴ Koltai J, Kun E. A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés.* 2016;57(3):3-20. doi: 10.24365/ef.v57i3.62
- ¹⁵ Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, et al. Predictive validity of a medication adherence measure in a patient setting. *J Clin Hyper.* 2008;10(5):348-354. doi: 10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x.
- ¹⁶ Telekes A. Az időskori onkológia alapjai. *Idősgyógyászat.* 2018;3(1):19-24.
- ¹⁷ Sántha Á, Nagy M, Erdei J. R. The Health Literacy of Ethnic Hungarian Mothers in Eastern Europe. *Italian Journal of Sociology of Education.* 2020;12(3):91-111. doi: 10.14658/pupj-ijse-2020-3-5
- ¹⁸ Wangdahl JM, Dahlberg K, Jaensson M, et al. Psychometric validation of Swedish and Arabic versions of two health literacy questionnaires, eHEALS and HLSEU-Q16, for use in a Swedish context: a study protocol. *BMJ Open.* 2019;9(9):e029668. doi:10.1136/bmjopen-2019-029668
- ¹⁹ Emiral GO, Aygar H, Isiktekin B, et al. Health literacy scale - European union-Q16: a validity and reliability study in Turkey. *Int Res J Medical Sci.* 2018;6(1):1-7.
- ²⁰ HLS-EU Consortium 2012. Measurement of health literacy in Europe: HLS-EU-Q47; HLS-EU-Q16; and HLS-EU-Q86. Health Literacy Project 2009–2012.
- ²¹ Polyák É. A tápláltsági állapot vizsgálata. Életkorhoz korrigált BMI értékek. In: Figler M (editor). *Klinikai és gyakorlati diétetika.* Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest, 2015. pp 61.
- ²² Chajae F, Pirzadeh A, Hasanzadeh A, et al. Relationship between health literacy and knowledge among patients with hypertension in Isfahan province, Iran. *Electron Physician.* 2018;10(3):6470-6477. doi: 10.19082/6470
- ²³ Larki A, Tahmasebi R, Reisi M. Factors Predicting Self-Care Behaviors among Low Health Literacy Hypertensive Patients Based on Health Belief Model in Bushehr District, South of Iran. *Int J Hypertens.* 2018;2018:9752736. doi: 10.1155/2018/9752736
- ²⁴ Gavrilova A, Bandere D, Rutkovska L, et al. Knowledge about Disease, Medication Therapy, and Related Medication Adherence Levels among Patients with Hypertension. *Medicina (Kaunas).* 2019;55(11):715. doi: 10.3390/medicina55110715
- ²⁵ Liu YB, Liu L, Li YF, et al. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(8):9714-9725. doi: 10.3390/ijerph120809714
- ²⁶ Bo A, Friis K, Osborne RH, et al. National indicators of health literacy: ability to understand health information and to engage actively with healthcare providers - a population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health.* 2014;14:1095. doi: 10.1186/1471-2458-14-1095
- ²⁷ Alefan Q, Huwari D, Alshogran OY, et al. Factors affecting hypertensive patients' compliance with healthy lifestyle. *Patient Prefer Adherence.* 2019;13:577-585. doi: 10.2147/PPA.S198446
- ²⁸ Oláh A, Betlehem J, Máté O, et al. Advanced Practice Nurse (APN) MSc képzés bevezetése Magyarországon. *Nővér.* 2015;28(2):3-10.
- ²⁹ Betlehem J, Oláh A. Az ápolás megújulásának lehetősége hazánkban. *IME- Interdiszciplináris Magyar Egészségügy.* 2017;16(9):5-8.
- ³⁰ Vörös T, Karamánné Pakai A, Szebeni-Kovács Gy, et al. APN szerepe a hypertóniás beteg gondozásában a háziorvosi körzetben. *Nővér.* 2020;33(2):29-36.

A túlzásba vitt egészség – Az orthorexia nervosa kockázata táncművészek körében

Health overdone – The risk of orthorexia nervosa among dancers

Szerzők: Szöllősi Biankaⁱ, Prievara Dóra Katalinⁱⁱ ✉

Beküldve: 2020. 10. 26.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.650

Kulcsszavak: orthorexia nervosa; táncművész; közösségi média; egészséges életmód

Keywords: orthorexia nervosa; dancer; social media; healthy lifestyle

Összefoglaló

Bevezetés: A táncművészek, modellek és tornászok mindig is veszélyeztetett populációnak számítottak a testtel való elégedetlenség és a különböző evészavarok kialakulása szempontjából. Napjainkban egy új faktor erősíti fel az ideális testtel és a külső megjelenéssel kapcsolatos elvárásokat: a média és azon belül is a közösségi oldalak elterjedése. Kutatásunk fő célja, hogy kísérletet tegyünk felmérni a fiatal felnőtt táncművészek és a serdülőkorú táncnövendékek körében megjelenő egészséges étkezéssel kapcsolatos függőséget, vagyis az orthorexiás attitűdöket, valamint ezzel kapcsolatban a közösségi oldalak és csoportok használati szokásait.

Módszertan: A kutatásban résztvevők (N=80) egy anonim online kérdőívet töltöttek ki, mellyel felmértük szocioökonómiai státuszukat, antropometriai adataikat és a közösségimédia-használattal kapcsolatos szokásaikat, továbbá az orthorexia nervosa kockázatát is vizsgáltuk az ORTO-15 teszt segítségével.

Eredmények: A megkérdezettek körében 80%-os volt az orthorexia nervosa kialakulásának kockázata, vagyis az ORTO-15 kérdőíven kevesebb, mint 40 pontot értek el (95%-os megbízhatósági tartomány: 35,48–37,25 pont). A vegetáriánus és vegán étrendet követők ugyancsak kevesebb, mint 40 pontot kaptak, ami jelzi az orthorexiás hajlam meglétét ugyanúgy, mint a nem orvosi előírásra diétázók esetében is. Az orthorexia nervosa kockázatának mértéke nem mutatott különbséget az egyes életkori csoportokban, ahogyan az egyéb szociodemográfiai jellemzőkben sem.

Következtetés: Eredményeink szerint a jelenleg aktívan dolgozó fiatal felnőtt táncművészek és a pályára készülő serdülő korúak is kiemelt kockázati csoportot alkotnak az orthorexia nervosa kialakulása szempontjából.

Summary

Introduction: The dancers, models and gymnasts have always been an endangered population in terms of body dissatisfaction and eating disorders. However, nowadays a new factor reinforces the expectations regarding the ideal body and the appearance: the spreading of the media in particular social media sites. The main aim of our research was to measure the prevalence of the orthorexic attitudes (that is an addiction to healthy eating) and the related habits of social networking sites and groups among young adult dancers and teenager pupils.

Methodology: The participants of the research (N=80) answered an online, anonymous questionnaire about their socio-economic status, anthropometric data, social media using habits and the instrument also included the ORTO-15 test about the risk of orthorexia nervosa.

ⁱ Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Szeged

ⁱⁱ Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet, Szeged

Results: The risk of orthorexia nervosa was 80% in our sample, they achieved less than 40 points at the ORTO-15 test (95% confidence intervallum: 35.48–37.25). Every followers of vegetarian and vegan diet achieved less than 40 points, meaning there is an orthorexic predisposition, just like in case of the participants who follow diet without any medical prescription. The risk of orthorexia nervosa did not show any differences between the age groups or the different socio-demographic variables.

Conclusion: Our results suggest that currently active young adult dancers and adolescents preparing to become professional dancers are also at increased risk for the development of orthorexia nervosa.

BEVEZETÉS

Életmódunkat alapvetően meghatározzák táplálkozási szokásaink, fizikai aktivitásunk, szabadidőnk eltöltése és a különböző élvezeti szerek fogyasztása¹, mindezek közül pedig a táplálkozás bír a legnagyobb befolyással.² Napjainkban egyre gyakoribb jelenség a túlzásba vitt fogyókúra, amelyet sokszor burkolnak a tudatosan egészséges táplálkozási szokások eszményébe.³ A média különböző platformjai remek lehetőséget biztosítanak a meglévő ideálok terjesztésének és újabbak születésének. A kialakult társadalmi nyomás hatására az evés- és testképzavarok palettája egyre bővül és elterjedésük felgyorsult. Azok, akik számára a test esztétikus megjelenése fontos feltétele munkájuk elvégzésének, fokozottan kitettek az evés- és testképzavar megjelenésének. Hausenblans és Carron észrevételei szerint azon sportágakban (például műkorcsolya, szurkolócsapatok), ahol kulcsfontosságú a testi megjelenés, sűrűbb jelenség a sovány testalkatra való törekvés, mint más sportágak vonatkozásában.⁴ Nasser 2006-os tanulmányában magas kockázati csoportba sorolja a balett-táncosok mellett a színészeket, a zokékat és egyéb esztétikai sportágak művelőit az evés- és testképzavarok kialakulása tekintetében.⁵ Abraham táncosok körében végzett kutatásában alátámasztotta, hogy magas az evészavarok megjelenési aránya (1,7% anorexia nervosa, 12% bulimia nervosa).⁶ Hincapié és Cassidy 1966 és 2010 közötti időszakra vonatkoztatott felmérése azt az eredményt hozta, hogy a hivatásos táncművészek esetében az evészavarok kialakulása 50%-os élettartam-prevalenciát mutat.⁷

Az evészavarok olyan komplex orvosi és pszichiátriai kórképek, amelyek az esetek többségében más társbetegségekkel együtt jelentkeznek. Kialakulásuk összetett folyamat eredménye, a pszichés problémák és személyiségzavarok mellett a szociális és biológiai tényezők is szerepet játszhatnak.⁸ Az orthorexia nervosa (ON)

esetében (szemben például az anorexia nervosa és a bulimia nervosa kritériumával) nem az étel mennyisége, hanem a minősége áll a fókuszban. Az ON még nem számít sem önálló pszichiátriai kórképnek, sem diagnosztikus kategóriának a nemzetközi standardok szerint, azonban előfordulása egyre gyakoribbá vált, és következményei súlyossága miatt is érdemes a jelenséget alaposabban kutatni.

Az ON esetében jellemzően nincs testképzavar, de az egyén az evéssel kapcsolatban nyílt és racionalizált szabályokat követ. Míg a többi evészavar előfordulása inkább női többséget mutat, az ON-ban mérséklődnek vagy el is tűnnek a nemi különbségek.⁹ Ilyenkor az ételhez és az evéshez kapcsolódó megszállottság olyannyira fontossá válik, hogy az eluralja az egyén életét és a diétás megszorítások mellett személyiség- és viselkedészavarok is megjelennek. Ilyen esetekben a diéta az egyén identitásának egyik kifejezőeszkövévé válik, élete a speciális étkezési szokások köré szerveződik. Az orthorexiás személy az ételek minősége mellett kényszeresen ragaszkodik a pontosan kimért ételadaghoz, amit a megszokott időben és a megszokott körülmények között kell elfogyasztania, az ebben történő akadályoztatás szorongást és büntudat érzetét kelti.¹⁰ Ezek a kezdetben ártalmatlanul induló egészséges étkezési szokások megnehezítik a társas kapcsolatok fenntartását, mivel megakadályozzák az addig hétköznapi tevékenységeket, és hosszú távú következményként az egyén elszigetelődéséhez vezethetnek. A zavar differenciálásának kulcsa a háttérben megbúvó motiváció feltárása lehet, hiszen más táplálkozási zavarokkal szemben ez esetben nem a fogyás, hanem az egészségre való törekvés a fő motiváció.

Az ON diagnosztikai kritériumai a következők:¹¹

1. Az egyén ideje nagy részét (naponta több, mint három órát) az étkezéssel kapcsolatos gondolatokkal, bevásárlással, egészséges ételek előkészítésével tölti.
2. Fölényesség érzete jelenik meg azokkal szemben, akiknek az étkezési szokásai eltérnek az egyénétől. Ha az egyén valamilyen okból kifolyólag nem képes a meghatározott diétát betartani, kompenzáló magatartási formák jelennek meg.
3. Ha a személynek nem sikerül pontosan betartania a diéta egyes elemeit, büntudatot és önmaga iránti megvetést érez.
4. A korábban fontosnak tartott személyes értékekre, kapcsolatokra, tevékenységekre, valamint a fizikai egészségre is negatív hatással van az étkezés, valamint az étkezés köré csoportosuló attitűdökre és viselkedésekre.

Az ON kialakulásában több tényező is szerepet játszik. Biológiai aspektusból vizsgálva a fokozott mértékű egészségtudatosság kialakulásának oka lehet egészségügyi probléma vagy szomatikus betegség. Emellett a megjelenés háttérében több pszichológiai tényező is meghúzódhat, ilyen például a fokozott kontroll iránti igény, a kényszeres személyiség, a tökéletességre való törekvés, a korai kötődési zavarok, a szexualitással kapcsolatos feszültségek és a szeparáció-individualizáció nehézségei, valamint a családi rendszer zavarai. A szociokulturális tényezők tekintetében megfigyelhető, hogy a túlsúlyos, elhízott társadalom kettős üzenetet közvetít. Egyrésztől megbélyegzi a túlsúlyos embereket, másrésztől pedig eszményíti a diétázást. Nem elhanyagolható tényező továbbá a karcsúság-ideál hatása a fiatalok kialakulóban lévő testképére és önbecsülésére, amelyet a média, azon belül is leginkább a közösségi média platformjai közvetítenek.

Számos kutató véleménye szerint a megjelenő, a valóságot torzító médiatartalmak fontos szerepet játszhatnak – a szellemi mellett – a testi elégedetlenség kialakulásában is. A közösségi média oldalak felelősségét már el is kezdték vizsgálni a különböző evészavarok előfordulásának növekedésében.¹² Az idealizált, tökéletes testet „reklámozzák” és azt könnyedén, minden ember számára egyszerűen elérhetőként állítják be. A fiataloknál jelentkező negatív testkép kialakulásában nagy szerepe van ennek az irreális szépségideálnak, amellyel nap, mint nap szembe-

sülnek a tömegkommunikáció eszközein keresztül. Azon fiatalok, akik nem rendelkeznek megfelelő kritikai és önkritikai érzékkel, fokozottabban kitettek a médiából érkező káros hatásoknak.

A társadalmilag elvárt karcsúságideál gyakran párosul a boldogság és siker képével – ezzel szemben az elhízott, túlsúllyal rendelkező egyének előnytelen ábrázolásához a depressziót és a kudarcot párosítják. Azaz a média tulajdonképpen egy valótlan üzenetet közvetít a fogyasztók felé: a boldogság kulcsa a karcsú testalkat.¹³ Az önértékelés és az énkép fontos meghatározója a testkép, amely egyaránt szoros összefüggést mutat a pszichés jólléttel és a testi egészséggel.¹⁴ A médián keresztül érkező ideálképek már rövid idejű megtekintése is negatív hatással van a fiatal felnőttek saját testükről alkotott ítéleteinek megalkotására.¹⁵

A fiatal generáció tagjai kiemelten veszélyeztetettek a helytelen táplálkozás és az esetleges evészavarok kialakulásának tekintetében. Egyrészt az őket bombázó reklámok és a közösségi média – amely közegben napi szinten átlagosan négy vagy annál több órát töltenek el – erős befolyásoló tényezővel bír.¹⁶ Általánosnak mondható, hogy csak azért döntenek egy egészségtelen, káros ételmiszer mellett, mert erős a reklámok, főként a közösségi médiafelületeken használt hirdetések rájuk gyakorolt hatása. Emellett sok stressz éri őket a mások és önmaguk által támasztott elvárások kielégítésének harca közben.

Az aktívan dolgozó táncművészeknek és a fiatal táncos növendékeknek rendkívül magas elvárásoknak kell megfelelniük a testükkel kapcsolatban, amelynek forrása nem csupán a mesterek és egyben a szakma nyomása, hanem új tényezőként a médián keresztül érkező ideálkép is. Korábbi eredmények alapján az előadóművészek rizikócsoportnak tekinthetők az ON megjelenését illetően, a vizsgált mintában résztvevő művészek között az operaénekesek körében 81,8%-os, a balett táncosok körében 32,1%-os, a szimfonikus zenekari zenészek között pedig 36,4%-os az ON kialakulásának esélye.¹⁷ Ezért esett a mi választásunk is az előadóművészekben belül a táncosok csoportjára. Kutatásunk fő célja az ON és a közösségi média használata közötti összefüggés vizsgálata volt a már aktív táncművészek és táncnövendékek körében.

MÓDSZERTAN

Minta

A kutatásban összesen 80, jelenleg a pályán dolgozó táncművész (64 fő) és tanulmányait folytató fiatal táncos növendék (16 fő) vett részt. A kitöltők többek között a Magyar Táncművészeti Egyetemről, a Szegedi Tömörkény István Gimnázium és Művészeti Szakközépiskolából, a budapesti Experidance, a Kecskemét City Balett, a Pécsi és a Szegedi Nemzeti Színház, illetve a Szegedi Kortárs Balett társulataiból kerültek ki.

Kérdőív

A kutatásban alkalmazott online kérdőív kitöltése hozzávetőleg 10–15 percet vett igénybe, a kitöltés anonim módon történt. [1. melléklet] A kérdőív 2020 márciusában volt elérhető. A kérdőív kitöltésre történő felhívás különböző közösségi médiafelületeken került megosztásra, illetve privát üzenet formájában célzottan küldtük el professzionális táncművészeknek.

Az összeállított kérdőív négy nagyobb egységre tagolható. Az első kérdéskörben a szociodemográfiai adatokra kérdeztünk rá, majd önbevallásos alapon az antropometriai adatok (testtömeg és testmagasság) felvétele következett. A harmadik szakaszban az életmód és a szokások köré csoportosítottuk kérdéseinket, melyekben vizsgáltuk a közösségimédia-használatot is, például mennyi időt töltenek különböző közösségi oldalakon, milyen sűrűn osztanak meg rajtuk tartalmakat, beléptek-e étkezéssel kapcsolatos online csoportokba. A kérdőív negyedik, utolsó szakasza az ORTO-15, vagyis az ON mérésére kidolgozott teszt volt¹⁸, melynek Varga Márta által fordított és validált változatát használtuk.⁹ A 15 tételes mérőeszköz négyfokozatú Likert-skálából áll, a legalacsonyabb elérhető pontszám rajta 15, míg a legmagasabb 60 pont. Az összességében elért alacsonyabb pontszám jelzi az ON megjelenésének veszélyét, míg a magasabb pontszám a „normális” étkezési szokások meglétére utal. A két csoport elkülönítésére az ORTO-15 szerzői a 40-es ponthatárt jelölték ki, így mi is ezt a felosztást vettük alapul kutatásunk során. Az ORTO-15 kérdőív esetén a Cronbach- α megbízhatósági mutató értéke 0,733 volt.

A földrajzi távolság és a kitöltőkkel való személyes találkozás lehetőségének hiányában nem

állt módunkban bármely módszerrel testösszetételt mérni. Azért döntöttünk az önbevalláson alapuló testmagasság és testtömeg alapján számított testtömegindex (TTI) mellett, mert egyrészt ennél pontosabb adatokat a járványhelyzetre való tekintettel nem volt módunkban felvenni a tápláltsági állapotot illetően, másrészt Magyarországon is elterjedt módszer, a Központi Statisztikai Hivatal is a TTI elnevezésű értéket használja mérései során. Az adatelemzés során IBM SPSS Statistics 25 programot alkalmaztuk, az eredményeket k χ^2 -négyzet-próba, Pearson-féle korreláció, független mintás t-próba és többváltozós lineáris regresszióelemzés alkalmazásával kaptuk.

EREDMÉNYEK

A résztvevők 85%-a nő, a legfiatalabb kitöltő 16 éves, a legidősebb 34 éves, az átlag életkor pedig 22,2 év volt (a szórás 3,43 év). A válaszadók 48,8%-a (n=39) a fővárosban, 27,5%-a (n=22) városban, 21,2%-a (n=17) megyeszékhelyen, 2,5%-a (n=2) pedig faluban élt. Legmagasabb iskolai végzettséget tekintve 65% (n=52) középfokú végzettséggel, 25% (n=20) egyetemi végzettséggel, míg 10% (n=8) általános iskolai végzettséggel rendelkezett. Ezek az arányok magyarázhatók egyrészt az alacsony átlagéletkorról, másrészt a táncművészeti pálya elkezdéséhez elegendő középfokú „színházi táncos” OKJ végzettséggel.

Az önbevallásos módszer útján megkérdezett antropometriai adatok alapján minden résztvevőnek kiszámítottuk a TTI-értékét. A válaszadók 74%-a (59 fő) tartozott a normál testsúllyal rendelkezők csoportjába, 24% (19 fő) esett az alultáplált (azaz 18,5 alatti TTI-érték), 2,5% (2 fő) pedig a túlsúlyos kategóriába. Az ON-ra való hajlam kockázati csoportjába a mintából összesen 64 fő (80%) tartozott. A kockázat és az életkor összevetésére független mintás t-próbát alkalmaztunk, mellyel nem találtunk szignifikáns eltérést; $t_{(78)}=1,249$, $p=0,215$. A TTI és az ORTO-15 összesített eredményeit az 1. táblázat foglalja össze. A TTI és az ON kialakulásának kockázatát Pearson-féle korrelációval összevetve kiderült, hogy nincs statisztikai összefüggés a két változó között; $r=0,003$, $p=0,980$. Vagyis a normál és az alultáplált kategóriába tartozó TTI-értékkel rendelkező személyek között is közel 80% az ON kockázata. Az ON kialakulását

befolyásoló tényezőket többváltozós lineáris regresszióelemzéssel vizsgáltuk; $F_{(5)}=0,383$, $p=0,859$, $R^2=0,25$. Az ON szempontjából veszélyeztetettek egyik szocio-demográfiai tényező (nem, életkor, lakóhely, anyagi helyzet, iskolai

végzettség) mentén sem voltak elkülöníthetőek azoktól, akik nem tartoztak a kockázati csoportba, azaz ezek a tényezők nem befolyásolták az ON kialakulását.

1. táblázat: A TTI és az ORTO-15 kérdőív értékeinek alakulása a vizsgált mintában

	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás	95%-os konfidencia intervallum	
					Alsó határa	Felső határa
TTI	15,90	26,87	19,62	1,77	19,23	20,02
ORTO-15	27	44	36,36	3,97	35,48	37,25

Forrás: saját szerkesztés

A megkérdezettek 30%-a (n=24) jelenleg is rendelkezik vagy valaha rendelkezett valamilyen, szakember által megállapított evészavarral (a leggyakoribb válasz az anorexia nervosa volt 7 fő, a falásroham 6 fő és a bulimia nervosa 5 fő esetében), illetve közel 58% (n=46) saját bevalása szerint alapján nem szenvedett soha evészavarban. Az evészavarral rendelkező személyek között 75%-ban, míg az evészavarral eddig nem rendelkező személyek körében 82%-ban jelent meg az ON kockázata, a két csoport között statisztikailag nem állapítható meg különbség, a kí-négyzet-próba eredménye $\chi^2_{(2)}=0,206$, $p=0,902$.

A megkérdezettek 50%-a (n=40) követ jelenleg is valamilyen speciális diétát. A diétázók körében előfordult olyan személy, aki például gluténmentes, laktózmentes, cukormentes,

ketogén, vegetáriánus vagy vegán étrendet folytat, esetleg ezek különböző kombinációit. [2. táblázat] Közülük 32 fő, vagyis a speciális étrendet követők csoportjának 80%-a nem szakember által előírt diétát követett. Szignifikáns különbség mutatkozott a mintában az ON kockázata és a diétát folytatók között: a kí-négyzet-próba eredménye szerint jelentősen gyakoribb a kockázat akkor, ha a személyek nem szakember ajánlására folytatnak diétát; $\chi^2_{(1)}=8,421$, $p=0,004$. A kutatásban résztvevők 8,7%-a (n=7) követett vegetáriánus, míg 6,2%-uk (n=5) vegán étrendet, az összesen 12 fő esetében az orthorexiás hajlam megjelenése 100% volt. Ezek az adatok jelzik, hogy nagy a kockázata az evészavar kialakulásának, amennyiben a diéta nem szakember által előírt, külsőleg kontrollált folyamat.

2. táblázat: A speciális étrendet követők diétáinak számbeli megjelenése

Diéta jellege	Orvosi előírásra diétázók [fő]	Nem orvosi előírásra diétázók [fő]	Összesen [fő]
Laktózmentes	1	6	7
Laktóz- és cukormentes	1	5	6
Vegán	1	4	5
Gluténmentes	2	2	4
Vegetáriánus	0	4	4
Cukormentes	0	3	3
Vegetáriánus, glutén- és cukormentes	0	2	2
Crohn-diéta	1	0	1
Cukor- és gluténmentes	0	1	1
Cukormentes és ketogén diéta	0	1	1
Laktóz- és gluténmentes	0	1	1
Reflux-diéta	1	0	1
Vegetáriánus, laktóz- és cukormentes	0	1	1
Jelöletlen diéta	0	2	2
Összesen:	8	32	

Forrás: saját szerkesztés

A közösségi média használatával eltöltött napi idő mennyisége és az ON kockázata között nem találtunk statisztikai összefüggést; a chí-négyzet-próba eredménye $\chi^2_{(3)}=6,364$, $p=0,095$. A kutatásban résztvevők fele (52,5%) saját bevallása szerint napi átlag 1–2 órát tölt különböző közösségi média oldalak böngészésével, míg 25%-uk 3–5 órát, és 3,8%-ukat napi 5 óránál több közösségimédia-használat jellemzi. A válaszadók 18,8%-a napi egy óránál kevesebb időt tölt közösségi média felületeken. A megkérdezettek 37,8%-a legalább három, különböző közösségi oldal napi szintű felhasználója volt, tehát a közösségi médiában meglehetősen aktívan jelen voltak. Ennek ellenére a résztvevők csupán 22 százalékára volt jellemző, hogy tudatosan figyelne arra, mennyi időt tölt el a

közösségi oldalakon, és 32,5 százalék kimondottan csökkenteni is szeretett volna ezen az időmennyiségen.

Az összes válaszadó 43,8%-a ($n=35$) csatlakozott valamilyen, táplálkozással, diétákkal kapcsolatos internetes közösséghez. Az ON szempontjából rizikócsoportba tartozók 45,3%-a ($n=29$) volt tagja valamilyen táplálkozással foglalkozó csoportnak a közösségi média felületein, a chí-négyzet-próba alapján nincs különbség az ON kockázata és a diétákkal kapcsolatos online csoporttagság között; $\chi^2_{(1)}=2,696$, $p=0,101$. A csatlakozás motivációit a 3. táblázat összegzi. Legtöbb esetben az új receptek keresése (40%) és a más tagoktól való tapasztalatszerzés (40%) volt a csatlakozás fő indítéka.

3. táblázat: Az étkezéssel kapcsolatos online közösségi csoportba történő belépés motivációinak megoszlása

Motiváció	Csatlakozás online csoporthoz (N=35)	
Új receptek keresése	14 fő	40%
Tapasztalatszerzés más tagoktól	14 fő	40%
Kíváncsiság	5 fő	14,3%
Tudatosabb táplálkozás	4 fő	11,4%
Fogyási szándék	3 fő	8,6%
Nem érkezett válasz	2 fő	5,7%

Forrás: saját szerkesztés

MEGBESZÉLÉS

Kutatásunkat két nagyobb témakörre bontottuk, egyrészt vizsgáltuk a táncművészek, illetve leendő táncművészek körében az ON megjelenésének kockázatát, valamint ezzel kapcsolatban a közösségi média használatának összefüggéseit. Eredményeink alapján a mintában szereplő, táncművészeti képzésben részesülő serdülőkorúak és felnőttek jelentős része (80%) tartozott az ON-ra való hajlam kockázati csoportjába. Ebben a magas arányban nem elhanyagolható szerepe lehet a mai modern karcsúságideálnak, ami a valóságot torzító médiatartalomként fontos szerepet játszhat a testi elégedetlenség kialakulásában. Ráadásul az ON nemcsak a már meglévő evészavarral szenvedők csoportjánál jelent kockázatot, hanem azoknál a táncosoknál is, akiknél korábban még nem diagnosztizáltak semmilyen evészavart.

Előzetes várakozásunkkal ellentétben nem volt megfigyelhető a közösségi média gyakoribb használata az ON-ra való hajlam kockázati csoportjában. A vizsgálati személyek naponta átlagosan 1–2 órát használták ezen felületeket. Kutatásunkból az kiderült ki, hogy a válaszadók közel fele tagja valamilyen étkezéssel kapcsolatos csoportnak a közösségi felületeken. Feltételezhető, hogy a résztvevők a csoportban igyekeztek információkat szerezni a speciális, nem szakember által vezetett diétájukról. További feltételezésünk, hogy az olyan csoportba való belépéssel, ahová hasonló érdeklődési körű emberek csatlakoznak, igyekeztek társas támogató közegre lelteni, hiszen előfordulhat, hogy ezt a fajta támogatást vagy elfogadást nem kapják meg közvetlen offline környezetüktől. Ennek hátulütője az lehet, hogy ezek a felületek lehetőséget adnak arra, hogy az ON-val küzdő

személyek egymást erősítsék a káros tevékenységük-

ben, vagy akár versenyhelyzet is kialakulhat az étkezéssel kapcsolatos cselekedeteik, testsúlyuk tekintetében.

A vizsgálat korlátjai között szükséges megemlíteni, hogy bár az ORTO-15 kérdőív képes jól bejósolni az ON tüneteit és korábbi kutatásokban jól működött kontrolcsoport alkalmazása esetén is, azonban kényszeres zavar azonosításában hatékonysága korlátozott, ezért a kérdőívet érdemes lehet egy obszesszív-kompulzív zavart is mérő teszttel kiegészíteni. Az alacsony elemszám kibővítésére a későbbiekben pedig megoldás lehet egy összehasonlító elemzés végzése, ugyanis a serdülőkorú növendékek és fiatal felnőtt korú táncművészek csoportja mellett egy kontrolcsoportot is bevonni a vizsgálatba. Ugyancsak érdekes eredményeket hozhat annak feltárása, hogy egy-egy intézmény vagy társulat milyen mértékben foglalkozik a táncos növendékek vagy munkatársak étkezési szokásaival, továbbá vizsgálni, hogy a táncművészi pályát választók az oktatók és mesterek által közvetített elvárások, vagy inkább a média hatására változtatnak étrendjükön.

HIVATKOZÁSOK

¹Benkő Zs. A családok életmódját meghatározó társadalmi tényezők. *Szenvedélybetegségek, Addict Hung.* 2000;1:54-58.

²Vasadi V, Pálmai J. Magyar egyetemisták táplálkozási szokásainak szociológiai vizsgálata. In: Tarkó K, Benkő Zs (editors). „Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége” – Szemelvények egy multidiszciplináris egészségfejlesztő műhely munkáiból. Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged, 2016. pp 273-284.

³Boros Sz. Testi énkép, étkezési szokások, szorongásra, depresszióra való hajlam összefüggései élsportolók, szabadidő-sportolók és elhízottak körében. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Budapest. 2010.

⁴Hausenblans HA, Carron AV. Eating disorder indices and athletes: An integratin. *J Sport Exerc Psychol.* 1999;21(3):230-258. doi: [10.1123/jsep.21.3.230](https://doi.org/10.1123/jsep.21.3.230)

⁵Nasser M. Eating disorders across cultures. *Psychiatr.* 2006;5(11):392-395. doi: [10.1016/j.mppsy.2009.06.009](https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2009.06.009)

⁶Abraham S. Eating and weight controlling behaviours of young ballet dancers. *Psychopathology.* 1996;29(4):218-222. doi: [10.1159/000284996](https://doi.org/10.1159/000284996)

⁷Hincapié CA, Cassidy JD. Disordered eating, menstrual disturbances, and low bone mineral density in dancers: A systematic review. *Arch Phys Med Rehabil.* 2010;91(11):1777-1789. doi: [10.1016/j.apmr.2010.07.230](https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.07.230)

⁸Túry F, Babusa B, Dukay-Szabó Sz, et al. Az evés- és testképzavarok újabb típusai a modern civilizációs ártalmak között. *Magy Tud.* 2010;171(11):1306-1315.

⁹Varga M. Az orthorexia nervosa korrelátumai, különös tekintettel az egészségzavarokra és a kényszeres tünetekre. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Budapest. 2015. doi: [10.14753/SE.2015.1729](https://doi.org/10.14753/SE.2015.1729)

¹⁰Túry F, Lukács L. Az evészavarok modern formái. *Ideggyógyász Szle.* 2006;59(7-8):294-296.

KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatásunkban szereplő táncművészek, illetve növendékek csoportjának érdemes kiemelt figyelmet szentelni, mivel esetükben fennáll az egészséges életmód túlzásba vitelének, és így az evészavar kialakulásának kockázata. Különösen nagy arányú kockázatot mértünk abban az esetben, ha nem szakember által előírt és vezetett diétát folytatnak a megkérdezettek. A táplálkozás életünk megkerülhetetlen területe, az étkezéssel való egészséges mértékű foglalkozás kialakítása során prevencióként szükségszerű lehet akár életmód-tanácsadás vagy dietetikus segítségének igénybe vétele az olyan szakmában dolgozó fiatalok számára, akiknél egyrészt életkorukból adódóan is nagy hangsúlyt kap a külső megjelenés, valamint a munkájuk eszköze is a saját testük.

- ¹¹ Vandereycken W. Media hype, diagnostic fad or genuine disorder? Professionals' opinions about night eating syndrome, orthorexia, muscle dysmorphia, and emetophobia. *Eat Disord.* 2011;19(2):145-155. doi: [10.1080/10640266.2011.551634](https://doi.org/10.1080/10640266.2011.551634)
- ¹² Mabe AG, Forney KJ, Keel PK. Do you „like” my photo? Facebook use maintains eating disorder risk. *Int J Eat Disord.* 2014;47(5):516-523. doi: [10.1002/eat.22254](https://doi.org/10.1002/eat.22254)
- ¹³ Pukánszky J. A média testképre gyakorolt hatása fiatal felnőtt nők körében. *Médiakutató: Médiaelméleti folyóirat.* 2014;15(3):81-88.
- ¹⁴ F Túry, P Szabó. A táplálkozási magatartás zavarai. Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Medicina Kiadó, Budapest, 2000.
- ¹⁵ Kovács GyX, Prievara, DK, Pikó B. A testképről alkotott vélekedések megítélése emberalakteszt és az úgynevezett priming jelenség segítségével. *LAM.* 2015;25(8-9):363-372.
- ¹⁶ Prievara DK. A problémás internethasználat pszicho-szociális háttértényezői és prevenciósi lehetőségei. Doktori értekezés. Szegedi Tudományegyetem, Szeged. 2018. doi: [10.14232/phd.9794](https://doi.org/10.14232/phd.9794)
- ¹⁷ Aksoydan E, Comci N. Prevalence of orthorexia nervosa among Turkish performance artists. *Eat Weight Disord.* 2009;14(1):33-37. doi: [10.1007/BF03327792](https://doi.org/10.1007/BF03327792)
- ¹⁸ Donini LM, Marsili D, Graziani MP, et al. Orthorexia nervosa: Validation of a diagnosis questionnaire. *Eat Weight Disord.* 2005;10:e28–e32. doi: [10.1007/BF03327537](https://doi.org/10.1007/BF03327537)

LAPSZÁM ELŐTTI KÖZLEMÉNY

Hazai Egészségpillanatkép 2020. Gyorsjelentés a Global Burden of Disease Study 2019 adatai alapján

Hungarian Health at a Glance, 2020. Quick report based on the Global Burden of Disease Study 2019 data

Szerzők: Vitrai József , Bakacs Márta

Beküldve: 2020. 11. 15.

Kulcsszavak: GBD; lakosság egészsége; egészségmonitorozás; halálozás
Keywords: GBD; population health; health monitoring; mortality

ÖSSZEFOGLALÁS

A Global Burden of Disease Study 2019 legfrissebb adatai lehetőséget nyújtanak a magyar lakosság egészségi állapotának értékelésére. A szerzők a betegségek szempontjából a 2010-ben és 2019-ben halálozással és az elvesztett egészséges életévvel jellemzik a magyar nők és férfiak egészségét, kiemelve a 20-54 éves korosztályt. Az egyes egészségkockázatok súlyát a hozzájuk kapcsolt elvesztett egészséges életév részarányával írják le. A magyar adatokat a többi visegrádi ország és Ausztria értékeivel vetik össze.

Az elmúlt tíz évben a nők **halandósága** 7%-kal nőtt, míg a férfiaké kissé, 1,5%-kal csökkent. Az elhunyt nők felének szív- és érrendszeri betegségek, negyedének rosszindulatú daganatok okozták a halálát. A férfiak több mint 40%-a szív- és érrendszeri betegségek, 30%-a daganatok miatt hunyt el.

A nők mindössze 5%-a hunyt el 20-54 éves korban, a férfiaknál ez az érték 12% volt 2019-ben. Ebben a korosztályban – 2010-hez képest – mindkét nemből jelentős csökkenés volt megfigyelhető: a nőknél ez 16%, a férfiaknál 22% volt. A 20-54 éves nők halálai listáját 48%-kal a rákos megbetegedések vezették, a második helyen a szív- és érrendszeri betegségek álltak 19%-kal. A 20-54 éves férfiak halálozása közel 30-30%-ban volt köthető e két betegségcsoporthoz 2019-ben.

Mind a magyar nők, mind a magyar férfiak halandósága 2019-ben magasabb volt a visegrádi országok és Ausztria értékeinél. A vezető halálokokban, mint a szív- és érrendszeri betegségek, valamint a rosszindulatú daganatok okozta halálozás vonatkozásában ugyanezt lehetett megfigyelni. A férfiak halandósága mind egyik országban jelentősen meghaladta a nőkéét. Az 1 éves kor alattiak halandósága 2010 és 2019 között Magyarországon nagymértékben, harmadával csökkent ugyan, azonban ez 2019-ben a visegrádi országokkal és Ausztriával összevetve Szlovákia után mégis a második legmagasabb volt.

A magyarok **egészségveszteségeinek** döntő része a krónikus, nem fertőző betegségekhez volt köthető 2019-ben is. A két kiemelkedő veszteséget okozó betegségcsoport – gyakorisági sorrendben – a szív- és érrendszeri betegségek és a daganatok voltak. E két betegségcsoporton túl a férfiaknál még a sérülések járultak hozzá nagyobb arányban az egészségveszteségekhez. 10 év távlatában a nőknél 2%-kal, míg férfiaknál 5%-kal csökkentek az ezekből származó veszteségek. 2019-ben a magyar nők és férfiak egészségveszteségei meghaladták a többi visegrádi ország értékeit, és Ausztriával összevetve a nőknél 16%, a férfiaknál 42% többletveszteség mutatkozott.

Nőknél az összes egészségveszteség közel negyede a 20-54 éves korosztályt érintette.

Ebben a korcsoportban a legnagyobb veszteséget okozó betegségcsoportok sorrendje a teljes női népességhez viszonyítva megfordult: a daganatos megbetegedések több veszteséget okoztak, mint a szív- és érrendszer betegségei. A 20-54 éves férfiak egészségveszteségei tették ki a teljes férfinépesség veszteségeinek közel 30%-át. Ebben a korcsoportban azonos arányban lehetett a szív- és érrendszeri betegségekhez, illetve a rosszindulatú daganatokhoz kötni a veszteségeket. Kiemelendő azonban, hogy a férfiaknál az összes veszteség negyedéért a sérülések, ezen belül a balesetek voltak felelősek.

A nők **kockázati tényezőkhöz** kapcsolt egészségveszteségeinek döntő részét – előfordulási sorrendben – a magasvérnyomás-betegség, a magas testtömegindex, a magas vércukor- és koleszterinszint, a dohányzás, valamint a magas sófogyasztás okozta 2010-ben és 2019-ben is. Férfiaknál a kockázati tényezők sorrendje a nőkéhez hasonlóan alakult 2010-ben és 2019-ben is, de a férfiaknál az alkoholfogyasztás a legnagyobb veszteséget okozó kockázatok közé került.

A 20-54 éves nőknél a legnagyobb veszteséget okozó kockázatok sorrendje a teljes női népességtől eltérően alakult: dohányzás, magas testtömegindex, alkoholfogyasztás, magasvérnyomás-betegség, magas vércukor- és koleszterinszint. Ebben a korosztályban a férfiaknál az alkoholfogyasztás és a dohányzás okozta a legnagyobb mértékű egészségveszteséget, ezt követték az egészségtelen étrendhez kapcsolódó kockázatok.

2019-ben a magyar nők és férfiak minden kockázati tényezőcsoportban több egészséges életévet vesztek el, mint a nemzetközi összehasonlításba bevont többi ország lakosai. A viselkedési kockázatok okozta veszteségek valamennyi országban meghaladták mind a környezeti, mind az élettani kockázatokot.

Össességében az egészségveszteségek 2010-hez viszonyítva a nőknél némileg növekedtek, míg a férfiaknál csökkentek, igaz veszteségeik meghaladták a nőkéét 2019-ben. A magyar népesség legaktívabb részében, a 20-54 éves korosztályban mindkét nemnél jelentősen csökkentek az egészségveszteségek.

A legtöbb halálozást, illetve a legnagyobb egészségveszteségeket okozó betegségcsoportok és kockázati tényezők sorrendjében 2010 óta lényeges változás nem történt. Az egészséges életmóddal megelőzhető szív- és érrendszeri betegségek, valamint a rosszindulatú daganatok okozták a legtöbb halálozást és ezek miatt veszett el a legtöbb egészséges életév is Magyarországon.. Ezzel összhangban, a viselkedési (mint például a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a magas sófogyasztás) és az élettani kockázatokhoz (mint például a magas vércukor- és koleszterinszint, magas testtömegindex) kapcsolhatók a legnagyobb egészségveszteségek.

A többi visegrádi országgal és Ausztriával összevetve a magyar mutatók értékei – 2010-hez hasonlóan – 2019-ben továbbra is elmaradást jeleztek.

A 2019-es adatok ismét felhívják a figyelmet, hogy érdemes lenne a jelenleginél jóval nagyobb erőforrásokat fordítani a megelőzésre, azaz a legnagyobb egészségveszteségeket okozó viselkedési kockázatok visszaszorítására. A népességügy ez irányú megerősítése nemcsak jóval kisebb hazai egészségveszteségeket eredményezne, hanem a tudományos bizonyítékok szerint az egészségügyi erőforrások felhasználásának hatékonyságát is növelné. Az egészségadatok értékelése alapján hozott intézkedések a lakosság egészségének javításához, az aktív és a produktív népesség növekedéséhez vezetnének, és ezáltal hozzájárulnának az ország versenyképességének javulásához. Az ennek eredményeképpen bővülő erőforrások a népesség egyre nagyobb részének biztosíthatnák az egészséges életmódot, a teljesebb, boldogabb élet feltételeit.

HÁTTÉR

A magyar lakosság egészségéről hivatalosnak tekinthető jelentést az OECD jelentetett meg 2020 végén, amiben a legfrissebb adatok 2018-ból, míg a 2019-ben közreadott OECD és EU jelentésekben az adatok 2017-ből származtak.^{1,2,3} (Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle - magyar összefoglaló a következő lapszámban olvasható) Nemzetközi összehasonlításra alkalmas adatok jelenleg az Eurostat honlapján is csak 2017-esek. A Global Burden of Disease Study (GBD) 2019 adatbázisábólⁱ 2020. október 15-től azonban már elérhető a 2019-es adatok 204 országra és térségre, 396 betegségre, 87 kockázati tényezőre, 1990-2019 között évenkénti bontásban.⁴ A GBD adatait számos európai és Európán kívüli országban használják a lakosság egészségének monitorozására, a lakosság egészségét érintő döntések előkészítéséhez.ⁱⁱ A hazai szakemberek számára ez a projekt több alkalommal is bemutatásra került.^{5,6,7}

Jelen közlemény célja a frissen megjelent adatokból olyan rövid összeállítást közreadni, amely segít az olvasónak megítélni a magyar lakosság egészségét részben az időbeli változások, részben más országok adataival való összehasonlítás alapján. A közlemény első felében a szerzők bemutatják, hogy a nagyobb betegségcsoportok mekkora súlyt képviselnek a hazai egészségvesztésekben, a másodikban pedig a kockázati tényezők szerepének tisztázására kerül sor. Az egészségvesztéseket először a halálzási adatokkal, majd az elvesztett egészséges évekkkel (ELÉV) jellemzik. Az utóbbiak a veszteségekről teljesebb képet mutatnak, hiszen a halálzás mellett az egészségproblémák (pl. az olyan, nem halálos betegségek, mint a lelki betegségek vagy az életvitelt tartósan korlátozó tünetek) miatti korlátozottságot is számba veszik.

MÓDSZERTAN

A lakosság egészségének jellemzéséhez a GBD adatbázisából letöltöttük a 2010-re és 2019-re becsült elvesztett egészséges éveket (angolul

DALY) teljes veszteségen belüli részarányát, valamint a 100 ezer főre számított értékét valamennyi betegségre együttesen, illetve a legjelentősebb veszteséget okozó betegségcsoportokra, a teljes lakosságra és a 20-54 éves korcsoportra, nemenként. Ugyancsak letöltöttük a 100 ezer főre becsült halálzási adatokat az előzőekben megadott nemi és életkori bontásokban. (A betegségek okozta egészségvesztések becsülésével kapcsolatos módszertani kérdésekről részletesen lásd GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020⁸)

A halálzási és az ELÉV adatok nemzetközi összehasonlításához valamennyi betegségre együttesen, illetve a szív- és érrendszeri, valamint a rosszindulatú daganatos betegségekre vonatkozó, korra standardizált adatokat ismertetjük Magyarországra, Szlovákiára, Csehországra, Lengyelországra, valamint Ausztriára, az előbbiekben leírt bontásokban. Az egy éves kor előtti halálzás időbeli alakulásának bemutatására és más országokkal való összevetéséhez a 100 ezer főre számított, mindkét nemre együttesen becsült értéket használtuk. Megjegyezzük, ez a halálzási mutató nem egyezik meg a szokásosan használt csecsemőhalálzással, aminél a halálesetek számát nem 100 ezer egy év alatti lakosra vetítik, hanem 1000 élve szülöttre.

Az egyes egészségkockázatok egészségvesztésben játszott szerepének bemutatásához letöltöttük mind a 87 tényezőre becsült magyarországi ELÉV értékeket a fenti demográfiai csoportok szerint, illetve az említett országokra. Megjegyezzük, hogy az egyes kockázati tényezők által okozott egészségvesztések összes veszteségen belüli részarányának összege meghaladhatja a 100%-ot, mivel a társult kockázati tényezők (pl. magas testtömegindex mellett fellépő magasvérnyomás-betegség) hatásának pontos becsüléséhez jelenleg nem állnak rendelkezésre megfelelő adatok. (Az egészségkockázatok becsülésével kapcsolatos módszertani kérdésekről részletesen lásd GBD 2019 Risk Factors Collaborators, 2020⁹)

Az ábrákon csupán azokat a betegségcsoportokat tüntettük fel, melyeknél a veszteség részaránya valamelyik vizsgált korcsoportban meghaladta az 1%-ot. A nemzetközi összehasonlítás-hoz korra standardizált adatokat használtunk.

ⁱ GBD2019 adatok egyrészt itt: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>, másrészt itt: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> érhető el

ⁱⁱ <http://www.healthdata.org/gbd/2019>

EREDMÉNYEK

Betegségcsoportok súlya az egészségveszteségekben

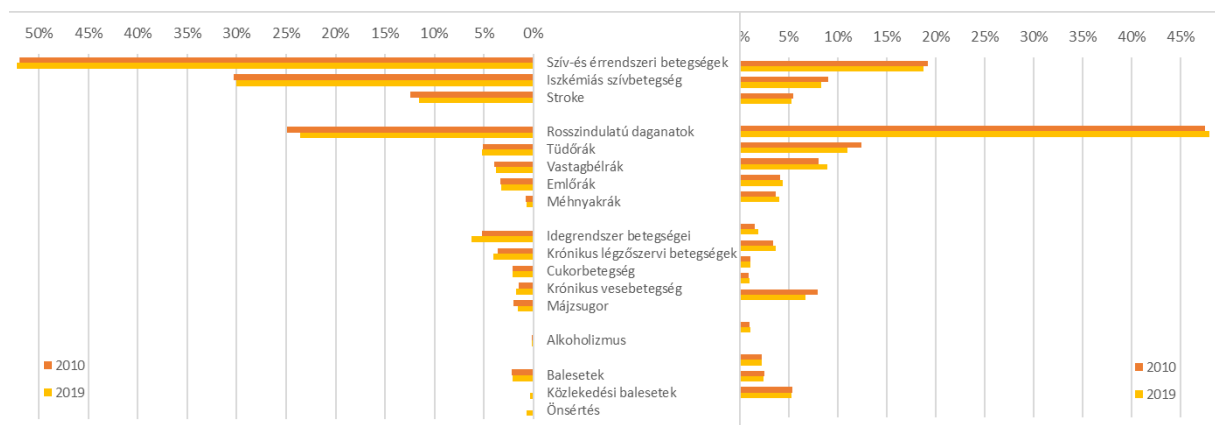
Halálozás

2019-ben Magyarországon elhunyt nők száma a GBD becslése szerint 66 827 voltⁱⁱⁱ, ami százezer főre vetítve 1319 halálesetet jelentett; ez 2010-hez viszonyítva 7%-os növekedésnek felelt meg. Az elhunyt nők felének a szív- és érrendszeri betegségek, negyedének a rosszindulatú daganatok okozták a halálát. [1. ábra; bal oldal]
A 20-54 éves nők körében a becslések alapján 3311-en hunytak el 2019-ben, ami az összes

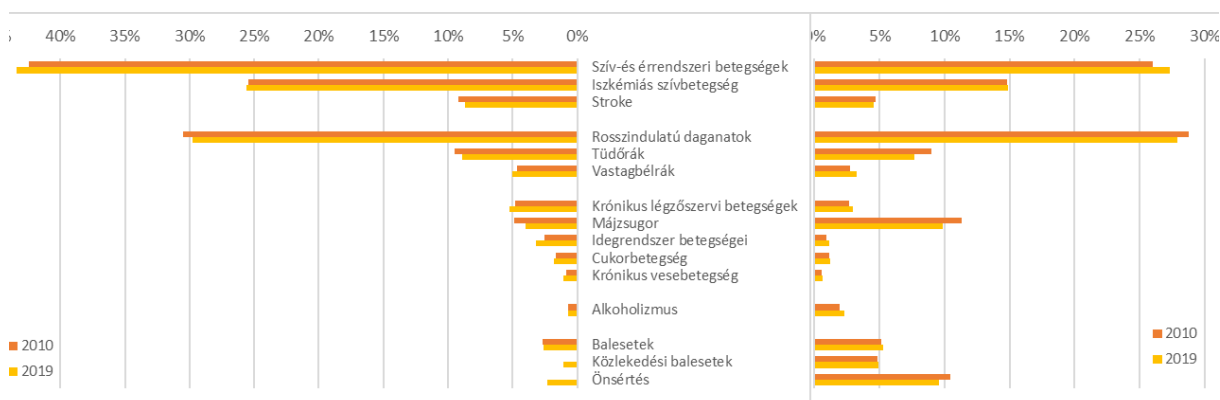
halálozás mindössze 5%-át tette ki. Átszámítva százezer főre, ez 145 halálesetnek felelt meg, és ez az érték 2010-hez viszonyítva 16%-os csökkenést jelentett. Ebben a korosztályban a nők halálai listáját a daganatos megbetegedések 48%-kal vezették, míg a második helyen a szív- és érrendszeri betegségek álltak 19%-kal. [1. ábra; jobb oldal] A fiatal és középkorú felnőtt nők körében a tüdőrák volt a vezető halál (11%).

2019-ben a Magyarországon elhunyt férfiak száma a GBD becslése szerint 62 041 volt, ami százezer főre vetítve 1346 halálesetet jelentett; ez 2010-hez viszonyítva 1,5%-os csökkenésnek felelt meg.

1. ábra: Halálokok részaránya az összes halálozáson belül a teljes női lakosságra (bal oldal) és a 20-54 éves nőknél (jobb oldal) 2010-ben és 2019-ben



2. ábra: Halálokok részaránya az összes halálozáson belül a teljes férfi lakosságra (bal oldal) és a 20-54 éves férfiaknál (jobb oldal) 2010-ben és 2019-ben



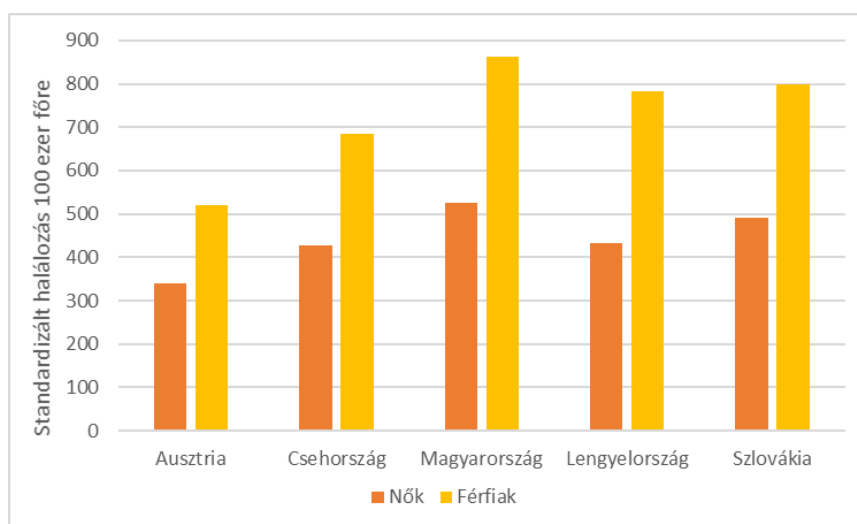
ⁱⁱⁱ A GBD a halálesetek számát becsléssel állítja elő, ezért az a KSH által közölt tényleges esetszámoktól eltérhet.

Az elhunyt férfiak több mint 40%-ának szív- és érrendszeri betegségek, 30%-ának rosszindulatú daganatok okozták a halálát. [2. ábra; baloldal] Az iszkémiás szívbetegség önmagában a halálozások negyedét okozta.

A 20-54 éves férfiak körében a becslések alapján 7170-en hunytak el 2019-ben, ami az összes halálozás mindössze 12%-át tette ki. Átszámítva százezer főre, ez 309 halálesetnek felelt meg,

és ez az érték 2010-hez viszonyítva 22%-os csökkenést jelentett. A 20-54 éves férfiak halálozását részben a daganatos (28%), részben a szív- és érrendszeri (27%) megbetegedések okozták 2019-ben. Az iszkémiás szívbetegségek önmagukban a halálozások 15%-ért feleltek. A tüdőrákon (8%) túl még kiemelendő a májzsugor (10%), valamint az önsértés (10%) mint jelentősebb halálok.

3. ábra: Halálozás a visegrádi országokban és Ausztriában nemek szerint, 2019-ben



Halálozás nemzetközi összehasonlításban

2019-ben mind a magyar nők, mind a magyar férfiak százezer főre vetített halálozása magasabb volt a vizsgált országokban. [3. ábra] A magyar adatok legjobban az osztrák (nők: 55%-kal, férfiak: 66%-kal), legkevésbé a szlovák (7%-kal, 8%-kal) értékeket haladták meg.

A férfiak halálozása több mint másfélszerese volt a nőkének a vizsgált országokban. A nemek közti különbség legkisebb Ausztriában (53%), a legnagyobb Lengyelországban (81%) volt tapasztalható. A legnagyobb halálozási veszteséget okozó betegségeknel a férfiak körében hasonló többlethalálozás volt megfigyelhető. Több mint másfélszer annyi volt a férfiak szív- és érrendszeri (Ausztria: 145%, Lengyelország: 158%), valamint rosszindulatú daganatos betegségek miatti halandósága (Ausztria: 159%, Lengyelország: 185%), mint a nőké.

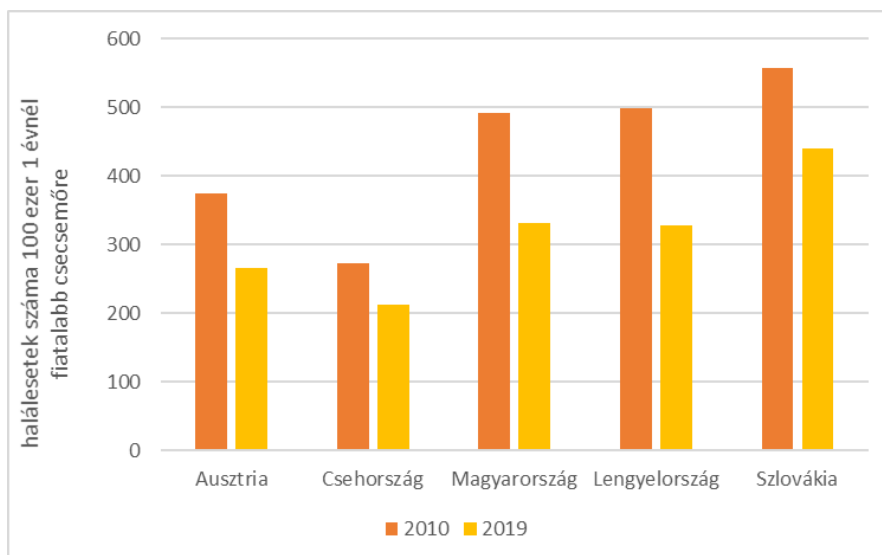
Mind a szív- és érrendszeri betegségek, mind a rosszindulatú daganatok okozta halálozásban hasonló volt az összkép. [5. ábra] A magyar adatok – egy kivétellel – magasabbak voltak az

összehasonlításban szereplő országokénál. A szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozásban a magyar érték leginkább az osztrákot (nők: 198%, férfiak: 206%) haladta meg, és legkevésbé a szlovák (98%, 104%) adatoktól tért el. A rosszindulatú daganatok okozta halálozásban ugyancsak az osztrák (142%, 159%) adatokat haladta meg leginkább a magyar érték, míg legközelebb a lengyel (108%, 101%) halálozási mutató állt.

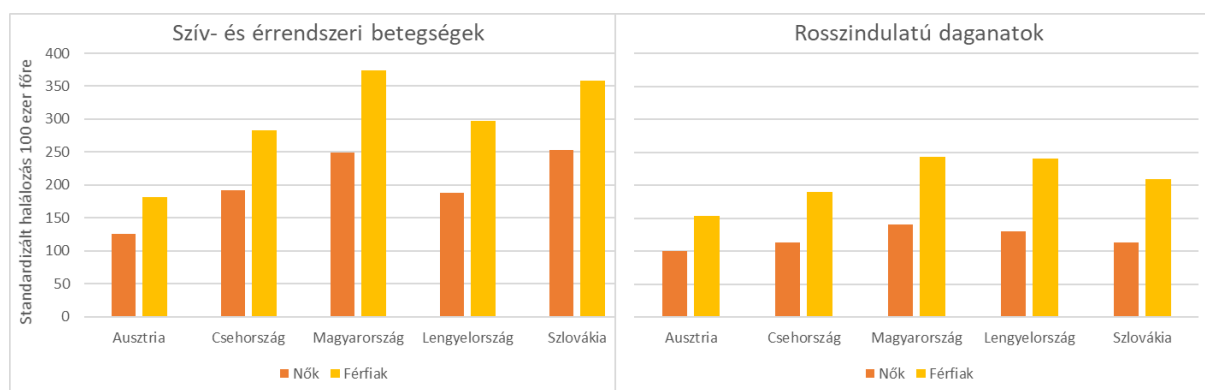
Egy éven aluliak halálozása

2010 és 2019 között az első életévükben elhunytak aránya Magyarországon jelentősen, egyharmadával csökkent: a 100 ezer főre számított érték 492-ről 331-re. [4. ábra] Ez az érték 2019-ben a visegrádi országokkal és Ausztriával összevetve a második legmagasabb volt, pedig 2010-ben hazánk az öt vizsgált ország között még a harmadik helyen állt. Igaz, a legkedvezőbb halálozási arányt mutató Csehországhoz képest 2010-ben a magyar adat 80%-kal, de 2019-ben már csak 55%-kal volt magasabb.

5. ábra: Az 1 év alattiak halálózása a visegrádi országokban és Ausztriában, 2010-2019



4. ábra: Legnagyobb halálózási veszteséget okozó betegségek a visegrádi országokban és Ausztriában nemek szerint, 2019-ben



Elvesztett egészséges életévek

2019-ben Magyarországon a nők 1,8 millió egészséges életévet vesztek, ami százezer főre számítva 35 503 év volt, mintegy 2%-kal magasabb, mint 2010-ben.

A nők egészségvesztéseinek 90%-át a krónikus nem fertőző betegségek, 7%-át a sérülések, a maradék 3%-ot a fertőző, az anyai és újszülöttkori, valamint a táplálkozási betegségek okozták, hasonlóan 2010-hez. 2019-ben a szív- és érrendszeri betegségek okozták a legnagyobb, közel 30%-os egészségvesztést [6. ábra; baloldal], mely háttérben nagyrészt az iszkémiás szívbetegségek (mintegy 15%) és a stroke (több mint 7%) állt. A nők minden ötödik elvesztett egészséges életéve ez utóbbi két betegségekre vezethető vissza.

Második helyen – 2010-hez mérten némi csök-

kenést mutatva – a veszteségek ötödét kitevő rosszindulatú daganatok álltak. Köztük a legnagyobb veszteséget a tüdő-, az emlő- és a vastagbélrák okozta, hasonlóan 2010-hez.

A betegségek következő csoportja 2-5% közötti mértékben járult hozzá a veszteségekhez. A mozgásszervi, az idegrendszeri, valamint a lelki betegségek okozta veszteségek 5% körül szóródtak. Az előbbi kettőben némi növekedés volt megfigyelhető 2010-hez viszonyítva.

A sérüléseket tekintve megállapítható, hogy a legnagyobb veszteséget, mintegy 5%-os arányban a balesetek okozták mindkét vizsgált évben. A nők 20-54 éves korosztályában a 2019-es egészségvesztés összesen 418 ezer év volt, ami a teljes női lakosság összes veszteségének 23%-át tette ki. A százezer főre számított veszteség 18 324 év volt, ami mintegy 4%-os csökkenést jelentett a 2010-es értékhez viszonyítva.

Ebben a női korosztályban a krónikus nem fertőző betegségek okozta veszteségek tették ki az összes veszteség 84%-át, a sérülések a 11%-át, és a fertőző, az anyasági és újszülöttkori, valamint a táplálkozási betegségek az összes veszteség 5%-át.

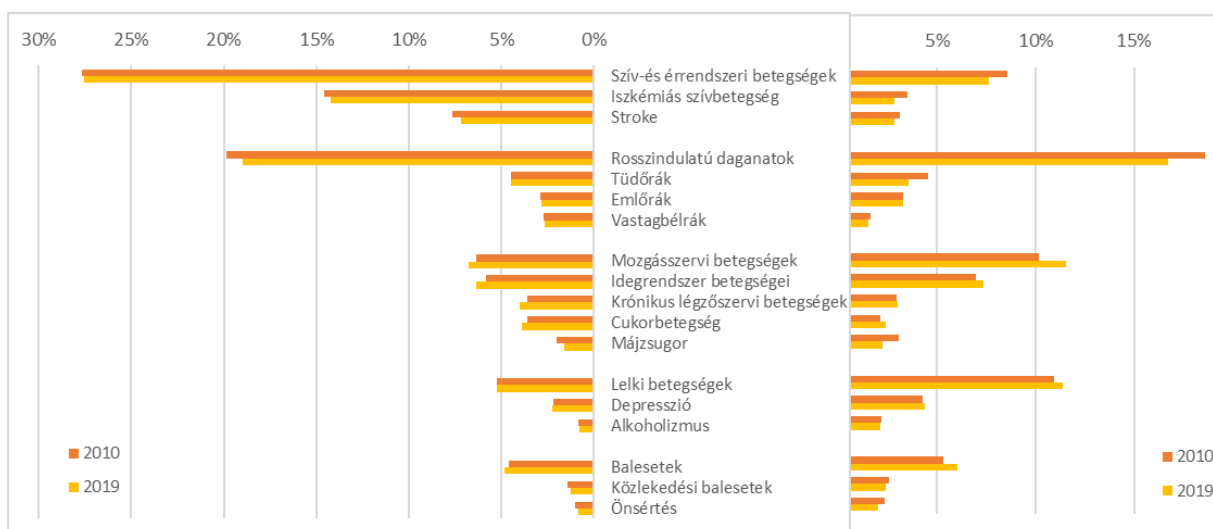
Az elvesztett egészséges életévek betegségek szerint megoszlása a 20-54 éves korcsoportban jelentősen eltért a teljes női lakossággal összevetve: a veszteségek nagy részét (17%) a daganatos megbetegedések okozták, igaz, kisebb csökkenés 2010-hez viszonyítva megfigyelhető volt. [6. ábra; jobb oldal] A szív-érrendszeri

betegségek (8%) mind a mozgásszervi (12%), mind a lelki (11%) betegségeknél kisebb veszteséget okoztak a fiatal-középkorú felnőtt nőknél.

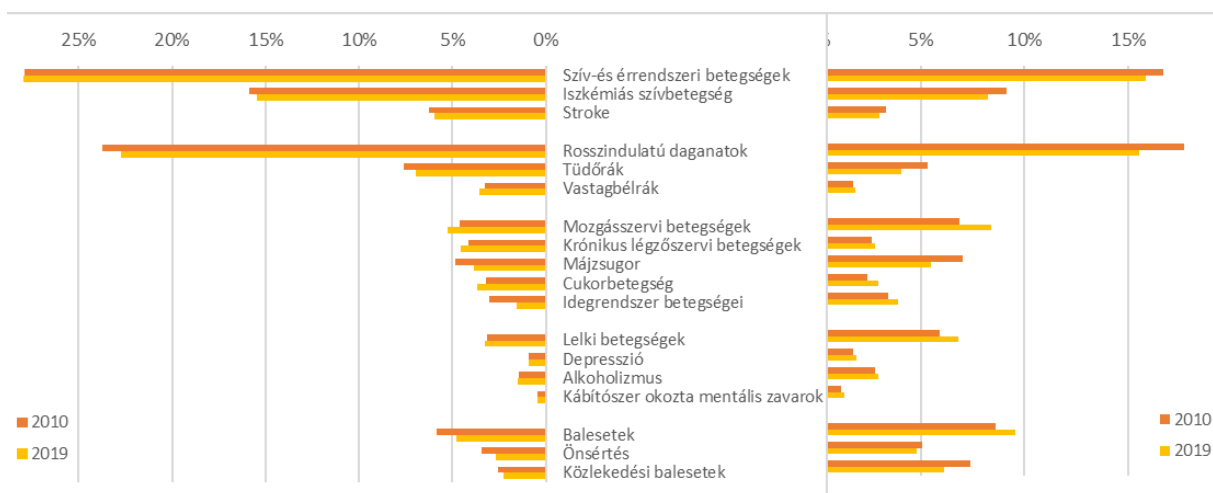
2019-ben Magyarországon a férfiak 1,9 millió egészséges életévet vesztek, ami százezer főre számítva 41 367 év volt, mintegy 5%-kal kevesebb, mint 2010-ben.

A férfiak körében a krónikus nem fertőző betegségek okozta veszteségek tették ki 2019-ben az összes veszteség 86%-át, a sérülések a 12%-át, és a fertőző, az újszülöttkori, valamint a táplálkozási betegségek az összes veszteség 3%-át.

6. ábra: Betegségek miatt elvesztett egészséges életévek (ELÉV) teljes veszteségen belüli részaránya a teljes női lakosságra (bal oldal) és a 20-54 éves nőknél (jobb oldal) 2010-ben és 2019-ben



7. ábra: Betegségek miatt elvesztett egészséges életévek (ELÉV) teljes veszteségen belüli részaránya a teljes férfi lakosságra (bal oldal) és a 20-54 éves férfiaknál (jobb oldal) 2010-ben és 2019-ben



2019-ben – hasonlóan 2010-hez – a szív- és érrendszeri betegségek okozták a legnagyobb, közel 30%-os egészségvesztést. [7. ábra, bal oldal] A veszteségeket – hasonlóan, mint a nőknél – nagyrészt az iszkémiás szívbetegségek (mintegy 15%) és a stroke (mintegy 6%) okozták, melyek együtt az összes veszteség ötödét tették ki.

Második helyen – 2010-hez képest némi csökkenést mutatva – a veszteségek közel negyedét kitevő rosszindulatú daganatok okozta veszteségek álltak. Köztük a legnagyobb veszteséget a tüdő- és a vastagbélrák okozta – 2010-hez hasonlóan.

A következő jelentősebb, 5% körüli veszteséget okozó betegségek a mozgásszervi, a krónikus légzőszervi betegségek, a májzsugor, illetve a balesetek. Míg az előző kettőben kisebb növekedés, az utóbbi kettő esetén kisebb csökkenés figyelhető meg 2010-hez képest.

A 20-54 éves férfiak által elvesztett egészséges életévek tették ki a teljes férfi lakosság veszteségeinek közel 30%-át. Ebben a korosztályban a krónikus, nem fertőző betegségek az összes veszteség 75%-áért, a sérülések a 21%-áért, és a fertőző, az újszülöttkori, valamint a táplálkozási betegségek pedig 4%-áért voltak felelősek.

A 20-54 éves férfi korosztályban a szív- és érrendszeri és a daganatos betegségek (16%-16%) okozták a legnagyobb veszteséget. [7. ábra; jobb oldal] Mindkét betegségcsoportban csökkenés mutatkozott 2010-es értékekhez viszonyítva. Ebben a korosztályban kiemelendő a

balesetek közel 10%-os részaránya, ami a többi sérüléssel együtt a veszteségek ötödét okozta.

A Központi Statisztikai Hivatal a 2019-ben elvégzett [Európai Lakossági Egészségfelmérés \(ELEF2019\)](#) krónikus betegségekre vonatkozóan megállapítja:

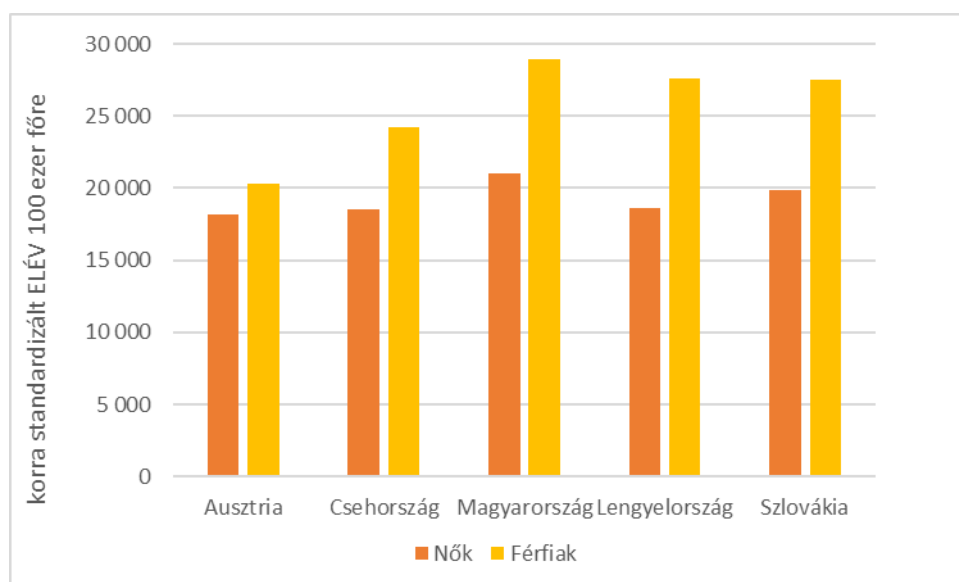
A magyar lakosság 61, ezen belül a férfiak 57, a nők 65%-ának volt a felmérést megelőző 12 hónapban olyan, hosszantartó betegsége, amit orvos állapított meg. A leggyakoribb krónikus betegség a magas-vérnyomás-betegség, amelyben majdnem minden harmadik magyar (a férfiak 29, a nők 33%-a) szenved. Ezt követi két mozgásszervi betegség: a lakosság egyötöde (a férfiak 17, a nők 22%-a) küzd derék- és hátfájással, 15%-a (a férfiak 13, a nők 17%-a) pedig ízületi porc-kopással (arthrosissal).

Elvesztett egészséges életévek nemzetközi összehasonlításban

2019-ben a magyarországi egészségvesztések meghaladták a visegrádi országok és Ausztria veszteségeit mind a nőknél, mind a férfiaknál. [8. ábra] A legnagyobb különbség az osztrák értékekkel összevetve adódott: a magyar nőknél 16%-kal, férfiaknál 42%-kal volt magasabb. A magyar egészségvesztések a szlovák értékekhez álltak a legközelebb: azokat a nőknél 6%-kal, a férfiaknál 5%-kal haladták meg a magyar értékek.

A férfiak egészségvesztései mindegyik országban nagyobbak voltak a nőkéknél. A legnagyobb különbség Lengyelországban (48%), utána Magyarországon és Szlovákiában (38-38%), a legkisebb Ausztriában (12%) volt.

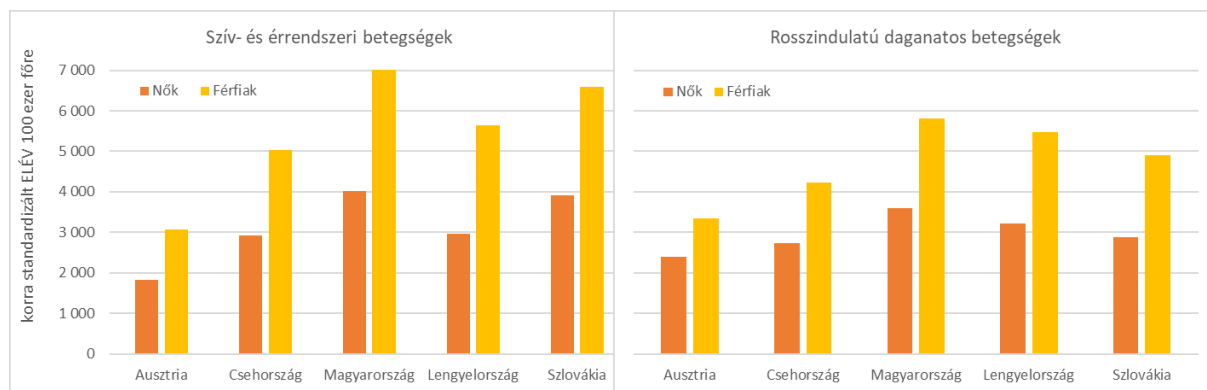
8. ábra: Egészségvesztések a visegrádi országokban és Ausztriában nemek szerint, 2019



2019-ben Magyarországon a szív- és érrendszeri betegségek, valamint a rosszindulatú daganatok okozta veszteségek meghaladták mind a visegrádi országokban, mind az Ausztriában mért értékeket. [9. ábra] A legnagyobb magyar többletvesztést mind a szív- és érrendszeri betegségek (nők: 219%-kal; férfiak: 234%-kal volt magasabb), mind a daganatos betegségek (151%-kal; 174%-kal magasabb magyar érték)

esetében Ausztriához viszonyítva lehetett kimutatni. Magyarország legkevésbé Szlovákiához képest maradt el a szív- és érrendszer okozta betegségek (103%-kal; 109%-kal magasabb magyar érték), míg a daganatos betegségek esetében a magyar adatok legkisebb mértékben Lengyelország értékeit múlták felül (112%-kal; 106%-kal magasabb magyar érték).

9. ábra: A legnagyobb részarányt képviselő betegségcsoportok okozta veszteségek a visegrádi országokban és Ausztriában nemek szerint, 2019



Kockázati tényezők súlya az egészségvesztésekben

Elvesztett egészséges életévek

A magyar nők 2019-ben elszenvedett összes egészségvesztésének felét lehetett kockázati tényezőkre visszavezetni.^{iv} 2010-ben és 2019-ben is a nők kockázati tényezőhöz kapcsolt egészségvesztéseinek döntő részét négy kedvezőtlen élettani állapot és két viselkedési kockázat okozta: sorrendben a magasvérnyomás-betegség, a magas testtömegindex, a magas vércukor- és koleszterinszint, a dohányzás és a magas sófogyasztás. [10. ábra; bal oldal]

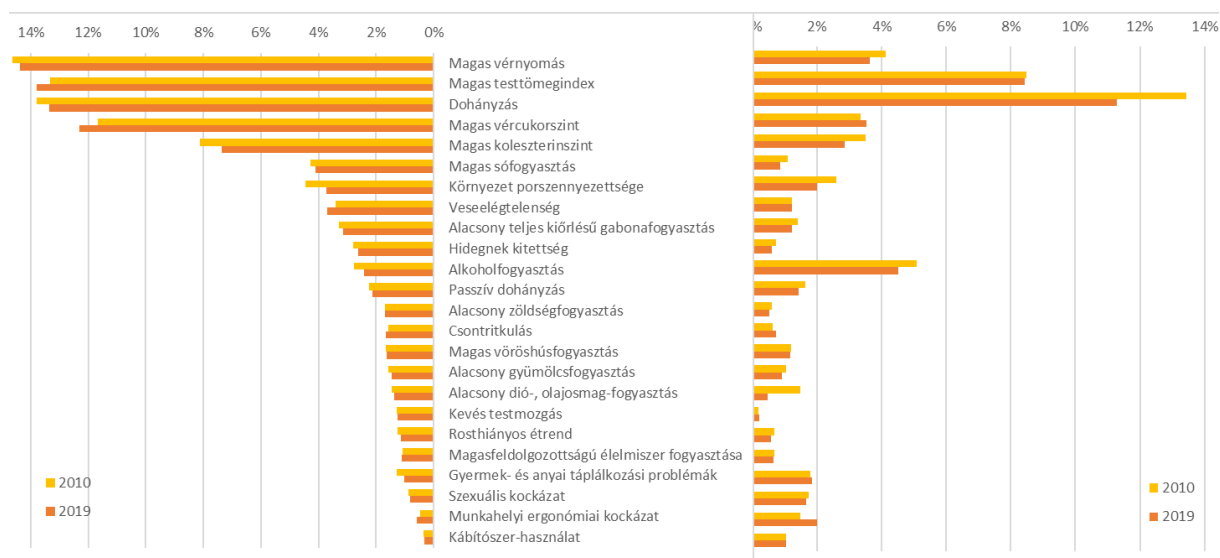
A 20-54 éves nők körében az egészségvesztések egyharmadát lehetett csak kockázati tényezőkhöz kötni. A kockázatokhoz kapcsolt részarányok a teljes női népességhez viszonyítva

eltérően alakultak. [10. ábra; jobb oldal] Az összes kockázati tényezőhöz kapcsolt veszteség legnagyobb részét két viselkedési és négy élettani kockázati tényező okozta: gyakorisági sorrendben a dohányzás, a magas testtömegindex, az alkoholfogyasztás, a magasvérnyomás-betegség, a magas vércukor- és koleszterinszint. Egyedül a dohányzás okozta veszteségeknél volt megfigyelhető jelentősebb, több mint -2%-os változás 2010-hez viszonyítva.

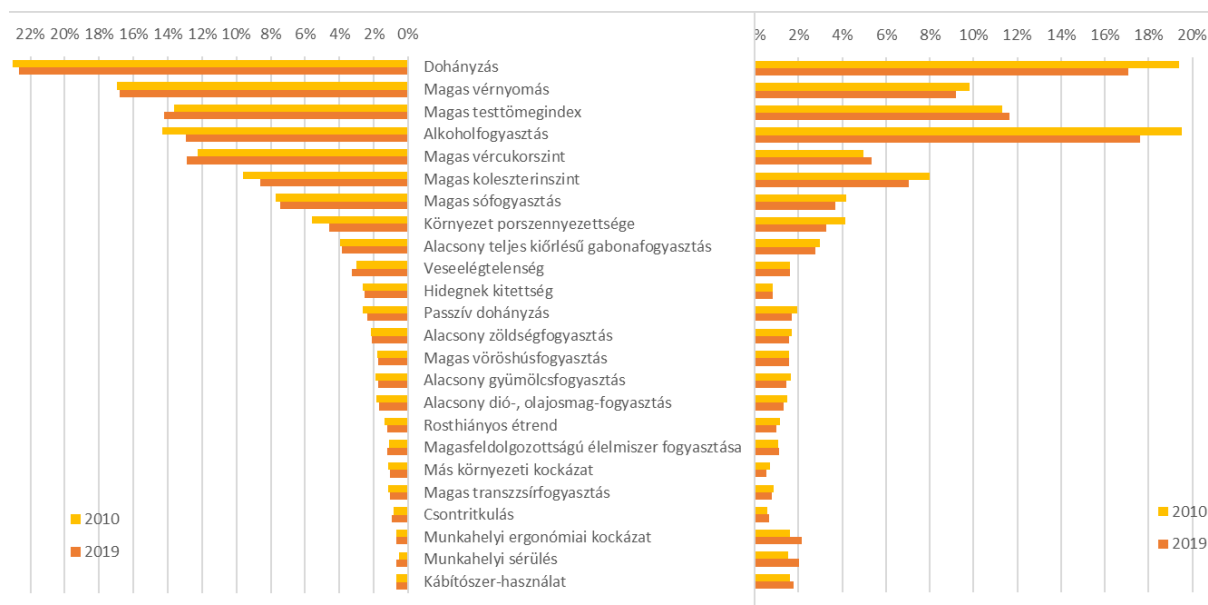
A magyar férfiak 2019-ben elszenvedett egészségvesztéseinek 62%-a kockázati tényezőkhöz volt köthető, [11. ábra; bal oldal] míg a nőknél ez az érték csak 50% volt. A kockázati tényezők sorrendje a nőkéhez hasonlóan alakult 2010-ben és 2019-ben is, de a férfiaknál a 14%-os részarányt képviselő alkoholfogyasztás a legnagyobb veszteséget okozó kockázatok közé került.

^{iv} A másik feléről a rendelkezésre álló vizsgálatok nem adnak információt, így azt kockázati tényezőkkel nem tudják magyarázni. A következőkben az egészségvesztések azon felére vonatkozó megállapítások olvashatók, amelyeket a tudományos bizonyítékok alapján kockázatokhoz lehetett kötni.

10. ábra: Legalább 1% veszteséget okozó kockázati tényezők teljes veszteségen belüli részaránya a teljes női lakosságra (bal oldal) és a 20-54 éves nőknél (jobb oldal) 2010-ben és 2019-ben



11. ábra: Legalább 1% veszteséget okozó kockázati tényezők teljes veszteségen belüli részaránya a teljes férfi lakosságra (bal oldal) és a 20-54 éves férfiaknál (jobb oldal) 2010-ben és 2019-ben



A 20-54 éves férfiak egészségvesztéseinek 52%-át lehetett kockázati tényezőkre visszavezetni, míg az ilyen korú nők esetében ez csak 35%-ot tett ki. [11. ábra; jobb oldal] Az alkoholfogyasztás és a dohányzás okozta a legnagyobb mértékű egészségvesztést, majd az egész-

ségtelen étrendhez kapcsolódó kockázatok következtek. 2010-hez viszonyítva az okozott veszteségek mintegy 2%-os csökkenése figyelhető meg mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztásnál.

A Központi Statisztikai Hivatal 2019-ben elvégzett [Európai Lakossági Egészségfelmérés \(ELEF2019\)](#) kockázati tényezőkre vonatkozóan megállapítja:

A dohányzás terén kedvező változások következtek be: 2009 és 2019 között csökkent a napi rendszerességgel, vagy alkalmanként dohányzók aránya, ugyanakkor nőtt azoké, akik még soha nem gyújtottak rá. 2019-ben a 15 évesek és annál idősebbek egynegyede naponta dohányzott, 2,3%-a alkalmi dohányos volt, 73%-a jelenleg nem dohányzik, utóbbiak közül minden negyedik (a lakosság 18%-a) korábban dohányzott, de már leszokott.

A lakosság 6,3%-a fogyaszt alkoholt napi szinten, 19%-a legalább hetente (de nem naponta), 21%-a legalább havonta (de ritkábban, mint hetente), 24%-a ritkábban, mint havonta és 29%-a egyáltalán nem iszik alkoholt.

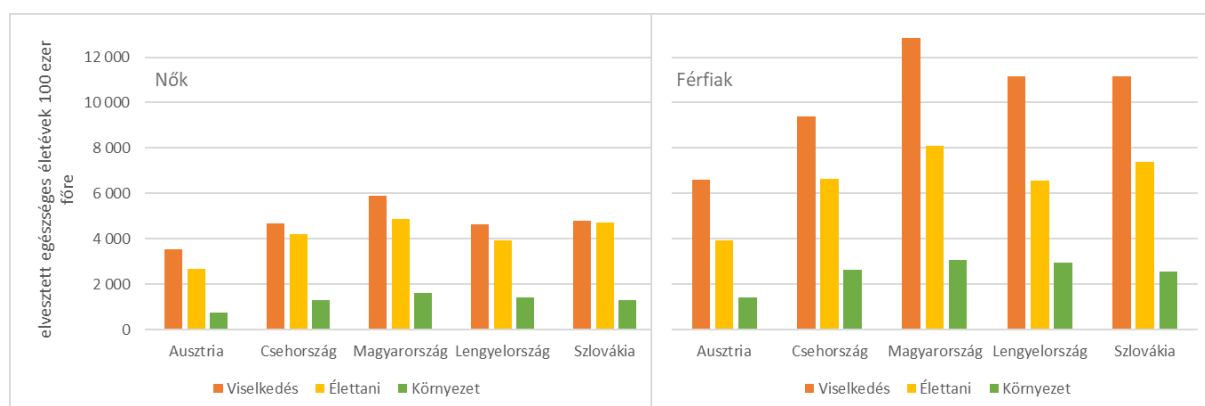
Az alkoholfogyasztás gyakorisága nemek szerint jelentős eltéréseket mutat. A férfiak körében magasabb a legalább havonta alkoholt fogyasztók, a nőknél pedig a ritkábban, mint havonta vagy soha nem ivók aránya. A férfiak több mint egytizede (11%), a nőknek csak 1,8%-a fogyaszt naponta alkoholt. A férfiak 19, a nők 39%-a soha nem iszik.

Elvesztett egészséges életévek nemzetközi összehasonlításban

2019-ben a magyar nők és férfiak mindhárom kockázati tényezőcsoportban, azaz a viselkedési, az élettani és környezeti kockázatok csoportját tekintve több egészséges életévet vesztek el, mint a nemzetközi összehasonlításba bevont többi ország lakosai. [12. ábra] A viselkedési kockázatok okozta veszteségek valamennyi országban meghaladták mind a környezeti, mind az élettani kockázatokét: a magyar nőknél 261%-kal a környezeti és több mint 21%-kal az élettani kockázatokét; a magyar férfiaknál ezek az értékek 316% és 59% voltak. A visegrádi országokban a magyarhoz hasonló különbségek voltak megfigyelhetők. A viselkedési kockázatokhoz kapcsolható veszteségek részaránya jóval meghaladta a környezeti kockázatokét, a különbség – a többi országhoz viszonyítva – Ausztriában volt a legmagasabb (nőknél: 373%-kal, férfiaknál: 361%-kal).

2010-hez viszonyítva 2019-re az egészségveszteségek a nőknél 7-9%-os (Ausztria-Lengyelország), férfiaknál 11-16%-os (Csehország-Magyarország) csökkenést mutattak a vizsgált országokban.

12. ábra: Elvesztett egészséges életévek (ELÉV) 100 ezer főre a visegrádi országokban és Ausztriában nemek szerint, 2019



HIVATKOZÁSOK

- ¹ OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.
- ² Vitrai J. [Európai Egészségpillanatkép 2018. Vezetői Összefoglaló](#). Egészségfejlesztés, 2019;61(2):84-87 doi:10.24365/ef.v61i2.580.
- ³ Vitrai J. [Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil](#). Egészségfejlesztés, 2019;61(2):82-83 doi:10.24365/ef.v61i2.579
- ⁴ Editorial: Global health: time for radical change? The Lancet, 2020;396(10258):1129 doi:10.1016/S0140-6736(20)32131-0
- ⁵ Vitrai J, Bakacs M. [Új mutató a hazai egészségügy eredményességének mérésére: az egészségügyi ellátás hozzáférhetősége és minősége index](#). Egészségfejlesztés, 2018;59(4):27-33 doi:10.24365/ef.v59i4.349
- ⁶ Vitrai J, Bakacs M. [Cikkismertetés: A Globális Betegségteher Vizsgálat legutóbbi „nagy dobása”](#) [Article review: Last “big throw” of the Global Burden of Diseases Study. Egészségfejlesztés, 2018;59(6):50-62 doi:10.24365/ef.v59i6.387
- ⁷ Pál L, Szűcs S. [Cikkismertetés: Alkoholfogyasztás és az általa okozott betegségteher a világ 195 országában és különböző régióiban 1990 és 2016 között: szisztematikus elemzés a 2016-os Globális Betegségteher Vizsgálathoz](#). Egészségfejlesztés, 2019;60(1):59-60 doi: 10.24365/ef.v60i1.388
- ⁸ GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020; 396: 1135–59 doi: 10.1016/S0140-6736(20)30925-9
- ⁹ GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020; 396: 1223–49 doi: 10.1016/S0140-6736(20)30752-2

Európai Egészségpillanatkép 2020. Vezetői Összefoglaló

Health at a Glance: Europe 2020. Executive Summary

Szerzők: Vitrai József ✉

Beküldve: 2021. 01. 01.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.696

Kulcsszavak: COVID-19; egészségügyi rendszer; egészségi állapot; egészségkockázat

Keywords: COVID-19; health system; health status; health risk

A 2020-as Covid-19 járvány az elmúlt száz év legsúlyosabb világjárványává vált. A népegészségügyi válság súlyos gazdasági válsághoz vezetett, amely súlyos következményekkel jár majd az egyéni és társadalmi jólétre nézve mind most, mind a jövőben. A Covid-19 tovább terhelte a kitörés előtt is már törekeny egészségügyi rendszert. Annak ellenére, hogy sok szó esett arról, hogy az egészségügyi kiadások inkább tekintendők befektetésnek, mint költségnek, a politikai szemlélet nem változott jelentősen a válság előtt. Egészségügyi kiadások túlnyomó részét a gyógyító ellátásra fordítják, nem pedig a megelőzésre. A Covid-19 társadalmunkra és gazdaságunkra gyakorolt megdöbbentő hatása hirtelen a népegészségügyre irányította a politika figyelmét. A Covid-19 mortalitás egyértelmű társadalmi gradienssel rendelkezik, ami az egészség társadalmi meghatározóinak fontosságára emlékeztet. A Covid-19 világjárvány felhívta a figyelmet arra, hogy az egészségügyi rendszerek tűrőképessége legalább olyan fontos, mint a teljesítmény, vagy akár a hozzáférhetőség, a minőség és a hatékonyság.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZEREK COVID-19-CEL SZEMBENI TŰRŐKÉPESÉGE

2020. október végéig több mint 7 millió ember fertőződött meg, és 220 000-en haltak meg Covid-19-ben az EU országokban, Izlandon, Norvégiában, Svájcban és az Egyesült Királyságban. A világjárvány első hullámában a vírus számos, különösen nyugat-európai országot érintett,

nevezetesen Belgiumot, Franciaországot, Olaszországot, Hollandiát, Spanyolországot és az Egyesült Királyságot, valamint Svédországot. 2020 augusztusa óta azonban a vírus Európa szerte is egyre szélesebb körben terjedt el.

Néhány országnak sikerült a lehető legkisebbre csökkentenie a Covid-19 egészségügyi és gazdasági hatásait

A Covid-19-re adott országos válaszok átfogó értékelése jelenleg nehéz, mivel a világjárvány még mindig nagyon aktív az egész világon. 2020-ban az európai országok különböző mértékben küzdöttek a világjárvány első tavaszi és a második őszi hullámával. A válság első hónapjaiban sok országban nehézséget okozott, hogy növelje a maszkok és egyéb egyéni védőeszközök elérhetőségét. A legtöbb ország azért is küzdött, hogy fokozza a tesztkapacitást, ami korlátozta a fertőzés terjedésének nyomom követését és a védekezés hatékonyságát. Emiatt kevés lehetőség maradt számukra, hogy megfékezzék a vírus terjedését az első hullámban, ami most szigorúbb elzárási intézkedéseket kényszerít ki. Európán kívül Korea jó példa egy olyan országra, amely képes volt gyors, hatékony és célzott intézkedésekkel megfékezni a Covid-19 járványkitörést, elkerülve ezáltal a teljes lezárást. Új-Zéland egy másik sikeres példa. Európában 2020 októberéig néhány ország, például Finnország, Norvégia és Észtország erősebben meg tudta fékezni a vírus terjedését, és enyhíteni a gazdasági következményeket, részben a földrajzi tényezők (alacsonyabb népsűrűség) miatt, de a

ⁱ független népegészségügyi szakértő

célzott korlátozási intézkedések időben történő végrehajtása, valamint a lakosság erős bizalma és megfelelése miatt is.

A Covid-19 leginkább az idősekre, különösen az ápolási otthonokban élőkre aránytalanul nagy kockázatot jelent

A vírus aránytalanul sújtotta az időseket és azokat, akik krónikus betegségben szenvedtek. Szinte minden országban a Covid-19 halálesetek legalább 90%-a 60 éves vagy annál idősebb emberek körében volt. Sok országban a Covid-19-es halálesetek körülbelül fele vagy több került ki az ápolási otthonokban élők köréből. A kezdeti válasz számos országban a betegek és kórházakban dolgozók védelmére összpontosított. Csak később hoztak hasonló intézkedéseket az ápolási otthonokban lakók és munkavállalók védelme érdekében. Számos országban legalább két hónapos késés volt az első bejelentett Covid-19 esetek és az intézményekben élők és dolgozók fertőzésének megelőzésére vonatkozó iránymutatások kiadása között. Azon országok negyedében, amelyekről információ áll rendelkezésre, két héttel tovább tartott az ápolási otthonok látogatásának korlátozása, mint a közterületeken bevezetett korlátozások. A világjárvány első hulláma rávilágított arra, hogy a kórházi kezelés és a halálesetek csökkentése érdekében rendkívül fontos az idősek és más veszélyeztetett lakosság Covid-19-től való védelme.

A Covid-19 halálozásban egyértelmű társadalmi grádiens mutatkozik

A szegény, a hátrányos helyzetű területeken élő embereket és az etnikai kisebbségeket is aránytalanul érintette. Ez rávilágít arra, hogy nagy hangsúlyt kell fektetni az egészséget befolyásoló társadalmi tényezők kezelésére irányuló politikára, beleértve az igazságos szociális és gazdaságpolitikát és az egészségügyi rendszeren kívüli, egyenlőtlenségek kiváltó okait kezelő beavatkozásokat.

A LEVEGŐSZENNYEZETTSÉG EGÉSZSÉGRE ÉS JÓLLÉTRE KIFEJTETT HATÁSA

Az EU országaiban 168 000 és 346 000 idő előtti haláleset tulajdonítható kizárólag a finom részecskék által okozott légszennyezésnek

Míg 2020-ban a figyelem nagy része a Covid-19-re irányult, fontos, hogy ne hanyagoljuk el az egészségre vonatkozó egyéb fontos kockázati tényezőket, beleértve az olyan környezeti tényezőket, mint a légszennyezés. Bár a levegő minősége a legtöbb európai országban javult az elmúlt két évtizedben, a szennyezés szintje a legtöbb országban, különösen a nagyvárosokban továbbra is meghaladja a WHO iránymutatásait. Ez súlyos következményekkel jár az emberek egészségére és halálára nézve. Becslések szerint csak 2018-ban 168 000–346 000 idő előtti haláleset volt tulajdonítható a finom részecskék (PM_{2,5}) által okozott levegőszennyezésnek. A légszennyezésnek tulajdonítható halálozás a fosszilis tüzelőanyagok nagyobb mértékű használata miatt különösen Közép- és Kelet-Európában magas. Az egyes országokon belül a hátrányos helyzetű csoportokat aránytalanul érinti a légszennyezésnek való nagyobb kitettség és a súlyos betegségekre való nagyobb mértékű érzékenység.

A légszennyezés évente mintegy 600 milliárd euro gazdasági és jóléti veszteséget okoz az uniós országokban, ami 2017-ben az uniós GDP 4,9%-nak felel meg

A légszennyezésből eredő gazdasági és jóléti veszteségek jelentősek. A PM_{2,5} és az ózon hatása vonatkozó új becslések azt mutatják, hogy a veszteségek 2017-ben mintegy 600 milliárd eurót, azaz a GDP 4,9%-át tették ki az EU egészében. Ez főként a légszennyező anyagokra visszavezethető halandóságnak köszönhető, de a kapcsolódó betegségekkel élők életminőségének és munkatermelékenységének romlásának, valamint a magasabb egészségügyi kiadásoknak is. A légszennyezés csökkentésére irányuló erőfeszítéseknek a fő kibocsátási forrásokra kell összpontosítaniuk. Ezek közé tartozik a fosszilis tüzelőanyagoknak az energiatermelésben, a közlekedésben és a lakossági ágazatban való felhasználása, valamint az ipari és mezőgazdasági tevékenységekben. A Covid-19 válságból eredő

uniós gazdaságélénkítési terv egyedülálló lehetőséget kínál a zöld gazdasági fellendülés előmozdítására azért, hogy a környezetvédelmi megfontolásokat beépítik a döntéshozatali folyamatokba, és ezáltal támogatják a 2030-ig tartó uniós nemzeti kibocsátáscsökkentési célok elérését.

Maga az egészségügyi ágazat is hozzájárulhat a cél eléréséhez azért, hogy minimálisra csökkentse saját környezeti lábnyomát. A több ágazatra kiterjedő szemlélet révén a népegészségügyi hatóságok is hozzájárulhatnak a környezetbarát város- és közlekedési politikákhoz, amelyek szintén elősegíthetik a nagyobb fizikai aktivitást.

EGYÉB EGÉSZSÉG KOCKÁZATOK VISSZASZORÍTÁSA

A környezetvédelmi kérdéseken túl számos módosítható kockázati tényező is jelentős hatással van az emberek egészségére és halálzására, nevezetesen a dohányzás, az alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás, a testmozgás hiánya és az elhízás.

A korai halálozás legfontosabb oka továbbra is a dohányzás, amely évente mintegy 700 000 halálesetet okoz az EU-ban

Az elmúlt évtizedekben a dohányzási arány csökkentése terén elért eredmények ellenére továbbra is a dohányfogyasztás a legnagyobb egészségügyi kockázati tényező, amely az EU országaiban évente mintegy 700 000 halálesetet okoz.

A káros alkoholfogyasztás évente további 255 000–290 000 halálesetért felelős az EU országaiban. Míg az alkoholellenőrzési politikák az elmúlt évtizedben számos országban csökkentették az általános alkoholfogyasztást, a súlyos alkoholfogyasztás továbbra is problémát jelent. A felnőttek egyharmada számolt be legalább egy "mértéktelen alkoholfogyasztási" eseményről az elmúlt hónapban, és a 15 éves serdülők több mint egyötöde számolt be arról, hogy életében többször is részeg volt.

6 felnőttből több mint egy elhízott az EU országaiban, és nagyok a társadalmi-gazdasági különbségek a túlsúly és az elhízás elterjedtségében

A felnőttkori elhízás aránya a legtöbb uniós országban folyamatosan növekszik, és az EU-ban 6-ból több mint egy felnőtt elhízott. Az elhízás a Covid-19 szövődményeinek is elismert kockázati tényezője. A túlsúly és az elhízás aránya jelentős társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségeket mutat, amelyek gyakran fiatal kortól kezdődnek. Például a gyermekek túlsúlya és elhízása a legalacsonyabb jövedelmű családokban élők körében körülbelül kétszer nagyobb, mint a legmagasabb jövedelmű családoknál.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSHOZ VALÓ TÉNYLEGES HOZZÁFÉRÉS BIZTOSÍTÁSA MINDENKI SZÁMÁRA

A legtöbb uniós ország egyetemes lefedettséget ért el az alapvető egészségügyi szolgáltatásokban, ami elengedhetetlen a Covid-19 világjárvány hatékony kezeléséhez. A támogatott szolgáltatások köre és a költségmegosztás mértéke azonban jelentősen eltér. A különböző típusú ellátáshoz való tényleges hozzáférés az egészségügyi dolgozók hiánya, a hosszú várakozási idő vagy a legközelebbi egészségügyi intézményhez való hosszú utazási távolság miatt is korlátozott lehet.

2018-ban a legtöbb uniós országban csak a lakosság kis hányada számolt be kielégítetlen egészségügyi szükségletéről. Mégis, ez az arány közel ötször magasabb volt az alacsony jövedelmű háztartások körében, mint a magas jövedelmű háztartások az EU egészében. Továbbá, az egészségügyi szolgáltatások megfizethetősége korlátozott lehet, ha azok igénybevételehez magas saját hozzájárulás szükséges.

A Covid-19 világjárvány rávilágított az egészségügyi dolgozók hiányára számos országban, és arra, hogy válság idején olyan mechanizmusokra van szükség, amelyek gyorsan képesek mozgósítani az emberi erőforrásokat

Bár az orvosok és ápolók száma az elmúlt évtizedben szinte minden uniós országban nőtt, számos országban továbbra is hiány van. A hiányt sürgősen enyhítették, amikor a Covid-19 világjárvány miatt az egészségügyi dolgozókra nagy nyomás nehezedett. Számos ország arra törekedett, hogy gyorsan mozgósítson kiegészítő személyzetet, gyakran az inaktív és nyugdíjas egészségügyi szakemberek reaktiválásával, valamint a tanulmányaik végéhez közeledő orvosi, ápolási és egyéb egészségügyi oktatásban részt vevő diákok mozgósításával. Egyes országok a kevésbé érintett régiókból származó személyzet egy részét átcsoportosították oda, ahol nagyobb szükség volt rájuk. Ez a válság rávilágít a gyorsan mobilizálható tartalékkapacitás megteremtésének fontosságára is.

Az ütemezett műtétek várakozási ideje valószínűleg tovább fog nőni a Covid-19 világjárványt követően

Számos uniós országban régóta problémát jelent az egészségügyi szolgáltatások, például az ütemezett műtétek hosszú várakozási ideje. Még a Covid-19 világjárvány előtt az ütemezett műtétek várakozási ideje növekedett sok országban, mivel az igény gyorsabban nőtt, mint a kínálat. A várakozási idő rövid távon valószínűleg tovább fog növekedni számos országban, mivel sok ütemezett műtétet elhalasztottak a világjárvány idején. Az olyan országok, mint Dánia és Magyarország, amelyeknek több ütemezett egészségügyi szolgáltatásnál sikerült a várako-

zasi időt tartósan csökkenteniük, jellemzően a kínálati és a keresleti oldali beavatkozásokat, valamint az előrehaladás rendszeres nyomon követését ötvözik.

Számos uniós országban régóta problémát jelent az egészségügyi szolgáltatások, például az ütemezett műtétek hosszú várakozási ideje. Még a Covid-19 világjárvány előtt az ütemezett műtétek várakozási ideje növekedett sok országban, mivel az igény gyorsabban nőtt, mint a kínálat. A várakozási idő rövid távon valószínűleg tovább fog növekedni számos országban, mivel sok ütemezett műtétet elhalasztottak a világjárvány idején. Az olyan országok, mint Dánia és Magyarország, amelyeknek több ütemezett egészségügyi szolgáltatásnál sikerült a várakozási időt tartósan csökkenteniük, jellemzően a kínálati és a keresleti oldali beavatkozásokat, valamint az előrehaladás rendszeres nyomon követését ötvözik.

AZ EGÉSZSÉG HELYZETE AZ EU-BAN MONITOROZÁSA ÉS FEJLESZTÉSE

Európai Egészségpillanatkép 2020 az OECD és az Európai Bizottság – az Egészség Helyzete az EU-ban-ciklus megvalósításának részeként megvalósított – folyamatos, szoros együttműködésének eredménye, melynek célja a lakosság egészségéről szerzett országspecifikus és uniós szintű ismeretek javítása. (Lásd még a korábban közölt hasonló szakdokumentumokat.^{ii,iii})

Az Európai Bizottság 2016-ban indította el az *Egészség Helyzete az EU-ban (State of Health in the EU)* kezdeményezést, hogy ezáltal segítse a tagállamokat a polgárok egészségének és az egészségügyi rendszereik teljesítményének javításában. A *Health at a Glance: Europe* a kétéves ciklusnak első terméke, mely minden páros évben átfogó adatokat és összehasonlító elemzéseket nyújt az egészség és az egészségügyi rendszerek erősségeinek és fejlesztendő területeinek a meghatározásához.

A kezdeményezés második lépését a minden uniós országra elkészített egészségügyi országprofilok jelenti. Az országprofilok következő kiadása az *European Observatory for Health Systems and Policies* közösen kerül majd megjelentetésre 2021-ben, és minden egyes ország sajátos jellemzőit és kihívásait fogja kiemelni. Az Európai Bizottság a profilokkal együtt egy Kísérő Jelentést (*Companion Report*) is kiad. A ciklus utolsó lépését a tagállamokkal történő Önkéntes Egyeztetések (*Voluntary Exchanges*) jelentik. Ezek lehetőséget biztosítanak egyes kihívások és lehetséges szakpolitikai válaszok részletesebb megvitatására.

További információk: https://ec.europa.eu/health/state/summary_en

ⁱⁱ [Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2019. Egészségfejlesztés, 2020;61\(2\):82-83. doi:10.24365/ef.v61i2.579](#)

ⁱⁱⁱ [Európai Egészségpillanatkép 2018. Vezetői Összefoglaló. Egészségfejlesztés, 2020;61\(2\): 84-87. doi:10.24365/ef.v61i2.580](#)

Cikkismertetés: Hogyan lehet javítani az iskolai egészségfejlesztési programok egészség-gazdaságtani értékelési gyakorlatát?

Article review: How to improve the economic evaluation of school-based health promotion programs?

Ismertető: Kaposvári Csilla¹ ✉

Ismertetett cikk: Ekwaru JP, Ohinmaa A, Veugelers PJ. An Enhanced Approach for Economic Evaluation of Long-Term Benefits of School-Based Health Promotion Programs. *Nutrients*. 2020;12(4):1101. doi: [10.3390/nu12041101](https://doi.org/10.3390/nu12041101)

Beküldve: 2020. 05. 20.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.602

Kulcsszavak: gazdasági értékelés; iskolai egészségfejlesztés; gyermekkori elhízás; életmódhoz köthető rizikófaktorok; krónikus megbetegedések

Keywords: economic evaluation; school-based health promotion; childhood obesity; lifestyle risk factors; non-communicable diseases

HÁTTÉR

A krónikus megbetegedések világszerte komoly népegészségügyi terhet jelentenek. Az egészségtelen táplálkozás, a fizikai inaktivitás és az elhízás a krónikus megbetegedések független kockázati tényezői. Jól ismert az is, hogy a gyermekkorban kialakult egészséges táplálkozási és fizikai aktivitási szokások egész életünkben fennmaradnak, az iskoláknak ezért kiemelt szerepe van az egészségfejlesztésben.

A gyermekkori elhízás és a krónikus megbetegedések megelőzését célzó bizonyítottan hatásos iskolai egészségfejlesztési programokról szóló ismeretek gyarapítása fontos terület. Bár léteznek tudományos bizonyítékok a különböző iskolai egészségfejlesztő programok hatásosságára, a megvalósításhoz szükséges pénzügyi források biztosításához további információra is szükségük lehet a döntéshozóknak, úgymint a beavatkozás rövid és hosszú távú költségei, megvalósíthatósága, elfogadhatósága, fenntarthatósága, költséghatékonyaság és a beruházások megtérülése (*return on investment*).

A szerzők megállapítják, hogy az elhízás, az egészséges táplálkozás és a fizikai aktivitás javítását célzó egészségfejlesztési programok egészség-gazdaságtani értékelése során leggyakrabban használt szimulációs modellek az elért hatásokat gyakran csak a testtömeg változása alapján mérik. Ez a módszer azonban jelentősen alulbecsli a hasonló programok pozitív hatásait a nem fertőző betegségek megelőzésében. A szerzők ezért egy olyan egészség-gazdaságtani értékelési megközelítést javasolnak, amelyben a testtömegindex (TTI) mellett további kockázati tényezőre gyakorolt hatásokat is figyelembe vesznek.

MÓDSZER

A továbbfejlesztett modellben a szerzők a négy kockázati tényezőre – tápláltsági állapotra, fizikai aktivitásra, zöldség- és gyümölcsfogyasztásra – kifejtett együttes hatást vizsgálják. A kibővített modell építése során első lépésként egy adott program rövid távú hatásait becsülik meg az adott kockázati tényezők vonatkozásában egy

¹ Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs

választott életkorban. Következő lépésként a kockázati tényezők teljes lakosságban megfigyelt együttes eloszlásának átmeneti valószínűségeit használják a rövid távú hatások teljes populációra vetítéséhez. A krónikus betegségek kialakulásának valószínűségét az epidemiológiai kutatásokból már ismert kockázatok alapján, míg a halál valószínűségét a krónikus betegségek halálozásra gyakorolt ismert hatásai alapján építik a modellbe. E kibővített modellben így összesen 793 modellállapot található, amely 3 TTI-kategórián (normál, túlsúlyos, elhízott), 2 fizikaiaktivitás-kategórián (ajánlásoknak megfelelő, nem megfelelő), 2 zöldség- és gyümölcsfogyasztáskategórián (ajánlásoknak megfelelő, nem megfelelő), 33 krónikusbetegség-kategórián (nincs krónikus betegség, 32 krónikus betegség), valamint 1 végállapot-kategórián (halál) alapszik.

EREDMÉNYEK

Az egyszerű (csak a testtömeget figyelembe vevő) modell a kibővített modellhez képest egyéni költségre vetítve kevesebb nyereséget termelt mind az életminőségre korrigált életéveket (1–43%-kal kevesebb), mind pedig az egy év alatt megelőzött krónikus betegségek számát (1–26%-kal alacsonyabb) alapul véve. Az egyszerű modell befektetést megtérülésre vonatkozó becslései így 1–20%-kal bizonyultak alacsonyabbnak, mint a szerzők által javasolt, továbbfejlesztett változat.

KÖVETKEZTETÉSEK

Annak érdekében, hogy a krónikus megbetegedések megelőzését célzó beavatkozások, egészségfejlesztési programok gazdasági előnyeit ne becsüljük alul, a szerzők javasolják, hogy az egészséggazdaságtani értékelések a programok több kockázati tényezőre gyakorolt hosszú távú hatásait is vegyék figyelembe, hiszen a hatások nem csak a testtömeg változásán keresztül befolyásolják a krónikus megbetegedések kialakulását.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Komplex egészségfejlesztési programok hatásainak, költséghatékonyágának értékelésénél célszerű átgondolni és figyelembe venni a több kockázati tényező mentén érvényesülő lehetséges hosszú távú hatásokat is. A krónikus megbetegedések megelőzését célzó iskolai programok költséghatékonyágának értékelése során együttesen célszerű modellezni (minimum) a testtömeget, a fizikai aktivitást, és a zöldség- és gyümölcsfogyasztás változásait. A lehetséges hatások pontosabb becslésével bővebb információ áll rendelkezésre a programok kapcsán felmerült befektetések gazdasági és társadalmi megtérüléséről.

Cikkismertetés: Hogyan hatott az iskolázottság az egészségre a fejlett országokban 1995 és 2015 között?

Article review: How education influenced on health in development countries for the period 1995–2015

Ismertető: Murányi Edit¹ ✉

Ismertetett cikk: Raghupathi V, Raghupathi W. The influence of education on health: An empirical assessment of OECD countries for the period 1995–2015. Arch Public Health. 2020;78:20 doi: [10.1186/s13690-020-00402-5](https://doi.org/10.1186/s13690-020-00402-5)

Beküldve: 2020. 11. 12.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.652

Kulcsszavak: iskolázottság; egészség; felsőfokú végzettség; elvesztett potenciális életevek
Keywords: education; health; tertiary educational attainment; potential years of life lost

BEVEZETÉS

Az iskolázottság, a műveltség mint a társadalmi-gazdasági helyzet egyik legfontosabb meghatározója alapvetően befolyásolja az egészséget. Még a magasan fejlett országokban is igaz, hogy az alacsonyabb végzettségűeknek rosszabb az egészségi állapota. Ebből adódóan az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésében és a jövő nemzedékek jóllétének fejlesztésében kulcsszerepe lehet az iskolázottság-egészség kapcsolat kutatásának.

Az oktatás és egészség közötti pozitív összefüggés fogalmi szinten egyértelműen megalapozott, és számos elmélet magyarázza azt. Az egyéni szintű megközelítés helyett jelen tanulmány szerzői az iskolázottság és egészség makroszintű, társadalmi összefüggéseit és mintázatait vizsgálják empirikus alapon, számos kevésbé gyakran használt mutató alkalmazásával. A jelenségek területi (országok közötti) különbségeit és időbeli változásait is tanulmányozzák, esetenként a gazdasági szempontokat (pl. egy főre jutó bruttó hazai termék) is figyelembe véve.

ANYAGOK ÉS MÓDSZEREK

A szerzők a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (*Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD*) és a Világbank iskolázottsági és egészséggel kapcsolatos országos szintű adatait elemezték egy 21 éves periódusban (1995–2015), 26 országban (20 európai, 2 ázsiai, 2 dél-amerikai, 1 észak-amerikai és 1 óceániai). Az oktatással, képzéssel kapcsolatos mutatók a következők voltak: a legmagasabb elért végzettség, a beiskolázási arányszámok, a NEET-arányok (*not in education, employment or training*, foglalkoztatásban, oktatásban vagy képzésben részt nem vevő) és a várható iskolai élettartam, míg a vizsgált egészségmutatók a csecsemőhalálozás, az átoltottsági arányok, a daganatos halálozás, a születéskor várható átlagos élettartam (*life expectancy at birth, LEAB*), az elvesztett potenciális életevek, a dohányzók aránya és az egészségügyi kiadások voltak. Az adatvizualizációt a Tableau, a korrelációs elemzéseket és a leíró statisztikát a SAS szoftver használatával végezték. Az elemzések-

¹ Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet, Pécs

ben az országos adatok becsült átlagaival dolgoztak; az alkalmazott módszerek között megtalálható a rangsorolás, az asszociáció és az adatvizualizáció.

EREDMÉNYEK

A szerzők 15 elemzést mutatnak be. 1) Azokban az országokban, ahol az egy főre jutó GDP alacsonyabb volt, magasabb szintű csecsemőhalálózást és korai halálózást tapasztaltak. 2) A vizsgált időszakban a csecsemőhalálozás meredeken csökkent, míg az iskolázottsági mutatók növekedtek, az alapfokú végzettségűek arányát kivéve. 3) A LEAB a felsőfokú végzettségűek arányának és a várható felsőfokú élet-tartamnak a növekedésével emelkedett, míg a NEET-fiatalok arányának növekedésével csökkent. 4-5) A felsőoktatás magasabb szintje alacsonyabb idő előtti halálózással jár együtt, míg a gyermekkori átoltottsági arányok növekednek. 6) A csecsemőhalálozás alacsonyabb értékei általában alacsonyabb NEET-aránnyal járnak együtt, magasabb csecsemőhalálozás esetében pedig nagyobb a NEET-fiatalok aránya. A daganatos halálozás legmagasabb értékeit a közepes, míg legalacsonyabb értékeit a magas NEET-arányú országokban mérték. 7-8) Általában elmondható, hogy a középfokú és felsőfokú végzettségűek magasabb aránya nagyobb, míg a NEET-fiatalok magasabb aránya alacsonyabb egészségkiadásokkal jár. 9) A LEAB és a felsőfokú beiskolázási arányok eloszlásvizsgálata során utóbbi közel normál eloszlást mutatott, míg az előbbi jobbra ferdét. 10) Az egy főre jutó GDP növekedésével csökken az alapfokú, míg a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya nő. Az alacsonyabb GDP-vel bíró országokban magasabb a daganatos

halálozás. 11) A csecsemőhalálozás Dél-Amerikában a legmagasabb, míg Európában a legalacsonyabb. 12) Azokban az országokban, ahol a NEET-fiatalok aránya alacsonyabb, ott általában magasabb a gyermekek átoltottsága. 13) A dohányzók aránya a vizsgált időszakban csökkenő tendenciát mutat minden régióban. 14) Míg az alapfokú és felsőfokú végzettségűek emelkedő arányával csökken a daganatos halálozás, a középfokú végzettségűek arányának emelkedésével növekszik. 15) Mind a várható felsőfokú iskolai élettartam, mind az egészségkiadások növekedtek a vizsgált időszakban.

MEGBESZÉLÉS

A népesség egészségének javítása szempontjából az egyik kulcs az oktatás fejlesztése. Azokban az országokban, ahol az iskolázottság magasabb szintű (pl. az észak- és nyugat-európai országok, valamint az USA), általában a lakosság egészségi állapota is jobb. Különösen a felsőfokú végzettségnek van pozitív hatása az egészségmutatókra, ezeken belül is főleg a csecsemőhalálozásra, várható élettartamra, átoltottságra. Emellett kiemelendő az iskolázottság elvesztett potenciális életévekre gyakorolt hatása.

Az egészség-egyenlőtlenségek világszerte növekednek, ebben az oktatásnak kettős szerepe lehet: míg egyfelől a fejlődés lehetőségét adja, másrészt egyenlőtlenségeket generál. A kutatók és a politikai döntéshozók közös felelősségének hangsúlyozásával a szerzők ajánlásokat fogalmaznak meg a kormányzatok részére: az oktatásba való beruházással, különösen a felsőfokú oktatásból való lemorzsolódás csökkentésével a társadalmi egyenlőtlenségeket, egyben egészség-egyenlőtlenségeket mérsékelni lehet.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A hazánkban is markánsan észlelhető, a különböző társadalmi-gazdasági helyzetű csoportok között tapasztalható egészség-egyenlőtlenségek hátterében nagy szerepe lehet az eltérő iskolázottságnak. Több tudományosan megalapozott kutatásra van szükség, melyek eredményeit a döntéshozók felé bemutatva hatékonyabb beavatkozások remélhetőek. A társadalmi egyenlőtlenségek mérséklésének egyik útja a szegregáció megszüntetése az oktatásban, ami nemcsak egészséghaszonnal, hanem gazdasági nyereséggel is járhat.

Cikkismertetés: Irodalmi áttekintés: Hogyan javíthatunk a fiatalok étkezési szokásain?

Article review: Systematic review: How to improve the youth's food behavior?

Ismertető: Biró Márta Flóraⁱ ✉

Ismertetett cikk: Metcalfe JJ, Ellison B, Hamdi N, et al. A systematic review of school meal nudge interventions to improve youth food behaviours. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020 Jun 19;17(1):77. doi: [10.1186/s12966-020-00983-y](https://doi.org/10.1186/s12966-020-00983-y)

Beküldve: 2020. 12. 15.
Doi: 10.24365/ef.v62i1.678

Kulcsszavak: iskolai étkezés; választás befolyásolása; táplálkozás; pazarlás
Keywords: school meal; nudge, food behaviors; food waste

HÁTTÉR

Az iskolai étkeztetés ideális lehetőséget kínál a diákság táplálkozási szokásainak módosítására, egészségesebbé, illetve kevésbé élelmiszer-pazarlóvá téve azt. Az amerikai gyerekek 95%-a nem tartja be a zöldségfogyasztásra vonatkozó étrendi ajánlásokat. Ugyanakkor az élelmiszer-pazarlás globális szinten egyre nagyobb problémát jelent, amely együtt jár az erőforrások elvesztegetésével is. Az amerikai gyermekétkeztetésben az étel 21-45%-a kárba vész. A problémát felismerve 29 ezer amerikai iskola csatlakozott a „nudging” programhoz. (A „nudge” lényege, hogy az egyént úgy próbálja irányítani valamilyen döntés felé, hogy közben ne csorbuljon az egyén döntési szabadsága. Jelen esetben az ételkínálat környezetét úgy változtatják meg, hogy az a célnak megfelelően befolyásolja a választást.) Azonban nem minden iskola tudott ehhez megfelelő feltételeket teremteni. A tanulmány elsődleges célja, hogy meghatározza azokat az intézkedéseket, amelyek elengedhetetlenek ahhoz, hogy az iskolai étkeztetés egészségesebbé és kevésbé pazarlóvá váljon.

MÓDSZER

A szisztematikus irodalmi áttekintés azokra a tanulmányokra terjedt ki, amelyek a diákok ételválasztási preferenciáit és fogyasztását, illetve az ételek pazarlását vizsgálta iskolai környezetben. Ezen kívül csak az erős és közepes minőségű tanulmányok intervenciók eredményeit elemezték. Az áttekintett 2961 tanulmányból 29 felelt meg a kiválasztási kritériumoknak.

A kiválasztott kutatásokról (n=29) elmondható, hogy mindet fejlett országban készítették. A minták mérete átlagosan 25 tanulótól körülbelül 19 000 hallgatóig terjedt. A vizsgálatok hossza 1 nap és 3 tanév között mozgott. A felmérések többsége megbízható adatgyűjtési technikát alkalmazott, a választékra, a fogyasztásra és a pazarlás mértékre fókuszálva. A tanulmányok során végrehajtott beavatkozások három csoportba rendezhetők:

1) Ételek elhelyezése és kényelem (n=8): tálalás időpontjának/sorrendjének megváltoztatása, illetve az ételek, a tej és a salátabár elhelyezésének módosítása.

2) Marketing vagy promóció (n=3): szóbeli ösztönzés az egészségesebb termékek fogyasztására.

3) Ételek változatossága, adagmérete (n=2): zöldség- és gyümölcsadagok növelése.

ⁱ Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Debrecen

Ugyanakkor a kutatások egy részében (n=9) az intervenciótípusokat keverten alkalmazták, melynek leggyakoribb módja az élelmiszer vagy a tej elhelyezésének megváltoztatása volt.

EREDMÉNYEK

A szisztematikus elemzés kiválasztási kritériumaiknak megfelelő kutatások többsége erős adatgyűjtési módszerekkel és tanulmánytervvel dolgozott. Azonban általános hiány mutatkozott az eredmények pontosságának ellenőrzését tekintve, illetve a kevert intervenciók vizsgálatok során sok esetben nem lehetett a kimeneti változókat egymástól függetlenül elemezni. Az ételek elhelyezésének változtatását célzó tanulmányok közül a legtöbb (n=7) a zöldségek és a gyümölcsök választásának népszerűbbé válásáról, négy pedig a fogyasztásuk növekedéséről számolt be. Azonban ez két esetben együtt járt a pazarlás mértékének fokozódásával is. A hulladék mennyisége az egyik legfontosabb kimeneti változó

lehet, ugyanis indirekt módon visszajelzést ad a fogyasztás és az ételválasztás alakulásáról is.

A marketinggel és promócióval kapcsolatos intervenciók is kedvezően alakultak, minden esetben növekedett az egészségesebb ételválasztása vagy fogyasztása.

A zöldség- és gyümölcsadagok mértékének növelése csak a gyümölcsfogyasztásra hatott kedvezően.

A kevert intervenciók vizsgálatok túlnyomórészt (73%) pozitív kimenettel zárultak. Azonban csak kettő (23%) alkalmazott olyan tanulmánytervet vagy statisztikai módszert, amelyek alapján az egyes beavatkozási típusok hatását egymástól elválasztva lehetett elemezni. Az egyik vizsgálat megnövekedett tejfogyasztásról számolt be ($p < 0,001$) abban az esetben, ha a hűtőben lévő tej mennyisége meghaladta a kakaóét. A másik kutatás a salátaválasztás népszerűbbé válását ($p=0,028$) írta le, ha márkás zöldségfigurákkal ellátott terítőt és plakátokat alkalmaztak az étkezőkben.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A fentiekben tárgyalt beavatkozások kedvező hatást gyakoroltak a diákok ételválasztási és fogyasztási preferenciáira, előnyben részesítve az egészségesebb ételeket, különösen a zöldségeket. Azonban a pazarlást befolyásoló hatások elemzésére egyik kutatás sem volt igazán alkalmas. A tanulságokat levonva, hazánkban is szükségesnek mondható a zöldségfogyasztást eredményesen növelő intervenciók alkalmazása a diákság körében, ugyanis a NETFIT 2020-as jelentése alapján 2014/2015 tanévhez képest negatív tendencia figyelhető meg az egészségzőna-arányainak alakulásában. A fiúknál átlagosan 3,2 százalékponttal, a lányoknál pedig 2,3 százalékponttal kisebb az egészségzőna-arány. Ez a csökkenés pedig az összes évfolyamot érinti.

Cikkismertetés: Közvélekedés a kábítószer-függőségről és a mentális betegségekről

Article review: Public Views About Drug Addiction and Mental Illness

Ismertető: Barna Grétaⁱ ✉

Ismertetett cikk: Colleen LB, McGinty EE, Pescosolido BA, et al. Stigma, Discrimination, Treatment Effectiveness, and Policy: Public Views About Drug Addiction and Mental Illness. *Psychiatr Serv.* 2014 Oct 65(10), 1269–1272. doi: [10.1176/appi.ps.201400140](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400140)

Beküldve: 2020. 11. 21.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.657

Kulcsszavak: mentális zavar; drogfüggőség; stigmatizáció; diszkrimináció
Keywords: mental illness; drug addiction; stigmatization; discrimination

Korábbi kutatások alapján egyértelműen megállapítható, hogy a mentális zavarban szenvedőkkel szemben a közvélemény hozzáállása alapvetően negatív, melynek mértéke az Általános Szociális Felmérés (General Social Survey, GSS) – melyet az Amerikai Egyesült Államokban végeztek el – 1999-es és 2006-os adatait összehasonlítva csekély mértékben változott. Az egyének igénye továbbra is igen magas arra, hogy elkerüljék a mentális zavarban szenvedőket, és többnyire veszélyesnek tartják őket. Bár kevesebb információ áll rendelkezésre a drogfüggőségben szenvedők elítélését illetően, mégis megállapítható, hogy az egyének attitűdje negatívabb a drogfogyasztó személyekkel szemben, mint a mentális zavaroktól szenvedők iránt.

Ennek érdekében született meg egy webalapú nemzeti közvélemény-tanulmány (n=709), amelyben négy területen vizsgálták a nyilvánosság hozzáállását: megbélyegzés, diszkrimináció, kezelés hatékonysága és politikai támogatás. A válaszadókat a drogfüggőséghez vagy a mentális zavarhoz való viszonyukról kérdezték. Részmintás megközelítést alkalmazva a 709 válaszadó felét véletlenszerűen választották ki a kábítószer-függőséghez, illetve mentális zavarokhoz való hozzáállást vizsgáló felmérési kérdések megválaszolásához. A válaszadók szocio-

demográfiai jellemzőit összehasonlítva nem volt

szignifikáns különbség a két csoport között. A nemzeti arányokkal összehangban a súlyozott minta 51%-a (n=359) nő, 34%-a nem fehér (n=189), illetve életkoruk 47 és 75 év közötti volt. A kutatás során először stigmatizáció fokát felmérő kérdéseket tettek fel a kábítószer-függőségben vagy mentális zavarokban szenvedőktől való társadalmi távolság iránti vágy mérésére. Másodszor a diszkrimináció elfogadhatóságával kapcsolatos attitűdök mérésére került sor. Harmadszor pedig a válaszadók hozzáállását tanulmányozták a kezelés hatékonyságához. Végül pedig azt is vizsgálták, hogy a válaszadók mennyire támogatják az alábbi négy szakpolitikai elemet: a biztosítási paritást és az állami kezelést, valamint a lakhatásra és a munkahelyek támogatására fordított kiadásokat. Az összes választ 7 pontos Likert-skálán helyezték el. Khí-négyszet próbát használtak továbbá annak felmérésére, hogy a közvélemény attitűdje különbözik-e attól függően, hogy a válaszadók a tétel drogfüggőségre vagy mentális zavarokra készített változatát tekintették-e meg. A válaszadók attitűdjei és szociodemográfiai jellemzőik közötti összefüggéseket – beleértve az életkort, a nemet, az etnicitást, az iskolázottságot és a

ⁱ Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Debrecen

politikai hovatartozást – logisztikus regressziós modellekkel vizsgálták.

Az eredmények szerint lényegesen több negatív hozzáállást mutatnak az emberek a kábítószer-függőségben szenvedők felé, mint a mentális zavarokban szenvedőkkel szemben. Általánosságban elmondható, hogy igen magas a társadalmi távolság iránti vágy ezen személyekkel kapcsolatban, a közvélemény a diszkriminációjukat sem tekinti nagy problémának, továbbá azt sem tartja helyénvalónak, hogy a munkáltató „ilyen” embereket foglalkoztasson, valamint lakhatásukat is megtagadná. A kezelés hatékonyságával és a gyógyulással kapcsolatban is úgy gondolják a válaszadók, hogy a kezelés hatástalan és ezen személyek már nem gyógyulhatnak meg, és nem térhetnek vissza a normális életbe. A válaszadók a kábítószerfüggőségben szenvedő emberek megsegítésére irányuló állami politikákkal szemben is magasabb szintű ellenállásról számoltak be, mint a mentális zavarokban szenvedőknél.

A kevésbé szimpatizáló nézetek alapja az a társadalmi ambivalencia lehet, hogy a kábítószer-fogyasztási problémákat kezelendő orvosi állapotnak kell-e tekinteni (hasonlóan más krónikus egészségi állapotokhoz, mint például a cukorbetegség vagy a szívbetegség), vagy

inkább személyes kudarc, amit csak le kell győzni. A mentális zavarok helyett a függőséget gyakran erkölcsi hiányosságnak tartják, és a kábítószer-fogyasztás törvénytelenége megerősíti ezt a perspektívát. Valószínű, hogy a kábítószer-függőséget kísérő, társadalmilag elfogadhatatlan magatartás (például a bűnözés) fokozza a társadalmi előítéletet.

Bár a viselkedési egészség területén egyre inkább hangsúlyozzák az integrációt, az eredmények szerint szükség lehet arra, hogy a támogatók eltérő megközelítéseket fogadjanak el a megbélyegzés csökkentése és a politikai célok előmozdítása érdekében, figyelembe véve a kábítószer-függőséggel és a mentális zavarokkal kapcsolatos közhiedelmek és attitűdök hátterét. Erre példa, hogy a HIV-vel kapcsolatos kutatások alátámasztják azt az elképzelést, hogy a kezelhetőség nyilvános ismertségének növelése csökkentheti az érintett személyekkel szembeni megbélyegzést és diszkriminációt. Érdemes lenne jobban megérteni, hogy vajon a szenvedélybetegségek vagy a mentális zavarok kezelhetőségként való ábrázolása csökkentené-e a stigmát a közvélemény részéről, amely már megszokta, hogy a mentális zavarokban vagy kábítószer-függőségben szenvedő, kezeletlen egyéneket a média általában zilált, gyakran hajléktalan és potenciálisan veszélyes elemeként ábrázolja.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A kábítószer-függőség egészségügyi problémaként való kezelése, illetve a mentális zavarok, valamint a drogfüggőség nyilvános ismertségének növelése, és az ezzel szembeni negatív attitűdök hangsúlyozásának elhagyása segítene abban, hogy megértsék az emberek ezen problémák lényegét, és akkor kevésbé stigmatizálnák azokat.

Cikkismertetés: Hogyan őrizzük meg mentális egészségünket a 'mindfulness' segítségével?

Article review: How to look after your mental health using mindfulness?

Ismertető: Albrecht Lilla¹ ✉

Ismertetett cikk: How to look after your mental health using mindfulness. Mental Health Foundation. <https://www.mentalhealth.org.uk/publications/how-look-after-your-mental-health-using-mindfulness>

Beküldve: 2020. 12. 15.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.676

Kulcsszavak: mentális egészség; mindfulness; jóllét
Keywords: mental health; mindfulness; wellbeing

A jóllét pozitív fizikai, szociális és mentális állapotként határozható meg, viszont ez utóbbi jelentése nem foglalható össze egyetlen átfogó definícióban. Magában foglalja azt, hogy képesek vagyunk jól érezni magunkat a bőrünkben, egyedül és kapcsolatainkban is; hogy az élet viszontagságaival meg tudunk küzdeni és a lehetőségekből a legjobbat kihozni; valamint azt, hogy valahová tartozunk, képesek vagyunk kontrollálni az életünket; van célunk és értékesek vagyunk. Mindezen képességek és érzések elérésében, fejlesztésében nyújthat segítséget a 'mindfulness'. A 'mindfulness' magyar fordításban tudatos jelenlétet jelent, de az angol kifejezés, ahogyan azt a következőkben is látni fogjuk, sokkal több mindent kifejez.

'Mindfulness'-ről beszélünk, amikor figyelmünket, gondolatainkat és érzéseinket a jelen pillanat felé fordítjuk relaxációs technikák, jóga vagy légzőgyakorlatok alkalmazása segítségével. Kutatások bizonyítják a 'mindfulness' mentális egészségre gyakorolt pozitív hatását. Segít a gondolatok és érzések tudatosításában, így azok kezelhetőbbé válnak ahelyett, hogy túlterhelnék az egyént. Továbbá növeli a figyelmet, a koncentrációt, fejleszti a kapcsolatokat. A 'mindfulness' mindemellett a stressz, szorongás, depresszió, függőségek, illetve olyan fizikai problémák,

mint a magas vérnyomás, szívproblémák és krónikus fájdalom esetén is segítséget jelenthet.

A 'mindfulness' módszerét bárki elsajátíthatja és alkalmazhatja. Erre lehetőség van egyéni vagy csoportos foglalkozáson, de online formában is, vagy akár autodidakta módon is megtanulhatjuk könyvek és hanganyagok segítségével. Az Oxfordi Egyetem 2013-as kutatásában, melyben egy online 'mindfulness' tanfolyam 273 résztvevője szerepelt, a vizsgálati személyek egy hónappal a kurzus elvégzése után szorongásszintjük (58%), depressziójuk (57%) és stressz szintjük (40%) jelentős csökkenéséről számoltak be.

Gyakorolhatjuk ezt a technikát a hétköznapjainkban, akár egyszerű tevékenységek végzése közben is. Ki- és belégzéskor figyeljük meg a jelenben a gondolatainkat, testünket. Csukjuk be a szemünket, majd lábainktól felfelé haladva tudatosan figyeljük meg, milyen érzés kapcsolódik testrészeinkhez. Önmagunk vizsgálata során lelassíthatunk, megtanulhatjuk felismerni testünk jelzéseit és fejleszthetjük koncentrációnkat. A sétálás remek lehetőség a 'mindfulness' alkalmazására. Lassan sétálva fordítsuk figyelmünket lábizmainkra, valamint arra az érzésre, ahogy talpunk a földhöz ér, és próbáljunk a jelenre összpontosítani. Az étkezés szintén alkalmas ad a

¹ Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Debrecen

'mindfulness' gyakorlására. Szánjunk időt az étel megízlelésére, illatának, állagának befogadására, teljes figyelmünkkel koncentráljunk az ételre, hogy jobban értékelhessük és élvezhessük az étkezéseket. Mindezek mellett a környezetünk

hangjaira való összpontosítás, azok megtapasztalása is hozzájárulhat ahhoz, hogy az élet más területein is sikeresen alkalmazni tudjuk a 'mindfulness'-t.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A 'mindfulness' egy egyszerűbb, de annál hasznosabb módszer arra, hogy rohanó mindennapjainkban időt szánjunk önmagunk és a külvilág megtapasztalására. Célszerű lehet alkalmazása a stresszes és feszült hétköznapiak, valamint a szorongás, a depresszió és egyes függőségek terápiás kezelése során.

Cikkismertetés: A mentális egészség társadalmi meghatározói

Article review: Social determinants of mental health

Ismertető: Szudi Alma¹ ✉

Ismertetett cikk: World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf?sequence=1

Beküldve: 2020. 12. 11.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.671

Kulcsszavak: mentális egészség; társadalmi meghatározók; mentális zavarok

Keywords: mental health; social determinants; mental disorders

A WHO 2014-es kiadványa a mentális egészséget befolyásoló társadalmi tényezőkkel kapcsolatos kutatások áttekintését célozta meg, javaslatot téve azokra a területekre és módokra, amelyeknél és ahogyan a prevenció (megelőzés) és intervenció (beavatkozás) a globális tapasztalatok alapján hatékonyan tudja segíteni az egészséges mentális állapot elérését. A mentális egészséget és a legtöbb mentális zavar kialakulását különféle módokon alakítja az a szociális, gazdasági és fizikai környezet, amelyben az ember él. A gyakran előforduló mentális zavarok kockázati tényezője erősen összefügg a társadalmi egyenlőtlenségekkel, a mindennapi életkörülményekkel. Minél nagyobb valahol a társadalmi mutatók egyenlőtlensége, annál nagyobb az esélyegyenlőtlenség a mentális megbetegedések területén is. A szegények és a hátrányos helyzetűek aránytalanul sokan szenvednek mentális betegségben, de a társadalmi lejtő közepén lévők is érintettek. A kutatások eredményei alapján rendkívül fontos lenne, hogy minden korosztályt érintő átfogó intézkedések szülessenek a mindennapi életkörülmények javítása érdekében. A kiadvány számos kutatást áttekintve és az emberi életút összes szakaszán végighaladva kiemeli, hogy a különböző életkorokra kiterjedő intézkedések, programok miként nyújthatnának lehetőséget mind a lakosság lelki egészségének javítására, mind

pedig a mentális betegségek kockázatának csökkentésére.

A különböző nemzetközi kutatások eredményei összeségében arra mutatnak rá, hogy bizonyos népeségi alcsoportok körében magasabb a kockázata a mentális zavarok kialakulásának, mivel nagyobb a kedvezőtlen társadalmi, gazdasági és környezeti körülményeknek való kiszolgáltatottságuk. A hátrány már a születés előtt megkezdődhet (pl. magzati károsodások, hátrányos helyzetű anya prenatális állapotainak hatása a magzatra stb.), és utána az egész életen át halmozódhat. Az életút megközelítés mind ezek tekintetében olyan intézkedéseket javasol, amelyek a különböző életkorokban történő fejlesztésre helyezik a hangsúlyt (a magzati fejlődéstől, a prenatális állapotokon át, a születés, a gyermekkori fejlődés és felnőttkortól egészen az időskor végéig). Ezeket mind univerzális, nagyobb társadalmi hatásokra fókuszáló, mind lokális szintű egyénibb szociális faktorokra fókuszáló programokkal javasolják megvalósítani.

A mentális zavarok előfordulását és társadalmi megoszlását jól dokumentálták a magas jövedelmű országokban. Míg az alacsony- és közepes jövedelmű országokban egyre inkább felismerik a problémát, a probléma mérésére irányuló kutatások, valamint a mentális zava-

¹ Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Debrecen

rok megelőzésére irányuló stratégiák, politikák és programok körében továbbra is jelentős hiányosságok tapasztalhatók. A WHO kiadványának célja, hogy felhívja a figyelmet ezeknek a hiányosságoknak a jelentőségére, valamint arra, hogy milyen fontos a társadalmi tényezők számbevételével a különböző életszakaszokat felölelő intézkedések vizsgálata és a megfelelő módszerek szerepének hangsúlyozása.

A világ népessége egészségi állapotának javítására és az egészségügyenlétlenségek csökkentésére irányuló erőfeszítések alapvető részét képezik a mentális zavarok kialakulását megelőző, és a mentális egészséget elősegítő intézkedések. A kiadványban kiemelt kutatási eredmények

egyezést mutatnak a mentális rendellenességekkel összefüggésben ismert protektív (védő) és kockázati tényezőkkel kapcsolatban. Az egyes társadalmak berendezkedése és intézményei, például az oktatás, a szociális gondozás és a munka világa nagy hatással vannak azokra a lehetőségekre, amelyek felruházzák az embereket azzal a képességgel, hogy a számukra megfelelő életutat válasszák. Ezeknek a társadalmi berendezkedéseknek és intézményeknek a tapasztalata óriási különbségeket mutat. Struktúrájukat és hatásukat kisebb-nagyobb mértékben befolyásolják vagy enyhítik a nemzeti és transznacionális politikák. A változás eléréséhez több szinten szükséges a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésére fókuszálva beavatkozni.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A WHO kiadványa rámutat, hogy a mentális egészség fejlesztésével és a mentális zavarok kockázati tényezőivel kapcsolatban melyek azok a társadalmi szintű intézkedések, programok, illetve politikai irányelvek, amelyek globális szintű eredményt hozhatnak. Széleskörű áttekintést ad a mentális egészséggel és betegséggel kapcsolatos intézményes programokról világszerte, rávilágítva a betegségek kialakulását megelőző állapotok ok-okozati összefüggéseire, kiemelve a javasolt beavatkozások hatékonyságát a különböző életszakaszokban. Mindezek megfontolása a hazai szakemberek számára is előrevivő lehetőségeket rejt.

Cikkismertetés: A Covid-19 járvány hatása a szubjektív mentális jóllétre – Az észlelt fenyegetés, a jövőbeni szorongás és ellenálló képesség kölcsönhatása

Article review: The impact of the COVID-19 pandemic on subjective mental well-being – The interplay of perceived threat, future anxiety and resilience

Ismertető:	Izbékiné Tóth Andrea ⁱ ✉
Ismertetett cikk:	Paredes MR, Apaolaza V, Fernandez-Robin C, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on subjective mental well-being: The interplay of perceived threat, future anxiety and resilience. <i>Personality and individual differences</i> . 2021;170:110455. doi: 10.1016/j.paid.2020.110455
Beküldve:	2020. 12. 03.
Doi:	10.24365/ef.v62i1.662
Kulcsszavak:	Covid-19; mentális jóllét; észlelt fenyegetés; jövőbeli szorongás; reziliencia (ellenálló képesség)
Keywords:	COVID-19; mental well-being; perceived threat; future anxiety; resilience

A Covid-19 világjárvány pszichológiai hatásai napjaink kutatásainak kiemelt kérdésévé váltak, különös tekintettel a negatív következményeket okozó tényezőkre. Az egyének eltérően reagálhatnak az olyan traumatikus események által okozott érzelmi szorongásra, mint ez a járvány. Korábbi kutatások szerint a Covid-19 okozta változások és bizonytalanság kihatnak a lakosság mentális jóllétére, valamint a következményekkel való megküzdés lehetséges folyamataira.

Jelen tanulmány a Covid-19 észlelt fenyegetésének és a szubjektív mentális jóllétnek a kapcsolatát vizsgálta. A tanulmányt 2020. június 15. és 20. között végezték el egy szigorú lezárási intézkedés során, 711 egyetemi hallgató és posztgraduális hallgató bevonásával.

A válaszadókat arra kérték, jelezzék, hogy a különböző médiacsatornák híreiből származó információk hogyan érintik őket a járvány fenyegetése, terjedése, súlyossága és életükre gyakorolt

hatása szempontjából. A vizsgálat eredményei megerősítették, hogy a járvány észlelt fenyegetése bizonytalanságot és félelmet generál, fokozza a stresszt és a kiszolgáltatottságot, amely káros hatással van a szubjektív mentális jóllétre. Az észlelt fenyegetés aktiválja az egyének jövővel kapcsolatos aggodalmait. A felmérés szerint a rugalmas ellenálló képesség, mint személyiségjegy, segít megküzdni a járvány káros lelki hatásaival: a rugalmasság mérsékli a fenyegetés mentális jóllétre gyakorolt közvetett hatását.

Összességében a jelen tanulmány betekintést nyújt a járvány pszichológiai következményeivel való megküzdés lehetséges folyamataiba. Ennek eredményeképpen a pandémia szorongást okozó vélt fenyegetése káros hatással van a szubjektív mentális jóllétre, de ezt a hatást képes az ellenálló képesség mérsékelni.

ⁱ Debreceni Egyetem Népegészségügyi Kar, Debrecen

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az egyének eltérően reagálhatnak az olyan traumatikus események okozta érzelmi szorongásra, mint ez a járvány. Fontos segíteni a fejlődést ezen a területen, egyfelől azért, hogy a szakembereknek legyen rálátása a jelenlegi és a jövőbeli járványok mentális-egészség(ügy)i hatásainak enyhítésére. Másrészt fontos ismerni a járvány következtében kialakuló pszichológiai jelenségek okait és a mentális jóllét megőrzése érdekében rendelkezésre álló egyéni lehetőségeket. A mentális jóllétre a társadalom hatékony és eredményes működéséhez is szükség van.

Cikkismertetés: Új lehetőségek a demencia megelőzésében

Article review: New possibilities in demencia prevention

Ismertető:	Mátyás Gabriella ⁱⁱⁱ ✉
Ismertetett cikk:	Livingston G, Huntley J, Sommerland A. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet. 2020 Aug 8;396(10248):413-446. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30367-6
Beküldve:	2020. 12. 15.
Doi:	10.24365/ef.v62i1.675
Kulcsszavak: Keywords:	demencia; megelőzés; The Lancet-bizottság; megelőzhető kockázati tényező dementia; prevention; The Lancet commission; modifiable risk factor

HÁTTÉR

Jelenleg mintegy 50 millióan szenvednek világszerte demenciában, vagyis olyan állapotban, amikor az idegsejtek pusztulása vagy működési zavara miatt szellemi képességeik hanyatlani kezdenek. A betegség évente körülbelül 1 billió amerikai dollár kiadást okoz. Ahogyan a 65 évesnél idősebbek aránya növekszik a népesség körében, párhuzamosan a demenciában szenvedők aránya is világszerte emelkedik. Az időskori demencia előfordulási aránya azonban egyes országokban annak ellenére is csökkent, hogy az idősek száma lakosságárányosan növekedett. E kedvező tendencia hátterében valószínűleg az oktatás, a táplálkozás, az egészségügyi ellátás, valamint életmódbeli változások állnak.

A The Lancet-bizottság (továbbiakban: Bizottság) 2017. évi jelentésében már azonosította a demencia 9 megelőzhető kockázati tényezőjét, melyek a következők voltak: alacsony iskolai végzettség, magas vérnyomás, halláskárosodás, dohányzás, elhízás, depresszió, fizikai inaktivitás, cukorbetegség és kevés társas kapcsolat. A Bizottság ez évi jelentésében újabb meggyőző bizonyítékokra támaszkodva további 3 megelőzhető kockázati tényezőt azonosított: túlzott

alkoholfogyasztás, traumás agysérülések és levegőszennyezés.

ÚJ ISMERETEK

A Bizottság az új kockázati tényezőkkel kiegészítve megalkotta a demenciamegelőzés 12 kockázati tényező életpályamodelljét. A már előbb említett kockázati tényezők kivédésével a demens esetek mintegy 40 százalékát előzhetnénk meg világszerte. Mivel a demencia előfordulása magasabb az alacsony és közepes jövedelmű országokban, így itt arányaiban több demens eset válhat kivédhetővé. A Bizottság által megalakított új modell, valamint a bizonyítékok szintézise világszerte kiemelkedő hatással lehet a szakpolitikai intézkedésekre.

Prevenció

Szakértők szerint a demencia prevenciója soha nem lehet túl korai vagy túl kései. A fiatalabb (45 éves alatti) korosztály esetében az alacsony iskolai végzettség negatívan hat a szellemi képességek tartalékaira, míg a középkorú (45–65 év közötti) és idősebb (65 évesnél idősebb) korosztály esetében a kockázati tényezők befolyásolják ezt a tartalékot és a neuropatológiai elváltozásokat. Az iskolázottság, a szegénység és az egészségyenlőtlenségek mind a változás

ⁱ Debreceni Egyetem Általános Orvosi Kar, Népegészség- és Járványtani Intézet, Debrecen

ⁱⁱ Debreceni Egyetem Egészségtudományi Doktori Iskola, Debrecen

kulcsfontosságú mozgatórugói. A leginkább rászoruló egyéneknek van a legnagyobb szükségük a változásra és ugyancsak ők azok, akiknek az esetében a legtöbb haszonnal járna. A szakpolitikai intézkedéseknek törekedniük kell arra, hogy minden gyermek részt vehessen a közoktatásban.

Azon népegészségügyi kezdeményezések, melyek csökkentik a fejsérüléseket és csökkentik a káros alkoholfogyasztást, egyaránt eredményesen csökkenthetik a fiatal- és időskori demenciát. Ugyancsak a demencia megelőzése, illetve későbbi megjelenése érdekében a középkorú korosztályba tartozó magas vérnyomásos betegek szisztolés vérnyomását úgy kell szabályozni, hogy az legfeljebb 130 Hgmm legyen. A dohányzásról való leszokás sem lehet túl késői, ha a demencia megelőzéséről van szó, még későbbi életkorban is csökkenti a betegség kialakulásának kockázatát. Az aktív dohányzás mellett a passzív dohányzás is a demencia módosítható kockázati tényezői között szerepel. Számos országban már korlátozták a másodlagos dohányfüst-expozíciót. A szakpolitikuskoknak nyomást kell gyakorolniuk a kormányokra, hogy javítsák a légszennyezettségi mutatókat és törekedjenek a levegő minőségének javítása, ami ugyancsak fontos lenne a megelőzés szempontjából.

A Bizottság javasolja, hogy mind a középkorúak, mind az idősebb korosztályba tartozók is őrizzék meg fizikai, társadalmi és szellemi aktivitásukat, bár ezen tevékenységek protektív hatásáról jelenleg kevés bizonyíték áll rendelkezésünkre. A bizonyítékok alapján úgy tűnik, hogy halláskárosodás esetén a hallókészülék használata is csökkentheti a demencia kockázatát. A középkorú és idősebb korosztály esetében a rendszeres testmozgás is protektív hatással bírhat, ami valószínűleg az elhízás, a cukorbetegség és a kardiovaszkuláris kockázat csökkentésén keresztül hat. A depresszió a demencia rizikófaktora lehet, idősebb korban pedig a demencia depressziót okozhat. Ugyan a magatartás-változtatás igen nehéz, a demencia kockázati tényező között nem mindig fedezhetünk fel ok-okozati viszonyt, egyéni szinten mégis nagy lehetőség nyílik csökkenteni a demencia kialakulásának kockázatát.

Az alacsony és közepes jövedelmű országokban nem mindenki számára hozzáférhető a

középfokú oktatás, valamint a lakosság körében magas az elhízás, a magas vérnyomás és a halláskárosodás aránya. Mivel a cukorbetegségben szenvedők aránya és a dohányzás gyakorisága is növekszik ezen országokban, így preventív beavatkozásokkal a demens esetek még nagyobb hányadát lehetne megakadályozni.

Diagnózis

A β -amiloid- és tau biomarkerek jelezhetik annak kockázatát, hogy az Alzheimer-kór demenciát okoz. Szellemileg ép egyéneknél ugyanakkor csak ezen biomarkerek megléte esetén a legtöbbször nem alakul ki demencia. Bár a pontos diagnózis a funkcionális problémákkal küzdő egyének és családjuk számára is fontos, jelenleg nincs arra bizonyíték, hogy a tünetek megjelenése előtt diagnosztizálni lehetne a betegséget.

A demencia kialakulásáról szóló ismereteink változnak az újabb kórokok feltárásával. Különösen a 90 év feletti korosztály esetében gyakori a kevert típusú demencia. A vérbiomarkerek elemzése hatékonyabb diagnosztikai módszernek tűnik a demencia esetében, mint az agy-gerincvelő folyadék, illetve az agyi képpalkotó markerek vizsgálata.

Ellátás

A demenciában szenvedők ellátásának egyik legfontosabb célkitűzése a betegek jóllétének biztosítása. Esetükben általános, hogy több területet érintő problémákkal és tünetekkel küzdenek. Gondozásuk során a holisztikus beavatkozásokot kell előnyben részesíteni és a gondozásban részt vevő családtagokra is gondolni kell. Egyre több bizonyíték áll rendelkezésünkre a pszichoszociális intervenciók rövid távú hatékonyságáról, melyek a beteg igényeihez igazodva hatnak a neuropszichiátriai tünetekre. A bizonyítékokon alapuló intervenciók költséghatékonyan segítenek a gondozók szorongásos és depresszív tüneteinek csökkentésében.

A demenciában szenvedők testi egészségének megőrzése fontos szerepet játszik szellemi képességeik szinten tartásában. Általában több fizikai egészségproblémájuk van, mint az azonos korosztályba tartozóknak, de gyakran kevesebb közösségi egészségügyi ellátásban részesülnek, és számukra különösen nehéz az ellátáshoz való

hozzáférés. A demenciában szenvedők gyakrabban szorulnak kórházi ellátásra, még az esetlegesen otthon kezelhető betegségek esetében is, mint a korosztályukba tartozó idős emberek. A Covid-19-járvány során is arányosan többen haláloztak el a demenciában szenvedők közül. A kórházi ápolás nem csak szorongást generál, de rossz kimeneteli eredményekkel jár és költségvonzata is magas. Az egészségügyi ellátásban tevékenykedő szakembereknek érdemes megfontolni a demencia lehetőségét azon demenciával nem diagnosztizált idős betegeknél, akik gyakrabban szorulnak kórházi ellátásra, illetve akiknél delírium alakul ki. A demenciában szenvedőknél gyakran alakul ki delírium, ami szintén szellemi hanyatláshoz vezet. A kórházi tartózkodás alatt megfelelő érzékszervi stimulációval, folyadékbevitel biztosításával és fertőzések megelőzésével csökkenthető a delírium kialakulásának kockázata.

A demencia megelőzésével és ellátásával kapcsolatos intézkedések jelentősen javíthatják nemcsak a demenciában szenvedők, hanem családjaik életminőségét és a társadalom egészére is pozitív hatással bírhatnak.

ÖSSZEFOGLALÁS

Tovább bővült a demencia megelőzhető kockázatainak köre: a demencia három új, módosítható kockázati tényezője a túlzott alkoholfogyasztás, a fejsérülések és a légszennyezés. A demencia már korábban azonosított, módosítható kockázati tényezői: az alacsony iskolai végzettség, magas vérnyomás, halláskárosodás, dohányzás, elhízás, depresszió, fizikai inaktivitás, cukorbetegség és a kevés társas kapcsolat. A 12 megelőzhető kockázati tényező a demenciák mintegy 40 százalékának kialakulásáért felel.

Az egészségügyenlétlenségek által jobban sújtott etnikai kisebbségek, valamint a hátrányos helyzetű lakosság körében halmozottan fordulnak elő a demencia megelőzhető kockázati tényezői. Ezeknek a kockázati tényezőknek a kezelése nem pusztán egészségfejlesztési feladat, hanem társadalmi beavatkozás is, ami javítja a lakosság életkörülményeit.

A demencia gyakorisága egyre jobban növekszik az alacsony és közepes jövedelmű országokban, mint a magas jövedelmű országokban, az előregedő népesség és a potenciálisan módosítható kockázati tényezők gyakoribb előfordulása miatt. A prevenciót célzó intervenciók eredményezhetik a legnagyobb arányban a demencia csökkenését az alacsony és közepes jövedelmű országokban.

AJÁNLÁSOK A DEMENCIA MEGELŐZÉSÉRE

Fektessünk nagyobb hangsúlyt a megelőzésre! A megelőzés mind népegészségügyi, mind szakpolitikai beavatkozásokat igényel. A demencia kialakulását egyénre szabott beavatkozásokkal és népegészségügyi programokkal megelőzhetjük, melyek már a korai életkorban elkezdődnek és egész életen át tartanak. A szakpolitikai intézkedéseknek meg kell határozniuk a magas kockázati csoportokat a megfelelő beavatkozások érdekében.

Valósítsunk meg konkrét, egész életen át tartó beavatkozások a demencia kockázati tényezőinek csökkentésére!

Törekedjünk arra, hogy 40 éves kor után a szisztolés vérnyomás ne haladja meg a 130 Hgmm-t!

Halláskárosodás esetén ösztönözzük a hallókészülék viselését, magas zajterhelés esetén törekedjünk a halláskárosodás megelőzésére!

Csökkentsük a dohányfüst-ártalmat és a légszennyezettségnek való kitettséget!

Előzzük meg a fejsérüléseket!

Korlátozzuk az alkoholfogyasztás heti legfeljebb 21 egységre!

Ne dohányozzunk! A dohányzásról való leszokás még későbbi életkorban is csökkenti a demencia kockázatát.

Minden gyermek részesüljön legalább középsikolai szintű oktatásban!

Törekedjünk az egészséges testsúly megtartására és a cukorbetegség megelőzésére!

Legyünk fizikailag aktívak minden életkorban!

A demencia egyéb feltételezett kockázati tényezőinek – pl. az alvásminőség – javításával

hozzájárulhatunk általános egészségi állapotunk megőrzéséhez.

AJÁNLÁSOK DEMENCIÁBAN SZENVEDŐK SZÁMÁRA

Nyújtsanak átfogó, holisztikus ellátás a diagnózist követően! A demenciával diagnosztizált személyek gondozása során kiemelt figyelmet kell fordítani a betegek testi és lelki egészségére, szociális ellátására és támogatására. A demenciában szenvedő egyének már meglévő alapbetegségeinek megfelelő gondozásával, egész-

ségük karban tartásával megelőzhetőek a kórházi kezelések.

Kezeljék a neuropszichiátriai tüneteket! A specifikus, többkomponensű beavatkozásokkal csökkentik a demenciában szenvedő betegek neuropszichiátriai tüneteit. A pszichotróp gyógyszerek gyakran hatástalanok, valamint súlyos mellékhatásaik lehetnek.

Gondoskodjunk a családgondozókról! A családgondozók jóllétét szolgáló beavatkozások hosszútávú hatással vannak a depresszióra és szorongásos tünetekre, javítják az életminőségüket, így megelőzhető a szakemberek kiégése. Mindez költséghatékonyságot és pénzmegtakarítást eredményez.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Mint a fentiekben is láthattuk a demencia prevenciója, gondozása és a hozzá kapcsolódó intervenciók komplexek, átszövik az élet szinte minden területét. A Bizottság által azonosított három új megelőzhető kockázati tényező: traumás fejsérülések, túlzott alkoholfogyasztás és légszennyezettség voltak. A traumás fejsérülések megelőzése érdekében hasznos lehet, ha például a mindennapos testnevelés órákon és sportfoglalkozásokon a labdajátékok során óvni szükséges a gyerekek fejét az iskolában. Hazánkban az egy főre jutó alkoholfogyasztás közel egy literrel több, mint az európai átlag, ennek visszaszorítása komplex népegészségügyi beavatkozást és interszektoriális együttműködést igényel. A légszennyezettség csökkentése elsődlegesen nem az egészségügyi szektor feladata, bár a légszennyezettség népegészségügyi hatásai jelentősek. Ez utóbbi szintén elképzelhetetlen interszektoriális együttműködés nélkül.

Cikkismertetés: A hagyományos kelet-európai étrend és a halálozás kapcsolata

Article review: Connection between traditional Eastern European diet and mortality

Ismertető: Devosa Iván¹ ✉

Ismertetett cikk: Steffler D, Brett D, Sarkadi-Nagy E, et al. Traditional Eastern European diet and mortality: prospective evidence from the HAPIEE study. *European Journal of Nutrition*, 2020, Jul 1. doi: [10.1007/s00394-020-02319-9](https://doi.org/10.1007/s00394-020-02319-9)

Beküldve: 2020. 12. 28.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.680

Kulcsszavak: Kelet-Európa; étrendi minta; halálozás; szív-és érrendszeri betegségek; rák
Keywords: Eastern Europe; dietary pattern; mortality; cardiovascular disease; cancer

HÁTTÉR

A szív- és érrendszeri betegségekkel (CVD) és a rákos megbetegedésekkel kapcsolatos halálzási arány Kelet-Európában a világon az egyik legmagasabb. Jóllehet az étrend fontos megbetegedési, illetve halálozás kockázati tényező, a hagyományos étkezési szokásokat ebben a régióban még nem vizsgálták. Az elemzésben a kutatók kiértékeltek a hagyományos táplálkozási szokások, valamint a CVD-ből és a rákos megbetegedésekből eredő halálozás kapcsolatát különböző kelet-európai kohorszokban.

MÓDSZER

A követéses vizsgálat elemzéseit orosz, lengyel és cseh vizsgálati csoportok egészségi, alkoholfogyasztási és pszichoszociális tényezőinek adatain alapulnak. Az ételmiszerfogyasztási kérdőív adatai alapján a kutatók kidolgozták az úgynevezett kelet-európai étrend-pontszámot (*Eastern European diet score, EEDS*), azon kilenc ételmiszer-csoportot alapul véve, amely a hagyományos étkezés részének tekinthető ezen régióban. A kategorikus (alacsony, mérsékelt, magas) és a folyamatos (0–18 tartomány) EEDS-változók értékei és a mortalitás kapcsolatát Cox-regresszióval vizsgálták. [1.táblázat]

EREDMÉNYEK

A HR-értékeket átnézve megállapítható, hogy a közkedvelt sertésszár a vizsgált EEDS-összetevők közül a legnagyobb mértékben (HR 1,12), szignifikánsan növeli az összhálaózás kockázatát. Figyelemre méltó a tej és tojás (HR 1,09), valamint a burgonya (HR 1,08) kockázatonövelő hatása. Ellenben a tartósított (konzerv, aszalt, fagyasztott, stb.) gyümölcs és zöldség 0,90-es HR-értékkel, szignifikánsan javítja a fogyasztók egészségét.

18.852 résztvevő közül 2234 halt meg a nyomon követési időszakban. A többváltozós korrigált modellek szerint a hagyományos kelet-európai étrend szigorú követése szignifikánsan magasabb kockázatot jelent az összes vizsgált kockázati arányában (HR 1,23; 95% CI 1,08–1,42), illetve a szív- és érrendszer eredetű halálozás (HR 1,34; 95% CI 1,08–1,66) mértékében is. A rákhalálozással szignifikáns összefüggés csak Lengyelországban volt kimutatható (magas, ellentétben az alacsony EEDS-szel: HR 1,41; 95% CI 1,00–1,98).

A specifikus EEDS-összetevők közül magas sertésszár-fogyasztás szignifikánsan kapcsolódott mindhárom halálozási eredményhez, míg a tartósított gyümölcs- és zöldségfogyasztással kapcsolatban, ezzel ellentétes hatást mutattak ki a kutatók.

¹ Károli Gáspár Református Egyetem Tanítóképző Főiskolai Kar, Egészségtudományi Kutatóműhely, Kecskemét

1. táblázat: Az EEDS-összetevők, valamint az összes és az okspecifikus halálozás közötti összefüggés az összesített mintában

Az EEDS összetevői	Összhalálozás		CVD		Rák		Egyéb ok	
	HR ^a	(95% CI)	HR ^a	(95% CI)	HR ^a	(95% CI)	HR ^a	(95% CI)
Kenyér és gabonatermékek	1,05	(1,00–1,11)	1,02	(0,94–1,11)	1,12	(1,03–1,22)	0,98	(0,88–1,09)
Burgonya	1,08	(1,03–1,14)	1,12	(1,03–1,22)	1,02	(0,94–1,11)	1,13	(1,01–1,27)
Hüvelyesek	1,03	(0,97–1,08)	1,06	(0,97–1,16)	1,04	(0,95–1,13)	0,95	(0,84–1,06)
Tartósított gyümölcs és zöldség	0,90	(0,85–0,95)	0,86	(0,79–0,93)	0,88	(0,81–0,96)	1,03	(0,91–1,15)
Zöldségek	1,07	(1,01–1,13)	1,05	(0,96–1,16)	1,07	(0,97–1,17)	1,09	(0,96–1,23)
Tej és tojás	1,09	(1,04–1,15)	1,11	(1,02–1,21)	1,06	(0,97–1,15)	1,13	(1,00–1,26)
Baromfihús	0,98	(0,93–1,04)	0,93	(0,86–1,01)	1,05	(0,97–1,15)	0,97	(0,87–1,09)
Feldolgozott húsok	1,02	(0,97–1,08)	1,01	(0,93–1,10)	1,02	(0,93–1,11)	1,05	(0,93–1,17)
Sertézsír	1,12	(1,05–1,19)	1,11	(1,01–1,22)	1,13	(1,02–1,24)	1,12	(0,98–1,27)

Mindegyik kockázati arány kiszámításakor kiszűrték az életkor, a nem, az ország-kohorsz, az energiabevitel, az iskolázottság, a családi állapot, a nélkülözés szintje, a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a szabadidő fizikai aktivitása, a friss gyümölcsbevitel és a halbevitel egyéni különbségeit.

HR^a (hazard rate): kockázati arány; az 1-nél nagyobb HR a halálozás kockázatának növekedését, az 1-nél kisebb a halálozási kockázat csökkenését jelzi, és statisztikailag jelentős az 1-től való eltérés, ha a 95%-os megbízhatósági tartomány nem tartalmazza az 1-et.

KÖVETKEZTETÉSEK

Ez az első tanulmány, amely a kelet-európai populációkban megpróbálta azonosítani a hagyományos táplálkozási szokásokat, valamint elemezte is azok kapcsolatát a halálozással.

Az eredmények azt sugallják, hogy a hagyományos kelet-európai étrend növeli a halálozási kockázatot. Jóllehet egyértelműen további kutatásokra van szükség, az eredmények már most bizonyítékot szolgáltatnak arra, hogy a régióban égető szükség van a táplálkozással kapcsolatos népegészségügyi beavatkozásokra.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Jól ismert tény, hogy a klasszikus magyar konyha jelentős sertézsírbevitelével egyértelműen közrejátszik a túlsúly és az elhízás megjelenésében, mint az a tanulmányban vizsgált megbetegedési és halálozási eredményekből is látható. A szakemberek felhasználhatják a kutatásban szereplő információkat arra, hogy olyan (köz)étkeztetési programokat honosítsanak meg hazánkban, melyek elfogadhatóak a magyar konyhához szokottaknak is, miközben a tanulmányban szereplő kockázati tényezőket jelentősen csökkentik. Ismert, hogy jelenleg is több program törekszik erre, azonban nem veszik figyelembe, hogy milyen tradíciók és ízvilág az, amit a magyar fogyasztók elvárnak, így hatékonyságuk jóval elmarad az elvártaktól.

Cikkismertetés: Hol áll Magyarország az európai régió országainak Egészség 2020 rangsorában?

Article review: Where is Hungary ranked based on Health 2020 compared to countries in the European Region?

Ismertető: Vitrai József 

Ismertetett cikk: Zuidberg MRJ, Shriwise A, de Boer LM, et al. Assessing progress under Health 2020 in the European Region of the World Health Organization. *European Journal of Public Health*, 2020;30(6):1072–1077. doi: [10.1093/eurpub/ckaa091](https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa091)

Beküldve: 2021. 01. 13.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.681

Kulcsszavak: egészségmutató; Egészség 2020

Keywords: health index; Health 2020

HÁTTÉR

Az egészséget befolyásoló tényezők és az európai egészségügyenélőtlenségek kezelése érdekében az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Regionális Irodája tagállamaival együtt kidolgozta az „Egészség 2020: európai szakpolitikai keretek és stratégia a XXI. századra”. Ezt a regionális egészségügyi szakpolitikai keretet 2012-ben, egy kiterjedt kétéves konzultációs folyamatot követően fogadta el a WHO európai régiójának valamennyi tagállama. Az *Egészség 2020* két stratégiai célkitűzése (1) az egészség javítása és az egészségügyenélőtlenségek csökkentése, valamint (2) a vezetés és a részvételen alapuló kormányzás javítása mindenki számára.

A 2020-as év közeledtével fontos volt felmérni a WHO európai régiójában, hogy milyen volt az előrehaladás a tagállamokban az *Egészség 2020* szakpolitikai keretében. E célból a szerzők kidolgozták a relatív *Egészség 2020 Indexet* 2005-re, 2010-re és 2015-re az egyes országokra vonatkozó célkitűzésekre és indikátorokra, összhangban az ENSZ-nek az egészséggel kapcsolatos Fenntartható Fejlesztési Célok értékelésére alkalmazott hasonló megközelítésekkel.

MÓDSZERTAN

A vizsgált 16 indikátor 2015-ös értékét a 2005-höz és 2010-hez viszonyított javulástól függően egy 1-től 100-ig tartó skálára vetítették, ahol a magasabb érték nagyobb javulást jelez. Az így kapott adatokat az 5 célra és összességében az *Egészség 2020 Indexként* is kiértékeltek a régió 50 országára.

EREDMÉNYEK

Az *Egészség 2020 Indexe* egyértelmű kelet-nyugati gradienst mutatott 2015-ben. [1. ábra] A felső ötödben a nyugat-európai és skandináv országok valamint Izrael, mint kivétel található. A következő ötödbe sorolt országok döntően Dél-Európába illetve Európa középső részéhez tartoznak.

A középső ötödben kelet-európai országok és Tádzsikisztán valamint Üzbegisztán helyezkedik el. A negyedik ötödöt a Balkán és Kelet-Európa néhány országa Kazahsztánnal, Azerbajdzsánnal és Kirgizisztánnal együtt alkotják. Végül az utolsó ötödbe a régió keleti és délkeleti országai kerültek. [2. ábra]

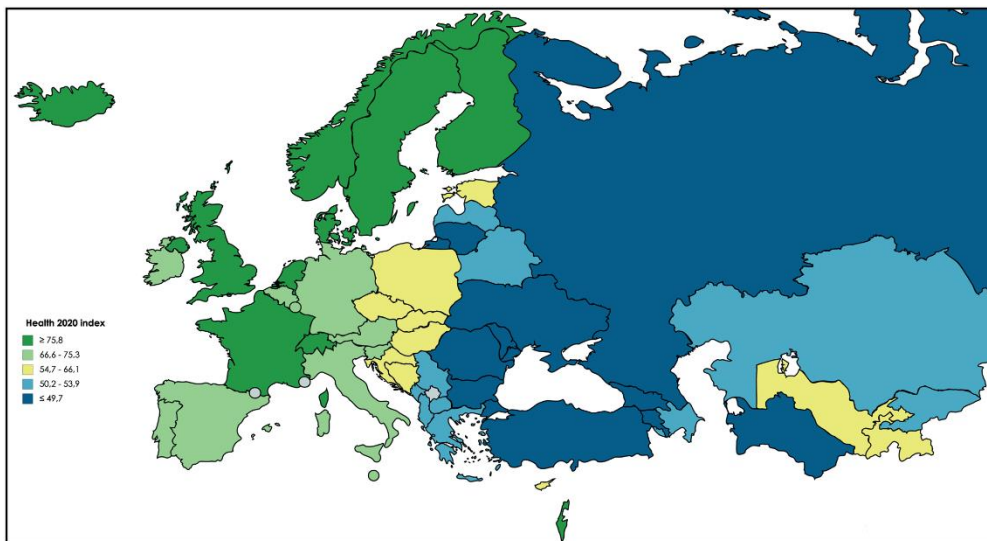
¹ független népegészségügyi szakértő

Az európai régió 50 országának rangsorában Magyarország az Egészség 2020 Index 59,2 értéke alapján a 28. helyet foglalta el 2015-ben. Valamennyi visegrádi ország értékelése kedvezőbb volt.

Az EU országai közül rosszabb helyzetben volt Lettország (36.), Görögország (37.), Litvánia (45.), Bulgária (46.). A nem EU országok közül előttünk volt Norvégia (2.), Svájc (4.), Izrael (8.), Üzbegisztán (26.), Tádzsikisztán (27.).

Magyarország jó értékelést (60 pont felett) kapott a kanyaró- és poliobeoltottság, a szanitáció, a tár-sas támogatottság, a munkanélküliség, iskolázottság indikátorokban. Hazánk leginkább kedvezőtlen (40 alatti) értéket mutatott az alkoholfogyasztás, a túlsúly, a korai halálozás és az étellel való elégedetlenség mutatókban. A célokat tekintve Magyarország a korai halálozás (33) csökkentését leszámítva 60 pont feletti értékelést kapott.

1. ábra: Az európai régió országai az Egészség 2020 Index alapján számított ötödök szerint színezve



Forrás: idézett cikk

MEGBESZÉLÉS

Ez az elemzés 2005 és 2015 között jelentős javulást is mutat, mivel minden ötödben javult a korai halálozás, a halálozás külső okai, a várható élettartam és a csecsemőhalandóság. Ezzel szemben a tagállamok valamennyi ötödében nem javult az alkoholfogyasztás és túlsúly, ehelyett 2005 és 2015 között rosszab-

bodás volt megfigyelhető ezekben a mutatókban. Bár az *Egészség 2020 Index* relatív index, jó áttekintést ad arról, hogy melyik ország teljesített jól, milyen mutatóban. Ily módon növelte az átláthatóságot és az elszámoltathatóságot, és jelezni képes, hogy mely *Egészség 2020* prioritási területek igényelnek különös figyelmet az elkövetkező években.

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az *Egészség 2020* célkitűzéseire vonatkozó elemzés eredményei azt mutatják, hogy hazánkban a népegészségügy területén komoly változtatásokra van szükség ahhoz, hogy beérjük a hasonló társadalmi-gazdasági fejlődésen átment visegrádi országokat. Az adatok arra utalnak, hogy elsősorban a kockázati magatartások visszaszorítására irányuló, korszerű szemléleten alapuló beavatkozások adaptálása látszik kívánatosnak. Ezek tervezéséhez, megvalósításához és értékeléséhez a népegészségügyi kapacitások bővítése nélkülözhetetlen.

2. ábra: Egészség 2020 Index az európai régióban 2015-ben. Az országokat az Egészség Index teljesítménye alapján rangsorolták a legmagasabbtól a legalacsonyabbig.

(GINI: jövedelmi egyenlőtlenséget mérő Gini együttható; Ind: indikátor; Med: medián; *2015 ±2 év adatai alapján; sötétzöldtől a sárgán keresztül sötétpirosig színezés jelzi az indikátor értékének a kedvező-kedvezőtlen skálán való elhelyezkedését)

Cél																																																																																																																
1. Cél																																																																																																																
2. Cél																																																																																																																
3. Cél																																																																																																																
4. Cél																																																																																																																
5. Cél																																																																																																																
Ötöd	Sorszám	Ország	Egészség 2020 index					korai halálzás					dohányzás					alkoholfogyasztás					túl súly					kanyaró +polio					halálzás külsők.					várható élettartam					csecsemő-halálzás					iskolázottság					munkanélküliség					GINI					élettel elégedettség					társas támogatotts.					szanitáció foka					eü. magánkiadások					eü. kiadások					1. Cél					2. Cél					3. Cél					4. Cél					5. Cél				
			Ind 1	Ind 2	Ind 3	Ind 4	Ind 5	Ind 6	Ind 7	Ind 8	Ind 9	Ind 10	Ind 11	Ind 12	Ind 13	Ind 14	Ind 15	Ind 16	Ind 17	1. Cél	2. Cél	3. Cél	4. Cél	5. Cél																																																																																								
Legmagasabb ötöd	1	SWE	82,8	99	71*	19*	41	98	74	95	86	98	81	68	89	88*	98	89*	99*	58	95	95	89	100																																																																																								
	2	NOR	82,3	99	64*	25	33	91	77	97	89	99	89	73	96	88*	95	89*	77*	57	97	100	93	88																																																																																								
	3	ISL	80,9	99	86*	19*	29	85	77	98	90	95*	90	74	95	94*	97	84*	68*	56	98	100	94	80																																																																																								
	4	CHE	79,1	100*	64*	12*	49	92	81*	100*	70*	98	---	52	95	92*	100	72*	96*	55	100	85	87	89																																																																																								
	5	NLD	79,0	86	59*	15*	35	91	85	93	76	92	83	63	92	92*	94	100*	88*	52	93	89	87	98																																																																																								
	6	DNK	78,4	83	81*	12*	44	84	91	89	72	92	89	60	95	98*	99	89*	87*	55	89	87	91	90																																																																																								
	7	FIN	77,8	88*	72*	15*	34	93	63*	91*	98	98	76	68	94	87*	94	83*	76*	51	91	95	88	86																																																																																								
	8	ISR	77,3	100	43*	46*	9	93*	100	97	78*	85	87	---	87	92*	100	72*	58*	49	97	97	94	72																																																																																								
	9	GBR	75,9	83	77*	10	12	92	85	90	70	99*	---	---	74	98*	98	94*	71*	41	90	95	95	88																																																																																								
	10	FRA	75,8	89*	51*	8*	29	90*	75*	100*	76*	97*	74	53	66	96*	97	99*	95*	42	100	86	80	99																																																																																								
Felső közép ötöd	11	AUT	75,3	84	---	6*	49	95*	76	91	78	---	86	61	82	96*	100	86*	91*	43	91	86	86	95																																																																																								
	12	DEU	75,1	79	42*	9*	39	93	87	88	76	99	89	50	80	90*	98	90*	92*	45	88	86	84	96																																																																																								
	13	SVN	74,7	77	75*	10*	42	89	64	89	100	86*	77	71	48	87*	98	91*	72*	48	89	94	76	86																																																																																								
	14	LUX	74,5	100	63*	9*	31	100	76	100	88	75*	83	56	78	90*	94	93*	49*	47	100	87	79	78																																																																																								
	15	BEL	74,0	86	65*	5*	28	97	68	90	75*	95	78	64	78	88*	99	84*	85*	40	90	88	85	92																																																																																								
	16	ITA	73,2	92	64*	19*	33	77	97	98	79*	93	69	41	53	92*	99	79*	72*	54	98	79	70	76																																																																																								
	17	IRL	71,2	83*	67*	9*	25	88	82	90*	76*	95	76	51	81	100*	75	84*	57*	45	90	83	79	76																																																																																								
	18	PRT	69,1	83*	69*	12*	37	98	81*	91*	80*	87	68	35	33	71*	99	72*	74*	51	91	74	57	82																																																																																								
	19	ESP	68,4	91	44*	13*	20	94	98	99	83	97	41	33	65	83*	100	76*	70*	45	99	68	62	81																																																																																								
	20	MLT	66,6	85	58*	16*	1	86	98	94	61*	91	86*	57	69	90*	100	69*	77*	27	94	84	82	78																																																																																								
Középső ötöd	21	CZE	66,1	64	33*	5*	17	98*	68	77	86	---	88	69	71	83*	98	88*	54*	30	77	88	82	78																																																																																								
	22	SVK	64,2	52*	49*	10*	41	92	61*	68*	56*	---	70	74	55	85*	97	78*	60*	41	68	71	75	76																																																																																								
	23	EST	63,7	57	34*	---	43	86	55	73	85	69	85	32	44	79*	93	80*	44*	52	73	69	60	65																																																																																								
	24	CYP	63,2	90	---	14*	29	87	87	93	84	86	61	37	44	35*	100	44*	53*	48	92	74	52	55																																																																																								
	25	POL	61,9	51	47*	10*	33	88	67	71	69	78*	75	48	54	85*	93	76*	43*	39	71	72	69	64																																																																																								
	26	UZB	60,6	30*	100*	---	75	100	80*	49*	35*	80	---	---	54	94*	100	50*	38*	72	48	52	81	53																																																																																								
	27	TJK	60,3	---	---	---	86	94	---	---	---	88	95	47*	29	48*	87	27*	48*	---	---	80	57	44																																																																																								
	28	HUN	59,2	33	46*	9*	20	100	63	63	62	73	83	57	36	85*	95	72*	54*	33	62	72	67	73																																																																																								
	29	HRV	58,7	53	25*	6*	28	87	63	71	68	90	57	49	35	52*	92	92*	58*	30	71	70	56	78																																																																																								
	30	BIH	54,7	53*	14*	35*	53	52	93*	71*	60*	---	32	---	32	58*	86	71*	75*	42	71	52	42	63																																																																																								
Alsó közép ötöd	31	KGZ	53,9	31	56*	---	74	98	52	39	17	87	95	---	27	75*	82	56*	44*	58	38	48	66	59																																																																																								
	32	KAZ	53,2	40	57*	23*	53	99	37	40	40	99	88	64*	50	81*	93	48*	23*	45	40	65	78	42																																																																																								
	33	MKD	52,4	45*	---	67*	34	80	91*	60*	37*	---	30	---	32	60*	76	59*	44*	60	59	38	39	56																																																																																								
	34	BLR	52,3	27*	51*	3*	29	100	35*	48*	74*	73	100	61*	43	79*	85	65*	37*	24	47	74	70	59																																																																																								
	35	AZE	52,2	---	66*	51*	53	98	---	---	---	64	100	---	34	46*	71	13*	40*	65	---	---	56	28																																																																																								
	36	LVA	52,2	37	25*	10*	35	92	44	58	68	80	74	30	50	58*	67	61*	39*	31	57	61	53	57																																																																																								
	37	GRC	51,8	76	1*	19*	17	98	84	90	72*	77*	27*	35	34	35*	97	62*	60*	21	90	55	38	71																																																																																								
	38	SRB	50,8	41	4*	14*	38	81	79	59	60	95	52	20	38	63*	90	59*	83*	26	59	51	48	74																																																																																								
	39	ALB	50,3	---	46*	32*	37	98	---	---	---	75*	---	---	18	54*	82	42*	39*	47	---	---	44	49																																																																																								
	40	MNE	50,2	---	---	---	29	47	---	---	---	61	54	43*	34	44*	89	51*	44*	---	---	52	46	41																																																																																								
Legalsó ötöd	41	ARM	49,7	40	51*	36*	49	94	68	58	42	78	51	45*	11	38*	72	37*	25*	53	58	54	34	37																																																																																								
	42	ROU	49,2	39	43*	12*	36	73	68	58	45	39	88	23	50	62*	44	82*	35*	37	57	44	41	56																																																																																								
	43	TUR	48,8	67	54*	61*	1	95	89	77	37*	64	73	5*	41	73*	86	84*	34*	33	76	33	36	62																																																																																								
	44	MDA	48,5	25	65*	11*	59	75	44	38	39	37	96	---	50	63*	37	57*	83*	37	37	47	48	70																																																																																								
	45	LTU	47,6	38	44*	1*	28	87	34	55	68	96	77	21	52	75*	80	66*	45*	17	54	58	57	61																																																																																								
	46	BGR	45,7	30*	22*	7*	20	82	79*	55*	47*	68	---	24	20	77*	63	49*	64*	26	54	44	37	61																																																																																								
	47	RUS	43,0	24*	13*	11*	38	96	24*	34*	45*	84	---	---	53	75*	26	47*	50*	23	33	50	50	58																																																																																								
	48	UKR	40,7	25	42*	17*	33	39	45	43	45	78*	---	72*	1	73*	89	47*	51*	29	42	59	22	38																																																																																								
	49	GEO	35,9	51	45*	24*	51	87	70	46	43	---	69	13*	8	1*	63	31*	54*	50	45	32	1	47																																																																																								
	50	TKM	30,0	16*	---	43*	60	100	70*	32*	10	---	---	---	50	56*	---	62*	1*	48	32	---	---	3																																																																																								
	Med	61,2	65	51	12	34	92	76	77	70	87	78	51	50	80	94	72	57	45	77	72	67	72																																																																																									

Forrás: idézett cikk

Cikkismertetés: Hogyan torzíthatja a döntéshozók értékválasztása a bizonyítékokra alapozott népegészségügyi szakpolitikát?

Article review: Four normative perspectives on public health policy-making and their preferences for bodies of evidence

Ismertető:	Both Márton ⁱ ✉ Ralbovszki Judit ⁱ
Ismertetett cikk:	Schoemaker, C.G., van Loon, J., Achterberg, P.W. et al. Four normative perspectives on public health policy-making and their preferences for bodies of evidence. <i>Health Res Policy Sys</i> 18, 94 (2020). https://doi.org/10.1186/s12961-020-00614-9
Beküldve:	2020. 12. 01.
Doi:	10.24365/ef.v62i1.660
Kulcsszavak:	bizonyítékokon alapuló szakpolitika; keretezés; népegészségügy; tudományos bizonyítékok
Keywords:	evidence-informed policy; framing; health policy; evidence use

ÖSSZEFOGLALÓ

A közpolitikai döntéshozatal sokszor figyelmen kívül hagy egyes tudományos bizonyítékokat, amikor a döntést politikai értékválasztás befolyásolja. A népegészségügyben is politikai értékek határozhatják meg, melyek azok a tudományos bizonyítékok, amelyeket a döntéshozók figyelembe vesznek. Ezt a problémát felismerve a szerzők a 2014-es holland egészségügyi rendszer állapotáról szóló jelentés alapján (Public Health Status and Foresight – PHSF) négy különböző értékalapú értelmezési keretet határoztak meg a népegészségüggyel kapcsolatban. Minden értelmezési keretnek vannak gyengeségei, hiszen egyes tudományos bizonyítékokat és kutatási módszereket előnyben részesít, míg másokat háttérbe szorít. A négy különböző értelmezési keret kombinálása azonban segítségül szolgálhat a szakpolitikai döntéshozatal során.

A népegészségüggyel kapcsolatban sokszor egymással ellentétes érdekek és értékek között kell választania a szakpolitikai döntéshozóknak. Az értékek megválasztásának általában valamilyen normatív célkitűzés adja alapját. Ilyen lehet az egyenlőség vagy az igazságosság kiterjesz-

tése. Ezen értékek megválasztása sokszor ideológiai megfontolásból vagy politikai érdekek mentén történik. A politikai érdekcsoportok egymástól eltérő tudományos bizonyítékokkal igyekeznek alátámasztani érveléseiket. A fő probléma, hogy ebben a bizonyíték-szelekciós folyamatban egyes releváns tudományos bizonyítékok és módszerek háttérbe szorulnak. Ez pedig a tudományosan megalapozott szakpolitikai megfontolások helyett politikai értelmezési keretek mentén meghozott döntéseket eredményezhet a népegészségügyben. A szerzők azt vizsgálják, hogy a népegészségügy értékalapú értelmezési keretei hogyan befolyásolhatják a döntéshozatal során vizsgált tudományos bizonyítékok szelekcióját.

Schoemaker és szerzőtársai a népegészségügy legfőbb társadalmi problémáinak meghatározásához a 2014-es PHSF jelentés felhasználása mellett 100 közvetlen érintettel vették fel a kapcsolatot, közöttük voltak egészségügyi dolgozók, betegjogi szervezetek képviselői, szakszervezeti képviselők, orvostanhallgatók, egészségbiztosítók képviselői és szakpolitikusok is. Ezen források segítségével a következő négy társadalmi elvárást azonosították, amely szerint a népegészségügynek:

ⁱ Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar, Budapest

1. minden embert egészségesen kell tartani, amíg csak lehet, és a betegeket a lehető legrövidebb idő alatt meggyógyítani;
2. a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokon segítenie kell, és a teljes társadalom bevonásával kell működnie;
3. az egyén függetlenségét és a választás szabadságát szem előtt kell tartania;
4. megfizethetőnek és fenntarthatónak kell lennie.

A szerzők a négy értékalapú értelmezési keretet a fenti társadalmi kihívások mentén definiálták:

- Egészség-maximalizálás
(*In the Best of Health*)
- Mindenki részvételével
(*Everyone participates*)
- Egyéni döntés szabadsága
(*Taking Personal Control*)
- Egészségügyi jólét
(*Healthy Prosperity*)

Az alábbi táblázat ezeket az értelmezési kereteket mutatja be. Értelmezési keretként eltérő az alapvető egészségügyi fogalmak meghatározása. Hasonlóképpen, az egészségügy minőségét is más szempontok alapján határozzák meg,

az adott értelmezési keretben döntő jelentőségű társadalmi kihívás függvényében. A táblázat azt is bemutatja, hogy az értelmezési keretekben milyen típusú tudományos bizonyítékokat részesítenek előnyben. Ahogy láthatjuk, minden egyes megközelítés egyéni, szelektált bizonyítékrendszerre támaszkodik. Épp ezért minden megközelítésnek vannak gyenge pontjai, hiszen a többi társadalmi kihívás és tudományos bizonyíték figyelembevétele nélkül tesznek javaslatokat a népegészségügyre vonatkozóan.

A szerzők úgy hivatkoznak a tudomány és a szakpolitika kapcsolatára, mint egy kétoldalú partneri kapcsolatra, amelyből mindkét fél tanulhat. A kutatóknak meg kell érteniük, hogy a szakpolitika-alkotás nagyon komplex folyamat, amelyben a kutatási eredmények és tudományos bizonyítékok csak egy tényezőt jelentenek a sok másik között (pl. médiavisszhang, közvélemény alakulása, költségvetési megfontolások stb.). A szakpolitikai döntéshozóknak pedig azt kell megtanulni, hogy hogyan hozhatnak jól informált, objektív döntéseket a tudományos bizonyítékok felhasználásával.

Értelmezési keret	Egészség-maximalizálás	Mindenki részvételével	Egyéni döntés szabadsága	Egészségügyi jólét
				
Legfőbb társadalmi kihívás	Minden embert egészségesen kell tartani, amíg csak lehet, és a betegeket a lehető legrövidebb idő alatt meg kell gyógyítani	A népegészségügy elsődleges feladata segíteni a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokon a társadalom egészének bevonásával	Az egyén függetlenségét és a választás szabadságát minden népegészségügyi döntés során szem előtt kell tartani	A népegészségügynek minden esetben megfizethetőnek és fenntarthatónak kell lennie

Főbb célok és motivációk	<ul style="list-style-type: none"> Hosszú, egészséges élet biztosítása Egészséges életmód népszerűsítése Hatékony megelőzés és kezelés 	<ul style="list-style-type: none"> A kiszolgáltatott társadalmi csoportok védelme Általános hozzáférés a közegészségügyi szolgáltatásokhoz 	<ul style="list-style-type: none"> Mindenki a saját igényei szerint részesüljön a közegészségügyi szolgáltatásokból Az állam és az egészségügyi szolgáltatók tartsák szem előtt az emberek egyéni érdekeit 	<ul style="list-style-type: none"> A jelen és a jövő generációk jólétének biztosítása Megfizethető egészségbiztosítás A népegészségügyi költséghatékony működtetése
Egészség meghatározása	Egészséges az, akinek nincs semmilyen betegsége és egészséges életmódot folytat (étrend, testmozgás, káros szenvedélyek hiánya)	Nincs specifikus meghatározás: mindenki jól jár, aki részesül a közegészségügyi szolgáltatásaiból	Életminőség alapján; egyéni szinten dől el, hogy ez pontosan mit takar	Egészséges az, aki nem jelent további költséget az egészségügyi rendszernek
Egészségügy minőségének mérése	<ul style="list-style-type: none"> Gyógyítás hatékonysága Korai halálozás megakadályozása 	Társadalmi szintű részvétel, külön hangsúlyt fektetve a kiszolgáltatott társadalmi csoportokra	Egyéni elégedettség és jólét	Költséghatékony
Fontos mérőszámok	<ul style="list-style-type: none"> Várható élettartam Felépülési ráta Életmód 	Társadalmi csoportok közötti különbségek a népegészségügyben a foglalkoztatás, az edukáció és a hozzáférés szintjén	<ul style="list-style-type: none"> Szubjektív egészségi állapot Betegek elégedettségi szintje 	<ul style="list-style-type: none"> Egészségügyi kiadások Költségvetési hiány Költséghatékony
Előnyben részesített szakterületek	<ul style="list-style-type: none"> Klinikai epidemiológia Hagyományos orvostudomány Egészségtudományok 	<ul style="list-style-type: none"> Társadalomtudományok Rehabilitációs tudományok 	<ul style="list-style-type: none"> Etika „Civil Kutatások” (Citizens Science) 	Közgazdaságtan
Kiemelt tudományos bizonyítékok	<ul style="list-style-type: none"> Metaanalízis Randomizált Klinikai Vizsgálat (RCT) 	<ul style="list-style-type: none"> „Akciónyelvezetési kutatás” (Action research) Kváz-experimentális kutatás Szociális intervenció tanulmányok 	Kvalitatív kutatások	<ul style="list-style-type: none"> Társadalmi költség-haszonelemzés Költséghatékony elemzés
Szakpolitikai döntéshozatal gyenge pontjai, vakfoltok	<ul style="list-style-type: none"> Társadalmi hatások Társadalmi csoportok közötti egyenlőtlenségek Gazdasági hatások Betegek elégedettségi szintje Egyéni döntés szabadságának vizsgálata 	<ul style="list-style-type: none"> Döntések általános összhatása Makrogazdasági hatások Egyéni döntés szabadságának vizsgálata 	<ul style="list-style-type: none"> Társadalmi hatások Társadalmi csoportok közötti egyenlőtlenségek Makrogazdasági hatások Teljes informáltság feltételezése 	<ul style="list-style-type: none"> Disztribúciós kérdések Egyéni döntés szabadságának vizsgálata
Legfontosabb figyelmen kívül hagyott tudományos bizonyítékok	Kvalitatív kutatás	Olyan hatásvizsgálatok, melyek nem fektetnek külön hangsúlyt a kiszolgáltatott társadalmi csoportokra	Randomizált Klinikai Vizsgálat (RCT)	Kvalitatív kutatás

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A közlemény alapján többféle módszertan és tudományos megközelítés kombinálásával érdemes olyan bizonyítékokkal alátámasztott javaslatokat megfogalmazni a népegészségügyi döntéshozók számára, melyek a vizsgált négy társadalmi kihívás mindegyikére reflektálnak. A szerzők által megfogalmazott ajánlás szerint ugyanis *„A kutatói közösségnek a bizonyítékok szelekciójának politikai töltetét szem előtt tartva kell döntenie a bizonyítékok felhasználásáról. A szakpolitikusoknak pedig olyan kutatási eredményeket kell felhasználni a közegészségügyi döntéshozatal során, amelyek a felvázolt négy, normatív megközelítés bizonyítékait, módszereit és célkitűzéseit egyszerre veszik figyelembe. Csakis így valósítható meg a valódi bizonyítékokon alapuló szakpolitikai döntéshozatal.”*

Cikkismertetés: Hogyan lehet legyőzni a félelmet és a szorongást?

Article review: How to overcome fear and anxiety?

Ismertető:	Szigeti Ágota ¹ ✉
Ismertetett cikk:	Mental Health Foundation (2020) How to overcome fear and anxiety (booklet) Mental Health Foundation Registered Charity No. England 801130
Beküldve:	2021. 01. 12.
Doi:	10.24365/ef.v62i1.686
Kulcsszavak:	félelem; szorongás; szorongás oldása
Keywords:	fear; anxiety; anxiety relief

A félelem az egyik legerősebb érzelem, mely nagyon erős hatással van az emberi elmére és a testre. Ha vész helyzetbe kerülünk, pl. tűz van, vagy megtámadnak bennünket, a félelem erős válaszreakciót képes kiváltani bennünk. Ez akkor is érvényes, ha olyan, kevésbé veszélyes eseményekkel szembesülünk, mint például a vizsgák, nyilvános beszéd, új munkahely, randevú vagy akár egy buli.

A félelem és a szorongás tarthat rövid ideig, ami majd elmúlik, de lehet sokkal tartósabb is. Bizonyos esetekben kihat az egész életünkre. Befolyásolhatja mindennapi életvitelünket, evési, alvási szokásainkat, a koncentrációs képességünket.

Az, hogy mitől félünk, s hogyan viselkedünk adott helyzetben, személyenként változhat. Amikor megijedünk, vagy komolyan szorongunk, elménk és testünk nagyon gyorsan működik. Előfordulhat heves szívdobogás, izzadás, szédülés, szájszáradás, izomfeszülés, koncentrációs nehézségek egyaránt.

Annak oka, hogy így érezzük magunkat, mikor nincs is valódi veszély, a múltban keresendő. Az őseimbeknek szükségük volt arra az életben maradáshoz, hogy gyorsan reagáljanak vész helyzetekben. A mai modern életünkben ilyen fenyegetésekkel alig találkozunk, mégis elménk és testünk továbbra is ugyanúgy működik, mint korai őseinké, és ugyanúgy reagálunk modern aggodalmainkra.

A szorongás bármilyen képzelt vagy valódi észlelt fenyegetésre beindulhat. Vannak olyanok is, akik állandóan szorongást éreznek, különösebb indok nélkül. Ha valaki hosszú ideje folyamatosan szorong, vagy úgy érzi, hogy a félelmei teljesen átveszik az élete felett az irányítást, akkor célszerű orvosi segítséget kérni a probléma megoldására.

Fontos tudni, hogy megtanulhatjuk, miként kell megbirkózni a félelmünkkel, hogy az ne akadályozza az életünket. Számtalan módszer létezik erre. Mindenekelőtt szembe kell nézni a félelmünkkel. Vezethetünk például „félelemnaplót”, amiben feljegyezzük, hogy mikor mi történik, amikor félünk. A különböző relaxációs technikák – a meditáció, a tai chi vagy a jóga – segíthetnek az ellazulásban, de jótékony hatású lehet például a masszázs is. Természetesen az elegendő mennyiségű testmozgásra és pihenésre is figyelni kell. Az edzés azért is hasznos, mert koncentrációt igényel, ami segít elvonni a figyelmet a félelmünkről. Érdemes kevesebb alkoholt, és cukros ételt fogyasztani, mert ezek – a túl sok kávé és tea fogyasztásához hasonlóan – növelhetik a szorongásszintet. Akihez közel áll a spiritualitás, vagy a vallás, általuk is kaphat segítséget. Illetve fordulhatunk pszichológushoz, vagy kereshetünk önszorgító csoportokat is a környéken, ahol szintén találhatunk megoldást a félelmeink és szorongásunk kezelésére.

¹ Békés Megyei Pedagógiai Szakszolgálat, Szeghalom

TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Fontos, hogy minden egyes esetben igyekezzünk feltárni a probléma gyökerét, s ha elkerülhetetlen, a gyógyszeres kezelést az egyéb terápiais kezelésekkal vagy támogatással kombinálva alkalmazzuk. Számtalan módszer létezik a félelem és szorongás oldására. Minden embert hozzá kell segíteni a számára optimális, neki való megoldás megtalálásához.

Népegészségügy 3.0 tematikus blokk Vitrai József ajánlásával

Foreword for Public Health 3.0 Thematic Section

Szerző: Vitrai Józsefⁱ ✉

Az elmúlt évtizedben számos központi intézkedés, fejlesztés történt a népegészségügy területén, amelyek a lakosság egészségének javítását célozták. Ilyenek voltak például az egészségfejlesztési irodák hálózatának kiépítése, a teljes körű iskolai egészségfejlesztés, a nemdohányzókat védő törvény és a népegészségügyi termékadó bevezetése. A magyar lakosság egészségének fokozatos javulása ellenére lemaradásunk sem a visegrádi országokhoz, sem pedig a fejletlen nyugat-európai országokhoz viszonyítva nem csökkent. Az adatok tanúsága szerint a hazai népegészségügy erőfeszítései nem látszanak elegendőnek.

2019 őszén az Egészségügyi Világszervezet (WHO) kezdeményezésére az EMMI elindított egy, a gyermekek egészségének javítását célul kitűző Partneri Együttműködést (PE), amelynek közvetett célja a hazai népegészségügy megújításához vezető elmélet és módszertan kidolgozása volt. Sajnos a 2020-as COVID járvány lelassította a projektet, annak befejezése csak ez év közepére várható. E lapszám *Népegészségügy 3.0* tematikus blokk első közleményében a PE szakértői röviden bemutatják az új szemléletet és az abból levezethető gyakorlatot. Írásukat a szerzők vitaindítónak szánták, ezért várják az olvasók visszajelzését, kérdéseit, hozzászólásait, amit a közlemény alatti

„HOZZÁSZÓLÁS ÍRÁSA” feliratra kattintva tehetnek meg a legegyszerűbben.

A blokk második anyaga a PE projektben a gyakorlati szakemberek számára összeállított „*Útmutató a gyermekek egészségének javítására megalakuló Partneri Együttműködés számára*” című kézikönyv. A hat fejezetből álló terjedelmes, 106 oldalas anyag bármelyik fejezetét, alfejezetét az érdeklődő olvasók a tartalomjegyzékből közvetlenül is elérhetik. Az utolsó, VI. fejezetben a szerzők fontos gyakorlati tudnivalókat is összegyűjtöttek a szakemberek számára. A témában mélyebben elmerülni szándékozók számára mindkettő bőségesen kínál szakirodalmi forrásokat.

A *Népegészségügy 3.0*-val jelölt szemlélet magyarországi elterjesztését a nemrég megalakult *Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület* vállalta fel küldetésként. Az Egyesületet a hazai népegészségügy elismert szakemberei alapították, közülük kerültek ki az ebben a tematikus blokkban bemutatott dolgozatok szerzői is. A cikk mellékletében röviden összefoglalták, mit is jelent a Népegészségügy 3.0. Remélik, hogy a tematikus blokk anyagai eléggé meggyőzőek ahhoz, hogy számos, különféle szakterületet képviselő olvasó csatlakozzon kezdeményezésükhöz.

ⁱ független népegészségügyi szakértő

Milyen legyen a népegészségügy legújabb iránya? Vitaindító az új népegészségügyi szemlélet sajátosságairól

What is the latest tendency of public health is?

A debate on the characteristics of a new public health framework

Szerzők: Vitrai Józsefⁱ ✉, Bíró Évaⁱⁱ, Girán Jánosⁱⁱⁱ, Kollányi Zsófia^{iv}, Pipicz Márton^v, Somhegyi Annamária^{vi}, Várfalvi Marianna^{vii}

Beküldve: 2021. 01. 01.

Doi: 10.24365/ef.v62i1.716

Kulcsszavak: népegészségügy; rendszertudomány; viselkedésváltozás; részvételiség; egészségkultúra

Keywords: public health; systems science; behavioral change; participation; culture of health

Összefoglaló

Jelentős sikerei ellenére a népegészségügy eddig ismert megközelítései nem bizonyultak alkalmasnak arra, hogy olyan gyakorlat bevezetését ösztönözzék, amely érdemi változásokat indít el az életmóddal összefüggő betegség visszaszorítására. A szerzők szerint olyan új szemléletre és gyakorlatra van szükség, ami hatásosan tudja befolyásolni a lakosság egészségmagatartását, és elősegíti az egészséges életmódot támogató társas és fizikai környezet kialakítását.

A népegészségügyi kihívásokat komplex társadalmi problémaként megközelítő, új szemlélet számos tudományág elméletéből és módszertanából építkezik: többek között ide tartozik a rendszertudomány, a viselkedépszichológia, a kulturális antropológia, a társadalmi rendszerek elmélete és az implementáció-tudomány. Mivel az egészséget sokféle tényező együttesen és egyidejűleg befolyásolja, az egészségi állapot javításához sok szereplő (ideértve a lakosságot is) többféle, összehangolt tevékenysége lehet csak sikeres. Ehhez valamennyi érintettnek részt kell vennie a problémák azonosításában, a megoldások kiválasztásában, a beavatkozások tervezésében és megvalósításában. A részvételiségen alapuló megközelítés biztosítja az érintettek eltérő érdekeinek összeegyeztetését, a megvalósításra való mozgósítást és aktív részvételét.

A megújulást jelentő népegészségügyi szemlélet szerint az egészség komplex jelenség, amit csak az összes releváns szereplő, különösen az érintett lakosság bevonásával, tervszerűen kialakított és végigvitt, többféle beavatkozás együttesével lehetséges befolyásolni. Ezen elemek mindegyike felbukkant korábban is, de a szemlélet újdonsága annak felismerésében rejlik, hogy ezeket **egyszerre, együttesen kell alkalmazni**, mert bármelyik hiánya kudarcot eredményezhet.

ⁱ független népegészségügyi szakértő

ⁱⁱ Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészség- és Járványtani Intézet, Debrecen

ⁱⁱⁱ Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet, Pécs

^{iv} Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék, Budapest

^v Móra-Vitál Kft., Mórahalmi Egészségfejlesztési Iroda, Mórahalom

^{vi} Országos Gerincgyógyászati Központ, Budapest

^{vii} Kopp Mária Intézet a Népesedésért és a Családokért (KINCS), Budapest

BEVEZETŐ

Számos hazai és nemzetközi dokumentum megállapította, hogy a magyar lakosság egészsége – bár kétségtelenül javuló tendenciát mutat – rosszabb annál, mint ami az ország társadalmi-gazdasági helyzetében elvárható lenne.^{1,2,3} Az elmaradás főként a legnagyobb terhet jelentő nem fertőző, krónikus betegségek, közöttük a daganatos, valamint a szív- és érrendszeri betegségekre vonatkozó adatok alapján szembevetendő.⁴ Nemzetközi tapasztalatok igazolják, hogy e betegségek nagy arányban sikeresen megelőzhetők az egészséges életmód előmozdításával, és az egészséget támogató környezet kialakításával.^{5,6} A változások kezdeményezésében, megvalósításuk szakmai irányításában mindenütt a megújult népegészségügy^{viii} a vezető szerep.^{7,8,9} Bár néhány fontos, országos szintű beavatkozást (pl. népegészségügyi termékadó, nemdohányzók fokozott védelme, közétkeztetési rendelet, mindennapos testnevelés és a teljes körű iskolai egészségfejlesztés egésze) a magyar népegészségügynek már sikerült elérnie, a hazai egészségmutatók, különösen a megelőzhető halálzásnak az EU tagországok közül 2017-ben legrosszabbnak bizonyult értékei mégis arra utalnak^{4(177.o.)}, hogy a magyar népegészségügynek javítania kell irányító pozícióján.¹⁰ A lakosság egészségében évtizedek óta megfigyelhető hátrány ledolgozásához a hazai népegészségügyben újfajta szemlélet és gyakorlat elterjedése nélkülözhetetlennek látszik.¹¹

Természetesen a megújulás csakis az eddig felgyülemlett tudás és tapasztalat alapként felhasználásával valósulhat meg. Az angol tisztifőorvos, amikor a népegészségügy új, 5. hullámaként az egészségkultúrát azonosította, kiemelte, hogy az mintegy hozzáadódik az előző négyhez, amelyekben a beavatkozások a társadalmi befolyásoló tényezőkre, a krónikus betegségeket előidéző életmódra, a gyógyszerekre,

illetve az alapvető higiéniát biztosító, épített környezetre irányultak.¹²

Egyre gyűlnek a tudományos bizonyítékok, hogy a korábban sikeresnek tartott népegészségügyi beavatkozások a szigorú módszertani kritériumok mellett vizsgálva nem tekinthetők eredményesnek. Egy 2020-ban végzett átfogó szakirodalmi értékelés például erre a megállapításra jutott: bár 80 különböző, beválasztási kritériumoknak megfelelő beavatkozást sikerült azonosítani, de a gyenge minőségű kutatások és a kicsinek mért hatások miatt a gyermekek gyümölcs- és zöldségfogyasztásának növelésére vonatkozó bizonyítékok továbbra is korlátozottak. A vizsgált beavatkozások típusai közül mérsékelt minőségű bizonyíték volt arra, hogy a többkomponensű beavatkozások valószínűleg a gyümölcs- és zöldségfogyasztás kismértékű növekedéséhez vezethetnek, és gyenge minőségű bizonyítéko támasztották alá, hogy a vizsgált gyermektáplálási gyakorlatok a gyümölcs- és zöldségfogyasztás kismértékű növekedéséhez vezethetnek az ötéves és fiatalabb gyermekeknél.¹³ Vagy az iskolások elhízásának visszaszorítására hazánkban is alkalmazott megközelítésekről megállapították¹⁴, hogy „Az elméletre alapozott, gondosan kipróbált, a protokoll előírásainak megfelelően kivitelezett beavatkozásunkkal, amibe sikeresen bevontuk, majd követtük a célcsoportot, nem tudtuk az elhízás megelőzése területén hatást kimutatni. Bár az iskola a lakossági egészségfejlesztés ideális színtere, az iskolai egészségfejlesztés, úgy látszik, nem eléggé intenzív ahhoz, hogy mind az iskolai, mind a családi környezetre és ezáltal a gyerekek tápláltsági státuszára hatással legyen.”¹⁵

A szerzők írásukkal a népegészségügy területén elhivatottan tevékenykedő szakértőket kívánják megszólítani, közös gondolkodásra, vitára biztatni, hívni. Meggyőződésük, hogy a hazai népegészségügy sikere, azaz a magyar lakosság egészségének javítása különböző szakemberek

^{viii} A népegészségügy, illetve a népegészségügyi rendszer fogalmának értelmezéséhez elfogadjuk Jarvis és munkatársai következő meghatározását: „A népegészségügy [public health] olyan objektív eredményeken alapuló, de a lakosság szükségleteire és helyzetére is reagáló tudomány, amelynek célja a közösség egészségi szükségleteinek kielégítése. A népegészségügy különféle szervezett tevékenységek együttese, melyeknek célja az életminőség javítása, és az egészségesenlétlenségek csökkentése az emberek boldogulása érdekében. A népegészségügyi rendszer [public health system] a kormányzati, magán- és egyéb közszereplőknek a népegészségügy küldetését és alapvető feladatai teljesítését szolgáló szervezeteinek, erőforrásainak együttese. A népegészségügyi rendszer a közösségek népegészségügyet támogató, az egészséget befolyásoló erőforrásainak, infrastruktúráinak és szakpolitikáinak együttese.”

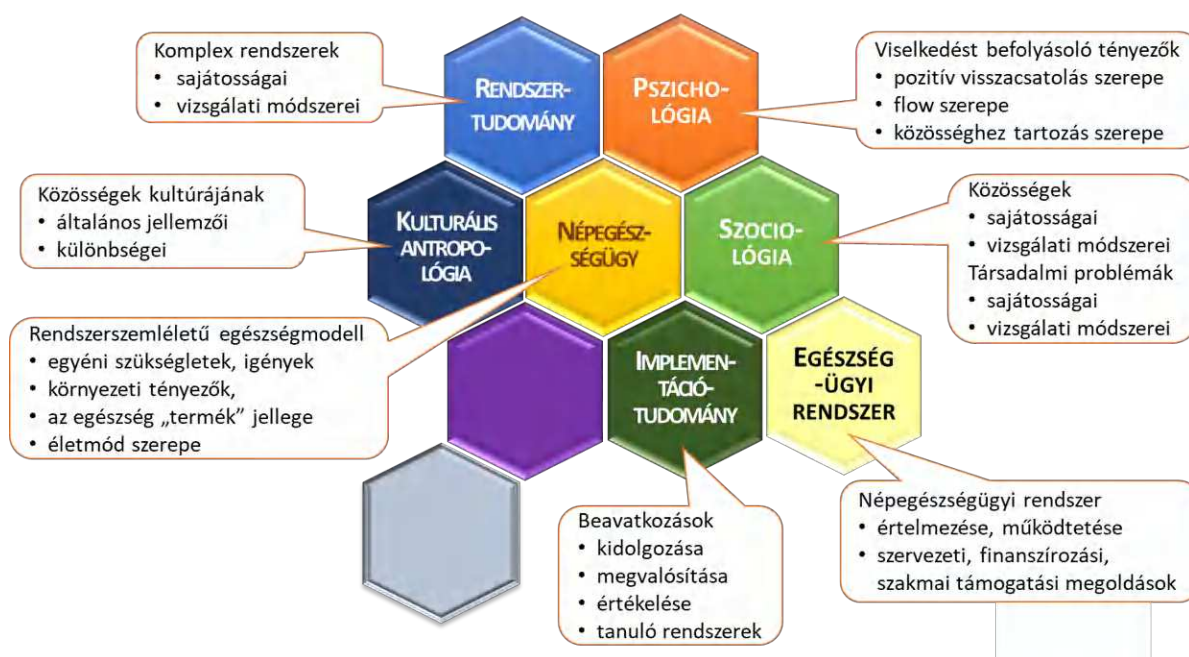
korszerű tudáson alapuló, összehangolt cselekvésén múlik.

ELMÉLETI ALAPOK

Az új szemlélet elsődlegesen ugyanarra a kérdésre keres választ, mint a népegészségügy korábbi megközelítései: „Mit kell tennünk az egészség fejlesztéséhez, megőrzéséhez, javításához?” A válaszhoz mindenekelőtt tudnunk kell,

mitől függ az egészség, mik azok a tényezők, amelyek nem hagyhatók figyelmen kívül, ha javítani akarjuk magunk vagy mások egészségét. Az egészséget befolyásoló tényezők azonosításához és tartós módosításához a népegészségügyben már korábban is alkalmazott tudást több irányból is bővíteni szükséges. Különböző tudományágakban ugyanis már felhalmozódtak olyan ismeretek, amelyek összefüggésben vannak az egészséggel, és segítenek megérteni a befolyásoló tényezők hatásmechanizmusát.

1. ábra: A népegészségügy új szemléletének elméleti alapjait jelentő tudományágak és területek (üres hatszögek jelzik, hogy más, a közleményben nem részletezett szakterületek is szerepet játszanak az új szemléletben)



Forrás: saját szerkesztés

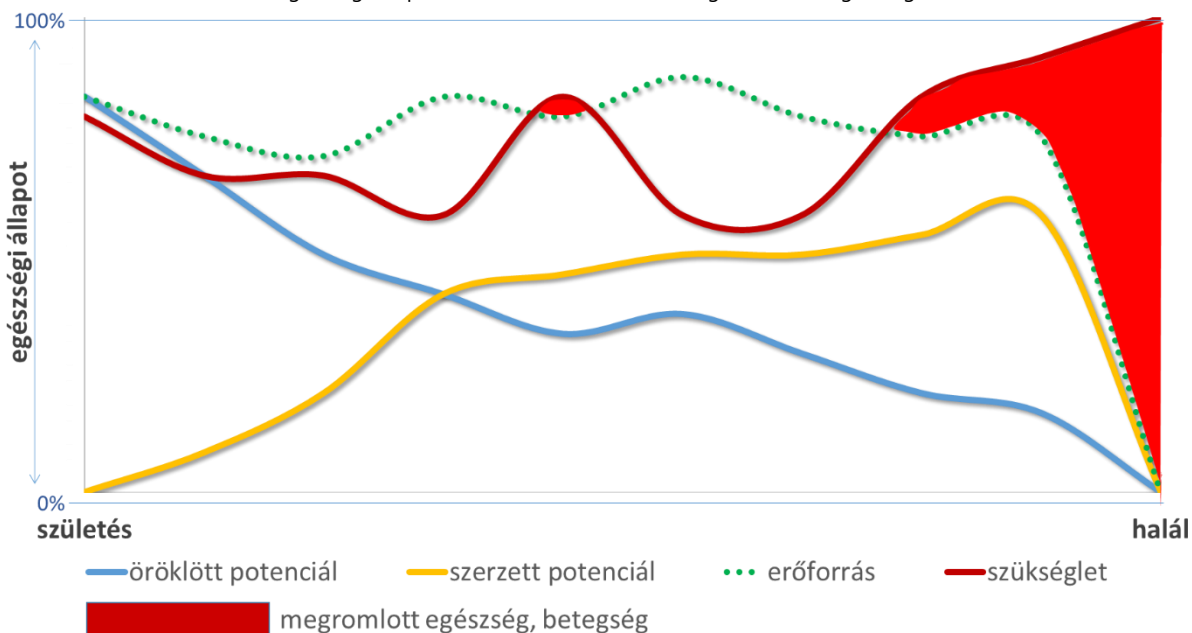
Kiindulva az egészséget értelmező modellből, a következőkben végigvesszük azt a hét legfontosabbnak tartott szakterületet, amelyek az egészség sikeres javításához nélkülözhetetlen tudást kínálnak fel. [1. ábra] Megjegyezzük, a felsorolt tudományágak mellett más, jelen közleményben nem részletezett szakterületek is szerepet játszhatnak az új szemléletben.

A központi elem olyan rendszerszemléletű **egészségmodell**, ami segít értelmezni magát az egészséget, és hogy azt milyen tényezők befolyásolják.^{16,17} A modell szerint az egyén egész-

sege egy, az egyént is magába foglaló összetett rendszer terméke^{ix}, és nem pedig az egyén tulajdonsága. Induljunk ki abból, hogy az egyén életéhez nélkülözhetetlen szükségletei és igényei kielégítésére rendelkezésre álló saját erőforrások egyrészt öröklöttek, másrészt az – adott társadalmi-gazdasági körülmények között befutott – életpálya során szerettek. Egy adott időpontban fellépő szükségletek és igények kielégítéséhez a szükséges, illetve az éppen rendelkezésre álló erőforrások egyensúlya szabja meg, hogy az egészségi állapot a tökéletes (100%) és a halál (0%) között éppen hol helyezkedik el. [2. ábra]

^{ix} Összetett vagy komplex rendszer tulajdonságai nem vezethetők le az alkotóelemek jellemzőiből. Egy sejtet összetett rendszernek tekintve belátható, hogy az élet a sejtnél mint komplex rendszernek az új tulajdonsága, „terméke”, az egyes alkotó elemekhez nem kapcsolható, a sejt nélkül nem értelmezhető.

2. ábra: Az egészségi állapot változása születéstől a halálig a Meikirch egészségmodellben



Forrás: Birchera, Kuruvill 2014

Ha az erőforrások nem elegendőek a szükségletek és igények kielégítésére, akkor megromlott egészségről, betegségről beszélhetünk (az ábrán pirossal jelölt területek.) Mind a szükségletek, mind az igények az egyén környezetével kölcsönhatásban vannak, együtt komplex rendszert

alkotnak. [3. ábra] Ezért fontos hangsúlyozni, hogy az egészség az egyén környezetével való kölcsönhatásában értelmezendő, másképpen, az egészség megváltozását csak az egyén és a környezet együttesére, vagyis az egész rendszerre ható beavatkozással remélhetünk.

3. ábra: Az egészség mint egy komplex rendszer "terméke"

Az egészség a jóllét egy állapota, mely az egyéni potenciál és a fellépő szükségletek, valamint a társadalmi, környezeti befolyásoló tényezők interakciójának terméke.



Forrás: Birchera, Kuruvill 2014

Az egészségmodell megértéséhez, az abból levezethető következtetések levonásához feltétlenül szükség van **rendsztudományi szemléletre**, a komplex rendszerek sajátosságainak ismeretére. Komplex rendszernek nevezik sok összekapcsolódó, különböző, több szinten működő elem együttesét, amelyik olyan új tulajdonsággal rendelkezik, ami az egyes részelemek tulajdonságaiból nem kikövetkeztethető. Valamennyi élőlény biokémiai folyamatok komplex rendszerének tekinthető, és mint olyan, új tulajdonságot, az életet „teremti”. [v.ö. 3. ábra] Az élőlényekből álló közösségek (boly, raj, falka stb.) ugyancsak összetett rendszernek tekinthetők.

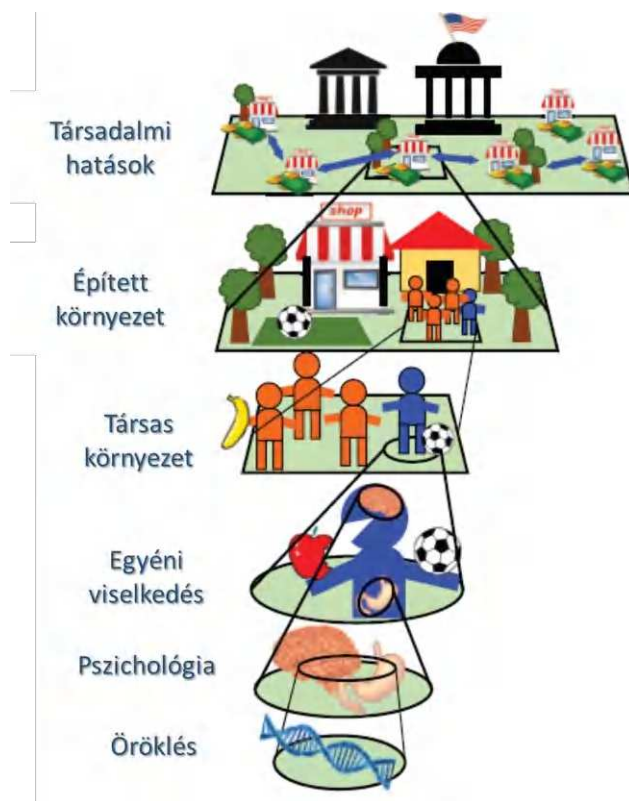
A komplex rendszerek legfontosabb sajátossága, hogy egy-egy külső hatás vagy egy elem működésének módosítása a rendszer egészében gyakran megjósolhatatlan változást okozhat. A komplex rendszerek egy osztálya (*complex adaptive systems*) képes a külső környezet megváltozásához alkalmazkodni, azaz a rendszer tulajdonságaiban változás kívülről egyáltalán nem figyelhető meg. A rendszertudományi

ismeretek és módszerek befogadása a legtöbb szakterületen lassan halad, ennek ellenére a nép-egészségügyben már jó pár éve megjelent a szemlélet, és alkalmazzák egyes eszközeit.¹⁸

Az egyének egészségét döntően **viselkedésük** határozza meg: egyfelől viselkedésük révén teszik ki magukat az egészségüket veszélyeztető vagy védő hatásoknak, másfelől az egészségüket befolyásoló környezetet viselkedésükkel alakítják – csökkenthetik a környezeti egészségkockázatokat, vagy éppen egészséget támogató környezetet alakítanak ki.

Amikor például az elhízás visszaszorítása érdekében az egyének viselkedésének megváltoztatását tűzzük ki célul, nem hagyhatjuk figyelmen kívül, hogy az egyén környezetével együtt – az előzőekben bemutatott tulajdonságokkal rendelkező – komplex rendszert alkot.^{19,20,21} [4. ábra] Ebből következik, hogy az egy-egy szintre irányuló, egyszerű beavatkozások alkalmazása nem hozhat pozitív eredményeket.

4. ábra: Az elhízást befolyásoló tényezők komplex rendszere



Forrás: Lee, Bartsch és Mui 2017

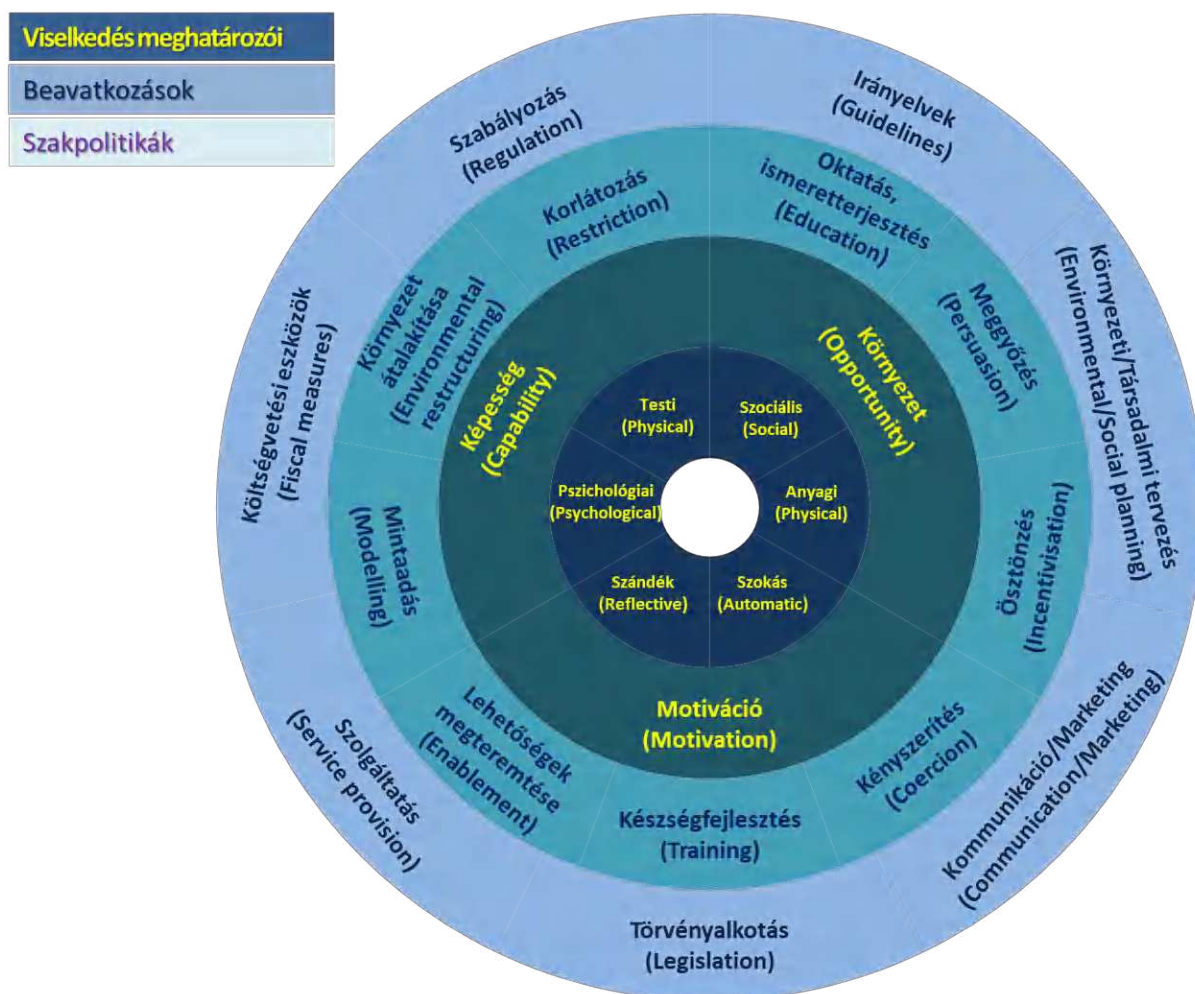
A viselkedés megváltoztatásához támogatást adhat a „viselkedésváltoztatás kereke” elnevezésű rendszermodell, amely a viselkedés pszichológiai meghatározóin kívül magába foglalja a viselkedés megváltoztatásához alkalmazható beavatkozásokat és szakpolitikákat is.^{22,23} [5. ábra]

E szerint a viselkedésünket képességeink, motivációink és környezetünk együttesen befolyásolja (az 5. ábrán a belső két körgyűrű). Tehát ahhoz, hogy megtegyünk valamit, egyidejűleg szükségünk van a végrehajtáshoz nélkülözhetetlen ismeretekre és készségekre, kellő motivációra, hogy a cselekvést végre akarjuk hajtani,

továbbá a tevékenység megvalósítását lehetővé tevő fizikai és társas környezetre egyaránt.

Az egészséges étrend követéséhez például ismernünk kell az egészséges táplálkozás alapelveit, tudnunk kell elkészíteni az egészségesnek számító ételeket (képességek), akarnunk kell egészségesen étkezni (motiváció), továbbá hozzá kell férnünk a szükséges élelmiszerekhez, főzőalkalmatosságokhoz, és ehhez még olyan családi, baráti közege van szükségünk, amelyik támogat elhatározásunkban (környezet). A modell két külső körgyűrűje a viselkedés megváltoztatásához felhasználható, igazoltan hatásos beavatkozásokat és szakpolitikákat tartalmazza.

5. ábra: A "viselkedésváltoztatás kereke" modell



Forrás: Kimmel, Vitrai 2015

* Külön erre a viselkedés rendszermodelljeként is szokás hivatkozni, a kezdőbetűkből képzett betűszóval COM-B-ként

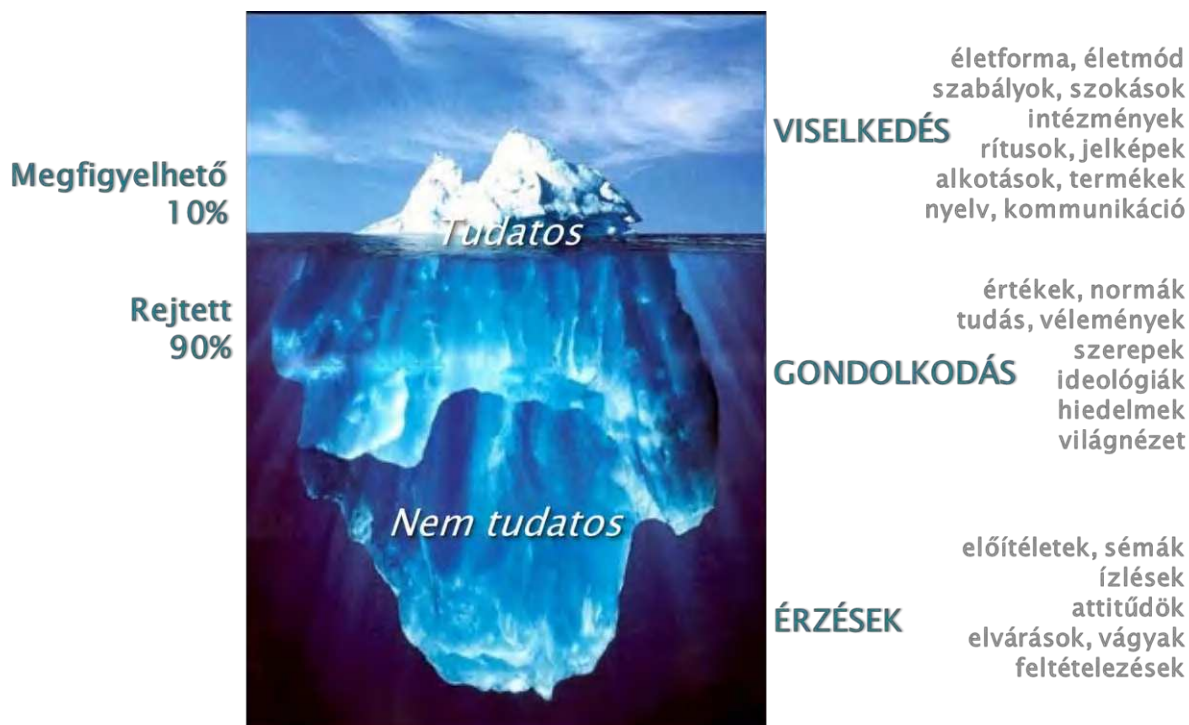
A viselkedést befolyásoló környezet tulajdonképpen a tágon értelmezett **kultúra** része. A kultúra kiterjesztett értelemben mindent magába foglal, amit az ember maga teremt.²⁴ [6. ábra] Beletartozik a minket körülvevő fizikai világ, mint például a helyi közlekedést meghatározó településszerkezet, ami befolyásolja, hogy mennyit gyalogolunk, de ide értendők az újságok, az áruk, a szobrok és egyéb műalkotások, azaz tulajdonképpen valamennyi, emberi tevékenység által létrejött, megfigyelhető „dolog”. A kultúra másik nagy területét a „rejtett dolgok” szintje adja, amelyet például az adott közösség írott és íratlan szabályai, értékei, szokásai, hagyományai, mítoszai és az egyének viselkedésével szembeni elvárások alkotnak. A felnőtté válás során ezeket személyiségünkbe építve alakítjuk életmódunkat, és ezáltal egészségünket, hogy életünk során a kihívásoknak minél sikeresebben meg tudjunk felelni.^{25,26,27}

Ehhez szervesen kapcsolódik az egészségműveltség fogalma, amely összefügg a műveltséggel, és hozzájárul ahhoz, hogy az emberek tudása, motivációja és kompetenciája alkalmassá

váljon az egészséginformációkhoz való hozzáféréshez, azok megértéséhez, értékeléséhez és alkalmazásukhoz az egészségügyi ellátás, betegségmegelőzés és egészségfejlesztés vonatkozásában az életminőség megőrzése vagy javítása érdekében. Az egészségműveltség és az egészség determinánsai hasonló rendszerbe rendeződnek, több ponton átfednek, és az egészségműveltség alapvetően befolyásolja az egészséggel kapcsolatos különböző paramétereket.²⁸

Mint azt fentebb már említettük, az élőlényekből álló közösségek komplex rendszernek tekinthetők.^{xi} A tagjai közötti **társas viszonyok**, a kapcsolati háló legtöbbször nehezen átlátható. A tagok eltérő ismeretei, tapasztalatai és motivációi mellett a korábbi események alakította hagyomány is segíti, vagy éppen gátolja a közösségen belüli együttműködést. A közösségben kialakult erőviszonyok és a bevett érdekütköztetési eljárások legtöbbször megszabják az érdekképviselőt és a döntéshozatal módját. Mindezek miatt az ilyen rendszerekben felmerülő problémák sokszor szívósan ellenállnak mindazon megoldási kísérleteknek, amelyek a rendszer belső

6. ábra: A kultúra jéghegymodellje



Forrás: Guy Rocher, Introduction à la sociologie générale, Tome 1 1969

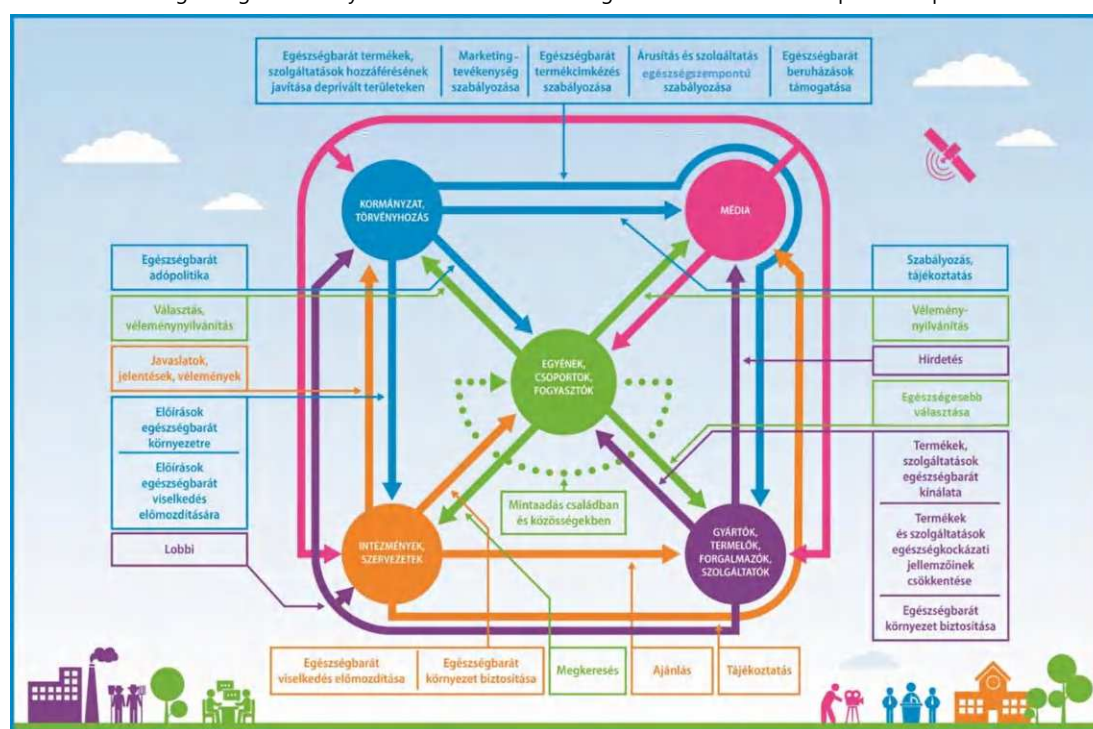
^{xi} A szociológiában a *social system* és a *social complexity* elméletek foglalkoznak ezzel a témával.

viszonyait, dinamikáját figyelmen kívül hagyják. Az ilyen „**ördögi problémák**” (*wicked problems*) legfontosabb sajátossága, hogy a rendszer összetettsége miatt nehéz az okokat azonosítani, és a közösség tagjainak eltérő szempontjai, érdekei miatt nehéz mindenki számára elfogadható megoldást találni.^{29,30,31} A komplex rendszerként működő közösségek „ördögi problémáit” a tapasztalatok alapján csak ritkán lehet egyszerűen és véglegesen megoldani, azok legtöbbször más-más formában ismételtelen felmerülnek.

Az egészségkockázatot jelentő és a viselkedést befolyásoló **környezettel** kapcsolatban érdemes további megfontolásokat tenni. A természeti és a társadalmi környezetnek az egészség

alakulásában játszott szerepe már Hippokratész óta ismert a szakemberek előtt. Az ember által létrehozott mesterséges környezet, azaz a tágan értelmezett kultúra szerepét az előzőekben tárgyaltuk. Az egészséges életmódot támogató környezet kialakításához fontos megérteni, hogy ahhoz többféle, egymással kapcsolatban álló, egymásra hatást kifejtő társadalmi szereplő – különféle szakterületeket képviselő személyek, intézmények és szervezetek – összehangolt cselekvése, együttműködése szükséges.^{32,33} [7. ábra] Közöttük ugyanakkor, a fogalmak szükségképpen eltérő értelmezése miatt, nehézkes lehet a kommunikáció, céljaik, érdekeik, lehetőségeik sokfélék, ezeket összehangolni és a szereplőket együttműködésre bírni komoly nehézséget jelent.

7. ábra: Egészségbarát környezet kialakításához szükséges társadalmi kulcsszereplők és kapcsolataik



Forrás: Csizmadia és mtsai 2014

Az elméletek alapján gondosan felépített, megtervezett, vagy akár a szakirodalomban dokumentáltan eredményes népegészségügyi beavatkozások többsége később, máshol megismételve nem bizonyul sikeresnek. Tapasztalatok bizonyítják, és elméleti megfontolások támaszt-

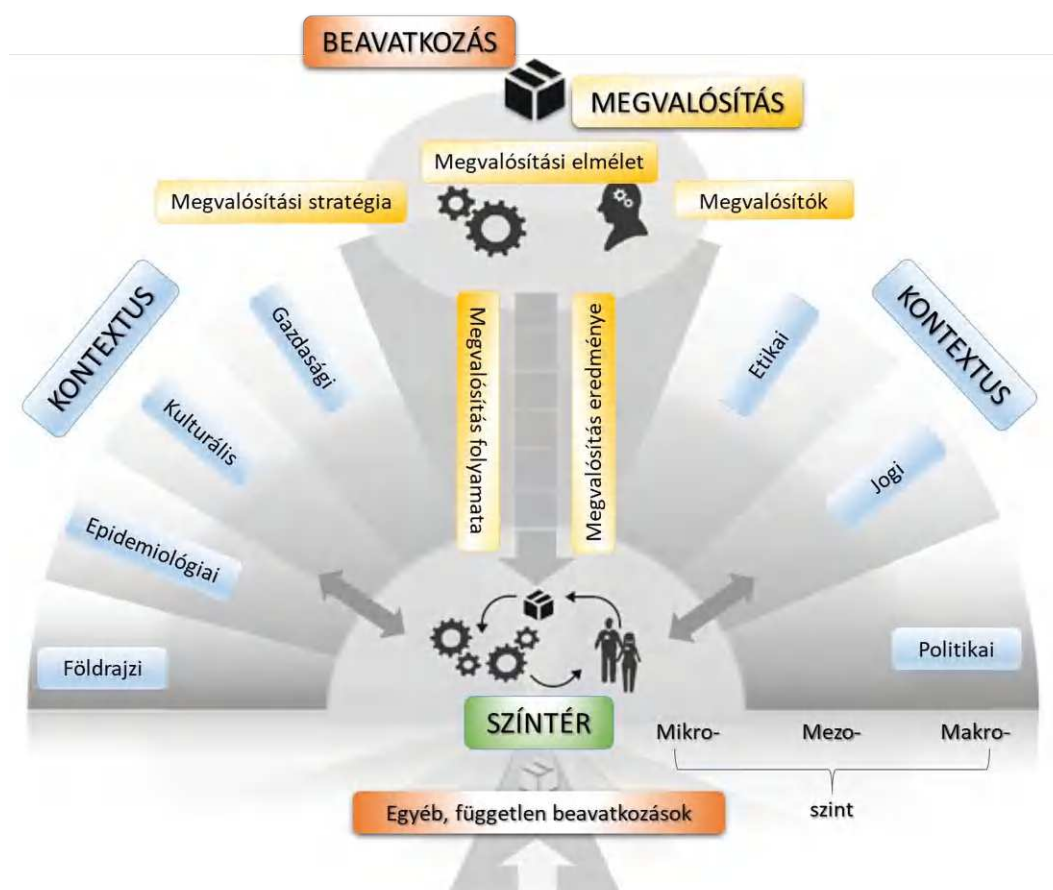
ják alá: sokféle tényezőtől függ, hogy egy beavatkozás sikeres lesz-e. [8. ábra] A beavatkozások megvalósításával kapcsolatos elméleteket és módszertanokat az **implementáció-tudomány** tárgyalja.^{xii} A beavatkozások eredményességét kétféle elméleten alapuló értékelés

^{xii} Az USA Nemzeti Rákkutató Intézetének meghatározása szerint "A implementáció-tudomány olyan módszerek tanulmányozása, amelyek elősegítik a bizonyítékokon alapuló gyakorlatok, beavatkozások és szakpolitikák elfogadását és integrálását a rutin egészségügyi ellátásba és népegészségügybe, a népesség egészségére gyakorolt hatásának javítása érdekében." <https://cancercontrol.cancer.gov/IS/>

(Theory-based Evaluation) keretében szokás vizsgálni.³⁴ Az egyik a „változáselmélet” (Theory of Change), amelyben a rendelkezésre álló tudás alapján előzetesen feltérképezik a változást kiváltó ok-okozati hatások láncolatát, és mind-egyik köztes és végső folyamathoz, illetve eredményhez mutatókat rendelnek. A vizsgált beavatkozást a folyamat- és eredménymutatók értékeinek változása alapján értékelik. A másik elméleti keret a „realista értékelés” (Realist

Evaluation), amelyekben ugyancsak a már elérhető ismeretek alapján állítják fel előzetesen a „körülmények-mechanizmus-eredmény” modellt (Context-Mechanism-Outcome, CMO), és a modell egyes elemeihez rendelnek mutatókat. A mutatók mind az eredmények, mind az ahhoz vezető folyamatok, mind pedig az előzőeket befolyásoló körülmények, feltételek értékelését szolgálják. Végül az értékelés eredménye alapján módosít(hat)ják a kiindulási modellt.³⁵

8. ábra: Népegészségügyi beavatkozások eredményességét befolyásoló tényezők



Forrás: Pfadenhauer et al. 2017

A 8. ábra jól érzékelteti, hogy egy-egy beavatkozás értékelésekor különféle tényezők több szinten megjelenő módosító hatását kell számításba venni.^{36,37} Másképpen, egy-egy beavatkozás eredményességéről csak a körülmények, feltételek figyelembe vételével nyerhetünk valós képet.

A lakosság egészségének javítása érdekében különösen fontos az **egészségügyi rendszerben** működő szervezetek harmonizált működése. A lakosság egészségének jelentős javításához és az egészségproblémákat okozó társadalmi

terhek csökkentéséhez a megelőzésen, a gyógyításon, a rehabilitáción és a gondozáson túl, az egészségtudományi és orvosi képzésen keresztül az egészségügyi kutatásokig, és az egészségismereteket terjesztő, az egészséges életmódra ösztönző egészségkommunikációig, tevékenységek sokaságának összehangolása vezethet. Fontos világosan látni, hogy az elsősorban a megelőzés feladatát teljesítő népegészségügy hatókörének túl kell nyúlnia az egészségügyi rendszer határain, hiszen valamennyi egészséget befolyásoló szektorral – az egészségtervezés és

megvalósítás révén (lásd később!) – együttműködést kezdeményez, hogy az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek, készségek és környezet a lakosság minél szélesebb köre számára rendelkezésre álljon.^{38,39}

TEVÉKENYSÉGEK

Az új népegészségügyi szemlélet alapján megvalósítandó gyakorlat elemeit a 9. ábra mutatja be. Hangsúlyozzuk, hogy a tevékenységek külön-

külön nem újak, de együttes alkalmazásuk – akárcsak az elméleti alapok esetében – újszerűnek tekinthető. Mindegyik elemnél kitérünk arra, hogy az elméleti megfontolások miatt teszik az adott tevékenységet nélkülözhetetlenné.

Ki kell emelnünk, hogy a felsorolt tevékenységeket országos, régiós, térségi és települési szinten is együttesen szükséges megvalósítani. A szövegben a közösség és a helyi kifejezések – a sajátos kontextus figyelembe vételével – bármelyik szintre vonatkoztathatók.

9. ábra: Az új szemléletből levezethető tevékenységek



Forrás: saját szerkesztés

A fentiekben bemutatott elméleti alapokon nyugvó tevékenységek keretét a **közösségi egészségtervezés és a terv megvalósítása** biztosítja. A közösség egészségének javítását célzó sokféle tevékenység (viselkedésváltoztatás, egészséges életmódot támogató környezet kialakítása) rendszerbe foglalt megvalósításához, a különféle szereplők érdekeinek összehangolásához, és ezáltal a lehető legtöbb közösségi erőforrás bevonásához az egészségtervezés folyamata szolgálhat alkalmas keretül.⁴⁰

A helyi egészségtervezés új módszertani eleme a részvételiségen alapuló közösségi tervezés. Az egészségtervezés korábbi gyakorlata a helyi közösség tagjait az egészségterv készítésének folyamatába a legtöbb esetben bevonta ugyan, de ez a bevonás alapvetően a helyzetleírást megalapozó adatgyűjtési fázisban történt: a helyi

közösség tagjainak véleménye különböző módszerek segítségével feltárássra, majd összegzésre került. A közösségi vélemények bizonyos – elsősorban községi – szintek esetében a koncepcióalkotás és a megvalósítás során is megjelenhettek. Ezek az egészségtervek azonban nem elsősorban a betegségek megelőzését, illetve az egészségproblémák kezelését célozták, hanem javarészt az egészséget támogató települési környezet kialakítását segítették, vagy életminőség-javító közösségi kezdeményezésként működtek.⁴¹

Ehhez képest a közösségi tervezés során a **részvételiség** az érintetteknek lehetőséget nyújt az egészségproblémák felismerésére, az okok azonosítására, a megfelelő megoldások kiválasztására, valamint a megvalósításukhoz szükséges ismeretek és készségek megszerzésére.⁴²

A közösség saját érdekeinek megfelelő és hatá-
sos beavatkozásokhoz vezető döntésekre és a
beavatkozások megvalósításra való felkészítését
egyfelől a népegészségügyi szakemberek, más-
felől a közösségfejlesztésben jártas szakértők
együttes munkája tudja biztosítani.^{43,44,45} Megje-
gyezzük, az adott közösségben élő szakemberek
mellett indokolt lehet szakértők bevonása közös-
ségen kívülről is.

A közösségi egészségterv kidolgozásakor szak-
értők segítik az érintetteket az adott egészség-
problémával kapcsolatos közös vélemény kiala-
kításában, valamint a legjobb megoldások
megfogalmazásában, és a szakmai kritériumok-
nak való megfeleltetésében, és hangsúlyozottan
nem előre kidolgozott javaslatokat „szolgáltat-
nak”. Ezáltal elérhető, hogy a tervezési folyamat-
ban a különböző tudásformák (élethelyzetek,
érdekek, tapasztalatok) egymással ne versenyez-
zenek, hanem a terv a tudások sokféleségéből
építkezzen. Így a procedurális igazságosság
eszméje is érvényesül, amely „egyenlő jogokat
vindikál mindazoknak, akik érintettek a dönté-
sekben, élvezik annak lehetséges hasznait, vagy
viselik annak lehetséges költségeit, és 'laikussá-
gára', 'érzelmi túlfűtöttségére' vagy állítólagos
'irracionalitására' hivatkozva senki sem kerül
a döntéshozatali folyamatokból kizárásra.”⁴⁶

Mindezen cél elérése érdekében a szakértők
a helyi közösség aktív véleménynyilvánítását
eredményező eszközöket és megoldásokat
alkalmaznak, és folyamatos párbeszédet tartanak
fenn a szintér érdeksoportjai között. Követke-
zőképp a közösségi tervezés során a partnerség
kialakítása és az érintettek közös cselekvése a
korábbi tervezési gyakorlathoz képest nem lehe-
tőségként jelenik meg, hanem szükséges és
elengedhetetlen feltételt jelent. Így a helyi sze-
replők, szervezetek a közösen kitűzött célokhoz
csatlakozva összehangoltan cselekszenek, vonják
be saját erőforrásaikat. A közösség tagjainak,
csoportjainak sajátos érdekeit (a velük való aktív
párbeszédre alapozva) az erre a célra létrehozott
testület képviseli, amely a közösség nevében
döntéseket hoz, jóváhagyja a tervezési folyamat
dokumentumait: a helyzetképet, a problémalistát
és a cselekvési tervet.⁴⁷ A tervezés és megvalósi-
tás a közösség képviselőin kívül népegészség-
ügyi szakértők közreműködését is igényli. Ők
azok, akik a helyi lakosság egészségi és egész-
ségügyi szükségleteit és igényeit felméri, majd
a helyzetkép összeállítását elvégzik, közremű-
ködnek a problémák rangsorolásában, és segítik

a közösséget a helyi körülményekhez, feltételek-
hez illeszkedő megoldások kiválasztásában.
A segítő szakemberek részt vesznek továbbá a
megvalósítás folyamatának monitorozásában, és
eredményességének értékelésében is. A közös-
égi egészségtervezés végterméke a cselekvési
terv, amely az elérendő célokra, mérföldkövekre,
eredménytermékekre, bevonandó erőforrásokra
és ütemtervre egyaránt kiterjed.

A tervezési ciklus a közösség egészségproblémá-
inak feltárásával, a szükségletek és valamennyi
érintett igényeinek felmérésével kezdődik.
A szükségletek és igények alapján a közösség
megfogalmazza, majd rangsorolja a megol-
dandó problémákat. A helyi feltételeket számí-
tásba véve mind a közösség tagjai, mind a szak-
értők megoldási lehetőségeket javasolnak. Ezek
közül a megvalósíthatóság és a hatékonyság
kritériumait szem előtt tartva, a szakértők közre-
működésével a közösség képviselői választják
ki azokat, amelyeket meg akarnak valósítani.
A résztvevők a megvalósítást és az eredményes-
séget folyamatosan értékelik, amely nyomán a
tapasztalatoknak megfelelően a tervben időközi
módosításokra kerülhet sor. A végső értékelésre
alapozva készülhet a következő ciklusra vonat-
kozó egészségterv. Az eredményesség és haté-
konyság érdekében a helyi egészségterveket
célszerű a magasabb szintű ágazati tervekhez
illeszkedően megfogalmazni. Például a települési
terv igazodhat a járásihoz, az a megyeihez, az
a régióhoz, és végül a régiós egészségtervek az
országos egészségstratégiához. Ezen kívül cél-
szerű a kapcsolódó más ágazatok terveivel
(településfejlesztési terv, gazdaságfejlesztési
program, környezetvédelmi program, iskolai
egészségfejlesztési program, esélyegyenlőségi
terv) is harmonizálni. Ezek a folyamatok keretet
kínálnak az egészség érdekében közvetlenül
vagy közvetetten tevékenykedő, valamennyi sze-
replő összehangolt cselekvéséhez.

A közösség tagjainak, csoportjainak a partner-
ségben való minél szélesebb körű részvételét
az ennek előmozdítására alkalmas **egészség-
kommunikáció** képes biztosítani. Az egészség-
kommunikáció az egyéni egészségmagatartás
alakítását, valamint az egészség javítását célzó
döntések és tevékenységek befolyásolását célzó
kommunikációs tevékenység. Az egészségkom-
munikáció és a társadalmi/egészségi (*social/
health*) marketing gyakorlata különböző tudó-
mányágak elméletén alapszik. A tudományosan
megalapozott stratégiai kommunikáció előfelté-

tele a népegészségügyi kihívások kezelésének, az egészséges életmód elterjesztésének. Ez a folyamat magában foglalja a többféle viselkedési és társadalmi tanulási elmélet és modell felhasználását, majd azonosítja a célközönség viszonyulásának és viselkedésének befolyásolására szolgáló lépéseket.⁴⁸

A különböző célcsoportok sajátosságaihoz illeszkedő tartalommal és formában megvalósított kommunikáció nem csupán tájékoztat, felkelti az érdeklődést, tudást bővíti, hanem a részvételiség keretében megvalósuló közösségi egészségtervezésben és annak végrehajtásában való aktív részvételre is mozgósít. A kommunikációs üzenetek és csatornák kiválasztásában az általános kommunikációs ismereteken túl figyelembe kell venni az egyes célcsoportoknak a befogadást befolyásoló műveltségét, élethelyzetét, érdekeit, kulturális hátterét is. Emiatt a kommunikációs tartalmak előállítására, illetve célba juttatására a kommunikációs szakemberek és a népegészségügyi szakértők szoros együttműködését igényli. A sikeres kommunikációhoz elengedhetetlen egy átgondolt, hosszú távú stratégia, és az abból levezetett, összehangolt, országos és helyi szinten megvalósított kommunikációs tevékenységek, kampányok.

Egy projekt vagy program **monitorozása és értékelése** a projekt végrehajtásával kapcsolatos változások nyomon követésére kidolgozott rendszeres adat- és információgyűjtést^{xiii}, feldolgozást, elemzést és értékelést jelent. A megvalósítás folyamatát folyamatmutatókkal, az elért eredményeket eredménymutatókkal jellemezhetik. A megvalósítás folyamatmutatókkal való nyomon követése – amennyiben a program a tervezettől eltérően alakul – „menet közbeni” módosításokra biztosít lehetőséget. A megvalósítás során gyűjtött adatok és információk egy következő vagy máshol megvalósítani tervezett projekt ütemezéséhez és a szükséges erőforrá-

sok tervezéséhez hasznosíthatók. Az így nyert tapasztalatok segítenek megérteni, milyen tényezők akadályozták vagy segítették a projekt megvalósítását. Ezek a tapasztalatok nélkülözhetetlenek a projekt más helyen vagy más csoportokat célzó megvalósításához. A program megvalósításának sikerességét legtöbbször annak a célokhoz kötött eredményei igazolják, ezért az előre tervezett és mért eredménymutatók értékeinek elemzése, a megvalósítás körülményeinek ismeretében végzett értékelése döntő fontosságú.^{xiv}

Az érintettek közösen kidolgozott egészségterv megvalósítása valójában egy cselekvési terv projektszerű végrehajtását jelenti. Emiatt a terv végrehajtásához megfelelő **projektmenedzsment**-ismeretek és készségek szükségesek.

Ez magába foglalja az irányítást, a feladatok kiosztását és végrehajtásuk nyomon követését, a megvalósítás feltételeiről való gondoskodást, a felmerülő problémák megoldásához támogatás nyújtását és az értékelést. Mindezekon túl még a belső és külső szereplőkkel való kommunikáció biztosítását, valamint a megvalósítással járó adminisztrációs feladatok ellátását is.

KÖVETKEZTETÉSEK

A megújulást jelentő népegészségügyi szemlélet szerint az egészség komplex jelenség, amelyet csak az összes releváns szereplőt, különösen az érintett lakosságot is bevonva, tervszerűen kialakított és végigvitt, többféle beavatkozás együttesével lehetséges befolyásolni. Ezen elemek mindegyike felbukkant korábban is, de a szemlélet újdonsága annak felismerésében áll, hogy ezeket **egyszerre, együttesen kell alkalmazni**, mert bármelyik hiánya kudarcot eredményezhet.

^{xiii} Adatgyűjtéskor egy mutató mérhető értékét állapítják meg, vagyis mérik. Ilyen tevékenységet az ún. kvantitatív vagy mennyiségi vizsgálatokban végeznek. Az ún. kvalitatív vagy minőségi vizsgálatok keretében nem számszerűsíthető információt gyűjtenek. Ez történhet egyéni vagy csoportos beszélgetések vagy a projekthez kapcsolódó dokumentumok tartalmának elemzése révén. Részletesebben lásd: <http://mediapedia.hu/kvalitativ-kutatasi-modszer> (Elérve: 2020. 05. 10.)

^{xiv} Gyakran használt értékelési keretrendszer a RE-AIM (*reach, effectiveness, adoption, implementation and maintenance*), amely beavatkozással, mint például zöldség-gyümölcs-fogyasztást előmozdító projekttel kapcsolatban nemcsak annak hatékonyságát (mennyire nőtt a fogyasztás), hanem az általa elért népességet (mennyien vettek részt), a tervezethez való hűséget (mennyire sikerült a tervezett intézkedéseket megvalósítani), a megvalósíthatóságot (milyen könnyű volt a projektet megvalósítani) és a hatás tartósságát (mennyi ideig maradt fenn a megnövekedett fogyasztás) is figyelembe veszi. <http://www.re-aim.org/> (Elérve: 2020. 04. 20.)

HIVATKOZÁSOK

- ¹ Vitrai J. [Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2019. Egészségfejlesztés, 2020;61\(2\):82-83 doi:10.24365/ef.v61i2.579](#)
- ² Versenyképességi jelentés 2020. MNB 2020
- ³ Eurostat: Your key to European statistics. [Two-thirds of deaths under 75 could have been avoided](#)
- ⁴ OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>. (121., 122.o.)
- ⁵ Vartiainen E. The North Karelia Project: Cardiovascular disease prevention in Finland. *Glob Cardiol Sci Pract*, 2018;30(2):13. doi:10.21542/gcsp.2018.13
- ⁶ Balogh E. [Cikkismertetés: ha öt szabályt betartunk, tíz évvel tovább maradhatunk egészségesekek. Egészségfejlesztés, 2020;61\(1\):80-81 doi:10.24365/ef.v61i1.562](#)
- ⁷ DeSalvo KB, Wang YC, Harris A, et al. Public Health 3.0: A Call to Action for Public Health to Meet the Challenges of the 21st Century. *Prev Chronic Dis* 2017;14:170017 doi:10.5888/pcd14.170017
- ⁸ Vitrai J. [Cikkismertetés: Népegészségügy 3.0.](#) Egészségfejlesztés, 2019;60(4):46-51 doi:10.24365/ef.v60i4.500
- ⁹ Jarvis T, Scott F, El-Jardali F, Alvarez E. Defining and classifying public health systems: a critical interpretive synthesis. *Health Res Policy Sys* 2020;18:68. doi:10.1186/s12961-020-00583-z
- ¹⁰ Gyebnár B, Vokó Z. A népegészségügyi programok múltja, jelene és várható jövője Magyarországon. *Népegészségügy*, 2011;89(2):126-134.
- ¹¹ Vitrai J. [Vitaindító: Miért és hogyan kellene a hazai népegészségügyet megújítani? Egészségfejlesztés, 2019, 60\(2\):3-5 doi:10.24365/ef.v60i2.461](#)
- ¹² Davies SC, Winpenney E, Ball S, Fowler T, Rubin J, Nolte E. For debate: a new wave in public health improvement. *Lancet*. 2014;384(9957):1889-1895 doi:10.1016/S0140-6736(13)62341-7
- ¹³ Hodder RK, O'Brien KM, Tzelepis F, Wyse RJ, Wolfenden L. Interventions for increasing fruit and vegetable consumption in children aged five years and under. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 May 25;5(5):CD008552. doi: 10.1002/14651858.CD008552.pub7.
- ¹⁴ Csengeri L. [Gyere – Gyermek Egészsége Program® Hatékonyságának Vizsgálata 2-8. Oszályos Általános Iskolás Gyermek Körében.](#)
- ¹⁵ Lloyd J et al. Effectiveness of the Healthy Lifestyles Programme (HeLP) to prevent obesity in UK primary-school children: a cluster randomised controlled trial, *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2018, 2(1):35-45. doi:10.1016/S2352-4642(17)30151-7
- ¹⁶ Cszimadia P. [Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására. A Meikirch modell. Egészségfejlesztés, 2018, 59\(1\): 45-51 doi:10.24365/ef.v59i1.239](#)
- ¹⁷ Bircher J, Kuruvill S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. *Journal of Public Health Policy*, 2014;35:363–386 doi:10.1057/jphp.2014.19
- ¹⁸ Varsányi P, Vokó Z. [Hálózat kutatás a népegészségügy területén - áttekintő közlemény. Egészségfejlesztés, 2016, 57\(4\): 3-11 doi:10.24365/ef.v57i4.83](#)
- ¹⁹ Lee BY, Bartsch SM, Mui Y et al. A systems approach to obesity. *Nutr Rev*. 2017;75:94-106 doi:10.1093/nutrit/nuw049
- ²⁰ Erdei G. [Cikkismertetés: Az elhízás rendszerszintű megközelítése.](#) Egészségfejlesztés, 2019; 60(2):64-74. doi:10.24365/ef.v60i2.424
- ²¹ Bagnall AM, Radley D, Jones R, Gately P, Nobles J, Van Dijk M, Blackshaw J, Montel S, Sahota P. Whole systems approaches to obesity and other complex public health challenges: a systematic review. *BMC Public Health*. 2019 Jan 3;19(1):8. doi: 10.1186/s12889-018-6274-z. PMID: 30606173; PMCID: PMC6318991.
- ²² Kimmel Zs, Vitrai J. Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elegendőek-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. *Egészségtudomány*, 2015.3:71-78.
- ²³ Járomi É, Szűcs E, Vitrai J. [Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése.](#) Egészségfejlesztés, 2016;57(2):34-51 doi:10.24365/ef.v57i2.47
- ²⁴ Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J. Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben. Szakirodalmi áttekintés. *Egészségfejlesztés*, 2015;56(5-6):2-13.
- ²⁵ Rocher G. Introduction à la sociologie générale, Tome 1, 1969
- ²⁶ Vitrai J. [Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága?](#) Egészségfejlesztés. 2017;58(2):38-41.
- ²⁷ Singer MK, Dressler W, George S, The NIH Expert Panel. Culture: The missing link in health research. *SocialScience & Medicine*. 2016;170:237-246 doi:10.1016/j.socscimed.2016.07.015
- ²⁸ Cszimadia P. [Az egészségműveltség definíciói.](#) Egészségfejlesztés, 2016;57(3):41-44 doi:10.24365/ef.v57i3.68
- ²⁹ Rittel HWJ, Webber MM. Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 1973;4:155-169.

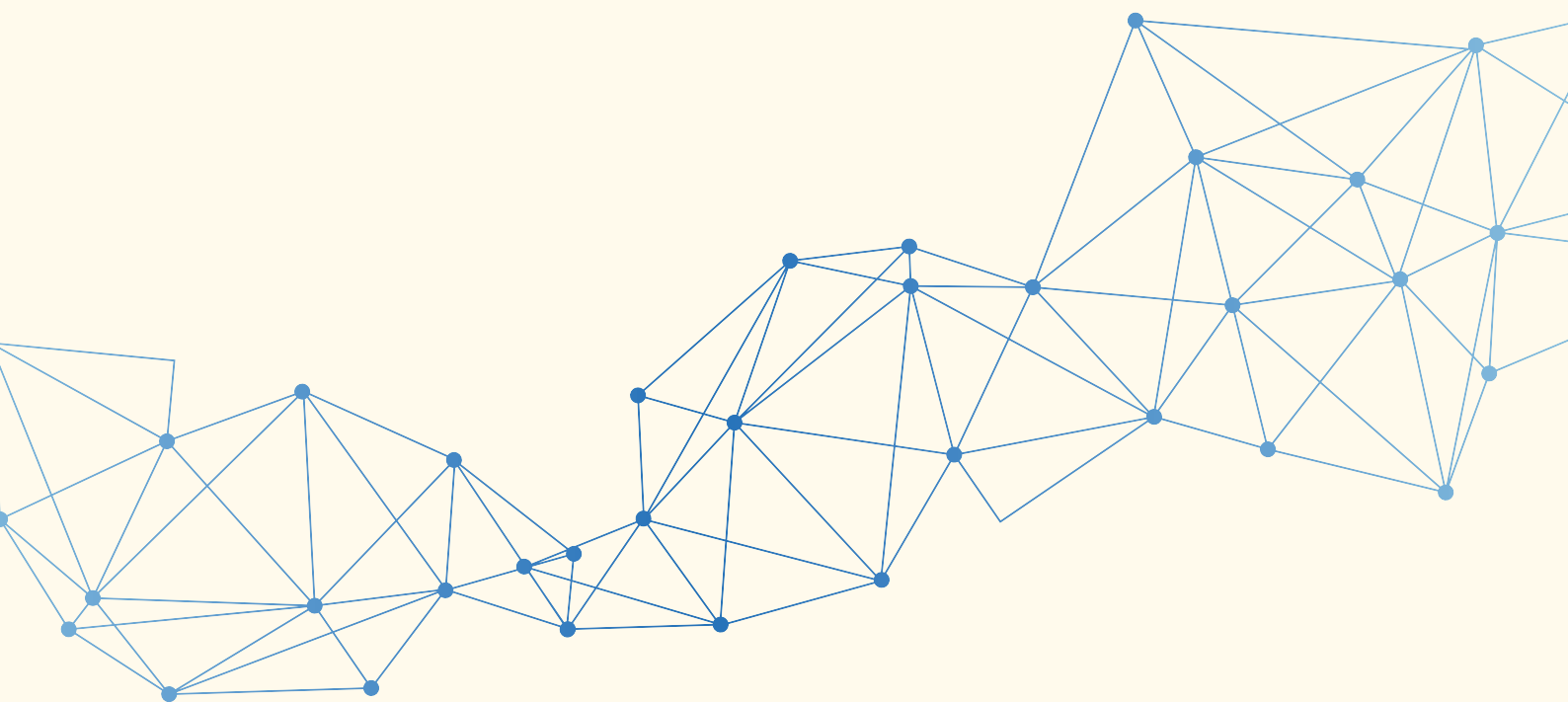
- ³⁰ Kreuter MW, De Rosa C, Howze EH, Baldwin GT. Understanding Wicked Problems: A Key to Advancing Environmental Health Promotion. *Health Education & Behavior*, 2004;31:441 doi:10.1177/1090198104265597
- ³¹ Csáki JM. Ismertetés: [Miért nem jó semmi, amit a szakember javasol? Az általános tervezésmélet nehézségei.](#) *Egészségfejlesztés*, 2018; 59(4):58-61 doi:http://dx.doi.org/10.24365/ef.v59i4.347
- 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:10.24365/ef.v58i2.160
- ³³ Csizmadia P, Varsányi P, Ferencz M, Vitrai J. [Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló.](#) *Egészségfejlesztés*, 2014;55(5-6):10-13.
- ³⁴ Rolfe S. Combining Theories of Change and Realist Evaluation in practice: Lessons from a research on evaluation study. *Evaluation*, 25(3), 294–316 doi:10.1177/1356389019835229
- ³⁵ Herens M, Wagemakers A, Vaandrager L, van Ophem J, Koelen M. Contexts, Mechanisms, and Outcomes That Matter in Dutch Community-Based Physical Activity Programs Targeting Socially Vulnerable Groups. *Evaluation & the Health Professions*, 2017;40(3):294–331 doi:10.1177/0163278716652940
- ³⁶ Pfadenhauer LM, Gerhardus A, Mozygemba K, Lysdahl KB, Booth A, Hofmann B, Wahlster P, Polus S, Burns J, Brereton L, Rehfues E. Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science*, 2017;12:21 doi:10.1186/s13012-017-0552-5.
- ³⁷ Kaposvári Cs, Járomi É, Vitrai J. [A komplexitás értelmezése a kontextusban és a megvalósításban: a komplex beavatkozások kontextusának és megvalósításának \(CICI\) keretrendszere – ismertetés.](#) *Egészségfejlesztés*, 2018;59(1):56-60 doi:10.24365/ef.v59i1.228
- ³⁸ Jarvis T, Scott F, El-Jardali, Alvarez E. Defining and classifying public health systems: a critical interpretive synthesis. *Health Research Policy and Systems*, 2020;18:68 doi:10.1186/s12961-020-00583-z
- ³⁹ World Health Organization. WHO Global Strategy on Health, Environment and Climate Change: The Transformation Needed to Improve Lives and Well-Being Sustainably through Healthy Environments. Copenhagen: WHO, 2019.
- ⁴⁰ Girán J. [Az egészséget támogató közpolitika és az egészségtervezés néhány összefüggése.](#) *Egészségfejlesztés*, 2019;60(3):16-19 doi:10.24365/ef.v60i3.473
- ⁴¹ Szőke K, Tistyán L, Füzesi Zs. [Közösségi részvétellel alapozott egészségtervezés Magyarországon.](#) *Egészségfejlesztés*, 2019;60(3):21-28 doi:10.24365/ef.v60i3.483
- ⁴² Anselma M, Altenburg TM, Emke H, van Nassau F, Ruitter RAC, Jurkowski JM, Chinapaw MJM. Co-designing obesity prevention interventions together with children: intervention mapping meets youth-led participatory action research. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2019;16:130 doi:10.1186/s12966-019-0891-5
- ⁴³ Járomi É, Kimmel Zs. [Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenciók megközelítései.](#) *Egészségfejlesztés*. 2017;58(2):20-29 doi:10.24365/ef.v58i2.164
- ⁴⁴ Anderson-Carpenter KD, Watson-Thomson J, Jobes MD. Improving community readiness for change through coalition capacity building: Evidence from amultisite intervention. *J. Community Psychol*. 2017;45:486–499 doi:10.1002/jcop.21860
- ⁴⁵ Trickett EJ. Ecology, Wicked Problems, and the Context of Community Interventions. *Health Education & Behavior*. 2019;46(2):204-212. doi:10.1177/1090198119828795
- ⁴⁶ Pataki Gy. Bölcs „laikusok” – Társadalmi részvételi technikák a demokrácia szolgálatában. *Civil szemle*, 2007;3-4:144-156
- ⁴⁷ Túri G. [Új utakon a hazai egészségtervezés.](#) *Egészségfejlesztés*. 2019;60(3):36-45 doi:10.24365/ef.v60i3.470
- ⁴⁸ Gateway to Health Communication. Center for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/healthcommunication/index.html>

ÚTMUTATÓ

a gyermekek egészségének
javítására megalakuló

PARTNERI EGYÜTTMŰKÖDÉS

számára



2021

Készítette: Nemzeti Egészségmegőrző Központ Nonprofit Kft.
Készítés dátuma: 2020. június 30.
Megbízó: Emberi Erőforrások Minisztériuma
Szerkesztők: Pipicz Márton, Terebessy András, Vitrai József
Szerzők: Girán János, Kollányi Zsófia, Nemesrévi Marcell, Pipicz Márton, Sándor János,
Somhegyi Annamária, Terebessy András, Tóth Gergely, Várfalvi Marianna,
Várfi Melinda, Vitrai József



ÚTMUTATÓ
a gyermekek egészségének
javítására megalakuló
PARTNERI EGYÜTTMŰKÖDÉS
számára

2021

TARTALOM

I. ELŐSZÓ	3
II. A PARTNERI EGYÜTTMŰKÖDÉS (PE) LÉTREHOZÁSÁNAK CÉLJA.....	4
A. Előzmény.....	4
B. Miért PE?	4
C. Mi lehet a PE szerepe Magyarországon?.....	5
III. A PE ELMÉLETI HÁTTERE	6
A. Részvételi módszerek	6
B. Közösségi egészségtervezés.....	17
C. Kommunikáció	19
IV. LÉTREHOZÁS LÉPÉSEI.....	28
A. Járások kiválasztása	28
B. Továbbképzés a szervezők számára.....	30
C. Pályázat kiírása	34
V. MONITOROZÁS.....	39
A. Bevezetés.....	39
B. A monitorozás szakaszai.....	40
C. Járási PE létrehozásának monitorozása.....	41
D. Járási PE-k összetett népegészségügyi beavatkozásainak monitorozása	42
VI. FONTOS TUDNIVALÓK A GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSHOZ	43
A. A részvételi módszerek története és gyakorlati példái	43
B. A járások kiválasztásának módszertana	45
C. Képzés az új népegészségügyi szemlélet megismerésére.....	46
D. A részvételen alapuló digitális továbbképzés tapasztalatai	56
E. Az egészségkép és a kulcsszereplő-elemzés mint a járási egészségterv készítését támogató módszerek	57
F. Beavatkozások tervezése, értékelése	66
G. Jogszabályi háttér a családokra és a köznevelési intézményekre vonatkozóan	71
H. Ajánlás a járási PE-k számára a köznevelési intézményekkel kapcsolatos gyakorlati lépésekre	73
I. Ajánlás a járási PE-k számára a családokkal kapcsolatos gyakorlati lépésekre	80
J. Tájékoztatóanyagok szakembereknek	87
K. A gyermekelhízás megelőzését segítő kommunikációs módszerek főbb nemzetközi gyakorlatai, tendenciái	91

I. ELŐSZÓ

Vitrai J., Somhegyi A.

Az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) Egészségügyi Világszervezetének (World Health Organization; WHO) Európai Irodája a „WHO European Action Plan for Strengthening Public Health Services” (A WHO Népegészségügyi Szolgáltatások Megerősítésének Európai Cselekvési Terve) program keretében 2018-ban megkereste a magyar egészségügyi kormányzatot, hogy közösen keressenek részvételi lehetőséget az országnak. 2019 őszén Martin Kraymer von Krauss, a WHO Európai Iroda programvezetője javasolta, hogy az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) Egészségügyi Államtitkársága (EÜÁT) a program megvalósításához alakítson egy országos Partneri Együttműködést (PE; angolul: Coalition of Partners).¹

Az EÜÁT egyetértve a WHO célkitűzésével, felvetette, hogy egy megalakítandó országos PE irányításával néhány járási PE-t hozna létre a gyermekek egészségét javító komplex, részvételialapú népegészségügyi beavatkozások megvalósítása céljából. Ez közvetve előmozdítaná a magyar népegészségügyi rendszerszintű megújítását. A WHO – bár korábban nem támogatott konkrét beavatkozásokat – elfogadta a magyar javaslatot.

2019. szeptember 25-én a WHO a magyar PE megalakítását elősegítő workshopot rendezett. A népegészségügyet és a kapcsolódó szakterületeket képviselő meghívottak egyetértettek abban, hogy csak komplex, azaz a széles körű részvételen alapuló, országos, regionális és helyi szinten megvalósuló, többféle, az egészségmagatartásra és az életkörülményekre egyaránt ható beavatkozások együttes alkalmazása javíthatja a lakosság egészségét. Ilyen beavatkozások előkészítésére és

megvalósítására a PE-k alkalmasak. Megállapítást nyert az is, hogy a résztvevők egyhangúan támogatják és részt vennének a WHO és az EMMI által közösen javasolt projekt megvalósításában.

November közepén a workshop résztvevői közül 9 szakértő² – az EÜÁT meghívására – megalakította az országos PE Irányító Testületét (IT). 2019 végén az EÜÁT úgy döntött, hogy az országos projekt elindításának támogatására 100 Mft támogatást nyújt, és az összeget a Nemzeti Egészségmegőrzési Központ (NEK) Nonprofit Kft. számára utalta át, hogy ezzel a megvalósításhoz intézményi keretet is biztosítson.

2020 tavaszára a WHO Európai Irodájával együttműködésben az IT kidolgozta a projekt koncepcióját, és megkezdte a megvalósítás előkészítését. A koronavírus-járvány azonban ellehetlenítette a kidolgozott koncepciónak a gyakorlatba való átültetését. A járványügyi veszélyhelyzet kihirdetését követően az IT úgy döntött, hogy a magyarországi PE-k későbbi létrehozásához elkészít egy szakmai Útmutatót.

Az IT szándékai szerint az Útmutató alkalmas arra, hogy a projekt későbbi megvalósítóinak bemutatassa a gyermekek egészségének javítására megalakuló PE-k elméleti hátterét, és az olvasót végigvezesse a PE-k megalapításának lépésein, továbbá felvázolja a megvalósítás folyamatának és eredményeinek monitorozását. Az Útmutató ezen túl tartalmaz még néhány, a projekt megindításához szükséges, részleteiben kidolgozott képzési és kommunikációs anyagot is, valamint a gyermekek egészségének javításához szükséges legfontosabb gyakorlati tennivalókat is összefoglalja az egyes színterekre vonatkozóan.

1 Egy PE döntéshozó szerve a kis létszámú Irányító Testület (IT; core group), amelynek tevékenységét a valamennyi érintettet képviselő nagyobb létszámú Tanácsadó Testület (TT; advisory group) támogatja, ellenőrzi. Mindkét testületben a részvételen alapuló döntéshozatal biztosítja olyan innovatív, az érintettek szükségleteit és igényeit szolgáló tevékenységek azonosítását (co-creation) és megvalósítását, amelyek életmódváltásra és egészséget támogató környezet kialakításához vezetnek.

2 Kollányi Zsófia, Girán János, Nemesrévi Marcell, Pipicz Márton, Sándor János, Somhegyi Annamária, Terebessy András, Tóth Gergely, Várfalvi Marianna; az IT-t kívülről segítette Várfi Melinda és Vitrai József.

II. A PARTNERI EGYÜTTMŰKÖDÉS (PE) LÉTREHOZÁSÁNAK CÉLJA

A. Előzmény

Vitrai J., Várfalvi M.

A PE olyan határozott időszakra létrehozott szervezetet jelent, amelyben egyenrangú résztvevők közös célért, közösen cselekszenek. Ezt a fogalmat az egészségügyben a WHO Európai Irodája vezette be 2017-ben.³ Így nevezte el azt a szakértői csoportot, amelyet azért hozott létre, hogy az európai népegészségügy megerősítését célzó programját felgyorsítsa: „a WHO Európai Regionális Irodája, a szakmai szempontból mértékadó országok és a nemzetközi népegészségügy területén működő szervezetek egyesítsék erőiket egy olyan közös cselekvési program kidolgozásához, amely a népegészségügyi szolgáltatásokat támogató alapvető funkciókra összpontosít”. Ezek az alapvető funkciók az irányítás, a humánerőforrás-tervezés, -szervezés és -finanszírozás, az érdekérvényesítés és a kommunikáció.⁴

A WHO szerint a PE:

- új megoldás, eszköz és projekt: az alapvető népegészségügyi funkciók megerősítésére, különös tekintettel az azokat támogató 4 funkcióra;⁵
- erre a célra szervezett platform: az erőfeszítések és az erőforrások fókuszálására és összehangolására;

- szakmai közösség egy közös tanulási folyamatban: a megújuló és megerősödő népegészségügyi szolgáltatások kialakítására.

A PE fenti tulajdonságait a népegészségügy által érintettek széles körét képviselő résztvevők elkötelezettsége; az eltérő, egymást kiegészítő nézőpontok, tudás és tapasztalatok megosztása és a döntésekben való egyenrangú részvételük biztosítja. A PE megalakításának hozzáadott értéke nem pusztán a közössé váló tapasztalat és a szakértelem, hanem a változtatásra kész résztvevők körében a bizalom és a kapcsolatok megerősítése is.



B. Miért PE?

Vitrai J., Várfalvi M.

A résztvevők számára ismert és elfogadott, hogy a társadalom egy összetett rendszer. A PE képes a gyermekek egészsége érdekében olyan ágazatok közötti és azokon átívelő összetett rendszer kialakítására és/vagy megerősítésére, amely a tudományosan megalapozott népegészségügyi elméleti és módszertani tudásbázisra és a bevont érintettek aktivitása épít. Az így kialakuló rendszerben sokféle, egymásra hatást kifejtő szereplő műkö-

dik együtt, akik helyi, térségi és országos szinten csoportokban, szervezetekben tevékenykednek. Felmérik és képviselik környezetük szükségleteit, igényeit, önszerveződő és a cél szempontjából elérni kívánt innovatív javaslatokat.

Az egészséges életmódhoz nélkülözhetetlen feltételek biztosításának feladatát ellátó népegészségügy – az előzőekből levezethetően – ugyancsak összetett rendszer, ugyanakkor a (nép)egészség-

3 Coalition of Partners Expert Meeting on Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe. WHO. 2017, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/339838/Coalition-of-Partners-meeting-Report-Jan-2017.pdf?ua=1 (Elérve: 2020. 04. 15.)

4 EUR/RC61/10 Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action. Annex 2

5 <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/coalition-of-partners> (Elérve: 2020. 04. 15.)

ügyn kívül szinte valamennyi szektor érintett a lakosság egészségéhez szükséges körülmények kialakításában. Ilyen egészségügyön kívüli érintett rendszerek a nevelés-oktatás, a foglalkoztatás, a gazdasági és szociális ágazat mellett a lakhatás és a szabadidő-eltöltés, a kultúra lehetőségein túl a természetes és mesterséges környezet is. Ezek sajátos módon, de komoly hatással vannak az egyének és a közösségek egészségére.

Az összetett rendszerek működésének megvalósztatása ugyanakkor komoly kihívás, mert a sokféle kapcsolat és hatás miatt nehéz előre látni és

kiszámítani az egyes szereplők viselkedését. Így a lakosság egészségének javításához – mivel a társadalom összetett rendszer – nem könnyű olyan intézkedéseket és tevékenységeket választani, amelyek tartós eredményre vezetnek. Emiatt az elmúlt évtizedek alatt Magyarországon és más európai országban sem sikerült a kívánt mértékben visszaszorítani például a gyermekkori elhízást vagy a gyermekekre különösen veszélyes dohányzást. Érthető tehát, hogy miért fontos az érintettek minél szélesebb körét bevonni a népegészségügyi intézkedések és tevékenységek tervezésébe, megvalósításába.

C. Mi lehet a PE szerepe Magyarországon?

Vitrai J., Várfalvi M.

Az EMMI és a WHO kezdeményezésére létrejött országos PE Irányító Testülete (IT) – áttekintve a hazai népegészségügy helyzetét és a fejlesztési lehetőségeket mérlegelve – úgy döntött, hogy öt, a gyermekek egészségének javítását célul kitűző, járási PE létrehozását kezdeményezi. A járási PE-k megalakítását és működésének megindítását szakmai anyagok kifejlesztésével, átadásával, képzéssel, mentorálással, valamint a folyamat és az eredmények monitorozásának beindításával támogatja az alábbi távolabbi célok elérése érdekében:

- a járási PE-k megalakulása és működése során a részvételalapú, összetett népegészségügyi

beavatkozások megvalósításával kapcsolatos tudás és gyakorlati tapasztalatok összegyűjtése,

- ezeknek szakmai körökben történő megismertetése, majd
- a szakmai szereplők széles körű bevonásával konszenzuson alapuló koncepció kidolgozása a hazai népegészségügyi rendszer megújítására, és ennek alapján
- az összetett, részvételalapú népegészségügyi beavatkozásokat megvalósító projekt földrajzi és széles társadalmi kiterjesztése.

Az IT által kidolgozott és javasolt szervezeti struktúra elképzelését az 1. ábra szemlélteti:



1. ábra: A hazai népegészségügyi rendszer megújításának koncepciója

III. A PE ELMÉLETI HÁTTERE

A. Részvételi módszerek

Kollányi Zs., Várfi M.

A jelen Útmutatóban bemutatott újszerű népegészségügyi megközelítés egyik alappillére a részvételiség. A részvételiség az az egyik legfontosabb szükséges módszer, hogy a koncepcióban vázolt komplex, számos szereplő és tényező által meghatározott egészségi állapotot javítani tudjuk.

A jelenkor társadalmában a döntéshozatal központi szereplői a tanácsadók, szakértők. Még ha a végső döntéseket nem is ők hozzák meg, a döntés-előkészítés során erőteljesen irányítják a választási lehetőségeket és keretezik a valóságot. A szakértőket speciális tudásuk rendeli a közösségek tagjai fölé. A szakértői döntéshozatali folyamat eredményfókuszú, racionalitása bizonyos információk szakterületük szabályai szerinti aggregálásában áll, és jellemzően dominál más szempontokat (jóllehet, nem mindent, a döntések politikai gazdasági jellemzőibe itt nem megyünk bele). Csakhogy a szakértők által előkészített döntések esetében sem magának az elérendő célnak a társadalmi elfogadottsága, sem az alkalmazott módszerek társadalmi elfogadottsága, sem a felhasznált információk érvényessége és teljessége, sem a döntés tágabb következményei nem kerülnek feltétlenül mérlegelésre.

Az így megszülető, a helyi jellemzőkre nem, vagy nem kellő mélységben reflektáló döntések és intézkedések ezért sokszor nem bírnak legitimással a célterületükön, nem ágyazódnak be a mindennapokba, sőt, akár konfliktusokat generálnak vagy éleznék ki, ezért nagyon sokszor kudarcosak, nem érnek el érdemi eredményeket. Ezekre a problémákra kínál megoldást, ha az érintetteket is bevonjuk a folyamatba, vagyis ha a társadalmi részvétel módszerét alkalmazzuk.⁶ Ez a szakértők szerepét nem kibebíti, sőt további funkciókat kíván meg tőlük.

Ebben a fejezetben összefoglaljuk a részvételi módszerek lényegét, bemutatjuk különféle változatait, konkrét példákon keresztül azt, hogy hogyan is néz(het) ki a társadalmi részvétel. Rámutatunk arra, milyen, semmilyen más döntéshozatali, szakpolitikaalakítási módszerrel el nem érhető előnyök származhatnak belőle, és arra is, milyen feltételei vannak annak, hogy a részvételi folyamat működhessen.

1. Mi az a társadalmi részvétel?⁸

Nagy általánosságban azokat a döntéshozatali módszereket nevezhetjük részvételinek, ahol valamilyen formában azoknak is van ráhatása a döntésre,

Miért kell bevonni az embereket? – Egy példa

Voorstadt a holland Deventer város egy része, jellemzően alacsony jövedelmű, hátrányos társadalmi helyzetű népességgel, akiknek az egészségi állapota jelentősen elmarad az országos és a környékbeli átlagtól. 2016-ban kezdett bele a holland kormány az országban található több hasonló helyzetű kerület mellett Voorstadt lakosainak egészségfejlesztési tervének kidolgozásába. A kezdetektől a lakosságot bevonva dolgoztak. A program első lépéseként a majdani célok és eszközök meghatározásának előkészítésére megvizsgálták, mit is jelent az egészség a helyieknek. Összesen 40 helyi lakos részvételével 7 fókuszcsoportos beszélgetést tartottak, amit 30 szakértői interjú egészített ki. A helyi lakosok az alábbi három tényezőt említették a leggyakrabban mint az egészségesebb élet feltételét: 1) nyugodtan élni; 2) kontrollal rendelkezni a saját életük felett; 3) több időt tölteni a barátaikkal, családjukkal, szomszédaikkal. Míg a megkérdezett szakértők egyértelműen az egészségtelen életvitelre (dohányzás, elhízás) fókuszáltak az interjúkban, a lakosok ezek a tényezőket alig említették meg. (de Jong et al, 2019) Vagyis: a szakértők és a „címzettek”, a lakosság megközelítése a legalapvetőbb kérdésben is radikálisan különbözött: egészen különböző egészségdefiníciókat használt egyik és másik. Egy program csak akkor érheti el a célját és a célközönségét, ha azokat a hívószavakat alkalmazza, amivel őket meg lehet szólítani, de hogy ezek mik, az csak tőlük tudható meg.⁷

6 Blowers, A. – Boersema, J. – Martin, A. (2005): Experts, decision making and deliberative democracy. *Environmental Sciences March 2005*; 2(1): 1–3., <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15693430500111793>

7 de Jong, Marja A. J. G. – Wagemakers, Annemarie – Koelen, Maria A. (2019): Study protocol: evaluation of a community health promotion program in a socioeconomically deprived city district in the Netherlands using mixed methods and guided by action research. *BMC Public Health* 19, 72 (2019), <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6389-x>

8 A részvételiség valamilyen értelmezésére vonatkozóan nagyon sokféle, számtalan különböző megközelítést alkalmazó, különböző taxonómiákat felállító, akár rendkívül összetett és mély elméleti elemzés született különböző tudományterületeken. Ezeknek mi itt csak a töredékét mutatjuk be, illetve használjuk fel: elsősorban azokat, amelyeknek témánk és főképp a részvételiségnek a témánkkal kapcsolatos gyakorlati alkalmazása szempontjából relevanciája van.

akiknek az életét a döntés befolyásolni fogja. Ha egy közpolitikai döntés során valamilyen formában megtörténik a lakosság bevonása, beszélhetünk **társadalmi részvételről**. Ez jelentheti a lakosság transzparens tájékoztatását, kérdőíves felmérést, lakossági fórumok, fókuszcsoportok kialakítását és működtetését és így tovább. A bevonás különféle módszerei és formái azonban jelentősen különbözhetnek egymástól, például a bevonás mélységétől, a kommunikáció irányától, vagy attól függően, hogy a tervezési folyamat mely szakaszában/szakaszaiban kerül sor a bevonásra.⁹ Bizonyos értelemben a lakosság egyszerű tájékoztatása is bevonás, amennyiben alternatívája az, hogy például egy önkormányzat szó nélkül kezd átalakításokba. Ennél eggyel tovább megy például egy lakossági kérdőív, ami egyirányú, és nem valósít meg különösebben mély bevonást. Ezzel szemben ha már a problémadefiníció kialakításába is bevonjuk az érintetteket valamilyen formában, például rendszeres nyílt vagy meghíváson alapuló beszélgetések, fórumok formájában, az a részvétel egészen mély és kiterjedt formáját valósítja meg. Magyarországon a településfejlesztésben és a várostervezésben, ahol meglehetősen elterjedtek a társadalom bevonására, részvételére épülő különféle programok, **közösségi tervezésnek**¹⁰ hívják azt, amikor egy átfogóbb helyi program, jövőkép, stratégia kialakításába a korai fázisban és nagy mélységben bevonják az érintetteket.¹¹

2. Mit ad a részvételi módszer?

A részvételi módszerek egyik legfőbb előnye, hogy így hozzáférünk a „tömegek bölcsességéhez”. Ez egyrészt jelenti azt, hogy pontosabb, valószínűbb képet kaphatunk egy közösség szükségleteiről és igényeiről. De azt is jelenti, hogy a részvételi folyamat, amiben különböző területek szakértői és „civiliek” egyaránt részt vesznek, egymással intenzív interakcióra lépnek, felszínre hozhat olyan problémákat és megoldási lehetőségeket, amelyek egyenként senkinek nem jutottak volna eszébe. A módszer másik nagy előnye a nem részvételi döntéshozatalhoz képest, amikor „rólunk, nélkülünk” döntenek szakértők vagy választott képviselők, az a hozzáállásbeli változás, amit önmagában az odafigyelés, a „meghallgatva levés” idéz elő. Ezekon kívül a részvételi módszer képes kezelni a helyi érdekkonfliktusokat, így növelni a társadalmi kohéziót.¹²

A kollektív intelligenciába vetett, intézményesített bizalom egyik legjobb és – elsősorban az angol-szász igazságszolgáltatásból – mindenki előtt ismert példája talán az esküdtszékek intézménye. Ebben laikus, jogilag nem képzett emberek csoportja hoz ítéletet akár súlyos büntetőügyekben. Az esküdtszék nem azért létezik, mert ne állna rendelkezésre elegendő magasan képzett, tapasztalt, kifinomult gondolkodású és erkölcsileg feddhetetlen bíró, hanem mert ezek a megfelelő módon kiválasztott, random emberek együtt az élethelyzetek és élettapasztalat lényegesen szélesebb spektrumát fedik le, mint bármilyen bírói közösség, és ezért kiegyensúlyozottabb és megbízhatóbb, a társadalom „jogérzékéhez” jobban illeszkedő döntést tudnak hozni. A sok, jogban képzetlen, de kellőképpen különböző elme együtt „bölcsebb”, mint ugyanennyi képzett, de nagyon hasonló. Mindez, kellően nagy számú alany esetén, valójában interakció nélkül is működik, de ha megengedjük az interakciót, az eredmény egyenletlenebb lesz, ellenben „együttműködőbb és kreatívabb”.¹³

A részvételi módszerek melletti érvek másik nagy csoportja arra vonatkozik, hogy ezek, legyenek bármilyen idő- és erőforrásigényesek is, végső soron mégis eredményesebbek, mint a hagyományos, „racionális” szakértők vagy választott testületek által hozott döntések, egyszerűen mert maguknak a résztvevőknek, vagyis az érintetteknek a motivációit változtatják meg. A részvételi folyamat során nő a résztvevők önértékelése és a csoportra, a közösségre vonatkozó értékelésük is, és végső soron egy olyan önerősítő, pozitív normarendszer jön létre, ami jobb és főleg erős elköteleződés által megtámogatott döntéseket tesz lehetővé.¹⁴ És nem elhanyagolható az sem, hogy a bevonás által kezelhető, csökkenthető a helyi érdekkonfliktusok: mindenki maradéktalanul elégedett soha nem lesz, de jelentős lépések tehetőek a helyi társadalmi kohézió irányába.

A részvételi alapú döntéshozatal miértjeinek kutatása ugyanakkor beleágyazódik a közösségi döntések vizsgálatának széles, sokszempontú, multidiszciplináris közegébe. A szociológiai, közgazdaságtani, pszichológiai, politológiai, morálfilozófiai-etikai megközelítések valahol mind a „helyes” döntések forrását keresik, ahol a „helyes” egyaránt jelent etikailag igazolható és a kimenetek

9 Tér_Köz Példatár (2018) – Jó gyakorlatok a társadalom bevonására. Budapest Főváros Főpolgármesteri Hivatala.

10 Részletesebben lásd az Útmutató III. B. „Közösségi egészségtervezés” című fejezetét!

11 Sain M. (2010): Segédlet a közösségi tervezéshez. Budapest NFGM, VÁTI Nonprofit Kft.

12 Tér_Köz Példatár (2018) – Jó gyakorlatok a társadalom bevonására. Budapest Főváros Főpolgármesteri Hivatala.

13 Landemore, Helene – Elster, Jon (szerk.) (2012): Collective wisdom: principles and mechanisms. Cambridge University Press 2012.

14 Hargreaves Heap, Shaun P (2004): A note on participatory decision-making and rationality. Cambridge Journal of Economics 2004, 28, 457–467.

szempontjából optimálist. Ezen sokféle szempont valamiféle egyesítése szerint a társadalmi részvétellel szükségszerű, illetve előnyös, mert

- a választott képviselők (akik jellemzően nincsenek élő kapcsolatban az őket megválasztó állampolgárokkal) és a kijelölt szakértők (akik eleve rendelkeztek helyismerettel) tudása szükségszerűen korlátozott, nem ismerik a megváltoztatni kívánt valóságot és annak összefüggéseit a maga teljességében, részletgazdagságában, életszerűségében;
- a „szakértők” és a „laikusok” (nem szakértők, „átlagemberek”, „helyiek”, a közösségek tagjai) közötti hatalmi egyensúlytalanság, a nem választott és korlátozott tudással rendelkező szakértők túlhatalma legitimitációs válsághoz vezet: a „helyiek” nem fogadják el a szakértők döntéseit, nem működnek együtt;
- a társadalmi rendszerek komplexek és kaotikusak, a (hagyományos közigazgatási értelemben vett) racionális szakértői tudás nem képes azok teljességét megragadni;
- az emberek eleve nem racionálisak, például a kockázatok értékelését, a várható előnyök és hátrányok súlyozását nem matematikai alapon végzik, ezért az „optimális” kimenetek meghatározása nem lehetséges kívülről;
- egy demokratikus politikai rendszerben erkölcsileg senkitől nem tagadható meg, hogy az őt érintő döntésekben részt vegyen, ha ez szándékában áll.¹⁵

A bevonás ugyanakkor a helyi politikai erők, önkormányzatok számára is hozhat hasznokat, hiszen hozzájárul „a beruházások gördülékenyebb megvalósításához; a gondosabb használathoz; az alacsonyabb fenntartási költségekhez; a hiteles, többség által elismert önkormányzati kép kialakításához; a fejlesztési programokról szóló döntések mélyebb megalapozottságához”.¹⁶

3. Részvételi módszerek változatai

Mikor tekinthető egy szakpolitika-alkotási folyamat részvételi alapúnak? Erre a kérdésre jelenleg nincs egyértelmű válasz. Ezért ha ma egy szakpolitikai terv, beavatkozás megformálói azt állítják, hogy „termékük” részvételi alapú folyamatban jött lét-

re, nem nagyon lehet ennek ellentmondani. Holott mindaz, hogy a folyamat mely pontján is történik a bevonás, és hogy milyen formában történik, természetesen a következményekkel bírhat a különféle szakpolitikai beavatkozások alakulására.

Ugyanakkor a könnyebben megragadható jellegzetességek mellett számtalan, akár ki sem mondott, vagy nagyon nehezen megfogalmazható tényező fogja még alapjaiban befolyásolni a részvételi folyamat tényleges minőségét. Mit gondolunk a részvételi folyamatról magáról, mire való; milyen témákat lehet, kell, érdemes részvételi módon közelíteni; hogyan definiáljuk a „közösséget”, kiről gondoljuk, hogy be kell vonni, kiről nem és így tovább. Azzal, ahogyan értelmezzük a részvételiséget, keretek közé helyezzük és meghatározzuk, mit érhet el, és ez korlátozó is lehet.¹⁷

Az 1. táblázatban Cornwall¹⁸ nyomán foglaljuk össze, hogy formálisan részvételi, vagy annak nevezett formák mennyire különböző lényegi tartalommal bírhatnak.¹⁹

Mindezek a „formák” különféle módokon valósulhatnak meg: állandó lakossági csoportok is lehetnek csupán „névlegesek”, és a lakosságot bizonyos kérdésekben időről időre csupán megkérdező önkormányzat is megvalósíthatja a részvételiség egészen mély szintjét. A lényeg elsősorban, hogy aki a részvételi folyamatnak teret biztosít, mennyire azonosul annak elveivel, és mennyire gondolja komolyan, hogy hatalmának egy részét valóban ráruházza a lakosokra (pontosabban: visszaadja nekik).

Szükségszerűen felmerül ugyanakkor a kérdés, hogy milyen szempontok alapján értékelhetők a különféle részvételi módszerek. A szakirodalomban két megközelítéssel találkozunk: az egyik az eredmény, a másik a folyamat szempontjából közelít. Az eredmény, például a kimenettel való elégedettség, nem feltétlenül nyújt jó fogódzót: ritka, hogy egy folyamat összes érintettje maradéktalanul boldog a kimenettel. A két szempont ötvözésére való kísérlet bizonyos, mindenki által elfogadott célkritériumok megfogalmazása az alkalmazott módszerekkel szemben. Ilyen célok lehetnek például, hogy a részvételi módszer 1) tudást biztosítson az érintettek, a közvélemény számára; 2) legyen képes az érin-

15 Bela Györgyi – Pataki György – Valené Kelemen Ágnes (2003): Társadalmi részvétel a környezetpolitikai döntéshozatalban (döntéstámogató eszközök és értékelési eljárások alkalmazása). A Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Környezettudományi Intézetének tanulmányai.

16 Tér_Köz Példatár (2018) – Jó gyakorlatok a társadalom bevonására. Budapest Főváros Főpolgármesteri Hivatala, 23. oldal.

17 Polletta, F. (2016): Participatory enthusiasms: a recent history of citizen engagement initiatives, *Journal of Civil Society*, 12:3, 231–246, DOI: 10.1080/17448689.2016.1213505.

18 Cornwall, Andrea: Unpacking 'Participation': models, meanings and practices. *Community Development Journal* Vol 43 No 3 July 2008 pp. 269–283, 273. oldal.

19 A példák forrása: White, S. C. (2000): Depoliticising development: the uses and abuses of participation. In: Jenny Pearce (szerk.): *Development, NGOs, and civil society*. Oxfam GB, Oxford.

1. táblázat: Részvételi folyamatok formái (Cornvall 2008)

Forma	Mit jelent a részvételiség a „szervezőnek”?	Mit jelent a részvételiség az érintetteknek/részvevőknek?	Mi a részvételiség célja?	Példa
Névleges	Legitimációt – hogy megmutassák, hogy tettek valamit.	Befogadást – az esélyt, hogy bizonyos erőforrásokhoz közelebb kerülhessenek.	Bemutatni, hogy volt ilyen.	Zambiában a kormányzat számos „női csoportot” hozott létre. Ezek tényleges tartalommal nem bírtak, a kormánynak nyújtottak hivatkozási alapot, és a névleg (és alkalmilag) bennük részt vevő nőknek hozzáférési esélyt bizonyos erőforrásokhoz.
Eszköz	Hatékonyt – korlátozni a finanszírozó, és növelni a közösségek hozzájárulását és a projekt költséghatékonyt.	Költséget – a projekttel kapcsolatos munkára és más tevékenységekre fordított idő.	A költséghatékonyt és a helyi szervezetek elérésének módszere.	Erőforráshiányos helyzetben a helyiek konkrét munkaerejének igénybevétele (pl. felújítási, építési munkáknál stb.). (Afrika több országában, sok helyszínen tapasztalt jelenség).
Képviselő	Fenntarthatóságot – elkerülni, hogy függőség alakuljon ki.	Beeszlést – a projektek és a menedzsment formálásának lehetősége.	Beeszlést biztosítani az embereknek a saját fejlődésükbe.	Egy bangladeshi NGO a helyieket támogató programjai kialakításába vonta be képviselőik révén a helyieket. Helyi halász családok például arra fogtak össze az NGO felhívására, hogy egy kölcsönökkel és halászati marketinggel foglalkozó együttműködést alakítsanak ki a program révén.
Átformáló	Hatalommal való felruházást – képessé tenni az embereket arra, hogy meghozhassák a saját döntéseiket, kitalálják, mi legyen, és megvalósítsák azt.	Hatalommal való felruházást – képesnek lenni döntéseket hozni és tenni magukért.	Egyszerre eszköz és cél, folyamatos dinamikában.	Egy Fülöp-szigeteki példában családok egy közössége fogott össze a helyi közösség-szervező segítségével, némi kooperatív menedzsmentképzéssel megtámogatva, hogy megszervezzék a saját élelmiszer-ellátásukat a messzi, de sokkal olcsóbb városi boltból a drága helyi bolt helyett. Saját maguk alakították ki a saját szabályaikat, szerepeket, felelősségi köröket. A projekt sikerén felbuzdulva más ügyek megoldásába is belefogtak.

tettek értékrendszerét, preferenciáit becsatornázni a döntéshozatali folyamatba; 3) javítsa a döntések minőségét; 4) növeljék az intézményekbe vetett bizalmat; 5) csökkenthetők legyenek általuk a konfliktusok; végül 6) az előbbi célokat a leginkább költséghatékony módon valósítsák meg.²⁰

4. A szakpolitikai ciklus (jelen esetben az egészségtervezés²¹) mely fázisában történik a bevonás?

Tekintsük át a szakpolitikai ciklust abból a szempontból, mely szakaszaiban vonható be a közösség! (2. ábra) A rövid válasz: az összesben. Minél korábbi fázisban történik meg a bevonás, annál gazdagabb, jobban informált, többszemponútú lehet a teljes döntéshozatali folyamat.



2. ábra: Szakpolitikai ciklus

Ha például csak a monitorozás, értékelés fázisában vonjuk be az érintetteket, vagyis gyakorlatilag visszajelzést, *feedbacket* kérünk tőlük, akkor azt tudjuk meg, mi a véleményük, mennyire elégedettek a már futó programokkal, de azt nem, hogy szükségesnek, fontosnak tartják-e azokat, vagy lenne más program, amire szerintük nagyobb szükség van. Hasonló a helyzet akkor is, ha csak a cselekvési terv kialakításának, illetve a implementációnak a fázisában történik meg a bevonás. Ez esetben az előre definiált problémára előre kidolgozott megoldások megvalósításának menetébe lesz beleszólása a közösségnek, de abba, hogy

alkalmasak-e ezek a megoldási javaslatok, vagy egyáltalán az-e a probléma, amit a szakértők definiáltak, nem.

A 2. táblázatban egy hipotetikus példán keresztül mutatjuk be, hogy a ciklus különböző pontjain való bevonás hogyan térítheti el más irányba a programalkotást: minél korábbi fázisban történik tehát a bevonás, annál jelentősebb lesz a különbség a programalkotásban.

A bevonásnak a ciklus fázisai szerint többféle kombinációja lehetséges: lehet, hogy a problémadefinícióba és a megoldások kidolgozásába bevonják az érintetteket, de a végső döntést például az önkormányzati testület hozza meg. Vagy a döntést maga a közösség hozza meg, de a megvalósítás részleteiről a finanszírozó dönt. Az is előfordulhat, hogy a döntéshozók maguk valamilyen problémával fordulnak a közösséghez, vagyis ők hozzák a problémadefiníciót, amiben a közösség segítségét kéri.

5. A bevonás konkrét formája

A másik kulcskérdés, hogy pontosan milyen formában is történik a bevonás. Mint már jeleztük, számtalan részvételi módszer és technika ismert, és ezek között egészen lényeges különbségek is lehetnek. Ezekre később térünk ki részletesen. Itt mindössze annyit szögeznénk le, a folyamat kulcsa nem önmagában a lakosság „megkérdezése”, legalább ilyen fontos az, hogy az emberek egymás nézőpontját is megismerjék és véleményet cseréljenek, valamint az, hogy a bevonás mennyire formális és mennyire jelent tényleges beleszólást.

A bevonás konkrét formája a legegyszerűbb módon való egyszeri megkérdezéstől a rendszeres, közös csoportos munkáig terjedhet. Az irányított kérdőíves vagy személyes kikérdezésnél a részvételiség elvéhez közelebb álló eszköz a fókuszcsoport-logikájú, de még mindig irányított kikérdezés, aminek ugyan szintén az információszerezés az elsődleges (formális) célja, de már létrehoz valamilyen interakciót a megjelentek között pusztán azáltal is, hogy azok hallják egymást. A részvételiség kidolgozottabb formái azonban, és a továbbiakban jellemzően ezekről beszélünk majd, az érintettek különböző csoportjainak egyszeri vagy többalkalmas, esetleg rendszeres találkozására alapoz, ahol a találkozók képzett vezetői (facilitátorok) különféle módszerekkel érik el, hogy az emberek megosszák egymással gondo-

20 Szántó Richárd: Társadalmi részvétel Magyarországon – Siker vagy kudarc? Kovász, 2012. Tavasz-tél, pp. 33–53., felhasználva: Beierle, T. C. (1999): Using social goals to evaluate public participation in environmental decisions; Policy Studies Review 16 (3–4), 75–103.

21 Lásd B. Közösségi egészségtervezés fejezet!

2. táblázat: Hipotetikus példa a programalkotásra

	Problémadefiníció	Megoldási javaslat	Cselekvési terv	Megvalósítás	Értékelés
Helyzet: a településen magas a drogfogyasztók aránya a 14–18 éves fiatalok körében.	Egészségtudatosság hiánya, bűnözői szubkultúra.	Drogprevenációs képzések biztosítása, a rendőri jelenlét megerősítése az iskolák környékén.	Együttműködés az iskolákkal, költségvetés dedikálása, időzítés.	Iskolai osztályonként osztályfőnöki órákon drogprevenációs szakértők előadásai.	Tanárok, diákok véleménye a prevenációs foglalkozásról.
	Részvételi problémadefiníció: a fiatalok kilátástalansága, a szegénység, jövőkép hiánya, a közösségi együttlétek és a szabadidő tartalmas eltöltésének hiánya.	Képzési programokban való részvétel támogatása, közösségi programok, „falunapok” szervezése.	A helybeli fiatalok OKJ-képzésekben való részvételének anyagi támogatása, falunap szervezése helyi vállalkozók bevonásával.	Pályázat kiírása az OKJ-tanfolyamokon való részvételre a szomszédos településen utazási és szállástámogatás nélkül.	A résztvevők száma, a résztvevők véleménye.
		Részvételi megoldási javaslat: közösségi helyiség kialakítása/ biztosítása a településen.	Az önkormányzat tulajdonában, használatban álló egyik épület egyik helyiségének alkalmankénti szabott keretek között történő átadása a helyi közösségnek.	Az iskola egyik helyiségében a két bejegyzett helyi szabadidős civil szervezet heti egy alkalommal programot szervezhet tagjainak.	Megtartott foglalkozások száma, a résztvevők száma; az érintett civil szervezetek vezetőinek és a foglalkozásokon részt vevő tagjainak a véleménye.
			Részvételi megoldási javaslat: az önkormányzat tulajdonában álló, használaton kívüli épület felújítása a közösség tagjainak közös munkájával; az épület használata szabályozott módon részben szervezett programokra, részben a szabadidő eltöltésére az önkormányzat által alkalmazott közösségszervező vezetésével.	A használaton kívüli kultúrház kifestése, heti négy alkalommal szakkör, szabadidős klub szervezése az elérhető külső szakemberek által. Az épület zárva, csak a programok idejére nyit ki.	A szakköröken részt vevők száma, elégedettsége.
				Részvételi javaslat: a használaton kívüli kultúrház kifestése, átalakítása a közösség igényeinek megfelelően. A közösség (fiatalok, felnőttek, idősek) igényeinek megfelelő foglalkozások szervezése. A közösségszervező bevonása a fiatalok iskola utáni és hétvégi szabadidejébe.	A kultúrházat használók létszáma, véleménye.
					Részvételi javaslat: a teljes közösség véleményének, tapasztalatainak vizsgálata.

lataikat, tapasztalataikat, és hogy ezek alapján valamilyen döntés irányában induljanak el. Az ördög itt is a részletekben rejlik: egy hagyományos „lakossági fórum”, ahol a résztvevők és a helyi, választott vagy kinevezett vezetők egymással szemben, mint egy hagyományos osztályteremben ülnek, és az interakció kimerül abban, hogy

a résztvevők kérdéseket tesznek fel vagy megfogalmaznak problémákat, és ezekre a vezetők válaszolnak, nem valósít meg tényleges részvételi folyamatot.

A 3. táblázat²² fogódzót nyújt abban, hogy a különböző eszközök elméletben milyen mélységben valósíthatják meg a bevonást:

	A bevonás célja	Mi az, ami mellett a döntéshozó elköteleződik	Példák bevonási eszközre
Tájékoztatás	Kiegyensúlyozott és objektív tájékoztatást nyújtani a problémákról, alternatívákról, lehetőségekről, és/vagy a megoldásokról.	„Tájékoztatni fogunk.”	Tájékoztatófüzetek Honlap Élő tájékoztatók
Konzultáció	Együttműködünk a lakossággal a folyamat során, hogy a közösségben felmerülő kételyeket és elképzeléseket következetesen megértsük és megfontoljuk.	„Együtt fogunk működni veletek, hogy a fenntartásaitokat és elképzeléseiteket figyelembe vegyük, amikor a megoldási lehetőségeket kidolgozzuk, és visszajelzést adunk arról, hogy a hozzájárulásotok hogy befolyásolta a döntést.”	Közmeghallgatás Konzultációs fókuszcsoport Kérdőív Lakossági fórum
Partnerség	Együttműködni a közösséggel a döntéshozatal minden dimenziójában, beleértve ebbe az alternatívák kidolgozását és a megoldás kiválasztását is.	Tanácsot és innovatív ötleteket fogunk tőletek kérni a megoldások kialakításához, és a javaslataitokat a lehető legnagyobb mértékben beépítjük a döntéseinkbe.	Műhelybeszélgetések (workshop) Deliberatív közvélemény-kutatás ²³
Delegálás	Meghatározott keretek között a közösség döntéseket hoz.	Meghatározott kérdésekben felhatalmazunk benneteket arra, hogy döntést hozzatok, amit mi valósítunk meg.	Állampolgári tanácsadó bizottság Konszenzusépítő küldöttek (Consensus building Delegation) Részvételi döntéshozatal
Kontroll	A közösség kezébe kerül a végső döntések meghozatala.	Megvalósítjuk, amit ti eldöntötök.	Állampolgári tanács (Citizen Jury) Szavazás (Ballot) A döntéshozatal delegációja

3. táblázat: A bevonás eszközei és a bevonás mélysége

22 Tasmanian Government (a) (n. d.): Your Care, Your Say: consumer, carer and community engagement A guide to engagement techniques. https://www.dhhs.tas.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/76283/Toolkit_December_2010_finalised.pdf, 7. oldal.

23 Véletlenszerűen választott laikusokból és szakértőkből álló csoportos megbeszélés, ahol egy adott kérdés kapcsán véleményeiket ütköztetik (deliberative poll). A közvélemény alaposabb és részletesebb megismerésére alkalmas eszköz, ami ráadásul a résztvevők közötti kommunikáció révén a bevonás számos pozitív hozadékaival jár együtt.

6. A részvételi módszer alkalmazásának és sikerének feltételei

Az alábbiakban összefoglaljuk a lehető legteljesebb, interakcióra és diskurzusra épülő, ezért a legnagyobb hozzáadott értékkel bíró és a közösség tényleges bevonását biztosító részvételi módszerek működésének feltételeit. Egyértelmű: azért, hogy egy részvételi folyamat működjön, hogy valóban létrehozza azt a pluszt, amiben a közösség több lesz, mint az egyének összessége, sok ember sok munkájára van szükség.

1. A folyamat elindításának feltételei

- Szükség van egy **közös ügyre**.
- Kell legalább egy innovátor, **kezdeményező**, aki képes vezetni, irányítani, irányt mutatni.
- Egy csoport, ahol minden tagnak fontos a téma.
- A csoport kellően **heterogén**, tehát egy adott témához adott esetben a magánszemélyek, a civilek, a kormányzati és a for-profit oldal is hozzá tudjon szólni. Ez az szektorközi együttműködés biztosítja a komplexitás képviselését.
- Önszerveződés, alulról kezdeményezés és vezetői támogatás²⁴ egyszerre.
- Együttműködési szándék.
- Értékalapú** gondolkodás.

2. Amitől a folyamatot részvételinek nevezhetjük:

- A partnerek **egyenrangú** félnek tekintik egymást.
- Nem a vita, az eltérő nézetek ütköztetése, hanem a **dialógus** a cél, a különböző szempontok, megközelítések, érvek feltárása az érintettek között.
- A probléma okainak feltárása és megértése, és a megoldás keresése ezekre.
- A partnerek képessége és szándéka az **ön-reflexióra**, saját gondolati mintáik felismerésére.
- Kellően **kíváncsiak** a másik gondolatainak és érzelmeinek megismerésére.

3. A folyamat végigvételének feltételei

- Szükség van sok **időre**, ami alatt kifejlődhet és megtapasztalható a kollektív intelligencia, és bejárható az út a kikristályosodásig.²⁵
- A partnerek sok energiát fektetnek az ügybe.
- A résztvevők hisznek** kezdeményezésük jövőjében, az együttműködésben és a csoport képességeiben.
- A partnerek felvállalják a folyamatos tanulást** magukról, a csoportról, a részvételi folyamatokról.

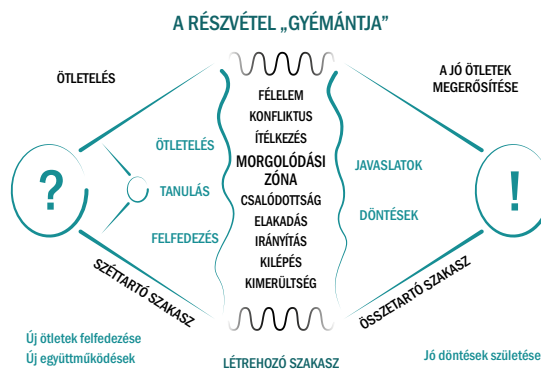
(Forrás: solintezet.hu, átdolgozva)

Feltétel tehát egy kiinduló helyzet, amiben egy adott közösség tagjai egy adott ügyért tenni akarnak, és ebben a vezetőik támogatását is élvezik. Ha a részvételiség útjára lépnek, akkor elengedhetetlen, hogy egymást pozíciótól, társadalmi helyzettől, képzettségtől függetlenül egyenrangú partnernek tekintsék, és a folyamatban ne meggyőzni akarják egymást a saját igazukról, hanem a másik gondolatait megismerve, és készen állva a saját álláspontjuk megkérdőjelezésére, a helyzet megértése legyen a céljuk. Végül ahhoz, hogy a folyamat kiteljesedhessen, kell idő, energia és bizalom magában a folyamatban. Menet közben szükségszerűen adódhatnak mélypontok, amikor minden sokkal zavarosabbnak tűnik majd, mint a legelején, de ez is a folyamat természetéhez tartozik, el kell fogadni, és ki kell tudni várni a továbblépést.

7. A részvételi döntéshozatal folyamata

Az alábbiakban röviden bemutatjuk a részvételi folyamatok működésének jellemző menetét. Itt nem egy „lépésről lépésre” jellegű, technikai útmutató következik, képzett facilitátorok ezeket a technikákat ismerik, illetve ezek elsajátíthatók. Ehelyett azt mutatjuk be, mire számíthat az, aki először vesz részt egy részvételi folyamatban: a részvételi folyamat alkotás, és az alkotás folyamata sokszor fájdalmas. Nem érdemes arra számítani, hogy mindenki mindenben elsőre egyetért majd, és nézetellenlétek, vagy akár konfliktusok nélkül halad végig a csoport a folyamaton, és jut végül mindenki számára egyaránt kielégítő következtetésre. Nem: egyet nem értéssel, bizonytalansággal, konfliktusokkal fogunk találkozni, de szem előtt kell tartani, hogy ezek jobbára elkerülhetetlenek.

Az alábbi 3. ábra²⁶ a részvételi folyamat szakaszait mutatja:



3. ábra: A részvétel „gyémántja”

24 Hogy a vezetői támogatás valóban feltétele-e a folyamatnak, vitás kérdés: a közösségi aktivitás célja lehet a vezetői támogatás megszerzése is. Ugyanakkor ebben az esetben a folyamat e köré, a legitimitás kivívásának ügye köré fog szerveződni, aminek eszköze lesz egy-egy konkrét, partikuláris „ügy”.

25 Lásd a részvételi folyamat leírását a 6. pontban!

26 Sam Kraner, Lenny Lind, Catherine Toldi, Sarah Fisk, Duane Berger: Facilitator's Guide to Participatory Decision-Making. Jossey-Bass, 2014.

Chris Corrigan facilitátor megfogalmazásában „a gyémánt-modell a részvételi folyamat egyfajta térképe, ami arra a három fázisra irányítja rá a figyelmet, amin a folyamat során a csoport keresztül megy. A csoportok kezdetben egy divergens szakaszt tapasztalnak, ahol a gondolatok és elképzelések távolodnak egymástól; rövidebb-hosszabb időt töltenek a »morgolódsági zónában«, ahol kaoszt és bizonytalanságot élnek meg, és innen mozdulnak tovább idővel a konvergens szakaszba, ahol elképzeléseik közelednek egymáshoz.”²⁷

A részvételi folyamatok résztvevői szinte kivétel nélkül megtapasztalják a fent leírt jelenséget. Ez, ha nem ismerik fel és tudatosítják magukban, hogy törvényszerű, a részvételi folyamattal együtt járó jelenséggel van dolguk, nagyon kellemetlen lehet: mintha vakon behajítanák őket a kaosba. Ezeknek a „felszínre hozó” (emergens) folyamatoknak három fázisa van: az első a divergens, „széttartó” szakasz, az emergens, „felszínre hozó” szakasz, és a konvergens, „összetartó” szakasz. Mindhárom szakasz eltérő jellemzőkkel bír a gondolkodás minőségét, az időzítést, az energiaszintet és a dinamikát illetően. Ezért a három szakaszt különbözőképpen kell megtervezni, irányítani és levezetni.

Divergens, széttartó szakasz – Ebben a szakaszban még nincs világos, közös cél (goal). Ahelyett, hogy egyértelmű, közös célt, vagy meghatározott, elérni kívánt kimenetet tudnának megnevezni a résztvevők, az irányt jellemzően valamilyen közös szándék (purpose) adja meg, amit leggyakrabban valamilyen kínzó szükséglet vagy kérdés határoz meg. Ebben a szakaszban a folyamat irányításának legalkalmasabb eszközei olyan kérdések, amelyek képessé teszik a csoportot, hogy eltávolodjanak a „jól ismert”-től, és a „tudott”-on túllépve egy új, az eddigétől különböző megértés irányába mozduljanak el. A divergens szakaszban a résztvevők jellemzően „kicsomagolják” a problémákat: egy mindenki számára szabad, nyitott beszélgetésben összegyűjtik az adott kérdéssel kapcsolatos, akár nagyon különböző megközelítéseket, alternatív értelmezések gyűjteményét hozzák létre. A divergens szakasz nem lineáris és szükségszerűen kaotikus (megvalósulásának feltétele, hogy kaotikus legyen). Ha ezt a szakaszt túl hamar lezárjuk, csökken a folyamat innovatív potenciálja.

Emergens, „felszínre hozó” szakasz – Lesz majd az a pillanat, amikor a széttartást már kellően felderítettük és megismertük: ekkor jött el az idő, hogy az emergens szakaszba lépjünk. Képzett facilitátorok ebben a szakaszban nyúlnak a kedvenc eszközeikhez, hogy a csoportot a kaosz időszaká-

ból kiségtésék. Ha a folyamatot nem a megfelelő módon vezetik, az egyet nem értéshez vezethet azt illetően, mi is lenne a legalkalmasabb követendő út. Tapasztalt csoportvezetők gyakran hívják ezt a szakaszt „morgolódsági zónának”, mert néha annyira kétségbeejtően kényelmetlen benne lenni. Mégis ez az a szakasz, amikor magunk mögött hagyhatjuk a korábban rögzült elképzeléseket és gyakorlatot, és egyszerűen csak engedhetjük, hogy a folyamat a felszínre vesse a korábban is érteni vélt kérdések új megközelítését, és hogy új értelmet nyerjen minden.

Konvergens, „összetartó” szakasz – Ahogy lassan a „felszínre hozó” szakasz végéhez érünk, a csoport energiaszintje jellemzően ismét megváltozik. Ideje, hogy a felmerült ötleteket elemezni, kategorizálni kezdjük, kiemeljük a lényeges pontokat, értékeljük az alternatívákat, megállapodjunk az általános következtetésekből és a következő lépésekből. Ez a szakasz célorientált és fókuszált, jellemzően lineáris, erősen strukturált, és gyakran időben is korlátozott. A szakasz végeztével a csoport egy egyértelmű döntést meghozva és a következő lépéseket kijelölve távozhat.

Fontos ugyanakkor felismerni, hogy egyrészt egyénileg mindenkinek eltérő a toleranciaszintje (például a „morgolódsági zónában” elviselendő frusztrációt illetően), másrészt eltérő várakozásai és elvárásai lehetnek mindhárom fázissal kapcsolatban. Ugyanez igaz csoportokra és szervezetekre is. A facilitátornak érdemes a saját ebbéli jellemzőit azonosítani és tudatosítani magában, és felderíteni a módját, hogyan növelheti a saját toleranciaszintjét azokban a fázisokban, amelyekben kevésbé komfortosan mozog. Ugyanezért érdemes diverz facilitátorcsapatot összeállítani.

8. Részvételi módszerek az egészségfejlesztésben

Az eddigiekben általában beszéltünk a részvételi módszerekről, de azokat az egészségfejlesztés terén is széles körben és meglehetősen sikerrel használják. Az ebben a dokumentumban bemutatott megközelítés egyik lényegi pontja, hogy az egészségi állapot egy komplex rendszerben határozódik meg, ami nem csak azt jelenti, hogy nagyon sok, egymással is összefüggő tényező és szereplő van rá hatással, hanem hogy ezeknek a hatásoknak egy jelentős részét kívülről pusztán megfigyelés által nincs lehetőségünk egyértelműen felderíteni.

Fel kell készülni ugyanakkor arra, hogy éppen az egészségi állapot terén speciális kihívásokkal kell szembenéznünk, ha a részvételiség létjogosultságának el akarjuk fogadtatni, illetve azt eredményesen használni.

27 <http://www.chriscorrigan.com/parkinglot/divergent-and-convergent-thinking/>

Egy tipikus egészségfejlesztési probléma, és a szempontok, amiket a részvételiség révén felderíthetünk

Tudjuk, hogy a dohányzás káros az egészségre. De nem tudjuk megíjósolni, hogy ha a teljes rendszerből – minden mást változatlanul tételezve – kivennénk a dohányzást, annak mi lenne a következménye. Valami más drog vagy más függőség töltené be a helyét az egyének életében? Mit tenne az emberekkel, a családokkal, a közösségekkel az a stressz, amit most a dohányzás így-úgy, de legalábbis részben kezel? Mi töltené be a dohányzásnak a szociális érintkezésekben játszott szerepét? Bár a teljes társadalomban egyre inkább negatív stigma, ha valaki dohányzik, a fiatalok körében nem ritkán még mindig a „menőség” és a csoporthoz tartozás ismérve, milyen más „jel” helyettesítené, ha egyszer csak eltűnne? Egyáltalán miért dohányoznak az emberek? Milyen makrogazdasági hatások jelentkeznének például a ma a dohányzáshoz kapcsolódó foglalkoztatás, adóbevételek csökkenése következtében?

A következtetés természetesen nem az, hogy nem kell a dohányzással foglalkozni, hanem az, hogy máshogy kell. A makrogazdasági hatásoktól eltekintve, ami legalábbis részben a hagyományos szakértői módszerekkel is jól modellezhető, az összes többi felvetett kérdésre a részvételi módszerek bekapcsolása kínálhat megoldást.

A lakosság bevonásának egyik legfontosabb feltétele a „szakértők” megnyerése a folyamatnak két különböző, de egyformán alapvető okból. Ez, bármi legyen is a részvételi folyamat témája, nehéz és fontos feladat. Az egészségi állapot annyiban különleges, hogy ez a társadalmilag az egyik leginkább elismert szakértői tudással, az orvostudománnyal és annak társtudományaival megtámogatott terület, és jellemző a biológiai-orvosi szempontok dominanciája a döntéshozatal minden területén.²⁸ Ezért várhatóan még a szokásosnál is nehezebb magukkal a szakértőkkel, de a többi szereplővel is elfogadtatni, hogy releváns a „hozzá nem értőket” bevonni a szakpolitikai tervezési folyamatba.²⁹ ráadásul úgy, hogy a szakértők maguk is partnerek maradjanak, de egyenrangúnak fogadják el a folyamatban részt vevő „laikusokat”. A másik ok, hogy az egészségnek a jelen Útmutatóban is részletezett komplexitásáról elmélyült tudással rendelkező szakértők magának a részvételi folyamatnak a facilitálásához is elengedhetetlenek: ők tudják, hogy mit és hogyan kell kérdezni. Az „egészség” szóra a legtöbb avatatlan az „egészségügy” ugrik be, hiszen „történelmileg” az egészségügyet és annak szakembereit tekintettük az egészséggel kapcsolatos mindenféle kompetencia kizárólagos birtokosainak.³⁰ Ugyanakkor nem életszerű, és nem is kell a részvételi folyamat feltételének tekintenünk, hogy a lakossági résztvevők mélységeiben megértsék az egészséget meghatározó rendszer komplexitását. A részvételi munka sikerének elengedhetetlen fel-

tétele, hogy az egészséget a maga komplexitásában kezelje, de ehhez az kell, hogy legyen, aki tud jól kérdezni úgy, hogy akár ki sem ejti a száján azt a szót, hogy „egészség”.

A tasmán kormányzat honlapján a következőképp fogalmazták meg a részvételiség fontosságát az egészségfejlesztésben: „A hatásos egészségfejlesztés az embereket helyezi az összes tevékenység szívébe. Az egészségfejlesztés olyasvalami kell, hogy legyen, amit az emberek maguk csinálnak, vagy amit az emberekkel együtt csinálunk, nem pedig valami, amit végrehajtottunk az embereken, vagy csinálunk nekik. Ahhoz, hogy ez megvalósuljon, a közösségeket teljes mértékben résztvevővé kell tenni, hogy az emberek az egészségfejlesztési programok valamennyi fázisát a magukénak érezzék és részt vegyenek azokban.”³¹

A módszer és annak hatásossága, hatékonysága, tényleges megvalósítása élénk tudományos érdeklődést generált. A kutatások egyik fontos tapasztalata, hogy mint általában a népegészségügyi programoknál, a részvételi eszközöket használóknál is kulcskérdés, milyen kimeneteket határozzunk meg sikerkritériumként. Az egészségi állapotban bekövetkező változások helyett már rövid távon is mérhető lehet például az egészségmagatartás, az egészségműveltség, az egészséggel kapcsolatos attitűdök változása. Ugyanakkor a részvételi módszerek egyik központi jellemzője, hogy nemcsak az egyén, hanem a teljes közösség életére átalakító hatással lehetnek, vagyis a közösségen belüli

28 Rifkin, Susan B. (2009): Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. *International Health*, Volume 1, Issue 1, September 2009, Pages 31–36.

29 Marent, Benjamin – Forster, Rudolf – Nowak, Peter (2012): Theorizing participation in health promotion: A literature review. *Social Theory & Health* (2012) 10, 188–207. doi:10.1057/sth.2012.2.

30 WHO (2016): Flagship Report 2016 – Open Mindsets – Participatory Leadership for Health, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251458/9789241511360-eng.pdf;jsessionid=CB056037C069927B9E52F1C84EB47455?sequence=1>

31 Tasmanian Government (nd.): Community Participation, https://www.dhhs.tas.gov.au/wihpw/principles/community_participation

viszonyok, attitűdök változása is releváns. A folyamatok (kapcsolatok, működésmódok, eljárások, tevékenységek) változásának mérése betekintést engedhet azokba a mélyebb, az egészséget is érintő, a teljes társadalmi mikrorendszerre ható változásokba, amit a részvételi módszer alkalmazása elindít. Haldane és szerzőtársai³² 49 népegészségügyi célú részvételi folyamat eredményeit vizsgálták, és azt találták, hogy bár csak körülbelül negyedüknek volt mérhető egészséghatása, valamennyi program hatásos volt valamilyen területen: hatásukra megváltoztak a szervezeti vagy a közösségi folyamatok, átalakultak a közösségen belüli viszonyok, megváltozott a döntéshozók szemlélete. Bagnall és szerzőtársai³³ 65 rendszerszintű megközelítést (whole system approach) alkalmazó beavatkozás eredményességét vizsgálták, 33 ezek közül kifejezetten az elhízásra fókuszált. A népegészségügyi problémák rendszerszintű megközelítését a szerzők a NICE (National Institute of Health and Care Excellence) ajánlása alapján definiálták,³⁴ ennek része a közösség bevonása is. A vizsgált programokban mind az egészségmagatartás, mind a problémával kapcsolatos szülői és közösségi odafigyelés, mind pedig a releváns közösségi kapacitások terén találtak pozitív eredményeket. A fentiek szerint hatásosnak bizonyuló beavatkozások közös jellemzői az alábbiak: teljeskörűen bevonták a releváns partnereket és a közösséget; hagytak időt a kapcsolatok, a bizalom és a kapacitások kiépítésére; a program egy szélesebb szakpolitikai rendszerbe illeszkedett; az

értékelést helyben végezték; kellő mértékű anyagi erőforrással rendelkeztek. Allender és szerzőtársai³⁵ egy ausztrál gyerekelhízás-ellenes közösségi programról számolnak be, a kimenetek helyett a folyamattal a fókuszban. Rámutatnak, hogyan változott meg a rendszerszerű megközelítés következtében a helyi döntéshozók percepciója a megcélzott problémát és magát a közösséget illetően, hogyan helyeződött egyre nagyobb hangsúly a közösség bevonására, és tágult ki az a horizont, amin belül magát a problémát, a gyerekek elhízását kezelni érvényesnek tekintették, például nyert egyre nagyobb hangsúlyt a közösségfejlesztés a kifejezett egészségcélú beavatkozások helyett.

9. Részvételi tapasztalatok Magyarországon

A közösségi részvételi döntéshozatalnak gazdag hagyományai vannak Magyarországon is, dacára annak, hogy a társadalom és a döntéshozók többsége feltehetően sosem találkozott még a fogalommal vagy a jelenséggel magával. Ezzel együtt léteznek a részvételiséget tanító és művelő civil szervezetek, vannak települések, ahol törekszenek a közösség bevonására, és vannak olyan témák, ahol gazdag részvételi tapasztalatok gyűltek fel. Ezeknek a példáknak az ismerete muníciót adhat az egészségfejlesztés terén a részvételi módszer alkalmazásához: példát, ötleteket meríthetnek belőle a PE szervezői és tagjai. A VI. fejezetben – a nemzetközi példákkal együtt – bemutatunk néhány ilyen példát.

32 Haldane V., Chuah FLH., Srivastava A., Singh SR., Koh GCH., Seng CK., et al. (2019): Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. PLoS ONE 14(5): e0216112., <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112>

33 Bagnall, Anne-Marie – Radley, Duncan – Jones, Rebecca – Gately, Paul – Nobles, James – Van Dijk, Margje – Blackshaw, Jamie – Montel, Sam – Sahota, Pinki (2019): Whole systems approaches to obesity and other complex public health challenges: a systematic review. BMC Public Health (2019) 19:8.

34 NICE (National Institute of Health and Care Excellence) (2010): Identifying the key elements and interactions of a whole system approach to obesity prevention. Edited by National Institute for Health and Care Excellence. London: Peninsula Technology Assessment Group (PenTAG); 2010.

35 Allender, Steven – Brown, Andrew D. – Bolton, Kristy A. – Fraser, Penny – Lowe, Janette – Hovmand, Peter (2019): Translating systems thinking into practice for community.

B. Közösségi egészségtervezés³⁶

Vitrai J., Girán J., Pipicz M.

1. Bevezetés

Hazánkban közel három évtizede készülnek egészségtervek különböző célokkal és módszertanokkal. 2015-ben az Európai Unió támogatásával lehetőség nyílt arra, hogy a hazai és nemzetközi tapasztalatok értékelése alapján új, továbbfejlesztett egészségtervezési módszertani kézikönyv jöjjön létre.³⁷ A széles körű együttműködésben írt, konszenzussal elfogadott módszertan fejlesztésébe a Debreceni Egyetem, a Pécsi Tudományegyetem, a Szegedi Tudományegyetem, az Eötvös Loránd Tudományegyetem és a Budapesti Corvinus Egyetem népegészségügyi szakembereit, továbbá az Állami Egészségügyi Ellátó Központ, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szakértőit vonták be. A módszertant a projekt keretein belül 20 járásban tesztelték, járásonként egy-egy munkacsoport létrehozásával, valamint az egészségtervek készítéséért és koordinálásáért felelős szakemberek képzésével és módszertani támogatásával.³⁸

A közösségi egészségterv az adott közösség egészségi állapotának, egészségkultúrájának, életkörülményeinek és a helyi erőforrások, szolgáltatások, valamint a közösségen kívüli hatások figyelembe vételével készített, a beavatkozási lehetőségek mérlegelésén alapuló, az érintettek bevonására épített, sokszereplős cselekvési program a közösség egészségi állapotának javítása érdekében.

Az érintettek (lakosság, az állami, gazdasági és civil szervezetek) részvétele a tervezésben biztosítja, hogy a tervezett beavatkozások a helyi szükségleteket és igényeket fogják kielégíteni. A helyi társadalom részvétele jótékony és kölcsönös előnyök alapján tett felajánlások révén növeli az egészségterv megvalósításához felhasználható erőforrásokat, és egyúttal garantálja azok leghatékonyabb felhasználását. A közösség egyetértésével kialakított terv megvalósítására a helyi szereplők nagy valószínűséggel készséggel vállalkoznak, ami a siker legfontosabb záloga.

2. Az egészségtervezés elsődleges szempontjai

A kézikönyvet készítő szakértői munkacsoport a beavatkozások kiemelt célterületeinek a következő négyet ajánlotta: (1) az egészséges választás és az egészséges életkörülmények kialakításának támogatása; (2) az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek, készségek és motiváció fejlesztése; (3) a legnagyobb egészségvesztést okozó betegségek megelőzése, szövődményeik csökkentése; (4) a közösség bevonása a tervezett beavatkozások megvalósításába.

A szakértői munkacsoport ugyancsak négy kiemelt tervezési szempontot javasolt: (1) a népegészségügyi jelentőségű problémákra való reagálás, (2) az egyenlőtlenségek mérséklése, (3) a költséghatékonyág szem előtt tartása és (4) a hosszú távú szemlélet alkalmazása.

3. A tervezés lépései

A közösségi egészségtervezés ciklikusan ismétlődő, önmagát javító folyamat, ugyanis minden ciklusban felhasználhatják az előzőekben szerzett tapasztalatokat. A ciklusok hosszát a közösségek maguk határozzák meg, de szakmai érvek szólnak amellett, hogy érdemes 3–5 éves középtávú terveket készíteni, melynek megvalósítását célszerű éves cselekvési tervre lebontani.

A tervezés legelső ciklusában kell felállítani egy szakértőkből álló tervezési, munkacsoportot, amelynek tagjai tervezési valamint népegészségügyi témákban olyan továbbképzésen vesznek részt, hogy felkészülten tudják támogatni a tervezés folyamatát és a tervek megvalósítását. Az egészségterveket a közösséget képviselő Partneri Együttműködés (PE) készíti, aminek munkáját a tervezési munkacsoport szakértői segítik.

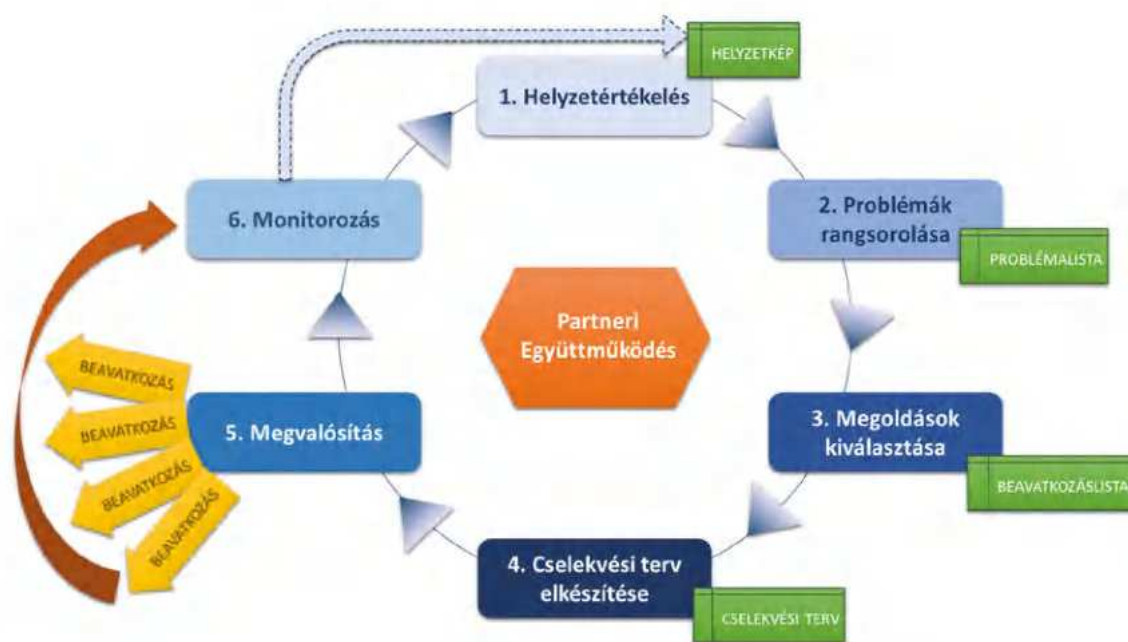
Helyzetértékelés

A közösségi egészségtervezés hat szakaszból álló ciklusának első lépése a helyzetértékelés, amelynek célja a közösség egészségi állapotának és az azt befolyásoló tényezők, körülmények, valamint

36 A fejezet Turi G. Új utakon a hazai egészségtervezés. Egészségfejlesztés, 2018; 60 (3): 36–45. és Turi G., Vitrai J.: A közösségi egészségtervezés módszertana. IME, 2015; 14 (3): 11–14. közlemények felhasználásával készült.

37 A kézikönyv a TÁMOP 6.2.5-B-13/1-20014-0001 „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” című kiemelt projektben készítették.

38 A közösségi egészségtervezésről részletesebben az Egészségfejlesztés folyóirat e témának szentelt 2019-es 3. különszámában olvasható.



4. ábra: A közösségi egészségtervezés ciklusa

az ezekhez kapcsolódó közösségi igények feltérképezése. (4. ábra) Az ehhez szükséges adatokat és információkat elsősorban a már korábban előállított adatbázisokból, tanulmányokból a tervezési csoport szakértői szerzik be, illetve az irányításukkal megvalósított helyi vélemény és igényfelmérések (egyéni vagy csoportos beszélgetések, kérdések) szolgáltatják. Az adatok és információk feldolgozásával nyert, az időbeli változásokra vonatkozó elemzés és más térségekkel való összehasonlítás eredményeit a Helyzetkép dokumentum tartalmazza.

Problémák rangsorolása

A tervezési ciklus második lépésében a PE áttekinti, értékeli a Helyzetképet, és az érintettek bevonásával meghatározza, melyek a megoldandó problémák, és azokat fontossági sorrendbe állítja. A sorrend megállapításához figyelembe kell venni a lehetséges ok-okozati kapcsolatokat, az egyes tényezők közötti összefüggéseket. A PE-nek arra kell törekednie, hogy a problémalista tetején azok a problémák szerepeljenek, amelyek megoldása több másik probléma megszűnését, csillapodását eredményezi. Másképpen fogalmazva, hogy a problémák „gyökereit” találják meg.

Megoldások kiválasztása

A közösség egyetértésével elkészített rangsor tetejére helyezett problémákra a tervezési munkacsoport szakértői megoldási lehetőségeket javasolnak. A PE az érintettek bevonásával tanulmányozza a javaslatokat, és azokat a közösségből érkező javaslatokkal kiegészíti. A megoldási lehetőségeket a szakértők értékelik és az értékelés eredménye alapján a PE kiválasztja azokat a beavatkozásokat, amelyek a közösség rendelkezésére álló erőforrások hasznosításával a legnagyobb eredmény várható, és amelyek megvalósítása várhatóan a közösség legnagyobb elégedettségét fogják kiváltani. (Az értékelés egy módjára lásd az 1. szövegdobozt!)

tőségeket a szakértők értékelik és az értékelés eredménye alapján a PE kiválasztja azokat a beavatkozásokat, amelyek a közösség rendelkezésére álló erőforrások hasznosításával a legnagyobb eredmény várható, és amelyek megvalósítása várhatóan a közösség legnagyobb elégedettségét fogják kiváltani. (Az értékelés egy módjára lásd az 1. szövegdobozt!)

Cselekvési terv elkészítése

A tervezési munkacsoport a PE által kiválasztott probléma-beavatkozás párokhoz meghatározza a megvalósítás feladatait, azok ütemezését, a felelősöket és a résztvevőket, a teljesítés előfeltételeit, erőforrás-szükségeit, valamint a feladathoz tartozó monitorozás módszertanát és lépéseit, végül pedig a feladatok végrehajtásának eredményeit. A részletesen kidolgozott Cselekvési tervet a PE az érintettek bevonásával megvitatja, véleményezi, majd a szakértők által véglegesített tervet elfogadja.

Megvalósítás

A PE megbízza az egyes feladatok Cselekvési tervben megnevezett felelőseit, felkéri a résztvevőket a beavatkozások tervnek megfelelő megvalósítására. A beavatkozások terv szerinti megvalósításának biztosításához a tevékenységek monitorozása azok megindításától párhuzamosan történik.

Monitorozás

A monitorozási tevékenység a Cselekvési terv végrehajtásának folyamatára, illetve eredményére irányul. Információt szolgáltat mind a közösség, mind pedig a szakértők számára a Cselekvési terv

Probléma rangsorszáma	Probléma	A Probléma mérete	B Probléma súlyossága	C Beavatkozás hatásossága	D Súlyszám = (A+2B)xC
1	Elhízás	30% = 10	Közepes = 7	50% = 5	120
5	Dohányzás	15% = 5	Közepes = 8	30% = 3	63
11	Betöltetlen házi-orvosi praxisok	5% = 5	Közepes = 5	100% = 10	150
19	Közlekedési balesetek	0,5% = 3	Közepes = 4	15% = 2	22
23	Légszennyezettség	10% = 7	Közepes = 4	30% = 3	45
25	Kevés testmozgás	20% = 8	Közepes = 5	30% = 3	54
42	Allergia	5% = 5	Minimális = 2	10% = 1	9

A probléma és a megoldására javasolt beavatkozáspárokat 1–10-ig terjedő skálán három szempont szerint értékelik: a probléma elterjedtsége (A oszlop); a probléma súlyossága (B oszlop); és a beavatkozás hatásossága (C oszlop). A Helyzetkép adatai alapján a problémával érintett lakosság aránya adja a probléma elterjedtségének pontszámát. A probléma súlyosságának értékelése a betegségek vagy az egészségkockázatok (pl. alkoholfogyasztás, dohányfogyasztás) okozta egészséges életévvesztések alapján történik. A beavatkozás hatásosságára vonatkozó információk a publikált kutatási eredményekből és beszámolókból származhatnak. Amennyiben a probléma súlyosságára vagy a beavatkozás hatásosságára vonatkozóan nem állnak rendelkezésre információk, akkor az szakértői becslés segítségével értékelhető. Az összeállítandó Cselekvési tervbe a D oszlopban kiszámolt, magas súlyszám alapján érdemes probléma-beavatkozás párokat beemlíteni.

megfelelőségéről és sikerességéről. A tapasztalatokat a közösség hasznosíthatja a következő tervezési ciklusban a Helyzetkép frissítéséhez, illetve a

szakértők a tervezési ciklus értékelésével szerzett tapasztalatokat, tudást továbbadhatják más közösségek számára.

C. Kommunikáció

Nemesrévi M.

1. Bevezetés

Mint a legtöbb projekt esetében, a gyermekek egészségét javító komplex, részvételialapú járási partneri együttműködés kialakításánál és végrehajtásánál is különösen fontos, hogy a projekt egyes elemeit miként tálaljuk a célközönség felé, azaz miként kommunikálunk az együttműködés során. A hatékony kommunikáció nagyban segíti a projekttel elérni kívánt célt, megfelelő kommunikációs módszerekkel és praktikákkal jelentősen növelhető a hosszú távú pozitív változás elérésének valószínűsége a gyermekek egészségének javításában, a gyermekkori elhízás megelőzésében, visszafordításában. Mindez dióhéjban azt jelenti, hogy a járási partneri együttműködésben részt

vevők – pl. egészségügyi szakemberek, pedagógusok, szülők stb. –, akik a programokat alakítják és végrehajtják, figyelmet kell, hogy fordítsanak arra, miként kommunikálnak a gyerekekkel, akik a projekt célcsoportjaként azonosíthatóak, mert ha mindezt hatékonyan teszik, az egészségügyi eredmény is növelhető. Ennek a gondolatnak a mentén az alábbiakban összefoglalásra kerül, hogy melyek azok a kommunikációs körülmények, lépések, teendők, amiket érdemes figyelembe venni, elvégezni, ha hosszú távon hatásos, eredményes projektet szeretnénk megvalósítani. Ezek olyan „praktikák”, amelyek elsajátíthatók kommunikációs előképzettség nélkül, de kommunikációs szakember bevonása is segítségünkre lehet.

A gyermekkori elhízás okainak és következményeinek feltérképezése, az obezitás körülményeinek azonosítása és a mindezekre adható válaszok komplex nézőpontot, összetett vizsgálatot igényelnek. Az egészségi, pszichológiai és egyéb szempontok mellett azonban rögzíteni kell azt is, hogy a gyermekkori elhízás megelőzésében, vagy éppen annak visszafordításában, csökkentésében kulcsfontosságú szerepet játszik a megfelelő és hatékony kommunikáció is, méghozzá amiatt, mert a probléma indukálásában is főszerepet játszik a kommunikáció, az egészségtelen ételek, a káros életmód reklámozása, vonzóvá tétele.

Így tehát amennyiben valódi szemléletváltást kívánunk elérni egy területen – jelen esetben a gyermekkori elhízás témájában –, elengedhetetlen, hogy a kommunikációra ne úgy tekintsünk, mint púp a háton, hanem mint esszenciális lehetőség, hogy szándékainkat és céljainkat ne csak mi magunk értsük. A kommunikáció célja tehát nem más, mint az, hogy az általunk közvetíteni kívánt üzenet a maga teljességében hatékonyan el tudjon jutni azokhoz, akiket célcsoportként megjelöltünk.

Számtalanszor fordul elő, hogy a szándék megvan, a tudás adott, de az átadás képessége, vagy pusztán a körülmények hiányoznak ahhoz, hogy egy újítást, jobbítást meg tudjunk mutatni azoknak, akik egyébként nyitottak volnának erre, de a nyelvi nehézségek, a félreértések és félreértelmezések tengerében elsüllyed az innovációs Titanic. Mindez azt jelenti, hogy a problémára megfogalmazott válaszoknak, megoldási utaknak tartalmazniuk és alkalmazniuk kell olyan kommunikációs technikákat, amelyek élővé teszik a szakmai beavatkozási kísérleteket, hosszú távon is hatékonyan juttatják el azokat az üzeneteket a címzettekhez, amelyek a gyermekkori elhízás megelőzésében vagy kezelésében kiemelt szerepet játszhatnak.

Hiszen ha egy szakmai javaslat csak önmagában áll, de nincs, aki azt megfelelően alkalmazza, akkor csak addig jutunk el, mint a zseniális regény, amit megírtak, de soha nem olvastak el. A cél tehát az, hogy a következő oldalakon megvizsgáljuk, melyek azonosíthatóak jó és kevésbé jó kommunikációs módszerként, illetve hogy a jó módszereket elsajátítva ez a kezdeményezés ne ütközzön annak a bizonyos jéghegynak.

2. A különböző kommunikációs módszerek hatékonyságának feltérképezése

A különböző kommunikációs technikák csoportosítására, jellemzőik beazonosítására számtalan módszer létezik. Az ezzel foglalkozó tudományos szféra sokféle kategorizálást ismer és tart számon, kezdve egészen a szóbeli és írásbeli műfajok (pl. interjú vagy sajtóközlemény) egymástól való elválasztásától a hosszúság vizsgálatán át (pl. Twitter- vagy TED-előadás) a formai jellemzők szerinti felosztásig (pl. nyomtatott sajtó vagy internetes hirdetés). Azonban mielőtt ítéletet mondanánk afelett, hogy egyik vagy másik kommunikációs módszer hatékonysága a magasabb-e, vizsgálati szempontként be kell vezetnünk a témához – azaz a gyermekkori elhízáshoz – való igazodást is. Ez azt jelenti, hogy ha azonosítjuk a téma szereplőit és környezetét (pl. gyermekek, szülők, tanárok, óvoda, iskola, egészségügyi személyzet, multinacionális élelmiszeripari cégek, reklámpiac, adott ország kulturális sajátosságai³⁹), máris közelebb juthatunk ahhoz, hogy mely technikák lehetnek a leghatékonyabbak.

De mielőtt beazonosítanánk a konkrét eszközöket, elengedhetetlen, hogy rögzítsünk egy alapállásbeli összefüggést, ami irányítúként szolgálhat: az egyik legnagyobb probléma, hogy a tudományos világ, az értelmiség többsége rendszerint elköveti azt a hibát, hogy azt gondolja, az úgynevezett edukálással elérheti céljait, hiszen minél több ember tudja meg ugyanazt, mint én, annál több ember is fog majd ugyanúgy viselkedni. Ez – nemcsak – kommunikációs zsákutca; ha idealisztikus emberképet alkotunk, és mindenki mást magunk mellé szeretnénk „felhúzni”, hamar csalódnunk kell, hiszen az emberek közel sem egyformák, illetve amint edukációs szaga lesz egy üzenetnek, azonnal óriási ellenállást válthat ki a célcsoportból.

Ha már feltétlenül egy -ció végződésű latin eredetű kifejezéssel szeretnénk kommunikációkat fémjelezni, az legyen a szenzáció, ne pedig az edukáció. Az emberek sokkal fogékonyabbak arra, ha egy történetet mesélünk el (amit el szeretnénk mondani, azt egy történetbe foglaljuk⁴⁰), nem pedig kiokítani szeretnénk őket egy olyan témában, amiben amúgy is kevésbé jártasak, ezzel elérve azt, hogy azonnal alsóbbrendűnek érezhessék ma-

39 Például Ausztráliában kulcsszerepet játszott a gyermekelhízás elleni kampányban az iskolaújságok közreműködése, míg az USA-ban elsősorban a nagy televíziós vagy internetes, sokszereű kommunikáció volt a hatékony [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában]. Ez is azt támasztja alá, hogy a helyi adottságok és szokások figyelembevétele nélkül nem lehet olyan kommunikációt hatékonyan alkalmazni, amelyre rezonálnának a címzettek.

40 Ez az ún. storytelling módszer, mely abból a felismerésből indul ki, hogy a történeteket könnyebb értelmezni és megjegyezni, mert az érzelmi reakció segít az agynak az összetettebb tények lebontásában. A történet, a mesélés tehát egy médium, egy közvetítő eszköz, amely segít valami rendkívül összetett dolog elmagyarázásában. A storytelling módszere bevonó módszer: a kommunikáció címzettje részesévé válik a történetnek, amit mesélnek neki, így tudattalanul, de érdekeltté válik abban, hogy megtudja, merre visz az az út, amin őt elindítja a mesélés.

gukat. Kedvet kell csinálni, nem pedig okosítani,⁴¹ hiszen nincs abban semmi meglepő, hogy sokkal inkább olyannal van kedvünk törődni, amiben jól is érezzük magunkat.

Részben ebből is következik egy másik fontos alaptétel: ideje elfelejtenünk a „ne” vagy „nem”, vagyis tiltással indítandó felszólításainkat, hiszen ha valamit nem szabad, az csak még izgalmasabbá válik (kiváltképp gyerekkorban), tehát éppen az ellenkezőjét érzük el vele. Számos, a kommunikáció retorikáját vizsgáló kutatás is kimutatta már, hogy az ember leginkább a „ne” vagy „nem” utáni részekre emlékszik csak, a tiltást törli az agyunk, ellenállunk neki.⁴²

Így tehát kommunikációnk során lehetőleg ne okítsunk,⁴³ ne győzködjünk, ehelyett a storytelling módszerét szem előtt tartva mutassuk meg, milyen jó élmény egészségesnek lenni, egészségesen élni. Annak ugyanis nem lesz tartós eredménye, ha egy elhízott gyereknek azt mondjuk, ne falj annyi csokit, mert elhízol, és soha életedben nem tudsz kigyógyulni a kardiovaszkuláris betegségeidből. Ennél sokkal célravezetőbb, ha megmutatjuk: ha az ember egészséges, fitt, erős, sportos, az boldogságot okoz. Erre nagyon oda kell figyelnünk, mert a legtöbb egészségkárosító élelmiszer reklámja is mind-mind azt sugalmazza: ha ezt iszod-eszed, boldog leszel. Ezt a technikát röviden életérzéskampánynak nevezhetjük, ami azt jelenti, hogy elsősorban nem a terméket vagy a viselkedésmódot szükséges eladni, reklámozni, hanem az általuk okozott életérzést. Pongyolán fogalmazva azt is mondhatnánk, hogy amíg a brokkoli PR-ja rosszabb, mint az édességé, ne várjunk áttörő hatást. Ha a zöldség-evéshez negatív, nyomasztó érzelmek társulnak, népszerűségük nem fog emelkedni. Éppen ezért a kommunikációs feladat a gyermekelhízás esetében az, hogy kialakítsuk azokat – az adott szoci-

okulturális közeghez adaptált – szlogeneket, felhívásokat, mondatokat, amelyek az aktív életmódot, az egészséges életmódot nem valamiről történő lemondásként, hanem a boldogság, a jóllét, a könnyedség és a siker kulcsaként mutatják be.

3. Kommunikációs lehetőségek az üzeneteljuttatás hatékonyságának növelésére

Helyzetkép

A mai magyar viszonyokat áttekintve több nehézséggel is szembetaláljuk magunkat, miközben az elmúlt időszakban az állam is jelentős szerepet vállal abban, hogy a gyermekelhízás kapcsán a kétértelmű folyamatokat visszafordíthassuk. Bevezetésre került az ún. chipsadó, mely köznyelvi elnevezése ellenére nemcsak az olajban sült krumplira vonatkozik, hanem számtalan egészségre káros terméket vetett adóztatás alá. Végbement a menzareform, az iskolabüféket is rendszabályozták, valamint a mindennapos testnevelés bevezetése is választ ad a gyermeki elhízásra. A tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy ezek az intézkedések csupán szükséges, de nem elégséges feltételei a tartós változásnak. Az iskolai környezet bár rendkívül fontos, mégsem mindenható, hiszen hiába kapnak a gyerekek uzsonnára friss gyümölcsöt, ha otthon reggelire zsíros kenyér van, vacsorára pedig mirelitpizza. Nem beszélve arról, hogy eközben a reklámcégek, a nagy élelmiszergyártók egy pillanatra sem állnak meg, a fiatalokat az összes platformon,⁴⁴ amelyen kommunikálnak, sorra érik az erősebbnél erősebb impulzusok, amelyek könnyen kikezdi egy-egy szakmai döntés hosszú távú hatását.⁴⁵

Ennélfogva a gyerekek egészséges iskolai környezetének kialakítása bár nélkülözhetetlen, legalább ennyire fontos az otthon, a szülők, a család bevonása. Itt válik a téma gyermeki elhízásból

41 Könnyen belátható, hogy direkt módon azt kérni az emberektől, hogy viselkedjenek okosan, nem túl bölcs döntés. Egy gyermek számára az élet kijelöli azokat a tereket, ahol okosnak kell lennie (pl. iskola), az étkezés és a szabadidő eltöltése nem kell, hogy ezek közé a szférák közé tartozzon. Szülei számára pedig egy ehhez hasonló felszólítás komoly ellenállásba ütközhet („Én tudom a legjobban, hogy mi jó a gyerekeknek, nem mások!”). Ez utóbbi elutasító, lezáró attitűddel találkoztak azok az egészségügyi tanácsadók is Svédországban, ahol a motivációs beszélgetés műfaját igyekeznek alkalmazni a gyermeki elhízással kapcsolatosan [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában].

42 Ez például megkérdőjelezi a „Ne gyújts rá!” dohányzásellenes kampány hatékonysági fokát is.

43 A Nemzeti Élelmiszerlánc-biztonsági Hivatal néhány évvel ezelőtt Gyereksziget elnevezésű kiadvánnyal jelentkezett a gyermekelhízás témájában. A kiadvány címlapján két olyan szlogen is található („Ételet csak okosan már az óvodában is”, „Fiatal korban, tudatosan”), amelyek valódi hatékonyságát érdemes lehet átgondolni a fenti kommunikációs alaptételek figyelembevételével.

44 Nagy-Britanniában próbálkoznak állami szinten az online tér szabályozásával e tekintetben, míg az USA-ban azt a taktikát választották, hogy ha az online térben érkezik a legtöbb káros impulzus, akkor az online térben kell elhelyezni a válasz-kommunikációt is [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában].

45 Hasonló küzdelmet folytat Németország is: bár jól kiépült egészségügyi rendszere van, állami programok is léteznek a gyermeki elhízást célzóan (pl. nemzeti sportprogram), sőt reklámszabályozási eszközöket is bevezettek annak érdekében, hogy kevesebb ilyen tartalom érhesse a gyermekeket, mégsem jutnak látható és hosszú távon is mérhető sikerre. Ennek okaiként elsősorban a szülői, családi minta hiányát, valamint a reklámszabályozási jogi kiskapukat azonosíthatjuk [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában].

családi elhízássá, melyeket nem lehet külön kezelni, azt pedig nem várhatjuk el a gyerekektől, hogy egyedül megváltoztassák a családi – feltehetően döntő többségében rossz – étkezési szokásokat. Abban az esetben sem várhatunk eredményt, ha a szülői értekezleten mindenkit kiokítunk, mit főzzön otthon, hiszen ha a család egyik legbensőségesebb szokásait akarjuk megváltoztatni, brutális ellenállásba ütközve találjuk majd magunkat.⁴⁶

Jól látszik, hogy nem lehet pusztán az egyik érintetti kört kiemelni, összetett beavatkozásra van szükség, hiszen a tanároktól kezdve a szülőkön át egészen a gyerekekig – nem beszélve a multinacionális cégekről,⁴⁷ és azok minden csoporton átívelő hatásukról – mindenki érintett. Olyan ez, mint a soros kapcsolás, ha egyetlen kis izzót kiveszünk a képből, sajnos az egész sor sötétségben marad. Ennek pedig egyenes következménye, hogy együttműködésre van szükség kommunikációs szinten is, ahol mindenki hasonló szempontok alapján, de kiveszi a részét a munkából. Ahhoz pedig, hogy az egész égősor szépen világítson, bizony jól átgondolt, minden célcsoportot – akár külön-külön módszerekkel – érintő kommunikáció szükséges, ami meglehetősen gyerekcipőben jár még jelenleg Magyarországon. A jó hír, hogy nincs minden veszve, sőt! Ezek formálható területek, de jól megfontolt és részletesen kidolgozott beavatkozást igényelnek.

Attitűdváltás

Ahhoz, hogy jó kommunikációs módszereket azonosítsunk, a fenti helyzetképből adódik, hogy az első – vagy valójában nulladik lépés – az attitűdváltás: azaz át kell állítanunk a szemléletünket, ha a gyermekelhízás problémáját szeretnénk megoldani. Globális jelenségről van szó, amit globálisan fenntartanak erős, anyagilag stabil cégek, viszont országoként más és más hatást gyakorolnak. Éppen ezért a kommunikációs stratégia felépítésénél össze kell egyeztetni a gyermekelhízás globális és helyi jellemzőit, méghozzá úgy, hogy egyik fontosságát sem helyezhetjük a másik elé.⁴⁸ Éppen ezért kiemelten fontos, hogy tisztában legyünk azokkal

az akár sok évtizedes tendenciákkal is, amik hazánkban elvezettek a gyermekkori elhízás terjedéséhez, hiszen jó és hatékony válaszokat csak így adhatunk erre a kihívásra. Az, ahogy mi, magyarok viszonyulunk dolgokhoz, nagymértékben a közösen megélt történelmi múltnak köszönhető, ezzel pedig muszáj külön foglalkozni, ezt a munkát nem spórolhatjuk meg, hiszen ahhoz, hogy magyar családok és így a kisgyermek számára is befogadható, hatásos kommunikációt alakítsunk ki, meg kell értsük, mely hazánkban tapasztalható berögződések miatt alakulhattak ki.

A teljesség igénye nélkül az elmúlt száz évet dióhéjban tekintve ilyen összetevők például:

- a világháborús körülmények,
- az élelmiszerhiány,
- a kenyérjegy intézménye,
- ezt követően a szocializmus alatti „van bőven, de csak egyféle”,
- majd a „végre nem csak Boci van meg Kőbányai a boltban” érzése.

A magyar ember megtanulta, hogy addig kell enni, amíg van. A létbizonytalanság, a „holnap hogyan lesz” kérdése mind-mind arra vezet, hogy akkor és addig kell megenni a magunkét, amíg azt látjuk. Fontos rögzíteni, hogy a fenti körülmények, események alakította emberi attitűdök meglétében és fenntartásában az emberek nem hibásak, így kommunikációnk során sem „büntethetjük” őket ezért, illetve ennek következményeként kialakult jelenlegi fogyasztási szokásaikért. Így a történelmi sajátosságok során magunkra szedett attitűdök nem mások, mint közös tudás, az ezekre való reakciók pedig teljességgel racionálisnak mondhatók.

A nyugati életminőség iránti vágy, a gyorsétermek megjelenése milderre csak rátett egy lapáttal, hiszen rájátszott arra a közösségi érzelmre, hogy ha valami nyugatról jön, az csak jobb lehet, mint ami itthon van, így az is nehezen érthető, mi olyan egészségtelen a McDonald'sban: hús, zsemle, krumpli, kis zöldség. Az már csak a hab a tortán, hogy ezek a típusú ételek tőlünk nyugatabbra az élelmiszerüzletekben nemcsak az ottani fizetések

46 Ezt támasztja alá Svédország is, ahol kifejezetten a szülőkkal történő személyes, egyedi kommunikációra helyezik a hangsúlyt. A módszert vizsgáló kutatások szerint nagyon kevés szülő reagál pozitívan, befogadóan arra, ha egy egészségügyi szakember a gyermek esetleges elhízásáról beszél, hiszen szenzitív témáról van szó, ahol az elsődleges kommunikációs válaszreakció az önvédelem lesz [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában].

47 A különböző multicégek felelőssége óriási, hiszen bár többen beszélnek úgynevezett etikus reklámokról, ez a valóságban nehezen elképzelhető, hiszen egy profitorientált cég szeme előtt egyetlen dolog lebeg. Hogy ezekkel a cégekkel együtt tud-e működni az állam abban a formában, hogy ne utóbbi húzza a rövidebbet, jó kérdés, inkább az figyelhető meg, ahogy a multicégek jó tanulót játszva telepednek rá az egészséges életmód témájára, miközben céljuk továbbra is a profitmaximalizálás és a fogyasztók függőségének kialakítása, fenntartása.

48 Ezzel a szemléletmóddal operált Franciaország is az ún. EPODE kialakítása során. Ez a program úgy veselkedik neki a gyermekkori elhízás elleni küzdelemnek, hogy a globális tendenciákra helyi válaszokat kíván adni, és települési szinten vezet be intézkedéseket, települési szinten kommunikál a gyermekek és szülei felé (pl. vitalitás családi nap) helyi közszereplők, meghatározó arcok bevonásával [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában].

hez képest olcsóbbak, hanem nominálisan is, mi mégis megvesszük 1000 forintért azt a mirelitpiz-zát, amit Angliában 1 fontért árulnak.

A fentiek tehát nagy vonalakban azok a min-ták, attitűdformáló erők, amelyek hatásától nem szabad eltekintünk, ha a gyermekkori elhízásra adható kommunikációs lehetőségekkel szeret-nénk foglalkozni. A kommunikációnk nem lóghat kontextus nélkül a levegőben – különben nem lesz belőle elmesélt történet –, hanem illeszkednie kell a közeghez, rezonálnia kell az abban részt vevők lelki állapotára. Azaz az attitűdváltás azoknak a felelőssége, akik kommunikálni kívánnak, tenni kívánnak a gyermekelhízás ellen. Ezeknek az aktívan tevékenykedő, másokat cselekvésre ösztönző szereplőknek kell megértenie, hogy (össztársadal-mi) szemléletváltást csak szemléletváltás indukál-hat. Ha tevékenységünket a mai magyarországi viszonyokhoz mérjük, sikerrel járhatunk. Vegyük figyelembe, hogy mik okozzák, okozták – nem csak egészségszakmai szempontok szerint – a gyer-mekkori elhízás megjelenését és fennmaradását, vegyük figyelembe, hogy milyen a minket körülv-ező globális és lokális környezet, és ne menjünk el amellett sem, hogy a XXI. század és technikái itt élnek velünk, kihasználva fogyasztói sérülékeny-ségünket! Ha sikerül ezt a szemléletet magunké-vá tenni, erre az attitűdre átváltanunk, sikerülhet eredményt elérni a gyermekelhízással érintett cso-portok attitűdjében is.⁴⁹

Ha pedig a gyermekelhízás ellen küzdők sike-resen meglépi az attitűdváltást, magukévá teszik azt a szemléletet, azt az alapállást, amellyel a probléma-val érintett szereplők hatékonyan elérhetőek, következhet a kommunikációs eszközök és platfor-mok beazonosítása, amelyek használata ma nagy segítsége lehet az egészséges életmód üzenetei-nek átadásában.

Eszközök és platformok

A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy nincs két egyforma ország a gyermekelhízás tekintetében sem, míg Japánban szinte kommunikációs technikák nélkül, addig az USA-ban a legkéményebb marketingmódszerekkel veszik fel a küzdelmet a fiatalkori obezitással. Ennek a két végletnek a cizelláltabb módozatait találhatjuk meg az európai országokban, ahol a kormányzati intézkedés-csomagok és azok népszerűsítése mellett nagy hangsúlyt fektetnek a helyi, települési szintű kom-

munikációra is, utóbbi Ausztráliában is nyerő for-gatókönyvnek számít. Mindezekből az következik, hogy érdemes röviden végigvenni, mely eszközök-kel és mely platformokon lehetséges a kommuni-káció, de a leghatékonyabb kiválasztása minden egyes egyedi esetben úgy történhet csak meg, ha feltérképezzük azt a szűkebb vagy tágabb közeget, amely esetében hatást szeretnénk kifejteni.

Ahogy az egész népegészségügy megújítására is szükség van, legalább ennyire fontos, hogy ne az unalomig ismételt tankönyvi példákat sorakoz-tassuk fel, ha olyan kommunikációt szeretnénk folytatni, ami nagyobb eséllyel ér célba, mint az azt megelőző próbálkozások. Mivel a kommunikáció (az, hogy sokszor elmondjuk ugyanazt mindenhol) önmagában kevés, egy lassabb, szervezesebb vál-tozásra érdemes gondolnunk, amely során a régi, betokosodott, rajtunk maradt előnytelen magatar-tásformák szépen lassan elbomlanak. Így pedig ér-deemes odafigyelünk mind az alábbiakra:

- nyomtatott sajtó – helyi és országos, ingyenes és fizetős egyaránt;
- rádió – több kutatás szerint a rádió üzeneteljut-tatási hatása a mai napig az egyik legmagasabb, azaz ha rádiózunk, akkor arra odafigyelünk;
- televízió – az egyik legnagyobb legitimációs erő-vel bíró eszköz;
- online tér – ezen belül kiemelten a közösségi médiaplatformok, mint pl. Facebook, YouTube, Instagram és TikTok;
- plakátok;
- alternatív kommunikációs eszközök.

Lassan évtizedekben mérhető, amióta külön-böző szakemberek vagy éppen újságírók mon-dogatják, hogy a nyomtatott sajtónak leáldozott. 2020-ban mégis azt látjuk, hogy jócskán körbe vagyunk véve napilapokkal, helyi ingyenes kiad-ványokkal, tematikus heti és havilapokkal, sőt a legnagyobb cégek is reklámújságokon keresztül hirdetnek a mai napig. A nyomtatott sajtó hatásfo-kának alábecslése tehát hiba, az viszont lényeges, hogy önmagában ez az eszköz soha ne álljon, az itt elhangzó üzenetet valamelyik másik platformon keresztül szintén támogassuk meg a magasabb hatékonyság elérése érdekében. Ezt teszik a külön-böző áruházak is, amikor a postaládánkba érkező szóróanyag tartalmát viszontlátjuk a televízió rek-lámblokkjában, vagy ezt teszik a közéleti napilapok is, amikor a nyomtatásban megjelent cikkeiket on-line is elérhetővé teszik. A nyomtatott sajtó tehát

49 Ezt támasztja alá a svéd, valamint az ausztrál példa is. Előbbi esetében azt figyelték meg az ottani módszert vizsgáló szak-értők, hogy bár a derékbőség nem lett kisebb, de az emberek tudatosabban viselkedtek az étkezési szokásaik tekintetében, mint korábban, ami hosszú távon az egészségesebb életvitel felé tolta el őket. Ausztráliában hasonló eredményre jutottak, az ottani módszer hatékonyságát szintén abban látják, hogy a gyermekelhízás elleni kampány üzeneteit az emberek jóval később is vissza tudták adni, ami hosszú távon szintén az egészségesebb életvitel eléréséhez vezet. A módszerek részle-teit lásd a VI. fejezet K. pontjában.

kiindulópontként szolgálhat, pl. Ausztráliában az iskolaújság lett az egyik legfőbb eszköze a gyermekelhízás elleni kampánynak, míg Franciaországban a helyi médiumok hatásai bizonyultak az egyik legmagasabbnak.⁵⁰ Itt persze tudnunk kell, hogy a nyomtatott sajtó – leszámítva az iskolaújságot – elsősorban a felnőtteket éri el, azaz a szülői, családi szemszögből megfogalmazott üzenetek elhelyezésére lehet alkalmas.

A rádió mint kommunikációs eszköz elsősorban kifejezetten ósdiinak hathat, és valószínűleg meg is vannak a maga korlátai – pl. csak bizonyos életkort ér el igazán –, de azt fontos rögzíteni, hogy hazánkban az, aki bekapcsolja a rádiót, oda is figyel arra, amit ott hall. Ez azt jelenti, hogy a rádió sokkal kevésbé számít háttérzajszerű kommunikációs eszköznek, mint a televízió. Ezt viszont nem szabad azzal összekeverni, hogy a rádió hatása összességében nagyobb lenne, mindösszesen annyit jelent, hogy az a réteg, aki valamilyen élethelyzetben rádiót hallgat, koncentráltabban teszi, mint amilyen koncentráltan tévézünk. Tehát feltételezhető, hogy a rádióban elhangzó üzenetek hamarabb tudatosulnak a fogyasztóban, mint pl. a televíziókban elhangzók, főként tekintettel arra, hogy utóbbiak a tudattalan megszólítására specializálódtak.

Kár tagadni, hogy a televíziózásnak 2020-ban is komoly hatása van Magyarországon (is). A nyomtatott sajtóhoz és a rádiózáshoz hasonlóan a tévézés halálát is hosszú évek óta lehet hallani, mégis a mai napig itt van velünk, és a rajta keresztül érkező tartalom sohasem volt olyan kidolgozott, mint napjainkban. A nagy élelmiszeripari cégek komoly reklámcégeket bíznak meg egy-egy hirdetésük elkészítésével és televíziós elhelyezésével, pedig alig néhány másodpercről van csak szó. Ha valami, hát akkor ez bizonyítja azt tökéletesen, hogy a televízió hatása a mai napig legyőzhetetlen. A legtöbb nemzetközi példa is ezt mutatja: lényegében nincsen olyan ország, ahol ne tettek volna kísérletet arra valamilyen formában, hogy a gyermekkori elhízás vonatkozásában televíziós kampányt állítsanak össze, vagy éppen a másik oldalról megfogva a problémát, reklámszabályozási eszközöket rögzítettek törvényekben.⁵¹ Mindeközben ma már azt mondják, a XXI. század az internet kora, mégsem lenne okos döntés kizárólag a

közösségi médiára helyezni a hangsúlyt. Bár a Facebookon gyakorlatilag valóban minden életkorú felhasználó megtalálható, a tévének még mindig jelentős legitimációs ereje van, az ott látott/hallott tartalom komolyabbnak, valóságosabbnak hat. Jó érzékeltető példa lehet erre, hogy egy közéleti személyiség, celeb, politikus is a Facebookra teszi ki, hogy szerepelt a tévében, nem pedig a tévében mondja el, hogy szerepelt a Facebookon. A két platform természetesen hat egymásra, mégis számolnunk kell a televízió fontosságával, melynek lényege minden bizonnyal a szerkesztett tartalom vonzerejében lelhető fel. A tévéreklámokat tehát nem tudjuk megspórolni (a szószoros értelmében sem), itt viszont nem bűn tanulni a multicegek módszereiből. Az előzőekben többször is említett edukációs módszer jellegtelenné, ósdiinak, tολakodónak hat, ehelyett bőven itt van az ideje annak, hogy olyan életérzésekampányok készüljenek el, melyek megmutatják a boldog,⁵² „én is ilyen akarok lenni” érzést az adott témával kapcsolatban. Televíziós marketingkommunikációs szempontból figyelemreméltó kormányzati próbálkozás a Családok évére készült „Szülőnek lenni életre szóló kaland”⁵³ című kisfilmsorozat is, ami ebben a koránt sem egyszerű és a gyermekelhízásnál nem kevésbé összetett témában tudott pár másodpercben érdekes, megragadó reklámot előállítani, edukáció helyett szenzációval, a stoytelling módszerével operálva. Ezt nyugodtan rögzíthetjük pozitív példaként, és mintát vehetünk róla akkor, amikor egy olyan, hasonlóan szenzitív és alapvetően nehézkes témában készítünk reklámszpotot, mint amilyen a helyes táplálkozás, a fizikai aktivitás, az egészséges életmód és napi rutin promotálása a kényelem helyett.

A fentiekén túl nagyon fontos beszélni az online térről is. Ez sokkal kevésbé strukturálható és átlátható, mint az előző, klasszikusnak nevezhető kommunikációs eszközök, talán nem véletlen, hogy ennek szabályozására sokkal kevesebb nemzetközi példa található, mint a televíziós reklámok esetében.⁵⁴ Mégis muszáj dióhéjban foglalkozni az online térrel és az azon keresztül elérhető platformokkal, ugyanis a gyermekelhízással érintett korcsoportok szereplői idejük mérhető részét töltik ezeken a felületeken.

50 Az ausztrál és a francia módszerek részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában.

51 Ezek részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában.

52 A fogyasztói társadalom egyik komoly következménye, hogy az emberek mára gyakran összekeverik a boldogságot a kényelemmel, hiszen számtalan olyan dolog létezik, ami bár nem kényelmes, mégis összességében boldogságot okoz. Ez utóbbi esetekben pedig kommunikációs szinten arra kell helyezni a hangsúlyt, hogy az adott dolog megvásárlása, fogyasztása boldogságot, jó érzést okoz, nem pedig arra, hogy kényelmetlen és valamilyen lemondással jár.

53 <https://www.youtube.com/watch?v=r-7JFc08azs>

54 Nagy-Britanniában igyekeznek jogi szabályozóeszközöket kialakítani az online térben megjelenő reklámokra [lásd a VI. fejezet K. pontjában]

A Facebook fontosságáról már sokan értekeztek az elmúlt tíz évben, ez nem is változott érdemben, hiszen kétmilliárd felhasználóval valóban komoly jelentőséggel bír, akár választások kimenetelére is döntő hatással lehet. A legnépszerűbb közösségi portálon jelen lenni fontos, talán elengedhetetlen is, azonban újító szándékkal sokat várni tőle már kevésbé tanácsos. A Facebook hatása magas, de nem ír felül mindent. Ahogy a televíziónál láttuk, ma – legalábbis Magyarországon biztosan – sokkal inkább tartanak az emberek egy információt hitelesnek, ha az a tévében jelenik meg, mint ha a Facebookon. Igaz ez a reklámokra is, hiszen éppen szabályozatlansága miatt sok csalóval lehet itt találkozni, olyan akciókkal és hirdetésekkel, amelyek mögött nincs valós termék vagy szolgáltatás. A Facebook így másodlagos platformként működhet, azaz az üzenetünkhöz készíthetünk egy márkaoldalt,⁵⁵ amin minden fontos dolog megtalálható, ami ide tartozhat, a felhasználó azonosulást kereshet a márkával, sőt közszereplőket is kapcsolhatunk a témánkhoz. A Facebook kiváltképp alkalmas a videós tartalmak elhelyezésére – elérési algoritmus is ezeket részesíti előnyben, azaz egy videót több felhasználónak fog ajánlani a Facebook motorja, mint egy szöveges posztot –, így használható a televízióban megjelenő reklámok újraelhelyezésére, vagy akár arra is, hogy egy-két sztárt hozzákapcsoljunk a márkánkhoz, hiszen egy-egy jól időzített megosztás akár tízezrek elérését is indukálhatja.

Tekintettel arra, hogy ma a Facebook is a videós tartalmakat részesíti előnyben, fontos egy gondolat erejéig kitérni a YouTube videómegosztó platformra is, ami az utóbbi időben szintén felvette a közösségi média jellemzőit. Az iskolás korosztály számára sztárok nemcsak a tévében léteznek, hanem a YouTube-on is (youtuberek). Ők azok a személyek, akik saját csatornával rendelkeznek, újabb és újabb videóikról pedig a követők értesítéseket kapnak. A videók egyszerre közvetítenek hangot és képet, így csakúgy, mint a tévés reklámok, óriási hatással bírnak. A gyermekelhízási elleni kampányok során főként az USA-ban használták ezt a platformot: egy ún. vírusvideót tettek itt közzé, amely rövid idő alatt nagyon magas nézettségi szintet tudott elérni.⁵⁶

A Facebook mellett szintén nagy népszerűségnek örvend hazánkban is az Instagram-alkalmazás, ami már kimondottan arra specializálódott,

hogy csökkentse a szöveges tartalmat, és képi megjelenítéssel próbáljon átadni üzeneteket. Magyarországon sok felhasználója van a platformnak, főként a fiatalabb korosztályból, ezért a különböző márkák is előszeretettel alkalmazzák. Az Instagram alkalmas arra, hogy a másodpercek tört része alatt közvetítsen üzenetet, és mivel alapvetően a felhasználói visszajelzésekre épül, könnyű stabil ügyfélkört építeni vele. Nagyon sok funkciója van, amely a fogyasztóval való kapcsolattartást segíti, így a felhasználó azt érzi, azzal, hogy hűséges egy márkához, a márka is hűséges lesz hozzá. Éppen ezért a Facebookhoz hasonlóan itt is a branding technika lehet sikeres, azaz az átadni kívánt üzenetünk mellé egy márka kialakítása, amely a platform technikáit felhasználva folyton elérhető és egyre növekvő – fiatalokból álló – bázist épít.⁵⁷

Az alkalmazás pedig, ami mellett nem mehetünk el: TikTok. A Kínából a 2010-es évek végén elindult videómegosztó brutálisan népszerű lett a tizenévesek körében világszerte, köztük Magyarországon is. Egy rövid, akár néhány másodperces (kb. 10 mp) videóban (ameddig még fenntartható egy tinédzser figyelme) táncolnak, szinkronizálnak, viccelődnek a szereplők. Ez lehet egy tizennégy éves kislány egy hatvani panellakásból, de lehet Gáspár Laci is a barber shopban, aki néhány másodpercig magára vonja a figyelmet. A különböző aggályainkat félretéve ebben óriási lehetőség van, hiszen ennek a célcsoportnak (sem) nem másfél óras előadást kell tartani egy negyvenmás perces prezentációban, hanem 7 másodpercben felhívni a figyelmét egy olyan fontos dologra, mint az egészsége. Ez nem könnyű, de közel sem lehetetlen. A TikTok alapvetően arra épít, hogy minél rövidebben és minél harsányabban mutasson meg valamit, az alkalmazás által közvetített tartalom sebessége óriási. Hazánkban felhasználói köre egyelőre korosztályszerkezetű, és kifejezetten azoknál a korcsoportoknál található meg, akik gyermekelhízással érintettek. A 2000-ben, 2010-ben vagy éppen 2015-ben születettek számára a Facebook sebessége már lassúnak hathat, így érdemes lehet kommunikációsan is felkészülni arra, hogy egy komplex üzenetet miként lehet hatásosan átadni 10 másodpercben.

A fentiekén túl említés szintjén érintenünk kell a plakátokat is mint kommunikációs eszközöket. Az online térhez képest szinte ódivatúnak hatnak,

55 Ezt nevezik brandingnek, azaz: az üzenet nem önmagában áll, hanem márkaként jelenik meg, összefog mindent, ami tartalmilag összegegyeztethető vele. Így a célcsoport a márkát jegyzi meg, és a márkán keresztül hívja elő a hozzá kapcsolható üzenetet vagy üzeneteket. A branding technikáját, ha nem is a Facebook-on, de Ausztráliában használták a gyermekelhízási elleni kormányzati kampányban [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában].

56 Az amerikai videós kampány részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában!

57 Ma már az egyes márkák nyereményjátékokat is Instagramon keresztül bonyolítanak le. A platform egyik előnye, hogy a bekerülési költség rendkívül alacsony, hirdetésre is alkalmas, és közszereplőket is bevonhat, akik kereszthivatkozással hirdetik a márkát.

mégis ha jobban belegondolunk, intenzíven körülvesznek minket, lépten-nyomon belebotlunk egy-egy plakátba. Ennek a kommunikációs technikának két nagyon fontos jellemzője van: (1) kép és szöveg együtt szerepel rajta; (2) méretéből adódóan figyelemfelhívó. A plakátok nagysága segíti azt, hogy az általa közvetített üzenetet a célcsoportok észrevegyék, míg a kép plusz szöveg kombináció egymást támogatja, hiszen oda-vissza magyarázzák az átadni kívánt üzenetet. Plakátkampányt alkalmaztak a gyermekkori elhízás témájában az USA-ban és Franciaországban⁵⁸ is, utóbbi esetében a kormányzati óriáshirdetés olyan meggyőzőre sikerült, hogy a plakát felkerült az online térbe és nagy sikert aratott az interneten is.

Az itt röviden ismertetett kommunikációs eszközökön túl mindenképpen említést kell tenni az ún. alternatív kommunikációs eszközökről, a rendezvényekről, részvételalapú eseményekről is. Ezek nem klasszikusan úgy működnek, mint az előzőekben bemutatott technikák, hiszen hiányzik a „kézzelfogható” közvetítőeszköz. Sokkal inkább beszélhetünk egy bevonó stratégiáról, ahol a részvétellel jut el az üzenet a célcsoportokhoz. Ilyen lehet pl. egy családi nap, vagy települési szinten egy aktivitás/vitalitás kártya létrehozása, de akár egy közösségi kert megművelése is. Persze az ezekhez való csatlakozásra rá kell venni az embereket, ami pedig újra kommunikációs eszközökkel történik, de a rendezvények – annál fogva, hogy a célszemélyek aktívan részt vesznek jelenlétükkel – maradandó hatást érhetnek el.⁵⁹

Szótáralkotás, a nyelvi eszköztár lecserélése

Ha megtörtént az attitűdváltás; új szemlélettel tekintünk a kommunikációs stratégia megalkotására; valamint kiválasztottuk a használni kívánt kommunikációs eszköz(öke)t, következik az üzenet tartalmának az adott platformra adaptált megalkotása (természetesen mindehhez képzett kommunikációs szakemberek bevonása is javasolt lehet). Ez azt jelenti, hogy nemcsak formailag (pl. rövid szöveg nagy betűmérettel) kell megfelelő szöveget

alkotnunk, hanem szerkezetében is, ennek pedig két lényeges mozzanata van:

- nyelvileg befogadható legyen;
- cselekvésre hívjon fel.

A nyelvi befogadhatósághoz szótáralkotást kell véghezvinni, azaz magyarról magyarra kell fordítani. Meg kell találnunk üzeneteink XXI. századi, kisgyermek számára is befogadható szinonimáit, el kell hagynunk azokat a nyelvi berögződéseket, amelyek sok évtizede velünk élnek. Ez nyelvújító munka, de ha megspóroljuk, hiába dolgoztunk a kampány bármely másik részével. Azon a nyelven kell beszélnünk, amit a célcsoport is beszél, így válunk hitelessé. Nem tudományos előadást tartunk és nem is sokoldalú értekezést írunk, hanem meggyőzni szeretnénk valakiket valamiről a lehető legkompaktabb módon. Egy figyelemfelhívó, ríktó színű plakátra nem illik az „étkezés” szó, de az „ifjúság” sem. És bár felnőtt rajta egy – vagy talán kettő – generáció is, 2020-ban nem biztos, hogy működik az a hetvenes-nyolcvanas évekbeli szlogen, hogy „Itt az erő, itt az izom, pasztőrözött tejet iszom!”. A nyelvileg befogadható szöveg megtalálása persze korántsem egyszerű feladat, szinte kémiai mérckelést igénylő munka. Egyszerre kell formailag megfelelni a kommunikációs közvetítőeszköz követelményeinek; egyszerre kell tartalmat átadni; megtartani az eredeti üzenet lényegét; elfelejteni az edukáló szándékot és a mai világ szókészletét használni. Ha mindezek között sikerül megtalálni a megfelelő arányt, akkor nagy valószínűséggel a szövegünk működőképes és hatásos lesz, sokszor a kulcs pedig nem a túlbonyolításban, túlgondolásban, hanem a nemes egyszerűségben rejlik.⁶⁰

A nyelvi befogadhatóság melletti másik fontos kritérium a cselekvésre való felhívás, azaz a call to action.⁶¹ Ez azt jelenti, hogy a szövegünk utolsó mondata mindenképpen egy olyan mondat legyen, amivel a nézőt, a hallgatót, a befogadót cselekvésre ösztönözzük, és azt érezzük el nála, hogy a reklámban bemutatott életérzés elérése semmi más módon nem múlik, minthogy ő maga is megvásárolja a hirdetett terméket. Ezzel kvázi kézen fogjuk

58 Részletesen lásd a VI. fejezet K. pontjában.

59 A francia EPODE programnak szerves része volt a közösségi részvételen alapuló rendezvények megtartása [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában]

60 Ezzel a technikával dolgozik például a Coca-Cola is. Ahelyett, hogy hosszan taglalná a reklámszpot során, hogy miért kell kólát vásárolni, csak annyit mond: „Élvezd!”. A termékről ezzel egy dolgot tudunk meg: ha megvásároljuk, élvezni fogjuk az életet, mindez bőven elég ahhoz, hogy fogyasztásra bírja a célcsoportot. De hasonlóan alakíthatták ki 2020-as egyik kampányukat is, amikor is az elején felteszi a reklám a kérdést: „Te is látod?”, majd semmi más nem történik, csak végighallgatja a tévénéző egy kólásüveg kinyílását és az üdítő kitöltését (<https://trademagazin.hu/hu/te-is-latod-amikor-hallod/>). Mindkét esetben nyelvileg rövid, könnyen érthető, befogadható, nem edukáló, hanem storytelling módszerrel találkozunk.

61 Call To Action, vagy röviden CAT. Az alapvetően felszólító módban megfogalmazott mondat kommunikációs célja, hogy cselekvésre bírjon, az üzenet ne maradjon befogadó nélkül, hanem a címzett cselekvéssel reagáljon arra (pl. hirdetett termék megvásárlása).

a fogyasztót, és képzeletben már el is kísérik az áruház polcáig, azaz megkérjük helyette a döntést, hogy vásároljon-e az adott termékből vagy sem.⁶²

Összegzés

Az előzőekben felvázolt, röviden bemutatott kommunikációs alapelvek és technikák jó irányítóként szolgálhatnak ahhoz, hogy a gyermekelhízással kapcsolatos üzeneteket megfogalmazzuk és hatékonyan eljuttathassuk a célközönséghez. A kommunikációs stratégia megtervezésekor fontos, hogy

- beazonosítsuk azt a célcsoportot – és annak fő jellemzőit –, akikhez szólni kívánunk (pl. egy egész család, gyerekek, szülők, mely országban vagy településen élnek, milyen szociokulturális jellemzőik vannak stb.);
- üzeneteink megfogalmazásakor nem edukáló, hanem storytelling technikát alkalmazzunk, azaz magyarázat helyett egy olyan elérhető életérzést (pl. boldogság, könnyedség) közvetítsünk, amelyhez a célközönség tartozni szeretne;
- ne fogalmazzunk meg tiltást;
- a globális technikákat egyeztessük össze a helyi sajátosságokkal;
- azonosítsuk be a megfelelő platformot vagy platformokat, amelyeken keresztül kommunikálni

szeretnénk, ezek között hozzunk létre sorrendet és összefüggést, hogy egyik eszköz képes legyen támogatni a másik eszközt (pl. az iskolaújság szövege kérje meg az olvasót, hogy keressen rá Facebookon az ide tartozó videóra, amit egyébként egy Youtube-csatornán talál meg);

- az üzeneteket mai nyelven, a célcsoport szókészletének használatával, a műszavakat kerülve fogalmazzuk meg;
- ha tehetjük, zárjuk üzenetünket call to action mondattal, hogy az üzenetet befogadó úgy érezze, részese a hirdetésnek, amit lát, és egyetlen apró lépésre (pl. vásárlás) van csak attól, hogy elérje a reklámban bemutatott vágyott állapotot.

A fenti útmutató alkalmas lehet arra, hogy annak mentén hatásos és sikeres kampány épüljön fel. Azonban ahogy minden kampány esetében, úgy a gyermekelhízással szembeni kommunikációnál is fontos rögzíteni, hogy a viselkedésváltoztatás, az eddig berögzült életmód megváltoztatása hosszadalmas folyamat, az eredmények nem egy-két hét, és nem is egy-két hónap, hanem évekkel később mérhetőek valójában. Éppen ezért időbeli hosszában és pillanatnyi sűrűségében is érdemes odafigyelni a kommunikáció mennyiségére: azaz sokat és sokáig kommunikáljunk, az üzenetek ismétléssel rögzülnek.

62 Ezt a technikát alkalmazza többek között a Snickers is, amikor azzal zárja a reklámját, hogy „Te jössz!”.

IV. A LÉTREHOZÁS LÉPÉSEI

A. Járások kiválasztása

Girán J., Kollányi Zs., Pipicz M., Várfalvi M.

Az Útmutató ezen fejezete javaslatot fogalmaz meg azokra a járásokra vonatkozóan, amelyek a gyermekek egészségét javító komplex, részvételialapú népegészségügyi beavatkozások megvalósításával kapcsolatos tapasztalatok gyűjtéséhez szolgálhatnak próbahelyszíneként. A javasolt járások kiválasztásakor az elsődleges szempont, hogy a beavatkozások megvalósítása során minél több és sokrétűbb tapasztalatot lehessen a partnerségi kapcsolatépítésről, valamint a részvételialapú egészségvédelmi beavatkozások tervezéséről és megvalósításáról összegyűjteni. A széles körű tapasztalatszerzést az indokolja, hogy a próbaszakasz lezárását követően az ilyen jellegű átfogó országos beavatkozások tervezéséhez és megvalósításához minél több adat és információ állhasson a döntéshozók rendelkezésére.

A projekt kipróbálásnak szakaszában a járások kiválasztásának feladata jelenti egyrészt azoknak a járásoknak a meghatározását, amelyekben a tervezett közösségi egészségfejlesztési beavatkozások megtörténnek. Ezen túlmenően a kiválasztási feladat része olyan kontrollhelyszíneként funkcionáló járások kiválasztása is, ahol nem történik ilyen célú direkt és szervezett beavatkozás, így a próba- és kontrolljárások jellemzőinek összevetésével a próbahelyszíneken történő beavatkozások hatása monitorozható lehet.

1. Előzmények

Magyarországon a 2020. évben összesen 197 járás volt. A beavatkozások próbahelyszíneként szolgáló járások kiválasztásakor a feladat az, hogy ezen alapsokaságból a széles körű tapasztalatgyűjtés célját szem előtt tartva az optimális számú és a megfelelő jellemzőkkel bíró járások kiválasztásra kerüljenek.

A kiválasztási folyamat első lépéseként a következő feladatok fogalmazódtak meg:

- a kiválasztás szempontjainak azonosítása;
- a kiválasztásra kerülő járások számának meghatározása.

2. A projekthelyszínek kiválasztásának szempontjai

A projekthelyszínek meghatározásakor elsődlegesen azt szükséges eldönteni, hogy a kiválasztás milyen módszerrel történjen. A lehetséges módszerek a következők:

1. szisztematikus mintavételi eljárás alkalmazása a járások kiválasztásához;
2. Delphi-módszer alkalmazása a járások kiválasztásához;
3. szisztematikus mintavételi eljárás és a Delphi-módszer kombinációjának alkalmazása a járások kiválasztásához;
4. szakértők felkérése a járások kiválasztásához.⁶³

Jelen esetben mind a próbajárások, mind a kontrollhelyszíneként szolgáló járások kiválasztása – minél szélesebb körű és célzottabb tapasztalatszerzés érdekében – a szakértői felkérésen alapuló kiválasztás került alkalmazásra.⁶⁴ A járások kiválasztásának ezen megoldása esetén minden olyan szakértői szempont érvényesülhet, amelyet az országos Irányító Testület (oIT) tagjai a projekt országos kiterjesztésének előkészítéséhez meghatározónak tartanak, és a próbaszakasz lehetőségét kihasználva ezek relevanciáját ellenőrizni is kívánják.

Ily módon a járások kiválasztásakor érvényesítendő szakértői szempontként a következők javasoltak:

- a járásban működik-e EFI;
- a járásban az elmúlt 5 évben működött-e, illetve működik-e bármilyen, a közösségi egészségfejlesztést vagy egészségvédelmet célzó kezdeményezés vagy színtérprogram;
- a járásnak van-e egészségfejlesztési és esélyegyenlőségi terve;
- a járásban lévő településeknek van-e egészségfejlesztési és esélyegyenlőségi terve;
- a járásban az elmúlt 5 évben működött-e, illetve működik-e bármilyen közösségfejlesztést célzó kezdeményezés;
- a járás országon belüli földrajzi elhelyezkedése;
- a járást alkotó települések településnagyság szerinti összetétele;
- a járás gazdasági fejlettsége;
- a járás természeti, környezeti tényezői;
- a járásban lévő roma kisebbségi önkormányzatok száma.

A járások kiválasztásakor javasolt, hogy olyan járások kerüljenek kiválasztásra, amelyek az érvényesítendő szakértői szempontok alapján egymástól jelentősen különböznek (pl. alacsony településszám – magas településszám; keleti országrész – nyugati országrész stb.). Ily módon növekedhet annak esélye,

63 A járások kiválasztásához alkalmazható módszerek ismertetését a VI. fejezet Járások kiválasztásának módszertana rész tartalmazza.

64 A szakértői csoport az oIT tagja közül alakított munkacsoport volt.

hogy a kiválasztott járásokban az egészséget meghatározó, a társadalmi-gazdasági-természeti tényezők különbségén alapuló egészségi állapotbeli különbségek és az azok javítását célzó beavatkozások hatásainak különbségei monitorozhatóvá válhatnak.

3. Próbahelyszíneként kiválasztandó járások száma

A részvételalapú népegészségügyi beavatkozások megvalósításának próbahelyszíneként öt járás kiválasztása tűnt optimálisnak. Ennek oka, hogy a szakértői kiválasztási szempontokat tekintve ily módon olyan eltérő helyzetű járáspárok határozhatók meg, ahol a különböző helyzetek összehasonlítása a ta-

pasztalatszerzés lehetőségét tovább bővítheti. Az ötödik járás egy budapesti kerület lehet. Ebben az esetben az a tény, hogy egy nagyváros minden kerülete egy-egy önálló járásként is értelmeződik, önmagában is sajátos helyzetet jelent. Az ebben a viszonyrendszerben megvalósuló beavatkozásokkal kapcsolatos tapasztalatok a többi járásban megszerezhető tapasztalatokhoz képest egy külön csoportot képezhetnek.

4. Kontrollhelyszíneként funkcionáló járások kiválasztása

A kontrollhelyszíneként funkcionáló járások kiválasztásakor a fő szempont az lehet, hogy kontroll-jára-

Próbahelyszíneként javasolt járás	Indoklás
Sellyei járás (Baranya megye)	A járásban az EFOP – 1.8.9.-17-2017-00016 Komplex prevenciók program működik A járásban nincs nagyváros (járás székhely: Selye kb. 2750 fő). Jellemzően kistelepülésekből álló járás (összesen 38 település). Halmozottan hátrányos helyzetű régió. Magas a roma lakosság aránya.
Győri járás (Győr-Moson-Sopron megye)	Győr városa 25 éve aktív tagja a WHO Egészséges Városok Európai Hálózatának és a magyarországi nemzeti hálózatnak és ehhez kapcsolódóan folyamatos a helyi egészségfejlesztési programok működése. A járásban van nagyváros (járás székhely: Győr kb. 130 000 fő). A járás székhelyen kívül jellemzően kistelepülésekből álló járás (összesen 35 település). Gazdaságilag az egyik legfejlettebb járás.
Miskolci járás (Borsod-Abaúj-Zemplén megye)	A járásban nem működik közösségi egészségfejlesztési program. A járásban van nagyváros (járás székhely: Miskolc kb. 166 000 fő). A járás székhelyen kívül jellemzően kistelepülésekből álló járás (összesen 39 település).
Budapest XX. kerület Pesterzsébet	A járásban nem működik közösségi egészségfejlesztési program. A főváros egy kerülete, e helyzet minden sajátosságával (teljes népesség kb. 65 000 fő).
Békési járás (Békés megye)	A járásban nem működik közösségi egészségfejlesztési program. A járásban nincs nagyváros (járás székhely: Békés kb. 20 000 fő). A települések lélekszáma 1000 és 20 000 fő között változik (összesen 7 település).
Kontrollhelyszíneként javasolt járás	Indoklás
Fehérgyarmati járás (Szabolcs-Szatmár-Bereg megye)	A járásban nem működik közösségi egészségfejlesztési program. A járásban nincs nagyváros (járás székhely: Fehérgyarmat kb. 8000 fő). Jellemzően kistelepülésekből álló járás (összesen 50 település). Halmozottan hátrányos helyzetű régió. Magas a roma lakosság aránya.
Szegedi járás (Csongrád megye)	A járásban nem működik közösségi egészségfejlesztési program. A járásban van nagyváros (járás székhely: Szeged kb. 170 000 fő). A járás székhelyen kívül jellemzően kistelepülésekből álló járás (összesen 13 település). Gazdaságilag fejlett járás.
Székesfehérvári járás (Fejér megye)	Székesfehérvár 25 éve aktív tagja a WHO Egészséges Városok Európai Hálózatának és a magyarországi nemzeti hálózatnak és ehhez kapcsolódóan folyamatos a helyi egészségfejlesztési programok működése. A járásban van nagyváros (járás székhely: Székesfehérvár kb. 100 000 fő). A járás székhelyen kívül jellemzően kistelepülésekből álló járás (összesen 25 település). Gazdaságilag az egyik legfejlettebb járás.
Budapest XII. kerület, Hegyvidék	A főváros egy kerülete, e helyzet minden sajátosságával (teljes népesség kb. 60 000 fő).
Bátonyterenyei járás (Nógrád megye)	A járásban nincs nagyváros (járás székhely: Bátonytereny kb. 13 000 fő). A települések lélekszáma 1000 és 13 000 fő között változik (összesen 8 település).

sok társadalmi-gazdasági-természeti jellemzői a kiválasztott próbahelyszínjárással jellemzőivel minél inkább egyezzenek meg.

5. Próba- és kontrollhelyszíneként javasolt járássok

A próbahelyszíneként szolgáló járássok kiválasztását illetően javasolt, hogy olyan járássok kerüljenek kiválasztásra, amelyekben már jelenleg is működik

EFI. Ezáltal az EFI a helyi munka szakmai és szervezeti bázisaként szolgálhat. Mindezek alapján a próbahelyszíneként javasolt járássok a következők:

Azon járássok esetén, ahol jelenleg nem működik EFI, elsősorban a járásszékhely-település önkormányzata, továbbá minden ismert helyi civil vagy egyéb közösségi kezdeményezés számára szóló felhívás jelentheti a bevonás alapját.

B. Továbbképzés a szervezők számára

Kollányi Zs., Girán J., Nemesrévi M., Terebessy A., Pipicz M., Somhegyi A., Várfi M., Vitrai J.

1. Miért van szükség képzésre?

A jelen Útmutatóban vázolt módszertani megközelítés sokban alapoz a legkülönbözőbb érintett szakemberek már meglévő tudására, de több területen igényli új ismeretek, új készségek elsajátítását, és legfőképpen egy, a népegészségügyben általánosan elterjedtől eltérő szemlélet meghonosodását. Mindennek érdekében szükség van a résztvevők tudásának és készségeinek szélesítésére, fejlesztésére. Ebben a fejezetben a ajánlott/javasolt (tovább)képzés tartalmát és felépítését vázoljuk fel.

Jelen Útmutató elsősorban a projekt országos vezetőinek kíván segítséget nyújtani abban, hogyan támogathatják a helyi Partneri Együttműködések (PE-k) szervezőit munkájukban. Ebben a fejezetben a helyi és országos PE tagjainak ehhez szükséges tudások/készségek és az ezekhez rendelhető képzési programok körét mutatjuk be.

A fejezet két részre tagolódik. Először felvázoljuk, melyek azok a tudások, amelyekre a teljes folyamat valamely pontján valamely szereplőnek szüksége lehet, és hogy mely szereplőnek mely tudásterületeken lesz szüksége elmélyültebb ismeretekre és mely területeken kevésbé. Ezt követően röviden bemutatjuk, hogy mely tudásterületen milyen modulokat és milyen képzési formában érdemes átadni. A fejezet végén mindezt táblázatos formában is kivonatoljuk: ebben egyszerűen lehet követni, hogy a helyi vagy az országos szint mely szereplőinek pontosan mely területen milyen témában és milyen mélységben kell az adott tudást elsajátítania.

2. A szükséges tudások és készségek és a képzendők köre

Az országos és a helyi PE-ek rendszerének kialakításához, és ahhoz, hogy a helyi PE-ek működni, vagyis a lakosság egészségéért aktívan és eredményesen tenni tudjanak, sokféle tudás- és készségterületen kell az érintetteknek otthonosan mozognia.

Országos szint

A projekt országos szintű vezetői (IT, VT) jellemzően olyan szakemberek, akik a projektben szükséges tudások egy jelentős részének szakértői. Ezzel együtt elképzelhető, hogy azoknak a tudásoknak és készségeknek más területein, amelyek a projekt sikeréhez elengedhetetlenek, kevesebb ismerettel, tapasztalattal rendelkeznek. Ezért gondoljuk úgy, hogy a képzés egy része nekik is szól: hogy az alkalmazott eszközök és koncepciók előttük kevésbé ismert elemeit az országos vezető testületek tagjainak is meg kell ismerniük és el kell sajátítaniuk. Országos szinten meg kell különböztetnünk a) szervező(ke)t vagy koordinátor(oka)t, b) Irányító Testületet (IT), c) Tanácsadó Testületet (TT) és d) az egyes területeken bevont szakértőket.

Az országos szintű testületek vezetőinek és tagjainak, valamint a projekt koordinátorainak és a különböző területeken bevont szakértőknek az alábbi területeken kell tudással rendelkezniük:

- az egészségi állapotot befolyásoló rendszer komplex természetű;
- a komplex rendszerek jellemzői: összetett interakciók és a megismerhetetlenség jegyei;
- a részvételi módszerek mibenléte, lehetséges eszközei és jelentősége az egészségpolitikai döntéshozatalban;
- a viselkedésváltozás (COM-B modell);
- a partneri együttműködés jelentősége a helyi egészségfejlesztésben (health in all policies);
- az egészségtervezés alapjai, gyakorlata, jelentősége;
- módszertani alapok (hatásmérés, tervezés, teljesítményértékelés, monitorozás).

Helyi szint

A helyi PE-k tagjai jellemzően olyan szereplők, akik fő képzettségük alapján nem feltétlenül járatosak a népegészségügyi programokban, illetve egészségtervezésben: meglehetősen heterogén háttérű csoportra kell számítani. Ugyanez igaz lehet magára a

helyi PE szervezését végző csoportra is. Ugyanakkor a helyi szintű programokba is bevonhatók szakértők, de az ő tevékenységüknek is illeszkednie kell a projekt átfogó gondolati keretébe. Ezen túl érdemes a szemlélet alapjairól a projekt egyéb résztvevőit, a lakosságot is tájékoztatni. Helyi szinten a szereplők öt csoportját különböztethetjük meg: a) szervezők/koordinátorok, b) Irányító Testület, c) Véleményező Testület, d) szakértők, e) résztvevők.

A helyi szervezők és a PE tagjainak képzése az alábbi szempontokat kell, hogy célozza:

Motiváció felkeltése, pozitív attitűd elérése: jellemzően belső motivációk felkeltése szükséges (éredklődés felkeltése, kompetenciaérzés biztosítása, a programban való részvétel élménnyé tétele stb.).

Cselekvési hajlandóság elérése: a pozitív attitűd önmagában még nem jelent cselekvést, a bevonási módszerekkel lehet elérni a cselekvési hajlandóságot, a közösségi egészségért való tenni akarást. Ehhez társulhatnak külső ösztönzők (pl. finanszírozás).

Egészségtervezéshez szükséges készségek megalapozása; részvételi technikák elsajátítása; analitikus készségek fejlesztése: a közösségi alapú egészségtervezés folyamata (állapotleírás; „erőforrástérkép”, illetve „kompetenciaanalízis”; cselekvési terv; Szőke és mtsai, 2019) sokak számára riasztó lehet. A képzés célja az, hogy az érintettek a részvételi módszerek használatával közösen fel tudják tární a helyi/érintett közösség életminőségét, egészségét befolyásoló fontos tényezőket, és megfogalmazzanak olyan lehetőségeket, amelyek helyi erőforrások felhasználásával kihasználhatók, illetve amelyeket külső forrásból meglátásuk szerint biztosítani kellene. Az egészségterv írásos megfogalmazása a helyi (vagy megbízott) népegészségügyi szakember feladata.

Alapvető népegészségügyi ismeretek átadása, a fókuszban a komplexitással: a helyi PE által megvalósítani kívánt beavatkozásoknak jobbra illeszkednie kell az evidenciákon alapuló, igazoltan hatásos beavatkozások rendszerébe. Ennek érdekében az alapvető egészségcélokat, népegészségügyi szempontokat meg kell ismertetni a helyi PE tagjaival. Ezen képzésnek ugyanakkor kiemelt hangsúlyt kell fektetnie a komplexitásra, vagyis egyebek mellett arra, hogy mivel az egészségre ható tényezők egymással is sokrétű kölcsönhatásban vannak, ezért a kimenetek nem, vagy csak nagy bizonytalansággal határozhatók meg. Ezért egy adott program sikeressége nem választható el annak beágyazottságától, a helyi lakosok által megfogalmazott egészségdefinícióhoz és szükségletekhez, igényekhez való illeszkedésétől, a lokális kontextusban való elfogadhatóságától.

Az alábbiakban felsoroljuk azokat a területeket, amelyek elsajátítása az érintett különféle

szakterületekről érkező szakemberek számára szükségesek. Az egyes tudásterületeknél jelezzük, hogy a különböző (országos és helyi, irányító vagy résztvevő) szereplőknek milyen mélységben kell azt elsajátítania. Bizonyos specifikus, mélyebb szaktudást igénylő területekkel elég, ha helyileg csak egy-egy megfelelő, akár külső szakember foglalkozik. Ezzel együtt ezeknek a tudásoknak elérhetőeknek kell lenniük valamennyi résztvevő számára.

1. Elméleti alapok

1.1. Az egészségi állapot komplex rendszere

Ez a tudásterület a népegészségtan egy részterületére, az egészség meghatározóira és annak komplex természetére fókuszál. A projekt résztvevőinek egyrészt tisztában kell lenniük azzal, hogy a lakosság egészségi állapotára teljes környezetük hatással van, beleértve ebbe a saját viselkedésüket, gondolkodásukat is, ami szintén erősen meghatározott környezeti tényezők által. Vagyis az egészséget helyi szinten sem csak a szűken értelmezett egészségügy befolyásolja: valamennyi helyi döntésnek, minden szereplő minden cselekvésének lehet (és a legtöbbször van) hatása az egészségre. Másrészt tisztában kell lenniük azzal is, hogy ezek a hatások kölcsönhatásban vannak egymással is, vagyis a kívánt hatás eléréséhez nem elég az egyes akciókat önmagukban tekinteni: azokat mint a komplex rendszer részeit kell értelmezni.

1.1.1. Az egészség fogalma és modelljei

Az egészség fontossága, fogalma különböző megközelítésekben; egészséget befolyásoló tényezők és kölcsönhatásaik (időbeli is).

1.1.2. Egészségkultúra

A kultúra fogalmának kifejtése, szerepe a viselkedésben (egészségműveltség).

1.1.3. Rendszerszemlélet

A komplex rendszerek fogalma, tulajdonságaik, viselkedésük; az egészség társadalmi (környezeti) beágyazottsága és egyéb meghatározói.

1.1.4. Közösségek

Közösségek fogalma, szintjeik, részvételük szerepe az egészségben, egészséggyenlőtlenségek.

1.2. Viselkedésváltozás (COM-B modell)

Szorosan összefügg az egészség komplex meghatározottságával, hogy azt változtatni nemcsak hogy nem elég egy adott területre (pl. mozgás, dohányzás stb.) koncentrálni, hanem azt magát is komplexen kell megközelíteni, hogy mi teszi lehetővé az egyes szereplők számára, hogy magatartásukon változtassanak. Nem elég csak a tudást, a motivációt vagy a lehetőségek hozzáférhetőségét javítani, a három tényező mindegyike szükséges feltétel.

1.3. Részvételi módszerek

Az egészség komplex jellegéből egyebek mellett az is következik, hogy a rendszer és annak folyamatai nem ismerhetők meg a maguk teljességében. „Kívülről” nem meghatározható, hogy egy adott beavatkozásnak mi lesz a pontos (és teljes) hatása. A legjobb módszer a minél inkább a várakozásainknak megfelelő kimenetek eléréséhez ezért az, ha az érintettek (cselekvők és „résztevők”) minél szélesebb körét vonjuk be a felmérés, tervezés, megvalósítás fázisaiba. A helyi társadalom bevonása egyrészt lehetővé teszi a helyi szükségletek, igények és lehetőségek pontosabb és mélyebb megismerését, másrészt motivációt is teremt a folyamatban részt vevők oldaláról. A projekt alapvető eszköze ezért a részvételen alapuló tervezés és megvalósítás, vagyis a részvételi módszerek és technikák ismerete és alkalmazása, a facilitációra, csoportos beszélgetések vezetésére való képesség az egyik legfontosabb alapképesség elsősorban a helyi PE-k működtetésében.

1.4. Egészségtervezés

A projektben kialakított egészségfejlesztési beavatkozások, programok kerete az egészségterv. Az egészségterv elkészítésének és végrehajtásának módszertana számos olyan háttérismeretet feltételez, amelyek helyben nem feltétlenül állnak rendelkezésre (hatásvizsgálatok, statisztikai eszközök stb.). Ezzel együtt is fontos a helyi kapacitások fejlesztése ezen a területen. Az pedig elengedhetetlen, hogy – az akár mások által készített elemzéseket – a helyi szakértők képesek legyenek érteni, kompetensen értékelni és értelmezni, azok eredményeit adekvátan alkalmazni.

1.5. Az egészségfejlesztés közpolitikai tere

A helyi PE-k vezetőinek a legkülönbözőbb szervezetekkel, intézményekkel, helyi és magasabb szintű aktorokkal kell majd együttműködniük. Ezért tisztában kell lenniük azzal, kik ezek a szereplők (hogyan néz ki egy-egy közpolitikai terület intézményrendszere), valamint hogy ezek a szereplők milyen erőforrásokkal, döntési jogkörökkel, kompetenciákkal rendelkeznek, és milyen kötelezettségeket, feladatokat látnak el.

2. Gyakorlati ismeretek és készségek

2.1. Partnerség kialakítása

- 2.1.1. Érintettekkel való kapcsolatfelvétel (érdekcsoporthétképzés)
- 2.1.2. Kommunikáció (meggyőzés, mediáció, a személyre szabott kommunikáció jelentősége)

2.2. Részvételi módszerek alkalmazása

- 2.2.1. Részvételi eszközök és technikák ismerete, alkalmazása
- 2.2.2. Az egészség komplex szemléletének érvényesítése a részvételi folyamat keretében

2.3. Projektmenedzsment

- 2.3.1. Tervezés (feladatlista összeállítása, ütemezés, erőforrás-tervezés, monitorozás tervezése)
- 2.3.2. Irányítás (feladatkiosztás, megvalósítás nyomon követése, értékelése)
- 2.3.3. Feltételek biztosítása (erőforrások beszerzése, jogi, pénzügyi feltételek biztosítása)
- 2.3.4. Adminisztráció (előírt adminisztráció teljesítése, archiválás)

2.4. Egészségtervezés

- 2.4.1. A szükségletek felmérése, problématerkép készítése
- 2.4.2. Szolgáltatások tervezése, beavatkozáslista, cselekvési terv készítése
- 2.4.3. „Egészség minden szakpolitikában” elv alkalmazása a tervezésben és a megvalósításban, a helyi stratégiai tervek egészséghatásának vizsgálata
- 2.4.4. Monitorozási terv, elemzés

3. A képzés formája, módszerei

A tudás-készség-attitűd területét egyaránt kialakító/fejlesztő képzésekhez kulcsfontosságú a megfelelő módszertan megválasztása és az egyes módszerek arányos alkalmazása. Ismeretátadásra távoktatási formák is alkalmasak, azonban azok gyakorlatba történő átültetéséhez személyes részvételen alapuló, interaktív képzések is szükségesek, például problémamegoldási feladatokkal, projektmunkákkal, szerepjátékokkal, videóanalízissel.

A képzés fókuszja az egyes tudásterületeken belüli modulokra épül, hangsúlyosan a csoportmunkán alapuló tapasztalati tanulással. Valamennyi tudásterületen belül található olyan elem, ahol a frontális ismeretátadás is alkalmas eszköz, ami távoktatás formájában is megvalósítható. A tanulást elősegítő légkör és a megfelelő csoportdinamika kialakulása miatt ugyanakkor időről időre szükséges a képzésen részt vevők személyes jelenléte. A képzést ezért célszerű helyben megtartani 2–3 napos bentlakásos formában, segítve ezzel egyrészt a résztvevők ráhangolódását és figyelmük fókuszálását, másrészt a kapcsolatépítést köztük.

A modulok lehetséges formái ennek megfelelően az alábbiak:

- rövid (1–2 órás), fókuszált frontális előadás (online, nem valós idejű; a visszacsatolás lehetőségével)
- fókuszált frontális kurzus (4–6 órás) (online, nem valós idejű; a visszacsatolás lehetőségével).

Az elméleti anyagot feldolgozó rövid, tematikus gyakorlatok különböző témakörökben, személyes részvétellel, blokkosítva.

Az elméleti anyagot és a rövid gyakorlatok tapasztalatait integráló, 2 napos, szimulációs tréning. A tréning során a helyi PE-k szervezői a korábban

meghallgatott előadások és lezajlott gyakorlatok tapasztalataira építve elkezdik a tulajdonképpeni munkát. Ennek keretében a részvételi módszereket a gyakorlatban kipróbálva és alkalmazva kezdik el megalapozni a helyi PE-eket (pl. stakeholder-elemzés, SWOT-analízis, problématerkép felvázolása, különböző beavatkozások egészséghatásának becslése stb.).

A képzést (a program kezdetekor, vagy amikor ahhoz valaki a helyi PE szervezői szintjén csatlakozik) érdemes egy, az alaptudást és -készségeket biztosító, intenzív csoportos tréninggel kezdeni, amit távoktatási formában zajló, önállóan feldolgozható, elméleti képzés előz meg. Ez a képzés a helyi PE-k szervezői számára kötelező, de a projekt-

ben részt vevő más szereplők számára is hasznos lehet, jöllehet az egyes modulokat illetően eltérő mélységben. Az alapozó tréninget a későbbiekben választható és a felmerülő igényekre és szükségletekre szabható modulok egészítik ki.

A képzés eredményességének és a résztvevők elégedettségének megítéléséhez megfelelően kialakított visszajelzési, elemzésértékelési rendszert kell kialakítani, mely elsősorban kérdőíves, másodsorban fókuszcsoportmódszerrel valósítható meg.

A 4. táblázatban a korábban felsorolt tudásterületek kapcsán jelezzük, hogy az egyes országos és helyi szereplőknek mely tudásterületnek milyen mélységben való elsajátítására van szüksége a projekt sikeres végigviteléhez.

	Alapszint Középszint Magas/szakértői szint X. készségszint	Országos				Helyi			
		Szervező/ koordinátor	Irányító	Véleményezők	Shakértők	Szervező/ koordinátor	Irányító	Véleményezők	Shakértők
Elméleti alapok									
Az egészségi állapot komplex rendszere	Az egészség fogalma és modelljei								
	Egészségkultúra								
	Rendszerszemlélet								
	Közösségek								
Viselkedésváltozás (COM-B modell)									
Részvételi módszerek									
Egészségtervezés									
Az egészségfejlesztés közpolitikai tere									
Gyakorlati ismeretek és készségek									
Partnerség kialakítása	Érintettekkel való kapcsolatfelvétel (érdekcsoportterkép készítése)	X			X	X			X
	Kommunikáció				X				X
Részvételi módszerek alkalmazása	Részvételi eszközök és technikák ismerete, alkalmazása				X				X
	Az egészség komplex szemléletének érvényesítése				X				X
Projektmenedzsment	Tervezés				X				X
	Irányítás				X				X
	Feltételek biztosítása				X				X
	Adminisztráció				X				X
Egészségtervezés	A szükségletek felmérése, problématerkép				X				X
	Szolgáltatások tervezése, beavatkozáslista, cselekvési terv				X				X
	„Egészség minden szakpolitikában”. Az egészséghatás-vizsgálat				X				X
	Monitorozási terv, elemzés				X				X

4. táblázat: Az egyes tudásterületekhez tartozó képzési feladatok

C. Pályázat kiírása

Vitrai J., Girán J., Pipicz M., Várfalvi M.

1. Előzmények, előkészítés

A járási PE-k megalakítására alkalmasnak vélt járásokban toborzott szervezők felkészítését követően az országos PE pályázatot ír ki a járási/helyi PE-k megalakításának támogatására.

2. A pályázat célja

A pályázat célja, hogy a támogatást azok a járások kaphassák meg, amelyekben a helyi közösség – az erre felkészített szervezők segítségével – pályázattal bizonyítani tudja, hogy a járásban megvannak a feltételek egy járási/helyi PE megalakítására. A nyertes pályázó közösségek az országos PE által nyújtott támogatások (képzések, módszertanok, mentorálás) igénybevételeivel megalakítják a járási/helyi PE Irányító Testületeket (IT), majd azt követően az IT létrehozza a Tanácsadó Testületet (TT), és ezzel megalapítják a járási/helyi PE-ket.

3. A pályázati kiírás szövegének összeállítása

A pályázati kiírás bevezető részében célszerű a pályázatot kiíró, illetve a pályázati folyamatban közreműködő szervezetet nevesíteni, megjelölni jogszabályi vagy egyéb felhatalmazását és kapcsolódását a Népegészségügyi Program 3.0-hoz. Röviden fel kell vázolni a Népegészségügyi 3.0-t, hogy a pályázat háttere, értelmezése világos legyen a lehetséges pályázók számára.

A következő részben kell egyértelműen megfogalmazni a pályázat részletes céljait, megjelölve az elnyerhető támogatást.

Ezt követik a pályázat feltételei:

- a pályázat tartalmával és formájával kapcsolatos követelmények,
- a pályázók köre,
- a pályázatban támogatható tevékenységek köre,
- a pályázat futamideje,
- a pályázat benyújtásának, elbírálásának és eredményhirdetésének határideje,
- a pályázatok elbírálásának szempontjai és eljárása.

A pályázat dokumentációjának és elszámolásának rendje, szabályai

A pályázat tartalmi és formai követelményei

A pályázat céljának megfelelően ebben a részben kell meghatározni, milyen információk szükségesek annak megítéléséhez, hogy a pályázó közösség alkalmas a helyi PE létrehozásához. Ehhez a pályá-

zónak természetesen ki kell térni a PE megalakításának céljaira és a létrehozás feltételeire (korábbi tapasztalatok, a pályázatba bevont érintettek) is. A pályázat formai követelményeit úgy érdemes megszabni, hogy mind a pályázatkészítők, mind pedig a bírálók megterhelését minimalizálja. Emiatt célszerű a benyújtandó pályázat struktúráját, terjedelmét pontosan előírni.

A pályázat benyújtására ki kell alakítani vagy használni a meglévő digitális felületet, és elektronikus adat- és dokumentumkezelést kell kidolgozni, néhány nélkülözhetetlen kötelező papíralapú dokumentumot kivéve.

A pályázathoz ki kell dolgozni egy útmutatót és egy felhasználóbarát helpdeskhátteret.

A pályázók köre

Mivel a pályázati kiírást megelőzően a járási/helyi PE-k megalakítására alkalmasnak vélt járások már kiválasztásra kerültek, pályázatot csak az ottani közösségek nyújthatnak be. A pályázó közösségek típusára, formájára, összetételére, akár társulására nem célszerű előírást megfogalmazni. Így lehetőséget kell biztosítani tetszőleges szervezettségű és formájú (pl. egyesület, alapítvány, céltársulás, önkormányzat, intézmény gazdasági társulása, egyház stb.) közösség számára.

A pályázat benyújtásának határideje

A pályázati előkészítés során figyelembe kell venni a pályázat összeállításához szükséges közösségi tevékenységek (találkozók, egyeztetések, jóváhagyások) földrajzi és időbeli korlátozottságát is.

A pályázati követelmények és feltételek alapján elegendő időt szükséges biztosítani a pályázat elkészítésére, beadására.

A pályázatok elbírálásának eljárása

A pályázat, de a részvételen alapuló N3.0 projekt sikere szempontjából is döntő fontosságú, hogy a pályázatok elbírálása, a döntések meghozatala előre rögzített szempontok alapján, átlátható módon történjen. A bírálati szempontokat, az értékelési eljárást egyértelműen kell meghatározni, beleértve a bírálati folyamatban részt vevők körét, szerepét, a döntéshozó és szerződő fél nevében eljáró és/vagy közreműködő szervezet erre a feladatra felhatalmazott képviselőjét és az egyes szakaszok időtartamát. Ugyancsak rögzíteni kell a meghozott döntésről való értesítés módját, a szerződéskötés feltételeit.

4. A pályázati kiírás közzététele

A kiírás közzétételenek időpontját a kiválasztott járások szervezőinek felkészítő képzését követően rövid időn (legfeljebb egy hét) belül érdemes megválasztani, hogy a pályázat elkészítéséhez a közösség szervezése minél hamarabb megkezdődhessen. A pályázati kiírás ismertetését célszerű a felkészítő képzés részévé tenni, hogy a szervezők pontosan tisztában legyenek a pályázat céljaival, követelményeivel. A kiírást a kiválasztott járásokban a helyi médiában közzé kell tenni, illetve postán vagy elektronikusan megküldeni a járási önkormányzatoknak, népegészségügyi szervezeteknek.

5. Nyertes pályázók kiválasztása

Előzmények

Az országos Partneri Együtműködés (PE) pályázatot írt ki az előzetesen kiválasztott járási PE-k megalkotásának támogatására. A pályázat elkészítéséhez a kiválasztott járásokból önként jelentkező szervezők/koordinátorok az erre a célra szervezett felkészítésben vettek részt. A pályázat elkészítéséhez a szervezők/koordinátorok a médián keresztül először tájékoztatják, ezáltal érzékenyítik az érintetteket, azaz a lakosságot, az állami és nem állami szervezetek, intézmények képviselőit. Ezt követően egyéni és csoportos beszélgetéseken, fórumokon meggyőzik és mozgósítják őket arra, hogy alakítsanak járási/helyi PE-t, és ehhez pályázzanak támogatásra.

A benyújtott pályázatok értékelése

A határidőig benyújtott pályázatok értékelését az országos PE által megbízott testület végzi. A bíráló testület olyan felkért szakértőkből áll, akik a pályázati kiírásban is szereplő, előzetesen megadott szempontok szerint értékelésére felkészültek, és képesek elfogulatlan értékelést adni.

A pályázatok elbírálása a pályázati kiírásban meghatározott szempontok alapján történik. A szempontokat sorra véve az értékelő testület megvitatja, és egyetértést kialakítva pontozza az adott szempont alapján a pályázatot. Az egyes szempontok alapján adott pontokat végül a testület összegzi. Amennyiben a pályázati kiírás lehetővé teszi, az értékelő testület kiegészítő információkért a pályázókhoz fordulhat.

Az értékelő testület az összpontszám alapján tesz szövegesen megfogalmazott javaslatot a pályázatok támogatására.

Döntése a pályázati támogatásokról

Az országos IT az értékelő testület javaslatait mérlegelve dönt az egyes pályázatok támogatásáról. A döntésről a pályázati kiírásban meghatározott eljárást követve értesítik a pályázókat.

Járási egészségtervek készítésének támogatása

Az egészségtervezés módszere több mint három évtizede szolgálja világszerte az egyének és a közösségek egészségi állapotának megőrzését és a mindennapi környezet egészséget támogató módon történő alakítását. A járási egészségterv a magyarországi népegészségügyi eszközök között mintegy öt évvel ezelőtt jelent meg. E módszer célja az adott közösség egészségi állapotának, egészségkultúrájának, életkörülményeinek és a helyi erőforrások, szolgáltatások, valamint a közösségen kívüli hatások figyelembe vételével olyan sokszereplős egészségközpontú cselekvési program kidolgozása, amely a beavatkozási lehetőségek mérlegelésén alapul és az érintettek bevonására épít [bővebben Útmutató III. B fejezet]. Mindebből következően a járási egészségterv nem az egyes települések egészségtervének összefoglalása, hanem a járási települések által közösen meghatározott, járási szinten értelmezhető egészségproblémákra, egészségcélokra és azok stratégiai megoldására fókuszáló dokumentum.

A járási egészségtervek kidolgozásának támogatásaként az országos Partneri Együtműködés (oPE) számára a következő módszerek önálló vagy kombinált alkalmazását javasoljuk:

1) olyan tréningprogram kidolgozása, amely igény szerint lehetőséget biztosít a járások helyi szakemberei számára, hogy az egészségterv készítéséhez szükséges szakmai ismereteket elsajátítsák, majd a helyi egészségtervet ezek hasznosításával kidolgozzák.

2) az oPE létrehoz egy vagy több olyan szakértői csoportot, amelyek igény szerint a járásokat felkeresik, és helyben adnak szakmai támogatást az egészségterv kidolgozásához.

3) Az egészségterv készítéséhez szükséges ismeretek átadását célzó tréningprogram tematikájaként az alábbi témaköröket javasoljuk:

- az egészségtervezés mint stratégiai tervezési módszer;
- részvételi tervezés módszere;
- színtér-megközelítés és a közösségi alapú egészségfejlesztés;
- kulcsszereplő-elemzés módszere;
- egészségkép-készítés módszere.

A járási egészségterv kidolgozásának és megvalósításának támogatása érdekében javasoljuk továbbá, hogy a járási egészségterv elkészítésében részt vevő szakembereknek biztosított szakmai tréningen kívül az oPE ajánlja tréninglehetőséget helyi döntéshozók és kulcsszereplők egészségtervezés iránti érzékenyítése érdekében. Ezek a tréningek az egészségfejlesztési terv minél nagyobb támogatottságnak biztosítását szolgálhatják, és a helyi politikai és közösségi élet döntéshozóit (polgármesterek, képviselők, iskolaigazgatók, civil

szervezetek képviselői stb.) célozhatják egészségfókuszú érzékenyítéssel és az egészségfejlesztési tervezéssel, valamint a közösségi egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretbővítő előadásokkal és egyéb programokkal.

Az egészségterv készítéséhez biztosítandó szakértői támogatás

Az egészségterv készítéséhez biztosítandó szakértői támogatás keretében az oPE által felkért szakértőkből álló egy vagy több támogatócsoport segítheti a járási egészségtervek kidolgozásának helyi munkáját. A támogatócsoport minden olyan feladatot elláthat, amely vonatkozásában helyi erőforrás nem áll rendelkezésre.

A támogatócsoport létrehozása biztosíthatja a járási egészségtervek kidolgozásához szükséges egységes szakmai háttérrel az ország minden járásában. Ily módon mindenütt azonos minőségű szakértelem állhat rendelkezésre és az egészségtervek egységes szakmai standardok alapján készülhetnek.

A támogatás biztosításának egy módja lehet, hogy a járási adott szakértői munkaórakeretet kapnak/pályáznak és az egészségterv kidolgozása során ezt a számszerűsített támogatási kapacitást használhatják föl.

A szakmai támogatás igénybevétele igény szerint, pályázat útján avagy alanyi jogosultság alapján történhet. Az alanyi jogosultság esetén minden járás számára rendelkezésre áll ez a támogatás, azaz a járásoknak nem szükséges pályáznuk, hanem az oPE minden járáshoz szakértőket delegál a helyi munka támogatására. A támogatás igénybevételére való jogosultsággal kapcsolatos döntést az oPE hozza.

A szakmai támogatás akár alkalmi, akár rendszeres biztosítására az online valós idejű kapcsolaton alapuló konzultációs forma (Skype, Zoom, MS Teams stb.) ugyancsak alkalmas lehet. Ez a megoldás a személyes tanácsadás költséghatékony alternatívájaként, kiegészítőjeként is szolgálhat.

Járási egészségtervek elbírálása

A járási egészségtervek elbírálásával kapcsolatban javasoljuk, hogy e feladatot az országos PE által megbízott testület végezze. Célszerű lehet, hogy a bíráló testület olyan szakértőkből álljon, akik a megadott szempontok szerint értékelésére felkésztettek, és képesek elfogulatlan minősítést adni. A járási egészségtervek elbírálásának szempontjaival kapcsolatosan javasoljuk, hogy azok a járásiak számára előzetesen kerüljenek közreadásra.

A járási egészségtervek értékeléséhez az alábbi szempontokat javasoljuk:

- indokoltság,
- megfelelőség,
- hatékonyság,
- fenntarthatóság,

Az egészségtervek értékelése során az egyes szempontok érvényesülésének ellenőrzéséhez a következő kérdések megválaszolása adhat segítséget:

Indokoltság

A járási egészségtervek elbírálása során javasoljuk, hogy az indokoltság szempontjának érvényesülése abban az esetben legyen elfogadott, ha a tervben egyértelműen megfogalmazásra kerül, hogy a meghatározott célok és a tervezett beavatkozások az egészségterv kiemelt fontossággal ajánlott célterületeivel [III. B. fejezet] a járás sajátos jellemzőinek keretrendszerében értelmezve egyértelműen kapcsolatban állnak. Az ajánlott célterületek a következők: (1) az egészséges választás és az egészséges életkörülmények kialakításának támogatása; (2) az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek, készségek és motiváció fejlesztése; (3) a legnagyobb egészségvesztést okozó betegségek megelőzése, szövődményeik csökkentése; (4) a közösség bevonása a tervezett beavatkozások megvalósításába.

Az elbírálás során a terv indokoltságának eldöntését erősíthetik mindazok a szövegrészek, amelyek adatokkal, információkkal is alátámasztottan mutatják be, hogy az egészségterv céljai és az azok elérését szolgáló beavatkozások milyen alapokon fogalmazódtak meg és azok megvalósítására miért van a járásban szükség. Az adatok mind elsődleges, mind másodlagos adatgyűjtésből származhatnak. A részvételi tervezés módszerével gyűjtött adatok és információk felhasználásának megjelenítését is az indokoltságot erősítő releváns vonatkozásként javasoljuk tekinteni.

Megfelelőség

A járási egészségtervek elbírálása során javasoljuk, hogy a megfelelőség szempontjának érvényesülése abban az esetben legyen elfogadott, ha a tervezett beavatkozásokkal kapcsolatosan egyértelműen eldönthető, hogy alkalmazásuk meghatározott problémára irányul, és hozzájárul az egészségterv célrendszerének megvalósításához. További döntési pontként javasoljuk, hogy az értékelés során történjen meg annak a vizsgálata is, hogy az adott cél eléréséhez a legalkalmasabb eszköz/módszer/beavatkozás került-e kiválasztásra.

A kiválasztott eszköz/módszer/beavatkozás megfelelőségének eldöntését segítheti még, hogy az eszköz/módszer/beavatkozás előnyeinek, hátrányainak, korlátainak, a helyi közéletben várható hatásainak értékelése is részét képezi-e a tervnek és így a tervet készítőik mindezen aspektusokat a megvalósítás során figyelembe veszik-e.

Hatékonyság

A járási egészségtervek elbírálása során javasoljuk, hogy a hatékonyság szempontjának érvényesülése

abban az esetben legyen elfogadott, ha a tervezett beavatkozásokkal kapcsolatosan egyértelműen eldönthető, hogy a felhasználni tervezett források, valamint a várt eredmények egymással való összefüggése gazdaságilag is racionálisnak értékelhető. A hatékonyság értékelése során – szakértői becslés alapján – mind a pozitív, mind a negatív társadalmi-gazdasági-környezeti extern hatások figyelembe vétele is javasolt. Az extern hatások alatt mindazok a külső gazdasági hatások érthetők, amelyek nem, vagy csak nehezen számszerűsíthetők, és amelyeket elsősorban az egészségterv megvalósítása során tervezett beavatkozások indukálnak vagy erősítenek. Ilyen várt pozitív extern hatás lehet például az életmódváltozáshoz köthető fogyasztási szokások változásának gazdasági hatása, vagy az adott lakóterület presztízsének a közbiztonsági helyzet javulásához köthető emelkedése stb. Az extern hatások másrészt a negatív külső gazdasági hatásokat mérsékelhetik: a környezet-tudatosság fokozásának hatására bekövetkező környezetterhelés csökkentésével, avagy a közlekedésszükség javításával stb.

Fenntarthatóság

A járási egészségtervek elbírálása során javasoljuk, hogy a fenntarthatóság szempontjának érvényesülése abban az esetben legyen elfogadott, ha a tervezett beavatkozásokkal kapcsolatosan egyértelműen eldönthető, hogy azok eredményei a terv időtartama után is fennmaradhatnak-e.

Mindemellett a fenntarthatóság vonatkozásában javasoljuk azt is értékelni, hogy a tervezett beavatkozások meghatározásakor a tervet készítő a helyi érdekvizonyok rendszerét a tervezés során vizsgálták-e és ha igen, akkor milyen mértékben vették figyelembe, továbbá, hogy mindezek az összefüggések a tervben érvényesítésre kerültek-e.

6. Járási egészségtervek megvalósításának támogatása

A járási PE-k által készített egészségtervekben meghatározott célok megvalósításához szakmai segítséget nyújt az országos PE. A megvalósítandó célok a projekt szemléletében komplex beavatkozásokat igényelnek majd, így a szakmai támogatásnak is széleskörűen ehhez kell illeszkednie az újszerű népegészségügy szellemiségében. A támogatást az érintettek szükségleteinek és igényeinek figyelembevételével kell biztosítani. A szakmai támogatás megvalósulhat ajánlások kidolgozásával, képzések megtartásával és/vagy konzultációval.

Ajánlások kidolgozása

Az egészségterv teljes beavatkozási folyamatát lefedően igazoltan hatásos beavatkozásokról ajánlásokat kell készítenie az országos PE-nek a

releváns szakirodalom szisztematikus áttekintése alapján. Az ajánlások célja, hogy a megvalósítás folyamatát és az abban felmerülő kérdések döntéshozatalát támogassák az eredményesség érdekében. A szakirodalom feldolgozásának kellő kritikai olvasással és értékeléssel kell megtörténnie. Értékelni kell, hogy mi a tanulmány valódi eredménye, az eredmények megbízhatók-e és az eredmények alkalmazhatók-e a saját gyakorlatunkban. Az értékelés részletes szempontrendszere az Útmutató VI. F. fejezetében olvasható. Az ajánlásoknak tartalmaznia kell a szisztematikus áttekintés eredményeinek rövid összefoglalását, az irodalmi hivatkozásokat és az ajánlás minőségét a járási körülmények figyelembevételével. Az ajánlásoknak hosszúságukat tekintve mértékletességre kell törekedniük a felhasználhatóságot figyelembe véve. Az ajánlások minőségét a rendelkezésre álló irodalmi bizonyítékok minősége alapján lehet megállapítani. Legalább három kategória felállítása javasolt:

- olyan beavatkozások, amik hatásosnak bizonyultak a magas evidenciaszintű vizsgálatokban, ezért ezek alkalmazása javasolt;
- olyan beavatkozások, amelyek hatásosságára ellentmondó vagy közepes evidenciaszintű vizsgálatok vannak, ezért ezek alkalmazása megfontolandó;
- olyan beavatkozások, amelyek hatástalannak bizonyultak, ezért ezek alkalmazása nem javasolt.

Kellő mennyiségű és/vagy minőségű tanulmány hiányában az országos PE-nek saját szakértői véleménye alapján kell konszenzuális ajánlást megfogalmaznia.

Képzések megtartása

Az egészségterv megvalósításához a járási szervezőknek, a járási PE-nek (IT, TT, szakértők) és a résztvevőknek megfelelő tudásra, készségekre és attitűdre van szüksége. Ezek megszerzésének, kialakításának, valamint elmélyítésének érdekében képzéseket szervez az országos PE. A képzéssel kapcsolatos részletek az Útmutató IV. B. pontjában olvasható.

A képzés célja lehet az új népegészségügyi szemlélet elmélyítése és/vagy egyes járási beavatkozások sikeres gyakorlati alkalmazásához szükséges elméleti és gyakorlati ismeretek átadása. Például egyes járások „Füstmentes iskola programot” terveznek elindítani, amihez az országos PE képzést szervez. A képzés előtt e-learning formájában a résztvevők elsajátítják a szükséges ismertanyagot (pl. a dohányzással kapcsolatos hitek és tévhitek a serdülők körében, a dohánytermékek típusai, a dohányfüst összetevői, a dohányzás rövid és hosszú távú hatásai; az asszertív kommunikáció alapjai; médiahatás). A kétnapos személyes

részvételen alapuló képzésen pedig a program megtartásához mint beavatkozáshoz szükséges készségeket fejlesztik, pl. szimulált tantermi óra, videóanalízis, helyzetgyakorlatok formájában.

Konzultáció

Az országos PE-nek konzultációs lehetőséget kell biztosítani a járási egészségtervek megvalósítása során felmerülő kérdésekkel és a megoldandó problémákkal kapcsolatban. A járási egészségszervezők támogatása – a kapacitások figyelembevételével – mentorálás formájában a konzultációnál eredményesebb lehet. A konzultáció történhet digitálisan (online vagy offline), telefonon vagy személyesen. A projekt szempontjából azonban fontos, hogy a konzultáció tartalma írott formában dokumentálásra kerüljön. A felmerült kérdéseket és az arra

adott válaszokat a járási és országos PE tagjai számára elérhetővé kell tenni a megfelelő információáramlás érdekében.

Különböző konzultációs formák együttes biztosításával érhető el a legeredményesebb támogatás, így javasolt az alábbiak alkalmazása:

- szakmailag moderált online fórum,
- mentorálás,
- telefonos konzultáció helpdesk formájában,
- konferencia,

A kialakítandó online rendszerrel kapcsolatos elvárások:

- jogosultsági szinteknek megfelelő hozzáférhetőség,
- szabad kérdés lehetőség,
- szakmai moderálás,
- megfelelő válaszadási idő.

V. MONITOROZÁS

A. Bevezetés

Vitrai J., Girán J., Pipicz M., Sándor J., Tóth G.

Egy projekt vagy program monitorozása a projekt állapotában bekövetkező időbeli változások nyomon követésére kidolgozott rendszeres adat- és információgyűjtést, feldolgozást, elemzést és értékelést jelent. A megvalósítás folyamatát folyamatmutatókkal, az elért eredményeket eredménymutatókkal jellemezhetjük. A megvalósítás folyamatmutatókkal való nyomon követése – amennyiben a program a tervezettől eltérően alakul – „menet közbeni” módosításokra biztosít lehetőséget. A megvalósítás során gyűjtött adatok és információk, továbbá egy következő vagy máshol megvalósítani tervezett projekt ütemezéséhez és a szükséges erőforrások tervezéséhez hasznosíthatók. Az így nyert tapasztalatok segítenek megérteni, milyen tényezők akadályozták vagy segítették a projekt megvalósítását. Ezek a tapasztalatok nélkülözhetetlenek a projekt más térségekben vagy más társadalmi csoportokat célzó megvalósításához. Ez különösen fontos egy kísérleti (pilot) program esetében, amelynek tapasztalatai alapján a projektet széles körben kiterjeszteni tervezik.

A program megvalósításának sikerességét leggyakrabban annak a célokhoz kötött eredményei igazolják, ezért az előre tervezett és mért eredménymutatók értékeinek elemzése, a megvalósítás körülményeinek ismeretében történő értékelése döntő fontosságú. Egy beavatkozás eredményességét úgy tudjuk meggyőzően kimutatni, ha az eredménymutatókban megfigyelt változásokat a beavatkozásunkhoz tudjuk kapcsolni. Ez a gyakorlatban legtöbbször korántsem könnyű. Bizonyítanunk kell, hogy a kimutatott változást (például egy iskolában a testtömegindex csökkenését) kizárólag a mi egészséges étkezést és a több testmozgást előmozdító beavatkozásunk okozta. A valóságban azonban nem lehetünk biztosak abban, hogy a mi beavatkozásunk mellett más tényezők nem járultak-e hozzá az eredménymutatók értékének megváltozásához. (Lásd az 1. szövegdoboz példáját!)

A bizonyításhoz először is olyan vizsgálati elrendezésre van szükség, ami biztosítja az eredménymutatókban bekövetkezett változások és a beavatkozás közötti ok-okozati viszony igazolását. Ehhez gyakran ún. előtt-után vizsgálatot végeznek, azaz a beavatkozás megkezdése előtt megméri az eredménymutatók értékét, majd a beavatkozás után ismét megméri, és a különbséget a beavatkozás-

Vajon csakis a mi egészséges étkezést és több testmozgást előmozdító, egy tanévig tartott programunk elégtelensége okozta, hogy egy adott iskolában nem sikerült kimutatni testtömegindex-csökkenést a felső tagozatosok körében? Milyen magyarázat merülhet még fel? Lehetséges alternatív magyarázatok:

A program időszakában újjáépítették az iskolai tornacsarnokot, és az udvari testmozgási lehetőségek nem pótolták a tornatermi edzéseket.

A felső tagozatosok közül egyre kevesebben veszik igénybe az iskolai étkeztetést, helyette a nemrég megnyílt közeli gyorséttermeket látogatják.

Ismeretes, hogy a felső tagozatban a magasabb évfolyamokon egyre kevesebben végeznek az ajánlásoknak megfelelő testmozgást, ami növekvő testtömegindexszel jár együtt. A program eredményes volt, mert növekedés helyett változást nem tapasztalhattunk.

1. szövegdoboz

nak tulajdonítják. Igen ám, de még így sem zárható ki, hogy a beavatkozásunkkal párhuzamosan más tényezők is hozzájárultak a változásokhoz. Ezért végeznek ún. kontrollcsoportos vizsgálatokat, amikor a vizsgálati személyek egy csoportján (kísérleti csoport) megvalósítják a beavatkozást, míg egy másik csoporton (kontrollcsoport) nem. A beavatkozás hatásának ilyenkor a két csoportban tapasztalt változások különbségét tartják. A célkitűzéseknek megfelelő vizsgálati elrendezés és az ahhoz illesztett eredménymutatók kiválasztása komoly epidemiológiai szakértelmet igényel, meggyőző bizonyítékok eléréséhez pedig szakértők bevonása elengedhetetlen. (Lásd a 2. szövegdoboz példáját!)

A bizonyításhoz másodsorban törekedni kell, hogy a beavatkozás megvalósítása minél pontosabban, a tervezettnek megfelelően történjen. Például a megcélzott csoport a tervezett módon vegyen részt a programban, amit a megvalósító a tervezetthez hűen hajtanak végre.

A korábbi egészségfejlesztési beavatkozások szigorú módszertannal végrehajtott utánvizsgálatai gyakran nem tudják igazolni azok hatásosságát. Például az általános iskolai elhízás visszaszorítását célzó programok utóelemzése alapján brit kutatók

Hogyan tudnánk bizonyítani, hogy a mi egészséges étkezést és több testmozgást a felső tagozatosak körében előmozdító, egy tanévig tartó, testtömegindex-csökkenést célzó programunk hatásos? A projekt indulásakor és a végén kalibrált eszközökkel magasságot és testtömeget mérnek a két csoportba osztott tanulókon. A kísérleti és a kontrollcsoportba véletlenszerűen választják ki évfolyamonként a tanulókat. A kísérleti csoport tanulói részt vesznek az egészségfejlesztési programban, míg a kontrollcsoport tagjai nem. A magasság- és a testtömegadatokból számított index kiindulási és programvégi értékének tanulóként kapott különbsége (változása) az eredménymutató. A projekt eredményességét a két csoport átlaga közti eltérés jelzi: ha a kísérleti csoportban jobban csökkent vagy kevésbé növekedett, mint a kontrollcsoportban, akkor sikeresnek tarthatjuk a programot.

Megjegyzés: E helyütt a nem ismertett többféle buktató közül most csak az ún. placebohatásra hívjuk fel a figyelmet: a kísérleti csoport tagjai tudva, hogy ők egy nagyszerű egészségfejlesztési programban vesznek részt, lelkesen kezdik követni az egészséges életmódra vonatkozó, már korábban hallott, de eddig figyelmen kívül hagyott tanácsokat, és emiatt – bár az egészségfejlesztési program valójában hatástalan – mégis fogynak a kontrollcsoporthoz viszonyítva.

2. szövegdoz

a következő megállapításra jutottak: „Az elméletre alapozott, gondosan kipróbált, a protokoll előírásainak megfelelően kivitelezett beavatkozásunkkal, amibe sikeresen bevontuk, majd követtük a célcsoportot, nem tudtunk az elhízás megelőzése területén hatást kimutatni. Bár az iskola a lakossági egészségfejlesztés ideális színtere, az iskolai egészségfejlesztés, úgy látszik, nem eléggé intenzív ahhoz, hogy mind az iskolai, mind a családi környezetre és ezáltal a gyerekek tápláltsági státuszára hatással legyen.”

Fel kell hívni a figyelmet, hogy ennek a projektnek (járási PE-k létrehozásának) a monitorozása nem azonos a létrehozandó járási PE-k majdani tevékenységének monitorozásával. Ezért az alábbiakban két monitorozási koncepciót mutatunk be: egyet a járási PE-k létrehozásának támogatására, egyet pedig a járási PE-k által a járási egészségterv keretében megvalósítandó összetett népegészségügyi beavatkozásokra vonatkozó. Mielőtt azonban a két elgondolást felvázolnánk, érdemes a monitorozás lépéseit vázlatosan áttekinteni.

B. A monitorozás szakaszai

Vitrai J., Girán J., Pipicz M., Sándor J., Tóth G.

A monitorozás a fentiek alapján általában a következő szakaszokra bontható:

- Tervezés
- Adat- és információgyűjtés előkészítése
- Adat- és információgyűjtés megvalósítása
- Elemzés-értékelés

1. Tervezés

Az első feladat a projekt céljainak megfelelő folyamat- és eredménymutatók kiválasztása. Ezt a korábban elkészített projektterv alapján célszerű elvégezni. A projekt tervezésekor már meghatározták a projekt megvalósításának szakaszait és az azokat alkotó feladatokat, valamint az egyes feladatok teljesítéséhez szükséges erőforrásokat és határidőket. A folyamatmonitorozás mutatói ezekhez kapcsolhatók. Például „igen/nem” típusú mutató lehet egy adott feladat határidőre történő teljesítése, vagy hogy egy feladathoz tervezett erőforrás elegendő volt-e. Az eredménymutatók értelemszerűen a projekt célkitűzéseinek teljesülését jelzik, például a dohányzás visszaszorítását célzó projekt esetében a dohányzók

aránya lehet alkalmas mutató a cél teljesülésének jelzésére. Mind a megvalósítás folyamatát, mind annak eredményét befolyásoló körülmények megismeréséhez szükség lehet továbbá kvalitatív vizsgálatra is. (A beavatkozások tervezéséhez és megvalósulásuk értékeléséhez lásd a VI. fejezetben a „Beavatkozások tervezése, értékelése” című ismertetőt!)

2. Adat- és információgyűjtés előkészítése

A mutatók kiválasztása után a mutatók értékeinek megállapításához szükséges adatforrások, az adatgyűjtés módjának és időpontjának meghatározása következik. Az ismeretekben és az attitűdökben bekövetkező változás nyomon követéséhez például az ismeret- és attitűdfelmérés módszertanát (pl. a tablettal történő kérdőíves felmérésre felkészítő képzés előtt-után a résztvevők körében) kellene meghatározni, majd a megfelelő kérdőívet kifejleszteni, tesztelni, majd véglegesíteni.

Ahhoz, hogy az összegyűjtött adatok, információk hűen tükrözzék a valóságot, a gyűjtés feladatát megfelelően felkészített, alaposan kiképzett sze-

mélyekre kell bízni. A speciális képzés nemcsak a gyűjtés technikájára, hanem a gyűjtendő adatok, információk megbízhatóságát veszélyeztető tényezőkre is vonatkozik. A kérdezőket például arra is meg kell tanítani, hogy viselkedésükkel ne befolyásolják a kért válaszát.

3. Adat- és információgyűjtés megvalósítása

Az előre meghatározott időpontokban és módszerrel a projekt erre felkészített munkatársai végrehajtják az adatok és az információk összegyűjtését.

4. Elemzés-értékelés

Az összegyűjtött adatokból digitális adatbázisokat képeznek. Az adatokat ellenőrzik, majd tisztítják, és a tisztított adatbázisokon elvégzik a statisztikai elemzéseket. A beszélgetések, dokumentumok tartalmát kódolják, kategorizálják. Az eredmények értékelése alapján a szakértők jelentéseket, tanulmányokat készítenek, és azokat különböző formában közzéteszik.

C. Járási PE létrehozásának monitorozása

Vitrai J., Girán J., Pipicz M., Sándor J.

1. Tervezés

Az országos PE megalakításának célja öt járási PE létrehozásának támogatása és működésük megindítása volt. A projekt megvalósításának folyamata a feladatok határidőben történő teljesülésével jellemezhető. Mivel a projekt kulcseleme a részvételalapúság, további folyamatmutató lehet még az IT és a TT tagjainak projekthez kapcsolódó ismereteiben, attitűdjében bekövetkező változás. Ehhez az erre elvégzendő felmérés kérdéseire a PE megalakítása előtt és után adott válaszok szolgálnak adatforrásként.

Az eredménymutatók ebben az esetben egyrészt a megalakuló PE-k száma, másrészt a működés megindulását igazoló mutatók, mint az elkészült járási egészségtervek száma vagy a PE szervezeti (IT és TT) üléseinek száma. A kísérleti projekt kiterjeszhetőségének megítéléséhez hasznos lehet a PE megalakításában részt vevőkkel folytatott beszélgetések elemzése a szándékok, a felmerült problémák megismerése, megértése szempontjából.

2. Adat- és információgyűjtés előkészítése

A járási PE-k megalakítása támogatásának folyamatát a projekttervben táblázatos formában szereplő feladatok megvalósításának naplózásával érdemes rögzíteni. A táblázatban egy-egy feladathoz a teljesülés időpontjának feljegyzése mellett megjegyzésekben lehet az esetleges észrevételeket, tapasztalatokat rögzíteni. A feladatok teljesülésének naplózásához, a tapasztalatok rögzítéséhez az országos IT-nek kell alkalmas személyt kijelölnie, illetve a naplózáshoz szükséges információáramlást biztosítania.

Az ismeretek és az attitűd változását felmérő kérdőív kifejlesztéséhez célszerű már meglévő hazai vagy nemzetközi kérdőíveket felhasználni. A kérdőívet a felmérés során valamennyi IT vagy TT megalakulási rendezvény résztvevőinek az ülés megkezdése előtt, majd a végén ki kell töltenie.

A kérdőív kitöltése történhet papíron vagy ha megoldható, számítógépen vagy telefonon. Egy kérdőív felmérés megtervezése, megvalósítása és értékelése speciális szakismereteket igényel, ezért ilyen szakemberek bevonása a felmérésbe nélkülözhetetlen. Interjúk készítésére, fókuszcsoporthoz tartására kiképzett szakértőt célszerű megbízni, és a projekttel kapcsolatos ismeretek átadásával felkészíteni. Összeállítják az elemzési tervezett dokumentumok listáját.

3. Adat- és információgyűjtés megvalósítása

A megvalósítás naplózását az erre kijelölt személy a hozzá beérkező információk alapján folyamatosan elvégzi. Ehhez célszerű egy központi adatgyűjtő programot fejleszteni és működtetni.

Az ismeret- és attitűdfelmérés megkezdése előtt szóbeli tájékoztatást szükséges a résztvevőknek nyújtani a felmérés céljáról, az adatok felhasználásának körülményeiről (anonimitás biztosításáról), illetve nyilatkozatot kitölteni a tájékoztatásban részesülésről. Ezt követően kerülhet sor a kérdőívek kitöltésére. Az interjúkhoz és a fókuszcsoporthoz tartáshoz alkalmas helyiségekben a felkészített szakértők lefolytatják a beszélgetéseket. Összegyűjtik az elemzéshez kiválasztott dokumentumokat.

4. Elemzés-értékelés

Az értékelés egyrészt a projekt megvalósíthatóságára vonatkozó tapasztalatok összegzése a későbbi kiterjesztés céljából. A másik cél a projektbe bevont személyek (IT- és TT-tagok) ismereteinek, attitűdjének megváltoztatására irányuló tevékenység sikerességének vizsgálata. Az előbbihez a projekt napló, illetve a kvalitatív vizsgálat eredményei szolgálnak forrásként, az utóbbihoz a felmérésben kitöltött kérdőívek. Az adatok elemzését, az eredmények értékelését a szakemberek elvégzik és közzéteszik.

D. Járási PE-k összetett népegészségügyi beavatkozásainak monitorozása

Vitrai J., Pipicz M., Sándor J., Somhegyi A.

Mint fentebb jeleztük, a monitorozás legtöbb lépése speciális szakismereteket igényel, ezért a járási PE-k monitorozási feladatai kapcsán külön is hangsúlyozni kell, hogy a járási PE-k nem nélkülözhetik a kérdőívfejlesztés és a felmérések területén jártas szakértők bevonását.

A következőkben olyan problémákra hívjuk fel a figyelmet, amelyek járási szintű projektek esetében eltérnek az országos szintű PE monitorozási tevékenységeihez leírtaktól.

A járási egészségterv végrehajtása során elengedhetetlen a megvalósítás folyamatos monitorozása. A különböző résztvevők által végrehajtott, többféle elemből összeálló „beavatkozáscsomag” megvalósulásának szoros nyomon követése azért is különös fontosságú, mert egy ilyen összetett népegészségügyi beavatkozás kimenetei nehezen jósolhatók előre. A folyamatmutatók időközi értékelése segíthet ellenőrizni, hogy a megvalósítás a tervezettnek megfelelően zajlik-e. Éppen ezért a járási PE-k tevékenységének monitorozásához a járási egészségterv feladataihoz illesztett, viszonylag nagyszámú, különféle folyamatmutató kiválasztása szükséges.

A járási PE-k másik sajátossága, hogy a gyermekek egészségének javítására irányuló kezdeményezésük csak akkor lehet sikeres, ha sok különféle szereplő összehangoltan cselekszik. Emiatt kulcsfontosságú a résztvevők releváns ismeretében és attitűdjében bekövetkező változás nyomon követése.

Az országos PE-vel kapcsolatban leírtakon túl a járási PE-k monitorozásának tervezésekor figyelembe kell venni, hogy tevékenységük célja a gyermekek egészségében kimutatható javulás elérése. Az eredménymutatók első köre így természetesen az egészségi állapotról vonatkozik. Mivel az egészséget a viselkedés erősen befolyásolja, ezért a mutatók második részével az egészségmagatartásban bekövetkező változásokat kell monitorozni. Az egészségmagatartást ugyanakkor a gyermekek fizikai és társas környezete alapvetően meghatározza, ezért az eredménymutatóknak a gyermekek családi és intézményi, valamint az ezeken kívüli környezetére is vonatkozniuk kell. (5. táblázat) Tartós javulásra csak akkor számíthatunk, ha mindegyik felsorolt mutatókörben kedvező változást tudunk megfigyelni. Ehhez a beavatkozások előtt és utána is szükséges a mutatók értékeit meghatározni. A mutatók kiválasztásához az 5. táblázat kínál néhány példát, valamint további példákat tartalmaz a VI. fejezet H. fejezete.

Az egyes járásokban összeállított „beavatkozáscsomagok” megvalósításával szerzett tapasztalatok általánosíthatósága nagymértékben függ a konkrét körülmények különbözőségétől. Éppen ezért a monitorozásban kiemelten kell figyelni a megvalósítást támogató és akadályozó tényezők vizsgálatára. [Erről részletesebben ugyancsak a VI. fejezetben H. pontjában olvasható.]

MUTATÓK			
FOLYAMATMUTATÓK		EREDMÉNYMUTATÓK	
Országos	Járási	Országos	Járási
részfeladatok időben teljesülése	részfeladatok időben teljesülése	létrejött járási PE-k száma	túlsúlyos gyermekek aránya a járásban
országos PE tagjainak ismeret- és attitűdváltozása	járási PE tagjainak ismeret- és attitűdváltozása	járási egészségtervek száma	ajánlásnak megfelelő mennyiségű testmozgást végző gyermekek járási aránya
	programba bevont iskolák száma	járási PE IT-ülések száma	tankerttel rendelkező iskolák járási aránya
	programba bevont külső szakemberek száma	járási PE VT-ülések száma	dohányzó szülővel élő gyermekek aránya a járásban
	programba bevont egyéb szervezetek száma		

5. táblázat: Beavatkozások monitorozásához példaként ajánlható néhány mutató

VI. FONTOS TUDNIVALÓK A GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSHOZ

A. A részvételi módszerek története és gyakorlati példái

Várfi M., Kollányi Zs.

1. A részvételi módszerek története

Az 1960-as években, amikor a terminus az akkori emberi jogi és demokratikus mozgalmak révén bekerült a köztudatba, elsősorban a társadalmi döntéshozatali mechanizmusokra alkalmazták. Nagyon hamar (újra)felfedezték azonban maguknak a piaci szervezetek, részben Kurt Lewin munkásságára is alapozva, aki még évtizedekkel korábban találta azt, hogy a különböző vezetési stílusok közül a demokratikus stílustól várható a legjobb eredmény.⁶⁵ A részvételi módszerek egyik legnagyobb „felhasználója” ma is az üzleti szféra, illetve – általánosabban – a különféle szervezetek, melyek a saját, belső stratégiai vagy egyéb döntéseikben alkalmazzák a részvételi megközelítést. A részvételen alapuló vezetői stílus (participative leadership) lényege, hogy a vezető/menedzsment folyamatos párbeszédet, eszmecserét generál a munkavállalóival, miközben ellátja őket információkkal, ő is megosztja velük ötleteit, és kíváncsian várja az ő ötleteiket. Ebből a folyamatból végül valahogy újítások, döntések születnek, ennek pontos módja lehet többé vagy kevésbé demokratikus.⁶⁶ A folyamat két legfőbb előnye a „kollektív intelligencia” learatása mellett a döntéshozatalba bevont munkavállalók oldalán jelentkező, de a munkáltató számára is előnyös pszichológiai hatások (pl. elköteleződés).⁶⁷ Az alábbiakban mi a módszer civil/közösségi alkalmazására fogunk koncentrálni, de érdemes megfontolni, hogy ha a profitorientált szervezetek is ilyen élénk érdeklődést mutatnak a részvételiség iránt, az valószínűleg az élő bizonyíték a módszer hasznosságára.

Az elmúlt 60 évben különféle helyeken, különféle szervezeti keretek között, különféle célokra

alkalmazták a módszert, gyűjtöttek össze nagyon sok tapasztalatot az emberek. Eközben maga a részvételiség is szükségszerűen változott, irányzatokra vált szét és ezek egymástól részben függetlenül fejlődtek. Mára sokféle, eltérő módszertannal működő, eltérő célokat kitűző megközelítéssel találkozhatunk.⁶⁸ Ugyanakkor az elmúlt évtizedben egyre több helyen jelent meg a részvételi módszer a közösségi döntéshozatalban is. Mára rendkívül széles az alkalmazott formák és eljárások palettája.

A közösségek bevonása az egészségfejlesztési programok kialakításába, miként maga a részvételiség általában, nem új gondolat. A megközelítés egyik legfőbb támogatója, a WHO már az 1978-as alma-atai deklarációja⁶⁹ óta élen jár a közösségi egészségfejlesztés propagálásában. A hol erőre kapó, hol kifulladás, folyamatosan fejlődő és átalakuló mozgalom története során nagy mennyiségű tudás és tanulság gyűlt össze. A Partneri Együttműködések (Coalition of Partners) rendszerének felállítását, amelynek jelen Útmutató a magyarországi tapasztalatait és ajánlásait foglalja össze, 2017-ben kezdeményezte a WHO. A program a népegészségügyi szolgáltatások megerősítését célozza a WHO európai régiójában, és elsődleges megközelítése a „társadalom egészének” bevonása (whole-of-society approach), ami a „kormányzat egészének” (whole-of-governance) bevonását egészíti ki. A „társadalom egésze”, vagyis nem csupán a döntéshozók, a szakértők, az egészség társadalmi meghatározóira különféle módokon hatással levő intézmények képviselői, de a piaci szereplők és a civilek, vagyis a közösségek, egyének a program kiinduló elképzelései szerint is részvételi módon vonható be.⁷⁰

65 Burnes, Bernard: Kurt Lewin and the Harwood Studies – The Foundations of OD. *The Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 43 No. 2, June 2007 213–231.

66 Gastil, John (1994): A definition and illustration of democratic leadership. *Humand Realties*, Vol. 47. No. 8.

67 Huang, Xu – lun, Joyce – Liu, Aili – Gong, Yaping (2010): Does participative leadership enhance work performance by inducing empowerment or trust? The differential effects on managerial and non-managerial subordinates. *Journal of Organizational Behavior J. Organiz. Behav.* 31, pp. 122–143.

68 Polletta, F. (2016): Participatory enthusiasms: a recent history of citizen engagement initiatives, *Journal of Civil Society*, 12:3, 231–246, DOI: 10.1080/17448689.2016.1213505.

69 WHO (1978): Declaration of Alma-Ata, https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

70 WHO (2019): Governance snapshot: whole-of-society approach The Coalition of Partners for Strengthening Public Health Services in the European Region, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/413156/Governance-Snapshot-The-Coalition-of-Partners-for-Strengthening-Public-Health-Services-ENGv2.pdf?ua=1

2. Magyarországi példák a társadalmi részvételre

Az elmúlt két évtizedben Magyarországon főként a városrehabilitáció keretében történő közterületi fejlesztések kapcsán került sor a közösségi tervezés alkalmazására. Leginkább köztterek, azon belül is főleg parkok megújításakor, de van példa belső udvarok megújítására is közösségi tervezéssel.

Budapest III. kerületében 2015-ben indult a közösség bevonására építő településfejlesztési program. Ennek keretében a különböző városrészek lakosait lakossági fórumokon, kérdőívekben kérdezték meg elképzeléseikről, preferenciáikról saját közvetlen lakókörnyezetükkel kapcsolatban. A részvételi tervezés jól definiált helyszínekkel kapcsolatban ismételt találkozók során zajlott, amelyeken a lakosok, a tervezők és a döntéshozók is jelen voltak. A projekt dokumentációja itt tekinthető meg: <https://obvf.hu/>.

Budapesten Újpalotán egy helyi lakosok, civil szervezetek és szakemberek által létrehozott közösség állt a helyi terek fejlesztésének élére. Lakossági fórumokat tartottak, kérdőíves formában kérdezték ki a helyi lakosokat a helyi Fő tér jövőbeli kialakításával kapcsolatos elképzeléseikről, vágyaikról. Kapcsolatba léptek a helyi önkormányzattal is. Végül tevékenységüket csak részben koronázta siker, az önkormányzat ellenfelet, nem pedig partnert látott bennük. Bővebben: Bardóczy – Giczey (2010).⁷¹

Budapest VIII. kerületében a Magdolna-negyed rehabilitációja során a munka tervezésének és kivitelezésének egyes fázisaiban (lakóépületek rehabilitációja, Mátyás tér és környékének fejlesztése) különböző módszerekkel bevonták a helyi lakosokat is. A folyamat eredményes, de küzdelmes is volt egyben. Bővebben: Fritsch (2012)⁷², Bardóczy – Giczey (2010).⁷³

Balatonboglár Önkormányzata egy külső céget kért fel a település Integrált Városfejlesztési Stra-

tégiájának megalkotására. A cég, szinte teljesen kívülállóként, személyes helyi szövetségesek felkutatása és alapos helyzetfelmérést követően először homogén fókuszcsoporthoz beszélgetéseket szervezett (az egyes érintett csoportoknak külön-külön). A csoportok résztvevőiben megfogalmazódott, hogy rendszeresíteni kéne a hasonló megbeszéléseket. Az itt szerzett tudással felvértezve a cég terveket készített és ezeket egy lakossági fórum elé vitte. A későbbiekben a közösség aktívan részt vett a végleges fejlesztési terv kidolgozásában is. A végleges döntéseket a finanszírozó önkormányzat hozta meg. Bővebben: Bardóczy – Giczey (2010).⁷⁴

Tíz különböző környezeti relevanciájú helyi ügy történetét dolgozza fel Radácsi László és Pataki György kötete (1999).⁷⁵ Az MO-ás körgyűrű, a paksi atomhulladék-tároló és más környezeti ügyek történetét, és az érintett közösségek ebben játszott szerepét olvashatjuk.

A fejezetben már több helyen hivatkozott Tér_Köz példatár (2018)⁷⁶ a Budapesten lezajlott, társadalmi részvételre épülő közterületi tervezési projektekről számol be nagy számban.

Számos helyi kezdeményezést támogatott anyagi és egyéb erőforrásokkal az Ökotárs Alapítvány Köz-Szer-Vez programja keretében. A jellemzően helyi lakosok, ritkábban helyi civil szervezetek folyamodtak támogatásért, bemutatva a helyi működés javítását célzó elképzeléseiket. A projektek nagyon sokfélék: a helyi közlekedés és köztterek fejlesztésétől a helyi önkormányzat és a lakosság közötti kommunikáció javításán keresztül a helyi lakosság különböző témákban való érdekképviselésének megszervezéséig. A projektek jellemzően a helyiek összefogásában, konszenzuskereső részvételi folyamatban valósulnak meg. Bővebben: https://www.okotars.hu/tamogatott_projektek.⁷⁷

71 Bardóczy Sándor – Giczey Péter (szerk.) (2010): Kézikönyv a részvételi városmegújításról. Gyakorlati útmutató. Közösségfejlesztők Egyesülete Városmegújító Munkacsoport, Budapest.

72 Fritsch Mária (2012): A részvételi tervezés lehetősége és kerete a helyi önkormányzatok szintjén. Szakdolgozat. BME Urbanista Szakirányú Továbbképzés.

73 Bardóczy Sándor – Giczey Péter (szerk.) (2010): Kézikönyv a részvételi városmegújításról. Gyakorlati útmutató. Közösségfejlesztők Egyesülete Városmegújító Munkacsoport, Budapest.

74 Bardóczy Sándor – Giczey Péter (szerk.) (2010): Kézikönyv a részvételi városmegújításról. Gyakorlati útmutató. Közösségfejlesztők Egyesülete Városmegújító Munkacsoport, Budapest.

75 Radácsi László – Pataki György: A lokalitás reneszánsza. In: Vári Anna–Joanne Caddy (eds) Public Participation in Environmental Decisions: Recent Developments in Hungary. (Budapest: Akadémiai Kiadó 1999.)

76 Tér_Köz Példatár (2018) – Jó gyakorlatok a társadalom bevonására. Budapest Főváros Főpolgármesteri Hivatala.

77 Bővebben: https://www.okotars.hu/tamogatott_projektek

B. A járáások kiválasztásának módszertana

Girán J., Kollányi Zs.

Ez a fejezet négy olyan módszertani megközelítést ismerttet, amelyek a gyermekek egészségét javító komplex, részvételalapú népegészségügyi beavatkozások megvalósításának pilothelyszíneiként szolgáló járáások kiválasztásához hasznosíthatók lehetnek. A járáások kiválasztásakor érdemes szem előtt tartani azt a szempontot, hogy pilotszakasz beavatkozásai során minél több és sokrétűbb tapasztalatot lehessen összegyűjteni. A széles körű tapasztalatszerzést az indokolja, hogy a pilotszakasz lezárulását követően az átfogó országos beavatkozások tervezéséhez és megvalósításához minél több adat és információ állhasson a döntéshozók rendelkezésére az országos program előkészítéséhez. A projekt pilotszakaszában a járáások kiválasztásának feladata jelenti egyrészt azoknak a járáásoknak a meghatározását, amelyekben a tervezett közösségi egészségfejlesztési beavatkozások megtörténnek. Ezen túlmenően a kiválasztási feladat része lehet olyan kontrollhelyszíneként funkcionáló járáások kiválasztása is, ahol nem történik beavatkozás, így a pilot- és kontrolljáráások jellemzőinek összevetésével a pilothelyszíneken történő beavatkozások hatása monitorozható lehet.

A járáások kiválasztásához használatos módszer meghatározását megelőzően szükséges döntést hozni arra vonatkozóan, hogy hány járáásban kerüljön sor a pilotbeavatkozás megvalósítására.

Az ismertetésre kerülő módszerek közül az oIT tagjai választhatják ki, hogy a projekt megvalósítása során melyik kerüljön alkalmazásra.

1. Szisztematikus mintavételi eljárás alkalmazása a járáások kiválasztásához

A járáások kiválasztásakor a szisztematikus mintavétel alkalmazása során a 197 magyarországi járás mint alapsokaság (n) képezi a mintavétel alapját. A meghatározott számú pilotjáráás kiválasztása a következő folyamat eredményeként történhet.

Első lépésként a járáások abc-sorrendbe rendezése szükséges. Ezt követően minden járááshoz véletlen szám generálása történik. A járáásokhoz rendelt véletlen számok jelentik a továbbiakban a járás sorszámát. A kiválasztás következő lépéseként a járáások az újólag generált sorszámok alapján kerülnek sorba rendezésre. A kiválasztás utolsó lépéseként a meghatározott számú járás kiválasztása történik, amely szám a pilothelyszínek tervezett számával (n) azonos. A kiválasztás során a járáási lista tetszőleges kezdőpontjáról in-

dulva a lista minden k -dik eleme ($k=N/n$) kiválasztásra kerül.

A szisztematikus mintavétel alkalmazásával történő pilothelyszín-választás előnye, hogy egyszerűen kivitelezhető és minden járás számára egyenlő estélyt biztosít a kiválasztásra. Ugyanakkor a szisztematikus mintavétel alkalmazásával történő pilothelyszín-választás hátránya, hogy a kiválasztás során a szakértői szempontok nem érvényesíthetők. Ily módon az országos program előkészítését szolgáló adatgyűjtés nem biztos, hogy kiterjedhet minden olyan jellemzővel kapcsolatos tapasztalatszerzésre, amely az előkészítés vonatkozásában releváns lehet.

A kontrollhelyszíneként szolgáló járáások kiválasztása során meghatározó szempont lehet olyan járáások kiválasztása, amelyeknek a társadalmi-gazdasági paraméterei a beavatkozásra kiválasztott járáások ezen paramétereihez a lehető legjobban közelítenek. Amennyiben több olyan járás is van, amely egy adott pilotjáráás kontrollhelyszíneként megfelelő lehet, a szisztematikus mintavételi eljárás az e járáások közül választás esetén is alkalmazható lehet.

2. Delphi-módszer alkalmazása a járáások kiválasztásához

A szükségesnek ítélt számú (n) járás kiválasztásának egy lehetséges módja, hogy az oIT-tagok mind a pilot-, mind a kontrollhelyszínekről a Delphi-módszer alkalmazásával döntenek. Ebben az esetben a kiválasztás az első fordulójában az oIT-tagok, mint szakértők, meghatározott számú járáást javasolnak pilothelyszíneként. Minden járás esetén indoklást is megfogalmaznak, amelyben kifejtik, hogy milyen előnyökkel járna, ha az adott járás pilothelyszíneként kerülne kiválasztásra.

Az oIT-tag minden általa javasolt pilothelyszínnel összefüggésben kontrollhelyszínnre is javaslatot tesz, amelyet indokol. A javasolt helyszínekről az oIT tagjai több fordulóban egyeztetnek, minden fordulóban adott számú (vagy adott hányadnak megfelelő) járáást kizárnak a lehetséges pilot- és kontrollhelyszínek közül. A döntési forduló addig ismétlődnek, amíg a szükségesnek ítélt számú pilothelyszín – és a hozzájuk tartozó kontrollhelyszín – kiválasztásra kerül. Amennyiben több olyan járás is van, amely egy adott pilotjáráás kontrollhelyszíneként megfelelő lehet, a szisztematikus mintavételi eljárás [lásd a fejezet A. pontja] az e járáások közül választás esetén is alkalmazható lehet.

A módszer előnye, hogy a felmerülő szakmai szempontoknak leginkább megfelelő pilothelyszínek választhatók ki konszenzuson alapuló döntéshozattal. A módszer hátránya, hogy a döntési és kiválasztási folyamat hosszú időt vesz igénybe.

3. Szisztematikus mintavételi eljárás és a Delphi-módszer kombinációjának alkalmazása a járások kiválasztásához

A szisztematikus mintavételi eljárás és a Delphi-módszer kombinációjának alkalmazása során a szükségesnek ítélt számú (n) pilotjárás kiválasztásakor n-x járás a szisztematikus módszer [lásd a fejezet A. pontja] alkalmazásával, míg a fennmaradó rész a Delphi-módszer [lásd a fejezet B. pontja] történhet.

A kontrollhelyszíneként szolgáló járások kiválasztása a pilotjárások kiválasztásához hasonló módon történhet. Amennyiben több olyan járás is van, amely egy adott pilotjárás kontrollhelyszíneként megfelelő lehet, a szisztematikus mintavételi eljárás [lásd a fejezet A. pontja] az e járások közötti választás esetén is alkalmazható lehet.

A módszer előnye, hogy mind a „véletlen kiválasztás”, mind a szakértői kiválasztás lehetősége együttesen érvényesülhet. A módszer hátránya az időigényes döntéshozatali eljárás.

4. Szakértői csoport felkérése a járások kiválasztásához

A pilothelyszínek kiválasztásának további lehetséges módja, hogy oIT-tagok a meghatározott számú járás kiválasztására külső szakértőket kérnek fel, vagy az oIT tagjai közül erre a célra szerveződő munkacsoportot hoznak létre. A kiválasztási folyamat kezdetén oIT tagjai a járások kiválasztási szempontjaira javaslatot tesznek, és a felkért szak-

értők ezen szempontok alapján végzik el a járások kiválasztását. A pilothelyszínek kiválasztása során potenciálisan releváns szempontokra az alábbi lista példaként szolgálhat:

- a járásban működik-e EFI;
- a járásban működik-e praxisközösség;
- a járásban működik-e bármilyen, a közösségi egészségfejlesztést vagy egészségvédelmet célzó kezdeményezés vagy színtérprogram;
- a járásban működik-e bármilyen közösségfejlesztést célzó kezdeményezés;
- a járás országon belüli földrajzi elhelyezkedése;
- működik-e a járáshoz tartozó települések részvételével létrehozott önkormányzati társulás;
- a járást alkotó települések településnagyság szerinti összetétele;
- a járás gazdasági fejlettsége;
- a járásban lévő roma kisebbségi önkormányzatok száma.

A szakértői szempontokról történő oIT-döntés esetén célszerű a konszenzusos döntésre törekedni, hogy végül a lista valóban az oIT minden tagja által megfelelőnek ítélt szempontokat tartalmazza. Az ez irányú döntéshozatalt a Delphi-módszer alkalmazása segítheti [lásd a fejezet B. pontja].

A szakértői szempontok alapján a járások kiválasztására leginkább megfelelő eljárás kidolgozását, valamint a kidolgozott eljárás segítségével a pilot- és a kontrollhelyszínek meghatározását a felkért külső vagy belső szakértők végzik el.

A módszer előnye, hogy a pilothelyszínek kiválasztása során a szakértői szempontoknak leginkább megfelelő járások találhatóak meg. Továbbá a kiválasztáshoz szükséges időt az oIT-tagja más feladatok elvégzésére fordíthatják. A módszer hátránya, hogy a külső szakértők alkalmazása anyagi erőforrást igényel.

C. Képzés az új népegészségügyi szemlélet megismerésére

Pipicz M.

1. Bevezetés

Hazánkban az utóbbi évtizedekben számos népegészségügyi beavatkozás megvalósult már, azonban európai viszonylatban, valamint országunk társadalmi és gazdasági fejlettségéhez képest is jelentős elmaradásunk van például az egészségben eltöltött várható élettévek számában, a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos betegségekből eredő halálozásban, vagy például az elhízás és egyéb kockázati tényezők vonatkozásában. Ezen hazai egészségveszteségek arra hívják fel a figyelmet, hogy a népegészségügyi problémák kezelésé-

re mind ez ideig alkalmazott módszerek és szemléletek nem működnek sikeresen.

2. A képzés célja

A résztvevő felismerje a népegészségügy megújításának szükségességét.

Megértse az alábbi fogalmakat az egészség vonatkozásában:

- „wicked problems”,
- viselkedésváltozás COM-B modellje,
- kultúra,
- rendszerszemlélet,

- részvételalapúság.
Megismerje az új népegészségügyi szemlélet lényegét.

3. A képzés formája

A résztvevő saját tempójában haladva, aktív részvételre ösztönözve, önállóan dolgozza fel a digitális képzési anyagot.

A képzés felépítése:

- „Mi jut eszedbe a képről?” Power Point-fájl.
- „Mese a szemléletről.” Word-fájl
- „Fogalom párosítás.” Power Point-fájl.
- „Lehetőséget biztosító környezet.” Videó.
- „Egészséges táplálkozásért!” Power Point-fájl.
- „Kérdések és válaszok az új népegészségügyi szemlélettel kapcsolatban.” Word-fájl

4. A képzés időtartama

Az egyének képességeitől, előzetes ismereteitől függően kb. 1–2 óra.

5. A képzés anyaga

A képzés anyaga a következő linken szabadon hozzáférhető, letölthető: https://drive.google.com/open?id=1JAn8lqi5tha-JA9j_97SoGMvU1QE5iO2.


„Mi jut eszedbe a képről?” Power Point-fájl.

szág bajává vált. A bölcs király ezt belátva és az egészséget támogatva elrendelte alattvalóinak, hogy mindennap egyenek két almát és minden napnyugta előtt járjanak egyet a falu határában. Sőt, adót vetett ki több mindenre, amiről úgy gondolta, hogy a bajt csak tovább tetőzné. Teltek az évek, de a terebélyes pocakok száma nem csökkent, az ország baja pedig növekedett, nagy terhet róva ezzel mindenkire. A király elkeseredésében hetedhét országban és azon túl is közhírré tétette, hogy odaadja tündéri szép lánya kezét és azzal együtt királyságának felét, aki megoldást talál országának bajára.

Másnap sorra kopogtattak a vár kapuján a sokat látott különböző szemléletű emberek. A király udvari tanácsadójával hallgatta az érkezőket. Elsőként a „Viselkedés” testvérhármast, név szerint a „Képesség”, a „Motiváció” és a „Lehetőség” járult a király színe elé.

Kedves Királyunk! Úgy véljük, hogy az Ön országának baját az emberek nem egészséges viselkedése okozza. Ahhoz, hogy ezt megértse, ismerni-e kell, a viselkedést több minden befolyásolja. Elképzelhetőnek tartjuk, hogy az emberek nem tudják mi az egészséges és mi szükséges az egészséges élethez, ezért nem is képesek úgy élni! – kezdte a

Mi jut eszedbe a képről?



Egy-egy felmerülő probléma esetén kérjük ki több személy véleményét, mert a különböző szempontokból építkezve sikeresebben találhatjuk meg a legjobb megoldást!

Próbáljunk meg egy adott témára különböző „szemüvegen keresztül” tekinteni, mert a téma jobban megismerhetővé válhat a többfajta szemlélet együttes alkalmazásával!

Sokszor van, hogy családi, munkahelyi vagy baráti közösségünkben ugyanarról dologról (pl. egy versről, egy problémáról vagy akár az előbbi képről) mást és mást gondolunk. A sokszínű gondolatok a különböző személyiségeinkből erednek, mely részben például az eltérő neveltetésnek, korábbi élettapasztalatnak, képzettségnek, kultúrának az eredménye.

Az egészség vagy egészségfejlesztés területén is szakemberek és laikusok egyaránt különbözően gondolkodnak ugyanazon témáról.

Miért érdemes ezt szem előtt tartanunk?

Az eredményes és értékteremtő közös munka („co-creation”) egyik alapfeltétele, hogy hasonló gondolkodás alakuljon ki a résztvevők között, ezért célszerű megismernünk és tisztáznunk minden érintett gondolatát.

Mese a szemléletről.” Word-fájl.

Feladat: Olvasd el kérlek a mesét, majd válaszold meg alább a kérdéseket!

Mese a szemléletről

Egyszer volt, hol nem volt, még az Óperenciás-tengeren is túl volt egy királyság. A királyságban élők szorgosan dolgoztak nemzedékről nemzedékre, ám ez idő alatt nemcsak a vagyonuk gyarapodott, hanem a hasuk is tekintélyes méreteket öltött, ami egyre inkább több bajt okozott és egyhamar az or-

Képesség; majd így folytatta a Motiváció: lehetséges azonban az is, hogy mindent tudnak az egészségről, de nem akarnak úgy élni, egyszerűen nem motiváltak abban, hogy egészségesen éljenek!

„De hiábavaló a képesség és a motiváció, ha az embereknek nincs lehetőségük egészségesen élni. A lehetőséget a környezet teremti meg! A környezet, ahova születünk, ahol élünk és meghalunk. Otthonunk állapota, falvaink biztonsága és tisztasága, gyermekeink neveltetése, a gyógyítók elérhetősége, a zöld erdők és tavak-folyók közelsége.

Tehát gondolkodjon el azon is király uram, hogy esetleg a lehetőséget biztosító környezet híján nem élnek az emberek egészségesen” – zárta végül a „Lehetőség”.

A „Viselkedés” testvérek után még sokan érkeztek, akiknek szemlélete szintén elgondolkodtatta a királyt.

A „Kultúra” így vélekedett: az emberek értékrendjében keresendő a baj forrása, hiszen kultúrájuk része, hogy nagyokat egyenek-igyanak és dőzsöljenek barátaikkal a szorgos napok után. Sőt a teltebb formák dobogtatják meg csak igazán szívüket. Számukra ez értékes, nem pedig a délceg alkat.

A „Részvétel” kérdéseket vetett fel: Királyom! Megkérdezte-e már valaha alattvalóit, hogy nekik mi a véleményük és hogyan látják az ország baját? Egyáltalán bajnak látják-e azt, amit királyom is bajnak lát? Lehet, hogy nem látják bajnak, mert a testesség hatalomjelpék számukra? Számíthat rájuk, felség, hogy az ország kilábaljon ebből a bajból?

Egy messzi földről érkezett gondolkodó, a „Rendszer” szemléletét egy példával próbálta bemutatni. A vár toronyórája mindig pontosan mutatja az időt és kongással jelzi az órák múlását. Ez egy nagyon bonyolult és összetett szerkezet működésének az eredménye. Az óraszerkezet alkatrészek rendszere, amit sok és sokfajta, különböző méretű és alakú elem alkot. Vannak benne kisebb-nagyobb fogaskerekek, csavarok, rugók, drótok, mutatók, harangok és még sorolhatnám mi minden. Ezek térben több szinten helyezkednek el, kölcsönhatásba lépnek egymással és egymást mozgatják, hogy együttes működésük eredményeként mutassák és jelezzék az órát.

Vagy vegyük például a pékmesterek napi fizetését, ami szintén egy bonyolult rendszer eredménye. Fizetségük függ attól, hogy faluban vagy városban dolgoznak, mennyi pékmester van a közelben, hány kenyeret készítenek naponta és azokból mennyit tudnak eladni. Az eladást befolyásolja, hogy például az emberek szeretik-e a kenyeret, van-e pénzük megvenni, mekkorák az adók és hogy természetesen mennyi a kenyér ára. A kenyér árát meghatározza az is például, hogy hol termelt a búza, milyen volt a termés, volt-e elég eső és napsütés, ki aratta le a búzát, hol és hogyan őrölték, városban vagy faluban árulják.

Tehát a toronyóra és a pékmesterek fizetése is egy-egy bonyolult összetett rendszer, amiben mindegyik elemnek szerepe van és hatással van

nak egymásra. Az ország bajára, a terebélyes pocakos nagy számára is így kellene tekinteni.

A király a nap végén megkérdezte udvari tanácsadóját, miként vélekedik az elhangzottakról.

„Mindegyik szemléletet helytállóan tartom királyom. Ugyanakkor úgy vélem, önmagában egyik sem elégséges megoldás országunk bajára. Hiába tanítjuk és gyakoroltatjuk hogyan éljenek az emberek egészségesen, ha azt ők nem akarják és kultúrájuknak nem része. Hiába teremtünk önmagában egészséges környezetet, ha nem képesek vagy motiváltak kihasználni az abban rejlő lehetőségeket. Ha nem együtt gondolkozunk és cselekszünk az emberekkel, akkor részvételük hiányában nehezen tudunk változást elérni viselkedésükben, kultúrájuk formálásban. Hiába tekintünk az egészre mint egy bonyolultan összetett rendszerre, ha annak elemeit és kapcsolatait nem a kultúra, a viselkedés és a részvétel szemléletében akarjuk megismerni. Azt javaslom tehát, hogy a különböző szemléleteket egyesítve kezeljük az ország baját.”

A király megfogadta tanácsadójának javaslatát. Bevonta a nép különböző képviselőit és az egyszerű embereket is, akikkel együtt dolgozott az ország baján a „Viselkedés”, a „Kultúra”, a „Részvétel” és a „Rendszer” szemléletében. Közös munkájuk gyümölcseként az évek során a terebélyes pocakok a gondokkal és a terhekkkel együtt apadni kezdtek.

A király bőségesen megjutalmazta a „Viselkedést”, a „Kultúrát”, a „Részvételt” és a „Rendszert” gondolkodást formáló szemléleteikért. Lánya kezét és fele királyságát pedig tanácsadójának adta, aki bölcsen és újítóan egyesítette ezen szemléleteket.

Kérdések

Mi a mese tanulsága számodra?

A „Viselkedés” testvérhármas a COM-B modellt eleveníti meg. Keress utána az interneten, hogy mit is jelent ez a mozaikszó és egészítsd ki az alábbi táblázatot a mese segítségével!

Írj néhány példát, hogy a kultúra miként befolyásolhatja az egészséget!

A „Részvétel” arra ösztönözte a királyt, hogy bevonja alattvalóit az ország bajának megoldásába. Jól tette? Miért tette? Mi a véleményed erről?

A mesében példákat olvashattál bonyolultan összetett rendszerekről, amiket komplex rendszereknek nevezhetünk. Az egészség is egy komplex rendszer eredménye. Szerinted miért?

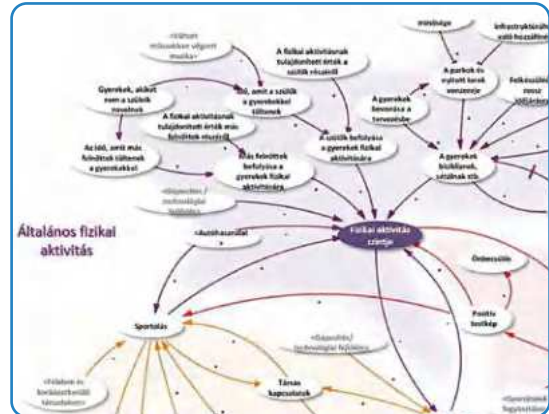
	angol kifejezés	magyar kifejezés
C		
O		
M		
B		

„Fogalompárosítás.” Power Point.fájl.

A diákon különböző fogalmak neveit, jellemzéseit, és képeit összekevertük.

Rakd egymás után a szerinted összetartozó NÉV, JELLEMZÉS, KÉP diákat.

Melyik mese szereplőjéhez, mint szemlélethez kapcsolódhatnak ezek a fogalmak? Miért?



STAKEHODLER ANALYSIS
„stakeholder elemzés”



PROBLEM DEFINITION
„probléma-meghatározás”

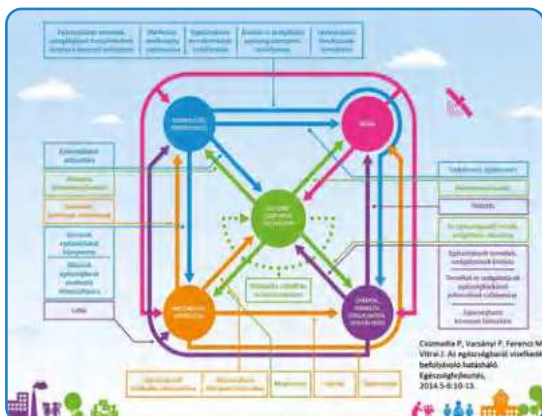


„A rendszerdinamikai modellezésben az egyik leggyakrabban használt diagramtípus. Előnye, hogy egyszerű és könnyen átlátható módon ábrázolnak összetett viszonyokat egy adott témában. Maga az ábra változókból, a változók közötti kapcsolatokról és a kapcsolatokról kirajzolódó visszacsatolási mechanizmusokból épül fel. Ez a három egymásra épülő elem lehetővé teszi, hogy nagy komplexitással rendelkező rendszerek is leírhatóvá váljanak. Az ilyen típusú ábrákat kiterjedten alkalmazzák részvételi környezetben is.”

„Egy olyan vállalati filozófia, amely arra ösztönzi a vállalatokat, hogy a vevő értékteremtési folyamatát megértse, abba megtalálja helyét, és a vevőkkel együttműködésben képes legyen értéket teremteni, mely minden résztvevő számára értéket hordoz.”



DELIBERATION
*„gondolkodtató
 közvélemény-kutatás”*



COMMUNITY PARTICIPATION
„közösségi részvétel”



„Olyan tevékenységi forma, melybe az egészségfejlesztés bekapcsolódik és a közösség tagjait együttműködésre ösztönzi, hogy azok képesek legyenek saját, és ezáltal az egész közösség egészségi állapotának és helyzetének javítására. Fontos kulcsszavai közé tartozik az önszerveződés, az önkéntesség, az önszorgítás, az érdekvédelem, a részvétel és a partnerkapcsolatok építése.”

SYSTEM APPROACH
„rendszerszintű megközelítése”



„Az egészség erős társadalmi beágyazódása következtében az egészségügy önmagában nem tudja hatékonyan javítani a lakosság egészségét. Ezt támasztják alá azok az adatok, amelyek szerint az egyéni életmódváltásra irányuló egészségfejlesztési beavatkozások önmagukban sikertelennek bizonyultak világszerte. Tudományos vizsgálatok igazolják, hogy a komplex, más szektorok szereplőinek és az érintettek bevonásával megvalósuló, több szinten, azaz országosan, térségeként és helyben, egyidejűleg többféle, az egyénre és a környezetre irányuló beavatkozások lehetnek sikeresek.”

„Egy projektben érintett szereplők azonosítása, érdekeltségük meghatározása érdekérvényesítő hatalmuk figyelembevételével.

Érintett lehet egy beavatkozás során:

- akit érint a projekt;
- aki hatással lehet a projektre;
- aki hasznos projektpartner lehet;
- aki konfliktusforrás lehet, mivel a projekt sérti az érdekeit;
- aki mindenképpen részt vesz a projektben.”

CO-CREATION „közös értékteremtés”

„Hatékony egészségfejlesztés csak akkor tud megvalósulni, ha feltárára kerülnek a valós járási szintű egészségproblémák az ott élők bevonásával. A problémameghatározás szubjektív, a különböző érintettek mást definiálnak problémának, ezért a valós problémameghatározás csak valamennyi érintett bevonásával lehetséges. Törekedni kell tehát, hogy a végső problémalista minél több érintett aspektusát tartalmazza.”

CAUSAL LOOP DIAGRAM „oksági diagram”

„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.”

		Érdekérvényesítés fontossága	
		Alacsony	Magas
Érdekérvényesítő hatalom	Alacsony	Nézők: jó viszony fenntartás kevés energia befektetéssel.	Mellékszereplők: jóindulatok elnyerése, minél jobb viszony kialakítása.
	Magas	Vendégművészek: kapcsolat fejlesztése, érdekeik szem előtt tartásával hatalmuk kihasználása.	Külcsszereplők: érdekeiket teljes mértékben figyelembe véve legjobb viszony kialakítása.

COMMUNITY-BASED HEALTH PROMOTION „közösségalapú egészségfejlesztés”

„Szemtől szembeni beszélgetés, amelyben a résztvevők szándékolatlan vetnek fel és beszélnek meg egymással versengő érveket, hogy ítéletet mondhassanak egy adott probléma különböző megoldásaira.”

„Lehetőséget biztosító környezet.” Videó.

https://drive.google.com/file/d/1bYZPFEGXyJop-zW_uhLZA2XjWaYGC-Nz0/view?usp=sharing

„Egészséges táplálkozásért!” Power Point-fájl.

Hiába változik kedvezően az iskolai közétkeztetés, ha ott-hon a családi étkezési kultúra attól gyökeresen eltér (pl. maradéktalanul el kell fogyasztani mindent a tányérról akkor is, ha az nem esik már jól; édességgel való jutalmazás; ételek utósózása).

Hiába való a „gyerekszájnak” ízletes egészséges iskolai menza, ha a gyermek a szülőktől kapott tízórai pénzt a büfében energiatalra és kétszersült snackekre költi.

Hiába ismeri a gyermek milyen az egészséges táplálkozás, ha számára az nem jelent értéket és nincs motivációja egészségesen táplálkozni.

Képzeld el, hogy egy lelkes iskolai pedagógus vagy! Szeretnéd elérni, hogy kisvárosokban a gyermekek minél egészségesebben táplálkozzanak, és felnőtként is így éljenek. Miket lehetne tenni annak érdekében, hogy elérd ezen céljaidat? Gyűjtsd össze az ötleteidet!

Ötleteim:

-
-
-

Az összegyűjtött ötleteid közül melyiket választanád ki a cél elérése érdekében? Miért?

Önmagában elégséges egyetlen egy ötlet megvalósítása?

Sokszor egy-egy beavatkozás szükséges, de önmagában nem elégséges a cél elérése érdekében.

Emlékezzünk rá!

Bemutatunk néhány ötletpéldát!

- beszélgetni a gyerekekkel, tanárokkal, szülőkkel, konyhásokkal, büfésekkel, polgármesterrel, hogyan érhető el a „gyerekszájnak” is ízletes és ugyanakkor egészséges közétkeztetés;
- iskolatej program bevezetése;
- iskolagyümölcs program elindítása;
- iskolabüfében és a környező boltokban lévő egészségtelen élelmiszerek elérhetőségének korlátozása;
- iskolakertprogram elindítása;
- egészséges táplálkozással kapcsolatos tanórák tartása
- szülők edukálása, készségeik fejlesztése;
- levásárolható pontgyűjtő akció bevezetése a boltokban az egészséges élelmiszerek vásárlásának ösztönzésére;
- helyi piacon történő vásárlás ösztönzése.

A felsorolt beavatkozások azonban önmagukban nem elégségesek, hogy tartós változás jöjjön létre és a gyermekek egész életükben egészségesen táplálkozzanak.

Nem elégséges a szülők ismereteinek és készségeinek fejlesztése, ha anyagilag nem elérhetők számunkra az egészséges élelmiszerek.

Hiábavalók az egészséges élelmiszerek vásárlását ösztönző bolti programok, ha az emberek nem tudnak ezzel a lehetőséggel élni, mert nem ismerik az egészséges táplálkozás alapjait vagy nem tudják azt megfelelően alkalmazni a mindennapi életükben. Például hiába kaphatnak pénzvisszatérést a megvásárolt gyümölcsök után, ha számukra a szénhidrátgazdag, zöldség-gyümölcs fogyasztást mellőző étkezés az ismert. Lehet olcsóbb a tengeri hal, ha nem tudják hogyan kell azt ízletesen elkészíteni.

„Kérdések és válaszok az új népegészségügyi szemlélettel kapcsolatban.” Word-fájl.**Sikeresnek bizonyultak az eddigi népegészségügyi beavatkozások?**

Hazánkban számos népegészségügyi beavatkozás megvalósult már (pl. védőoltások kötelező bevezetése, védőnői hálózat kialakítása, élelmiszerbiztonság fokozása, nem dohányzók védelméről szóló törvény megalkotása, népegészségügyi termékadó vagy a mindennapos testnevelés bevezetése). Részben ezen intézkedések eredményeként sikeresen csökkent a fertőző és nem fertőző megbetegedések halálozási száma, javult az élelmiszer-biztonság, mérséklődött a dohányzás. Azonban európai viszonylatban, valamint országunk társadalmi és gazdasági fejlettségéhez képest is jelentős elmaradásunk van például az egészségben eltöltött várható életévek számában, a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos betegségekből eredő halálozásban, vagy például az elhízás és egyéb kockázati tényezők vonatkozásában. Ezen hazai egészségveszteségek arra hívják fel a figyelmet, hogy a népegészségügyi problémák kezelésére mind ez ideig alkalmazott módszerek nem működnek sikeresen hazánkban. A nemzetközi szinten is ugyan eltérő mértékben, de hasonló népegészségügyi nehézségekkel küzdenek.

Miért ennyire ellenállóak, „nehéz falatok” a népegészségügyi problémák?

A társadalomtudományban az 1970-es években vezették be az angol „wicked problems” kifejezést, amit magyarul „ördögi, makacs vagy megoldhatatlannak tűnő problémáknak” nevezhetünk.

A népegészségügyi problémák többsége is ilyen, mert jellemző rájuk, hogy:

- egyediek,
- bonyolultan összetettek,
- többtényezősök és több problémából állnak, melyek egymáshoz kapcsolódva egy rendszert alkotnak,
- több szereplőt érintenek, akik különböző érdekeket képviselnek,
- értékrendünk, szokásaink, hiedelmeink a problémák részét képezik,
- nem ismerjük még a probléma minden részletét,
- meglévő ismereteink ellentmondásosak, nem kellően tisztázottak,
- mindezért nem lehet egyszerűen leírni őket és ezért nincs egyetlen egy önmagában elégséges megoldás,
- alkalmazkodnak a változáshoz: szeretnénk megoldani őket, de erre változással válaszolnak, ami újabb megoldásokat igényel és ördögi körhöz vezet,



- komoly társadalmi terhet jelentenek,
- nagy az igény megoldásukra.

- a közösségi erőforrások felhasználásában egyszerre van jelen a szűkösség, a pazarlás és a kihasználatlanság.

Mi lehet az eddigi népegészségügyi beavatkozások sikertelenségének oka?

Az eddigi sikertelenségek többek között az alábbiakkal magyarázhatók:

- az összetett, rendszerszintű problémákat önmagukban szükségszerű, de nem elégséges és viszonylag egyszerű beavatkozásokkal próbáljuk megoldani;
- nem kerül bevonásra minden, a problémában érintett szereplő a megoldásba, az érintettek különböző érdekei figyelmen kívül maradnak és azok egymáshoz közelítése, közös érdekek kialakítása nem történik meg;
- az egyéni felelősség túlhangsúlyozása az egészségben és a viselkedés megváltoztatásában, figyelmen kívül hagyva az egyéni tényezőknél felülülő különböző külső faktorok kölcsönhatásának egészségre gyakorolt hatását;
- sokan tévesen úgy vélik, hogy az egészségmagartás csupán az egyén tudásán, elhatározásán, akaratán múlik,
- az egyének és a közösségek sokszor nem ismerik fel, hogy életkörülményeik és környezetük alakításával sorsukat irányíthatják, egészségüket befolyásolhatják;
- a népegészségügy területén más országokban sikeresnek bizonyult problémamegoldási lehetőségek nem kerültek még bevezetésre;

Mi lehet a megoldás?

A népegészségügy gondolkodásának és gyakorlatának rendszerszintű megújulása lehet az egyik megoldás. Egy olyan újszerű népegészségügyi szemlélet meghonosítása, mely figyelembe veszi a népegészségügyi problémák előzőekben ismertetett „ördögi” jellemzőit és az alábbi elemekre épülő, több szakterületet érintő tudást és gyakorlatot következetesen, együttesen és tervszerűen alkalmaz partneri együttműködésben:

- viselkedéstudomány az egyén-környezet kontextusában a COM-B modell szerint;
- kultúra;
- rendszertudomány;
- részvételalapúság.

Mi a partneri együttműködés?

Olyan érdekközösség, melynek egyenrangú tagjai közösen cselekszenek egy közös célért, például a gyermekek egészségének fejlesztéséért. A partneri együttműködés akkor lehet eredményes, ha a témában érintettek (helyi lakosok, döntéshozók, különböző érdekközösségeket és ágazatokat képviselők, szakértők stb.) minél szélesebb körű bevonásával működik, az érintettek érdekeit figyelembe véve a résztvevők közös egyetértésben célokat és ahhoz szükséges tevékenységet határoznak meg.

Mi a viselkedés és miért fontos az?

A viselkedés személyiségünk megnyilvánulása cselekedeteinkben, hozzáállásunkban, kommunikációinkban, megjelenésünkben. Egészségünket jelentősen meghatározza az, hogy hogyan viselkedünk. Például beadatjuk-e a választható védőoltásokat, betartjuk-e influenzajárvány idején a védőintézkedéseket, rendszeresen mozgunk-e, minden étkezéshez fogyasztunk-e zöldséget vagy gyümölcsöt, elkerüljük-e az egészségkárosító tényezőket (pl. dohányzás), odafigyelünk-e a környezetünkre, hogy az egészségünket szolgálja. Az egészség megőrzése és fejlesztése érdekében nélkülözhetetlen az egészséget támogató viselkedés kialakítása, fenntartása, szükség szerint annak változtatása.

Mi befolyásolja viselkedésünket?

A viselkedésünket sok minden befolyásolja, így például a környezet, a személyes motiváció, a kultúra, a képzettség, a testi és lelki állapot. A viselkedést befolyásoló tényezőket a COM-B modell rendszerezi. A modell szerint a képesség (Capability), a lehetőséget biztosító környezet (Opportunity) és a motiváció (Motivation) együttesen befolyásolják a viselkedést (Behaviour). Azonban észben kell tartanunk, hogy kultúránk, értékrendünk, szokásaink gyökeresen befolyásolják viselkedésünket.

Tehát képességeink, környezetünk és motivációnk befolyásolják az egészségünket is?

Igen, a viselkedésünkön keresztül! Minden olyan dolog, ami befolyásolja viselkedésünket, hatással van egészségünkre is. Az egyes tényezők bonyolult rendszert alkotnak, egymásra hatással vannak, és a viselkedés is visszahat rájuk. Például a dohányosok jelentős része ismeri, hogy a dohányzás káros, de nem képesek leszokni vagy nem motiváltak a leszokásban. A sikertelen leszokási kísérlet mint eredménytelen viselkedésváltozás negatívan visszahathat a motivációra, ugyanakkor növeli tapasztalati ismeretét. A dohányosok a cigarettafüsttel és az eldobott csikkkel természetes környezetüket károsítják, ami visszahat rájuk. Egy olyan munkahelyi környezetben, ahol mindenki dohányzik, nagyobb eséllyel lesz dohányos egy új munkatárs. Az elégtelen, nem káros stresszkezelési stratégiák ismeretének vagy alkalmazási képességének hiánya egy stresszes családi környezetben szintén kedvezőtlenül befolyásolja egy dohányzó viselkedését, egészségét.

Képesség alatt mit értünk?

„A képesség valamely cselekvésre, teljesítményre való testi és szellemi alkalmasság, illetve ennek mértéke. Minőségét, fokát részben az emberrel

veleszületett adottságok, hajlamok, részben a környezeti hatások együttesének befolyására szerzett tapasztalatok (ismeretek, készségek) határozzák meg.”⁷⁹ A képesség viselkedésünk és így egészségünk első meghatározó alapköve. Testileg és szellemileg alkalmasak vagyunk-e egészséges cselekvéseket végeznünk? Ismerjük mi az egészséges, és szellemileg, fizikailag képesek vagyunk megtenni?

Mi a környezet?

Tágabb értelemben a környezet a körülöttünk lévő természetes és mesterséges fizikai, társadalmi, valamint gazdasági világ, amiben az emberek születnek, élnek, játszanak, dolgoznak, felnőnek és megöregednek. Tehát nemcsak a természetet, erdőt-mezőt, vizeket vagy épületeinket tekintjük környezetnek, hanem a körülöttünk lévő közösségi, szociológiai és gazdasági rendszereket is. Környezetünk befolyásolja egészségünket, nemcsak közvetlenül (pl. biztonságos kerékpárút megléte a munkahelyig, vagy szabadidőpark, ahol kikapcsolódhatunk), hanem közvetve viselkedésünkön keresztül is. A környezetünk „megengedi”, hogy egészségesen cselekedjünk? A környezet lehetőséget biztosít vagy megakadályozza, hogy egészségesen cselekedjünk! A környezet viselkedésünk és így egészségünk második meghatározó alapköve.

Fontos tehát, hogy hol élünk?

Igen! Egyes tanulmányok szerint az irányítószámunk és ezáltal a környezet, amiben élünk, erősebben meghatározhatja egészségünket, mint öröklött tulajdonságaink. A Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján például Budapesten belül a II. körzetben élők várhatóan 6–8 évvel tovább élnek, mint a 20 km-es távolságban elhelyezkedő X. kerület lakosai. Például az oktatás, a közlekedés, a közbiztonság, a lakhatás, az egészséges ételekhez való hozzáférés mind olyan környezeti tényezők, amelyek befolyásolják viselkedésünket és egészségünket!

Mi a „Népegészségügy 3.0”?

Az amerikai népegészségügy megújulására utaló kifejezés, amit Karen B. DeSalvo, az Amerikai Egészségügyi és Szociális Minisztérium helyettes államtitkára alkotta meg 2016-ban. A „Népegészségügy 3.0” egy olyan szemlélet, mely ágazatokon átívelő együttműködéssel kívánja kedvezően alakítani az egészséget befolyásoló környezeti tényezőket. Ágazatokon átívelő, mert bevonja az oktatási, szociális, gazdasági, egészségügyi, innovációs, városfejlesztési stb. területek szereplőit, képviselőit és döntéshozóit.

79 A pedagógiai lexikon szerinti meghatározás kiegészítve „testi és lelki” jelzőkkel.

Motiváció alatt mit értünk?

„A motiváció olyan tudatos, félig tudatos vagy öntudatlan belső szükséglet vagy kívánság, amely az akaratunkat befolyásolja és ilyen vagy olyan cselekedetekre vesz rá bennünket.”⁸⁰ Tehát olyan tényezők, amelyek cselekvésre ösztönöznek minket. A motiváció viselkedésünk és így egészségünk harmadik meghatározó alapköve. Szükségét érzem annak, hogy egészségesen cselekedjek?

Mi a kultúra és miért fontos egészségünk szempontjából?

Az Egyesült Nemzetek Oktatási, Tudományos és Kulturális Szervezetének (UNESCO) meghatározása szerint a kultúra „...a társadalomnak, vagy egy csoportjának különböző szellemi, anyagi, intellektuális és érzelmi jellegzetessége, mely a művészet és az irodalom mellett magába foglalja az életmódot, az együttélés módját, az értékeket, a hagyományokat és a hiedelmeket”. Kultúránk életünk szerves része és befolyásolja egészségünket. Kultúránk formálja szokásainkat, szerepeinket, előítéleteinket, továbbá befolyásolja motivációnkat, képességeinket, környezetünket, viselkedésünket, döntéseinket, cselekedeteinket. A kultúra jelen van értékrendszerünkben, táplálkozásunkban, magatartási tendenciákban, fizikai, társadalmi és gazdasági környezetünkben. Törekednünk kell a kultúra megismerésére és arra, hogy megismerjük az emberek döntéseinek hátterét is!

Rendszerszemlélet alatt mit értünk?

Egészségünk bonyolultan összetett, úgynevezett komplex rendszer működésének az eredménye. Az összetett rendszerre jellemző, hogy nagyszámú különböző elem több szinten kölcsönhatásba lép egymással. Ennek eredményeképpen az egyes elemek hatásaitól eltérő, új, gyakran megjósolhatatlan hatás jelenik meg, ami tartós lehet, sőt a változó körülményekhez alkalmazkodik. Tehát egy összetett rendszer „nem egyszerűen az alkotóelemek halmaza, hanem azoknak együttesként viselkedő egysége”.⁸¹

Ez bonyolultan hangzik. Milyen példát lehetne felhozni?

Ez egy órának a belső szerkezete, ami egy bonyolultan összetett rendszer.

Sok alkatrészből áll. Többfajta, különféle alkatrész van benne (pl. fogaskerekek, csavarok, mutatók). A térben ezek az alkatrészecskék különböző szinteken helyezkednek el (pl. valamelyik az óra felszínén, másik a mélyében található). Egy szinten



belül is eltérő helyen vannak az alkatrészecskék (pl. valamelyik középen, másik az óra szélén). Az alkatrészecskék egymással kapcsolatban állnak, közvetlenül vagy egy másik alkatrészecskén keresztül közvetve. A kapcsolatokon keresztül az alkatrészecskék egymás működését kölcsönösen befolyásolják. A sok alkatrész az együttes közös működés eredményeként mutatja számunkra az időt. Egyetlen alkatrészecské sem képes önmagában az időt mutatni. Ha ebben a bonyolultan összetett rendszerben egy elem meghibásodik, akkor az óra egyáltalán nem vagy nem pontosan fogja mutatni az időt, tehát minden alkatrészecskének jelentősége van.

Ugyanez igaz például a kocsiakra, a testünkre, a társadalmunkra és az egészségünkre is!

Mi a részvételalapúság?

Bármit teszünk, cselekszünk, az valamilyen mértékben hatással van másokra, érinti őket, mivel mi magunk is egy komplex rendszerben, társadalomban élünk és annak része vagyunk. Ahhoz, hogy cselekedeteink eredményesek legyenek, mások számára is kedvező hatása legyen, érdemes a cselekedeteink megtervezésekor, megvalósításakor az érintett személyeket bevonni, részvételre ösztönözni őket, érdekellentéteiket figyelembe véve egyeztetni velük. Ez segíthet abban, hogy helyesen, célirányosan, eredményesen, hatékonyan, kevesebb ellenállással cselekedhessünk. A részvételalapúságnak egy családi utazás vagy egy nagy városfejlesztési projekt esetén is érdemes jelen lennie. A megoldhatatlannak tűnő népegészségügyi problémák megoldásában is nélkülözhetetlen az érintettek bevonása, együttműködése, közös célok kialakítása és aktív munka a beavatkozások megvalósításában.

80 John Adair: Hatékony motiválás (Network TwentyOne, 1997), ISBN: 963-048-465-X.

81 http://www.kislexikon.hu/rendszer szemlelet_a.html

D. A részvételalapú digitális továbbképzés tapasztalatai

Várfi M., Kollányi Zs.

A Covid-19-járvány nyomában járó kijárási korlátozások következtében világszerte jelentősen kiterjedt a különféle digitális eszközök (online megbeszélések, online oktatási, szervezési és egyéb platformok) használata. Olyan területeken is megjelentek az online eszközök, ahol korábban nem voltak jellemzők.

A részvételi alapú folyamatok, így a – tudást a gyakorlatban átélte tapasztalatok révén létrehozó – képzések is jellemzően igénylik a személyes jelenlétet, találkozást. A direkt információátadás mellett itt a kommunikáció egyéb dimenzióinak – meta-kommunikációnak, gesztusoknak, informális, nem szigorúan a tárgyhoz kötődő beszélgetéseknek – nagy szerepe van a résztvevők közötti bizalom és megértés kialakulásában. Ennek ellenére léteznek, és sikerrel futnak online részvételi tréningek is.

1. Módszerek

2020 júniusában tartottunk egy szűk körű, egy alkalmas, összesen 2 órás ízelítő webinárt 5 EFI részvételével. Az irodák meghívásos alapon kerültek kiválasztásra. Összesen kb. 20 irodának küldtünk meghívót, ebből hozzávetőleg 25%-os részvételi aránnyal képviseltették magukat a webináron. Az ország különböző területein található EFI-k képviselői voltak jelen, és bár nagyon kis csoportról volt szó, a legtöbb szempontból jelentős heterogenitás jellemezte a résztvevőket: mind a saját szakmai hátterüket, mind a munkatapasztalatukat, mind pedig a részvételiségre vonatkozó előzetes ismereteiket illetően nagyon különböző emberekkel találkoztunk.

A webinárt a Zoom programon szerveztük, de más hasonló platform is alkalmas lehet. Ugyanakkor fontos, hogy a platformon lehetőség legyen kisebb csoportokat létrehozni a webinár során. A gördülékenység érdekében szükséges, hogy a webinár szervezője készségi szinten ismerje és tudja kezelni az adott platformot. További technikai feltétel a megfelelő internetkapcsolat. Mivel ez akadályt jelenthet a résztvevők számára, javasolt a felhőalapú megoldások (pl. Zoom) használata a nagyobb sávszélességet igénylő megoldások (pl. Skype) helyett.

Az élő megbeszélések, különösképp a részvételi jellegű folyamatok fontos eleme az elhangzottak rögzítése. Mi a Google Jamboard alkalmazását használtuk erre a célra, ahol – szinte mint élőben – post-itekre lehet felírni, csoportosítani, mozgatni az

elhangzottakat. A Jamboard az összes résztvevővel megosztható. Természetesen más alkalmazások is használhatók.

A webinár során először röviden ismertettük a részvételi módszert, és a népegészségügynek a projektünkben alkalmazott megközelítését, annak alapelveit. Ezt követően három, a részvételiségnél az egészségfejlesztésben való alkalmazhatóságára, alkalmazására vonatkozó kérdést beszélünk meg kisebb csoportokban. Három kérdést jártunk körbe: 1. Miért fontos az innováció az egészségfejlesztésben?; 2. Kit kellene bevonni?; 3. Mit kérdeznénk azoktól, akiket bevonunk az egészségfejlesztés tervezésébe?. A kiscsoportos beszélgetésekben felmerült szempontokat aztán a résztvevők megosztották egymással.

2. Tapasztalatok

Valamennyi résztvevő végig lelkesnek és nyitottnak mutatkozott a felmerülő kérdések, a megosztott gondolatok kapcsán. Világosan érzékelhető volt az igényük arra, hogy megoszthassák egymással a tapasztalataikat, és meghallgathassanak másokat.

A webinárt követően egy rövid kérdőívben kértünk visszajelzést a résztvevőktől. A visszajelzések általában a webinár célját, felépítését, módszereit illetően pozitívak voltak. A résztvevők az online formát teljesen alkalmasnak ítélték a célra. A leghangsúlyosabb negatív jelzés az időkorlátra vonatkozott: az előre definiált kérdésekben és a szabad szöveges visszajelzésben is nagyon határozottan megfogalmazódott, hogy nagyon rövid volt az idő, és nagyon jó volna ezekről a kérdésekről mélyebben, „nem csak a felszínt érintve” beszélgetni. A webinár eredetileg tervezett 90 perces időtartamát menet közben meghosszabbítottuk 120 percre, és mi sem jelzi jobban a résztvevők elköteleződését, mint hogy mindannyian készségesen beleegyeztek ebbe a hosszabbításba, dacára annak, hogy így átléptük az előre tervezett időkeretünket. További (szöveges) visszajelzés volt a webinárral kapcsolatban, hogy jó lett volna előre kézhez kapniuk egy listát az érinteni kívánt témákról.

3. Értékelés

Összességében alkalmas eszköznek értékeljük az online platformot részvételi tréningek tartására, azzal a kiegészítéssel, hogy az online vezetett folyamatot hasznos időről időre élő találkozókkal is gazdagítani.

Az időkeret szorítása gyakorlatilag kivétel nélkül problémaként fogalmazódik meg a részvételi folyamatok résztvevői számára élő tréningek esetén is. Különösen igaz ez a folyamat elején járók, a részvételiségben kevesebb tapasztalattal rendelkezők esetében. Ez részben természetes, illetve szándékolt is: az idő szorítása további kreatív energiákat szabadíthat fel, rászoríthatja a résztvevőket, hogy fókuszáltan és hatékonyan dolgozzanak együtt. Ugyanakkor megfontolandó, hogy az online formában, ahol az „élő” helyzetekhez képest sokkal korlátozottabb a személyes interakciók tere, hogyan lehet ezt az akár frusztráló hiányt orvosolni. Megoldást jelenthetne például a személyes visszajelzésekre alkalmas pontok körét bővíteni például úgy, hogy a be- és kijelentkezés (check-in,

check-out) mellett további „check-pointokat” alkalmazunk, ahol a menet közbeni állapotokról, gondolataikról, kétségeikről, problémáikról visszajelzést adhatnak a résztvevők.

Jogos felvetés a tervek és a dokumentáció hozzáférhetősége is, ugyanakkor kérdéses, hogy – különösen egy ilyen, alapozó alkalom esetén – mennyire érdemes előzetesen megosztani a körbejárni kívánt témákat a résztvevőkkel. A cél nem az, hogy alaposan felkészüljenek és „jól vizsgálózzanak” (ami egy, a részvételi kultúrában kevésbé jártas szakember számára valószínűleg életszerűbb, jobban mozgósítható tapasztalat, mint ami a részvételi módszer jellemző megközelítése). Ugyanakkor a kiszámíthatóság igényére reflektálni kell a webinarok szervezése során.

E. Az egészségkép és a kulcsszereplő-elemzés mint a járási egészségterv készítését támogató módszerek

Girán J.

Az egészségtervezés módszere több, mint három évtizede szolgálja az egyének és a közösségek egészségi állapotának megőrzését és a mindennapi környezet egészséget támogató módon történő alakítását. A járási egészségterv a magyarországi népegészségügyi eszközök között mintegy öt évvel ezelőtt jelent meg. A közösségi egészségterv az adott közösség egészségi állapotának, egészségkultúrájának, életkörülményeinek és a helyi erőforrások, szolgáltatások, valamint a közösségen kívüli hatások figyelembe vételével készített, a beavatkozási lehetőségek mérlegelésén alapuló, az érintettek bevonására épített, sokszereplős cselekvési program a közösség egészségi állapotának javítása érdekében [lásd a III. B. *Közösségi egészségtervezés fejezetet*]. Mindebből következően a járási egészségterv nem az egyes települések egészségtervének összefoglalása, hanem a járási települések által közösen meghatározott, járási szinten értelmezhető egészségproblémák, célok és azok stratégiai megoldására fókuszáló dokumentum.

Az egészségtervezés szempontjai és lépései az Útmutató III. B. fejezetében olvashatók. A járási egészségtervezési feladatok támogatása érdekében e fejezetben áttekintésre kerül az egészségtervezés mint módszer kialakulásának folyamata,

a járási egészségterv-készítés jogszabályi háttere, valamint kettő olyan módszer, amelyek a járási egészségterv kidolgozását segítik. E módszerek a járási egészségkép készítése, valamint a járási kulcsszereplő-elemzés elvégzése.

1. A járási egészségtervezés módszertani előzményei⁸²

A járási egészségtervezés önálló módszertannal rendelkező stratégiai tervezési eljárás. Ugyanakkor e módszer előzményeként a települési egészségtervezés és egészségfejlesztési tervezés nemzetközi és hazai gyakorlata tekinthető. A települési – elsősorban városi – egészségtervezés mint módszer kialakításában az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Egészséges Városok programja játszott vezető szerepet. Az Egészséges Városok program 1987-ben olyan népegészségügyi kezdeményezésként indult, amely a városi környezet egészségkockázatainak csökkentését és az „Egészséget mindenkinek 2000-re” stratégia megvalósítását kívánta támogatni. Ennek érdekében a programban részt vevő városok a közös problémáik megoldása érdekében munkacsoportokat alakítottak, és a tevékenységük alapját a „multi-city action plan” elnevezésű munkaterv foglalta keretbe.⁸³

82 Az alfejezet Márovics Gergely *Az egészségtervezés és az egészségfejlesztési tervezés módszereinek közös pontjai és különbségei* című tanulmánya szövegének felhasználásával készült. A tanulmány elérhető: <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=479>

83 World Health Organization Healthy Cities Project: A project becomes a movement. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993.

A „multi-city action plan” célja az innovatív problémamegoldási modellek kidolgozása, a tapasztalatok és a jó gyakorlatok városok közötti átadása volt. Az akciótervek beavatkozási területeiként – számos egyéb téma mellett – az elégtelen lakhatási feltételek, a társadalmi egyenlőtlenségek, a mentális betegségek, a dohányzás, avagy a helyi közlekedés problémáinak kezelése jelent meg. A tervezett beavatkozások alapját a közösségi megközelítés jelentette, és így az egészségügyön kívüli helyi szereplők (városi döntéshozók, üzleti és civil szervezetek, szakmai szervezetek) közötti együttműködések eredményezték. A társadalmi szereplők egészségvédelmi feladatokba történő bevonása egyfelől úttörő próbálkozás volt, másrészt új problémamegoldási megközelítést jelentett. A sikeres együttműködések szélesítették az egészségvédelmi feladatok iránti helyi elköteleződést, és az ez irányú további tevékenységeket is megalapozták.

Az Egészséges Városok program tagvárosában a korábbi együttműködések tapasztalatai alapján 1994-ben kezdődött el a városi egészségtervek (city health plan) kidolgozása. Az egészségterv előkészítéseként a módszertani ajánlás a városi egészségkép elkészítését javasolta. Az egészségkép (city health profile) egy olyan népességügyi szemléletű elemzés, amely a várossal kapcsolatban az egészségre és az azt meghatározó tényezőkre vonatkozó legfontosabb információkat foglalja össze és értelmezi.⁸⁴ Az egészségkép segítségével mindazok a problématerületek definiálhatók, amelyekkel kapcsolatosan az egészségterv beavatkozást fogalmazhat meg. Mindebből következően az egészségtervvel kapcsolatos elvárásaként fogalmazódott meg, hogy a problémakezelés szemlélete szakterületeken átívelő legyen, és lehetőség szerint az egészségügyön kívüli városi egészségfejlesztési tevékenységeket is integrálja. Az egészségtervezés alapelveként fogalmazódott meg az esélyegyenlőség biztosítása, az interszektorális cselekvés, a helyi közösségi csoportok bevonása. Mindezek alapján a városi egészségterv egyrészt az egyének egészségi állapotának javításával összefüggő stratégiai

célokat jelölte ki, másrészt az ezek elérését szolgáló intézkedéseket határozta meg.⁸⁵

Az ezredforduló időszakában az egészségtervezés mellett újabb közösségi egészségfejlesztési eszköz, az egészségfejlesztési tervezés jelent meg. E módszer a WHO „Egészséget mindenkinek a 21. századra” című stratégia céljainak támogatására került kidolgozására. Az új stratégia fő célkitűzéseiként az fogalmazódott meg, hogy a teljes egyéni egészségpotenciál elérésének lehetősége mindenki számára biztosított legyen. Így a tervezési munka eredményeként létrejövő egészségfejlesztési terv olyan városi dokumentumként funkcionált, amely tartalmazta a város egészségfejlesztéssel kapcsolatos jövőképét, értékvalasztását és a célok eléréséhez rendelt eszközöket. Az egészségfejlesztési terv helyi közpolitikai jelentőségét az adta, hogy abban egyértelműen kinyilvánításra kerül: a város vezetése az egészséget a város működésével összefüggésben alapértéként fogadja el és a döntéseit ennek megfelelően alakítja.⁸⁶

A városi egészségfejlesztési terv elsősorban a helyi döntéshozatali folyamatokkal áll összefüggésben és az egészséget támogató közpolitika és az egységes kormányzás feltételeinek kialakításán keresztül kívánja segíteni az egészségfejlesztési célok elérését. Az egészségfejlesztési tervezés során meghatározó cél, hogy a városban működő egyes szektorok stratégiáiban az egészség védelme célként beépítésre kerüljön és interszektorális együttműködések alakuljanak ki ennek a célnak a megvalósítása érdekében. A magyarországi városok esetén az egészségfejlesztési tervezés módszerét az Egészséges Városok Kárpát-medencei Egyesületének tagvárosai alkalmazzák.^{87, 88}

A községi jogállású települések magyarországi módszerének kidolgozásával kapcsolatban a pécsi Fact Alapítvány szakértői végeztek úttörő munkát.⁸⁹ Az 1994–1996 közötti időszakban európai viszonylatban is az elsők között dolgozták ki Pécsnek mint az Egészséges Városok program résztvevő városnak az egészségképét,⁹⁰ majd egészségtervét. Az ezt követő több mint tízéves időszakban az alapítvány munkatársai hétszáznál is több hazai

84 City health profiles – a review of progress. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.

85 City health planning – the framework. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996.

86 A working tool on City health development planning - Concept, process, structure, and content. WHO Centre for Urban Health WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2001.

87 De Blasio A., Girán J.: Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezet-tudatos támogatása. Magyar Epidemiológia, 2006; (3) 1. pp. 41–46. o.

88 Girán J., Östör A., Varga M.: A városi egészségfejlesztési tervezés, mint a „lehetőségek ablakát” megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája; Egészségfejlesztés folyóirat 2018; 59: 3 pp. 7–16., doi: 10.24365/ef.v59i3.307, <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegefejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=307&path%5B%5D=pdf>

89 Füzesi Zs., Tistyán L.: Az egészségterv koncepciója. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997; (5) pp. 421–427.

90 Füzesi Zs., Tistyán L.: Tények tükrében Pécs város egészsége. Fact Alapítvány, Pécs, 1996.

község számára biztosítottak segítséget a községi egészségtervezéshez és a tervek megvalósításának elvégzéséhez.⁹¹

A hazai népegészségügyi intézkedések kontextusában a járási egészségterv módszerének kialakítása mindezen szakmai-módszertani előzményeket követően történt meg. Ugyanakkor a járási egészségtervezés magyarországi sajátossága, hogy annak elkészítését jogszabály teszi kötelezővé. A hasonló intézkedések jelenlegi nemzetközi gyakorlatát tekintve mindez előremutató eljárás, mivel a legtöbb európai ország esetén ezen eszköz alkalmazására legfeljebb szakmai ajánlások vonatkoznak.

2. A járási egészségtervezés jogszabályi háttere

A járási egészségterv kidolgozásának kötelezettségét az egészségügyről szóló, 1997. évi CLIV. törvény 2016. január első napján hatályba lépett módosítása írja elő (152/B. §): „a járásra, illetve a fővárosban a fővárosi kerületre vonatkozóan – azon járásokban, ahol működik egészségfejlesztési iroda, az egészségfejlesztési irodák bevonásával – a járásszékhely város önkormányzata a területileg érintett települési önkormányzatokkal vagy azok társulásaival egészségtervet [a továbbiakban: járási (fővárosi kerületi) egészségterv] dolgoz ki, illetve gondoskodik az abban foglaltak megvalósításáról, amelynek során együttműködik a fővárosi és a megyei kormányhivatal járási (fővárosi kerületi) hivatalával, az alapellátást és a szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatókkal, valamint az egyéb érintett ágazatok szereplőivel”.⁹²

Az egészségügyről szóló törvény fent említett szakasza mellett – bár ahhoz képest kevésbé explicit módon – az önkormányzati törvény 13. §-a – amely többek között a helyben biztosítható közfeladatokról rendelkezik – kötelező feladatként határozza meg az egészségügyi alapellátás és az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások és számos olyan szociális ellátást biztosítását, amelyek az egészséges élet és életfeltételek, valamint a jóllét megteremtéséhez alapvető jelentőségűek.⁹³ Ily módon az ezen jogszabálynak történő megfelelést a települési vagy járási egészségterv és annak megvalósítása ugyancsak elősegíti.

3. A járási egészségkép készítése

A járási egészségkép elkészítése a járási egészségterv kidolgozásához meghatározó támogatást jelenthet. A járási egészségkép átfogó képet adhat az egészségég mindazon társadalmi-gazdasági-környezeti tényezőiről, amelyek az adott járás lakóinak életkörülményeit és egészségi állapotát potenciálisan befolyásolhatják. Az egészségkép adatainak és információinak felhasználása lehetőséget nyújt egyrészt a különböző problématerületeket célzó beavatkozások kezdeményezéséhez, másrészt a hatékony problémakezelést támogató adatgyűjtéseket és kutatásokat generálhat. Az egészségkép mint helyzetelemzés alapul szolgálhat a helyi egészségterv prioritásainak megfogalmazásához, a cselekvési irányok kijelöléséhez, továbbá az egészségcélok eléréséhez szükséges források allokációjának és a támogató szolgáltatások körének meghatározásához.⁹⁴

A járási egészségkép több különböző adatforrásból származó adat leíró megközelítésű rendszerezése. A járási egészségkép elkészítéséhez alapul szolgálhat a WHO Egészséges Városok program tagvárosai által alkalmazott városi egészségkép-készítéssel kapcsolatos ajánlások és indikátorok.^{95, 96} Ezekre tekintettel a járási egészségkép javasolt struktúrája a következő:

a járás lakosságának demográfiai jellemzői (népességszám, korcsoportok népességen belüli aránya, természetes népességváltozás, vándorlás, nemzetiségi összetétel, öregedési index, egyszemélyes háztartások aránya, ezer élveszülésre jutó abortuszok száma stb.);

a járás lakossága körében jellemző fő halálokok (standardizált halálhalozási mutatók országos adatokkal történő összevetése, balesetek száma és jellege);

a helyi egészségügyi és szociális ellátórendszer jellemzői (egy háziorvosra jutó lakosok száma, szakorvosi ellátások hozzáférhetősége, önkormányzati és egy fenntartásban működtetett egészségügyi és szociális intézmények, férőhelyszám, várólista stb.);

a helyi környezetegészségi mutatók (hozzáférhetőségtől függően: légszennyezettség, közúti forgalmi adatok, településen belüli zöldfelületek

91 Községi egészségterv. Módszertani útmutató. Fact Alapítvány, NEVI Primer Prevenció Munkacsoport, Pécs, 1998, http://kka.hu/_soros/kiadvany.nsf/329cd37724344b06c12568a9006c35fd/5b39dfc694e354b4c1256bce004110b6?OpenDocument (elérve: 2019. 03. 04.)

92 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV>

93 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100189.tv>

94 WHO (1995) City Health Profiles—How to Report on Health in your City. WHO Regional Office.

95 Webster, P., Lipp, A. (2009): The evolution of the WHO city health profiles: a content review. Health Promotion International, (24) S1:i56–i63.

96 Webster, P., Sanderson, D. (2012): Healthy Cities Indicators – A sustainable instrument to measure health? Journal of Urban Health. Bulletin of the New York Academy of Medicine. doi: 10.1007/s11524-011-9643-9.

aránya, településen belüli használaton kívüli iparterületek aránya, vízminőség, szennyvízkezelés, hulladékkezelés, kerékpárút stb.);

rekreációs és közösségi lehetőségek a járásban (sport- és szabadidős intézmények, civil szervezetek stb.);

az egészség társadalmi-gazdasági meghatározói a járásban (munkanélküliségi ráta, félkomfortos vagy komfort nélküli lakásban élők aránya, a hajléktalanok becsült száma, az egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatásban részesítettek száma, a különböző önkormányzati segélyben részesülők száma, bűnelkövetések száma, jellege stb.).

A javasolt struktúra adott részeinek konkrét tartalma a hozzáférhető/rendelkezésre álló helyi adatok és információk összerendezésével alakítható ki. A konkrét indikátorok megjelenítéséhez példaként szolgálhat a 6. táblázat:

	1000 főre jutó háziorvosok száma		egy felnőttkörzetre jutó lakos		egy gyermekkörzetre jutó lakos	
	helyi adat	országos adat	helyi adat	országos adat	helyi adat	országos adat
202x év	0,66	0,63	1749,29	1540,19	1050,77	1754,25
202y év	0,81	0,65	1483,40	1637,62	673,38	1265,89

6. táblázat: A háziorvosi ellátás mutatói helyi és országos viszonylatban 202x és 202y években

A helyi egészségkép indikátoraiként szolgáló adatok az első évben az aktuális év adatait tartalmazhatják. Ugyanakkor a tervezési ciklus lezárásakor (4. ábra) a hatásvizsgálat során (amely eredmények egyben az új tervezési ciklus intézkedéseink tervezéséhez is alapul szolgál) a változások regisztrálása érdekében már az utolsó év adatai is megjeleníthetők lehetnek.

Az egészségkép elkészítéséhez szolgáló adatok jellemzően nem egy adatgazdától szerezhető meg,

A 7. táblázat – a teljesség lehetősége nélkül – a fenti struktúra részeként kialakítható indikátorok lehetséges adatforrásait mutatja.

A TEIR⁹⁷ adatbázis az Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer online felülete. Ezen az oldalon a „Szabadszöveges metaadatkereső” rész tartalmazza éves bontásban, tematikusan egy adott járás településeivel kapcsolatos adatokat. Ugyanitt népszámlálási adatok egy korlátozott része, valamint egyéb speciális tematikák szerint kialakított adatforrások érhetők el.

A Központi Statisztikai Hivatal weboldalán számos – elsősorban országos szintű – adat érhető el közvetlen online keresési lehetőség kihasználásával. Ezen túlmenően egyedi igény szerint is kérhető adatbázis kialakítása a „Lépjön velünk kapcsolatba”⁹⁸ lehetőség kihasználásával. Ebben az esetben az „Ügy indítása regisztráció nélkül” opció használatával

megadhatók azok a paraméterek, amelyek alapján az adatbázis (adatsorok) összeállítását kérjük. Amennyiben az adatok rendelkezésre állnak és hozzáférhetőek, a hivatal az összeállítást követően azt adatfile formájában a kérelmező rendelkezésére bocsátja.

4. A járási kulcsszereplő-elemzés készítése⁹⁹

A kulcsszereplő-elemzés elnevezéssel jelenleg már számos módszertan hozzáférhető. A továbbiakban az Egyesült Királyság kormányzati szervezeteként

Az egészségkép javasolt részei	Lehetséges adatforrások
A járás demográfiai jellemzői	TEIR, KSH
A járás lakossága körében jellemző fő halálokok	járási és megyei kormányhivatal, KSH, NEKIR
Helyi egészségügyi és szociális ellátórendszer jellemzői	polgármesteri hivatal
Helyi környezetegészségi mutatók	járási és megyei kormányhivatal, szakhatóságok
Rekreációs és közösségi lehetőségek a járásban	helyi primer adatgyűjtés
Az egészség társadalmi-gazdasági meghatározói a járásban	polgármesteri hivatal, TEIR, KSH

7. táblázat: Az egészségkép elkészítéséhez ajánlott indikátorok

97 https://www.teir.hu/rqdist/main?rq_app=meta&rq_proc=meta

98 <https://kapcsolat.ksh.hu/ContactCenter/index.xhtml?lang=hu>

99 Az alfejezet meghatározó része a következő Girán János Kulcsszereplő-elemzés mint a környezetipari és környezetvédelmi beruházások társadalmi elfogadtatását támogató eszköz című tanulmánya szövegének felhasználásával készült. A fejezetben felhasznált egyéb források önálló forrásmegjelölésként kerülnek közlésre. A tanulmány elérhető: Marketing és Menedzsment, 2006, 40:(4) pp. 26–32.

működő Department for International Development¹⁰⁰ által, a nemzetközi segélyprogramok kidolgozásához és megvalósításához kifejlesztett módszertan alapján adaptált megközelítés kerül ismertetésre.¹⁰¹

A kulcsszereplő-elemzés és a stratégiai tervezés néhány összefüggése

A kulcsszereplő-elemzés egy olyan módszer, amely segítségével egy települési vagy járási egészségterv – illetve bármely más közösségi projekt – megtervezése során azonosíthatóvá válik az az érderendszer, amelyben a projekt megvalósítása megtörténik. A kulcsszereplő-elemzés segítségével a tervezett projekt lehetséges támogatói és ellenérdekeltjei egyaránt azonosíthatóvá válnak, ily módon az elemzés eredményei hasznosíthatók lehetnek

- olyan kommunikációs stratégia kialakításához, amely alkalmazásával a kulcsszereplők sajátos érdekeit figyelembe véve nyílik lehetőség a tájékoztatlanágból fakadó ellenérzések kialakulásának megelőzésére;
 - ahhoz, hogy már a projekt tervezésének szakaszában fel lehessen készülni az esetleges érdekkonfliktusokból származó problémák hatékony kezelésére;
 - a célzott „lobbivekenység” előkészítéséhez.
- Mindezen lehetőségek kihasználásával a kulcsszereplő-elemzés olyan módszer, amely a helyi projektek társadalmi elfogadtatását hatékonyan képes támogatni.

A kulcsszereplő-elemzés alkalmazása segítséget nyújthat annak feltérképezéséhez, hogy egy adott projekt potenciális érintettjeinek – szakemberek, döntéshozók, helyi közösség tagjai, civil szervezetek, informális érdekcsoportok és az üzleti szféra képviselői – érdekei milyen viszonyban vannak a tervezett projekt által képviselt érdekekkel. Ezen túlmenően az eredmények alapján meghatározható az is, hogy a különböző helyi és nem helyi érdekek miként befolyásolhatják a projekt sikeres megvalósítását. Ezáltal a projekt lehetséges érintettjei közül azonosíthatók azok a valódi kulcsszereplők, akiknek érdeke fűződik akár a projekt megvalósulásának támogatásához, akár a megvalósulás megakadályozásához. Ebből következően a lehetséges érintettek közül kulcsszereplő lehet bárki, akinek lehetősége adódhat a tervezett projekt közösségi, politikai, gazdasági támogatottságának gyengítésére, avagy képes lehet ezeket a tényezőket erősíteni.

A kulcsszereplők érdekeinek megismerése lehetővé teszi, hogy már a projekt tervezésének és előkészítésének szakaszában megtörténhessen

- a kulcsszereplők érdekei és a projekt érdekei közötti ellentét vagy egyezés felismerése;
- a kulcsszereplők közötti érdekütközés vagy érdekközösség felismerése;
- azoknak az optimális együttműködési módozatoknak a kidolgozása, amelyek eredményeként a lehető legnagyobb számú kulcsszereplő vonható be – meghatározott szerepkörben – a projekt különböző szakaszaiba;
- azoknak az érdekhálózatoknak a feltérképezése, amelyhez az adott kulcsszereplő tartozik;
- az egyes kulcsszereplőknek a projekt céljaival összefüggő befolyásának és fontosságának meghatározása.

Az egyes kulcsszereplők érdekeinek meghatározásához a következő kérdésekre kell egyértelmű választ találni:

1. A saját céljainak megvalósítása érdekében a kulcsszereplő milyen érdekeket preferál?
2. Milyen előnyei származnak a kulcsszereplőnek abból, ha a projekt megvalósul, vagy ha meghúsul?
3. Milyen erőforrásokat lenne képes és/vagy hajlandó a kulcsszereplő a projekt megvalósulása, avagy megakadályozása érdekében mozgósítani?
4. Vannak-e olyan érdekei a kulcsszereplőnek, amelyek a projekt megvalósulásával ellentétesek?
5. Hogyan viszonyul a kulcsszereplő a többi kulcsszereplőhöz (kivel, melyik érdeke közös és melyik ellentétes)?

Az egyes kulcsszereplők érdekeinek megismerését követően az alábbi kulcsszereplőtípusok segítségével rendezhetők kategóriákba a vizsgált egyének és szervezetek:

Primer kulcsszereplők: azok az érintettek, amelyekre a projekt – akár pozitív, akár negatív értelemben – meghatározó hatást gyakorolhat.

Szekunder kulcsszereplők: azok az érintettek, akik a primer kulcsszereplő érdekeinek érvényesítésében közvetítő szerepet játszanak. A szekunder kulcsszereplőket fel lehet osztani (1) támogató (anyagi forrásokkal), (2) eszközöket biztosító, (3) monitorozó és (4) szószólói feladatvállalókra.¹⁰¹

A kulcsszereplők érdekei a mindennapi események változásainak hatására időről időre változhatnak. Annak érdekében, hogy a projekt aktuális szakasza szerinti érdekviszonyok meghatározhatók legyenek, nem elég a kulcsszereplő-elemzést a projekt tervezésének, vagy az azt megelőző időszak-

100 <https://www.gov.uk/government/organisations/department-for-international-development>

101 Guidance Note on How to do Stakeholder analysis of Aid Projects and Programmes, Social Development Department. Overseas Development Administration: London, https://beamexchange.org/uploads/filer_public/5d/4c/5d4c7b02-a25d-43ab-ae33-0e4811b7c5fb/guidance_stakeholderanalysis.pdf

ban – egyetlen alkalommal elvégezni. Célszerű azt a projekt előrehaladása során újra és újra – pl. a „mérőkövek” vagy szakaszhatárok elérésekor – megismételni.

A kulcsszereplő-elemzés folyamata

A kulcsszereplő-elemzés az alábbi három meghatározó munkaszakaszra tagolódik:

- a kulcsszereplők meghatározása,
- a kulcsszereplők befolyásának és fontosságának értékelése,
- a kulcsszereplők projekthez kapcsolódó szerepével kapcsolatos kockázatok és lehetőségek összefoglalása.

A kulcsszereplők meghatározása

A kulcsszereplők meghatározásához kiindulásként célszerű egy olyan összegzést készíteni, amely a projekt lehetséges érintettjeivel (személyek, szervezetek, érdekcsoportok) összefüggésben az egyes érintetteknek a tervezett projekt sikeréhez fűződő – mind pozitív, mind negatív – érdekeit tartalmazza. Ezt követően történhet meg a lehetséges érintettek érdekviszonyok szerinti csoportosítása és az érdekek alapján a primer és a szekunder kulcsszereplők, valamint a kívülállók azonosítása. A kulcsszereplők meghatározását a 8. és 9. táblázat kitöltése segítheti.

Az érdekviszony- és erőforrás-táblázatok segítségével az egyes kulcsszereplő típusokon belüli és azok közötti érdekrendszer többszemponút vizsgálata végezhető el.

A kulcsszereplők befolyásának és fontosságának értékelése

Az egyes kulcsszereplők projekttel kapcsolatos befolyásának és fontosságának meghatározásakor

- a befolyás megmutatja, hogy milyen erős az adott kulcsszereplő érdekérvényesítő képessége;
- a fontosság azt jelzi, hogy az adott kulcsszereplő érdekei, problémái, szükségletei a tervezett projekttel összefüggésben mennyire fontosak és támogatandók.

Az egyes kulcsszereplők befolyásának meghatározásához a 10. táblázatban felsorolt szempontok lehetnek hasznosak.

Az egyes kulcsszereplők a projekttel kapcsolatos fontosságának megítéléséhez a következő kérdések megválaszolása segíthet:

1. A projekt célkitűzései mely kulcsszereplők mely problémáira gyakorolnak hatást, azok enyhítése, megoldása vagy éppen súlyosbodása szempontjából?

2. A projekt célkitűzései mely kulcsszereplő céljai között szerepelnek prioritásként, illetve melyek igényeivel, szükségleteivel, elvárásaival ütköznek?

	Megnevezés	Érdekek	A lehetséges érdek-egyezés/ütközés a projekt céljaival	Az érdekek fontossága a projekt szempontjából
Primer kulcsszereplők	A			
	B			
Szekunder kulcsszereplők	A			
	B			
Semlegesek	A			
	B			

8. táblázat: Helyi érdekviszonyok táblázat¹⁰²

	Megnevezés	Érdekek	A projekt viszonylatában releváns erőforrásai	Adott erőforrás felhasználásának lehetősége
Primer kulcsszereplők	A			
	B			
Szekunder kulcsszereplők	A			
	B			
Semlegesek	A			
	B			

9. táblázat: Helyi erőforrások táblázat¹⁰²

102 Lindberg, M., Crosby, B. (1981): Manageing development: the political dimension. Hartford, Conn. Kumarian Press.

Formális szervezetek esetén	Informális érdekcsoportok esetén
formális intézményi hierarchiában elfoglalt hely	társadalmi, gazdasági és politikai státusz
a vezetőség döntéshozatali jogosultsága, a döntések érvényesülésének köre	a szervezettség mértéke, a csoporton belüli konszenzus megléte vagy hiánya, a vezetők döntéshozatali hatékonysága
a projekt szempontjából stratégiaileg fontos források felett való rendelkezés mértéke	a projekt szempontjából meghatározó források feletti rendelkezés mértéke
speciális tudásokkal, jártasságokkal való rendelkezés mértéke	más kulcsszereplőkkel kapcsolatos informális befolyásolás képessége
tárgyalási pozíció erőssége/gyengesége	más kulcsszereplőktől való függés mértéke

10. táblázat: Szempontok a kulcsszereplők befolyásának meghatározásához¹⁰¹

3. Mely kulcsszereplő érdekei állnak a legközelebb a projekt célkitűzéseihez?

A TIE gyakorlati tennivalóinak rövid összefoglalása az iskolákra megfogalmazva és legfontosabb eszköze a befolyás és fontosság kombinációját megjelenítő 11. táblázat. A projekt tervezése során az egyes kulcsszereplőkkel kiépítendő viszonyrendszer vonatkozásában ez a táblázat nyújthat támogatást. Ezen túlmenően az eszköz egyben a projekt kiinduló állapotának érdekviszonyrendszerét is megjeleníti.

A alacsony befolyás magas fontosság	B magas befolyás magas fontosság
D alacsony fontosság alacsony befolyás	C magas befolyás alacsony fontosság

11. táblázat: A befolyás és a fontosság kombinációjának táblázata

A cella: ezeknek a kulcsszereplőknek az érdekei egybeesnek a projekt érdekeivel, de érdekérvényesítési potenciáljuk alacsony.

B cella: a kulcsszereplők ezen csoportja meghatározó pozitív kulcsszereplők, mivel a projekt érdekei és a kulcsszereplő érdekei nagyon közel vannak egymáshoz, és az adott kulcsszereplő erős érdekérvényesítési potenciállal is rendelkezik, így segítheti a tervezett projekt céljainak megvalósulását.

C cella: az ebben a cellában található kulcsszereplőkkel kapcsolatban általános és jelentős a kockázat, mivel érdekeik a tervezett projekt érdekeivel ellenétesek, de erős érdekérvényesítési potenciállal rendelkeznek, így adott esetben képesek lehetnek hátráltatni vagy szélsőséges helyzetben meggátolni a projekt megvalósulását.

D cella: az ebben a cellában található kulcsszereplők érdekei nem egyeznek a projekt érdekeivel, ugyanakkor érdekérvényesítési képességük is gyenge.¹⁰¹

A táblázat cellái közül a B és a C cellákban találhatóak a meghatározó kulcsszereplők, amelyek jelentősen befolyásolhatják a projekt megvalósulását. A projekttel kapcsolatos tervezés során az ezekkel a kulcsszereplőkkel történő kockázatok és feltételezések mérlegelése a leginkább szükség-szerű. Ugyanakkor az A cellában található kulcsszereplők képezhetnek egyfajta „tartalékot”, mivel megfelelő kommunikációs, lobb- vagy egyéb támogatás révén befolyásuk növelhető, ezáltal átkerülhetnek a B cellába, tovább növelve a projekt céljait támogatók csoportját. Az ehhez szükséges támogatás mint a projektcél hosszú távú támogatása érdekében szükséges „befektetés” akár a projekt-feladatok és -költségek közé is betervezhető.

Mivel az egyes kulcsszereplők helyzete változhat és átkerülhetnek egyik cellából a másikba, a projekt tervezése során célszerű meghatározni egy olyan „optimális” befolyás- és fontosságtáblázatot is, ami a kulcsszereplőkkel való viszony célállapotának tekinthető. Ezáltal körvonalazhatóvá válik az, hogy ahhoz, hogy a kiinduló állapotot megjelenítő táblázat adott cellájából egy másik cellába kerülhessen a kulcsszereplő, milyen beavatkozásokat kell végrehajtani.

A kulcsszereplők projekthez kapcsolódó szerepével kapcsolatos kockázatok és előnyök összefoglalása

A kulcsszereplők projekthez kapcsolódó szerepével kapcsolatos kockázatok és feltételezések összefoglalása mindazokat a veszélyek és lehetséges buktatók számbavételét és elemzését jelenti, amelyek a befolyás és fontosság viszonylatában kirajzolódó erőviszonyokból következnek. Ezáltal hatékonyan lehet felkészülni a projekt megvalósítása során felmerülő számos akadály leküzdésére, illetve megelőzésére. Az elemzés során kiderülhetnek és nyílttá tehetők azok az esetleges rejtett érdekütközések, amelyek a látszólag „azonos oldalon álló” kulcsszereplők között is feszülhetnek bizonyos, a projekt megvalósításakor szükségszerűen előálló

helyzetek bekövetkeztével. Ily módon csökkenthető a ki nem számítható kockázatok mértéke, miáltal a cél elérésének biztonsága is fokozódhat.

Mindez azért szükséges, mivel a tervezett projekt sikeressége nagyban függ egyrészt a különböző kulcsszereplőkkel kapcsolatos feltevések érvényességétől, illetve a kockázatértékelés adekvátságától. A legtöbb kockázat az érdekütközésekből származik. Ennek okán a tervezés folyamatában meg kell határozni a leginkább reális veszélyforrásokat az egyes kulcsszereplőkkel kapcsolatban. A projekt sikeressége szempontjából legkritikusabb kulcsszereplők – rendszerint – a befolyás- és fontosság-táblázat C cellájában található. Ezek a szereplők azok, amelyek a legnagyobb hatékonysággal és szándékkal jelenhetnek meg, mint a projekt megvalósulásának akadályozói. Másrészt a kulcsszereplők közül a magas befolyással és fontossággal bírók lehetnek a projekt „koalíciós támogatói”, akik „erejére” építve számos kockázat csökkenthetővé válik.

A kockázatok értékelése után meghatározó feladat a projekt szempontjából kockázatot jelentő kulcsszereplőkkel való kapcsolatépítés. Ennek egyik módja a számukra történő folyamatos információszolgáltatás. A kapcsolat kiépítéséhez meg kell határozni, hogy a projekt mely szakaszaiban mely kulcsszereplővel milyen kapcsolatot szükséges kiépíteni. E feladat elvégzését segítheti a 12. táblázat.

A projekt szakaszai	Informálandó kulcsszereplők	Konzultációs partneri kulcsszereplők	Közvetlen partneri kulcsszereplők	Ellenőrzésbe bevont kulcsszereplők
Célmeghatározás				
Tervezés				
Megvalósítás				
Monitoring, értékelés				

12. táblázat: Kapcsolati rendszer táblázata¹⁰¹

A megfelelő időben, megfelelő módon szolgáltatott megfelelő információ jelentősen csökkentheti a projekttel kapcsolatos ellenérzéseket, valamint az információhiányból adódó félreértések és az ebből adódó konfliktusok jelentős része is elkerülhető lehet.

A kulcsszereplő-elemzés elvégzését támogató adatgyűjtés

A kulcsszereplő-elemzés elvégzéséhez szükséges kvalitatív adatgyűjtéshez a strukturált interjútechnika, illetve a fókuszcsoport-technika lehet a legalkalmasabb. Az adatgyűjtést megelőzően minden eset-

ben meg kell határozni azokat a célcsoportokat, amelyek szereplői körében az adatgyűjtést el kívánjuk végezni, és amelyek a következők lehetnek:

- a helyi közpolitika szereplői;
- a projekt céljával megegyező, vagy ahhoz közeli célokat preferáló üzleti szervezetek;
- a helyi közösség tagjai, vagy azok – formális és informális – képviselői;
- a projekt végrehajtásában potenciálisan részt vevők.

Az adatgyűjtési módszerként célszerű a skálán történő értékelés, az önbesorolás, illetve az adott értékkel kapcsolatos attitűdvizsgálat. Ezt szolgálhatja a strukturált interjútechnika, illetve a fókuszcsoport-technika.

A személyes kikérdezésen alapuló adatgyűjtés mellett meghatározó jelentősége van a társadalmi környezet elemzésének is. Az ehhez szolgáló módszerek lehetnek a résztvevő-megfigyelés, illetve a sajtó és egyéb dokumentumok elemzése.

Az információgyűjtést követően kezdődhet a kulcsszereplő-elemzés, amely eljárás mint az empirikus módszerekkel összegyűjtött adatok információrendező elve működhet. Így a kulcsszereplő-elemzés a helyi viszonyrendszerekkel kapcsolatos empirikus adatgyűjtés utolsó munkafázisa. Mind ebből következően a korábban ismertetett táblázatokba rendezendő információk nem szubjektív döntések és besorolások alapján kerülnek meghatározásra, hanem a célzottan ezek összegyűjtését

szolgáló adatgyűjtés eredményeinek rendszerezését mutatják meg, így segítve a járási egészségterv – vagy más stratégiai terv – kidolgozását.

5. Az egészségterv készítésekor hasznosítható jó gyakorlatok és szakirodalmi források

A járási egészségtervek kidolgozását támogathatja továbbá mindazoknak a már megvalósításra került jó gyakorlatoknak és szakirodalmi forrásoknak a tanulmányozása, amelyek az egészségtervezés témájához nemzetközi és hazai viszonylatban kapcsolódnak. Az alábbiakban – a teljesség lehetősége nélkül – e források rövid válogatása található.

- WHO European Healthy Cities Network, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network>
- WHO Thirteenth general programme of work, 2019-2023, <https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019-2023>
- Copenhagen Consensus of Mayors. Healthier and happier cities for all, 2018, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/policy/copenhagen-consensus-of-mayors.-healthier-and-happier-cities-for-all-2018>
- Health 2020 the European policy for health and well-being, <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being>
- De Blasio A., Girán J.: Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezettudatos támogatása. Magyar Epidemiológia 2006; 3: (1) pp. 41–46.
- Girán J., Östör A., Varga M.: A városi egészségfejlesztési tervezés mint a „lehetőségek ablakát” megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája; Egészségfejlesztés folyóirat 2018; 59: 3 pp. 7–16., doi: 10.24365/ef.v59i3.307, <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=307&path%5B%5D=pdf>
- Idősek egészsége, http://onkormanyzat.gyor.hu/cikk/idek_egeszsege.html
- Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzata Közgyűlésének 522/2011. (XII. 15.) számú határozata Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzata stratégiai dokumentumainak egészséghatás-vizsgálatáról <https://gov.pecs.hu/static/tempPdf/330440/11hat522.pdf>
- J. Dailly and A. Barr.: Understanding a Community-led Approach to Health Improvement Meeting the Shared Challenge. Healthy Communities. 2008, <https://static1.squarespace.com/static/5943c23a440243c1fa28585f/t/5bfd61e021c67c2cdd6a326d/1543332329487/Understanding+a+community-led+approach+to+health+improvement.pdf>
- Füzesi Zs., Tistyán L.: Az egészségterv koncepciója. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997; 35 (5): 421–427.
- Füzesi Zs., Tistyán L.: Tervezhető egészség? Egészségügyi Menedzsment, 2001; 2 (1): 19–22.
- Füzesi Zs., Tistyán L.: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a szintereken. Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek (sorozatszerk.: Kishegyi J., Makara P.) 2004, <http://mek.oszk.hu/08100/08109/08109.pdf>
- Lencsés G., Szőke K.: Közösségi alapú egészségterv. Gyakorlati kézikönyv. Egészséges Településekért Alapítvány. Budapest, 2009.
- A guide to community-centred approaches for health and wellbeing. Full report. Public Health England. 2015, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/768979/A_guide_to_community-centred_approaches_for_health_and_wellbeing_full_report_.pdf
- Szőke Katalin: Fenntartható települési egészségtervek. Egészségfejlesztés 2010; 11(3):12–16.
- Márovics, G. (2019): Az egészségtervezés és az egészségfejlesztési tervezés módszereinek közös pontjai és különbségei. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 4–8., <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=479>
- Túri, G. (2019): Új utakon a hazai egészségtervezés. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 36–45., <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=470>
- Östör, A., Varga, M. (2019): Egészségfejlesztési tervezés és megvalósítás Székesfehérváron. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 46–50 <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=475>
- Miklósyné, B. M.; Burkali, B., Bazsika, E. (2019): Egészségfejlesztési tervezés és megvalósítás Győrben. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 51–57 <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=468>
- Szőke, K., Tistyán, L., Füzesi, Zs. (2019): Közösségi részvétellel alapozott egészségtervezés Magyarországon [Community-based health planning in Hungary]. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 21–28 <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=483>

F. Beavatkozások tervezése, értékelése

Vitrai J.

Az egészség javítását célzó beavatkozások tervezésekor minden felelős szereplőnek tisztában kell lennie azzal, hogy bár jó szándékkal cselekszik, a tervezett beavatkozás lehet, hogy nem lesz eredményes, és így erőforrás-pazarlással jár, de akár kárt is okozhat. Jó példa erre a kábítószer-fogyasztás megelőzését célzó kommunikációs kampányok: „A kutatások együttes elemzése alapján megállapítható, hogy a médiakampányok nem befolyásolták a használat csökkentését, és gyenge hatást gyakoroltak a tiltott anyagok felhasználására. Aggodalomra adnak okot az esetleges nemkívánatos hatások, mert a tapasztalatok szerint a fiatalok a médiakampányok után inkább hajlandók kipróbálni a drogokat.”¹⁰³ A kockázatok csökkentése érdekében mind a beavatkozások tervezésébe, mind a megvalósításukba felkészült szakemberek bevonása elengedhetetlen.

1. Szempontok a beavatkozások tervezéséhez és megvalósításuk értékeléséhez

A szakirodalomban közölt eredményes népegészségügyi beavatkozások többsége később, máshol megismételve nem bizonyul sikeresnek. Vajon csak a metodikai leírás nem volt elég részletes az eredeti közleményekben? Elsiklottunk fontos, de látszólag lényegtelen részletek felett? Milyen tényezőktől függ, hogy egy beavatkozás megvalósítása sikeres lesz-e? Milyen szempontokat kell figyelembe venni, hogy a korábban máshol sikeresen alkalmazott beavatkozást magunk is eredményesen tudjuk megvalósítani? Az alábbiakban az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos implementáció-tudományi¹⁰⁴ elméletek alapján kidolgozott szempontrendszert mutatjuk be a népegészségügyi

céllal létrehozott hazai partneri együttműködések szakértői számára.

A szempontrendszer alkalmazása a megvalósítók számára lehetőséget nyújt megvizsgálni, mely tényezők játszhatnak kulcsszerepet egy beavatkozás átvételében, és a siker érdekében mely tényezőket érdemes a beavatkozás megvalósításakor figyelemmel kísérni, értékelni. A szempontrendszert az 5. ábra elméleti modellje alapján dolgozták ki.¹⁰⁵

A modell szerint egy beavatkozás¹⁰⁶ megvalósulását a beavatkozás jellemzőin túl további 4 tényező befolyásolja: a külső és belső környezet, a megvalósító egyének jellemzői, valamint a megvalósítás folyamata. (13. táblázat)

A Partneri Együttműködések (PE) esetében a külső környezet a járás, a belső maga a PE, a megvalósító egyének a PE tagjai. A táblázatban az érintettek kifejezés a járásban élőket, illetve az ott működő szervezeteket jelöli.

A táblázatban részletezett szempontok támpontot jelentenek a beavatkozások megvalósításának tervezésében, előkészítésében, a várható nehézségekre való felkészülésben. A PE még a beavatkozás elindítását megelőzően azonosíthatja a kritikus elemeket, és azokból levezethető problémákra előzetesen megoldásokat tud kidolgozni.

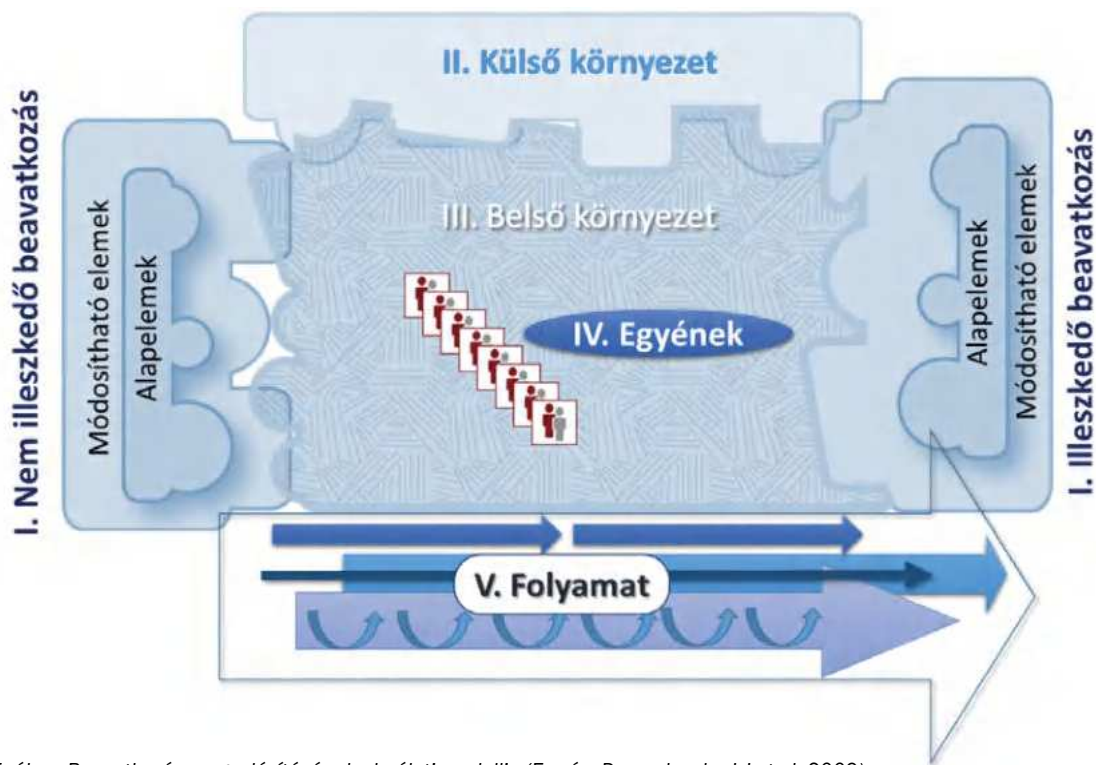
A tervezéskor a PE-nek célszerű megvizsgálnia például, hogy az átvenni szándékozott beavatkozásból mi az, amihez ragaszkodni kell, és mi az, amit a helyi viszonyokhoz, körülményekhez illeszteni érdemes (I. Beavatkozás jellemzői). Azt is fontos átgondolni, hogy a beavatkozás megvalósításához milyen támogatottságra (II. Külső környezet) számíthatnak, hogy a járásban milyen akadályozó és milyen segítő erők léphetnek fel.

103 Can mass media campaigns prevent young people from using drugs? (Perspectives on drugs). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/mass-media-campaigns> (Elérve: 2020. 05. 11.)

104 Az implementáció-tudomány a bizonyítékokon alapuló gyakorlatok, beavatkozások és szakpolitikák bevezetésének és integrálásának elősegítésére szolgáló módszerek tanulmányozása a rutin egészségügyi ellátásban és a népegészségügyben. Ez a tudomány arra törekszik, hogy szisztematikusan kiküszöbölje a szakadékokat az ismeretek és a cselekedetek, az elmélet és a gyakorlat között azáltal, hogy azonosítja azokat a korlátokat, amelyek lassítják vagy megállítják a bevált egészségügyi beavatkozások és a bizonyítékokon alapuló gyakorlatok alkalmazását. <https://impscuiw.org/implementation-science/learn/implementation-science-overview/> (Elérve: 2020. 04. 28.)

105 Damschroder LJ et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* 2009, 4:50 doi:10.1186/1748-5908-4-50, <https://implementation-science.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50> (Elérve: 2020. 04. 27.)

106 Az ábra bal oldalán grafikusan is jelezve van, hogy a beavatkozás a helyi körülményekhez nem illeszkedik, míg a jobb oldalon egy illeszkedő beavatkozást látható.



5. ábra: Beavatkozás megvalósításának elméleti modellje (Forrás: Damschroder LJ et al. 2009)

Mivel a PE szervezeti kultúrája, működés módja (III. Belső környezet) kulcsfontosságú, ezért elengedhetetlen a közösség sokféle szempontból kielégítő felkészítése. A PE összetétele, tagjainak elkötelezettsége (IV. Egyének jellemzői), a sikeres megvalósítás kritikus elemei, a felkészülés időszakájában már ezekre oda kell figyelni. Végül a beavat-

kozás minél zökkenőmentesebb végrehajtásához (V. Folyamat) érdemes a PE-ben előre felmérni például, kikre lehet önkéntesként, „élharcosként” számítani egy-egy váratlan nehézség felbukkanásakor.

A szempontrendszer segíthet továbbá a beavatkozás monitorozásának előkészítésében

13. táblázat: Szempontok a beavatkozások tervezéséhez és megvalósításuk értékeléséhez (Forrás: Damschroder LJ et al. 2009)

BEAVATKOZÁS JELLEMZŐI		
A	Beavatkozás kezdeményezése	Az érintettek vélekedése azzal kapcsolatban, hogy a beavatkozás külső (pl. járási döntéshozó szerv, társulás) vagy belső (PE) kezdeményezés.
B	Bizonyítékok erőssége és minősége	Az érintettek vélekedése a bizonyítékok minőségéről és érvényességéről, amelyek alátámasztják azt a meggyőződésüket, hogy a beavatkozás a kívánt eredményeket fogja elérni.
C	Relatív előny	Az érintettek vélekedése a beavatkozás alternatív, más megoldásokkal szembeni előnyéről.
D	Alkalmazhatóság	Annak mértéke, hogy a beavatkozást mennyire lehet a helyi igényeknek megfelelően testre szabni, finomítani vagy változtatni.
E	Kipróbálhatóság	Annak mértéke, hogy a beavatkozást mennyire lehet kis léptékben kipróbálni, és indokolt esetben akár visszafordítani (visszavonni).
F	Összetettség	Az érintettek vélekedése a végrehajtás nehézségéről, tekintve annak időtartamát, kiterjedését, a változtatás nagyságát, szokatlanságát, központosítottságát és a végrehajtáshoz szükséges a bonyolult lépések számát.
G	Minőség	Az érintettek vélekedése a beavatkozás kiválóságáról, összeállításáról.
H	Költségek	A beavatkozás végrehajtásával kapcsolatos költségek, ideértve a beruházási, el-látási és alternatív költségek.

KÜLSŐ KÖRNYEZET		
A	Ismert szükségletek és igények	Annak mértéke, hogy a PE az érintettek szükségleteiből és igényeiből, valamint az azok kielégítésének feltételeiből mennyit ismer fel és tart fontosnak.
B	Kapcsolati háló	Annak mértéke, hogy a PE más külső szervezetek felé milyen kapcsolati rendszerrel rendelkezik.
C	Versenyhelyzet	Hasonló szervezetek példájának „nyomása” a beavatkozás megvalósítására.
D	Külső ösztönzők	A beavatkozás megvalósítását támogató külső tényezők, mint szakpolitikák, jogszabályok, kötelezettségek, ajánlások és iránymutatások, pályázatok, együttműködések, tanulmányok és jelentések.

BELSŐ KÖRNYEZET		
A	Szervezeti jellemzők	A PE felépítése, fennállásának ideje, működésmódjának kiforrottsága és mérete.
B	Hálózatok és kommunikáció	A PE-n belüli kapcsolati hálózat jellege és minősége, valamint a formális és informális belső kommunikáció jellege és minősége.
C	Kultúra	A PE normái, értékei és alapvető feltételezései.
D	Megvalósítási légkör	A változtatás elfogadásának képessége, a PE tagjainak közös hajlandósága a beavatkozás megvalósításra és közös meggyőződése arról, hogy a beavatkozás eredményeit a PE-n belül milyen mértékben fogják méltányolni, támogatni és elfogadni.
1	Változtatási hajlam	Annak mértéke, hogy a PE tagjai a jelenlegi helyzetet mennyire tartják elfogadhatatlannak vagy változásra érettnak.
2	Illeszkedés	A beavatkozás céljai és értékei közötti PE által értelmezett illeszkedés mértéke, és hogy azok hogyan igazodnak az PE tagjainak saját normáihoz, értékeihez, valamint az észlelt kockázatokhoz és szükségletekhez, továbbá hogy a beavatkozás hogyan illeszkedik a meglévő munkafolyamatokhoz és rendszerekhez
3	Fontosság	A PE tagjainak közös észlelése a végrehajtás fontosságáról a szervezeten belül.
4	Szervezeti ösztönzők és jutalmak	Külső ösztönzők, például célfeladat díjazása, teljesítményértékelések, előléptetések, fizetésemelések és kevésbé kézzelfogható ösztönzők, például nagyobb megbecsültség vagy tisztelet.
5	Célok és visszajelzés	A célok egyértelmű közlésének, a megvalósítás visszajelzésének mértéke és a visszajelzés összehangolása a célokkal.
6	Tanulási légkör	Olyan légkör, amelyben: a) a vezetők jelzik, hogy ők is tévedhetnek, emiatt szükségük van a közösség segítségére és javaslataira; b) a közösség tagjai úgy érzik, hogy nélkülözhetetlenek, értékesek és tájékozott partnerek a változtatási folyamatban; c) az egyének pszichológiailag biztonságosnak érzik magukat új módszerek kipróbálására és d) van elegendő idő és hely a tapasztalatok megbeszélésére és értékelésére.
E	Végrehajtási készség	A PE egyértelmű és kifejezett elkötelezettsége a beavatkozás végrehajtására.
1	Vezetői szerepvállalás	A vezetők elkötelezettsége, bevonódása és elszámoltathatósága.
2	Rendelkezésre álló erőforrások	A beavatkozás végrehajtásra és eredményeinek fenntartására fordítható erőforrások szintje, ideértve a pénzt, a képzést, az oktatást, a fizikai teret és az időt.
3	Hozzáférés tudáshoz és információkhoz	A beavatkozásra vonatkozó információhoz és tudáshoz való könnyű hozzáférés és a feladatok teljesítéséhez való felhasználási lehetőség.

EGYÉNEK JELLEMZŐK		
A	A beavatkozással kapcsolatos tudás és meggyőződés	A PE tagjainak hozzáállása a beavatkozáshoz, annak értékéhez és ismeretük az- zal kapcsolatos tényekről, állításokról és alapelvekről.
B	Énhatékonyság	Egyéni hit saját képességeikben a célok elérésére szolgáló cselekvéssorozat vég- rehajtására.
C	A változás egyéni állapotai	A PE tagjainak állapotában tapasztalható fejlődés a képzett, a lelkes és az ered- mény tartós felhasználója felé.
D	A szervezet egyéni megítélése	Összetett jellemzés arról, hogy a PE tagjai hogyan érzékelik a szervezetet, kapcso- latait és hogy mennyire elkötelezettek a PE-vel szemben.
E	Egyéb személyes tulajdonságok	Összetett jellemzés arról, amely magában foglalja egyéb személyes vonásokat, mint például a kétértelműség toleranciája, az intellektuális képesség, a motiváció, az értékek, a kompetencia, a képesség és a tanulási stílus.

FOLYAMAT		
A	Tervezés	A beavatkozás tevékenységei és feladatai megvalósításának kidolgozottsága és minősége.
B	Bevonás	Megfelelő egyének bevonása a beavatkozás végrehajtásába és felhasználásába a társadalmi marketing, az oktatás, a szerepmodellezés, a képzés és egyéb kom- binált stratégiákon keresztül.
1	Véleményvezérek	Egyének a szervezetben, akiknek formális vagy informális befolyása van a PE tag- jainak a beavatkozás végrehajtásával kapcsolatos attitűdjére és meggyőződésére.
2	Kinevezett vezetők	A PE-n belüli egyének, akik koordinátorként, projektmenedzserként, csoportve- zetőként vagy más hasonló szerepben a beavatkozás végrehajtásért felelősek.
3	„Élharcosok”	Egyének, akik önként elkötelezik magukat a beavatkozás támogatására, marke- tingjére, legyőzni a közönyt vagy ellenállást, amelyet a beavatkozás kiválthat a PE-ben.
4	Külső támogató	Egy külső szervezetben kinevezett egyén, aki befolyásolja vagy elősegíti a beavat- kozással kapcsolatos döntések kívánt irányba történő meghozatalát.
C	Végrehajtás	A beavatkozás megvalósítása, végrehajtása a terv szerint.
D	Értékelés és visszajelzés	Kvantitatív és kvalitatív visszajelzések a végrehajtás előrehaladásáról és minősé- géről, a tapasztalatok rendszeres személyes és csoportos értékelése.

is, hiszen tervezéskor az adott beavatkozáshoz fontosnak ítélt tényezőkhöz érdemes folyamat- vagy eredménymutatót választani, majd a megvalósítás során annak értékeit gyűjteni, és végül elemezni.

2. Összetett beavatkozások körülményeinek vizsgálata

Az előzőekben ismertetett szempontrendszerrel jóval összetettebb megközelítés szükséges összetett, vagy más szóval komplex beavatkozások, programok tervezéséhez és sikeres megvalósításához. A céljaik eléréséhez ugyanis a PE-k valójában nem egy, hanem több elemből álló „beavatkozáscsomagot” valósítanak meg. Az összetett beavatkozások több olyan

elemből állnak, amelyek önállóan vagy kölcsönhatásban is működhetnek egy program során.

Az összetett beavatkozások értékelésekor gyakran nehéz egymástól elkülöníteni a különböző beavatkozások hatásait, és meghatározni, hogy azokban milyen szerepet játszottak a megvalósítás körülményei. Hogy egy beavatkozás valóban képes-e változást elérni, ahhoz a körülményeknek, a megvalósítás feltételeinek és a megvalósítás folyamatának együttes értékelése szükséges.

Az ilyen célra kidolgozott, „Komplex beavatkozások kontextusa és megvalósítása” (Context and Implementation of Complex Interventions) elméleti modell rávilágít arra, hogy az összetett beavatkozások tervezésénél és megvalósításuk értékelésénél

fontos a körülmények, a megvalósítás feltételeinek megértése és figyelembe vétele.^{107, 108} A modell megértését hivatott segíteni a 6. ábra:

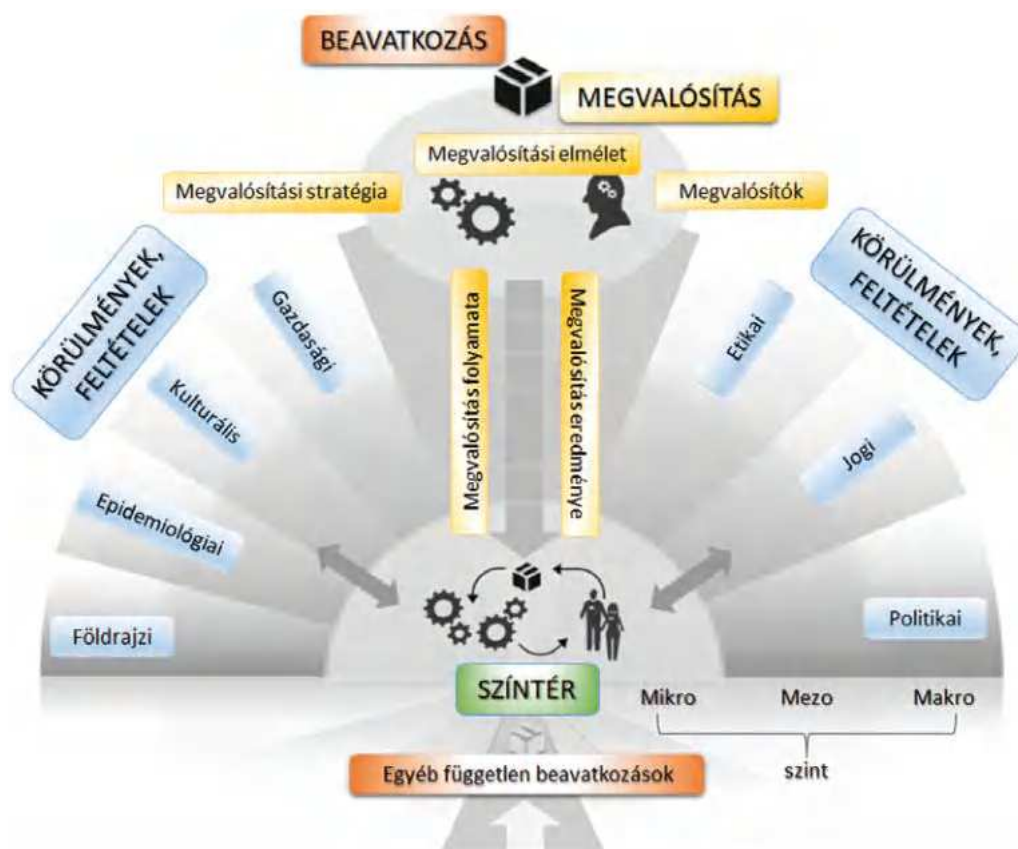
A modell segít megérteni az eredményeket befolyásoló tényezők összetett rendszerét, és segít meghatározni, mely környezeti tényezők, feltételek játszottak lényeges szerepet az eredmények alakulásában. Az így szerzett ismeretek hozzájárulnak annak feltérképezéséhez is, hogy egy-egy összetett beavatkozást vagy „jó gyakorlatot” hogyan lehetne más szinten, szintéren, vagy akár egy másik járásban, országban megvalósítani.

3. Realisztikus értékelés

Egy másik értékelési megközelítés a realisztikus értékelés, amelynek során nem a „működik?”, hanem a „mi működik, milyen körülmények között,

és kiknek?” kérdésekre keresik a választ.¹⁰⁹ Más képpen: „...a tanulságok levonása akkor érhető el a leginkább, ha az értékelő a CMO-mintát (context-mechanism-outcome) követi, amelyik mindig tudomásul veszi, hogy az adott program, illetve politika csak konkrét környezetében, a reális folyamatok figyelembe vételével értékelhető, ún. ideális elvárások aligha fogalmazhatóak meg standard viszonyítási alapként”.¹¹⁰ A realisztikus értékelő a válaszhoz azonosítja, hogy milyen mechanizmus (mechanism) hogyan hozta létre az eredményt (outcome), és azt a konkrét környezetet (context) hogyan befolyásolta (context-mechanism-outcome; CMO).

Az ilyen értékelés elmélettel kezdődik és elmélettel végződik, mert az értékelés során a beavatkozás alapjául szolgáló elméletet a tapasztalatok



6. ábra: A „Komplex beavatkozások kontextusa és megvalósítása” elméleti modell elemei (Forrás: Pfadenhauer et al. 2017)

107 Pfadenhauer 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: 10.1186/s13012-017-0552-5.

108 Kaposvári Cs., Járomi É., Vitrai J.: A komplexitás értelmezése a kontextusban és a megvalósításban: a komplex beavatkozások kontextusának és megvalósításának (CICI) keretrendszere – cikkismertetés. *Egészségfejlesztés*. 2018;59(1): 56–60. doi: 10.24365/ef.v59i1.228.

109 Better Evaluation: Realist Evaluation. https://www.betterevaluation.org/en/approach/realist_evaluation (Elérve: 2020. 5. 10.)

110 A helyi közszolgáltatások megszervezésének főbb trendjei a szakirodalom és nemzetközi szervezetek dokumentumainak tükrében. Összegző tanulmány 1. Szerk.: Pálné Kovács I. MTA KRTK RKI, Pécs. 2013. 13. o.

alapján „finomítják”. A kiindulási elmélet a korábbi kutatások tapasztalatakon és a beavatkozást tervezők feltételezésein nyugszik. Valójában a tervezés-kor mindhárom elemet, a mechanizmust, az eredményt és a körülményeket (feltételeket) ismertnek tekintik, és ennek megfelelően tervezik a monitorozást, azaz az adat- és információgyűjtést is.

A realiztikus értékelés a beavatkozás által előidézett változást magyarázza azokra a résztvevőkre (beleértve a megvalósítókat és a célcsoportokat is) vonatkozóan, akik a meghatározott körülmények között és külső tényezők befolyása alatt (beleértve magát a beavatkozást is) cselekszenek és változtatnak meg (vagy nem) egy helyzetet. A résztvevőkre és a beavatkozásokra úgy tekintenek, hogy azok beágyazódtak egy olyan társadalmi valóságba, amely befolyásolja a beavatkozás végrehajtását és azt, hogy az érintettek hogyan reagálnak rá (vagy sem). A realiztikus elemzés fő szempontrendszer a körülmények-mechanizmus-eredmény hármasa.

Az elemzés első szakaszában a minőségi adatokat kódolják, és a mennyiségi adatok elemzéséhez megfelelő statisztikai módszereket alkalmaz-

nak, majd a kiindulási elmélettel összhangban vizsgálják, hogy az adatok kapcsolódnak-e az elvégzett tevékenységekhez (a beavatkozáshoz), vagy a körülményekhez, a mechanizmusokhoz, az eredményekhez és a résztvevők csoportjaihoz. Megvizsgálják, hogy milyen eredményekhez jutnak, ha a résztvevők egyes csoportjaira és a megvalósítás különböző körülményeire is elvégzik az elemzéseket.

Ezután meghatározhatók azok a feltételek, amelyben az egyes mechanizmusok működnek (vagy nem). A feltételek kapcsolatosak lehetnek egyes résztvevői csoportokkal, egyes végrehajtási folyamatokkal, vagy a szervezeti, társadalmi-gazdasági, kulturális és politikai körülményekkel.

Az elemzés utolsó fázisa annak meghatározása, hogy melyik CMO-megállapítás nyújtja a legmegbízhatóbb és legmegfelelőbb magyarázatot a megfigyelt eredmények mintázatára. A kapott CMO-megállapítást ezután összehasonlítják a kiindulási elmélettel, amelyet az értékelés fényében módosítanak (vagy sem), és a következő beavatkozásnak már ez lesz a kiindulási elmélete.

G. Jogszabályi háttér a családokra és a köznevelési intézményekre vonatkozóan

Várfalvi M., Somhegyi A.

1. Törvények

Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)

1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól

2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról

2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről

2006. évi CXXXII. törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről

2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól

2011. évi CCXI. tv. a családok védelméről

2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről

2014. évi LXXVI. törvény a tudományos kutatásról, fejlesztésről és innovációról

1991. évi LXIV. törvény a gyermek jogairól szóló, New Yorkban 1989. november 20-án kelt egyezmény kihirdetéséről, 2–40. cikk

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról

2011. évi CLXXIX. törvény a nemzetiségek jogairól

2001. évi LXII. törvény a szomszédos államokban élő magyarokról

1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról

2011. évi CVI. törvény a közfoglalkoztatásról és a közfoglalkoztatáshoz kapcsolódó, valamint egyéb törvények módosításáról

2008. évi XLVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól

2011. CCIV. törvény a nemzeti felsőoktatásról

2011. évi CLXXV. törvény az egyesülési jogról, a közhasznú jogállásról, valamint a civil szervezetek működéséről és támogatásáról

1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről

2. Az EU közfeladatok teljesítését előíró jogszabályhelyei

2007. évi CLXVIII. törvény az Európai Unióról szóló szerződés és az Európai Közösséget létrehozó szerződés módosításáról szóló lisszaboni szerződés kihirdetéséről

a Szociálpolitika cím, Oktatás, szakképzés, Ifjúság és sport, Kultúra, Népegészségügy, Fogyasztóvédelem, Gazdasági, társadalmi és területi kohézió, Kutatás és technológiai fejlesztés, Környezet (éghajlatváltozás), Idegenforgalom cikkek, valamint általánosan alkalmazandó rendelkezések

5. B) cikk 28. a) A jó kormányzás előmozdítása és a civil társadalom részvételének biztosítása céljából az unió intézményei, szervei és hivatalai munkájuk során a nyitottság elvének lehető legnagyobb mértékű tiszteletben tartásával járnak el.

3. Kormányrendeletek

385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet a fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről

43/1999. (III. 3.) Korm. r. az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

253/1997. (XII. 20.) Korm. r. az országos településrendezési és építési követelményekről

96/2003. (VII. 15.) Korm. r. az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról

45/2007. (III. 20.) Korm. r. az egészségügyben dolgozók alap- és működési nyilvántartásának vezetéséről

356/2008. (XII. 31.) Korm. r. a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. tv. egészségügyi intézményekben történő végrehajtásáról

157/2020. (IV. 29.) Korm. rendelet a veszélyhelyzet során elrendelt egyes egészségügyi intézkedésekről

4. Miniszteri rendeletek

51/1997. (XII. 18.) NM r. a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról

62/1997. (XII. 21.) NM r. az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének egyes kérdéseiről

18/1998. (VI. 3.) NM r. a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről

60/2003. (X. 20.) ESzCsM r. az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

16/2019. (VII. 30.) EMMI r. az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről

2/2004. (XI. 17.) EüM r. az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről

47/2004. (V. 11.) ESzCsM r. az egészségügyi el-

látás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről

63/2011. (XI.29.) NEFMI r. az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól

4/2000. (II. 25.) EüM r. a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről

11/2011. (III. 30.) NEFMI r. a háziorvosok indikátoralapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól

49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról

26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról

26/1997. (IX. 3.) NM r. az iskola-egészségügyi ellátásról

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

47/1997. (XII. 17.) NM r. a kötelező egészségbiztosítás keretében járó anyatejellátás feltételeiről

8/2002. (X. 4) ESzCsM r. az anyatej társadalombiztosítási támogatás alapját képező áráról, valamint a támogatás elszámolásának módjáról

20/2008. (V. 14.) EüM r. az anyatejet helyettesítő és anyatej-kiegészítő tápszerekről

15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről

18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról

5. Egészségügyi Közlönyben megjelent egyéb fontos közlemény

Magyar Egészségügyi ellátási standardok (MEESS) 2.0 2019

6. A projekt szempontjából kiemelt jogszabályok

Népegészségügyi, valamint egészségmegőrzéssel, megelőzéssel, egészségfejlesztéssel, az egészséges életmódra neveléssel összefüggő feladatok. A közfeladatok teljesítését előíró jogszabályhelyek:

2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól 13. § (1)

egészségügyi alapellátás, az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások;

környezet-egészségügy (köztisztaság, települési környezet tisztaságának biztosítása);

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 35–36. § (1) népegészségügyi tevékenységek megvalósítása

37–40. § Egészségfejlesztés

41. § Család- és névelési gondozás

- 42. § Ifjúság-egészségügyi gondozás
- 50. § Élelmezés- és táplálkozás-egészségügy
- 57. § Védőoltások

Megelőző ellátások

- 81. § szűrővizsgálatok

86. § A magzat egészséges fejlődésének ellenőrzése és a várandós anya egészségi állapotának védelme

141. § (3) a) A közösségek és az egyének számára egészségi állapotuk védelme és fejlesztése, valamint szükség esetén lehetséges mértékű helyreállítása

7. A teljes körű iskolai egészségfejlesztés megvalósítását segítő jogszabályok

1. A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény egésze a nevelést állítja középpontba, mégpedig a gyermek testi-lelki egészségének elősegítésével, amit a törvény számos paragrafusa bizonyít (pl. a gyermeki jogok és kötelességek együttese, a gyermeknek megfelelő bánásmód, a szülők és az iskola együttműködése, az erkölcsi és a hazafias nevelés, a családi életre nevelés, az egészségnevelés és környezeti nevelés). A törvény tartalmazza a mindennapi (heti 5) testnevelést [27. §. (11)] minden évfolyam részére, melynek felmenő rendszerű megvalósítása a 2015. szeptemberben kezdődő tanévben vált teljessé [97. §. (6)].

2. A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet (továbbiakban rövidítve: 20/2012-es EMMI rendelet) X. fe-

jezete foglalkozik a tanulók egészségével, biztonságával kapcsolatos feladatokkal: a nevelési-oktatási intézmény teljes körű egészségfejlesztéssel kapcsolatos feladatait koordinált, nyomon követhető és mérhető, értékelhető módon kell megtervezni a helyi pedagógiai program részét képező egészségfejlesztési program keretében. Ezt a programot a nevelőtestületnek kell elkészítenie az iskola-egészségügyi szolgálat közreműködésével.

3. A közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV. 30) EMMI rendelet megjelenése és hatályba lépése (az előírásokat 2015. szeptember 1-jétől kell alkalmazni) nagyban segíti az egészséges táplálkozás korszerű elvárásainak teljesülését, miközben a helyi termékek felhasználását is segíti.

4. A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló, 1999. évi XLII. törvény 2011-ben történt szigorítása jelentősen támogatja az iskolai egészségfejlesztés megvalósulását.

5. Az iskolaegészségügy segítő szerepéről az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 42. §. 1. bekezdése az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény és az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet, valamint az egészségügyről szóló egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet is rendelkezik.

H. Ajánlás a járási PE-k számára a köznevelési intézményekkel kapcsolatos gyakorlati lépésekre

Somhegyi A.

1. A köznevelési intézmények mindennapi életének befolyása a gyermekek egészségének alakulására

A gyermekek olyan sok időt töltenek a köznevelési intézményekben (óvoda, iskola, kollégium), hogy az ott folytatott mindennapi élet minősége lényeges hatást gyakorol az egészségükre és az egészséggel kapcsolatos magatartásukra egyaránt. Mivel minden gyermek, minden tanuló egészségéért felelősek vagyunk (a felnőttek általában is, de az állam is), ezért felelőségünk van abban is, hogy az óvodai-iskolai-kollégiumi mindennapi élet megfelelően szolgálja a gyermekek, a tanulók egészségét és egészségmagatartását.

Ebből látható, hogy egyáltalán nem elegendő az egészségtan oktatásáért küzdenünk (ahogyan

sok kiváló, elhivatott orvos ezt ma is megfogalmazza), mert amellet, hogy a gyerekeket felvértezzük az egészséghez szükséges ismeretekkel és készségekkel, még azt is meg kell oldanunk, hogy az iskolában részesüljenek is azokban a mindennapi tevékenységekben, melyek egészségüket támogatják, fejlesztik. Tehát nem elég mondani és tanítani, hogy egészségesen kell táplálkozni, hanem azt az iskolai étkezések során a gyerekeknek meg is kell tapasztalniuk, sőt meg is kell szeretniük. Hasonlóan nem elég azt mondani és tanítani, hogy mindennap mozogni kell, hanem az iskolai életben meg is kell valósítani a mindennapos testnevelést és az azt kiegészítő egyéb testmozgást. Nem elég az sem, ha a gyerekek, a tanulók néhány speciális foglalkozáson

megismerkednek a lelki egészséghez szükséges társas készségekkel, hanem arra van szükség, hogy a pedagógusok a mindennapi tanóráikon, foglalkozásaikon olyan pedagógiai módszereket alkalmazzanak, melyek a gyerekek, a tanulók lelki egészségét, társas kapcsolati készségeit fejlesztik, nem pedig elsovasztják. Végül az sem elegendő, ha biológia- vagy egyéb órákon az egészséggel kapcsolatos néhány szokásos témát feldolgoznak: ehelyett arra van szükség, hogy az egészséghez, az egészséges magatartáshoz szükséges minden témakörben felvértezzék a gyerekeket, a tanulókat a kellő ismeretekkel és készségekkel (készségen értve a szándék kialakulását a megtanult, megismert módszerek és ismeretek alkalmazására). A témakörök magukban kell foglalják az adott korban és helyen érvényes egészséget befolyásoló tényezőket, vagyis nem engedhetjük ki a fiatalokat úgy az életbe, hogy egyes témákban nem kapták meg a kellő felkészítést. (Ahogyan az autópályára sem engedünk ki senkit úgy vezetni, hogy a KRESZ-nek csak egy részét tudja.)

A népegészségügy több évtizedes, kitartó küzdelmének eredményeképpen hazánkban az alábbi szabályozások születtek a közelmúltban:

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény kötelezővé tette a mindennapos testnevelést, melyben a legézszerűbb, 4 tanéven át tartó fokozatos bevezetését követően 2015 szeptember 1-étől már minden évfolyam minden tanulója részesül. A testnevelő pedagógusok több nagy projekt keretében igen jelentős módszertani és egyéb segítséget kaptak. A népegészségügy célja, hogy a mindennapos testnevelés az egészségfejlesztési kritériumoknak minél jobban feleljen meg: a gyermekeknek nem tornateremre, hanem testmozgásra van szükségük mindennap!

A mindennapos testnevelés mellett a gyerekek jobb egészségéhez szükséges többi egészségfejlesztési tennivalót is magában foglaló teljes körű intézményi egészségfejlesztés (TIE) egészét is sikerült megértetni a köznevelés irányítóival, így a köznevelési intézmények névhasználatáról és működéséről szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet (a köznevelési törvény végrehajtási rendelete) ezt is előírássá tette 2012-ben minden köznevelési intézmény részére.

Több nagy projekt, valamint a Köznevelésért Felelős Államtitkárság és az Egészségügyért Felelős Államtitkárság által közösen elkészített TIE-ajánlás (2) elkészítése és minden iskolának történő kiküldése (2016. április 19.) mellett a köznevelési kormányzat háttérintézmény-hálózatai (Oktatási Hivatal, Klebelsberg Központ) is támogatják az iskolákat a TIE megvalósításában. Az óvodák és a kollégiumok eddig nem kaptak sajnos segítséget, azonban a TIE-ajánlásban foglaltakat ők is alkalmazhatják saját célcsoportjuknak megfelelő módosításokkal.

A TIE születése dióhéjban:

A teljes körű iskolai egészségfejlesztés terve a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság megfelelő döntései alapján 2003-ban készült az illetékes minisztériumok együttműködésében, ezt a munkát jelen sorok szerzője az Egészségügyi Minisztérium felelős munkatársaként tartotta kézben. A tervezéskor a hazai és a nemzetközi szakirodalmat és tapasztalatokat vettük alapul, melyek segítségével meghatároztuk, hogy az iskolák mindennapi életében a pedagógusoknak mit kell rendszeresen megcsinálniuk a gyerekek jobb egészségéért, egészségfejlesztéséért. A népegészségügyi szemlélet alapján csak azzal tudunk azonosulni, ha minden gyermeket, tanulót elérünk, ezért a távlati célunk a jogszabályi előírás volt. (Ennek felelt meg részben, hogy 2004-ben a közoktatási törvény minden iskola részére előírta az egészségnevelési program elkészítését, melyet a pedagógiai program részévé kellett tenniük, azonban – az akkori oktatási irányítás kellő elköteleződésének hiánya miatt – az egészségnevelési program iránti elvárások akkor még csak lehetőségként fogalmazva utaltak a TIE-ben foglaltakra.)

A TIE a későbbi hazai és nemzetközi szakmai tapasztalatok és szakirodalom alapján ma is igen korszerű, mivel ma a nemzetközi irodalom is egyre inkább a teljeskörűséget és az iskolák mindennapjaiban történő megvalósulást sürgeti a korábban hangsúlyozott akciók helyett (1).

Ha egy közösség érzékeli, hogy a gyermekek egészségéért tennie kell, akkor fontos arról tudnia, hogy a jogszabályban előírt TIE minden köznevelési intézménynek feladata: így nem kell mindenkinek újra kitalálnia, hogy a köznevelési intézményektől mit várhat el. Ehelyett már azon gondolkozhatnak a szerepet vállalni óhajtó közösségek, hogy miként segíthetik a pedagógusokat a TIE-munkájuk minél jobb, minél hatékonyabb végzésében.

Ehhez a közösségi gondolkodáshoz, szerepvállaláshoz kívánnak a további részek olyan ötleteket adni, melyeket a népegészségügyi szemlélet és gyakorlat alapján jó szívvvel ajánlunk megvalósításra, természetesen az adott közösség helyi sajátosságai szerint módosítva, válogatva vagy kiegészítve. (Előbb azonban a TIE gyakorlati tennivalóinak rövid összefoglalása következik.)

2. A TIE gyakorlati tennivalóinak rövid összefoglalása az iskolákra megfogalmazva (óvodák és kollégiumok esetében a célcsoportjuknak megfelelő módosításokkal alkalmazandó)

A teljes körű iskolai egészségfejlesztés (TIE) az alábbi négy egészségfejlesztési alapfeladat rend-

szeres végzését jelenti minden tanulóval, a teljes tantestület és az alkalmazotti közösség, az iskola-egészségügyi szolgálat szakemberei, a szülők és az iskola környezetének bevonásával, szakmai ellenőrzés és segítség mellett:

I. Egészséges táplálkozás megvalósítása (lehetőleg a helyi termelés, helyi fogyasztás összekapcsolásával);

II. Mindennapos testnevelés minden tanulónak az egészségfejlesztési kritériumok teljesítésével, és az azt kiegészítő egyéb testmozgás;

III. A gyermekek érett személyiséggé válásának, azaz lelki egészségének elősegítése személyközpontú pedagógiai módszerekkel és a művészetek, valamint egyéb alkotó tevékenységek személyiségfejlesztő hatékonyságú alkalmazásával (ének, tánc, rajz, mesemondás, népi játékok és népi rítusjátékok, kézművesség stb.);

IV. Egészségismeretek széles köre készség szintű elsajátításának (az egészségműveltségnek) elősegítése, ezen belül **többek közt** a balesetmegelőzés és elsősegélynyújtás; személyi higiéné; a szenvedélybetegség kialakulásához vezető szerek fogyasztásának, valamint a gyermeket, a tanulót veszélyeztető bántalmazásnak a megelőzése is. A részletes témalista megtekinthető a rövid TIE-összefoglalásban (3).

3. A TIE egészségügyi segítése az iskolákra megfogalmazva (óvodák és kollégiumok esetében a célcsoportjuknak megfelelő módosításokkal alkalmazandó)

Helyi egészségügyi szereplők, akiket érdemes lehet bevonni a TIE népegészségügyi segítségébe:

- iskolaegészségügy: iskolaorvos, iskolai védőnő: ők jelentik a kezdőpontot;
- iskolai pszichológus, iskolai fogorvos, dentálhigiénikus;
- háziorvos;
- háziorvosi praxisközösség: háziorvos és egyéb szakorvosok, egészségügyi szakdolgozók: nővér, védőnő, dietetikus, gyógytornász, pszichológus, népegészségügyi szakember;
- Egészségfejlesztési Iroda (EFI);
- Leleki Egészség Központ (LEK);
- mentősök;
- vöröskeresztesek;
- ha van a közelben kórház vagy rendelőintézet, akkor az ottani szakorvosok és egyéb egészségügyi dolgozók, köztük a fent már szereplők mellett a műtősnők is;
- megyei, illetve járási népegészségügyi főosztály, illetve osztály munkatársai.

A TIE négy egészségfejlesztési alaptevékenységében az alábbi népegészségügyi segítséget lenne hasznos megszervezni a népegészségügy szereplőinek bevonásával (4):

I. Egészséges táplálkozás:

A közétkeztetési rendelet elvárásai szerinti egészséges táplálkozás megértetése, sőt megszerettetése nagy kihívást jelentő pedagógiai feladat (TIE I. és egyben a TIE IV. tevékenység része), amiben a pedagógusoknak segítségre van szükségük. Az iskola-egészségügy mellett rendkívül hatásos szakmai segítő a dietetikus, akit ezért közel kellene vinnünk az iskolákhoz, az óvodákhoz, a kollégiumokhoz:

- tarthatna a gyerekek részére interaktív foglalkozást az egészséges táplálkozásról;
- elkísérheti a gyerekeket különböző típusú boltokba, piacra, hogy a gyakorlatban megismertesse az egészségtudatos választás szempontjait (köztük a helyi termelés, helyi fogyasztás összekapcsolásának előnyeit is);
- a gyerekek érdeklődését kellően felkeltheti az iskolakert kialakítása és művelése iránt;
- főzési alapismereteket taníthatna (ha van tankonyha, akkor a gyakorlatban is);
- a szülők is részt vehetnének a fenti programokon, így az ő egészségtudatosságuk is javítható lehet.

A dietetikus, a háziorvosi praxis, a praxisközösség, illetve az EFI által rendezett bármely egészségfórum szereplőjeként taníthatja a felnőtteknek az otthoni tennivalóikat, valamint egyúttal az iskolák, óvodák, kollégiumok TIE munkájának otthoni segítésére is felhívhatja a figyelmüket.

II. Mindennapos testnevelés és az azt kiegészítő testmozgás:

A mindennapos testnevelés egészségfejlesztési kritériumainak (5) teljesülését a szülők tájékoztatásával kellene elősegíteni, ami a háziorvosi praxis, a praxisközösség és az EFI-k minden olyan rendezvényéhez hozzáilleszhető lehet, amely a lakossághoz szól. A szülők így otthonról jobban támogathatnák gyermekeik részvételét a mindennapos testnevelésben, ezzel az indokolatlan felmentések visszaszorítását is elérhetjük. A szülők és a gyermekek tudatosságát e téren könnyen javíthatja egy rövid, érdekes online kérdőív, melyben a mindennapos testnevelés egészségfejlesztési kritériumainak teljesülésének észleléséről kérdezzük őket. A kérdőívek linkje elérhető az irodalomgyűjteményben (6).

A mindennapos testnevelés egészségfejlesztési kritériumai közül a minden gyermek és tanuló részére szükséges hatékony tartáskorrekció (7, 8, 9, 10) megvalósulását különösen is segíthetné a háziorvosi praxis, a praxisközösség és az EFI: a testnevelő pedagógusok (óvónő, tanító, testnevelőtanárr) részére az Oktatási Hivatal hálózata, a Pedagógiai Oktatási Központok szakmai műhelyfoglalkozásokat szerveznek, melyeken a háziorvosi praxis, praxisközösség vagy az EFI által fizetett, erre felké-

szített gyógytornász tarthatná meg a mozgásanyag gyakorlati oktatását, majd az iskolákba (esetleg óvodákba) elmenve a pedagógusok munkáját meg is nézhetné és segíthetné.

III. Lelki egészséget fejlesztő pedagógiai módszerek és a művészetek alkalmazása:

A háziorvosi praxis, a praxisközösség, az EFI és a LEK a pedagógusok hivatásszemélyiségének gondozásában, azaz lelki egészségük fejlesztésében tudna segíteni azzal, hogy a Köznevelésért Felelős Államtitkárság terveivel is összhangban állóan az alábbi bevált programokat megvalósítja a pedagógusok részére a háziorvosi praxis, a praxisközösség és az EFI saját szakembere vagy más, ehhez szükséges képesítéssel rendelkező szakember útján:

- Mentálhigiénés Alaprogram (MAP) nevű, akkreditált pedagógus-továbbképző program a pedagógusok részére;
- Williams Életképességek (WÉK) nevű, akkreditált pedagógus-továbbképző program a pedagógusok részére;
- resztoratív konfliktuskezelés megtanítása a pedagógusoknak.

A lelki egészséget fejlesztő pedagógiai módszerek alkalmazásának rendkívüli szükségességét, valamint a művészetek lelki egészséget és tanulási eredményességet egyszerre elősegítő kiváló hatását a szülőknél és a pedagógusokban tudatosítani lenne szükséges, erről egyes lakossági rendezvényeken adhatna tájékoztatást a háziorvosi praxis, a praxisközösség és az EFI.

Amíg az iskolák egész tantestületei nem állnak át a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek alkalmazására minden tanórán, illetve a művészetekkel nem varázsolják el a tanulókat az iskola mindennapjaiban, addig sajnos az egészségügynek utólag kell megpróbálnia helyrehozni a gyerekek lelki egészségét. Ez a tanulókkal végzendő, a lelki egészségüket elősegítő különböző foglalkozások megtartását jelenti, melyek közül igen lényegesek a társas kapcsolati készségeket fejlesztő programok.

Ha a gyerekek egészségének javításáért dolgozó közösség szereplői ügyesek, elérhetik a velük kapcsolatban álló iskoláknál a pedagógiai fordulatot. Amíg ez nem sikerül, addig marad a kívülről bevívandó, emiatt nyilván kevésbé hatékony tanuló foglalkozások megszervezése, finanszírozása.

IV. Egészségismeretek készségegé váló átadása:

Az egészségismeretek széles körének (a témalistát lásd a TIE-ajánlásban és a TIE rövid összefoglalásában, 2, 3) készségegé váló átadásában (az egészségműveltség fejlesztésében) a pedagógusok igen sok segítséget igényelnek. Első segítőjük természetesen az iskola-egészségügyi szolgálat. Az iskolaorvosnak/

iskolai védőnőnek a tantestülettel azt kell elvégeznie, hogy a TIE IV. egészségfejlesztési alaptevékenységéhez tartozó egészségismereti témalista minden elemét tervezzék be az iskolájuk évfolyamainak éves munkarendjébe, tantervébe úgy, hogy végül az iskola valamennyi évfolyamának ideje alatt a tanulók minden témával foglalkozzanak. Nem lenne lelkiismeretes, ha bármelyik témából kimaradnának, és így készületlenül engednék őket az életbe. (A témák a helyzet szerint összevonhatók vagy tovább bonthatók, ezt mindenhol szabadon tehetik a tervezők, hiszen így biztosítható, hogy az adott iskola tanulóinak igényére, helyzetére szabjuk az egészségismeret-átadást.) Ezt követően a tantestület és az iskola-egészségügy közösen meghatározza, hogy mely témák feldolgozását ki végzi, lesznek témák, amiket a pedagógusok maguk, de nyilván sok témát az iskola-egészségügy fog tudni feldolgozni. Ezenkívül még sok olyan téma maradhat, amihez külső szakember bevonására lehet szükség. Az iskolaegészségügy, a háziorvosi praxis, praxisközösség és az EFI, valamint a megyei, illetve járási népegészségügyi főosztályok közti személyes kapcsolat megteremtése révén válik lehetővé, hogy az egyes intézmények közelében megtalálják a megfelelő szakembereket, nyilvánvalóan ez a szervező-, keresőmunka az iskola-egészségügytől indul. Ahogyan az a TIE-ajánlásban is szerepel, az egyes témákhoz értő, a gyerekekhez jól szóló tudó, hivatásszeretből (lehetőleg ingyen) jövő egészségügyi szakember (orvos, védőnő, dietetikus, gyógytornász, pszichológus, nővér, műtősnő, mentőtiszt stb.) a népegészségügyi országos intézmény ajánlása nélkül hívható.

Tehát a TIE segítségével fáradó közösség úgy kezdheti a az egészségismeretek átadásának segítséget, hogy megkeresi a területén működő iskolaorvosokat és velük egyeztet, hogy mit tehet.

Az egészségtémák feldolgozása az iskola mindennapi életén belül történhet az egyes tanórák keretén belül (pl. biológia-egészségtan, osztályfőnöki, kisebbeknél környezetismeret), vagy olyan szakkörszerű foglalkozáson, melyen az adott osztályok minden tagja részt vesz. Az nem elég ugyanis, ha az érdeklődő gyerekek kapják meg a felkészítést az életre, minden gyerekért felelősek vagyunk, minden gyereket fel kell készítenünk.

Az egészségismeretek készségegé váló átadásához olyan módszerek szükségesek, amik a gyerekeket, a fiatalokat „megfogják”. Erre okostelefonjaik kiváló lehetőséget adnak, ezért érdemes a tudnivalókat a gyerekekkel „kibányasztatni” az internetről, lehetőleg kiscsoportos feladatként, amit aztán a talált információk értékelése és feldolgozása követhet. Így a gyerekek egyúttal a biztonságos internethasználatot is a gyakorlatban alkalmazhatják. A végén a feladattal foglalkozó gyerekcsoport bemutathatja frissen szerzett tudományát a többi

gyereknek. Így a kortárshatást jóra használhatjuk, és amit a felnőttől meg sem hallgatna a fiatal, azt a kortársaitól könnyebben elfogadja.

Létező segítség mindehhez a TIE-ajánlásban (2) összegyűjtött számos hasznos link, valamint az azóta készült újabb részek az Okosdoboz portálon (11): a TIE IV. egészségfejlesztési tevékenységéhez tartozó egészségismereti témalista számos eleméhez elkészült 600 online játékos feladat, 100 animációs kisfilm. Az EFOP 1.8.0. projektben pedig további, a mai gyerekekhez közelálló információforrás készül az egészségtémákban, ezek 2020. szeptemberben válnak felhasználhatóvá minden iskola és az őket segítő szakember részére.

4. A TIE segítséget célzó számos működő példa iskolákra vonatkozóan

Mivel nemcsak az egészségügyi, hanem a köznevelési kormányzat is rendkívüli fontosságot tulajdonít a gyerekek jobb egészségének, így a TIE minél jobb végzésének is, 2020. februárban a két államtitkár közös levélben (12) fordult minden iskolaigazgatóhoz. A levélben kérték, hogy a TIE nyomon követésére készült online kérdőívet töltsék ki az iskolaigazgatók, és mellékletben hívták fel a figyelmet egyrészt a TIE IV. egészségfejlesztési tevékenységéhez tartozó egészségismereti témalistára, másrészt a TIE segítséget megvalósító számtalan különböző projekt, illetve program gyűjteményére. A TIE nyomon követését szolgáló online kérdőív a TIE négy egészségfejlesztési alaptevékenységére vonatkozó gyakorlatias kérdéseket tartalmazott, melyek elsősorban a 2016-ban készült és kiküldött TIE-ajánlás elemeire kérdeztek.

A kérdőív kérdései, valamint a TIE-t segítő számtalan projekt és program gyűjteménye segítheti a TIE segítségen fáradozó közösséget is a helyi gondolkozásban és cselekvésben.

5. Különböző korú gyerekek bevonása a TIE minél hatékonyabb végzésébe: mit kaphatnak és ők mit tehetnek az iskolában/kollégiumban az egészségük érdekében?

A gyerekek bevonása egészen alapvető: kell, hogy érdekelje őket a saját egészségük és felelősségük. Különböző korú gyerekek bevonása más-más módokat, trükköket igényel, ezeket a tenni vágyó közösség tudja legjobban megfogalmazni. Mégis alább néhány ötletet adunk olyan megoldásokra, melyeket eddigi tapasztalataink és tudásunk szerint jó szívvel ajánlunk:

I. Egészséges táplálkozás segítéséért:

- nézzenek utána különböző csoportokban az interneten és közösen alakítsák át az iskolai büfét, automatát (kínálatát, tájékoztató-megnyerő anyagait, környezetét) tanáraikkal, iskola-

orvosukkal, iskolai védőnőjükkel és szüleikkel is együttműködve;

- gondolkozzanak közösen és alakítsák az étterem körülményeit saját kétékezi munkájukkal olyanná, ahol kellemesen érik magukat;
- ha már a gyerekek úgyszólván kellemes hely kialakításán gondolkoznak és fáradoznak, célszerű lehet, hogy utánanézzenek a hangerő kérdéskörnek is: saját elhatározásukból elérhető lehetne, hogy az iskolai rendezvényeken (és máshol, ahol hatásuk lehet a rendezésre) a hallást megkímélő hangerőt alkalmazzanak a zene vagy más műsor közvetítésekor;
- gondolkozzanak közösen és szervezzék meg maguk, hogy szabadidejükben gyakorolják a tudatos vásárlást az élelmiszerboltban és a piacon, ebben is tanáraikkal, iskolaorvosukkal, iskolai védőnőjükkel, szüleikkel együttműködve, és lehetőleg dietetikust is bevonva.

II. Mindennapos testnevelés és az azt kiegészítő egyéb testmozgás segítéséért:

- nézzenek utána különböző csoportokban az interneten, hogy mi mindennek kellene történnie a testnevelésben a minél jobb egészség érdekében;
- online kérdőív segítségével értékeljék saját tesióráikat (ezt lásd az irodalomgyűjteményben);
- beszéljék meg, hogy ők mit tehetnek a jobbításért (pl. egymás serkentésére videók készítése, ezekből kivett fotók vándorkiállításai az osztályokban);
- beszéljék meg mindezt a testnevelőtanáraikkal, az iskolaorvosukkal és iskolai védőnőjükkel is;
- nézzenek utána különböző csoportokban az interneten, hogy saját iskolájuk környezetében milyen sportszervezettel lehetne együttműködni saját délutáni sportolásuk érdekében, ha ehhez szervezési és anyagi segítség lenne szükséges, keressék meg iskolájuk igazgatóját, fenntartóját és településük polgármesterét, mindebben együttműködve tanáraikkal, iskolaorvosukkal, iskolai védőnőjükkel, szüleikkel.

III. Lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek, a művészetek és egyéb alkotó tevékenységek alkalmazása az iskola mindennapjaiban:

- nézzenek utána különböző csoportokban az interneten, hogy mely pedagógiai módszerek segítik elő a lelki egészséget és melyek maradnak ebben le;
- gondolkozzanak saját iskolai mindennapjaikon: értékeljék ebből a szempontból saját tanóráikat;
- vonják be a közös gondolkodásba iskolájuk igazgatóját, iskolaorvosát és iskolai védőnőjét, pszichológusát, valamint szüleiket;
- keressék annak módját, hogy a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek hogyan válhatnak általánossá saját iskolájukban;

- keressék annak módját, hogy művészeti és egyéb alkotó tevékenységekben vehessenek részt minél rendszeresebben:
 - vegyék fel a kapcsolatot a közeli könyvtárral, múzeummal, színházzal;
 - keressenek a szülők, tanárok ismerősei körében olyan művészeket, akik szívesen eljönnek hozzájuk, hogy művészi élményt nyújtsanak;
 - keressenek olyan kézműves mestereket és jó kétkezi munkásokat a közelükben, akiknek a munkáját megnézhetik, az érdeklődők esetleg részt is vehetnek benne („Ki miben ügyes?”). Így jobban kiderül és előtérbe kerül sok olyan tehetség, mely a szokásos iskolai mindennapokban rejtve marad, fontos a gyerekek önismeretéhez, önértékeléséhez, egymás értékeléséhez és majdani célszerű pályaválasztásához!

IV. Egészséget támogató ismeretek és készségek fejlesztése:

- Nézzenek utána, illetve gondolkodjanak közösen azon, hogy milyen témákban van szükség ismeretekre és készségre ahhoz, hogy ők maguk egészségesen tudjanak élni most és felnőttkorukban;
- nézzék át az egyes évfolyamok tananyagát, jelöljék, hogy mely témák szerepeltek és melyek nem, valamint azt is, hogy ami szerepelt, az nekik eleget segített-e a majdani döntéseikhez;
- mindezt beszéljék meg iskolaorvosukkal, iskolai védőnőjükkel, majd szüleikkel és iskolaigazgatójukkal;
- közösen keressenek megoldást a feltárt hiányosságok pótlására, például tegyenek javaslatot, hogy mely tanórákon és milyen módon lehetne jobban használható tudást szereznüik;
- keressenek olyan honlapokat, melyek jó segítséget tudnak nyújtani (ebben támaszkodjanak tanáraik, iskolaorvosuk, iskolai védőnőjük, szüleik tapasztalataira is);
- gondolkozzanak és tegyenek javaslatot arra, hogy mivel, hogyan lehetne lemérniük saját tudásukat és készségeiket.

6. Szülőknek a TIE-ről: mit kaphatnak gyermekeik, és ők szülőként és felelős állampolgárokként mit tehetnek az iskolában/kollégiumban, illetve azok környezetében gyermekeik jobb egészsége érdekében?

A fentiek alapján mindenben segítsék a gyerekek erőfeszítéseit és a pedagógusok munkáját.

7. Polgármester, közeli bolt vezetője, gazdák, sportszervezetek, iskola/kollégium fenntartója, a szülőket elérő szervezetek (pl. család- és karrierpontok), könyvtárak, művészek stb.: tudjanak a TIE-ről, keressék meg saját tevékeny szerepüket.

A fentiek alapján mindenben segítsék a gyerekek erőfeszítéseit és a pedagógusok munkáját, esetenként kiemelve az illő részt (pl. sportszervezet esetén főleg a mindennapos testnevelés és az azt kiegészítő egyéb testmozgástémát).

8. Nemzetközi kitekintés a TIE vonatkozásában

Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ, WHO) Európai Regionális Irodája az „Egészség 2020” kidolgozásakor azt kívánta elősegíteni, hogy az egészségügyi rendszerek megerősítésén túl más szektorokat is megszólítson és bevonjon az ágazatközi együttműködésbe. A legtöbb egészségprobléma és a korai halálozások legfőbb okai a társadalomban gyökereznek, melyeket a korai gyermekkori évek, az oktatás, a foglalkoztatás, a munkafeltételek, a jövedelmek, a környezet, a helyi körülmények, a társadalmi kirekesztés befolyásolnak. A lehetséges kiemelt cselekvési területek közt a kormányzati struktúrákban a horizontális megközelítés és az interszektoriális együttműködés kiemelkedő fontosságú. Az „Egészség 2020” stratégiai dokumentum leszögezi, hogy a köznevelésnek és az egészségügynek végre együtt kell dolgoznia, mivel súlyos tudományos bizonyítékok mutatják, hogy az egészséget támogató nevelési környezet jobb tanulási eredményességet hoz, s a jobban tanuló gyermekek egészsége jobb (13). Az UNESCO az utóbbi években nagy erőket mozgat meg, hogy az egészségügyet és az oktatásügyet a világ országaiban annak tudatában fejlesszék, hogy ezáltal érhető el legjobban a jobb egészség és a jobb képzettség (14).

A WHO keretén belül működő „Iskolák az egészségért” mozgalom (Schools for Health in Europe Foundation Network, rövidítve: SHE) honlapján (15) bőségesen megtalálhatók különböző segítő anyagok azon iskolák részére, melyek az egészségfejlesztés terén fejlődni kívánnak. Ezek között szerepel egy összegző közlemény (Young és mtsai, 16) az iskolai egészségfejlesztés hatékonyságának bizonyítékairól. A közlemény 13–16. oldalán találunk bőséges szakirodalmi hivatkozást arról, hogy az iskolai életbe beépülő azon tevékenységek bizonyultak leghatásosabbnak, melyek az egészséges táplálkozást, a rendszeres testmozgást és a lelki egészséget segítették elő. Különösen fontos, hogy a tanulók lelki egészségét elősegítő tevékenységek egyszerre javítják a tanulók társas kapcsolatait és tanulmányi eredményeit, a mindennapos iskolai testmozgás pedig annak ellenére sem rontotta a tanulók tanulmányi eredményeit, hogy miatta kevesebb idő jutott a tanulásra. A SHE mellett az International School Health Network (ISHN) is azon dolgozik, hogy az iskolákban a nevelés-oktatás mindennapjaiba épüljön be mindaz, amit a gyerekek jobb egészségéért tenni kell, a korábbi időkben hangsúlyozott akciók és kampányok nem hozták az elvárt hatásokat (1).

Magyarország a 90-es évek eleje óta tagja a WHO SHE-hálózatának, azonban az elmúlt sokéves időszakban nem történt semmilyen együttműködés, tagságunk virtuálissá vált. Ezen a helyzeten éppen amiatt vált szükségessé a változtatás, mert nálunk – Európában egyedüli országgént – kötelező, így minden tanulót elér a mindennapos testnevelés, és a TIE kötelező előírására is Európa-szerte csak egy példa van rajtunk kívül (Portugália). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma 2018-ban tette a kapcsolatot és az együttműködést újra élővé azzal, hogy e sorok szerzőjét kinevezte a SHE magyar nemzeti koordinátorává, s azóta végre megjelenik a SHE-ben Magyarország híre és tevékenysége az iskolai egészségfejlesztés terén (17). A SHE-ben végzett munka során szerzett nemzetközi tapasztalatok is hozzájárulnak ahhoz, hogy a hazai iskolai egészségfejlesztést minél jobbá tehesük.

9. Gyakorlatias irodalmi gyűjtemény elektronikus lelőhelyekkel

Annak érdekében, hogy a szövegben hivatkozott anyagok könnyen megismerhetők legyenek a TIE segítségével fáradozó közösségek részére, alább megtalálhatók ezek elektronikus lelőhelyei:

1. International School Health Network (ISHN): a new paradigm for school health promotion in the 21st century – current draft (ISHN-től érkezett: 2020. április 19-én): <https://drive.google.com/file/d/0B76Y7ZIG6-eBa3VVQTIEZFfVjA/view>
2. TIE-ajánlás: <http://egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-mindennapokban.html>
3. TIE rövid összefoglalása: <http://egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-mindennapokban.html>
4. Somhegyi A.: A népegészségügyi szakemberek és intézmények feladatai a teljes körű iskolai egészségfejlesztés szakmai segítségével. Népegészségügy 2018; 96:69–76, <https://ogk.hu/~media/Files/ogk/prevencao-tie-nepeu-segitese-nepegeszsegugy-2018-1.ashx>
5. Somhegyi A.: A mindennapi testnevelés egészségfejlesztési kritériumai: megvalósításuk jelen helyzete. Népegészségügy 2014; 92:4–10, https://ogk.hu/~media/Files/ogk/MT%20egeszsegfejlesztesi%20kriteriumai%20N%C3%A9peg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgy%202014_1%20sz%C3%A1m.ashx
6. Mindennapos testnevelés kérdőíveinek linkjei (készült: 2019. április 22.): [tesigyereknek / tesiszuloknak](http://egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-mindennapokban.html)
7. Somhegyi A., Lazáry Á., Feszthammer A., Darabosné Tim I., Tóthné Steinhausz V., Boja S., Szilágyi Á., Varga P.: A biomechanikailag helyes testtartás kialakítását, automatizálását és fenntartását szolgáló mozgásanyag beépítése a testnevelésbe. Népegészségügy 2014; 92:11–19, https://ogk.hu/~media/Files/ogk/Biomechanikailag%20helyes%20testtart%C3%A1s%20N%C3%A9peg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgy%202014_1%20sz%C3%A1m.ashx
8. Somhegyi A. és mtsai: Tartáskorrekció – A biomechanikailag helyes testtartás kialakításához szükséges izomerő és izomnyújthatóság ellenőrzését és fejlesztését elősegítő gyakorlatok – I. videó: oktatófilm testnevelő pedagógusok részére; II. videó: a gyakorlatok együtt-tornászásra alkalmas módon bemutatva; III. videó: a gyakorlatok óvodásokkal végezve; könyv: az elméleti háttér és a gyakorlatok leírása rajzokkal illusztrálva, <https://gerinces.hu/prevencao/tartaskorrekcio-konyv-es-dvd-csak-gerincesen/>
9. A hatékony tartásjavítás érdekében készült segítő anyagok testnevelők részére: <https://gerinces.hu/prevencao/javaslatok-tartaskorrekcio-oktatanak-modszertanahoz/> (egy testnevelővel sokat együtt dolgozó gyógytornász tapasztalatai) <https://gerinces.hu/prevencao/gerinc-es-izuletvedelem-az-iskolai-testnevelésben/> (ugyanannak a gyógytornásznak a gyakorlati javaslatok) <https://gerinces.hu/testnevelés/szakmai-anyagok/gyakorlat-csokor-jobb-testtartas-es-terd-kimelete-erdekeben-szuloknak-testnevelőknek/> (osztálytermi tartáskorrekciós, lábizomerősítő és térdizomgyengülést javító gyakorlatok tornatermen kívüli testnevelőórákra és otthonra)
10. A mindennapos testnevelésről és a speciális tartásjavításról tájékoztató anyagok szülők részére: <https://gerinces.hu/prevencao/minden-napi-testnevelés-hatekony-mukodese-orvosoktol-szuloknak/>
11. Okosdoboz portál: www.okosodoboz.hu
12. A köznevelésért és az egészségügyért felelős államtitkárok levele, a TIE nyomon követését szolgáló online kérdőív, valamint a két melléklet az alábbi linken tekinthető meg: <http://egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-mindennapokban.html>
13. WHO Regional Office for Europe: Health 2020: education and early development. Synergy between sectors: Fostering better education and health outcomes, 2014, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/257881/H200-SectoralBrief-Education_11-09-Eng.pdf
14. Az UNESCO keretében folyó törekvések az oktatás és az egészség együttes fejlesztéséért, például: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1
<http://www.schoolsandhealth.org/Pages/FRESH.aspx>
<https://unescochair-ghe.org/>

15. Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE) honlapja: <https://www.schoolsforhealth.org/>
16. Young I., St. Leger L., Buijs G. 2013: School health promotion: evidence for effective action. Background paper SHE Factsheet 2., <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/fact-sheets/she-factsheet2-background-paper-school-health-promotion-evidence.pdf>
17. WHO Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE) honlap magyar híradása (2019. április 5.): SHE Newsletter 2019/3.: Holistic health promotion (HHP) in Hungarian schools
<https://mailchi.mp/ucsyd/she-newsletter-3-2170457?e=3289fd77aa>
<https://www.schoolsforhealth.org/newsroom/mon-08042019-1053-health-promoting-schools-hungary>

I. Ajánlás a járási PE-k számára a családokkal kapcsolatos gyakorlati lépésekre

Várfalvi M.

1. Bevezetés

Az Országos Partneri Együttműködés alapja: „Az egészségügy önmagában nem tudja hatékonyan javítani a lakosság egészségét, ezért csak komplex, más szektorok szereplőinek mint partnerek és az érintettek bevonásával megvalósuló, több szinten, azaz országosan, térségenként és helyben, egyidejűleg többféle, az egyénre és környezetére egyaránt irányuló összefogáson és együttműködésen alapuló beavatkozások lehetnek sikeresek.” (Vitrai József)

2. A család/családprogramok az egészség összefüggésében

A családnak mint elsődleges, természetes közöségnek és létezőnek meghatározó és alapvető szerepe van többek között az egészség mint erőforrás és mint alapvető érték megteremtésében. A népegészségügyi, prevenció programok szemléletváltását az a kettős szerep kell jellemezze, hogy a lakosság, a családok – annak minden generációja – egyszerre célcsoport, ugyanakkor a részvétel-alapúság miatt megvalósítók is egyben életkoruk, élethelyzetük és kompetenciájuk függvényében. Ez a szerep azon alapul, hogy a szülők egészsége, ismeretei, szokásai, egészségmagatartása, környezete befolyással van a következő nemzedék egészségi állapotára is, a genetikai, epigenetikai meghatározókon túl az egészséget befolyásoló életfeltételek összefüggésében. A család egészségismeret-szintje, szokás- és értékrendje, öntevékenység és felelősségszintje, gazdasági-szociális, kulturális státusza, valamint kapcsolatrendszere alapot ad az egészséget meghatározó döntések befolyásolásához, az egészségmagatartás megváltoztatásához, a változtatás szükséges ideig való fenntartásához. Minden segítő műveletnél ezek

figyelembevétele nélkülözhetetlen. Nagy kihívást jelent ez a felismerés és ez a szemléletváltás, mert a családok akár egy kisebb településrészen, településen, akár egy járásban is nagyon eltérő körülmények, gazdasági háttér, iskolázottság, hagyományok, érték- és hitrendszer mentén élik életüket, nevelik gyermekeiket. Az egészség tehát ebben a sokféleségben kell egyszerre erőforrás, kiinduló pont, folyamat és eredmény legyen.

A családok különböző korosztályokból állnak, ők is eltérő ismerettel, életpaszttal, értékekkel és célokkal rendelkeznek és változnak életük során. Más jelenthet a kulturális hagyományok és a közösségi elvárások mentén az egészség fogalma és az azt befolyásoló tényezők felismerése, sőt a motiváció arra, hogy ezek az értékek és eredmények változtathatók. Saját szerepük, felelősségük, magatartásuk és tetteik is befolyásolják az egészség feltételeit, az egészség ellen ható erőket és magát az egészségállapotot is.

A család olyan életközösség, ahol a kiskorú, vagy cselekvőképtelen személyekre a többi családtag közvetítésével hatnak az egészségi állapotot meghatározó tényezők, ezért a családtagok egymás iránti kötődése, egészségmagatartása, egymásra való befolyásuk az egészség szempontjából is rendkívül erős. A családok egymásra hatása, közösségeik erősíthetik az egyes családok erőfeszítéseit, megküzdési stratégiáit, vagy éppen felkeltik motivációjukat és figyelmüket az egészségi érték szerepére és a saját kompetenciájuk ebben való erősítésére.

Jelen népegészségügyi fejlesztési program és a kor kihívása is egyben, hogy milyen eszközökkel, kapcsolati és módszertani hálóval lehet az egészségi állapotot befolyásolni, ebben összefogással eredményt elérni az érintettek aktív bevonásával.

Arra a felismerésre már az Ottawai Karta¹¹¹ óta eljutottak az Egészségügyi Világszervezet és tagországai, így Magyarország is,¹¹² hogy az egészség összetett, amelyben minden szereplőnek megvan a maga saját felelőssége, feladata. Ennek hatékonysága azonban az adatok ismeretében továbbgondolást, újabb rendszerelemzést, felismerést kíván. Az országok is (benne a családok) változó társadalmi, politikai, ideológiai alappal és háttérrel, történelmi, kulturális tradíciókkal rendelkeznek és az egészségügyi rendszerüket döntően önszabályozó módon irányítják. A nemzetközi kutatások, példák, jó gyakorlatok, a bizonyítottan hatékony eljárások és módszerek hasznosítása, megosztása, átvétele, összehasonlíthatósága szintén összetett feladat.

A család az egészség szempontjából erőforrás, de egyben nélkülözhetetlen és időről időre visszatérő beavatkozási terület is egyben, amennyiben az egyén és a közvetlen elsődleges közösség egészségi állapota az elvárhatóhoz képest nem megfelelő, javítandó, segítségre, támogatásra szorul. Az egészség a testi, lelki, szellemi és szociális értelmezésben ezek összefüggésében jelenik meg a családban, illetve így értelmezhető és kezelhető.

A szükséglet típusok¹¹³ közül fontos a család, az egyén saját felismerése az egészségi állapot megítélésében és jobb irányba történő megváltoztatása érdekében. Ennek három fokozata van. Az **érzett szükséglet**, amelyben az emberek elképzelik, maguknak körvonalazzák, hogy mit szeretnének, mit várnának el az egészségügyi ellátás során. Az érzett szükséglet mögött nem mindig áll rendelkezésre reális és/vagy elegendő információ, így az is előfordulhat, hogy egyes ellátásokkal szemben túlzott elvárás vagy éppen elutasítás történik.

A másik fokozat a **kinyilvánított szükséglet**. Ezeket a lakosság kinyilvánítja, így az érzett szükségletek az egészségügy számára kívánság, elvárás vagy követelés formájában jelenik meg. Nem minden szükséglet válik ugyanakkor kinyilvánított szükségletté. A lehetőségek ismerete, a motiváltság, az önbizalom, az egészségügyi dolgozók részéről az empátia, nyitottság hiánya vagy éppen hideg, korlátozó, előítéletes hozzáállás megakadályozhatja az érzett szükséglet kinyilvánítását. A ki nem nyilvánított szükségletek nem jelentik az érzett szükségletek hiányát. A kinyilvánított szükséglet

konfliktusba kerülhet a normatív szükséglettel, például a tájékoztatás, az információ átadása terén.

A harmadik fokozat a **komparatív szükséglet**, amely hasonló vagy azonos diagnózisú, illetve élet helyzetű emberek/betegek által összehasonlított információkból keletkezik. Más intézmények, szolgáltatók gyakorlatát, ellátásait összehasonlítva az egyikük részesül bizonyos ellátásokban, a másikuk nem. Ez lehet szakmai ellátási, kiegészítő szolgáltatásokkal kapcsolatos, vagy hotelfunkció-különbség is. A komparatív szükséglet azért is fontos, mert érintheti az egyenlő bánásmód és az esélyegyenlőség elvét.¹¹⁴

A szakemberek (főleg egészségügyi) által felismert, jogszabályokban, szakmai standardok, protokollok, irányelvekben meghatározott, ún. **normatív szükségletek** irányadók, megvalósítást kívánó vagy követelő tényezőként jelennek meg. Bizonyos normatív szükségletekkel kapcsolatosan törvények, szakmai protokollok adnak szabályozást. A normatív szükséglet értékítéleteken és szakmai tapasztalatokon alapszik. A szakembereknek eltérő, változó lehet a véleménye abban, hogy mit tekintenek elfogadható standardnak, másrészt a szakember és a páciens számára is lehet különbség értéknek és standardnak tekintett dolgok között.

A komparatív és a normatív szükségletek akár nemzetközi összehasonlításra is alkalmasak lehetnek. A más országokban bevált jó gyakorlatok ugyanakkor adaptáció és helyi megvalósíthatósági tanulmány nélkül nem mindig lesznek eredményesek, különösen nem, ha a lakossági érzett és kinyilvánított szükségletekkel nem kerül összevetésre. Érzékenyen kell arra is figyelni, hogy az új, eredményesnek vélt beavatkozások a családokat milyen szociokulturális és családszerkezeti, gazdasági környezetben kínálja meg. Ez utóbbi tényezők a lakosság, a családok által befogadott program- és módszerlehetőségek esetén is folyamatos monitorozást, értékelést és rendszeres korrekciót igényel.

Ezeknek a szükségleteknek közelíteni kell egymáshoz, és a beavatkozási módokat, területeket ezek együttes mozgása fogja behatárolni, meghatározni. Így az egyén vagy az őt képviselő családtag(ok) bevonódása és aktív részvétele lehetővé válik. **Paradigmaváltás szükséges a korábbi, illetve sok esetben a jelenlegi megközelítésekkel**

111 The Ottawa Charter for Health Promotion, <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> letöltve: 2020. 06. 26.

112 WHO: Az ottawai egészségfejlesztési karta (Nemzetközi egészségfejlesztési konferencia, Ottawa, Kanada, 1986. november 17–21.). In: Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai), Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek 1. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. Elérhető: <http://www.oeffi.hu/alapelvek.pdf> (letöltve: 2015. április 15.).

113 Ewles & Simnett: Egészségfejlesztés. Medicina Rt. Budapest, 1999.

114 Ebktv. 8. §.

szemben, hogy az életmódváltozások ne egy kívülről jövő, meg nem értett utasítások hatására passzív résztvevőként, esetlegesen jól/rosszul végrehajtott folyamat eredményei legyenek.

A helyi, települési, járási, akár nagyobb térség, megye, illetve országos méretben megnyilvánuló szükséglettípusok ismerete és elemzése a családi és közösségi szintű egészségtervezésnek is alapja. Ebben a helyi PE-k koordinatív szerepet tölthetnek be, érzékenyen figyelve és információt gyűjtve mind a lakosságot, a családokat jól ismerő és őket ellátó szakemberektől, mind maguktól a családoktól.

3. A család szerepe a gyermek egészségének megalapozásában

Az életmódelemek kivétel nélkül az egészségi állapot összefüggésében vannak. Jelen tanulmányrészben a táplálkozást emeljük ki példaként, amelynek a többi elemmel is dinamikus kapcsolata van.

A várandós állapot összetett változásrendszer generál az anyai szervezet működésében. Egyszerre kell saját korábbi életfunkcióinak megfelelni, miközben egy folyamatosan növekvő új élet (van, mikor több is) táplálásának, életben tartásának is. Ezért a reprodukív korban lévő nők egészsége, a fogamzóképeség és az élettani keretek között fejlődő várandósság szempontjából meghatározó. Számítanak itt a genetikai betegségek, de az anya korábbi vagy meglévő betegségei, életmódi szokásai (különösen az alkohol, a dohányzás, a drog), a táplálkozása és tápláltsága, testsúlya, fizikai aktivitása és nem utolsósorban a lelki-mentális állapota, de ezek egymásra hatásai is.

Az embrionális és magzati fejlődésben a méhen belüli tápláltságban szerepe van az anyai szervezet egyensúlyának, valamint a méhlepény működőképességének. A méhlepény az anyai keringésből biztosítja a magzat táplálását, sok káros anyagot, akár kórokozót meg tud szűrni, de vannak olyanok is, amelyeket nem. A lepény átteresztőképességét, a magzat táplálását befolyásolhatják lelki folyamatok is. A pszichoszomatika kutatásai alapján bizonyított, hogy a tartós szorongás például az erek összehúzódása miatt csökkentheti a méhlepény funkcióját, hozzájárulhat a magzat fejlődésének lassulásához, elmaradásához, korához képest alacsonyabb testtömegéhez. A tápláltság nemcsak a testi növekedéssel, de a belső szervek és az idegrendszer érésével is összefüggésben vannak. Fontos tehát, hogy az anya egészségi állapot ellenőrzése mellett a táplálkozás mennyiségi, minőségi és lélektani összefüggéseire is kitérjen a gondozás. Segíteni kell az egészségre káros szokások, szenvedélyek elhagyását, a testi-lelki egyensúly kialakítását, megőrzését az erre kidolgozott módszerek alkalmazásával.

A gyermek megszületését követően – mivel az anyai szervezet felkészült az új élet méhen kívüli táplálására – az előtejjel (kolosztrum) már a szülést követően el tudja kezdeni a gyermek táplálását a szoptatással. Az előtejben, bármennyire is szinte mérhetetlen annak mennyisége, mégis magas koncentrációban tartalmazza a szükséges tápanyagokat, immunanyagokat és ezzel kielégíti az épp hogy megszületett újszülött szükségleteit. Az előtej az anyai szervezetben termelődött oxitocin hormon hatására, valamint az újszülött szopási tevékenysége által közvetlenül kerül átadásra, befogadásra. Az előtej összetétele változik, fontos tehát, hogy minél előbb az újszülött és az anya bőr-bőr testi érintkezése és a szopási situáció létrejöttön, lehetőleg a születést követően fél-egy órán belül. Az előtej fokozatosan az újszülött szükségletének megfelelően változik, alakul át anyatejjé. Védi az újszülött bélfloáját, elősegíti a magzati életben a bélrendszerben összegyűlt bétartalom (meconium) kiürülését, szerepe van az újszülöttkori sárgaság mértékének kialakulásában, leküzdésében. Az anyatej és a szoptatás önmagában képes biztosítani az élettani fejlődést egészen a csecsemő fél éves koráig, majd kiegészítéssel a csecsemő- és a kisdedkor mindkettőjük számára elfogadott határáig. Az újszülött és az anya kiegyensúlyozott testi-lelki kötődését is megalapozza és erősíti a szoptatás, a biztonságos, bizalmon alapuló kötődés, amelynek akár egész életre hatásai vannak.

Az anya érzékelését és válaszlehetőségeit az újszülött jelzéseire elő lehet és kell készíteni, ez már a várandósság alatt elkezdődik, majd a gyermekágyas, rooming-in (anya-újszülött együttes elhelyezéssel) folytatódik szakemberek támogatásával. Az újszülött és az anya együttes igényeit kielégítő és lehetővé tevő kizárólagos szoptatás ideális mindkettőjük számára. Ezt azt jelenti, hogy az anyatejen kívül más táplálékot, folyadékot csak akkor kap az újszülött, ha ennek orvosi indikációja van. Az anyatej termelődésének folyamatát, a szoptatás sikerességét számos összetevő és személy együttes hatása befolyásolja. Erre kidolgozottak a szakmai irányelvek, rendelkezésre állnak a szükséges jogszabályi keretek.

A csecsemő egészséges fejlődését fél éves koráig biztosítja a kizárólagos szoptatás. Anyatej termelődésének elősegítésére, a szoptatással kapcsolatban felmerült kérdésekre a védőnők és a laktációs tanácsadók tudnak személyre szóló támogatást adni. Kiegészítő táplálás orvosi előírásra és védőnői tanácsok mellett történik.

Fél éves kor körül és ezt követően a szoptatás fenntartása a kiegészítésekkel mind az anya, mind a csecsemő/kisded közös elégedettségéig ideális.

Az anyatejes táplálás, a szoptatás jelenlegi szakmai megállapításai és iránymutatásai az

„Egészséges csecsemő táplálásának irányelvei”¹¹⁵ dokumentumban került kiadásra. A szoptatás és az anyatejjel való táplálás előnyei későbbi életkorokra, akár egy életre szólóan meghatározók.

A nem szoptatás, illetve az anyatejes táplálás hiányának hatásait, annak veszélyeit – azok népességügyi jelentősége miatt – ismertető dokumentumból kiragadunk néhányat a Szoptatásért Magyar Egyesület összefoglalójából:¹¹⁶

„A nem szoptatás veszélyei

Azok a gyermekek, akiket nem szoptatnak vagy nem kapnak anyatejet, a következő betegségek fokozott kockázatának vannak kitéve:

- fertőző betegségek: gyomor- és bélrendszeri fertőzések, légúti és húgyúti fertőzések;
- ekcéma és más atópiás betegségek;
- koraszülötteknél nekrotizáló enterokolitisz;
- alacsonyabb szintű kognitív teljesítmény és képzettség;
- cukorbetegség, magasvérnyomás-betegség, elhízás gyermekkorban, mind rizikófaktor a későbbi szívbetegségre;
- csecsemőkori és kisgyermekkorai halál.

A kockázatnövekedés az anyatej védőfaktorainak és az optimális tápanyagoknak – például az agyfejlődést és a bélrendszer érését segítő összetevőknek – hiányából fakad.

A nem szoptatás kockázatain túl a mesterséges táplálásnak önmagában is vannak veszélyei:

- a csecsemőtápszer fertőződhet a gyártás során;
- a csecsemőtápszer veszélyes szennyezőanyagokat tartalmazhat vagy hiányozhatnak belőle létfontosságú összetevők (gyártási hiba miatt);
- a tápszerkészítéshez vagy a mosogathoz használt víz szintén fertőzést közvetíthet;
- a tápszerkészítés hibái – túl tömény vagy túl híg tápszer – károsíthatja a csecsemő egészségét;
- ha az anya tápszerrel nyugtatja meg a síró kisbabát, az túletetéshez és elhízáshoz vezethet ;
- a mesterségesen táplált gyerekek között több a cumizó és gyakoribb a korai fogszuvasodás.

A mesterséges táplálás kockázatai csökkenthetők, ha az elkészítésnél nagy gondossággal járunk el, de az anyatej és a tápszer összetételének különbségei így is megmaradnak.

Néhány tény

Évente 1,5 millió gyermek hal meg azért, mert nem szoptatják. Bár a halálesetek döntő többsége a fejlődő országokban történik, a probléma nem korlátozódik a szegény országokra. A fejlett Egyesült Államokban is évente 9000 gyermek halálát lehetne megelőzni a szoptatással.

Bár a szoptatás hiánya nem minden esetben okoz halált, az akut és krónikus betegségek kockázatát a mesterséges táplálás igen jelentősen fokozza.

A mesterséges táplálás az alsó légúti fertőzések miatti kórházi felvétel kockázatát 3,6-szorosára fokozza az első évben a 4 hónapig kizárólag szoptatottakhoz viszonyítva.

A középfülgyulladás gyakorisága a mesterségesen tápláltak körében 2-szeres a 3 hónapig kizárólag szoptatottakhoz viszonyítva.

A nem specifikus gyomor- és bélrendszeri gyulladások gyakorisága a mesterségesen tápláltak körében 2,7-szeres a szoptatottakhoz képest.

A mesterségesen táplált csecsemők körében lényegesen gyakoribb a hirtelen csecsemőhalál: a csecsemőkör minden szakaszában kétszerese a szoptatottakénak (egyes kutatások szerint ötszöröse).

Az asztma a tápszerrel táplált gyermekek körében 3,6-szer gyakoribb a legalább 3 hónapig szoptatottakhoz képest.

Az atópiás dermatitis előfordulása a nagy kockázatú családokban 72%-kal gyakoribb a mesterségesen tápláltaknál a legalább 3 hónapig kizárólag szoptatottakhoz viszonyítva.

Az elhízás kockázata minden szoptatott hónapra 4%-kal csökken.

A 2-es típusú diabétesz a későbbi életkorban a tápszerrel tápláltaknál 64%-kal gyakoribb.

A gyermekkorai leukémia előfordulása a mesterségesen tápláltaknál gyakoribb: az ALL 23%-kal, az AML 17%-kal gyakrabban fordul elő, mint a legalább hat hónapig szoptatottaknál.

A krónikus emésztőrendszeri betegség előfordulásának kockázatát a mesterséges táplálás jelentősen növeli: a későbbi életkorban a colitis ulcerosa előfordulási esélye 78%-kal, a Crohn-betegségé 2,2-szeresére nő a kizárólagosan szoptatottakhoz képest.”

4. Családprogramok lehetőségei

A gyermekekre és a fiatalokra fókuszálva minden egészség irányába ható változás, változtatás a jövőbe való befektetés is egyben. A gyermekek jelenléte a családban jelentős érzelmi motivációs tényező is, akik miatt a többi generáció is érintetté és érdekeltté válik, válhat az egészség érdekében. A testi, lelki, szellemi egészség minden komponense és ezek egymással való viszonya szerepet játszik az egészség megtartásában, továbbfejlesztésében vagy visszaszerzésében.

115 https://old-kollegium.aek.hu/conf/upload/oldiranyelvek/CSE-GYE_egeszseges%20csecsemo%20taplalasa_mod0_v0.pdf (letöltés: 2020. 06. 23.)

116 https://szoptatasert.hu/wp-content/uploads/2018/09/miert_fontos_a_szoptatas.pdf (letöltés: 2020. 06. 23.)

1. Fogamzás előtti időszak

A gyermekek egészsége a fogamzás előtti időszakban már sok szempontból meghatározott, mert a biológiai szülők egészségi állapota, egészségmagatartása számos szempontból meghatározó az utódok számára. Ebben szerepet játszhatnak néhány fontosabb példát említve genetikai, epigenetikai tényezők, környezeti hatások (vegyszerek, sugárzás, fertőzések), olyan életmódi elemek, mint a káros szenvedélyek: dohányzás, alkohol, droghasználat, egészségtelen táplálkozás, illetve a lelki zavarok. Ezek a károsító tényezők már az ivarsejtek genetikai állományára is hatással lehetnek, vagyis a kedvezőtlen tulajdonságokat továbbörökíthetik.

Ugyanezek a tényezők érvényesülnek a fogamzás pillanatában és a megfogant új élet első három hónapjában – az embrionális szakban – is.

Családprogram-vonatkozások lehetnek:

- Iskolai családi életre és lapcsolati kultúrára velés tantárgy keretében olyan egészségismerek átadása és egészségmagatartás kialakítása, amely kedvező hatással van a majdani szexuális egészségre, viselkedésre és szülői alkalmasságra is.
- Gyermeket tervező párok számára család-, nővédelmi tanácsadás, tudatos optimális családtervezés-szolgáltatás a fogamzásra való felkészülés szakemberek támogatásával. Esetlegesen a pár származási családjában előforduló betegségek, a közös életükben és saját egészségi állapotukban felismerhető tényezők, amelyek hatással lehetnek a tervezett gyermek egészségére. Szükségesnek ítélt életmódváltás megtervezése, megkezdése.
- Bár a szakmai szolgáltatásokat az egyes családok veszik igénybe, mégis kialakulhatnak különböző csatornákon és szerveződésekén keresztül laikus csoportok azonos élethelyzetben vagy problémával küzdő párok önszorgató, tematikus kiscsoportos kapcsolata is. Ezeket szakemberek kísérhetik, támogathatják, erősíthetik a pozitív megoldásokat.

2. Várandós anya – méhen belüli magzat gondozása

- Várandósgondozás, szülőszerpre, szülésre felkészülés folyamata, szakmaisága a megfogant élet számára jelentős esélyt ad az egészséges fejlődésre, illetve a rendellenességek, egészségi problémák korai szűrésére, a megfelelő ellátás időben történő biztosítása érdekében. Az anya egészségi állapotán keresztül számos hatás éri az embriót, illetve a magzatot. Az anya életmódja: táplálkozása, mozgásaktivitása, a káros szenvedélyektől való tartózkodása, a kiegyensúlyozott testi-szellemi munkavégzés, pihenés és rekreáció a testi-lelki egyensúly, az apával és

más családtagokkal megélt érzelmi kapcsolatok bizonyítottan hatással vannak a méhen belüli fejlődésre is.

Családprogram-vonatkozások lehetnek:

- Várandósgondozás rendszere az alapellátástól a járó- és fekvőbeteg-ellátásig térítésmentesen rendelkezésre áll. Trimeszterenként, illetve meghatározott várandóssági hetekben előírt kötelező szűrővizsgálatokat biztosít az ellátás. Ezek között vannak laboratóriumi és ultrahang-vizsgálatok is. A várandós anya alacsony kockázati besorolás esetén a háziorvos, a védőnő és választása függvényében szülész/ szülészorvos, magas kockázat esetén a háziorvos, a védőnő és a szülészorvos gondozásában részesül.
- Szülésre, szülőszerpre felkészítő programok egyike azoknak a családok egészségfejlesztő lakossági programoknak, amelyek a 80-as években váltak rendszeressé, egyre inkább elterjedt. Vannak programok a várandós anyáknak és vannak gyermeket váró pároknak is, de vannak olyan szolgáltatások, ahol más családtag, vagy az anya által választott személy is részt vesz a felkészítő foglalkozásokon. A foglalkozások ismeretanyaga, pszichofizikális felkészítőelemei az anyai és magzati egészség egyensúly kialakítását szolgálják. Szociális kohéziót, kapcsolati kötődés lehetőségét alakítja ki ugyanakkor az anyák vagy a párok között. Ebben nemcsak a szülésig tartó társas támasz egyik formáját, hanem a gyermeknevelés, a gondozás időszakában is későbbi önszorgató csoport kohéziós funkció lehetőségét hordozza.

3. Szülészeti ellátás

- Családbarát, családközpontú szülészeti ellátás keretében a kórházi osztályok mind infrastruktúrában, mind technikai felszerelésben, mind szemléletben is átalakulnak a családbarát elveknek megfelelően. Erre a korábbi spontán folyamatokon túl 3 éves pályázati rendszerben kapnak támogatást az intézmények. A minél természetesebb, minél kevesebb stresszel és fájdalommal, barátságos környezetben, az anya által választott hozzátartozó jelenlétében átélt szülési élmény a magzatnak, illetve az újszülöttnak is a lehető legjobb életkezdeti esélyeket biztosítja.
- Az újszülöttkori szűrővizsgálatok már a születés utáni napokban megkezdődnek, és később folytatódnak az alapellátásban.

Családprogram-vonatkozások lehetnek:

- Korai kötődés és igény szerinti szoptatás biztosításával és szorgalmazásával az anya-újszülött pótolhatatlan kapcsolati helyzetét segítjük elő. A kötődés az első születés utáni bőr-bőr kontaktussal, a fél-egy órán belüli, majd azt követően az igény szerinti szoptatással indul a gyermek egészséges táplálkozásának megalapozása.

- A kórházban töltött napokban rooming-in (anya-újszülött együttes elhelyezés) rendszerben biztosítható a szoptatás együttes megtanulása szakemberek segítségével, ami részben ismeretek átadásával, részben a helyes technikák, módszerek bemutatásával és gyakorlásával érhető el. A kórházban együtt elhelyezett édesanyák között spontán kialakulnak segítő, akár baráti kapcsolatok, amelyek nemcsak a szoptatási, gyermekgondozási tapasztalatok megosztását, önbizalom erősítését jelentik, de akár egymás későbbi segítségét, támogatását is.
- Több kórházban szoptatási ambulanciát is működtetnek arra az esetre, ha az édesanyának speciális szoptatási problémában segítségre van szüksége.

4. Gyermekágyas és újszülöttellátás az otthoni alapellátás keretében

Gyermekágyas, szoptató anya és az újszülött, majd csecsemő egészségügyi alapellátása a háziorvosi és területi védőnői ellátáson keresztül folyamatosan biztosítja az egészségügyi szűréseket és a korai eltérések kivizsgálását, a megkezdett korai fejlesztés nyomon követését. A rendszeres meghatározott időben kötelező, de az igények szerint további konzultációk biztosítják a csecsemőtáplálás személyre szabott ideális folyamatát, a rendellenességek felismerését, korai kezelését. Az alapellátásban segítik a gyermekágyas és szoptató anya egészséges életfolyamatait, egészségismereteinek frissítését és lelki egyensúlyához, a jó párkapcsolat megerősítéséhez, fenntartásához konzultációs lehetőséget nyújtanak.

Családprogram-vonatkozások lehetnek:

- szoptatást támogató anyacsoport,
- kismama klub,
- csecsemőmasszázs csoport,
- baba-mama torna,
- ringató,
- családi napok,
- családtáborok,
- kulturális közösségi összejövetelek,
- egyházi közösségi összejövetelek.

A fenti családprogramok a csecsemő- és kisgyermek egészséges táplálását, fejlődését segítik elő közösségi formában. Ezek a rendszeres foglalkozások az édesanyáknak, az apáknak és más bekapcsolódott családtagoknak segítik a gyermek nevelésével, ellátásával, gondozásával kapcsolatos kompetenciák fejlesztését is. A rendszeres találkozási lehetőséget adnak a résztvevők közötti kapcsolatok kialakítására, erősítésére, közösséggé formálásra. Ez megalapozza a gyermekközösségek, tanulói közösségek szülői együttműködését, egymásra hatását, csoportos szükségletek érté-

kek, életmódváltási lehetőségek támogatási lehetőségeit is.

5. Betegcsoportok, önszegítő csoportok települési, járási szinten

Betegcsoportok, önszegítő csoportok a gyermekek egészsége, a betegségekkel való együttélés érdekében nagyobb településeken önálló csoportokkal, kisebb településen élők járási szinten érhetnek el ilyen közösségi támaszt nyújtó szakmai háttérrel alátámasztott programokat. Ilyenek a teljesség igénye nélkül:

- koraszülöttek,
- diabéteszes gyermekek,
- down szindrómás gyermekek,
- ritka betegséggel születettek,
- érzékszervi fogyatékossgal élők,
- anyagcsere-betegséggel élők,
- mozgásszervi fogyatékossgal élők,
- korai fejlesztésben lévők, stb.

Ezek az önszerveződő, vagy szakemberek által szervezett, de önkéntes csoportok a szülői kompetenciát és rezilienciát erősítik, naprakész ismereteket és gyakorlati információkat lehet egy mentálisan is gyógyító, segítő közegben felkínálni. Az érintett szülők családi háttere, párkapcsolata sérülhet ezekben a problémás helyzetekben, az anya sokszor egyedül marad a problémákkal, élethelyzettel.

6. Gyermekközösségi ellátások

Gyermekközösségi ellátások közül legismertebb a bölcsőde különböző formákban. A bölcsődei közösség nemcsak a gyermekek számára meghatározó, de mivel azonos normarendszerben is érintkeznek, ezért a szülők számára is jelentős kihívást és alkalmazkodást jelent. A gyermekek napközbeni ellátása részben uniformizálja az egészséges életfeltételeket: ilyenek például: környezet, táplálkozás, napirend, higiénia, pszichomotoros fejlődés, játéktevékenység, pihenés, alvás, mentális fejlesztés és szociális viselkedési normák. Részben pedig közéleti, támogatja az egészségmagatartás lehetséges optimális módozatait.

Családprogram-vonatkozások lehetnek:

- szülői foglalkozások, konzultációk a bölcsődei kisgyermekgondozókkal.
- szülőknek, vagy szülőknek és gyermekeknek együtt szervezett családi programok a közös értékek és életmód megélésére, elfogadására, egymás támogatására, szülők közötti segítő kapcsolatok kialakítására, ösztönzésére.

7. Az óvodai és az iskolai környezet

Az óvodás- és iskoláskorú (nevelési és oktatási intézménybe járó) gyermeket nevelő családok családprogramjai már érintik a nevelési-oktatási

területen kifejtett lehetőségeket, kapcsolódásokat a TIE egészségfejlesztő tevékenységével. A szülők a gyermekek életkorának megfelelően ismerjék és támogassák az iskolai egészségprogramot, az egészséget támogató iskolai környezetet, a házi- rendet, a TIE kapcsolódásait a tanórai és tanórán kívüli és az iskolán kívüli szabadidős tevékenységekhez és az iskola-egészségügyi ellátást, az iskolaszék és szülői közösségi képviselő munkájában kövessék a gyermekeken vagy a közösségekben észlelhető egészséghatásokat, tegyenek javaslatot a gyermekek és a tanulók egészségének javítása érdekében a változásokra, illetve a nevelőtestület és az iskola-egészségügyi szolgálat utasításainak, döntéseinek megvalósítását segít- sék elő mind a közösségekben, mind saját családjukban. Egy-egy kiemelkedő helyzetben, témában, probléma esetén kezdeményezzenek megbeszélést a mielőbbi megoldás és pozitív változás érdekében.

Családprogram-vonatkozások lehetnek:

- tanév eleji ismerkedés csoport/osztály szinten kötetlen, játékos formában a teljes család és a nevelők részvételével;
- rendszeres kirándulás, szabadidős, kulturális programok keretében az egészség szempontok figyelembevétele;
- tematikus egészségprogramok szülő-gyermek-nevelő részvételével;
- táborok (életmód, szabadidős, sport);
- szülőklub;
- online, digitális tanácsadás.

5. Családi programok célcsoportjai és kapcsolati hálója

A családok a gyermekeken, fiatalokon keresztül több más közösséggel érintkeznek szervezett és nem szervezett formában rendszeresen és alkalmanként.

Ezek a kapcsolatrendszerek meghatározhatják, befolyásolhatják vagy megváltoztathatják az egészség értéktartalmát, az attitűdöt, az egészség szempontjából meghozott döntéseket, cselekedeteket is.

Formális, rokoni, családi kapcsolatok:

- nagyszülők, dédszülők;
- kortárs rokoni családi kapcsolatok, unokatestvérek;
- mozaikcsaládok, egyszülős családok;
- nevelőszülők, örökbefogadó szülők.

Formális, nem rokoni kapcsolatok:

- keresztszülők, és más hasonló jellegű családi kapcsolódások;
- baráti családok, kortárs kapcsolatok;
- gyermekintézmények révén: bölcsőde, óvoda, iskola;
- munkahelyről;
- lakókörnyezetből;
- valamilyen szolgáltatás révén (egészségügy, szociális, gyermekjóléti...);
- civil szervezetek;
- sport, szabadidő, kulturális, egyházi kapcsolatok révén akár a szülőkön keresztül, akár a gyermekeken keresztül .

Egyéb formális, nem rokoni, nem baráti kapcsolatok

- önkormányzat;
- gyermekintézmények: bölcsőde, óvoda, iskola;
- munkahely;
- lakókörnyezet;
- egyéb szolgáltatás (egészségügy, szociális, gyermekjóléti stb.).

Egyéb, nem formális kapcsolatok

- más nem baráti családok;
- közlekedés;
- kereskedelem (vásárlás);
- szolgáltatások.

J. Tájékoztatóanyagok szakembereknek

Somhegyi A., Kollányi Zs., Girán J.

1. Összefoglaló a köznevelési intézményekkel foglalkozó intézmények, szervezetek szakemberei számára

Mivel a gyerekek egészségére nagy befolyással van az, hogy a köznevelési intézményekben töltött sok időben a mindennapi életet hogyan alakítják a szereplők közösen, ezért a köznevelési intézményekkel foglalkozó intézményeknek, szakembereknek fontos kiindulópont az erre vonatkozó 2012. évi jogszabályi előírás, valamint annak ismerete, hogy a jogszabály gyakorlati kivitelezésének milyenek kell lennie a várt hatás megvalósulásához.

Ezért javasoljuk, hogy az Útmutató VI. H. 1. fejezetét vegyék figyelembe, melyben a teljes körű intézményi egészségfejlesztésről (TIE) és a helyi közösségi segítsérről olvashatnak.

Az abban foglaltakat azon közösségek részére foglalmaztuk meg, amelyek a gyermekek egészségének jobbítása érdekében helyi feladataikat keresik és ennek keretén belül a köznevelési intézményekben folyó munkát is segíteni kívánják. A közösségek nyilván kapcsolatba fognak lépni azokkal az intézményekkel, illetve szakemberekkel, melyek, illetve akik a köznevelési intézményekben folyó munkával (is) foglalkoznak:

- köznevelési intézmények fenntartói;
- a köznevelés országos háttérintézményének (OH) hálózata (POK-ok);
- iskolán belüli, nem pedagógus szereplők;
- iskolegészségügy: orvos, védőnő; iskolai szociális segítő; iskolapszichológus;
- házi orvos, területi védőnő;
- házi orvosi praxisközösség szereplői: házi orvos, nővér, védőnő, népegészségügyi szakember, dietetikus, gyógytornász, pszichológus;
- egészségfejlesztési iroda (ha van a közelben);
- megyei ill. járási népegészségügyi főosztály, illetve osztály munkatársai;
- közeli egyéb egészségügyi intézmények szakemberei;
- pedagógiai szakszolgálat;
- tanoda (ha van a közelben);
- kábítószerügyi egyeztető fórum (KEF, ha van a közelben);
- családsegítők és egyéb szociális intézmények, mentálhigiénés szakemberek;
- művészeti intézmények;
- könyvtárak (sok könyvtárosnak mentálhigiénés képzettsége is van, kiváló foglalkozásokat, programokat tudnak csinálni);

- sportszervezetek;
- civil szervezetek;
- önkormányzatok;
- cégek, üzletek;
- pedagógusképző intézmény (ha van a közelben);
- egészségügyi képzőintézmény (ha van a közelben).

Ehhez a kezdődő közös munkához következnek az alább gyakorlatias gondolatok a fentiek közül néhány intézményre vonatkozóan.

A köznevelési intézmények fenntartói arra hívjuk fel, hogy a fent említett, TIE-ről szóló fejezetben írtak alapján ismerjék fel saját szerepüket, felelősségüket és fogadják szívesen az együttműködést kereső közösséget, sőt, alakítsák ki a gyerekek jobb egészsége érdekében szükségesnek látszó helyi tennivalók rendszerbe építését. Hiszen a cél nem kisebb, mint minden egyes gyermek jobb egészségét elérni.

A Pedagógiai Oktatási Központok (POK-ok) munkatársait arra kérjük, hogy vegyenek részt a közös munkában és saját – nem kevés – lehetőségük útján alakítsák a köznevelési intézmények szakmai segítségét és ellenőrzését úgy, hogy azzal a pedagógusokat TIE-munkájuk minél hatékonyabb végzésére serkentsék.

A fenntartókat, illetve a POK-okat mindebben a köznevelési és az egészségügyi államtitkárság is segíti, amennyiben további személyes konzultációt tartanának hasznosnak, arra jelen sorok szerzője, mint a mindennapos testnevelés, illetve a TIE egésze elkötelezett harcosa készséggel áll rendelkezésre, elsősorban telefonon, e-mailben, illetve internetes (pl. skype) megbeszélések formájában.

Az önkormányzatok ugyan már nem fenntartói a köznevelési intézményeknek, de a területükön élők gyermekeiért ők is felelősséget érezhetnek, így észszerű és célszerű az ő részvételük a pedagógusok TIE-munkájának segítségével, sőt, a köznevelési intézményeken kívüli élet olyan formálásában is, hogy az a gyermekek és a fiatalok egészségét segítse elő. Az önkormányzatoknak ehhez bátran és a jövőre tekintve kell gondolkodniuk, tervezniük és cselekedniük, gyermekeink és ezáltal országunk jövője a tét, itt nem véthetjük el a lépést semmilyen rövidtávúság vagy szűklátókörűség miatt.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok gyakran dolgoznak együtt a köznevelési intézményekkel, hiszen a tanulók részére prevenció célú foglalkozásokat szerveznek. Ezzel kapcsolatban azt kell

mindenkinek tisztán látnia, hogy a kábítószer-fogyasztás és minden egyéb szenvedély, illetve függőség megelőzése minden tanuló részére szükséges, ezt elsődleges vagy egyetemes vagy általános megelőzésnek/prevenciónak nevezzük. Mivel minden tanulót csak az iskolában lehet elérni, ezért természetes törekvés, hogy az iskolákkal kell együttműködni ezen prevenció érdekében.

Csakhogy! Amit minden tanulónak meg kell kapnia, azt igazán akkor teljesíthetjük, ha az iskola mindennapi életébe építjük be.

Természetesen ameddig nem sikerül elérnünk, hogy az iskolákban a tantestületek álljanak át a személyközpontú, azaz a lelki egészséget, társas kapcsolati készségeket fejlesztő pedagógiai módszerek mindennapi tanórai alkalmazására, addig kénytelenek vagyunk az elromlott lelki egészség utólagos, bizonytalan hatékonyságú javítására, ennek felel meg, mikor az iskolákban néhányalkalmas foglalkozásokat szervezünk, melyeken a lelki

egészséget, a társas kapcsolati készségeket igyekszünk fejleszteni.

Jó hír, hogy vannak olyan iskolák, melyek már átálltak, ezekről viszonylag nehéz értesülni, mert a jó hír többnyire nem hír. Jó példa a 2016-ban Prima Primiissima Díjat elnyert hejőkeresztúri IV. Béla Általános Iskola, mely 2001 óta alkalmazza a „Komplex Instrukciós Programot” (KIP):

<http://www.hejokereszturiskola.hu/>

<http://komplexinstrukcio.hu/>

A köznevelési nagy EU-s projektek sok év óta és jelenleg is ilyen „átállítási” célokat szolgálnak, erre jó példa a Komplex alaprogram (KAP), melyben több száz iskola vesz részt, ezért a gyermekek egészségéért tevékenykedő közösségeknek hasznos lehet ezeket az iskolákat felkeresniük és más iskolákat is kapcsolódásra buzdítaniuk.

https://www.oktatas.hu/kozneveles/projektek/efop312/EKE_sajtokozlemeny

<https://www.komplexalaprogram.hu/>

Ezért annyira fontos tudniuk a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumoknak és a megelőzésért fáradozó közösségeknek, hogy ha sikerül elérniük az iskolai életben a TIE III. egészségfejlesztési tevékenységének megvalósítását, akkor azzal éppen az itt emlegetett elsődleges, egyetemes vagy általános megelőzést érjük el.

Hiszen a TIE III. egészségfejlesztési tevékenysége a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek, valamint a művészetek és egyéb alkotótevékenységek alkalmazását jelenti. Ha a tantestület képes rá és átáll ilyen pedagógiai módszerek alkalmazására a mindennapi tanórákon (pl. kooperatív tanulás/tanítás, problémaközpontú tanítás, interaktív tanítás, projektszerű tanítás, epochalis tanítás stb.), akkor a gyerekeket érdekelni fogja, ami az órákon történik, sőt, közben még fejlődik az önismeretük, a társaik ismerete, az önkifejezésük, a mások megértése, vagyis társas kapcsolati készségeik. Mindez azt eredményezi, hogy végre mindegyik gyerek megtalálja saját szerepét a tanórai munkában (és nemcsak az okos, aki gyorsan kapcsol, jelentkezik és ő szerepel, a többi meg egymás hátát nézi): az ötletes, a kezűgyes, a bármiben ügyes, a vicces, a jószívű, a segítőkész, attól függetlenül, hogy nem ő a „legokosabb”.

Arról már nem is beszélve, hogy ilyen módon olyan képességekkel vértessük fel a gyermekeket, amelyekkel képesek lesznek az életben boldogulni: a munkahelyeken az együttműködésre, a közös munkára, a csapattagságra, a magánéletben pedig a családalapításra: társának megtalálására, az elköteleződésre, a családi élet nehézségeinek megoldására.

És akkor miért is jelenti mindez a kábítószer és egyéb függőségek megelőzését? Mert aki az iskolai életben megtalálta a helyét, annak nem kell pótcselekvésben keresnie az örömet.

Két szék közt a pad alá: a gyermekek, a fiatalok szabadidős tevékenységei

A gyermekek szabadidejének értelmes, hasznos eltöltése valójában a „két szék közt a pad alá” esete: ez aztán semmilyen intézménynek nem feladata, minden intézmény azt mond(hat)ja, hogy ez már a szülők, a család dolga. Ez azonban nem így van: a családok, a szülők önmagukban nem tudják megoldani a mai világ romboló divatjai elleni hatékony lépéseket.

Ehhez arra van szükség, hogy a szülők, a családok közösen kezdjenek gondolkodni azon, hogy mi mindenben kell változtatni az ő lakóhelyükön ahhoz, hogy a gyermekek és a fiatalok egészségét védjék, javítsák és ne rombolják. Ami pedig otthoni tennivaló lehet, abban a szülőknek sokszor maguknak is segítségre van szükségük, ezért is jó, ha közösen gondolkoznak.

A szülők, a családok közös gondolkodása, tenni akarása része kell legyen a gyermekek egészségéért tenni akaró közösség formálódásának és tevékenységének. Itt a kör teljesen kitágul: a gyerekek mindennapjait befolyásoló minden egyes tényezőt meg kell vizsgálni, és ha az rontja az egészségüket, akkor sok jó ötlettel és bátor kezdeményezéssel (önkormányzati fellépéssel, rendelettel, helyi szabályok átalakításával, az esetleges anyagi ellenérdekek ellenére is!) kell azt megváltoztatni.

Bátorító lehet Izland példája: itt is a szülők és a helyi társadalom önkormányzattal közös fellépése érte el – többek közt a fiatalok szabadidejének hasznos, értelmes megszervezésével is –, hogy a korábbi vésszen sok szenvedélyrab fiatal „kiszabadult”, vagyis az alkohol-, a dohány- és a kábítószer-fogyasztás igen jelentősen visszaesett:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6918020/pdf/10.1177_1524839919849032.pdf

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6918021/pdf/10.1177_1524839919849033.pdf

A szabadidőért viselt felelősség a köznevelési intézményeket és a velük foglalkozó intézményeket csak részben terheli, mégis ez olyan horderejű tenivalótömeget jelent, hogy külön keretes részben érdemes felhívni rá a figyelmet.

2. Összefoglaló a lakóhellyel foglalkozó intézmények, szervezetek szakemberei számára

Ebben a fejezetben azokhoz a szervezetekhez, intézményekhez és személyekhez szólunk, akik közvetlen vagy közvetett módon hatással lehetnek a családok, a felnőttek és a gyerekek egészségére a bölcsődén, az óvodán, az iskolán és az egészségügyi ellátáson kívüli mindennapjaira. Akik a környezetüket alakítják, akikkel a szabadidejüket töltik, akik segítséget nyújtanak nekik ügyes-bajos dolgaikban vagy éppen az ő segítségüket kérik. Ez a kör nagyon tág, és nagyon sokféle szereplő alkotja. Így például:

- önkormányzatok és azok intézményei,
- civil szervezetek,
- informális szabadidős szervezetek,
- szomszédság, helyi informális közösség.

Ezek az intézmények és szervezetek nagyon sokfélék. Egy részüknek deklarált feladata és érdeke a hatókörükbe tartozó lakosság különféle szükségleteinek biztosítása, az önkormányzatoknak például törvénybe foglalt kötelessége a lakosság egészségének fejlesztése [Mötv (2011), 13. § (1)]. Mások egy-egy jól definiált csoport bizonyos érdekeinek képviselőire vagy problémáinak megoldására jöttek létre. A civil szervezetek egy része deklaráltan és közvetlenül valamilyen egészséggel kapcsolatos célt szolgál (pl. betegszervezetek), más részük, bár explicite nem célja az egészségfejlesztés, természetüknél fogva jelentős hatással vannak vagy lehetnek arra. Az utolsóként szereplő „szomszédság” különösen kilóg a sorból, hiszen itt nincsenek nevesíthető szakemberek. Mégis idevettük őket, mert bárhol élhet olyasvalaki, aki megszólítva érzi magát a jelen útmutató által, és – akár más területeken megszerzett szakértelmét használva – a motorjává válhat helyi kezdeményezéseknek.

Ami tehát a felsorolt szereplőkben közös: hogy bár különböző módon és mértékben, de hatással vannak a fennhatóságuk alatt a környezetükben élő emberek, felnőttek és gyerekek mindennapjaira, és így – a jelen Útmutató egyik kulcsüzenetének, a komplexitásnak megfelelően – az egészségi állapotukra is. A másik közös bennük, hogy valószínűleg kevesen fogalmazzák meg ezt explicite a maguk számára. Legfőképp ezért szeretnénk hozzájuk szólani.

A lakóhelyi egészségfejlesztés két kulcsa: szemlélet és partnerség

Annak, hogy egy helyi önkormányzat vagy civil szervezet képes legyen a vele kapcsolatban álló lakos-

ság egészségét megtartani, javítani, két alapvető feltétele van. Az egyik annak a szemléletnek az elsajátítása, ami az egészség komplex meghatározottságából fakad. Ez valójában nem új: az Egészséget minden Közpolitikába (Health in All Policies, HIAP) szemlélete már a WHO 1978-as alma-ata-i deklarációjában is felfedezhető, jóllehet explicite csak később fogalmazódott meg (WHO 1978, 1986, 2013; Kickbush és Buckett 2010).

A lényeg nagyon egyszerű: mivel az emberek egészségére szinte minden és mindenki, ami és aki körülveszi őket, hatással van, valamennyi önkormányzati intézkedésnek lesz valamilyen egészséghatása (Leppo et al. 2013). Nem csak azoknak, amik közvetlenül kapcsolódnak az egészséghez: az egészségügyi rendszert, szűrőprogramokat, helyi egészségnapokat érintő döntések, sőt: ez egy nagyon mélyen gyökerező, de nagyon káros tévhit. Minden önkormányzati intézkedést lehetséges, és úgy kell meghozni, hogy annak egészséghatását is figyelembe veszi a döntéshozó. Így az egészség „ügye” nem szorul be egy szűk és az önkormányzatok számára egyre kevésbé hozzáférhető szegmensbe, hanem átszövi az összes helyi ügyet. Az általános egészségi állapot javításához vezető út első és legfontosabb lépése ezt a „szemüveget” feltenni. Ennek a lépésnek ugyanakkor feltétele az is, hogy a helyi apparátus számára rendelkezésre álljon az a tudás, amivel egy adott intézkedésről meg lehet becsülni annak várható egészséghatását. Ez nem mindig egyszerű (a legtöbb döntésnek vannak pozitív és negatív egészségkövetkezményei is). A jelen Útmutatónak és a Népegészségügy 3.0 általános szemléletének ez is része: a partneri hálózatok kialakítása például egyebek mellett ezeket a tudásokat is elérhetővé teszi a többi partner számára.

A másik kulcstényező a partnerség. Egyrészt, mivel helyben is számos különböző szereplő hat az emberek egészségére, a jobb egészségkimeneteket az ő együttműködésük, tevékenységük összehangolása, ismereteik és tapasztalataik megosztása javíthatja. Partnereket találni és őket együttműködésre bírni természetesen nem feltétlenül egyszerű dolog, sőt: az ilyen partnerségek beindításához a jelen Útmutató képzéseket bemutató IV. B. alfejezetében bemutatott helyzetelemzési készségek (problématérkép feltárása, stakeholder-analízis) és kommunikációs készségek, technikák széles tárháza szükségeltetik. Másrészt ugyanakkor, ami szintén szemléletbeli váltást igényel, de valószínűleg még az intézményekkel való partnerségnél is fontosabb: a partnerség a lakossággal. A jelen Útmutatóban bemutatott részvételi döntéshozatali módszerek képezik a Népegészségügy 3.0 gerincét, legfőbb módszerét, annak a felismerésnek nyomán, hogy a lakosság bevonása nélkül nem

lehet az ő szükségleteikhez és igényeikhez illeszkedő, általuk is elfogadott és végül sikeresnek bizonyuló szakpolitikát és intézkedéseket kialakítani (Szóke – Tistyán – Füzesi, 2019).

A formális civil szervezeteknek egyrészt deklarált célkitűzéseik is lehetnek közvetlen hatással az egészségre (például egy öngyógyító betegklub esetében), és az összefogás erejével erősítik az állampolgárok kezébe, hozzásegítik őket egyenlően akár elérhetetlen céljaik megvalósításához. Másrészt, és ebben közösek az informális civil kezdeményezésekkel, bármilyen területen dolgoznak vagy működnek, bármi is a hivatalos küldetésük, bármiben nyújtsanak is konkrét „szolgáltatást” a hozzájuk csatlakozó vagy velük kapcsolatba kerülő embereknek, egy biztos: erősebbé, sűrűbbé teszik a közösségek szövetét. És az egészségi állapot szempontjából ez valószínűleg ugyanolyan, ha nem fontosabb eredmény.

Gyakorlati példák

Nehéz összefoglalni az itt megszólítani kívánt szervezetek és intézmények tevékenységét, éppen a sokféleségük miatt. Az alábbiakban néhány példát villantunk fel, hogy az önkormányzatok és a civil szervezetek milyen területeken és milyen eszközökkel járulhatnak hozzá a hozzájuk kötődő lakosság egészségfejlesztéséhez.

Önkormányzatok:

- „Egészségbarát” költségvetés: a helyi költségvetés prioritásainak az egészségi állapotot szem előtt tartó meghatározása.
- Egészségterv készítése: ez jól strukturált keretbe foglalja az egészséggel kapcsolatos szükségleteket, erőforrásokat és a különféle intézkedések egészséghatását.
- Transzparens egészséghatás-értékelés: minden intézkedésükre nézzenek rá az egészség szemüvegén át is. A helyi közlekedésszervezés, a településrendezési terv alapjaiban szabják meg például, hogy hol mennyire lesz vonzó a környezet ahhoz, hogy az emberek gyalogosan vagy biciklivel közlekedjenek, aktívan kint töltsék a szabadidejüket.
- Közösségfejlesztés: az aktív programszervezés mellett a lelki egészséget támogató közösségek fejlesztésének egyik kulcskérdése lehet például az önkormányzati tulajdonban/működtetésben lévő intézmények mennyire nyitottak a helyiek (civil szervezetek vagy akár formális szervezeti keret nélküli helyi civil csoportok) előtt: mennyire teremt az önkormányzat felületet, lehetőséget, alkalmat arra, hogy a közösségek működjenek.
- A részvételi döntéshozatal megismerése, meghonosítása (egyebek mellett) az egészség területén is: az emberek tényleges problémáinak,

maguk számára is megfogalmazott szükségleteinek a felderítése érdekében, és azért, hogy a helyi lakosoknak valóban hallatszon a hangja. A jól kézben tartott és vezetett részvételi döntéshozatal nem csak partneri együttműködés kezdeményezése az egészségi állapot helyi kulcsszereplőivel.

Civil szervezetek:

- Ismerjék fel, hogy a tevékenységük (nagyjából bármi legyen is az) messzemenő hatásokkal bír az érintetteik (de inkább ennél szélesebb kör) egészségi állapotára. Ez a tudás mindenféle stratégiaalkotásnál, akár forrásgyűjtésnél nagy hasznukra lehet.
- Fejtsenek ki nyomást a helyi/regionális/országos döntéshozókra, releváns erőforrásokkal rendelkező szereplőkre (pl. piaci szereplők, köznevelési intézmények, egészségügy), hogy azok az emberek tényleges szükségleteinek/igényeinek megfelelő „egészségpozitív” programokat alakítsanak ki!
- Segítsék elő, hogy kiderüljenek, a felszínre kerüljenek, megfogalmazódhassanak a helyiek tényleges szükségletei, igényei. Jó eséllyel van a helyi létnek olyan dimenziója, a lakosságnak olyan csoportja, amit csak ők ismernek.
- Legyenek a fent említett kulcsszereplőknek, a saját szektoruk más szervezeteinek és a helyi lakosságnak partnerei – lehetőségeikhez mérten – legyenek nyitottak az együttműködésre.

3. Felhasznált és ajánlott irodalmak

1. Girán J., Östör A., Varga M.: A városi egészségfejlesztési tervezés mint a „lehetőségek ablakát” megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája; Egészségfejlesztés folyóirat 2018; 59: 3 pp. 7–16., doi: 10.24365/ef.v59i3.307 <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=307&path%5B%5D=pdf>
2. Kickbusch I., Buckett K. (eds.) (2010): Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Adelaide, South Australia: Department of Health, Government of South Australia; 2010.
3. Leppo, K. – Ollila, E. – Pena, S. – Wismar, M. – Cook, S. (eds.) (2013): Health in All Policies – Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf
4. Miklósné, B. M.; Burkali, B.; Bazsika, E. (2019): Egészségfejlesztési tervezés és megvalósítás Győrben. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. I.], v. 60, n. 3, p. 51–57., <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=468>

5. Möt. (2011) – 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól
6. Szőke, K.; Tistyán, L.; Füzesi, Zs. (2019): Közösségi részvételre alapozott egészségtervezés Magyarországon [Community-based health planning in Hungary]. Egészségfejlesztés folyóirat, [S.l.], v. 60, n. 3, p. 21–28., <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=483>
7. Túri, G. (2019): Új utakon a hazai egészségtervezés. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 36–45.
8. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=470>
9. WHO (1978): Declaration of Alma-Ata, https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
10. WHO (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion, <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
11. WHO (2013): The Helsinki Statement on Health in All Policies, https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf
12. WHO European Healthy Cities Network
13. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network>

K. A gyermekelhízás megelőzését segítő kommunikációs módszerek főbb nemzetközi gyakorlatai, tendenciái

Nemesrévi M.

1. Áttekintés

A gyermekelhízás vagy gyermekkori obezitás jelenségének vizsgálatával, így az ehhez köthető kommunikációs lehetőségek feltérképezésével is a világ számos országa foglalkozik. Nemcsak nemzetközi szervezetek teszik fő témájukká a gyermekkori elhízást, hanem állami szervek portfóliójába is beletartozik, ami azért is tekinthető hasznosnak, mert egy állami intézmény más kérdésfelvetést és így más válaszokat is tud megfogalmazni ugyanabban a témában, mint egy határon átívelő nonprofit vagy éppen profitorientált szerveződés. Így pedig a gyermekelhízás háttere, okai, kezelhetősége, megelőzése és az ezekhez kapcsolható kommunikációs eszközök, technikák is több szempontrendszer eredményei alapján alakíthatók, térképezhetők fel.

Azzal, hogy a gyermekelhízás jelensége láthatóan nem áll meg az államhatároknál, épp ugyanannyira érint egy magyar, egy amerikai vagy éppen egy svéd kisgyermeket, azt is rögzíteni kell, hogy egy globális tendenciáról van szó. Természetesen nem lehet elmenni amellett a tény mellett sem, hogy a jelenség földrajzilag mégis mutat mintázatot: a gyermekelhízást vizsgáló különböző felmérések, vizsgálatok eredményei arra engednek következtetni, hogy elsősorban az észak-amerikai, valamint az európai kontinentet érinti a fiatalkori obezitás, míg az olyan kontinensek, mint pl. Afrika vagy Ázsia egyes országai, kevésbé involváltak e tekintetben. Feltételezhetően e mögött az húzódik,

hogy Észak-Amerika és Európa államai tekinthetők a leginkább fogyasztásorientált országoknak, míg más földrészeken az élelmiszer-ellátottság sem olyan minőségben, sem olyan mennyiségben nem jelenik meg – vagy csak szigorúan szabályozott módokon –, mint ezekben a tipikusan jóléti társadalmaknak nevezett országokban. Az élelmiszer-ellátottság biztonsága, a választék növekedése, a globalizált piac, a kontroll nélküli termékforgalmazás és az ezzel együtt megjelenő reklámkultúra önmagában hordozta és hordozza a mai napig azt, hogy életmódunknak nem a szükség, hanem lényegében csakis az önkontroll szabhat határokat. Ez pedig egy sérülékeny, könnyen felülírható, állandóan módosítható „potméter”, amit a profitorientált élelmiszeripari cégek kommunikációs technikákkal gátlás nélkül fel is használnak, ki is használnak.

Ennek a globális környezetnek a fő jellemzői közé tartozik, hogy sohasem alszik, azaz nincs olyan pillanat, amikor ne azon dolgozna, hogy az embert, aki az ő szemében nem több pusztán fogyasztónál, még nagyobb mértékű fogyasztásra ösztönözze. Az iparág szereplői, úgy a gyártók, mint a reklámcégek, arra törekednek, hogy egyre magasabb profitot termeljenek, hiszen az ő életben maradásuk kulcsa a lehető legnagyobb bevétel elérése, a versenytársak legyőzése. Ennek két kulcsmozzanata a termékfejlesztés és a termékekhez tartozó kommunikáció fejlesztése. Míg előbbi egy sokkal inkább élelmiszerszakmai folyamat, addig utóbbi egy marketing-

stratégiai munka, de e kettőt szorosan összekapcsolja és szinte kizárólagosan működteti is a magas bevétel elérésére való törekvés.

Mára a kommunikációs és reklámtechnikák olyan magas szintre fejlődtek, hogy szinte észre sem vesszük, hogy nem a terméket, hanem a termékhez kitalált életérzést adják el nekünk. Ennek okai között található egyrészt azt, hogy lényegében nincs korlát a termékfejlesztésben: olyan fogyasztási cikket állít elő egy cég, amelyet csak akar, a technikai adottságok készek erre; másrészt azt, hogy bármikor beszélhet a versenybe egy újabb cég hasonló termékkel, az élelmiszer-előállítás területén nem nagyon található korlát. Ebben a szabadjára engedett, sebesen növekvő és állandóan változó globálissá terjeszkedett rendszerben a gyermekelhízás jelenségének utóbbi évtizedekben tapasztalt rohamos felerősödése nem meglepő. Ez persze nem azt jelenti, hogy azt kellene feltételeznünk, hogy a fiatalkori obezitás, vagy akár a felnőttkori obezitás a célja az egyes cégeknek, amellet viszont nem szabad elmenünk, hogy az esetek túlnyomó többségében a könnyen és alacsony bekerülési költséggel előállítható termékek egyben egészségtelenek, rendszeres fogyasztásuk az emberi szervezetre hosszú távon káros hatásokat hordoz magában. Amíg azonban ezek a termékek a fogyasztók számára adott pillanatban vonzóak, a hozzájuk köthető élmény pedig pozitív, gyártásuk és reklámozásuk sem fog alacsonyabb fokozaton működni.

Egy ilyen pénzmozgatta, globálisan átszótt, érdek- és profitorientált környezetben a gyermekkori obezitás elleni küzdelem nem kicsi és nem egyszerű feladat, szükségessége azonban vitathatatlan. A gyermekkori elhízás egyszerre étkezési, egészségügyi és pszichológiai probléma is, a jelenségben nem a gyermek áll egyedül a felesleges kilókkal, hanem annak része a szülő; az a környezet, amelyben mindennap részt vesz (pl. óvoda, iskola, barátok, tágabb család); az elhízást megelőző és az általa keletkezett lelki, pszichológiai zavarok; az életvitel, beleértve az étkezési és mozgási szokásokat; nem utolsósorban pedig a gyermekkel állandóan interakcióban lévő, kommunikációra épülő világunk.

Jelenleg az látható, hogy a gyermekkori elhízás elsősorban életmódkérdésként, egészségügyi problémaként kerül definiálásra, holott ennél összetettebb jelenségről van szó. Persze nem vitatható, hogy a fiatalkori obezitással jelentősen megnövekszik a későbbi krónikus megbetegedések kockázata az asztmától kezdve a szívbetegségeken át a 2-es típusú diabéteszig, de az elhízottság magával hozza a szóbeli bántalmazás, a megbé-

lyezés, a csúfolódás megjelenését is a gyermek életében. És mivel a reklámok, a termékek kommunikációja ma elsősorban arra az állításra épül, hogy „ha megeszed/megiszod ezt az ételt/italt, akkor boldogabb leszel”, egy valódi öngerjesztő folyamatnak válik a részévé a gyermek, ahol a probléma pillanatnyi feloldására azt a megoldási utat választja, ami korábban eleve magát a problémát indukálta. A témában ma elérhető különböző méresek szerint a gyermekkori obezitás tehát egy ún. „nyugati” probléma, elsősorban a fogyasztói társadalmakban van jelen, ahol a napi rutin a kényelmi ételeket részesíti előnyben. Az USA egészségüggyel foglalkozó nemzeti intézményének kutatása szerint az elhízás és a túlsúlyosság az ötödik vezető globális kockázati faktora az elhalálozásoknak.¹¹⁷ Ebből érdemes azt a következtetést levonni kommunikációs szempontból, hogy egy olyan problémával állunk szemben, amely nem újkeletű, a társadalmaink szöveteibe mélyen benne van, és hasonlóan profi, összetett és jól megszervezett, időt és pénzt nem sajnáló stratégiával kell kezelni, mint ahogyan a problémát fenntartó élelmiszer- és reklámcégek is dolgoznak.

Mint sok más témánál, a gyermekkori elhízással szembeni fellépés kommunikációjánál is alaptétel, hogy az akkor lehet valóban hatékony, ha kulturálisan megfelelő módszereket alkalmazunk. Habár a probléma globális, és az ehhez tartozó termékek, reklámok és kommunikációs technikák is globálisak, régióként mégis cizellálnak, finomítanak rajta a megalkotók. Emiatt is történik meg az, hogy egy adott termék bevezetésére időbeli eltolással kerül sor a különböző országcsoportokban, vagy éppen az, hogy míg az egyik országban egy amerikai sztárral, addig egy másikban a helyi énekes-tehetségkutató az évi győztesével forgatják le ugyanazt a reklámszpotot. Ez bár valamelyest növeli a cégek költségeit, összességében nagyobb hasznot hoz, mert a fogyasztók jobban rezonálnak rá. Egyszerűsítve azt mondhatnánk, hogy egy amerikai kisgyereket és annak szüleit másként lehet elérni, mint egy magyar kisgyereket és annak szüleit. Az egyik legfontosabb alaptétel a kommunikáció kialakításában: a technikák, a termék, az üzenet globálisan megegyező, de a látvány cizellálható, sőt, cizellálendő is. Tehát mint oly sok más területen, itt is érvényes az az állítás, hogy a leghatékonyabb út a saját út, amelynek kialakításában súlyozni kell a nemzetközi tendenciákat és tapasztalatokat, és hozzá kell igazítani a saját környezetünk lelkületéhez is. Mindez pedig indokolja annak a szükségszerűségét, hogy egyes országcsoportokat megvizsgálva – amelyeket kulturálisan egymáshoz

117 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4801195/>

hasonlatosnak szokás tekinteni – összefoglalásra kerüljön néhány olyan nemzetközi példa, kommunikációs módszer, amellyel az adott államban az ottani kulturális viszonyokhoz és néplélekhez adaptálva tesznek kísérletet a gyermekkori elhízás megelőzésére, visszaszorítására, kezelésére.

2. Példák – nemzetközi kommunikációs tendenciák, módszerek

A fenti áttekintésben megfogalmazott alapelveken túl és egyben azokkal összhangban érdemes közelebbről is megvizsgálni az egyes országokban megjelenő konkrét kommunikációs technikákat, példákat – a teljesség igénye nélkül –, amelyek kifejezetten a fiatalkori obezitás témakörében születtek, vagy arra reagálnak.

Ezek akár pozitív, akár negatív példaként, de segítséget nyújthatnak a lehetséges, már kipróbált eszközök feltérképezéséhez, a későbbiekben pedig jó alapul szolgálhatnak a magyar viszonyoknak megfelelő, a hazai tendenciákat szem előtt tartó helyi, vagy akár országos szintű kommunikáció kialakításához is, melynek célja a gyermekkori elhízás megelőzése és/vagy kezelése.

Amerikai Egyesült Államok – sokszereplős stratégiák, úttörő kampányok

Mint oly sok XX. és XXI. századi globális jelenség esetében, a gyermekkori elhízásban is az USA az egyik élenjáró. Ez egyszerre jelenti azt, hogy a probléma jelenléte masszív az Amerikai Egyesült Államokban, de jelenti azt is, hogy számos megoldási úttal próbálkoztak a gyermekkori obezitással való küzdelem során. Ezek többségének alapvetése, hogy stratégiai gondolkodás nélkül nem lehet sikeres a küldetés, azaz a népeiségre építő, kulturálisan megfelelő programokat érdemes csak felépíteni, amelyek nem szakadnak el a valóságtól.¹¹⁸

A viselkedés megváltoztatását és az életmód átalakítását elsődleges fontosságú eszköznek látják az USA-ban, azzal együtt, hogy amennyiben az embert körülvevő tágabb és szűkebb környezet közvetve vagy közvetlenül, de támogatja az egészségtelen étkezési gyakorlatokat és az ülő életmódot, a különböző (állami) stratégiák és beavatkozási kísérletek, amelyek alkalmazása csak az egyén belátásától függ, nem igazán lesznek hatásosak. Tekintettel arra, hogy a gyermekek pedig még kevésbé tudnak jól megfontolt döntést hozni arra vonatkozóan, hogy mi egészséges és mi nem, az egyik legfontosabb feladattá az őket körülvevő környezet megváltoztatása, módosítása válik.

Így például az USA-ban megjelenik marketingmódszerként a „traffic light diet”, azaz az ételek közlekedési lámpa színeivel történő felcímkézése az alábbi értelmezések szerint:

- zöld (mehet!): olyan ételek, amelyek kalóriatartalma alacsony és bármilyen szigorítás nélkül fogyaszthatóak;
- sárga (figyelem!): ételek közepesen magas kalóriatartalommal, mértékkel fogyasztandóak;
- piros (állj!): magas kalóriatartalmú ételek, amelyek fogyasztása teljesen kerülendő, vagy csak ritkán alkalmazandó.

Az összetett stratégiák része a fentiek mellett a fizikai aktivitás növelésének és a viselkedésterápia fontosságának hangsúlyozása is, utóbbi esetében különös figyelmet fordítva a pozitív visszacsatolásra egy-egy elért eredmény esetén. Mindezek hatékonyságát növeli, ha a gyermek szűk környezete, azaz a család is monitorozza saját maga fogyasztási szokásait, pl. médiafogyasztási szokásait is. Ennek kapcsán javaslatcsomagot fogalmazott meg a gyermekgyógyászok amerikai testülete, ami olyan iránymutatásokat tartalmaz, mint pl. (1) ne legyen televízió a gyermek szobájában, (2) ne nézzenek tévét étkezések alkalmával, (3) tévézési időlimit bevezetése és következetes betartása, (4) nulla médiahasználat két éves kor alatt.

Látható, hogy az USA-ban a gyermekkori elhízás problémájának kezelésében kiemelt szerepet kap a média, a kommunikáció. Itt megszületett az a felismerés, hogy azzal, hogy a legtöbb káros hatást kiváltó tartalom ezeken a csatornákon keresztül érkezik, akkor ezeken a csatornákon keresztül érdemes felvenni a küzdelmet is azokkal. Erre építenek az alábbi kampányok is:¹¹⁹

1. Let's Move

- A Let's Move (Mozogjunk!) kampány elindítója és működtetője Michelle Obama, aki a program kapcsán az egyik legnagyobb ikonja lett az USA-ban a gyermekkori elhízás elleni küzdelemnek. A kampány elsősorban a fizikai aktivitásra helyezi a hangsúlyt, és hatékonyságát nagyban növeli az, hogy egy viszonylag magas népszerűségnek örvendő közismert személyiség áll annak élén.¹²⁰

2. Riding It Forward

- A Let's Move kampányhoz hasonlóan a Riding It Forward (Tekerjük tovább!) elnevezésű kezdeményezés elindítója is egy sztár, egy volt futballjátékos, Joe Ostaszewski, aki sportpályafutása

118 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4801195/>

119 https://www.huffingtonpost.co.uk/christopher-james-clark/5-inspiring-campaigns-to-_b_5755430.html

120 <https://letsmove.obamawhitehouse.archives.gov/>

mellett szerepelt abban a televíziós műsorban is, amelyben az lett a nyertes, aki adott idő alatt a leginkább le tudott fogyni. Ostaszewski összefogott a 4-H¹²¹ elnevezésű amerikai ifjúsági szervezettel – amelyik több mint 7 millió fiatalot ér el –, és megalkotta a Riding It Forwardot: ennek lényege a biciklizés népszerűsítésével a gyermekkori elhízással kapcsolatos tudatos viselkedésmód promotálása.

3. Campaign for a Commercial-Free Childhood (CCFC)¹²²

- A CCFC-t (Kampány Egy Reklámmentes Gyermekkorért) 2000-ben alapították annak a felismerésnek a mentén, hogy a gyermekkori elhízás problémáját tovább eszkalálja a reklámpiac. A CCFC a szülőket célozza, hogy csökkentse a gyermekek reklámokhoz való hozzáféréseinek lehetőségeit. A kezdeményezés egyik nagy sikere volt, amikor Floridában elérték, hogy a diákok igazolványán ne hirdethessen a McDonald's.

4. Strong 4 Life

- A Strong 4 Life programot Atlantában hozták létre és elősorban a gyermekkori elhízás egészségügyi, orvosi következményeire fókuszál. A kezdeményezés egy „vírusvideót”¹²³ tett közzé és terjesztett el az interneten, ami egy 32 éves, több mint 130 kilós férfi életét mutatja be visszafelé, kezdve onnan, amikor már kórházban fekszik, miután szívrohamot kapott, egészen eljutva a gyermekkoráig, amikor a szülei sült krumplit és cukros reggelizőpelyheket adtak neki. A soktaktikára építő kampányt sokan kritizálták, főként amiatt, hogy az elhízás stigmatizálása, illetve a szülők lelkiismeretének megbolygatása nem vezet valós eredményre a viselkedésváltoztatásban.

5. Institute for Responsible Nutrition¹²⁴

- 2009-ben dr. Robert Lustig közzétett a YouTube-on egy 90 perces előadást¹²⁵ a szervezet cukorfeldolgozásával kapcsolatosan, amit több

mint 5 millióan láttak, később pedig megírta a Fat Chance c. könyvét, ami nagyon hamar elkezdte vezetni az eladási listákat. E kettőnek a nyomán Lustig a kollégáival megalapította az Institute for Responsible Nutrition (Felelős Táplálkozásért Intézet) nonprofit szervezetet, ami csak és kizárólag a gyermekkori elhízásra és az ehhez köthető 2-es típusú diabéteszre fókuszál.

A gyermekkori elhízás problémájának fontosságát a fenti példák jól szemléltetik, sőt, az USA-ban a szeptember a gyermekkori elhízás tudatosságának nemzeti hónapja is. Nemcsak közszereplők, sztárok és nonprofit szervezetek tevékenykednek az obezitással kapcsolatosan, hanem kormányzati szinten is igyekeznek megelőző stratégiákat, az egészséges életmódot népszerűsítő anyagokat megalkotni és közzétenni,¹²⁶ de azt több helyen is kiemelik, hogy a gyermekek diétára való fogása csak bizonyos szigorú szabályok betartásával lehetséges, hiszen alapvetően a szervezetük még fejlődésben van.¹²⁷ Az USA-ban tettek kísérletet arra is, hogy social marketing alapú kommunikációt integráltak iskolai programokba, és a tapasztalatok alapján mérhető csökkenést lehetett így elérni az obezitás indikátoraiban.¹²⁸

Az előzőeken túl az USA-ban számos szervezet, kutatócsoport, partneri együttműködés tette és teszi témájává a mai napig a gyermekkori elhízást. Leginkább plakátkampányok keretében kommunikálnak erről.¹²⁹ A plakátok közös jellemvonásai, hogy

- (1) sokszerűen mutatnak be szembesítő tartalmat;
- (2) grafika-fókuszúak;
- (3) ha szöveget jelenítenek meg, akkor a fontos mondat feltűnő és rövid;
- (4) kvázi magyarázatot (pl. a szervezet nevét vagy a statisztikai adatot) a kép alján, kisebb méretben tartalmazzák;
- (5) árukapcsolással operálnak, előhívva ezzel a már berögzült fogyasztói reflexeket;
- (6) látványosak, egyértelmű üzenetet hordoznak, frappánsak, könnyen memorizálhatóak.

121 <https://4-h.org/>

122 <https://commercialfreechildhood.org/>

123 <https://youtu.be/xUmp67YDIHY>

124 <http://www.responsiblefoods.org/>

125 <https://www.youtube.com/watch?v=dBnniua6-oM>

126 <https://health.ny.gov/prevention/nutrition/resources/obparnts.htm>

127 <https://www.cdc.gov/healthyweight/children/index.html>

128 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852185/>

129 <https://www.behance.net/gallery/11010123/Campaign-To-End-Obesity-Ad-Campaign> és https://mir-s3-cdn-cf.behance.net/project_modules/fs/db4fe373309851.5c058b6aaff76.png és <https://www.behance.net/gallery/1496525/Childhood-Obesity-Prevention>



Ezek közül néhány példa az elmúlt évekből:
Ausztrália – az egész társadalmat érintő marketingstratégia a gyermekekért

Ausztrália kiemelt helyet foglal el a gyermekkori elhízás elleni küzdelem kommunikációs módszereinek fejlesztésében és alkalmazásában. A Good For Kids¹³⁰ átfogó marketingstratégia abból a felismerésből indult ki, hogy a fiatalkori obezitás nem csökkenthető, nem előzhető meg anélkül, hogy social marketing alapú kommunikációs kampányok ne tennék ezt témájukká. A program több sorozatnyi kampányt fogott egybe olyan fő üzenetekkel,¹³¹ mint pl. a vízivás népszerűsítése; a fizikai aktivitás promotálása; a gyümölcs- és zöldségfogyasztás növelése. A program hatásait vizsgáló tanulmányok kimutatták: a többéves kommunikációs kampány eredményeképpen a fogyasztói tudatosság emelkedett, ez pedig érezhető változást hozott a gyermekek, aszülők, a családok étkezési szokásaiban és életvitelében.

A program kiindulópontja, hogy a televíziós reklám olyannyira erőteljes médium, hogy viselkedés-

befolyásoló hatása van, tömegessége miatt pedig tápanyagszegény, egészségtelen ételek és italok fogyasztására könnyen rábíthatja a célszemélyeket. Éppen ezért hasonló technikákhoz nyúlta a Good For Kids kampány során, arra is alapozva, hogy korábban sikeresen tudtak változást elérni hasonló eszközökkel HIV/AIDS, valamint dohányzás témákban. A kommunikációs kampány középpontjában a televíziós hirdetések álltak, de ehhez csatlakoztak további social marketing eszközök is, tekintettel arra, hogy önmagában egy platform nem képes kellő hatást kiváltani, hatékonyságát nagyban növeli, ha más eszközök is megtámogatják az általa közvetített üzenetet.

A Good For Kids kampány a 2–12 év közötti gyerekeket vette célba, együttműködő partnerei között széles körben jelentek meg kormányzati, nem kormányzati szereplők, civil szektor, iskolák, gyermekgondozási szervezetek, egészségügyi szervezetek, sportklubok és bennszülött, őslakosi szerveződések is. (14. táblázat) A program

130 <http://www.goodforkids.nsw.gov.au/>

131 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852185/>

social marketing stratégiája a viselkedésváltozás elérésére koncentrált, eszközei között megtalálható volt a televízió, a rádió, a nyomtatott sajtó és olyan egyéb médiák, mint pl. az iskolaújság. A közvetített fő üzenetek egyrészt összesűrítve szerepeltek egy nagy márkakampányban, másrészt azonban külön-külön, témákra (vízivás, aktív életmód, zöldség- és gyümölcsfogyasztás) lebontva is

üzeneteit és azokat vissza is tudták adni. A felmérések szerint ez volt az egyik legsikeresebb ausztrál kormányzati kampány. Ahhoz pedig, hogy ez ilyen népszerűségnek örvendjen, és hosszú távon is érzékelhető legyen a hatása, a lényeg az átadni kívánt üzenetek elhelyezésének fontosságában rejlett, pl. szoros együttműködés a helyi médiával, valamint szülői partnerszervezetekkel.

Kampány	Tartalom	Fő üzenet(ek)
Márka	<ul style="list-style-type: none"> - játszó gyerekek vizet isznak zöldségjelmezbe öltözve háromlépéses üzenettel (1. Legyél aktív, menj ki és játssz mindennap egy órát; 2. Igyál vizet, elsőként a vízre gondold; 3. Két adag gyümölcs, öt adag zöldség) 	<ul style="list-style-type: none"> - vízivás cukrozott üdítók helyett - fizikai aktivitás növelése és ülő életmód csökkentése - zöldség- és gyümölcsfogyasztás növelése - Good For Kids márka megismertetése
Víz	<ul style="list-style-type: none"> - képek, amelyek az üdítőitalok és gyümölcslevek cukortartalmára világítanak rá - öröm vizet inni 	<ul style="list-style-type: none"> - vízivás cukrozott üdítók helyett
Fizikai aktivitás	<ul style="list-style-type: none"> - a fizikai aktivitás örömet okoz a gyerekeknek - unatkozni tévézés és videójáték közben 	<ul style="list-style-type: none"> - a gyerekeknek napi 1 óra fizikai aktivitásra szükségük van - napi 2 óránál többet ne töltsenek olyan szórakozással, amihez ülni kell
Zöldségek és gyümölcsök	<ul style="list-style-type: none"> - képek szülőkről, akik finom és megfizethető zöldségeket tálalnak játékos és kreatív módon 	<ul style="list-style-type: none"> - akár tíz próbálkozásba is telhet, mire egy gyermek megkedveli az adott zöldséget
Ismétlések	<ul style="list-style-type: none"> - korábbi kampányok ismétlése 	<ul style="list-style-type: none"> - az összes fenti

14. táblázat: A Good For Kids kampányok felépítése

kommunikálásra kerültek. A Good For Kids márkát és üzeneteit öt kampányban kommunikálták 2007 és 2010 között. A kampányokban 15 és 30 másodperces rádió-, valamint tévéhirdetések szerepeltek; illetve a printmédiában (helyi és régiós egyaránt) fizetős és ingyenes verziókban is megjelentek ezek, utóbbiak esetében főként a szülők elérését tűzve ki célul. A hirdetési aktivitás mellé egyéb kommunikációs technikákat is felhasználtak, így például a program márkájával ellátott vizesüvegeket, mágneseket, matricákat, lemosható tetoválásokat, teniszlabdákat, egészséges bevásárlólista-mintákat és egyéb, a fizikai aktivitás során használható eszközöket is gyártottak.

A kampány sikerességét vizsgáló felmérések szerint a lakosságban a tudatosság növekedett: ismerték a Good For Kids márkát, ismerték annak

Egyesült Királyság – komplex kormányzati akcióterv

Az Egyesült Királyság az elmúlt évek során egyre nagyobb hangsúlyt helyezett a gyermekkori elhízás feltérképezésére, és megközelítési módokat dolgozott ki annak visszaszorítására, kezelésére, megelőzésére. Angliában a fiatalok több mint 20%-a, azaz minden ötödik gyermek obezitással érintett. Az Egyesült Királyságban egyes felmérések azt az összefüggést állították fel, hogy az alacsonyabb jövedelmű családok gyermekeit jobban érinti az elhízás,¹³² mint a jobb módú társadalmi rétegeket, így itt többek között az is céljá vált, hogy ezt a szakadékot megszüntessék az intézkedések.

Az UK-ban az elmúlt években megalkotott akciótervek alaptétele egyrészt, hogy hosszú távú, fenntartható változást csak úgy lehet elérni, ha az

132 https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/obesity?gclid=CjwKCAjw5cL2BRASEiwAENqAPledEw10MFGgXgdsDqWl-leRzdn5021910oC5efnBYwsEh2LkTL-TARoCoPUQAvD_BwE

iskolák, a különböző közösségek, a családok és az egyének szorosan és aktívan együttműködnek egymással; másrészt pedig ha a problémát nemcsak egy oldalról közelítik meg, hanem a lehető legtöbb aspektusból igyekeznek választ adni arra.¹³³ Így az akciótervek pontjai közé tartozik többek között:

- támogatás nyújtása azon vállalkozások számára, akik annak érdekében innoválnak, hogy egészségesebbé tegyék termékeiket;
- segítségnyújtás a családoknak, hogy könnyebben és egyszerűbben ismerjék fel és azonosítsák az egészségesebb terméket az egészségtelenekkel szemben;
- étel- és italreklámok szigorúbb szabályozása, beleértve az online kommunikációt is;
- egészségesebb lehetőségek elérhetővé tétele az állami szektorban, közintézményekben, tekintettel arra, hogy ezek a helyszínek és szolgáltatások példaként szolgálhatnak a gyermekek és a családok számára;
- napi legalább egyórnyi fizikai aktivitás elérhetővé tétele minden gyermek számára;
- az iskolai étkezés egészségesebbé tétele;
- egyértelműbb ételcímke-eljárás kialakítása, fókuszban az egészségesebb termékek könnyebb azonosíthatóságával, bár az Egyesült Királyság így is élen jár a termékek csomagolásának fejlesztésében;
- üdítők megadóztatása;
- a termékek cukortartalmának/kalóriatartalmának radikális csökkentése, ami amiatt lehet hasznos módszer, mert a termékváltoztatás tudja alakítani a fogyasztási szokásokat, pl. ezt támasztja alá a termékek méretének megváltoztatása is korábban;
- az olyan promóciók beszüntetése, mint pl. az „egyét fizet, kettőt kap” marketingfogás;
- az egészségtelen ételek és italok eltávolítása az egyes helyiségek, üzletek, intézmények ki- és belépési pontjainál;
- az egészséges életmód magasabb fokú hangsúlyozása az egészségügyi szakemberek részéről a családokkal történő beszélgetések során.

A fenti komplex programból látható, hogy az Egyesült Királyság a reklámoktól kezdve a fizikai aktivitáson át az ételcímke-eljárásig számos területet igyekszik feltérképezni a gyermekkori

elhízással kapcsolatosan. Ezek az állami szabályozók eredményre vezethetnek ugyan, de kérdés, hogy képesek-e felvenni a tempót a profitorientált cégek folyton változó kommunikációs technikáival. Ez utóbbihoz köthető a British Heart Foundation (BHF) kampánya, a Food4Thought, ami a gyermekek megvédését tűzte ki céljául a gyorsételeket reklámozó marketingtechnikákkal szemben, felajánlva egy-egy egészséges ételopciót azok helyett. A BHF kiemeli, hogy a gyorsételek gyermekeket célzó marketingje soha nem látott mértékben cizellálódott az utóbbi időben, megtalálva az állami reklámszabályozások kiskapuit. Éppen ezért a Food4Thought azt szorgalmazza, hogy a brit kormány még szigorúbb szabályozókat vezessen be az egészségtelen ételek direkt gyermekeket célzó hirdetési ellen. A program keretein belül a szervezet együtt dolgozik harminc brit iskolával, ahol egészséges ételeket árusító automatákat helyeznek el.¹³⁴

Franciaország – állami programok mellett látványos kampánnyal

Franciaországban 2001-ben született meg a gyermekkori elhízás kezelését célzó nemzeti program, ekkor a gyermekeket érintő obezitás tendenciózusan nőtt.¹³⁵ Egy felmérés szerint a program bevezetése után hat évvel megállapítható, hogy a gyermekkori obezitás mértéke nem nőtt, hanem stabilizálódott, és ezt közvetve okozhatta a hatékony állami intézkedéscsomag is. Néhány évvel ezt követően a francia kormány újabb dokumentummal jelentkezett a témában,¹³⁶ amiben már külön fejezetet szentelnek a beavatkozási területek között a kommunikációnak is, méghozzá abból az aspektusból, hogy miként védhető meg a fogyasztó a félrevezető kommunikációs kampányoktól. Válaszként egyrészt a fogyasztói tudatosság előtérbe helyezését, a probléma szereplői közötti információáramlás gördülékenyebbé tételét és a probléma lehető legtöbb aspektusáról – így pl. az elhízás következtében a gyermeket érő negatív pszichológiai hatások – való nyílt kommunikációt javasolják.

Franciaország nemrég az EPODE¹³⁷ programmal vívott ki magának nemzetközi elismerést a gyermekkori elhízás elleni küzdelem területén. A program alapvetése, hogy holisztikus szemléletben közelíti meg a problémát, és a gyermekkori

133 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/546588/Childhood_obesity_2016_2_acc.pdf

134 https://www.huffingtonpost.co.uk/christopher-james-clark/5-inspiring-campaigns-to-b_5755430.html?guccounter=1&guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xlLmNvbS8&guce_referrer_sig=AQAAAMqmJNoyh1xiPnlzsrNUGZhK-roWcg_ffJy9m5pniGxsSdIKUQc7q05MxJomVllyspS6VBJTaNjMChd6wMETaOwAIGrGZ98o1KsAXmTvJ4_BT4I3wuca4F-NwLFaK9rg2CZWqaUwlpn1a2ZCLLPQX-LXLApMbh9uDbvOfa0qthVUGo

135 <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17477160902811207>

136 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PO_UK_INDD.pdf

137 <https://www.cypnow.co.uk/best-practice/article/epode-tackles-childhood-obesity-in-france>

obezitás mögött húzódó összes különböző okot igyekszik beazonosítani, majd az ezekhez tartozó szereplőket – szülők, iskolák, egészségügyi szakemberek, közösségek, vállalkozások, központi és helyi kormányzatok – rávenni a közös munkára. Az EPODE városi szinten indult, és a helyi szereplők összefogásának köszönhetően ezek a települések 8,8%-os csökkenést értek el a gyermekelhízás tekintetében, míg a programban részt nem vevő településeken az emelkedés közel 20%-os volt ugyanennyi idő alatt. Az EPODE során olyan cselekmények valósultak meg, mint például:

- social marketing kampányok különböző témákban (hidratálás fontossága, kiegyensúlyozott diéta, fizikai aktivitás játék során, alvás);
- oktatói eszközök fejlesztése;
- a teljes helyi közösséget érintő aktív elfoglaltság (pl. vitalitásnap);
- vitalitáskártya bevezetése annak bátorítására, hogy a családok részt vegyenek az egészséggel kapcsolatos rendezvényeken;
- gyümölcskampány (óvodai program, amely során különböző típusú szezonális gyümölcsöket ismernek meg a gyerekek);
- sport- és szabadidős létesítmények létrehozása.

A programot értékelő szakértők szerint az EPODE sikere abban rejlik, hogy a részprojektek



nem egymástól izoláltan, elkülönülten zajlottak, hanem közösségi összefogás révén, helyi meghatározó szereplők közreműködésével összekapcsoltan. Az EPODE-t¹³⁸ az elmúlt évek során több mint 500 közösségben alkalmazták, a program monitorozása során a szakemberek pedig arra jutottak, hogy azok a szegényebb sorból származó gyerekek, akik részt vettek benne, a későbbiekben több gyümölcsöt és zöldséget fogyasztottak, valamint csökkentették a cukorbevitelüket.

A fentiekén túl mindenképpen ki kell emelni a francia kormány egyik plakátját,¹³⁹ amit kifejezetten a gyermekkori elhízás problémájára való figyelemfelhívásként alkottak meg, és nem csak Franciaországban, hanem az interneten is nagy sikert aratott. A plakáton található szöveg szerint: „Az elhízás egyre fiatalabb korban kezdődik.”

Németország – a kiépült egészségügyi struktúra és szünni nem akaró elhízás kettőssége

Németország híres egészségügyi rendszerének kiépítettségéről, és nincs ez máshogy az elhízással, a gyermekkori obezitással, annak megelőzésével kapcsolatos struktúrák esetében sem. Kifejezetten sok szervezet, tartományi, valamint szövetségi-állami intézmény foglalkozik ezzel a kérdéskörrel. Fő vezérfonaluk – csakúgy, ahogy a svéd modellnél is látható lesz – az egészséges életmód népszerűsítése, ebben látják a gyermekkori elhízás csökkentésének kulcsát. Ehhez az erős egészségügyi intézményi hálózathoz¹⁴⁰ tartozik számos állami kezdeményezés, ami az egészséges étkezés, a fizikai aktivitás és a reklámszféra oldalról igyekszik körbejárni a problémát. Utóbbi esetében komoly jogszabályi háttérrel alkotott Németország arra vonatkozóan, hogy a 12 éven aluliak ne találkozhassanak olyasfajta tartalommal, amely a gyermekeket egy bizonyos termék vagy szolgáltatás megvásárlására ösztönzi, vagy arra biztatja őket, hogy a szüleiket vegyék rá a vásárlásra. 2009-ben ehhez köthetően kiadott a német reklámszövetség egy speciális kódexet is, ami az ételek és italok kommunikációjára vonatkozik és a gyermekek védelmét helyezi előtérbe a tévés, valamint a rádiós tartalmakkal szemben. A kódex többek között olyan iránymutatásokat tartalmaz, mint pl. a hirdetés nem használhatja ki a fogyasztó magabiztosságát; a hirdetés nem áthatja alá az egészséges és aktív életmódot; vagy éppen a hirdetés nem bátoríthat túlzott fogyasztásra.

A kiépült intézményi struktúra és a leírt szabályok, irányelvek, regulatív módszerek mellett Németországban létezik nemzeti sportolási program,

138 Nemzetközi programot is indítottak, amiben Magyarország is részt vett: <https://trademagazin.hu/hu/atfogo-europai-eletmodprogram-indul-az-elhizas-ellen/>

139 <https://www.trendhunter.com/trends/french-ministry-of-health>

140 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/243299/Germany-WHO-Country-Profile.pdf?%20ua=1

ami azt célozza, hogy mindenki sportoljon valamilyen formában, hiszen az aktív élet, a fizikai aktivitás jó ellenszere és megelőzési technikája lehet az elhízásnak. Hasonló elv mentén Németország népszerűsíti az iskolába való aktív eljutást, azaz pl. a japán módszer átültetését.

Egy tanulmány szerint a gyermekkori elhízás jelensége azért is annyira meghatározó Németországban, mert nincsenek meg azok a családi minták, amelyek alapján a gyermekek ne válnának túlsúlyossá, azaz maguk a szülők is túlsúlyosak.¹⁴¹ A szülői elhízottság okai közé sorolják pl. a terhesség alatti dohányzást, a terhesség alatti nagymértékű súlynövekedést, de a magas médiafogyasztást is. Mindezekhez hozzájön az alacsony hús- és folyadékbevitel, miközben az energiafokozó ételek és italok fogyasztása jelentős, tehát az elhízottság Németország esetében is valójában életmódkérdés.

Az életmódváltást azonban nem segíti a német tévécsatornákon megjelenő élelmiszer-tematikájú reklámok jelenléte és azok milyensége. Egy felmérés több mint 16 000 televíziós reklámot vizsgált, melyek 19,9%-a szólt étkezési termékekről, amelyeknek pedig 73%-a reklámozott olyan ételt, amely nem számít alapvető élelmiszernek. Ha ezek között csak azokat a tévécsatornákat vizsgáljuk, amelyeket nagy százalékban néznek gyerekek, akkor azt láthatjuk, hogy a hirdetések 14,5%-a szólt ételekről, ezeknek pedig 88,2%-a promotált nem alapvető élelmiszert. Ebből az következik, hogy bár a gyermekek arányában kevesebb ételreklámmal találkozhatnak egy-egy tévézés alkalmával, az „elfogyasztott” reklámok közül viszont minden 8. olyan élelmiszerről szól, amely nem szükséges. A tanulmány azt is megállapította, hogy az egészségtelen ételeket hirdető reklámok közlése szignifikánsan megnő azokban az időszakokban, amikor gyermekek ülnek a televíziókészülékek előtt. Röviden mindez azt jelenti, hogy a német gyerekek igencsak kitettek az élelmiszerreklámoknak, azok között is főként az egészségtelen vagy szükeztelen ételeket hirdető blokkoknak.¹⁴²

A fentiek alapján érdekes kettősséget állapíthatunk meg Németország esetében: habár kiépült az ide vonatkozó intézményrendszer, habár számos állami program létezik, habár igyekeznek keretek közé szorítani a reklámpárt, a gyermekelhízás csökkentésében mégsem járnak akkora sikerrel, hiszen hiányzik a szülői minta, az a támogató családi, primer környezet, ami az egészséges ételek fogyasztását, a fizikai aktivitást természetessé, mindennaposá és életvitelszerűvé tenné.

Svédország – hangsúly a szülővel való egyéni kommunikáción

Svédországban az elmúlt 10 év során két-háromszorosára emelkedett a gyermekkori elhízással diagnosztizált gyermekek száma 100 000 gyermekre nézve,¹⁴³ ami egybeesik többek között a 2-es típusú diabéteszsel érintettek számának sokszoros növekedésével is. Svédországban a gyermekkori elhízással való kiemelt foglalkozást az utóbbi években megerősítette az a felismerés is, hogy az egészségügyi problémák ilyen mértékű növekedése óriási terhet róhat az egészségügyi rendszerre. Éppen ezért a kezelés helyett a megelőzést állították a fókuszba, és állami szinten is igyekeznek különböző programokat megalkotni az obezitásra vonatkozóan.

Svédországban ugyan nincs nemzeti akcióterv a gyermekkori elhízás elleni küzdelemre, így a hangsúlyt az egészséges életmódra és annak promotálására fektetik. Az egyik legismertebb svéd módszer a „79 lépés”¹⁴⁴ elnevezésű dokumentum, ami jó háttérként szolgálhat olyan akciótervek kidolgozásához, amelyek a jobb étkezési szokásokat és a megnövekedett fizikai aktivitást helyezik előtérbe. Ezeknek a lépéseknek egy része közpolitikai vonatkozású, például az egészségtelen ételek megadóztatására vonatkozóan tartalmaz javaslatot. Mindezen felül léteznek nemzeti és régiós útmutatók, amelyek szintén az egészséges életmód népszerűsítését tűzték ki célul.

A fent említett dokumentumokon túl a svéd egészségügyi rendszer szerves része egy olyan szolgáltatás, ahol az egészségügyi szakember minden alkalommal rendszeresen méri a gyermek testtömegét, magasságát, korát, amelyekből BMI-értéket számol. Egy 2013-as tanulmány szerint, amely a mélyinterjúzás módszerével vizsgálta ezeknek a látogatásoknak a tapasztalatait, a BMI kiszámolása, és szemléletes ábrázolása a szülők számára ugyan nem előzte meg a gyermek későbbi elhízását, de előadta, életkorban kitolta annak megjelenését. Ennél nagyobb hatást csak azon esetekben váltott ki, amikor a szülők befogadóan reagáltak a problémafelvetésre, és nem utasították el annak meglétét vagy kialakulásának veszélyét. Ez az egészségügyi szolgáltatás magában foglal étkezési tanácsadást, valamint motivációs beszélgetést a szülőkkel. Ez utóbbinak a hatékonyságát többen is méltatják, a tapasztalatok szerint az egyes élethelyzetek, családi minták és szülői példamutatások megismerése segítségül szolgál ahhoz, hogy valódi, személyre

141 <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-9-46>

142 <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/do-television-food-commercials-target-children-in-germany/D7AF25C7077404016AC50DD57CF7FABF>

143 <https://www.karger.com/Article/Pdf/482009>

144 Megalkotója a svéd népegészségügyi ügynökség és nemzeti élelmiszer-ügynökség.

szabott tanácsokat kapjon a szülő ahhoz, hogy miként előzze meg, vagy fordítsa vissza gyermeke elhízását.¹⁴⁵

Egy másik felmérés a motivációs beszélgetés hatékonyságát vizsgálta több mint 1000 család és gyermek részvételével, és arra az eredményre jutott, hogy ez a módszer nem gyakorol érdemi hatást a testsúlyra, a túlsúly jelenlétére vagy éppen a derékbőrségre, azonban hatást fejt ki az étkezési szokásra, és azt pozitív irányba, az egészségesebb ételek sűrűbb fogyasztása felé tolja el.

Azon felül, hogy láthatóan Svédországban az egyéni élethelyzetekre, a hosszas beszélgetésekre és tanácsadásra fektetik a legnagyobb hangsúlyt, fókuszba helyezve a családi minták, esetleges rossz szokások megtalálását, megelőzését és az egészséges életmódot, érdemes röviden kitérni az országban megjelenő reklámokra is. Egy 2011-es tanulmány több mint 80, étellel kapcsolatos reklám retorikáját vizsgálta azokon a kereskedelmi tévécsatornákon, amelyek a legnépszerűbbek a svéd gyerekek körében. A felmérés szerint az ételeket három különböző kontextusban tálták az egyes hirdetések: (1) az étel mint védelem és bánásmód; (2) az étel mint a „jó érzés”, a jóllét kulcsa; (3) az étel mint törődés.¹⁴⁶ A tanulmány megállapítja, hogy az egészségtelen, káros következményeket okozó ételek is pozitív, egészséges kontextusban jelennek meg a reklámokban, mindezt offenzív, támadó retorikával előadva. Azaz a reklám nem tűr meg semmilyen alternatívát az általa bemutatott terméken túl.

A reklámok magas hatásfokát támasztja alá az is, hogy egy nemzetközi felmérés szerint a tévés hirdetéseknek a gyermekkori elhízás továbbterjedéséhez való hozzájárulása Svédországban 4–18% közötti. A tanulmány szerint 2009-ben a 6–11 év közötti svéd gyerekek átlagosan napi 90 percet té-

véztek, ez idő alatt bármikor érhetette őket reklám egészségtelen étellel kapcsolatosan. Ennél a svéd adatnál látványosan rosszabb arányokat mért a kutatás más európai országokban, és következtetésként azt állapítja meg, hogy minél kevesebb ilyen reklámmal találkozik egy gyermek, annál kisebb negatív hatást tud az kifejteni.¹⁴⁷ Tehát a gyermekkori elhízás megelőzése ez alapján kommunikációs szempontok szerint mennyiségi kérdés is: feltételezhető, hogy amiből több jut el a felhasználóhoz, az jobban alakítja szokásait.¹⁴⁸

Japán – a megelőzés hatékonyságának iskolapéldája

Bár Japán ugyanúgy a jólétnek nevezhető államok közé tartozik, mint a nyugat-európai országok vagy Amerika, a gyermekkori elhízás közel nem jelenik meg olyan mértékben a szigetországban, mint ahogy azt gazdasági fejlettsége predesztinálná. Japán mondhatni évtizedes előnyben van az ún. nyugati világhoz képest e tekintetben: egy 1953-ban bevezetett, azóta mindennapi szokássá vált gyakorlat mint megelőzési technika lényegében tökéletesen bevált. 67 évvel ezelőtt Japánban bevezették a „sétálj az iskolába” programot,¹⁴⁹ ami annyit jelent, hogy reggelente az iskolások nem tömegközlekedéssel vagy a szülei autójában jutottak el az intézménybe, hanem gyalog.¹⁵⁰ Ennek a gyakorlatnak részei a szülők is, bátorítják őket, hogy sétáljanak el az iskoláig a gyermekükkel, de a rendszer az iskolai személyzetet, vagy éppen önkénteseket is bevon mint kísérő vagy felügyelő. Kutatások kimutatták, hogy egyenes összefüggés van a program és a gyermekkori elhízás alacsony jelenléte között.¹⁵¹ Japán azon országok közé tartozik, ahol az egyik legalacsonyabb a gyermekkori obezitás, dacára fejlettségi szintjének.

145 A tanulmány szerint a gyermekelhízás okai között azonosították az egészségügyi szakemberek többek között azt, hogy (1) a szülők nem tudnak főzni, (2) bár egészséges étel kerül az asztalra, de óriási adagokban, (3) sajnálatból édességet adnak a szülők a gyermeküknek, (4) azok az anyák, akiknek rossz szoptatási vagy táplálási tapasztalatuk van a gyermek megszületését követő időből, később túletetik gyerekeiket; (5) nem mozognak közösen, mert egyes szülők szerint elég mozgási lehetőséget kapnak a gyerekeik az óvodában, az iskolában, míg más szülők el akarják kerülni, hogy koszos legyen a gyermekük, így tartva távol őket az aktív életmódtól.

146 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019566631100050X>

147 https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/63EB08C93D239AE99000371692BF4742/S1368980009992850a.pdf/television_food_advertising_and_the_prevalence_of_childhood_overweight_and_obesity_a_multicountry_comparison.pdf

148 Kitekintésként érdekes lehet megemlíteni egy korábbi kutatást, ami az 1997 és 2001 között megjelent svéd napilapok közül négynek vizsgálta azokat a cikkeket, amelyek a túlsúlyosságról vagy az elhízásról szóltak. Az analízis szerint ebben az időszakban az obezitás kétféle kontextusban jelent meg: egyrészt mint egészségügyi probléma, másrészt mint szépséggel kapcsolatos dilemma. Látható, hogy mára ez utóbbi kontextus szinte teljesen eltűnt a kommunikációból, az azóta hódító „mindenki szép a maga módján” álláspont erősebb, mint a vékonyság kívánalma (lásd plus-size modellek). Forrás: <https://www.degruyter.com/view/journals/comm/32/4/article-p447.xml>

149 A gyerekek több mint 98%-a valamilyen aktív módon jut el az oktatási intézményébe.

150 Természetesen ez a gyakorlat olyan infrastruktúra mellett valósítható csak meg eredményesen, mint a Japánban rendelkezésre áll: sétátávon belül elérhető közoktatási intézmények, magas közbiztonság.

151 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477970/>

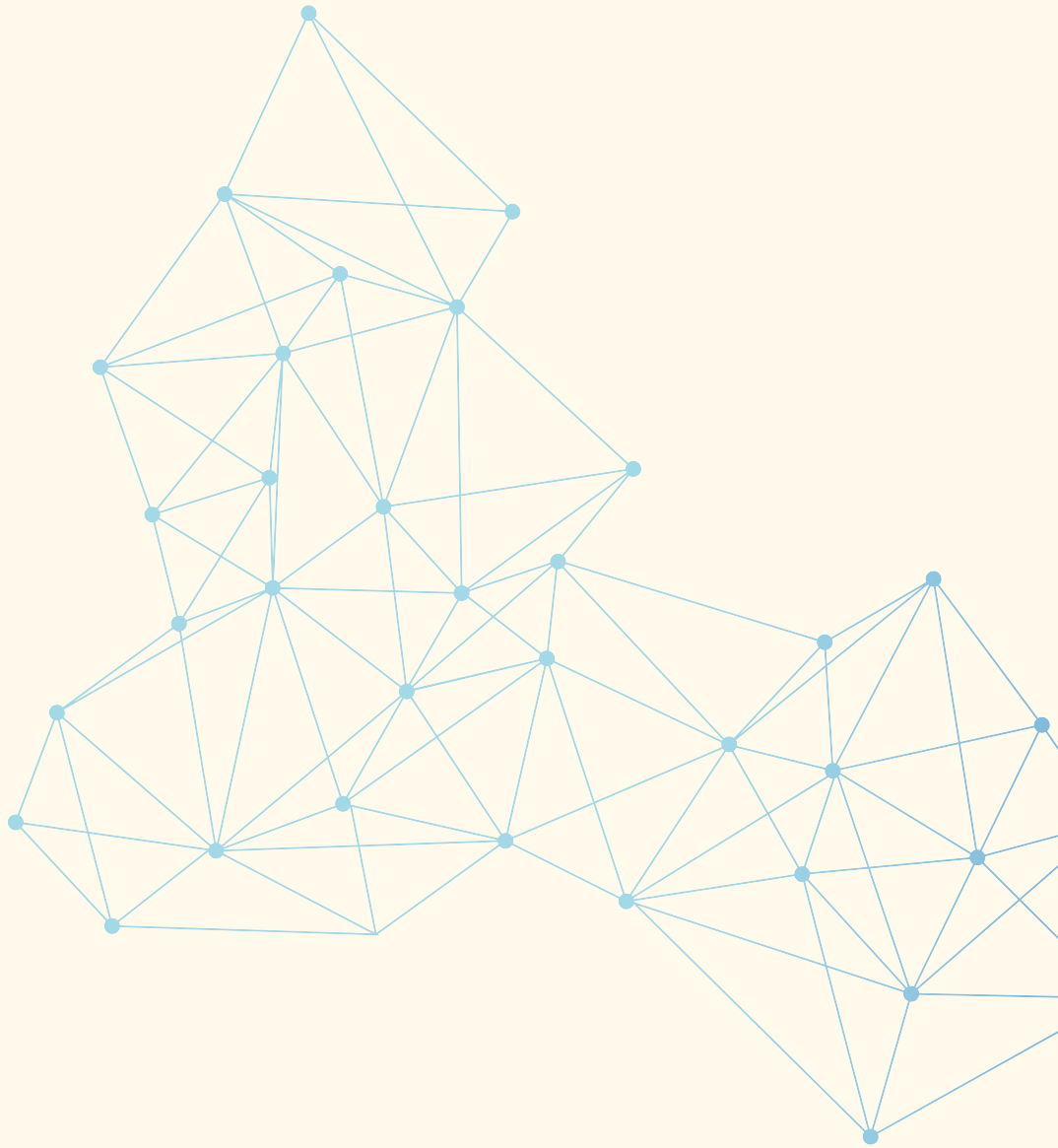
A „sétálj az iskolába” programot számos ország próbálta már adaptálni, de eddig nem jártak valós sikerrel, mert a megvalósításhoz szükséges egyéb feltételek, úgymint közeli oktatási intézmény, szülői részvétel, megbízható környezet, szomszédok, iskolatársak, valamint magas közbiztonság, nem voltak adottak. Japán példájából az alábbi következtetések vonhatók le: (1) a megelőzés hatékonyabb, mint a kezelés; (2) az elhízás életmódkérdés; (3) a fizikai aktivitás és az elhízás között szoros összefüggés van; (4) ha a megelőzés sikeres és mindennapi szokássá válik, a kommunikációs technikák másodlagossá válnak.

3. Általános megállapítások

Az egyes országok más és más megközelítés szerint nyúlnak a problémához, sokszor olyan módszereket alkalmazva, amelyek első ránézésre nem feltétlenül tűnnek kommunikációs vagy éppen marketingfogásnak. Ezek hatékonysága igencsak változó, de arra mindenképpen rámutatnak, hogy nincs két egyforma válasz a problémára, hiszen az is más és más mértékben, más és más módokon jelenik meg a különböző országokban. Éppen ezért általános recept nem adható a gyermekelhízás elleni kommunikációs stratégiára, de az mindenképpen leszögezendő, hogy bármely stratégia csak akkor lehet sikeres, ha figyelembe veszi a nemzeti/helyi sajátosságokat, és azokhoz adaptálja az esetlegesen már máshol bevált módszereket.

A fentebb dióhéjban bemutatott országok válaszadásai a gyermekelhízásra arra engednek következtetni, hogy kivétel nélkül mindenki a megelőzést látja a legsikeresebb stratégiának, akkor is, ha ezek az országok már a 24. óra után vannak az obezitás tekintetében. Különbözőképpen nyúlnak a problémához, és különböző szereplőket is vonnak be, de minden megoldási kísérlet mögött ott húzódik az, hogy ha ezek a programok, intézkedések nincsenek megfelelően kommunikálva, akkor azok értelmüket veszítik. Ugyanilyen közös sajátosságként azonosítható a vizsgált országok módszerei között a kereskedelmi reklámokkal való küzdelem megjelenése, ez arra enged következtetni, hogy hiába létezik bármilyen jó egészségügyi rendszer, kidolgozott program, bevonó taktika, ha nem fektetünk hangsúlyt a legmarkánsabb befolyásoló tényező hatásfokának csökkentésére, a legtöbb erőfeszítés felesleges.

Az itt felvázolt legtöbb nemzetközi módszer azonban korlátos. Az állami vagy civil szektor – amelyik felelőségének érzi a gyermekelhízás elleni küzdelmet – sosem tud akkora büdzsével gazdálkodni, mint egy globális cég, aminek egyetlen, azonban annál hatásosabb fegyvere a kimeríthetetlen és folyamatos kommunikáció a potenciális fogyasztóval. Mivel ők a rábeszélés technikájával, a bevonás módszertanával operálnak, ezeket sosem szabad kihagyni a kormányzati vagy közösségi eszköztárból sem, mert különben csak növeljük határnyunkat.



Szerepvállalás az egyetemen túl

Extra curricular values

Szerző: Balázs Biankaⁱ ✉

A Magyar Egészségügyi Menedzsment Társaság a Magyar Orvostanhallgatók Szövetségének támogatásával tavaly is pályázatot írt ki „Év Medikusa” címmel. A pénzjutalommal járó díj célja elismerni a sikeres egyetemi tanulóiraik mellett kiemelkedő közéleti teljesítményt nyújtó orvostanhallgatókat, akik legtöbbet tesznek az emberekért és a közösségért. A pályázat feltétele egy projekt-munka készítése volt, amely az általános iskola alsó tagozatos tanulóit célozza meg, valamely innovatív egészségfejlesztő applikáció, online társasjáték vagy más módszer segítségével.

A középiskolás évek után nagy változást hoz a frissen felsőoktatásba felvett golyák életében az egyetem megkezdése, hiszen rengeteg programmal és lehetőséggel találkoznak nagyon rövid idő alatt. Mindannyian ezerféle dologba kezdenek bele egyszerre, és a különféle munkák, tanulmányok és projektek mellett próbálják valahogy egyben tartani a párkapcsolatukat, vagy megőrizni a baráti társaságukat. Figyelemre és elismerésre méltó azon hallgatók munkája, akik tanulóiraik mellett időt szakítanak arra, hogy önkéntes munkával társadalmi tevékenységet folytassanak, valamint a hallgatói közösségi összetartást erősítsék. Az „Év Medikusa” díj az orvostanhallgatókat arra szeretné ösztönözni, hogy legyenek büszkéek az általuk végzett sokoldalú tevékenységekre, mutassák meg azokat, és hogy kreatív ötleteikkel tegyék hatékonyabbá, modernebbé a már megszokott sémákat.

A pályázatot a meghirdetés pillanatától óriási érdeklődés övezte, mind a pályázatok száma, mind a pályázati anyagok minősége meghaladta az előzetes várakozásokat. A zsűri a nyertes pályázatot az egészségügy egészét átfogó és értékelő Medicina TOP évkönyv bemutatójával

egy időben hirdette ki, a járványügyi intézkedéseknek megfelelően online. Az alábbiakban a beérkezett ötletekből öt akcióterv bemutatása, valamint az országos hallgatói szervezet tevékenységének ismertetése szerepel.

A Magyar Orvostanhallgatók Szövetsége (MOSZ, korábban MOE, nemzetközi nevén HuMSIRC) változatos profilja által lehetőségeket nyújt a hallgatóknak, hogy szervezett formában végezzenek széleskörű prevenciós munkákat, és így már tanulóiraik kezdetétől gondoljanak arra, hogy cselekedeteikkel hogyan tudják segíteni és fejleszteni mind társaik, mind a lakosság egészségét. A MOSZ non-profit, közhasznú szervezet, mely 1983 óta tevékenykedik hazánkban, jelenleg országosan mintegy 1500 orvostanhallgatót tömörít. Teljes jogú tagja az Orvostanhallgató Szervezetek Nemzetközi Szövetségének (*International Federation of Medical Students' Associations – IFMSA*), mely a világ egyik legnagyobb és legrégebbi ifjúsági szervezete, és ezen kapcsolat révén nemzetközi szakmai és tudományos csereregyleteket, konferenciákat, előadásokat szervez. A MOSZ-nak négy tagegyesülete van az ország graduális orvostudományt nyújtó egyetemlein: Budapesten, Debrecenben, Pécsen és Szegeden.

A MOSZ sokoldalú prevenciós tevékenységével más-más társadalmi csoportot szólít meg. A „Teddy Maci Kórház” elnevezésű program kiemelt hangsúlyt kap a szövetség tevékenységében, évente több ezer óvodához jutva el. A foglalkozás keretein belül orvostanhallgatókból álló csapat látogat el egy-egy óvodába, valamint az általános iskolák alsó tagozatára. A „Teddy Maci Kórház” módszere a szerepjáték. A gyermekek az átlagosan 45 perces foglalkozás alatt az őket

ⁱ Ieköszönő elnök, Magyar Orvostanhallgatók Szövetsége

kezelő orvosok bőrébe bújhatnak, saját plüssállataik betegségét diagnosztizálhatják és gyógyíthatják. Ehhez minden szükséges eszköz a rendelkezésükre áll, mint például a méretükben készült műtőruha, maszk, gumikesztyű, fonendoszkóp, fecskendő, „maci CT” és ultrahang. Emellett értékes ismereteket szerezhetnek a gyermekek az egészséges táplálkozásról, a helyes fogmosásról, a sport fontosságáról és nem utolsósorban az emberi test működéséről. Ez utóbbihoz számos speciális, cipzárzható hasú plüssmackó áll az orvostanhallgatók rendelkezésére, melyek a szervek elhelyezkedését és működését hivatottak bemutatni. Az óvodai és iskolai foglalkozásokon kívül, a tageszervezetek minden évben megrendeznek – ki-ki a maga városában – egy nagyszabású eseményt, ahová a gyermekek szülei vagy óvodapedagógusai kíséretében érkeznek. A programokat rendszerint gyermekzenekarok műsora, rajzverseny, gyógyszerész-, és fogorvostanhallgatók foglalkozása is színesíti. Az orvostanhallgatók célja a „Teddy Maci Kórház” programmal az, hogy segítségével csökkentsék a gyermekek orvosoktól való félelmét, ezáltal javítva a későbbi orvos-beteg kommunikációt és a bizalmi kapcsolatot. Továbbá felelősségtudatra neveli a kicsiket a mackó gyógyításán, a róla való gondoskodáson keresztül.

A MOSZ általános prevenció munkája során egészségfejlesztéssel, kardiovaszkuláris és tumoros elváltozásokkal, drog-, alkohol- és dohányzásprevencióval kapcsolatos előadásokat hallhatnak az érdeklődő általános és középiskolák diákjai, különböző betegszervezetek, klubok. Ezek a prevenció előadások nagyban hozzájárulnak a magyar lakosság egészségneveléséhez: felhívják a figyelmet az egészséges életmód, az orvosi szűrővizsgálatok, a sport fontosságára. Egyre több városi, regionális, illetve országos rendezvényen, szűrőnapon, fesztiválon képviselteti magát a szervezet, ahol a hallgatók tanácsadással, szűrésekkel várják a résztvevőket önállóan, illetve más társszervezetekkel, klinikai dolgozókkal karöltve. Valamint évek óta több globális WHO-kampányba is csatlakozik a MOSZ,

különös tekintettel a védőoltások fontosságára, illetve az antibiotikum-rezisztencia veszélyeit és megelőzését megcélzó programokra.

A szövetség reprodukív egészségügyi prevenció munkája a közelmúltig szinte kizárólag az olyan klasszikus (mégis sokszor még napjainkban is tabunak számító) témakörökre koncentrált, mint az általános, átfogó szexuális felvilágosítás; higiénia; az egészséges párkapcsolat; a védekezéssel és fogamzásgátlással kapcsolatos tudnivalók; a reprodukív tumorprevenció; illetve a nemi úton terjedő betegségek.

A munka során ezek közül kiemelt figyelem irányul a HIV/AIDS-prevenció kérdéskörére, melynek december 1-i világnapjára évről-évre gazdag és változatos programokkal készül a MOSZ. Mindenekelőtt fontos a HIV-fertőzöttek stigmatizációja elleni küzdelem, melynek megoldása a betegség természetével és terjedésével kapcsolatos tévhitek eloszlatása lehet. A szövetség célja, hogy a programjaikon résztvevők – laikusok és orvostanhallgatók egyaránt – az információk mögött megismerjenek emberi sorsokat, illetve azt, hogyan zajlik az élet a súlyos diagnózist követően.

Egyre nagyobb jelentőséget kapnak az olyan érzékeny és még inkább tabunak számító témák, mint az abortusz, a bántalmazás és a nemi erőszak, a szexualitás és a nemi identitás kérdésköre, vagy a pornográfia szexuális életre gyakorolt hatása.

A digitalizációval fokozatosan csökkent az ifjúsági klubok, az önkéntes és civil szervezetek jelentősége, egyre kevesebben vannak, akik tagjai lesznek még valamilyen közösségnek. A Magyar Orvostanhallgatók Szövetsége azonban igyekszik megtalálni azokat a témákat, rendezvényeket, partnereket, amelyek a medikusok számára érdekesek, ugyanakkor a hitelesség és a szakmai megbízhatóság jegyében fejlesztik és szélesítik a hallgatók látásmódját. A Magyar Orvostanhallgatók Szövetsége a továbbiakban is törekszik megőrizni a Magyar Egészségügyi Menedzsment Társasággal kialakított, kölcsönösen jó partnerkapcsolatot.

A hosszú élet játéka

„Év Medikusa 2020” pályamunkák
Bencsik Alexandra Sára

Projekt munkámban egy olyan applikációt (játékot) szeretnék bemutatni, mely az általános iskola alsó tagozatos tanulóit célozza meg egészségnevelő céllal.

Mindenkinek van egy karaktere, amit a játék során tovább tud fejleszteni. A feladatok és kihívások teljesítésével pontokat lehet szerezni, amiket egészséges évekre lehet beváltani. Minden megszerzett év után fejlődik a karakter, plusz ruhák, kiegészítők közül lehet választani és kedvünkre formázhatjuk a külsejét.

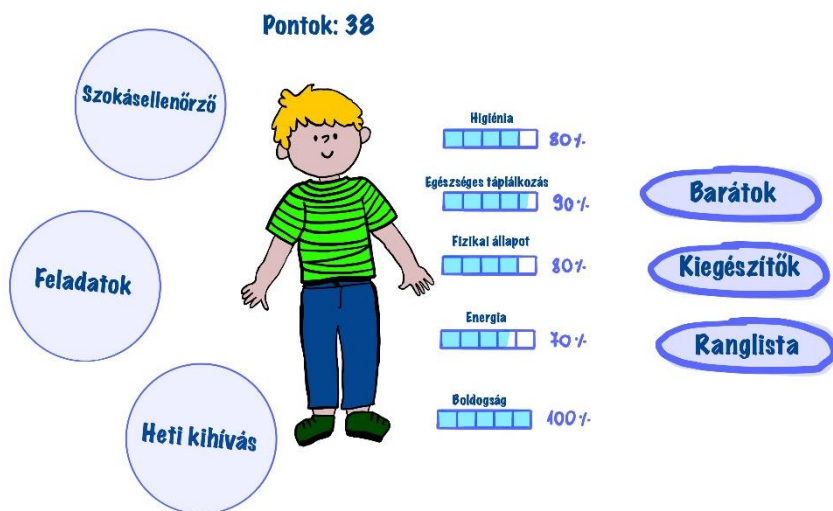
A játék során különböző témájú feladatok közül lehet válogatni. Minden témakörnél van egy rövid kis összefoglaló, ami a feladatok megoldásához szükséges ismeretanyagot tartalmazza. Minden héten van egy heti kihívás, ami az egészséges életmódra ösztönözi a gyerekeket, ha teljesítették, kipipálhatják, és plusz pontokat kapnak ajándékba.

Az alkalmazásban lehetőség van barátok felvételére. Egymással lehet versenyezni, hogy ki a legjobb, ki lesz a heti ranglista élén, ezzel is motiválva őket az egészséges szokások kialakítására.

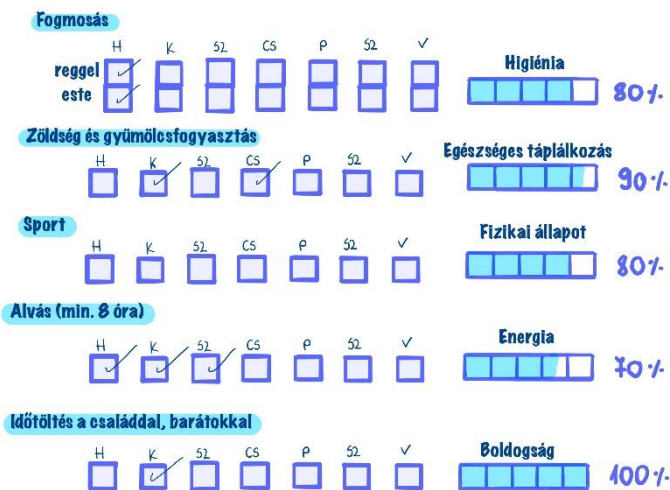
RANGLISTA		
1.	Peti	
2.	Sára	
3.	Dorka	
4.	Barni	
5.	Panna	

A szokáskövetőben vezetni kell a mindennapi tevékenységeket.

Ha a gyerekek egészségesen élnek és minden nap kipipálják az elvégzett tevékenységeket, akkor a karakterük is boldog, egészséges lesz, de ha például nem alszanak eleget, az energiaszintjük le fog csökkenni. Ha nem megfelelő életmódot folytatnak, pontokat veszítenek és vissza is fejlődhet a karakterük.



Szokásellenőrző



Heti kihívások:

Ezen a héten...

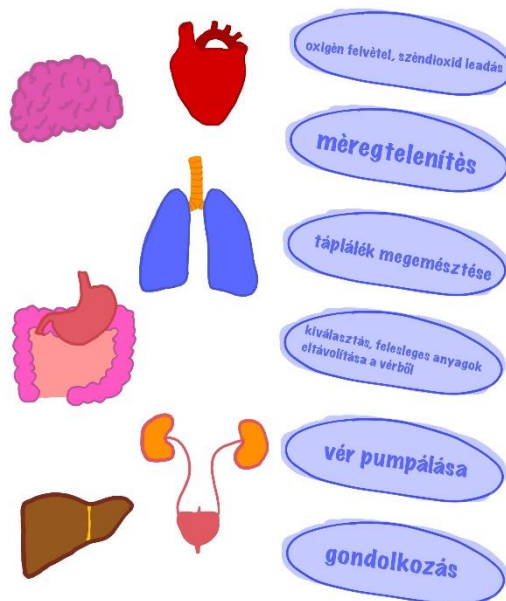
- sportolj minden nap valamit!
- minden nap írd le három dolgot amiért hálás vagy!
- egyél minden nap egy fajta gyümölcsöt és két fajta zöldséget!
- ne igyál cukros üdítőket!
- maximum 30 percet játssz a számítógépen!
- mesenézés helyett olvasd!
- sétálj minden nap minimum fél órát a szabadban!
- dicsérd meg minden nap valakit!

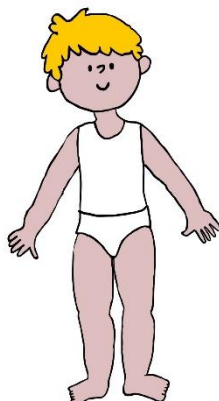
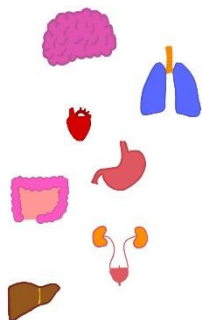
Példafeladatok témakörönként

Az emberi test

1. feladat:

Párosítsd a szerveket a feladatukkal!





2. feladat:

Rakd rá Petire, hogy melyik szerv hol helyezkedik el benne!

3. feladat:

Kvíz:

- Mekkora a szívünk?
a) mint az öklünk b) mint a fejünk
- Melyik oldalon van a szívünk?
a) jobb b) bal
- Hol jobb levegőt venni?
a) orron keresztül b) szájon át
- Hány vesénk van?
a) 1 b) 2

Ápoltság

1. feladat:

Öltöztess fel Petit az időjárásnak megfelelően!



- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

2.feladat:

Rakd sorba a helyes kézmosás lépéseit!

3. feladat:

Kvíz:

- Melyik anyagból van sok a fogunkban? a) kalcium. b) vas
- Hány fogunk van? a) 22 b) 32
- Hányszor kell fogat mosni egy nap? a) egyszer b) kétszer
- Meddig tart egy alapos fogmosás? a) 1-2 perc b) 2-3 perc

Egészséges táplálkozás

1. feladat: Csoportosítsd az ételeket!



2. feladat:

Kvíz:

- Melyik igaz a gyümölcsökre? a) sok rostot tartalmaznak b) sok fehérjét tartalmaznak
- Az alábbi ételek közül mi az, amit mindennap érdemes fogyasztani? a) zöldség b) péksütemény
- Az alábbiak közül melyiket lehet nélkülözni egy egész életen át? a) fehérjéket tartalmazó ételek b) alkohol tartalmú italok



Balesetmegelőzés, elsősegély

1. feladat:

Teremts biztonságot! Válaszd ki a veszélyes eszközöket!

2. feladat:

Kinek kell hamarabb segíteni?

- aki fullad b) aki elvágta a kezét
- aki elesett b) aki eszméletlen
- aki megégett b) akinek fáj a hasa
- akinek fáj a feje b) aki erősen vérzik

Káros szenvedélyek

1. feladat:

Kvíz

- Kitől fogadhatsz el gyógyszert? a) szülőktől, orvostól b) osztálytárstól
- Szabad-e bevenni más gyógyszerét? a) igen b) nem
- Milyen hatása lehet az alkoholnak? a) megváltozott felfogóképesség b) jobb hallás

2. feladat:

Döntsd el az alábbi állításokról, hogy melyik igaz és melyik hamis!

- A passzív dohányzás nem ártalmas az egészségre.
- A füstös levegőben kevesebb az oxigén.
- A dohányzás miatt mérgeanyagok rakódnak le a tüdőben.
- A dohányzás az erek falát nem károsítja.

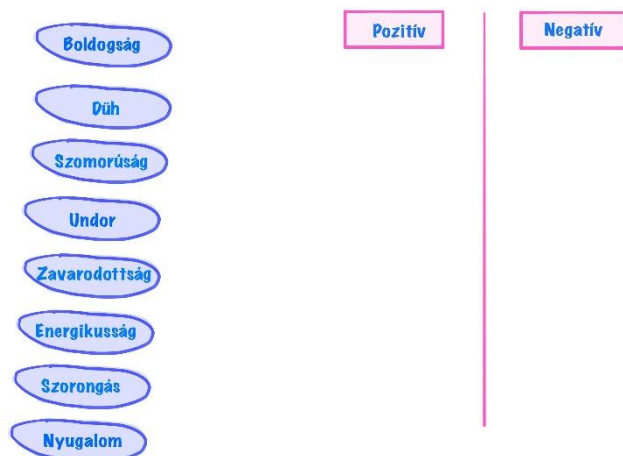
Érzelmek, érzések

1. feladat:

Szókereső

A	C	F	V	S	N	D	M
E	B	É	I	Z	O	Ü	R
B	O	L	D	O	G	H	I
U	D	C	A	M	P	Ö	A
N	F	G	M	O	H	S	O
O	R	F	A	R	A	D	T
T	S	T	U	Ú	I	J	K
T	V	H	A	L	A	S	L

Boldog
Szomorú
Vidám
Fél
Hálás
Fáradt
Dühös
Unott
Riadt



2. feladat:

Rakd a megfelelő oldalra a szavakat!

A projektem célja - a prevenció fontosságát hangsúlyozva- már gyerekkorban olyan egészségtudatos gondolkodás kialakítása, amely megelőzheti a felnőttkori betegségeket. Ebben az applikációban a gyerekek játszva tanulhatnak és alakíthatják ki szokásaikat, amely hosszú és egészséges életet eredményez számukra.

Teddy Maci Online Képregény

„Év Medikusa 2020” pályamunkák
Hudák Noémi

Napjainkban, az orvostudomány rohamos fejlődésének korában egyre fontosabb, hogy a gyermekek megfelelő egészségnevelésben részesüljenek. Modern korunk eszközeit felhasználhatjuk arra is, hogy játékos keretek között minél többet tanítsunk nekik az egészségügről. Ez ügyben mi lehetne célravezetőbb egy izgalmas képregénynél?

Képregényem főhősei Zsófi és Marci, a 8 éves ikerpár, akik Teddy Maci jó gazdái. Örökmozgó gyerekek, akik szeretnek iskolába járni, ám mindig történik velük egy kisebb-nagyobb baleset.

A történeteik egy-egy, a hétköznapiakban is gyakran előforduló, egészségügygel kapcsolatos szituációt mutatnának be a gyermekek számára érthető és élvezhető formában.

Egy ilyen epizód kb. 6-8 lépésben dolgozná fel az esetet, a balesettől egészen a gyógyulásig. A lépéseknél az olvasó gyermek számára két választható továbblépési lehetőséget kínálna fel a képregény, amelyek közül az egyik jó, a másik pedig rossz. Ha a jót választja, akkor a következő lépésre ugrik a történetben. Ha a rosszat

választja, akkor utalást kap arra, hogy gondolja át a választ és lépjen vissza a másik lehetőséghez, mert ez esetben tudja tovább olvasni a történetet. A legvégén a helyes lépésekből megkapjuk a kész képregényt, amit a gyermekek egészben is bármikor visszaolvashatnak.

A programban lenne egy olyan funkció is, ami egyszerűen megmagyarázza a felmerülő, egészségügygel kapcsolatos fogalmakat (pl. fonendoszkóp, EKG). Ezeket olvasás közben is meg tudnák nézni.

Példa:

Zsófi és Marci egy nyári hétvégét a nagyszülők-nél töltenek a Balatonon. Délután eldöntik, hogy elmennek fagyizni. Zsófi biciklivel, Marci pedig gördeszkával indul útnak a nagyszüleik kíséretében, ám hirtelen az egyik házból kiszalad egy macska és pont a gyerekek előtt fut keresztül. Ez olyan váratlanul éri őket, hogy Marci nem tud időben lefékezni és elesik.

Történet folytatása	1. lehetőség	2. lehetőség
Marci az alkarjára esik és nagyon fájjalja, nem tudja mozgatni.	A nagymama megnyugtatja a kisfiút és egy kendővel rögzíti a sérült végtagot.	Nagymama borogatást tesz rá addig, amíg hazaérnek, így próbálja kezelni a fájó végtagot.
Mire hazaérnek a sérült testrészt bedagad, véraláfutásos lesz és a fájdalom nem csillapodik.	Otthon jégzselével kenik be a végtagot és eldöntik, hogy orvoshoz kell menni.	Otthon nagyfi lefertőtleníti a horzsolást és eldöntik, hogy orvoshoz kell menni.
Bemennek a legközelebbi sürgősségi osztályra.	Egy kis várakozás után az ügyeletes orvos megvizsgálja a kis beteget és elküldi röntgenvizsgálatra.	Egy kis várakozás után az ügyeletes orvos megvizsgálja a kis beteget és elküldi ultrahangvizsgálatra.

A röntgenvizsgálat után az eredményekkel visszamennek az ügyeletes orvoshoz.	A doktor megnézi a röntgenfelvételeket és megállapítja, hogy eltört Marcinak az alkarja.	A doktor megnézi az röntgenképeket és megállapítja, hogy horzsolás történt.
A diagnózis felállítása után az orvos a megfelelő kezelést írja elő.	A törött végtagot bekenik gyulladáscsökkentő krémmel és befáslizzák.	A törött végtagot begipszelik és Marci fájdalomcsillapító gyógyszert kap.
Hazaérve már nem fáj annyira a sérült végtag.	Marcinak 3 hét múlva kontrollvizsgálatra kell visszamenni, addig rajta marad a gipsz.	Marcinak vissza kell menni kontrollvizsgálatra, ha már nem fáj a keze.

Zöld színnel emeltem ki a jó válaszlehetőséget.

Megmagyarázandó szavak:

alkar – a felső végtagnak a könyöktől a kézfejig tartó része

jégzselé – hűsítő hatású krém

sürgősségi osztály – súlyos, életveszélyes, fájdalommal küszködő, sürgős ellátást igénylő betegek ellátását végző osztály a kórházban

ügyeletes orvos – rendkívüli helyzetekben könnyen elérhető orvos

röntgenvizsgálat – csontok, ízületek fájdalommentes vizsgálatára szolgáló képalkotó eljárás

ultrahangvizsgálat – fájdalommentes eljárás, ami a belső szervek vizsgálatára szolgál

csonttörés – nagy erőhatásra a csont folytonossága megszűnik, 2 vagy több részre válik

diagnózis – a betegség megállapítására és kezelésére irányuló eljárás

fájdalomcsillapító – a fájdalom enyhítésére, megszüntetésére szolgáló (gyógyszer, módszer)

gyulladáscsökkentő – a fájdalmas gyulladás kezelésére, gyógyítására szolgáló (gyógyszer)

kontrollvizsgálat – ellenőrző vizsgálat



Rajz: Bogár Fanni (12 éves húgom)

Fürge Csikó Egészségfutam - Általános iskolai egészségfejlesztési akcióterv

„Év Medikusa 2020” pályamunkák

Farkas Ferenc Balázs

A primer prevenció tárházában új és innovatív megközelítések is egyre gyakrabban helyet kapnak. A gamifikáció, azaz „játékszerűvé tétel” már az élet számos területén bizonyította hatékonyságát új és tartós viselkedésformák kialakításában. Mi lenne, ha ezt a technikát most az egészség szolgálatába állítanánk?

Jelen írás egy evidenciákra építő, mégis *újonnan kigondolt* egészségfejlesztési akcióterv koncepcióját mutatja be, mely kiemelt hangsúlyt helyez az új viselkedésformákra fogékony fiatal korosztályokra.

Az akcióterv két főpilléren alapszik: a gamifikáción, azaz „játékszerűvé” tételén, illetve az egészségtudatos magatartások tanulók közötti interakciókba való integrálásán. Lényege a következő: iskolák (vagy iskolai közösségek) játékos versengése, mely az egész tanév során, folyamatosan zajlik. A gamifikáció komponensét a helyes viselkedésformákkal (pl.: rendszeres testmozgás) és egészséggel kapcsolatos ismeretek megszerzésével (pl.: kvízek kitöltése) történő pontgyűjtés adja. Az akcióterv által nyújtott valódi újdonságot a módszer képviseli, mely beépíti a helyes egészségcélokat a tanulók egymás közötti kapcsolataiba egy dinamikus pontozó algoritmus és applikáció segítségével.

Az applikáció és algoritmus több olyan elemet tartalmaz, mely kiküszöbölni igyekszik az egyes tanulók háttéréből, genetikájából és lehetőségeiből adódó különbségeket. A rendszer főbb tulajdonságai:

- A testmozgás utáni pontot a rendszer a tanuló saját korábbi eredményeihez viszonyítva kalkulálja (így az az obesez gyermek, aki kiemelkedő erőfeszítést tesz az adott gyakorlatban, akár több pontot is szerezhet közössége számára, mint az éppen nem igyekvő sportoló társa).

- Amennyiben közösen végzik a testmozgást, a gyermekek bónusz szorzót (a videójátékokból ismert „power up”-ot) kapnak mindannyian.
- Zöldség, gyümölcs fogyasztása esetén is pont szerezhető.
- A gyermekek eszközeire telepített applikáció a megfelelően hosszú „képernyőmentes” időtartamok után is pontot ad.
- Az applikációban található oktatóanyagok, oktatóvideók elsajátítását követően egyéni és csoportos egészségkvízek helyes megoldásával is pont szerezhető.
- Az aktuális helyzethez, eseményekhez igazodó pontszerzési lehetőségek („kihívások”) is megjelennek, mint a jelenlegi koronavírus járvány során szükséges gyakori kézmosás.
- Amennyiben egyes helyes viselkedésformákat a szükséges rendszerességgel végeznek meghatározott időszakon keresztül, azt szintén bónuszokkal jutalmazza az algoritmus (heti, havi, féléves, éves bónuszok).
- Azok a viselkedésformák, amelyek nem követik a megfelelő mintázatot bónuszfeladatként kerülnek hangsúlyozásra.
- Időnként szülők bevonását is igénylő extra feladatokat is sorsol a rendszer (egyenlő arányban).
- A lemaradó közösségek arányosan több bónuszpontszerzési lehetőséget kapnak a rendszertől (összpontszám-arányosan).
- A pontszerzéseket a tanárok, akkreditált személyek (pl.: edzők), illetve ahol lehetséges maga a rendszer (pl.: képernyőmentes idő) validálja.

Az algoritmus működése mellett fontos tisztázni, hogy a versengés nem a tanulók és közvetlen társaik között zajlik. Az egyes közösségek egy csapatot képeznek, így elkerülhetővé válik az egyéni adottságokból adódó konfliktushelyzetek és negatív élmények jelentős része, sőt a mentális egészségre is pozitív hatást gyakorolhatunk.

Az akcióterv célja nem a legjobb abszolút teljesítmény kiemelése, hanem a legnagyobb és legtartósabb relatív fejlődést elérők jutalmazása.

A játékos verseny aktuális állása egész évben követhető az online felületen. Mindemellett a tanév végén lehetőség van egészségtudatos díjak, például belépők, kirándulások, szolgáltatás-előfizetések, iskolai fejlesztések, kiválasztott

sportolókkal való találkozások, facsemeték elnyerésére is.

Végül hangsúlyozni szükséges, hogy sem egy ilyen egészségfejlesztő program, sem a résztvevői nem lehetnek statikusak. A folyamatos visszajelzéseken, indikátorokon alapuló fejlesztés elengedhetetlen a kitűzött egészségcélok és maradandó eredmények elérése érdekében.

Felhasznált irodalom:

- Promoting health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration. Geneva: World Health Organization; 2017 (WHO/NMH/PND/18.2). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Life skills education school handbook: prevention of noncommunicable diseases - Approaches for schools. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Ortega-Navas, M.d.C., The use of New Technologies as a Tool for the Promotion of Health Education. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 2017. 237: p. 23-29.
- Marcano-Olivier, M., Pearson, R., Ruparell, A. et al. A low-cost Behavioural Nudge and choice architecture intervention targeting school lunches increases children's consumption of fruit: a cluster randomised trial. *Int J Behav Nutr Phys Act* 16, 20 (2019).
- Vitrai, J. Iskola az egészség alapköve? Miért és mit tegyen az iskola a tanulói egészségéért? [Is the school the cornerstone of health? Why and what should schools do for pupil's health?]. *Egészségfejlesztés folyóirat*, [S.I.], v. 60, n. 2, p. 42-45, máj. 2019.
- Gao, Z.; Lee, J.E. Emerging Technology in Promoting Physical Activity and Health: Challenges and Opportunities. *J. Clin. Med.* 2019, 8, 1830.
- Lee, A., Lo, A.S.C., Keung, M.W. et al. Effective health promoting school for better health of children and adolescents: indicators for success. *BMC Public Health* 19, 1088 (2019).

Dr. Teddy applikáció

„Év Medikusa 2020” pályamunkák

Verba Adrienn

Gyermekeink a jövő, ezért az ő egészségtudatuk meghatározó jelentőségű abban, milyen szintű lesz évek múlva nemzetünk általános egészségi állapota. A Dr. Teddy applikáció edukációs célja megegyezik a Teddy Maci Kórházéval: elősegíteni, hogy a gyermekek ne féljenek az orvosoktól, mindezt játékos formában. Továbbá rávilágít, hogy a hősök köztünk élnek, de ehhez nem feltétlenül kell doktori cím. Mindenki a maga szintjén jobba teheti a világot, ugyanis nemcsak saját egészségéért lehet felelős az ember, hanem a családja, barátai, környezete, idegenek, de még a Föld egészségéért is tehet valamit. Mindig lehet tenni valamit!

A felhasználói felületen belül több színteret képezek el, melyekben más-más funkciók lennének elérhetőek.

A legfontosabb a **Rendelő**. Célja, háromféle elméleti síkon végigvezetni a gyermeket a betegfelvétel és betegellátás lépésein, különböző színtereken. Belépéskor a játékos választ, milyen minőségben játszik:

A. Beteg

Célja, hogy bemutassa, a betegségek milyen tünetekkel járnak, sőt egy tünet több betegségre is utalhat. Így a gyermek nem fog félni, ha beteg lesz és a gyógyulás útjától sem fog ódzkodni.

Először a játékos választ egy betegséget, a rendszer ezalapján fogja irányítani a párbeszédet. Majd Dr. Teddy, egy fehérköpenyes plüssmedve, kérdez a tünetekről. A felajánlott választási lehetőségek közül, - tartalmaz a jók mellett rosszakat is - kell a játékosnak kiválasztania a jókat.

Ha ez nem tökéletes, akkor Dr. Teddy tovább kérdez pl.: "Ezt nem érezted?" vagy "Ez biztos? Ez valószínűleg másra utalhat...". Egészen addig, míg az összes jó nem lesz. Ha megfelelő tüneteket jelöl, mehet tovább a játék.

Betegségtől függően másképp fejeződik be a játék. Ha a házi orvos tud rá gyógymódot, elmondja, mit kell venni a gyógyszerárban, mit

kell tenni otthon. Ha további vizsgálatok kellenek, elküldi őt szakrendelésre. Ezekhez a megfelelő helyszíneken (**Otthon, Üzlet, Gyógyszertár, SZTK stb.**) is úgy zajlanának a vizsgálatok, mint a Rendelőben. Végül a játékos kap egyet a gyűjtendő matricák közül.

B. Beteg hozzátartozója

Ugyanaz, mint az előbb, csak a betegnek lenne egy félelem jelzője oldalt. Mikor az véletlenszerűen csökken, akkor a játékos választhat, hogyan nyugtassa meg. Pl. ölébe veszi, simogatja, stb.

Célja a megerősítés, hogy a gyerekek kellően magabiztosak legyenek az orvosnál. Ha képesek megnyugtani valakit, nekik sem kell félni, sőt az erre való törekvéseket felismerik majd a valóságban, hogy jó helyen vannak, segíteni szeretnének nekik.

C. Orvos

A játékmenet inverze az előbbieknél. A rendszer véletlenszerűen választ betegséget, a játékosnak pedig a megadott kérdések, vizsgálati módszerek közül választ, ezzel találja ki a betegséget. Majd több lehetőségből kiválasztja a jó kezelést. Végül szabadon adhat matricát a betegnek.

Cél: bemutatni, nem egyszerű az orvosok feladata, tévedhetnek. A megmentő bőrébe bújva a gyerekek is hősök lehetnek, így közelebb hozva hozzájuk az orvosokat, csökkentve a fehérköpeny-effektust.

Lenne még egy **Várószoba**, a következő funkciókkal:

- Könyvet tartó plüss figura ikon: mesék, versek, amiben az orvos pozitív karakter.
- Postaláda ikon: Pályázatokra érkezett üzenetek, rajzok gyerekektől, amiben elmesélnek egy pozitív élményt, vagy megköszönik az ellátást.
- Színezők, üres lapok, amire bármit alkothatnak.
- Falakon oktató ábrák gyerekeknek, pl. nyitott szájból a fogak ábrázolása.

Valamint egy **Öltöző**, ahol plüssöket, női, férfi orvosokat kell öltöztetni.

Mikor háttérrel választ, annak megfelelő ruházatot ad ki a rendszer, több variációban. Feltűntetné azokat a lehetőségeket is, amik máshol megengedettek, de ott tilosak, pl. műtőben ékszer. A "több" gombra kattintva olvasható, mi történik, mik a szabályok abban az orvosi helyiségben.

A fizetőeszköz az egészségpont (EP), amin egyre több gyógyszer, öltözék, szint érhető el. Ez, az appon belül, az **Otthon** „elvégzett” egészséges étkezés, tisztálkodás, sporttevékenység, illetve a Rendelőben lejátszott sikeres játékok jutalma.

Továbbá, a fő játékban lenne egy extra játék. Bizonyos EP felett véletlenszerűen belépéskor először egy „mini game”-be (pl. puzzle, hidden objects stb.) kerülne a játékos. Ezeket teljesítve egy történetet olvashatnak, aminek célja, megtalálni az EgészségHősök Csarnokát. Ezt elérve, egy tükör felület jelenik meg, hozzá motivációs szöveggel, aminek lényegi tartalma: „Légy Te is EgészségHős!”. A Csarnok tovább fejleszhető lenne pl. szervre, szervrendszerekre speciális játékokkal, „mini games” formában.

A terveim nemcsak gyermekek, hanem bármely korosztálynak szórakoztató lehet. Valamint applikáció mellett megvalósítható más formában is, akár VR játékként.

Fejlesztés az egészségért! A „Faiskola” c. online társasjáték

„Év Medikusa 2020” pályamunkák
Orbán Gábor

Fejlesztés az egészségért! A „Faiskola” c. online társasjáték baráti versengéssel és izgalmas videókkal segíti a kisiskolások egészségnevelését. A kisfilmek hitelességét az előállításukban részt vevő egészségügyi szakemberek biztosítják. Így a gyermekek biztonságos környezetben, mint közösségi élmény sajátíthatják el életük egyik legfontosabb területének alapismereteit.

A járványügyi veszélyhelyzet alatt végzett önkéntes munkám során számos alsós diákkal, illetve szülővel kerültem kapcsolatba. A szülők többször említették, hogy nem tudják gyermekeiket kellőképpen egészségtudatosságra ösztönözni. Holott a mostani rendhagyó helyzetben ezt az összes szülő kiemelkedően fontos feladatnak tartja. Elmondásuk szerint hiányoznak az ehhez szükséges eszközök és megbízható tudásforrások. Ezen impulzusok inspirálták a „Faiskola” c. online társasjátékom gondolatát, megszületését.

Az általam elképzelt online társasjáték célja, hogy a gyermekek egészséget szolgáló készségeket és tudást sajátítsanak el, kihasználva a köztük lévő egészséges kompetíció motiváló és szórakoztató erejét. A játék egy weboldalon lenne elérhető, ahol a „Csatlakozás” gombot megnyomva a játékosok 4 fő eléréséig várakoznak, majd kezdetét veszi a játszma a Honfoglaló c. online társasjátékhoz hasonlóan. Emellett lehetőség lenne „privát parti” indítására a megfelelő gombbal: ekkor egy, a weboldal által generált négyjegyű számmal jelölt várószoba jönne létre, ahova az tud belépni, aki ismeri a várószoba számát. Így a barátok együtt is tudnak játszani. A következőkben a játék részleteit ismertetem:

- **Célkitűzés:** a játék során virtuális fenyőkből álló erdőt kell „ültetnie” a gyermekeknek azáltal, hogy teljesítik az egyes mezők feladatait. Az nyer, aki hamarabb eléri a játékosok által a játszma elején megszavazott

számú fával rendelkező erdőt (pl. 20 fenyő).

- **A tábla felépítése:** a tábla keretén húzódik a játéklemez, mely téglalapokból áll. A mezők többsége egy-egy fenyővel jelölt. Ezeket eltérő nehézségű videók és feladatok vannak, amelyek alapján a fenyők színe más: zöld – könnyű, kék – közepes, piros – nehéz. A maradék mező a nevének megfelelő (lásd lentebb a „Feladatok” pontnál) piktogrammal van jelölve. A tábla közepét foglalja el az erdő, mely a játékosok számára megfelelően négyfelé van osztva.
- **Játékmenet:** a parti kezdetén a játékosok egy-egy bábut választanak. Majd egyesével, körben haladva virtuális dobókockával dobnak, és a számnak megfelelően lépnek előre a táblán. Amelyik mezőn megállnak, az ott található feladatot kell teljesíteniük.
- **Feladatok:** a különböző feladattípusokat A-tól D-ig jelöltem:
 - **A:** videó és kérdés. Erre a mezőre lépve, valamennyi játékos megtekint egy 50-100 másodperces, egészségnevelést szolgáló kisfilmet. A videó befejezte után a mezőn lévő játékosnak három, a film tartalmával kapcsolatos tesztkérdésre kell egyesével válaszolnia. Erre a kérdés nehézségétől függően 8-20 másodperc áll rendelkezésére, és csak egyszer jelölhet a megadott válaszlehetőségek közül. Helyes válaszok esetén a játékos a mező alapján egy, kettő, vagy három darab fenyőfát ültethet a saját erdőterületén. Az idő lejáta után a többi játékosnak lehetősége van választ jelölni és „rabolni” (azaz a helyes megfejtést megadva a leggyorsabb játékosé a faültetés lehetősége).
 - **B:** ajándék fenyőmag. A játékos erre a mezőre lépve három fát ültethet.
 - **C:** istálló. A tábla két sarkán lévő mezőre lépve a harmadik sarokban talál-

ható istállóba kell „vonulni”. A játékos a következő dobásból kimarad.

- o D: fejsze. A játékos erre a mezőre lépve az általa kiválasztott ellenfelének erdő-részét ritkíthatja. A kivágható fák száma az adott mezőn látható.
- Létszám: 4 játékos.
- Ajánlott korosztály: hétéves kor felett.
- Időtartam: 1 óra.

Az egészségnevelés a videók megnézésén és a kérdések megválaszolásán keresztül történik.

A kisfilmek a YouTube videómegosztón lennének elérhetőek, akár a játékon kívül is. A videókat orvosok, egészségnevelők és egyéb szakemberek segítségével készíteném el, majd több különböző szervezetet kérnék fel a filmek tartalmának ellenőrzésére és hitelesítésére. Meggyőződésem, hogy a fiatalabb korosztály figyelmét manapság interaktív videókon keresztül lehet a leghatékonyabban felkelteni, nem száraz, többoldalas szövegeken át. Ezért gondolom úgy, hogy az online társasjátékok kiváló lehetőséget nyújtanak a gyermekek oktatására.

FAISKOLA



Videó és kérdés



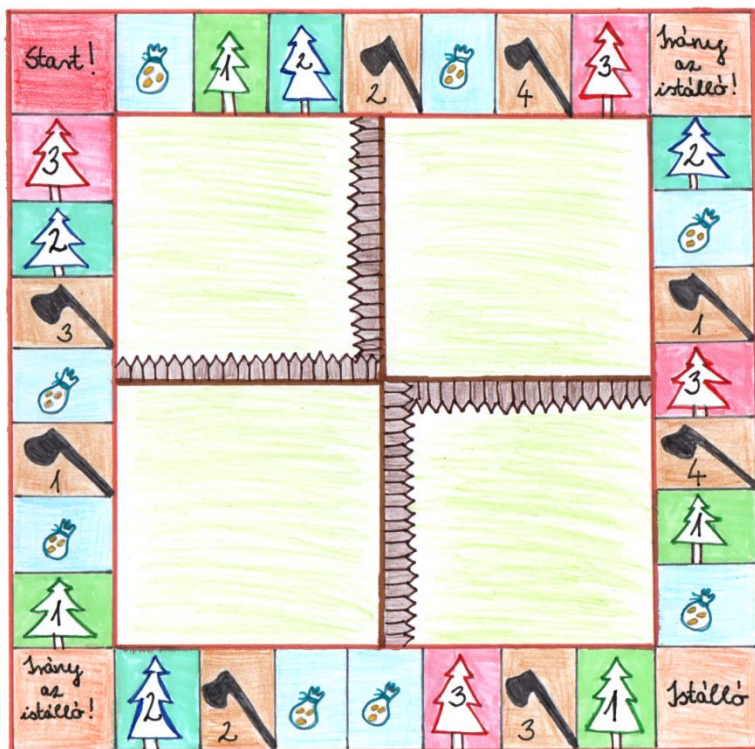
Ajándék fenyőmag



Istálló



Fejsze



Tematikus cikkválogatás az egészségyenlőtlenségek területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2020 lapszámaiból az egészségyenlőtlenségek területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: Az egészség és az egészségyenlőtlenség makrogazdasági meghatározói – átfogó összegzés](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: Egészségügyi kiadások földrajzi és jövedelmi egyenlőtlenségei Magyarországon](#)

Prinz Dániel, Bíró Anikó

[Cikkismertetés: Az iskolai végzettség és halálozás kapcsolata három kelet-európai országban](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Nemi egyenjogúság, normák és egészség](#)

Tarkó Klára

[Egészség az EU-ban: Magyar egészségügyi országprofil 2019](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: Az egyéni választáson túl](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: Hogyan változott az iskolázottságnak a várható élettartamra kifejtett hatása Belgiumban?](#)

Maródi Ágnes

[Cikkismertetés: Sporttal az egészség társadalmi egyenlőségéért](#)

Mózes Noémi

[Az egészségyenlőtlenségek megjelenítése a 60-as években](#)

Tarkó Klára

[Cikkismertetés: A betegségek és sérülések hozzájárulása a várható élettartam-egyenlőtlenségek fokozódásához.](#)

Fromvald Tamás

[Beszámoló az "Egészségyenlőtlenségek Magyarországon" rendezvényről](#)

Uzzoli Annamária

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az egészségtelen életmódot mérő kiterjesztett eszköz és az egészségi állapot közötti kölcsönhatásra](#)

Csizmadia Péter

Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az önértékelt egészségre: Szisztematikus szakirodalmi áttekintés az anyagi, pszichoszociális és magatartásbeli tényezők relatív szerepét illetően

Csizmadia Péter

Cikkismertetés: A rendszertudomány alkalmazása az egészséges táplálkozással kapcsolatos egyenlőtlenségek feltárásához

Krakkó Ágnes

[Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával](#)

Uzzoli Annamária, Vitrai József, Tóth Gergely

[Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okai és az elmélet alkalmazási lehetőségei az egészségügyi szakpolitikákban](#)

Csizmadia Péter

[Az egészségegyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei](#)

Csizmadia Péter

[Beszámoló az egészség társadalmi meghatározóival és az egészségegyenlőtlenségekkel foglalkozó szakértői munkacsoport üléséről](#)

Csizmadia Péter

Tematikus cikkválogatás az egészséges táplálkozás területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2020 lapszámaiból az egészséges táplálkozás, elhízás területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Középiskolai koffeinfogyasztási szokások](#)

Bornemisza Yvette Ágnes, Csővári Melinda, Varga Bernadett

[Cikkismertetés: Gyakrabban járunk gyorsétterembe, ha több található belőlük a környéken?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Segít-e, ha a pénztáraknál kínált ropogtatnivalókat egészségesebbre cserélik?](#)

Devosa Iván

[A testnevelés órához kapcsolódó tudatos vízfogyasztás](#)

Buti Nikolett, Wilhelm Márta, H. Ekler Judit

[Cikkismertetés: Hogyan befolyásolta egy rendelet a boltok élelmiszerkínálatát, a vásárlási szokásokat és az otthoni készletet Minneapolis-ban?](#)

Dr. Devosa Iván

[Cikkismertetés: Hogyan hat az élelmiszerárak változása fogyasztói szokásainkra?](#)

Devosa Iván

[Szakmai vezetőknek 1 percben: Az Európai Alkohol Akcióterv végrehajtása](#)

Devosa Iván

[Serdülők étkezési szokásai az „egészséghit-modell”, illetve az élnéhátékonyság, az optimizmus és az önkontroll tükrében](#)

Szabó Katalin, Píkó Bettina

[Részvétel a közösség által támogatott mezőgazdaságban: a társas támogatás szerepe](#)

Birtalan Ilona Liliána, Kis Bernadett, Rácz József, Bárdos György

[Nyíregyháza felnőtt lakosságának táplálkozási szokásai, tápláltsági állapota](#)

Sárváry Attila, Szelesné Dr. Árokszállási Andrea, Gyulai Anikó, Jávorné Dr. Erdei Renáta

[Cikkismertetés: Hatékony eszköz-e a pénzvisszatérítés egészséges élelmiszerek vásárlásának ösztönzésére?](#)

Skerlecz Petra

[Cikkismertetés: A Föld egészséges és fenntartható táplálkozási rendszere](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A cukrozott üdítők adóztatásának társadalmi hatásai](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Étrendi kockázatok egészséghatása 195 országban, 1990-2017](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Árcsökkenés vagy médiakampány növeli jobban a zöldség- és gyümölcsfogyasztást?](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Alkohol fogyasztási szokások és a májcirrózis kockázata: A Million Women Study elemzése](#)

Czér Polla

[Cikkismertetés: Alkohol fogyasztás, és annak kapcsolata az impulzív viselkedéssel az egészséges OPRM1G allél hordozóinak körében](#)

Varga Szabolcs

[Cikkismertetés: E-egészség és a csecsemőkori egészséges táplálkozás](#)

Fromvald Tamás

[Cikkismertetés: Vajon a tejtermékek fogyasztása csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát és az ebből adódó halálozást?](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Az ingyenes iskolai gyümölcsprogram változtat-e az egészségtelen rágcsálnivalók fogyasztásán?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Hogyan növelhetjük egyszerű változtatásokkal a gyermekek iskolai gyümölcsfogyasztását?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: A megvásárolt élelmiszerek tápanyagminősége a háztartások jövedelmének függvényében: SHoPPER vizsgálat](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: A házi készítésű ételeket nagy és kis mennyiségben fogyasztó egyének táplálkozási jellemzőinek összehasonlítása egy egységes, minőségi étrendet követő csoport körében: a nagy-britanniai Nemzeti Táplálkozás és Tápláltsági Állapot vizsgálat keresztmetszeti elemzése \(2008-2016\)](#)

Skerlecz Petra

[Cikkismertetés: A szénhidrátok minősége és az emberi egészség: a témában megjelent áttekintő tanulmányok és metaanalízisek](#)

Varga Anita

[Cikkismertetés: Alkohol fogyasztás és az általa okozott betegségteher a világ 195 országában és különböző régióiban 1990 és 2016 között: szisztematikus elemzés a 2016-os Globális Betegségteher Vizsgálathoz](#)

Pál László, Szűcs Sándor

[Cikkismertetés: Globális helyzetjelentés az alkohorról és egészségről 2018](#)

Virág Márk

[Cikkismertetés: Az értelmező és a redukzív előlapi élelmiszercímke szerepe az élelmiszer-választásban és a vásárlásban](#)

Szabó Andrea

[Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata \(WAVES vizsgálat\)](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: A rendszertudomány alkalmazása az egészséges táplálkozással kapcsolatos egyenlőtlenségek feltárásához](#)

Krakkó Ágnes

[A családi tradíció szerepe a kisdetek és kisgyermek táplálkozásában](#)

Karácsony Ilona, Kölkedi Petra, Karamánné Pakai Annamária

[Képzeld el! 3. – Befektetés a jövőbe](#)

[Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei](#)

Pénzes Gabriella, Bíró Éva

[Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében](#)

Dojcsákné Kiss-Tóth Éva, Kiss-Tóth Emőke

[A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai](#)

Kovács Anna Viktória

[Cikkismertetés: Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól](#)

Czér Polla, Földesi Judit

[Cikkismertetés: A diéta és a fizikai aktivitás együttes hatása](#)

Kocsis Éva

[Cikkismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: Az alkoholfogyasztás kockázati határértékének meghatározása 83 prospektív vizsgálaton keresztül](#)

Bérczi Bálint

[Cikkismertetés: Árkülönbségek modellezése az egészséges és átlagos étrend között: új-zélandi esettanulmány](#)

Mózes Noémi

[Cikkismertetés: Élelmiszerkörnyezet Szakpolitikai Index \(ESZI INDEX\) – Jelentés, Anglia](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában \(PURE\): prospektív kohorszvizsgálat – a szerzők észrevételekre adott válasza](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: „Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása](#)

Kasza Katalin

[Cikkismertetés: Újszerű megközelítés: pontozáson alapuló, testmozgást ösztönző módszer](#)

Hanzel Adrienn

[Képzeld el!](#)

[Tartui felhívás az egészséges életmódért - Ismertető](#)

Veress Réka

[Hozzászólás az 'Egészpályás letámadás a kövérség ellen – Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására' közleményhez](#)

Kovács Anna Viktória

[Cikkismertetés: Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában \(PURE\): prospektív kohorszvizsgálat ismertetése](#)

Erdei Gergő

[Egészpályás letámadás a kövérség ellen - Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására](#)

Vitrai József, Bakacs Márta

[Cikkismertetés: A környezeti tényezők hatása a testmozgási és étkezési szokásokra - a közösségi szintű](#)

[fellépések lehetőségei](#)

Veress Réka

[Cikkismertetés: Élelmiszer, egészség és komplexitás: egy olyan koncepcionális megértés felé, amely az együttműködésen alapuló népegészségügyi cselekvést irányítja](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Mennyire hatékonyak a családalapú és az intézményi táplálkozási beavatkozások a gyermekek étrendjének és egészségének javításában? - Szisztematikus áttekintés](#)

Nagy Barbara

[Cikkismertetés: A zöldség-, gyümölcs- és hüvelyesek fogyasztása és a kardiovaszkuláris betegségek és halandóság 18 országban \(PURE\): prospektív kohorsz vizsgálat](#)

Bakacs Márta

[Cikkismertetés: Az ülő életmód és az elhízás fiatalok körében: áttekintő tanulmány a kapcsolódó felmérésekről és oksági elemzésekről](#)

Varga Anita

[Cikkismertetés: Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések](#)

Nagy Barbara

[Cikkismertetés: Iskolaközösségi gyermek-egészségfejlesztési és elhízás-prevenációs beavatkozás egy klaszter randomizált vizsgálata: a fun 'n healthy in Moreland! projekt eredményei](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: 'Szakpolitika, rendszer, környezet' megközelítés az elhízás megelőzésében: elméleti keretek helyi és állami beavatkozásokhoz](#)

Vitrai József

[Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség](#)

Nagy Barbara

[A rendszeres reggelizés mint szokáskialakítás és érték közvetítés a középiskolás korosztályban](#)

Lelovics Zsuzsanna

[A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei](#)

Réthy Attila Lajos

[E3 - Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak](#)

Kubányi Jolán, Breitenbach Zita, Raposa László³ Bence, Szabó Zoltán

[OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára](#)

Szűcs Zsuzsanna

[„Egészség-konyha” – Munkahelyi egészségfejlesztési programelem a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben](#)

Fekete Krisztina

[Egészségedre! Mókuserék helyett! – Beszámoló a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet munkahelyi kampányáról](#)

Köteles Gábor, Kutai Orsolya

[Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés](#)

Fekete Krisztina, Henter Izabella

[A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016](#)

Henter Izabella

[Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer segítségével](#)

Kovács Piroska, Solymosy József Bonifác

[Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban](#)

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József

[Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

Németh Ágnes

Tematikus cikkválogatás a társadalomtudomány területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2020 lapszámaiból a társadalomtudomány területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: Nagy kulturális tőke = normál testtömegindex?](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: Az egészség és az egészségyenlőtlenség makrogazdasági meghatározói – átfogó összegzés](#)

[Cikkismertetés: A gazdaságpolitika népegészségügyi hatása – szisztematikus szakirodalmi áttekintés](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: Az egészségügy nem győzhet egyedül a COVID-19 járvánnyal szemben](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: A háztartási káosz \(családi szervezetlenség\), mint a gyermekkori fejlődési zavarok kockázati tényezője a népegészségügyi szakemberek figyelmének látóterében](#)

Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A blogírás mint egészségműveltségi gyakorlat](#)

Nagy Zoltán Gábor, Osváth Mátyás

[Cikkismertetés: Nemi egyenjogúság, normák és egészség](#)

Tarkó Klára

[Cikkismertetés: Az emberi tőke értékei 195 országban 1990-ben és 2016-ban](#)

Vitrai József

[Az egészséggel kapcsolatos naiv elméletek, tévképzetek egy próbamérés tapasztalatai alapján](#)

Lipták Zoé Mónika, Dr. habil. Tarkó Klára

[Mentális egészségműveltség](#)

Kormos-Krakkó Ágnes, Szabó Gabriella

[Cikkismertetés: Hogyan változott az iskolázottságnak a várható élettartamra kifejtett hatása Belgiumban?](#)

Maródi Ágnes

[Részvétel a közösség által támogatott mezőgazdaságban: a társas támogatás szerepe](#)

Birtalan Ilona Liliána, Kis Bernadett, Rácz József, Bárdos György

[A Szubjektív Egészségi Állapot Egészségszociológiai Aspektusai](#)

R. Fedor Anita

[Gyógyítás és interkulturalitás](#)

Marek Erika, Schmél Dóra, Katz Zoltán, Faubl Nóra, Németh Tímea, Berényi Károly, Szilárd István

[Cikkismertetés: Globális cselekvési terv a táplálkozási problémák és a klímaváltozás ellen](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A Föld egészséges és fenntartható táplálkozási rendszere](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A cukrozott üdítők adóztatásának társadalmi hatásai](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Szektorokon átívelő partnerség és népegészségügy: Kihívások és lehetőségek a magánszektor bevonására az elhízás és nem fertőző betegségek területén\]](#)

Varsányi Péter

[Cikkismertetés: Népegészségügy és politika](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: "Spirituális vagyok, de nem vallásos": Védhet-e az egyik a másik nélkül a fiatalok egészségkockázatos magatartásával szemben?](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért? Feltáró néprajzi kutatás Szlovákiából](#)

Orsós Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Az egészséget meghatározó strukturális tényezők integrálása az egészségfejlesztési szakemberek népegészségügyi mesterképzésébe](#)

Bíró Éva

[Cikkismertetés: A szociodemográfiai adatgyűjtést támogató és akadályozó tényezők a kanadai egészségügyben: egy többhelyszínes esettanulmány](#)

Kasza Katalin

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az egészségtelen életmódot mérő kiterjesztett eszköz és az egészségi állapot közötti kölcsönhatásra](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az önértékelt egészségre: Szisztematikus szakirodalmi áttekintés az anyagi, pszichoszociális és magatartásbeli tényezők relatív szerepét illetően](#)

Csizmadia Péter

[Beszámoló az „Egészség és épített környezet” címmel a Magyar Tudományos Akadémián rendezett konferenciáról](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: Semmelweis és a legszebb magyarázat. Oksági következtetés az epidemiológiában](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: "A tegnap megoldásai mára problémák lesznek". A rendszerszintű gondolkodással és komplexitás-tudománnyal kapcsolatos diskurzus értelmezése az értékelés elmélete és gyakorlata szempontjából](#)

Csáki József Máté

[Társadalmi tőke az egyéni jóllét kontextusában. Az OECD által kidolgozott társadalmi tőke-interpretáció fényében](#)

Kőműves Sándor

[2017-es adatokkal frissült a halandósági adatbázis](#)

[A védett munkahelyek jogi és pszichológiai hatása a megváltozott munkaképességűek foglalkoztatásában, egy érintett szemszögéből](#)

Lengyel Júlia

[Családon belüli szociális, mentálhigiénés kompetenciák fejlesztésével szerzett tapasztalataink egészségügyi alapszakos felsőoktatási hallgatók körében](#)

Fodor Bertalan, Kiss-Tóth Emőke

[Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program](#)

Kaposvári Csilla

[Ismeretetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól](#)

Czér Polla, Földesi Judit

[Ismeretetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?](#)

Csizmadia Péter

[Ismeretetés: Miért nem jó semmi, amit a szakember javasol? Az általános tervezésemélet nehézségei](#)

Csáki József Máté

[Horváth-Tarján Anna doktori fokozatot szerzett az intravénás szerhasználók kockázati tényezőinek vizsgálata témában](#)

[Ismeretetés: Az egészség kulturális kontextusban: a narratív kutatás egészségügyi szektorbeli alkalmazása](#)

Csáki Máté

[„Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása – cikkismertetés](#)

Kasza Katalin

[A Szociális Jogok Európai Pilléréről](#)

Andor Csaba

[Kábítószer-probléma Magyarországon az elmúlt 10 évben](#)

Nyírády Adrienn

[Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására. A Meikirch modell](#)

Csizmadia Péter

[Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni? - cikkismertetés](#)

Vitrai József

[A nem fertőző betegségek: definíció újratöltve](#)

Kimmel Zsófia

[Nem fertőző betegségek versus társadalmi hatásokhoz kapcsolódó betegségek elnevezés](#)

Vokó Zoltán

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I..Felnőtt felmérés](#)

Balku Eszter, Vitrai József

[Testi és társadalmi nem, szexuális orientáció](#)

Vitrai Sára

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

Zsiros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

[Hálózat kutatás a népegészségügy területén - áttekintő közlemény](#)

Varsányi Péter, Vokó Zoltán

[Az egészségügyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei](#)

Csizmadia Péter

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága](#)

Vitrai József

[Miért van szükségünk közösségalapú egészségfejlesztésre?](#)

Benyó Béla

[Everett Rogers innovációs elmélete és annak felhasználási lehetőségei az egészségfejlesztésben](#)

Csizmadia Péter

[Hazai egészség-pillanatkép, 2017](#)

Vitrai József, Bakacs Márta, Varsányi Péter

[Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése](#)

Kaposvári Csilla, Vitrai József

Tematikus cikkválogatás a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2020 lapszámaiból a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Középiskolai koffeinfogyasztási szokások](#)

Bornemisza Yvette Ágnes, Csővári Melinda, Varga Bernadett

[A koronavírusjárvány-helyzet pszichológiai hatásai és azok enyhítése – áttekintő közlemény 441 magyar felnőtt véleményével](#)

Szabó Csanád, Pukánszky Judit, Kemény Lajos

[Spiritualitás és személyes higiénia](#)

Molnár András, Ipolyi Dóra

[Cikkismertetés: Vajon a kockázati tényezők vagy inkább az általuk kifejtett hatás fontosabb?](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: A mentális jóllét és az elhízás kapcsolata](#)

Dr. Devosa Iván

[Cikkismertetés: Személyiségünk és a korlátozó szabályozásokhoz való alkalmazkodás a Covid-19 járvány alatt](#)

Kiss Edina

[Cikkismertetés: Tényleg 10.000 lépést kell tennünk naponta az egészségünkért?](#)

Tarkó Klára

[Cikkismertetés: Gyakrabban járunk gyorsétterembe, ha több található belőlük a környéken?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Feladatalapú, csoportos testsúlykezelési program randomizált, kontrollált vizsgálata és gazdasági értékelése](#)

Wolher Veronika

[Cikkismertetés: Segít-e, ha a pénztáraknál kínált ropogtatnivalókat egészségesebbre cserélik?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Az elektronikus cigarettával kapcsolatos bővülő ismeretek módszeres áttekintése az újabb bizonyítékok alapján](#)

Cselkó Zsuzsa

[A mentális egészség a XXI. század egyik nagy népegészségügyi kihívása](#)

Wernigg Róbert

[Mentális egészségműveltség](#)

Kormos-Krakkó Ágnes, Szabó Gabriella

[Stresszkezelés és kiégésmegelőzés hatékony módszereinek szakirodalmi áttekintése](#)

Salavecz Gyöngyvér, Pálinkás-Holovits Zsuzsanna, Handa Orsolya, Vig Katalin, Rusznyák-Pethő Anikó, Szabó Gabriella

[A krízisállapot megjelenése fiatalok körében – A pedagógusok által alkalmazható technikák](#)

Pálinkás-Holovits Zsuzsanna, Dr. Tóth Ditta Mónika, Rusznyák-Pethő Anikó

[A gyermek – és serdülőkorú depresszió tünetei, megjelenési formái és kezelése](#)

dr. Németh Adrienn, Pálinkás-Holovits Zsuzsanna, dr. Sándor Piroska

[A lakhatási körülmények hatása a mentális egészségre](#)

Kormos-Krakkó Ágnes, Puskás Éva, Nagy Beáta Magda, Csieklinszki Zsanett

[Innovatív példa a hallgatók egészségformálására a Semmelweis Egyetem Pető András Karon](#)

Szilárd Zsuzsanna

[A testnevelés órához kapcsolódó tudatos vízfogyasztás](#)

Buti Nikolett, Wilhelm Márta, H. Ekler Judit

[Cikkismertetés: Kettőscélú intézkedések a kóros tápláltság visszaszorítására](#)

Varga Anita, Zámbo Leonóra

[Cikkismertetés: A kóros tápláltsági állapot kettős terhe és egészségre gyakorolt hatásai](#)

Guba Georgina

[Cikkismertetés: Hogyan befolyásolta egy rendelet a boltok élelmiszerkínálatát, a vásárlási szokásokat és az otthoni készletet Minneapolis-ban?](#)

Dr. Devosa Iván

[Szakmai vezetőknek 1 percben: Az Európai Alkohol Akcióterv végrehajtása](#)

Devosa Iván

[Komplex iskolai egészségfejlesztő program a COM-B modell tükrében](#)

Eörsi Dániel, Árva Dorottya, Herczeg Vivien, Terebessy András

[Cikkismertetés: A kannabisz orvosi és rekreációs célú használata – Kérdések és válaszok](#)

B. Erdős Márta

[Cikkismertetés: Az egyéni választáson túl](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: Live 5-2-1-0, azaz a gyermekkori elhízás megelőzése rendszerszintű gondolkodással és közösségek bevonásával](#)

Prievara Katalin Dóra

[Cikkismertetés: Hogyan változott az iskolázottságnak a várható élettartamra kifejtett hatása Belgiumban?](#)

Maródi Ágnes

[Cikkismertetés: A fizikai aktivitás során bekövetkezett változások mérése intervenció vizsgálatokban](#)

Hanzel Adrienn

[Cikkismertetés: Sporttal az egészség társadalmi egyenlőségéért](#)

Mózes Noémi

[Cikkismertetés: Új pszichoaktív szerek: kihívások a monitorozás, a szabályozás és a népegészségügyi válaszleptések területén](#)

Péterfi Anna, Tarján Anna, Horváth Gergely Csaba

[Cikkismertetés: Ha öt szabályt betartunk, tíz évvel tovább maradhatunk egészségesek](#)

Balogh Erika

[Cikkismertetés: Nem segített a HeLP az iskolások elhízásának megelőzésében](#)

Vitrai József

[Új adatok a magyar serdülőkorúak egészséget befolyásoló szokásairól és egészségi állapotáról](#)

Németh Ágnes

[Dohányzásról anno és most](#)

Balogh Erika

[Nyíregyháza felnőtt lakosságának táplálkozási szokásai, tápláltsági állapota](#)

Sárváry Attila, Szelesné Dr. Árokszállási Andrea, Gyulai Anikó, Jávorné Dr. Erdei Renáta

[Társas kapcsolatok és mentális egészség szegregált településrészekben](#)

Husztai Éva, Ember Zsolt

[Lelki egészség Nyíregyháza lakosai körében](#)

Sárváry Andrea, Majer Réka, Jávorné Erdei Renáta

[A felnőtt lakosság dohányzási szokásai Nyíregyházán](#)

Rákóczi Ildikó, Sárváry Attila, Gyulai Anikó, Takács Péter, Jávorné Erdei Renáta

[Serdülők étkezési szokásai az „egészség-hit-modell”, illetve az énrhatékonyság, az optimizmus és az önrkontroll tükrében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Cikkismertetés: Az önrbizalom és a nem hatása a stressz-reakciókra](#)

Varga Szabolcs

[Cikkismertetés: Hatékony eszköz-e a pénzvisszatérítés egészséges élelmiszerek vásárlásának ösztönzésére?](#)

Skerlecz Petra

[Cikkismertetés: Tanuljunk együtt, hogy csökkenjen az iskolai zaklatás és agresszió!](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: Hasznos a jó szomszédi viszony?](#)

Prievara Katalin Dóra

[Vezetőknek 1 percben: Az ischaemiás szívbetegeég elsődleges megelőzése: népesség, egyének, egészségügyi szakemberek](#)

Szerkesztőségi közlés

[Alternatív dohánytermékek használata fesztiválon résztvevő fiatal felnőttek körében](#)

Torma Albert, Fazekas-Pongor Vince, Terebessy András, Pénzes Melinda

[Cikkismertetés: Étrendi kockázatok egészséghatása 195 országban, 1990-2017](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Árcsökkenés vagy médiakampány növeli jobban a zöldség- és gyümölcsfogyasztást?](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Az életmód változók és a dohányzási státusz várandósság alatti összefüggése romániai nők egy csoportja körében](#)

Varga Szabolcs, Ábrám Zoltán

[Cikkismertetés: Dohányzási tilalom és az újszülöttek egészsége: magyarországi tapasztalatok](#)

Kiss Judit

[Cikkismertetés: Alkoholfogyasztási szokások és a májcirrózis kockázata: A Million Women Study elemzése](#)

Czér Polla

[Cikkismertetés: Alkoholfogyasztás, és annak kapcsolata az impulzív viselkedéssel az egészséges OPRM1G allél hordozóinak körében](#)

Varga Szabolcs

[A testbecsülést befolyásoló tényezők vizsgálata serdülő lányok körében](#)

Obál Annabella, Hamvai Csaba, Pikó Bettina

[Iskola az egészség alapköve? Miért és mit tegyen az iskola a tanulói egészségéért?](#)

Vitrai József

[Úton az egészségorientált sportklub modell bevezetéséhez Magyarországon](#)

Köteles Gábor, Veress Réka

[Cikkismertetés: E-egészség és a csecsemőkori egészséges táplálkozás](#)

Fromvald Tamás

[Cikkismertetés: Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért? Feltáró néprajzi kutatás Szlovákiából](#)

Orsós Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Az elhízás rendszerszintű megközelítése](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Vajon a tejtermékek fogyasztása csökkenti a szív- és érrendszeri betegségek kockázatát és az ebből adódó halálozást?](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Az ingyenes iskolai gyümölcsprogram változtat-e az egészségtelen rágcárnivalók fogyasztásán?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Hogyan növelhetjük egyszerű változtatásokkal a gyermekek iskolai gyümölcsfogyasztását?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: "Spirituális vagyok, de nem vallásos": Védhet-e az egyik a másik nélkül a fiatalok egészségkockázatos magatartásával szemben?](#)

Maczali Katalin

[Egészségmagatartás összehasonlító vizsgálata az orvostanhallgatók és jogáshallgatók körében](#)

Dombrádi Viktor, Czira Eszter, Gáll Tibor, Nagy Attila, Bíró Klára

[A fizikai inaktivitás nemzetgazdasági terhei](#)

Gabnai Zoltán, Müller Anetta, Bács Zoltán, Bácsné Bába Éva

[A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés](#)

Pfau Sára Christa, Pető Károly, Bácsné Bába Éva

[A személyi edzői hivatás tudományos és szakmai aspektusai](#)

Tánczos Zoltán, Bognár József

[Cikkismertetés: Alkoholfogyasztás és az általa okozott betegségteher a világ 195 országában és különböző régióiban 1990 és 2016 között: szisztematikus elemzés a 2016-os Globális Betegségteher Vizsgálathoz](#)

Pál László, Szűcs Sándor

[Cikkismertetés: Globális helyzetjelentés az alkoholról és egészségről 2018](#)

Virág Márk

[Cikkismertetés: Betegségteher és a mentális zavarok kezelésére fordított állami kiadások: az amerikai egészségügyi rendszer válaszlépéseinek keresztmetszeti és ökológiai vizsgálata](#)

Czér Polla

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az egészségtelen életmódot mérő kiterjesztett eszköz és az egészségi állapot közötti kölcsönhatásra](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: A társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek hatása az önértékelt egészségre: Szisztematikus szakirodalmi áttekintés az anyagi, pszichoszociális és magatartásbeli tényezők relatív szerepét illetően](#)

Csizmadia Péter

[A szexuális úton átvihető, szisztémás megbetegedést okozó mikroorganizmusok ismerete középiskolai pedagógusok számára](#)

Burián Katalin

[Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata \(WAVES vizsgálat\)](#)

Erdei Gergő

[Családon belüli szociális, mentálhigiénés kompetenciák fejlesztésével szerzett tapasztalataink egészségügyi alapszakos felsőoktatási hallgatók körében](#)

Fodor Bertalan, Kiss-Tóth Emőke

[A családi tradíció szerepe kisdéd – kisgyermek táplálkozásában](#)

Karácsony Ilona, Kölkedi Petra, Karamánné Pakai Annamária

[Az anyai attitűdöt befolyásoló családi tényezők](#)

Pachner Orsolya, Lendvay Zsófia

[SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el! 3. – Befektetés a jövőbe](#)

[Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei](#)

Pénzes Gabriella, Bíró Éva

[Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében](#)

Dojcsákné Kiss-Tóth Éva, Kiss-Tóth Emőke

[A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai](#)

Kovács Anna Viktória

[Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Egy közösségi alapú rendszerdiagram az elhízás okairól](#)

Czér Polla, Földesi Judit

[A diéta és a fizikai aktivitás együttes hatása](#)

Kocsis Éva

[Cikkismertetés: Társadalmi problémának tekintjük az elhízást?](#)

Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: Tudatos jelenlét alapú intervenció az egyetemi hallgatók stressztűrő képességének fokozására \(a „Tudatos hallgató” tanulmány\): pragmatikus, randomizált, kontrollált vizsgálat](#)

Fúzi Márta

[SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el! Akció az irodában](#)

[A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban](#)

Lóköcs Dániel

[Cikkismertetés: Az alkoholfogyasztás kockázati határértékének meghatározása 83 prospektív vizsgálaton keresztül](#)

Bérczi Bálint

[Cikkismertetés: Az alvás és az aktív kültéri játékkal töltött idő közti kétirányú összefüggés vizsgálata 10-13 évesek körében](#)

Máté Zsuzsanna

[Cikkismertetés: A diákok középpontba helyezése: Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: „Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása](#)

Kasza Katalin

[Cikkismertetés: Újszerű megközelítés: pontozáson alapuló, testmozgást ösztönző módszer](#)

Hanzel Adrienn

[A Magyar Gyermekorvosok Társasága körlevele a korai gyermekkor fontosságáról](#)

[SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS: Képzeld el!](#)

[Tartui felhívás az egészséges életmódot – Ismertető](#)

Veress Réka

[Cikkismertetés: A mentális egészség újradefiniálásának irányába](#)

Maczali Katalin

[A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése - a YouthCHAT program](#)

Maczali Katalin

[Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések](#)

Nagy Barbara

[Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

[Viselkedésértés - A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban](#)

Taller Ágnes, Csizmadia Péter

[Cikkismertetés: A mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarok okozta betegségteher kezelése: a Megbetegedések elleni küzdelem prioritásainak \(Disease Control Priorities\) kulcsüzenetei, 3. kiadás](#)

Kis Nóra

[Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra workshop](#)

Csizmadia Péter

[A kortársbántalmazás \(bullying\) mint népegészségügyi probléma](#)

Várnai Dóra, Zsíros Emese, Németh Ágnes

[Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára – összefoglalás](#)

Scheiber Dóra, Katonáné Pehr Erika, Bíróné Asbóth Katalin, Tománé Mészáros Andrea, Várnai Dóra, Kovács Zsuzsanna, Mészner Zsófia

[Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

Németh Ágnes

[Cikkismertetés: Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: Az újonnan kialakított ellenállóképesség-fokozó program hatása a szülők és tanárok által észlelt ellenállás-támogató környezetre a hongkongi Egészségfejlesztő Iskolákban](#)

Maczali Katalin

[SZEMLE](#)

- Bizonyíték a mentális egészséggel kapcsolatos stigma és diszkrimináció elleni hatékony beavatkozásokra
- Egészség és boldogság
- Az inaktivitás és fizikai aktivitás objektív mérése és a vélt egészségi állapot összefüggései a 7-14 éves finn gyerekek körében
- Fit for School: 10 héten keresztül zajló, általános iskolai tanulók egészséges testsúlyának elérését célzó iskolai pilot beavatkozás eredményei
- Élelmiszer, egészség és komplexitás: úton az együttműködésen alapuló népegészségügyi intézkedések fogalmi keretének megértése felé
- A kerékpározási jártasság tréning hatása, a kerékpározáshoz köthető viselkedésre és balesetekre a serdülők körében: megállapítások Alpac-ból, Egyesült Királyság, longitudinális kohorsz

[SZEMLE](#)

- Ott vagyunk már? – Integrált Népegészségügyi Szakpolitikák koncepciójának operacionalizálása
- Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban
- A koherenciaérzés és az azt meghatározó tényezők vizsgálata kínai egyetemisták körében: keresztmetszeti kutatás
- Evidenciák irodalmi áttekintése - Egyenrangúbb társadalmak teremtése. Mi működik?

[SZEMLE](#)

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

Tematikus cikkválogatás az iskolai egészségfejlesztés területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2020 lapszámaiból az iskolai egészségfejlesztés területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Középiskolai koffeinfogyasztási szokások](#)

Bornemisza Yvette Ágnes, Csővári Melinda, Varga Bernadett

[Iskolai elsősegélynyújtás oktatás a Pécsi Tankerületi Központban – kihívások és lehetőségek](#)

Bánfai Bálint, Bánfai-Csonka Henrietta, Musch János, Derzsi-Horváth Martina, Deutsch Krisztina, Betlehem József

[Cikkismertetés: Nagy kulturális tőke = normál testtömegindex?](#)

Vitrai József

[Cikkismertetés: A gyermekkori elhízás mostani megelőzése segíthet a következő járvány megfékezésében](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: Gyakrabban járunk gyorsétterembe, ha több található belőlük a környéken?](#)

Devosa Iván

[Könyvrecenzió: Egészségfejlesztés és nevelés](#)

Egészségfejlesztés szerkesztőség

[Possibility of expanding the protective effect of immunization and facilitating the assent to vaccination](#)

Nagy Van Asschené Adrienne Zsófia

[Te vagy az én Hősöm! Történet gyermekeknek gyermekekről és a COVID 19 nevű vírusról](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Könyvismertetés: A Cica, a Kisveréb, Hangya Úr és a koronavírus. Járványos tanmese nagyovisoknak és kisiskolásoknak](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A háztartási káosz \(családi szervezatlenség\), mint a gyermekkori fejlődési zavarok kockázati tényezője a népegészségügyi szakemberek figyelmének látóterében](#)

Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: Az elhízás járvány szakaszai](#)

Kaposvári Csilla

[A mentális egészség a XXI. század egyik nagy népegészségügyi kihívása](#)

Wernigg Róbert

[Mentális egészségműveltség](#)

Kormos-Krakkó Ágnes, Szabó Gabriella

[Stresszkezelés és kiégésmegelőzés hatékony módszereinek szakirodalmi áttekintése](#)

Salavecz Gyöngyvér, Pálinkás-Holovits Zsuzsanna, Handa Orsolya, Vig Katalin, Rusznyák-Pethő Anikó, Szabó Gabriella

[A krízisállapot megjelenése fiatalkorúak körében – A pedagógusok által alkalmazható technikák](#)

Pálinkás-Holovits Zsuzsanna, Dr. Tóth Ditta Mónika, Rusznyák-Pethő Anikó

[A gyermek – és serdülőkori depresszió tünetei, megjelenési formái és kezelése](#)

dr. Németh Adrienn, Pálinkás-Holovits Zsuzsanna, dr. Sándor Piroska

[Innovatív példa a hallgatók egészségformálására a Semmelweis Egyetem Pető András Karon](#)

Dr. habil. Szilárd Zsuzsanna

[A testnevelés órához kapcsolódó tudatos vízfogyasztás](#)

Buti Nikolett, Wilhelm Márta, H. Ekler Judit

[Az egészséggel kapcsolatos naiv elméletek, tévképzetek egy próbamérés tapasztalatai alapján](#)

Lipták Zoé Mónika, Dr. habil. Tarkó Klára

[Cikkismertetés: Iskolai étkeztetési szakpolitika megvalósításának rendszerszintű vizsgálata Kanadában](#)

Dr. Devosa Iván

[Leendő és gyakorló biológiateanárok egészségdefinícióinak összehasonlító elemzése](#)

Végh Veronika, Pusztafalvi Henriette

[Komplex iskolai egészségfejlesztő program a COM-B modell tükrében](#)

Eörsi Dániel, Árva Dorottya, Herczeg Vivien, Terebessy András

[Cikkismertetés: Sporttal az egészség társadalmi egyenlőségéért](#)

Mózes Noémi

[Cikkszemle: Hogyan növelhető bizonyított hatékonysággal az egészségműveltség?](#)

Mátyás Gabriella

[Cikkismertetés: Nem segített a HeLP az iskolások elhízásának megelőzésében](#)

Vitrai József

[Új adatok a magyar serdülőkorúak egészséget befolyásoló szokásairól és egészségi állapotáról](#)

Németh Ágnes

[A szemléletváltás szükségességéről – Helyzetjelentés az 1960-as évek egészségfejlesztő szakember képzéséről](#)

Prievera Dóra Katalin

[Az egészségszegénylenségek megjelenítése a 60-as években](#)

Tarkó Klára

[Serdülők étkezési szokásai az „egészség-hit-modell”, illetve az énhatékonyság, az optimizmus és az önkontroll tükrében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Szülői egészségértést vizsgáló, kulturálisan adaptált kérdőív létrehozása: koncepció és tanulságok](#)

Gács Katalin Zsófia, Kun Eszter, Koltai Anna Júlia

[Cikkismertetés: Tanuljunk együtt, hogy csökkenjen az iskolai zaklatás és agresszió!](#)

Járomi Éva

[Gyógyítás és interkulturalitás](#)

Marek Erika, Schmél Dóra, Katz Zoltán, Faubl Nóra, Németh Tímea, Berényi Károly, Szilárd István

[Cikkismertetés: Globális cselekvési terv a táplálkozási problémák és a klímaváltozás ellen](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A cukrozott üdítők adóztatásának társadalmi hatásai](#)

Kaposvári Csilla

[Cikkismertetés: Digitális Egészségműveltség-mérő Eszköz fejlesztése](#)

Varga Szabolcs

[Az egészségvédelmi feladatok szintérialapú megközelítése](#)

Juhász Gábor

[Az egészséget támogató közpolitika és az egészségtervezés néhány összefüggése](#)

Girán János

[Új utakon a hazai egészségtervezés](#)

Túri Gergő

[Cikkismertetés: Légszennyezés és a gyermekek légúti megbetegedései Londonban](#)

Márovics Gergely

[Cikkismertetés: "Spirituális vagyok, de nem vallásos": Védhet-e az egyik a másik nélkül a fiatalok egészségkockázatos magatartásával szemben?](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Az iskolai klíma és az egészségi állapot javítása középiskolában](#)

Kis Bernadett

[Cikkismertetés: Hogyan növelhetjük egyszerű változtatásokkal a gyermekek iskolai gyümölcsfogyasztását?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Az ingyenes iskolai gyümölcsprogram változtat-e az egészségtelen rágcárnivalók fogyasztásán?](#)

Devosa Iván

[Cikkismertetés: Az elhízás rendszerszintű megközelítése](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Miért nem tesznek többet a szegregált romák az egészségükért? Feltáró néprajzi kutatás Szlovákiából](#)

Orsós Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Eszközök az egészségműveltség mérésére az általános populációban – rendszerezett szakirodalmi áttekintés](#)

Varga Szabolcs

[Úton az egészségorientált sportklub modell bevezetéséhez Magyarországon](#)

Köteles Gábor, Veress Réka

[Iskola az egészség alapköve? Miért és mit tegyen az iskola a tanulói egészségéért?](#)

Vitrai József

[A felső tagozatos és a középiskolai biológia tankönyvek szerepe az egészségnevelésben](#)

Szalainé Tóth Tünde, Nagyné Horváth Emília, Falus András, Bihariné Krekó Ilona, Mészárosné Darvay Sarolta, Kitzinger István, Kukovecz Éva, Karacs Zsuzsanna, Horváth Zsolt, Kőrösiné Molnár Andrea, Jánossyné Solt Anna, Feith Helga Judit

[A testbecsülést befolyásoló tényezők vizsgálata serdülő lányok körében](#)

Obál Annabella, Hamvai Csaba, Pikó Bettina

[Pozitív családtervezéssel kapcsolatos ismeretek](#)

Póhr Kitti, Gyenge Nikolett, Komlói Kálmánné, Karácsony Ilona

[Új globális kezdeményezés –gyermekegészségügyi információt mindenkinek!](#)

Kovács Zsuzsanna

[Cikkismertetés: Egy dán egészségtámogató iskolai intervenciós program megvalósulásának értékelése](#)

Varga-Nagy Veronika

[A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés](#)

Pfau Sára Christa, Pető Károly, Bácsné Bába Év

[Egészségmagatartás összehasonlító vizsgálata az orvostanhallgatók és jogáshallgatók körében](#)

Dombrádi Viktor, Czira Eszter, Gáll Tibor, Nagy Attila, Bíró Klára

[Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata](#)

Végh Balázs, Bíró Éva

[A szexuális úton átvihető, szisztémás megbetegedést okozó mikroorganizmusok ismerete középiskolai pedagógusok számára](#)

Burián Katalin

[Cikkismertetés: A hat- és hétéveseket célzó, elhízást megelőző iskolai programok hatékonyságának randomizált, ellenőrzött klasztervizsgálata \(WAVES vizsgálat\)](#)

Erdei Gergő

[Cikkismertetés: Egy trauma-tudatos gyermekvédelmi rendszer kialakítása – útmutató ismertetés](#)

Oláh Barnabás

[Cikkismertetés: Tudatos jelenlét alapú intervenció az egyetemi hallgatók stressztűrő képességének fokozására \(a „Tudatos hallgató” tanulmány\): pragmatikus, randomizált, kontrollált vizsgálat](#)

Fűzi Márta

[Cikkismertetés: Az egészségműveltség iskolákban történő fejlesztésének etikai alapjai: érvek \(„miért”\), irányok \(„mit”\) és hangszínek \(„hogyan”\)](#)

Szabó Tímea Pálma

[A gyermekkori elhízás népegészségügyi vonatkozásai](#)

Kovács Anna Viktória

[Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében](#)

Dojcsákné Kiss-Tóth Éva, Kiss-Tóth Emőke

[Egészségfejlesztő program középiskolások körében – Az alapállapot felmérés eredményei](#)

Pénzes Gabriella, Bíró Éva

[Cikkismertetés: A diákok középpontba helyezése: Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: Az alvás és az aktív kültéri játékkal töltött idő közti kétirányú összefüggés vizsgálata 10-13 évesek körében](#)

Máté Zsuzsanna

[A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban](#)

Dr. Lőkös Dániel

[Bemutatkozik az EDUVITAL: egy hazai ifjúsági egészségtudatossági és -nevelési program](#)

Falus András

[Cikkismertetés: Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni?](#)

Vitrai József

[A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányai](#)

Simon István Ágoston, Kajtár Gabriella

[Tartui felhívás az egészséges életmódot - Ismertető](#)

Veress Réka

[Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés](#)

Lukács-Jakab Ágnes, Mészárosné Darvay Sarolta, Soósné Kiss Zsuzsanna, Füzi Rita, Bihariné Krekó Ilona, Gradwohl Edina, Kolosai Nedda, Falus András, Feith Judit Helga

[Cikkismertetés: Pozitív mentális egészségműveltség: a norvég ifjúság körében kifejlesztett és validált mérőeszköz](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Mennyire hatékonyak a családalapú és az intézményi táplálkozási beavatkozások a gyermekek étrendjének és egészségének javításában? - Szisztematikus áttekintés](#)

Nagy Barbara

[Cikkismertetés: Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat](#)

Maczali Katalin

[Beszámoló az egészségfejlesztő testmozgással foglalkozó nemzeti kapcsolattartók november 13-14.-i zágrábi üléséről](#)

Veress Réka

[Cikkismertetés: A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése - a YouthCHAT program](#)

Maczali Katalin

[A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt \(NET-FIT®\) alapján](#)

Csányi Tamás, Kaj Mónika

[A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig](#)

Kun Eszter

[Cikkismertetés: Iskolaközösségi gyermek-egészségfejlesztési és elhízás-prevenációs beavatkozás egy klaszter randomizált vizsgálata: a fun 'n healthy in Moreland! projekt eredményei](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Egy kontrollált Egészségfejlesztő Iskola vizsgálat Hollandiában: hatások a beavatkozás után 1 és 2 évvel](#)

Maczali Katalin

[Cikkismertetés: Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése](#)

Járomi Éva

[Cikkismertetés: Az ülő életmód és az elhízás fiatalok körében: áttekintő tanulmány a kapcsolódó felmérésekről és oksági elemzésekről](#)

Varga Anita

[Cikkismertetés: Az újonnan kialakított ellenállóképesség-fokozó program hatása a szülők és tanárok által észlelt ellenállás-támogató környezetre a hongkongi Egészségfejlesztő Iskolákban](#)

Maczali Katalin

[A leggyakoribb nemi betegségekre vonatkozó ismeretek középiskolai pedagógusok számára I. rész](#)

Burián Katalin, Spengler Gabriella

[Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenciók megközelítései](#)

Járomi Éva, Kimmel Zsófia

[50 éves a Fodor József Iskola-egészségügyi Társaság](#)

Aszmann Anna, Mezei Éva, Andrásosvsky Csilla

[E3 - Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak](#)

Kubányi Jolán, Breitenbach Zita, Raposa László³ Bence, Szabó Zoltán

[Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása](#)

Járomi Éva, Vítrai József

[Óvodáskori szájpolás - egy mikro kutatás tükrében](#)

Baloghné Dr Bakk Adrienn, Ponty Erika

[A rendszeres reggelizés mint szokáskialakítás és érték közvetítés a középiskolás korosztályban](#)

Lelovics Zsuzsanna

[A kortársbántalmazás \(bullying\) mint népegészségügyi probléma](#)

Várnai Dóra, Zsíros Emese, Németh Ágnes

[A korai iskolaelhagyás csökkentését célzó szakpolitika - ismertető](#)

Solymosy József Bonifác

[A szexuális életre nevelő könyv ajánlója 81 évvel ez előttről](#)

Solymosy József Bonifác, Kárpáti Tímea

[Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára - összefoglalás](#)

Scheiber Dóra, Katonáné Pehr Erika, Bíróné Asbóth Katalin, Tománé Mészáros Andrea, Várnai Dóra, Kovács Zsuzsanna, Mészner Zsófia

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

Zsíros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

[A mindennapos testnevelés általános bevezetése, a 80 évvel ezelőtti kipróbálás után révbe ért](#)

Enhoffer Vivien

[„Régi, új és retró” – Beszámoló a Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Országos Tudományos Nagygyűlésén tartott HBSC poszterműhelyről](#)

Költő András

[Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer segítségével](#)

Kovács Piroska, Solymosy József Bonifác

[Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

[Jövőnk: a Lancet Bizottsági ajánlása a fiatalok egészségéről és jóllétéről](#)

Bíróné Asbóth Katalin, Arnold Petra, Várnai Dóra

[A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016](#)

Henter Izabella

[Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

Németh Ágnes

[A teljes körű iskolai egészségfejlesztés koncepciója](#)

Solymosy József Bonifác

[Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban](#)

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József

Tematikus cikkválogatás az egészségműveltség és egészségkultúra területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2020 lapszámaiból az egészségműveltség és egészségkultúra területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Cikkismertetés: Az egészségműveltség osztályozása mesterséges intelligencia használatával](#)

Osváth Mátyás

[Te vagy az én Hősöm! Történet gyermekeknek gyermekekről és a COVID 19 nevű vírusról](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Könyvismertetés: A Cica, a Kisveréb, Hangya Úr és a koronavírus. Járványos tanmese nagyovisoknak és kisiskolásoknak](#)

Bíróné Asbóth Katalin

[Cikkismertetés: A blogírás mint egészségműveltségi gyakorlat](#)

Nagy Zoltán Gábor, Osváth Mátyás

[Mentális egészségműveltség](#)

Kormos-Krakkó Ágnes, Szabó Gabriella

[Cikkszemle: Hogyan növelhető bizonyított hatékonysággal az egészségműveltség?](#)

Mátyás Gabriella

[A légszennyezés egészségkárosító hatásának közismertsége Magyarország északi-keleti részén](#)

Juhászné Szalai Adrienn, Kiss-Tóth Emőke

[Szülői egészségértést vizsgáló, kulturálisan adaptált kérdőív létrehozása: koncepció és tanulságok](#)

Gács Katalin Zsófia, Kun Eszter, Koltai Anna Júlia

[Cikkismertetés: Digitális Egészségműveltség-mérő Eszköz fejlesztése](#)

Varga Szabolcs

[Cikkismertetés: Eszközök az egészségműveltség mérésére az általános populációban – rendszerezett szakirodalmi áttekintés](#)

Varga Szabolcs

[Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata](#)

Végh Balázs, Bíró Éva

[Ismertetés: Az egészségműveltség iskolákban történő fejlesztésének etikai alapjai: érvek \(„miért”\), irányok \(„mit”\) és hangszínek \(„hogyan”\)](#)

Szabó Tímea Pálma

[A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig](#)

Kun Eszter

[Cikkismertetés: Pozitív mentális egészségműveltség: a norvég ifjúság körében kifejlesztett és validált mérőeszköz](#)

Maczali Katalin

[Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat](#)

Maczali Katalin

[A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban](#)

Koltai Júlia, Kun Eszter

[Az egészségműveltség definíciói](#)

Csizmadia Péter

[Az értés fél egészség](#)

Borjádi Györgyi

[Ismeretetés: Az egészség kulturális kontextusban: a narratív kutatás egészségügyi szektorbeli alkalmazása](#)

Csáki Máté

[Cikkismertetés: Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni?](#)

Vitrai József

[Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése](#)

Kaposvári Csilla, Vitrai József

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága](#)

Vitrai József

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség](#)

Nagy Barbara

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? III. rész: Környezet, kultúra és egészség](#)

Csizmadia Péter