

Megújulás – Beköszöntő

Welcome note to the inaugural issue of the Journal of Health Promotion

A hazai egészségfejlesztés szakemberei – ismerve a magyarok elszomorító egészségi mutatóit – jó okkal gondolhatják, hogy komoly változásokra van szükség a szakmai munkában. Két irány is felvethető, ahol sürgető előrelépésre lenne szükség: egyrészt nagyobb ütemben kellene átvenni a külföldön hatásonak bizonyult beavatkozásokat, másrészt jóval több, nem az egészségügy területén dolgozó szakembert kellene bevonni az egészségfejlesztésbe. Nem várhatjuk ugyanis a lakosság egészségének jelentősebb javulását anélkül, hogy emelnénk a szakmai munka színvonalát, és hogy ne terjesztenénk ki hatókörét a társszakmákra.

Folyóiratunk megújítása is e célok elérését kívánja elősegíteni. A színvonal emelését úgy, hogy a közlésre benyújtott kutatások és vizsgálatok eredményeit ismertető közleményeket megjelentetésük előtt – a komolyabb szaklapokban bevett gyakorlat követésével – független szakemberek általi bírálatra bocsátjuk. A társszakmák képviselőinek bevonását pedig úgy, hogy olyan közleményeket is megjelentetni tervezünk, melyek többek között a munkahelyek, iskolák vagy az önkormányzatok egészségfejlesztési feladataira, tevékenységére vonatkoznak. A folyóirat széleskörű elérhetőségét az elektronikus publikációra való áttérés is támogatja. A nyomtatott formában is történő közreadásra a szükséges források előteremtését követően kerül majd sor.

Az Egészségfejlesztés megújításával kapcsolatos stratégiai kérdésekben segítségünkre volt az ország kiemelkedő szakértőiből álló Tanácsadó Testület. A megújított folyóirat szerkesztését most az Intézet lelkes egészségfejlesztési szakemberei végzik. A szerkesztési folyamatot az újonnan bevezetett Open Journal System program támogatja. A lap szerkezete is megújult, a különböző írások a következő rovatokban jelennek majd meg: a „Szerkesztőségi közlés” rovatban a szerkesztők tudnak az olvasóknak üzeni. A „Eredeti közlemények” rovatban a

szerzők saját vizsgálataik eredményeit és következtetéseit ismertethetik. Az „Agora” egyéni szakmai koncepciók, álláspontok, vélemények kifejtésére szolgál. A „Szakdokumentumok” rovat a szakterületre vonatkozó közintézmények által kiadott jelentéseket, irányelveket és egyéb dokumentumokat teszi közzé. A „Beszámoló” rovat az egészségfejlesztéssel kapcsolatos tanulmányok, események, szervezetek bemutatásának ad teret. Az „Anno és most” régi közlemények bemutatásával fogalmaz meg a jelenre vonatkozó következtetéseket. A „Portré” kiemelkedő élő vagy már elhunyt egészségfejlesztők bemutatásához kínál lehetőséget. A „Folyóirat-szemle” fontos hazai és külföldi lapokban megjelent, egészségfejlesztést érintő cikkeket ajánl a szakemberek számára.

Főszerkesztőként a megújult Egészségfejlesztés olvasóinak és szerzőinek kívánok jó egészséget ahhoz, hogy együtt minél többet és jobbat tehesünk országunk valamennyi lakosának egészségéért!



A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dr. Török Krisztina'.

Dr. Török Krisztina
Főszerkesztő

Olvasásra ajánljuk

Suggested readings

Kulcsszavak: alkoholfogyasztás; dohányzás; fizikai aktivitás; szűrés

Tartalom

Előfordulhat-e, hogy a Száraz januárhoz hasonló kampányok többet ártnak, mint használnak?.....	65
A fiatalok dohányzási szokásait célzó tömegkommunikációs kampányok	66
A gyermekkori társadalmi-gazdasági helyzet és a felnőttkori fizikai aktivitás: szisztematikus áttekintés	67
Nem csak "egy kutyasétáltatás": a kutyasétáltatás és a háziállattal való játék, valamint a fizikai aktivitás ajánlások összefüggései a serdülők körében.....	68
Természetes környezet és fizikai aktivitás: a természethez kötődő érzések közvetítő szerepének kutatása.....	69
Tér-idő-test- és kapcsolatélmény az iskolai pihenőidőben történő fizikai aktivitás során: a legkevésbé aktív tanulók körében végzett kvalitatív esettanulmány.....	70
Bizonyíték-alapú stratégiák hatásai a társadalmi-gazdasági helyzet szerepének csökkentésére az angliai Egészségügyi Szolgálat (NHS) vastagbélrák szűrési programjában való részvételben (ASCEND): négy csoportban végzett, random mintavételen alapuló kontrollált vizsgálat	71
Mammográfia és kiegészítő ultrahangvizsgálat szenzitivitása és specificitása Japánban	72
Szoptatás a 21. században: epidemiológia, mechanizmusok és élethosszig tartó hatások	73
Van-e közvetlen kapcsolat a boldogság és a halálozás között? – Követéses vizsgálat a brit "Million Women Study" alapján.....	74

Előfordulhat-e, hogy a Száraz januárhoz hasonló kampányok többet ártanak, mint használnak?

Could campaigns like Dry January do more harm than good?

Ian Hamilton lecturer, Department of Health Sciences, York University, York, UK, Ian Gilmore honorary professor, Liverpool University, Liverpool, UK

BMJ 2016; 352:i143 doi: 10.1136/bmj.i143 (Published 13 January 2016), [forrás](#)

Ismertető: Jenei Laura ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

4 éve tart az úgynevezett „Száraz Január” program az Egyesült Királyságban. A program célkitűzése a januári absztinencia. Felmerült a kérdés, nem okozhat-e több kárt ez a kampány, mint hasznot? Ian Hamilton megkérdőjelezi a kampány hatékonyságát, mivel nem bizonyítékon alapuló módszerek megismerését követően vezették be. Bárki csatlakozhat a kampányhoz és nagyobb valószínűséggel azok teszik, akik motiváltak. Másik hátránya a programnak, hogy a 65 éven felülieket és a veszélyeztetett célcsoportot a kampánnyal nem lehet elérni, mindemellett az alkohol eladási eredményeken az egy hónapos absztinencia nem látszik. A teljes

absztinencia nem felel meg a jelenlegi szakmai ajánlásoknak, és a 31 nap alkoholmentes időszakot megelőző és az azt követő időszakot sokan felmentésnek érzik, ezért több alkoholt fogyasztanak. Ian Gilmore szerint, mivel nagyon magas a súlyos alkoholfüggők száma, a figyelemfelhívás nem árt. Több mint 2 millióan csatlakoztak a programhoz. A kampányban a résztvevők 67%-a mondta azt, hogy a kampányt követő fél éves időszakban odafigyelt az alkoholfogyasztás mérséklésére, 79%-uk pedig, hogy pénzt spórolt, 62%-uk vallotta, hogy jobban alszik, 49%-uk mondta, hogy fogyást tapasztalt.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Programok tervezésénél elengedhetetlen a szakmai kritériumoknak megfelelő módszertan alkalmazása, a bizonyítékon alapuló jó gyakorlatok felkutatása. Ezek elmulasztása esetén egy kampány nem hozza meg a várt eredményt, rosszabb esetben akár káros is lehet.

A fiatalok dohányzási szokásait célzó tömegkommunikációs kampányok

Using Mass Media Campaigns to Reduce Youth Tobacco Use: A Review.

Jane Appleyard Allen, MA; Jennifer C. Duke, PhD; Kevin C. Davis, MA; Annice E. Kim, PhD; James M. Nonnemaker, PhD; Matthew C. Farrelly, PhD

American Journal of Health Promotion, 2015 Nov-Dec; 30(2):e71-82., [forrás](#)

Ismertető: Berki Júlia ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

A szisztematikus áttekintés a fiatalokat célzó dohányzás témájú tömegkommunikációs kampányok hatásosságát elemzi a populáció különböző csoportjai és az üzenetek jellemzői szerint. Az eredmények alapján megállapítható, hogy az egész populációt célzó kampányok eltérő mértékben hatnak a különböző kisebbségekhez tartozókra, a társadalmi-gazdasági státusz az üzenetekhez való hozzáférést befolyásolja, de az üzenetre való fogékonyságot nem. Az áttekintés alapján kijelenthető, hogy a negatív üzenetek nagyobb hatást képesek

elérni, a fiatalok jobban képesek felidézni személyes, meglepő történeteket, intenzív képeket, hanghatásokat tartalmazó reklámokat. Megállapítható, hogy az egészségkövetkezmények témáját feldolgozó reklámok hatnak a tudásra, de az attitűdöt nem befolyásolják. A passzív dohányzásról szóló reklámokat a fiatalok kevésbé tartják elgondolkodtatónak, azok a reklámok pedig, amelyek arra építenek, hogy a dohányzás valójában nem „menő”, kevésbé hihetőek, de szimpatikusak a fiatalok számára.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A beavatkozások tervezésekor szem előtt kell tartani a következőket:

- A kultúra jobban megosztja a fiatalokat, mint a különböző kisebbségekhez tartozás, így a kultúra megváltoztatása irányába szükséges hatni.
- A tömegkommunikációs kampányok költséghatékonyak, de célszerű átfogó programokat tervezni.
- A különböző kisebbségeket meg kell jeleníteni a kampányokban.
- Az alacsony társadalmi-gazdasági státuszú fiatalok elérésére stratégiákat kell kidolgozni.

A gyermekkori társadalmi-gazdasági helyzet és a felnőttkori fizikai aktivitás: szisztematikus áttekintés

Socioeconomic position during childhood and physical activity during adulthood: a systematic review

C. E. Juneau, T. Benmarhnia, A. A. Poulin, S. Côté, L. Potvin

International Journal of Public Health, November 2015, Volume 60, Issue 7, pp 799-813, First online: 23 August 2015, 10.1007/s00038-015-0710-y, [forrás](#)

Ismertető: Köteles Gábor ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

Egyre több bizonyíték van arra, hogy az élet korai szakaszában lévő társadalmi-gazdasági helyzet és a felnőttkori fizikai aktivitás között összefüggés van.

A cikk egyfajta szisztematikus áttekintés, amelynek célja, hogy összefoglalja ezeket a bizonyítékokat, illetve a különböző vizsgálatok tapasztalatai alapján javaslatot tegyen a későbbi, hatékony vizsgálati módszerekre. Három minőségi kritériumot állapítottak meg a 42 cikk értékelése kapcsán:

1. A gyerekkori helyzet feltérképezése prospektív módon történt-e?
2. A felnőttkori társadalmi-gazdasági helyzetet figyelembe vették-e?
3. A fizikai aktivitás méréséhez validált módszereket használtak-e?

A bizonyítékok nagy része (61,9%) alátámasztja azt az elképzelést, hogy az élet korai szakaszában lévő társadalmi-gazdasági helyzet hatással van a felnőttkori fizikai aktivitásra. A szigorúbb módszertanú vizsgálatok (legalább 2 minőségi kritérium megléte) még erősebben alátámasztják ezt (71,4%). A szabadidőben végzett fizikai aktivitások esetén a legerősebb a kapcsolat, szintén pozitív irányú a kapcsolat a felnőttkori kardiorespiratorikus mozgásformák és a szabadidős fizikai aktivitások, valamint az élet korai szakaszának társadalmi-gazdasági helyzete között. Negatív kapcsolat mutatható ki a korai életkorbeli társadalmi-gazdasági helyzet és felnőttkori „közlekedéses” és munkahelyi fizikai aktivitás között.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az élet korai szakaszában lévő társadalmi-gazdasági helyzet hatással van a felnőttkori fizikai aktivitásra. A korai életkorbeli társadalmi-gazdasági helyzet felmérésénél javasolt a prospektív módszer alkalmazása. A fizikai aktivitás mérésénél ajánlott a validált módszerek támogatása, a kérdőíves felmérések objektívebb, eszközös méréssel való kiegészítése.

Nem csak "egy kutyasétáltatás": a kutyasétáltatás és a háziállattal való játék, valamint a fizikai aktivitás ajánlások összefüggései a serdülők körében

Not Just "A Walking the Dog": Dog Walking and Pet Play and Their Association With Recommended Physical Activity Among Adolescents

Karen E. Martin, PhD; Lisa Wood, PhD; Hayley Christian, PhD; Georgina S. A. Trapp, PhD

American Journal of Health Promotion, 2015 Jul-Aug; 29(6):353-6. doi: 10.4278/ajhp.130522-ARB-262. Epub 2014 Aug 27., [forrás](#)

Ismertető: Járomi Éva 

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

A kutatás célja a háziállattal történő játék/kutyasétáltatás gyermekek és serdülők szabadidejében betöltött szerepének vizsgálata, valamint a kapcsolat feltárása ezen aktivitások és a fizikai aktivitás között Ausztráliában. Itt a háztartások háziállat-tartási aránya 60%, az összes háztartás 40%-a rendelkezik kutyával. A kutatás módszere: keresztmetszeti vizsgálat, validált önkitöltős fizikai aktivitási kérdőívvel. A vizsgált minta: 1 274 fő, Nyugat-Ausztrália nagyvárosaiban és vidéken élő, 8-16 éves tanuló. Eredmények: a fizikai aktivitási ajánlásnak való megfelelés aránya az általános iskolákban: 41,2% a fiúk, 27,4%

a lányok körében; a középiskolákban: 37,6% a fiúk, 10,1% a lányok körében. A kutyasétáltatás/háziállattal való játék előfordulása a tanulók életkorának előrehaladtával csökken. A kutyasétáltatás a 9. leggyakoribb játék/aktivitás volt az általános iskolás lányok és fiúk körében, a középiskolás lányok és fiúk esetében pedig a 3. és 4. leggyakoribb. Azoknak a középiskolásoknak, akik játszottak a háziállatukkal az elmúlt 7 napban, 1,8 ponttal nagyobb esélyük van arra, hogy elérjék a fizikai aktivitási ajánlást azokhoz képest, akik nem játszanak a háziállataikkal.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A kutyasétáltatás az egyik leggyakoribb rekreációs lehetőség a tanulók között. Átlagosan 1 órával mozognak többet, szignifikánsan nagyobb valószínűséggel felelnek meg a fizikai aktivitás ajánlásoknak, mint azok a tanulók, akik nem játszanak a háziállataikkal/sétáltatnak kutyát. A háziállatok potenciálisan elősegítik az aktív játékot, amely hozzáadódik a serdülők teljes fizikai aktivitásához. A házi kedvencekkel való játék ösztönzése, a figyelem felhívása ezen tevékenységre megalapozott stratégiája lehet a serdülők fizikai aktivitása növelésének. A kutyasétáltatás egy kevésbé strukturált, ütemezett tevékenység, ezért jól beilleszthető az egyre szorosabb napirendbe.

Természetes környezet és fizikai aktivitás: a természethez kötődő érzések közvetítő szerepének kutatása

Natural environments and physical activity: Exploring the mediation effect of nature related beliefs

G Calogiuri

DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckv176.252> First published online: 6 October 2015, [forrás](#)

Ismertető: Köteles Gábor ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

Korábban több vizsgálat is bizonyította, hogy kapcsolat van a magas szintű fizikai aktivitás és a természetes környezet között. Kevés keresztmetszeti vizsgálat tanulmányozta azonban a kognitív és a motívációs folyamatokat, amelyek esetleg hatással lehetnek erre a kapcsolatra. A norvég felnőttek körében (minta nagyság: 2168 fő) végzett vizsgálat célja volt felkutatni, van-e összefüggés a természetes környezet és a fizikai aktivitás között, valamint megállapítani, hogy milyen mértékű természethez kötődő érzések, hiedelmek befolyásolják ezt a vi-

szonyt. Megállapították, hogy pozitív összefüggés van a természetben végzett minimum 150 perc/hét mennyiségű fizikai aktivitás és az idős kor, a magasabb jövedelem, a családi állapot és a lakóhely között. A valós, fizikai aktivitást támogató természet közelsége szignifikánsan előrevetíti, hogy megvalósul a minimálisan ajánlott 150perc/hét fizikai aktivitás. Amennyiben figyelembe vették a természethez fűződő érzéseket, hiedelmeket, vagy a közösségi kapcsolatokat, akkor a természetes környezet és a fizikai aktivitás közötti kapcsolat gyengült.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A fizikai aktivitást támogató környezethez való hozzáférés segíthet az embereknek abban, hogy elérjék a 150 perc/hét fizikai aktivitási szintet. Azonban nemcsak a természetes környezethez való hozzáférés megteremtése szükséges, hanem a természettel kapcsolatos pozitív érzések támogatása is, illetve a lehetőségek megteremtése a közösségi aktivitásokhoz.

Tér-idő-test- és kapcsolatélmény az iskolai pihenőidőben történő fizikai aktivitás során: a legkevésbé aktív tanulók körében végzett kvalitatív esettanulmány

Space, body, time and relationship experiences of recess physical activity: a qualitative case study among the least physical active schoolchildren

Charlotte Skau Pawlowski, Henriette Bondo Andersen, Tine Tjørnhøj-Thomsen, Jens Troelsen and Jasper Schipperijn
BMC Public Health. 2016 Jan 6;16(1):16. doi: 10.1186/s12889-015-2687-0., [forrás](#)

Ismertető: Dávid Kata 

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

A gyermekek egy jelentős részének a fizikai aktivitási szintje a fejlett gazdaságú nyugati országokban sem éri el az ajánlásoknak megfelelő értéket. A gyerekek leginkább inaktív csoportja főleg iskolaidőben mozog, de kevés információ áll rendelkezésre róluk. A Dániában, 11-12 évesek körében végzett felmérés a címben említett tényezők mentén vizsgálta a résztvevők élményeit. A kutatásban 8 inaktív és 8 aktív gyerek vett részt, velük interjúkat folytattak le, melyeket megelőzően a gyerekek fotókat készítettek a pihenőidővel kapcsolatosan. A felmérés során a kutatás vezetője megfigyelőként is jelen volt. Eredmé-

nyek: az inaktív gyerekek erősen kötődnek az osztályteremhez; a túlsúlyos gyerekeket a testük miatt érzett szégyen, illetve a fizikai panaszok és mentális fáradtság is gátolja a mozgásban; a pihenőidő szubjektív idejét meghatározza a társaság és az elfoglaltság; az inaktív gyerekek kisebb csoportokban inkább bent beszélgetnek. A kutatás tapasztalatai alapján a bent tartózkodást preferáló gyerekek számára az osztályteremben érdemes mozgási lehetőségeket felkínálni. A kint tartózkodást segítheti, ha az iskolaudvar kisebb terekre van osztva és változatos mozgási lehetőségeket kínál.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A legkevésbé aktív gyerekeket homogén csoportként kezelni nem előremutató. A mozgás hozzájárul az önbizalom és a testkontroll erősítéséhez, ezáltal az iskola segíthet erősíteni az önbizalmat és javítani a testképen, pl. a testmozgáshoz köthető pszichológiai mechanizmusok hangsúlyozásával és „mercy” jellegű aktivitások (nem verseny alapú, sportélményre épülő mozgásprogramok) szervezésével.

Bizonyíték-alapú stratégiák hatásai a társadalmi-gazdasági helyzet szerepének csökkentésére az angliai Egészségügyi Szolgálat (NHS) vastagbélrák szűrési programjában való részvételben (ASCEND): négy csoportban végzett, random mintavételen alapuló kontrollált vizsgálat

Effects of evidence-based strategies to reduce the socioeconomic gradient of uptake in the English NHS Bowel Cancer Screening Programme (ASCEND): four cluster-randomised controlled trials

Wardle J, von Wagner C, Kralj-Hans I, et al.

The Lancet, Volume 387, Issue 10020, 751 – 759 20 February 2016, [forrás](#)

Ismertető: Taller Ágnes ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

Angliában az (ingyenes) rákszűrő programokban való részvétel függ a társadalmi-gazdasági státusztól, leginkább a vastagbélrák szűrés esetén. Az ASCEND projekt a rutin vastagbélrák szűrési program keretein belül azt vizsgálta, hogy a szűrési behívó megváltoztatásával lehet-e hatást gyakorolni az igénybevételben mutatkozó egyenlőtlenségekre. A négy csoportban végzett, random mintavételen alapuló kontrollált vizsgálat első csoportjában a szűréssel kapcsolatos egyszerűsített információkat tartalmazó összefoglaló szóróanyagot csatoltak a behívó mellé, a második csoportban egy, a szűréssel kapcsolatos személyes tapasztalatokat megosztó fényképes, rövid interjúkat tartalmazó szóróanyagot. A harmadik csoport behívóján egy általános háziorvosi ajánlást tüntettek fel kiemelten, a negyedik

csoportban pedig az emlékeztető levelet tették személyesebbé, valamint a levél végén három sorban kiemelve ismételtén összefoglalták a szűrés lényegét. Az eredmények szerint egyedül a negyedik beavatkozás hozott enyhe javulást a hátrányos helyzetű emberek részvételi arányának terén (és különösen a leghátrányosabb helyzetűek körében), valamint az általános részvételi arányt is javította. Az első két beavatkozás teljesen hatástalannak bizonyult, a harmadik pedig csak az általános részvételi arányt növelte. Számos oka lehet annak, hogy a hátrányos helyzetű emberek nem vesznek részt szűrésekben; ezeket a behívó megváltoztatásával nem lehet befolyásolni, ezért fontos új stratégiákat vizsgálni.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A hátrányos helyzetű emberek rákszűrésben való részvételét olyan tényezők (például, szociális/anyagi problémák, a szűréssel kapcsolatos negatív attitűdök, a mintavétellel járó kellemetlenségek) befolyásolják, amelyek kiterjednek az egészség társadalmi meghatározóira. A részvételi szándékot más tényezők befolyásolhatják, mint a tényleges cselekvést. Ezért alapos előkészítést követően – akár ágazatközi együttműködésben – komplex beavatkozásokat kell kidolgozni a hátrányos helyzetű lakosság rákszűrési programokban való részvételi arányának javítására.

Mammográfia és kiegészítő ultrahangvizsgálat szenzitivitása és specificitása Japánban

Sensitivity and specificity of mammography and adjunctive ultrasonography to screen for breast cancer in the Japan Strategic Anti-cancer Randomized Trial (J-START): a randomised controlled trial

Ohuchi, Noriaki et al.

The Lancet, Volume 387, Issue 10016, 341 – 348, [forrás](#)

Ismertető: Bilics Edit ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

Az emlőrák előfordulása Japánban nagymértékben emelkedett az elmúlt három évtizedben. Jelenleg a mammográfia a leghatékonyabb módszer az emlőrák korai felfedezésére, de fiatal nőknél vagy sűrű mellszövet esetén pontatlan a vizsgálat. Az ázsiai nőkre jellemző, hogy sűrűbb a mellszövetük és az emlőrák gyakorisága már 40-49 éves kor között tehető. A vizsgálat hipotézise, hogy a szűrés szenzitivitása 71%-ról 86%-ra növelhető kiegészítő ultrahangvizsgálattal a 40-49 éves korcsoportban. A kutatás randomizált kontrollált vizsgálat volt, melyet 2007. július és 2011. március között végeztek Japánban 42 vizsgálati helyen (kb. az ország felében). 76 196 tünetmentes, 40-49 éves nő vett részt a vizsgálatban, akiknél az elmúlt 5 évben nem diagnosztizáltak rákot. Az intervenciós csoport (mammográfia és

UH) létszáma 36 859 volt, a kontrollcsoporté (mammográfia) 36 139. A vizsgálat alatt több emlődaganatot fedeztek fel az intervenciós csoportban a kontrollcsoportéhoz képest (184 vs. 117) és a legtöbbet korai stádiumban (144 vs. 79). A szűrővizsgálat szenzitivitása szignifikánsan magasabb volt az intervenciós csoportban (91,1% vs. 77%), a specificitás szignifikánsan alacsonyabb (87,7% vs. 91,4%). Összességében a kiegészítő ultrahang növeli a szenzitivitást és a korai daganatok észlelési arányát, de hosszú távú nyomon követés szükséges annak megállapításához, hogy a kombinált megközelítés csökkenteni tudja-e az előrehaladott emlőrák és a mellrák miatti halálozás gyakoriságát.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A lakossági szűrővizsgálatok tervezésekor fontos az adott populáció sajátosságainak feltérképezése és a kockázati csoportok pontos meghatározása, továbbá a folyamatos monitorozás, értékelés és visszacsatolás.

Szoptatás a 21. században: epidemiológia, mechanizmusok és élethosszig tartó hatások

Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect

Victora, Cesar G et al.

The Lancet, Volume 387, Issue 10017, 475 – 490, [forrás](#)

Ismertető: Bíróné Asbóth Katalin ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmány 28 friss szakmai cikk szisztematikus áttekintésével, metaanalízisével, 153 ország 1995-2013 közötti nemzetközi standardizált és országos statisztikáinak elemzésével készült. Evidenciának bizonyult, hogy a szoptatás a csecsemőket, kisdedeket védi a hirtelen csecsemőhalálozás, a nekrotizáló enterocolitis, a légúti és hasmenéssel járó fertőzések ellen, növeli az intelligencia szintet, csökkenti a túlsúly, diabétesz kialakulását, óv a fogrendellenességekkel és fogszuvasodással szemben. A tartósan szoptató anyáknak bizonyítottan védelmet jelent a mellrák, petefészekrák és a 2-es típusú diabétesz el-

len, megnyújtja a két szülés közti időt. Néhány betegség kialakulásában nem bizonyított, de feltételezhető a pozitív hatása. Az adatokat elemezték az országok nemzeti jövedelme, az anya iskolai végzettsége és anyagi helyzet szerint is. Paradox jelenségeket is feltártak, például, a korai mellre helyezést kivéve, az összes indikátor fordítottan arányos az ország gazdasági fejlettségével (!). Az anyatej, mint „személyre szabott gyógyszer”, a tartós szoptatás évente több százezer gyermek és több tízezer anya megbetegedését előzheti meg. A szoptatás támogatása elősegíti a 2030-ig elérni kívánt Fenntartható Fejlődési Célok (SDG by 2030) megvalósítását.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A tanulmány alapján javasolt intézkedések: korszerű digitális technikák segítségével ismertetni, elősegíteni a szoptatást, mint a betegségek megelőzésében igazolt tényezőt. Széles körben megismertetni az anyatej, mint „személyre-szabott medicina” fogalmát, tudatosítani és támogatni a szoptatás esélyegyenlőséget javító szerepét.

Van-e közvetlen kapcsolat a boldogság és a halálozás között? – Követéses vizsgálat a brit "Million Women Study" alapján

Does happiness itself directly affect mortality? The prospective UK Million Women Study

Bette Liu, DPhil^a, Sarah Floud, PhD^b, Kirstin Pirie, MSc^b, Prof Jane Green, DPhil^b, Prof Richard Peto, FRS^c, Prof Valerie Beral, FRS^b for the Million Women Study Collaborators

^a Faculty of Medicine, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia

^b Cancer Epidemiology Unit, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Oxford, UK

^c Clinical Trial Service Unit and Epidemiological Studies Unit, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Oxford, UK

THE LANCET, Volume 387, Issue 10021, 27 February–4 March 2016, Pages 874–881; Available online 10 December 2015, [forrás](#)

Ismertető: Balku Eszter✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÓ

A közlemény egy prospektív vizsgálatot mutatott be, amelynek célja az volt, hogy megvizsgálja, befolyásolja-e a boldogság a halálozást. A vizsgálat alapja a UK Million Women Study nevű vizsgálat, amelyben egymillió nőt követtek 1996 és 2001 között. Közülük a cikkben bemutatott vizsgálathoz az előre meghatározott paraméterek alapján 719 671 nő került be. Arra voltak kíváncsiak a cikk szerzői, hogy a boldogság elősegítésére tervezett beavatkozások, kampányok hatásosak-e a halálozás csökkentése szempontjából. Az eredmények alapján elmondható,

hogy a boldogtalanság kapcsolatban áll a rossznak vélt egészségi állapottal és a rossznak vélt egészségi állapot növeli a halálozás kockázatát, azonban a boldogtalanság és a halálozás között nem találtak közvetlen kapcsolatot. A kapcsolatok vizsgálata során a szerzők korrigáltak a vélt egészségi állapotra, a magas vérnyomásra, diabéteszre, asztmára, artritiszre, depresszióra, szorongásra, szocio-demográfiai és életmódbeli tényezőkre.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A nők halálozásának csökkentése céljából nem érdemes a boldogság elősegítését célzó beavatkozásokat, kampányokat tervezni.

Évindító megújuló lapszám 113 éve és most

Inaugural issue 113 years before and now

Szerzők: Kovács Piroska✉, Solymosy József Bonifác
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Kulcsszavak: egészség, egészségkultúra, kritikus olvasás

Egészség XVII. ÉVF.109. füzet. Január 15 1903.I. füzet.

Csak természetes, ha az ember az új év kezdetén így sóhajt föl: Egészséget adj nekem Istenem!

Van-e, képzelhető-e ember, a ki ne egészségének tartósságát, vagy még inkább, ha beteg, ne annak visszanyerését kívánná mindenek fölött? És valóban örök igazság marad az, hogy a legnagyobb földi kincs az egészség. Többet ér az minden vagyonnál, ragnál, hatalomnál. Alapja az az öröme, a megelégedésnek, a boldogságnak, mert ezek csak amannak izmos törzse, lombokkal dús ágai alatt virulhatnak. Éltető ereje nélkül elcsenevésznek, kivesz minden. Egészség nélkül az élet teher, a földi javak élvezhetetlenek. A kinek pedig a sors anyagiakat sem jutott, annak aztán még sokszorta gyötrelmesebb az élete.

És mégis, mily kevesen törődnek egészségükkel; és általában a műveltebb ember is mily keveset érdeklődik az egészség megóvására irányuló törekvések iránt.

Sajátságos vonása az embernek, hogy a mikor teste minden külső és belső része jól teljesíti kötelességét, mikor egészséges, akkor ismeri fel legkevésbé az egészségnek nagy és mindenekfölött való értékét. Mikor ellenben megbetegszik, legyen bár csekélyebb jelentőségű a betegsége, azonnal észreveszi, hogy elvesztette a *legdrágább kincsét*.

Az is furcsa vonása az embernek, hogy a mikor elveszti egészségét. ennek a legdrágább kincsének a visszaszerzésére hajlandó minden módjában álló eszközt mozgosítani, minden tőle telhető áldozatot meghozni. Ellenben mikor jól érzi magát, az egészsége megóvására szolgáló és jelentékenyen kevesebb áldozatokat igénylő életmódot nem követi. Semmibe sem veszi az orvosnak, az egészségtudo-

mány hivatott művelőjének a lakásra, a táplálkozásra, a ruházatra, a test ápolására, a munkára s az egészségét közvetlenül érintő más sok egyébre vonatkozó tanácsait.

Sajnos, az egészségügyi dolgokkal való nemtörődőség vádjával nagyon sokakat illehetünk. De sőt maga az állam sem fordít az egészségügyre annyi gondot, nem hoz érette annyi áldozatot, mint a mennyit arra fordítania kellene! Egy-egy pusztító járvány kell ahhoz, hogy időnkint a közegészségügyért is tegyenek valamit.

A mi egyesületünk igazán szerény eszközeivel immár a tizenhetedik esztendeje küzd népünk egészségügyének javításáért.

Az *Egészség* mai füzetével e hasznos folyóiratnak *tizenhetedik* évfolyamát kezdjük meg.

Továbbra is az Országos Közegészségügyi Egyesület beszélő organuma kíván lenni az *Egészség*, a melyben számot adunk mindarról, a mit egyesületünk körében teszünk egészségügyünk javítása érdekében. Az *Egészség* útján világosítjuk föl tagjainkat és olvasóinkat a köz- és magánegészségügy körébe tartozó kérdésekről.

Folyóiratunkkal oktatni akarjuk olvasóinkat, mert bármennyire művelt legyen is valaki, mindent nem tudhat; és soha sem szégyen az, ha tanulunk. Más részről épen egészségügyi kérdésekben sokaknak *hiányos* az ismeretük, vagy a mi talán még rosszabb, *hibás*.

Olvassák tagjaink és előfizetőink az *Egészséget*, de adják oda másoknak is, hogy olvassák.

Támogassák a mi törekvésünket tagok gyűjtésével is!

Kérjük, hogy használják fel az ezen füzethez, mellékelt tagot-bejelentő szelvénykét !

Ha minden tagunk csak egy új tagot szerez, azzal már jelentékeny szolgálatot tesz egészségügyünknek, mert az Országos Közösségi Egyesület minden tagja harcosa nemzetünk egészségügyének.

Nézzék át egyesületünk tagjainak az *Egészség*

mult évi füzetében közzétett névjegyzékét: abból megláthatják, hogy kikkel állanak *egy seregben*, de megláthatják azt is, hogy ismerőseik közül ki nincs még benn a seregben.

Rajta! Toborozzanak!

Ahogy 1903-ban, úgy ma is szerepel a jókívánságok között az egészség. Ma már tudjuk, hogy az egészségért nem csak fohászodni lehet, hanem tudatosan is lehet tenni érte és nem csak az egyén, de a társadalmi-gazdasági-kulturális környezet is felel a minőségéért. Az egyén számára „az egészséget valószínűként kell értelmeznünk az egyén és a társadalom szintjén, vagyonként, erőforrásként, olyan értéként, melyre vigyáznunk és fejlesztenünk kell”.¹ Gazdasági szempontból vizsgálva: „[...] a gazdasági fejlettség és az egészségi állapot közötti összefüggés kétirányú: a népesség egészségi állapota – és így maga az egészségügyi rendszer is – alapvetően befolyásolja a hosszú távú gazdasági növekedést.”² Az elkerülhető halálozás tényezői között jelentős tényező az egészségügyi kapacitások és az ellátásra szoruló egyének igénybevételi hajlandósága (egészségkultúrája).³ Az egészségkultúra (health literacy), az egyén szintjén magában foglalja a képességet, hogy az egyén a számára fontos információkhoz hozzáférjen, megértse és tudja értékelni, valamint kommunikálni is azokat annak érdekében,

hogy saját egészségét élete során különböző helyzetekben fenntartsa és fejlessze. A társadalom szintjén viszont a szolgáltatások és elérhetőségük, a természetes és mesterséges környezet milyensége, a társadalmi (igazságos) elosztási/újraelosztási rendszerek együttesen képezik az egészségkultúra részét. A 113 évvel ezelőtti folyóirati oktatási szándéka ma is méltányolható, a mostani megújult Egészségfejlesztés folyóirat azonban inkább a szakmai párbeszéd megindítását, fenntartását célozza. Nem toborzunk egyesületi tagokat, de azt kérjük, hogy ajánlják olvasásra másnak is. 113 évvel ezelőtt, az egészség ügyének szolgálatát még az egyesületi tagtoborzásban látták: „Ha minden tagunk csak egy új tagot szerez, azzal már jelentékeny szolgálatot tesz egészségügyünknek”. Ma már az olvasótábor bővülésében hiszünk inkább, az egészség ügyének szolgálatában, az egészségkultúránk erősítése kapcsán. Célunk, hogy együtt tanuljunk tovább Önökkel a jövőben is. Ma már inkább azt mondjuk: Rajta! Olvassanak kritikusan és osszák meg másokkal is, küldjenek visszajelzéseket!

¹ Császi Erzsébet: Az első feladatok között van a népegészségügy átalakítása - Interjú dr. Vokó Zoltánnal. iLAM 2011.05.20. http://www.elitmed.hu/ilam/interjuk/az_elso_feladatok_kozott_van_a_nepegeszsegugy_atalakitasa_7543/ (Elérés: 2015.03.01.)

² Orosz Éva: Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején. Esély, 2009;6:3-26. http://www.esely.org/kiadvanyok/2009_6/OROSZ.pdf (Elérés: 2015.03.01.)

³ Balku Eszter, Berki Júlia, Csizmadia Péter et al.: Egészségjelentés2015, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2015. http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/asssets/files/news/egeszsegjelentes-2015.pdf 25.o (Elérés: 2015.03.01.)

Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése

The latest report about the international study Health Behaviour in School-aged Children

Szerző: Németh Ágnes ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Kulcsszavak: HBSC; egészségmagatartás; gyermek; serdülő; iskola

Keywords: HBSC; health behavior; child; adolescent; school

Az Emberi Erőforrások Minisztériumában (EMMI) 2016. március 17-én sajtótájékoztatót tartott Dr. Pusztai Zsófia, a WHO Magyarországi Irodájának vezetője, Dr. Török Krisztina, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet főigazgatója és Dr. Beneda Attila, az EMMI egészségpolitikáért felelős helyettes államtitkára. A sajtótájékoztató témája az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló, négy évenként felméréseket végző nemzetközi kutatás március 15-én megjelent nemzetközi és hazai jelentése volt, melyek a 2014-ben megvalósított legutóbbi adatfelvétel eredményeit mutatják be.

A felmérés 42, zömében európai ország több mint 220 ezer serdülőkorú fiataljának egészségére és életmódjára vonatkozó adatait gyűjtötte össze. Magyarországon az országosan reprezentatív vizsgálat keretében több mint hatezer 11, 13, 15 és 17 éves átlagéletkorú tanulót kérdeztek meg. A dohányzási és alkoholfogyasztási arányok a tinédzserek körében Magyarországon csökkentek 2010-hez képest. A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet által vezetett kutatás eredménye szerint a nemzetközi átlagokhoz képest viszont nem javultak eredményeink: még mindig kedvezőtlenebbek azoknál mind a dohányzás, mind az alkoholfogyasztás tekintetében. Minden ötödik magyar 15 éves hetente legalább egyszer rágyújt, míg Európában átlagban ez csak minden tizedik fiatalra jellemző. A magyar 15 évesek

több mint egyharmada legalább kétszer volt már részeg életében és e tekintetben csak Dánia előzi meg hazánkat. Csökkentek a drogfogyasztási arányok is, a valamilyen szert életükben kipróbálók aránya jelenleg kevesebb, mint 25%. A túlsúlyos magyar fiatalok aránya nem változott – mintegy 20% a 11-15 évesek körében –, ez európai viszonylatban közepesnek mondható. A táplálkozási szokásokban azonban kedvező változást is tapasztaltunk: nőtt a zöldségféléket naponta fogyasztók száma, ez ebben a korosztályban minden harmadik magyar fiatalra jellemző. Kismértékben csökkent azoknak a száma is, akik naponta fogyasztanak cukortartalmú üdítőitalokat és édességeket. A fiatalok körében minden negyedik eszik rendszeresen ilyen terméket. A nemzetközi trendeket vizsgálva, ezen a területen hazánk több mint 30 európai országból a hetedik legdinamikusabban fejlődő ország közé tartozik. Mérsékelt, de egyértelműen javuló tendencia látható a testmozgás gyakoriságában: a semmit vagy nagyon keveset mozgó tanulók aránya csökkent, jelenleg 28%. Némileg csökkent a sokat, naponta legalább 2 órát televíziót nézők aránya; hétköznapokon több mint a tanulók fele, hétvégén 80%-a tölti ezzel az idejét. A magyar fiatalok nemzetközi viszonylatban magas arányban értékelik egészségüket rossznak vagy éppen csak megfelelőnek. A gyakori egészségpanaszok (pl. fejfájás, gyomorfájás, ingerlékenység, fáradtság, elalvási nehézségek) előfordulása azonban átlagosnak mondható Európában. Hazánkban egyedülálló módon vizsgáljuk a serdülőkorúak hangulati problé-

máit, depresszív érzéseit is. E tekintetben kedvezőtlen változást tapasztaltunk: 2010-ben a 15 éveseknek mintegy egynegyede, 2014-ben azonban már közel egyharmada számolt be hangulati zavarokról. Első ízben vizsgálta a kutatás a tizenévesek baráti kapcsolatainak erősségét. E tekintetben hazánk kiemelkedően jó eredményeket mutat: a 11 és 13 évesek körében a magyar tanulók számoltak be a

legnagyobb arányban erős baráti támogatásról, míg a 15 évesek között csak a svájci fiatalok előzik meg a magyarokat. A magas társas támogatottság a tanulók több mint háromnegyedére jellemző minden korcsoportban.

A nemzetközi angol nyelvű jelentés [elektronikusan](#) elérhető, a hazai kutatási jelentés pedig hamarosan olvasható lesz a NEFI [honlapján](#).

Egészségfejlesztési irodák hálózata

Network of Health Promotion Offices

Szerző: Bezzegh Péter ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Kulcsszavak: egészségfejlesztés; EFI; hálózatok; egészségfejlesztési iroda

Keywords: health promotion; network; health promotion office

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IRODÁK HÁLÓZATÁNAK LÉTREHOZÁSA

A Széchenyi Terv keretében 2011-ben kiírt, TÁMOP-6.1.2/11/3 és TÁMOP-6.1.2/11/LHH/B kódszámú pályázati felhívások nyomán Magyarországon 61 egészségfejlesztési iroda (továbbiakban EFI) jött létre és kezdte meg működését 2013 és 2014 folyamán. A kialakított irodák közül 20 található leghátrányosabb helyzetű (LHH) és 18 hátrányos helyzetű (HH) járásban. A népegészségügyi szervezetrendszer egyik alapját képező irodák létrehozásának alapvető célja a szív-érrendszeri és daganatos megbetegedések prevenciójának támogatása, a korai és elkerülhető halálozás csökkentése, az egészséget meghatározó életmód, valamint az egészségmagartást befolyásoló szokások, attitűdök javítása és a lakosság egészségtudatosságának növelése volt. A pályázati kiírásban fontos célként jelent meg, hogy az egészségfejlesztési irodák intézményi háttérrel biztosítsanak a betegségmegelőzési, egészségfejlesztési tevékenységhez oly módon, hogy aktívan működtetik, tartós helyi, kistérségi hálózatba integrálják az egészségfejlesztési tevékenységet végző szervezeteket. Tehát nemcsak megvalósítják a helyi szintű egészségfejlesztési tevékenységeket, hanem összefogják a kapcsolódó helyi szervezeteket, koordinálják a közös munkát. Ezen túlmenően fontos célkitűzés volt az is, hogy a helyi érdekhordozókat és véleményformálókat is minél nagyobb mértékben érdekelté tegyék abban, hogy hatékonyabban valósuljanak meg az adott járásban az egészségnevelési és egészségfejlesztési programok.

AZ EFI HÁLÓZAT MŰKÖDÉSÉNEK TAPASZTALATAI

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet EFI koordinációs csoportja által működtetett adatgyűjtési rendszer adatai és az EFI munkatársainak projektidőszakhoz kapcsolódó tapasztalatai alapján az EFI-k fő szakmai tevékenységi körei a következő területekre oszthatóak:

- EFI irodában, az EFI munkatárs által végzett állapotfelmérés, kockázatbecslés és tanácsadás;
- az EFI irodák közösségi helyein megvalósuló, szakemberek által végzett szakmaspecifikus tanácsadás (pl. dietetikus tanácsadás, pszichológus tanácsadás);
- települési szinten végzett szűrések, egészségnapok szervezése és megtartása, közösségi egészségfejlesztési programok megvalósítása;
- egyéb szervezetek (önkormányzatok, civil szervezetek, iskolák, és Népegészségügyi Főosztályok) által tartott rendezvényeken történő részvétel egy programelem megtartásával;
- helyi hálózati aktivitás elősegítése, partnerhálózat kiépítése.

A következőkben az EFI-k főbb tevékenységi köréről gyűjtött számszerűsíthető adatok bemutatására térünk ki (partnerhálózat, közösségi programok, egyéni állapotfelmérés és tanácsadás). Az adatgyűjtés alapján az EFI-knek összesen 1151 partnerszervezettel van kapcsolatuk. Az EFI-k által megadott adatok alapján a partnerszervezetekkel történő együttműködések túlnyomó része valamilyen konkrét tevékenység (például, testmozgás programok

EFI HÁLÓZAT A JÖVŐBEN

Az egészségfejlesztési irodákat létrehozó egyes projektek 2015 folyamán folyamatosan futottak ki és a legkésőbb induló irodáknak is 2015. október 31-én véget ért a projekt és elkezdődött a fenntartási időszak. A fenntartási időszak finanszírozására már a 2015. évi központi költségvetésben is rendelkezésre állt a forrás, így a létrehozott EFI-k a projekt zárása után megszakítás nélkül folytathatták a megkezdett munkájukat. 2015-ben összesen 902 millió Ft működési támogatás került elkülönítésre, az egyes EFI-kre lebontva ez havi 2,1 millió Ft működési támogatást jelentett. A 2016. évi központi költségvetésben szintén elkülönített forrás áll rendelkezésre az EFI-k éves működési támogatásának finanszírozásához, összesen 1,537 milliárd Ft összegben. Az egy EFI-re jutó havi működési támogatás összege nem változott az előző évhez képest, maradt havi 2,1 millió Ft. A már működő EFI-k működésének támogatása mellett az EFI hálózat bővítése, illetve a már meglévő EFI-k funkcióbővítése is a tervek között szerepel. Az erre vonatkozó Emberi Erőforrás Operatív Program

(EFOP) kiírás várhatóan az év folyamán kerül meghirdetésre. Az EFOP kiírás segítségével a következő évekre elérhető, hogy a járások közel kétharmada már rendelkezzen EFI-vel. Az országos lefedettség felé történő elmozdulás azért is kiemelten fontos, mivel az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 2016. január 1-től hatályba lévő módosítása előírja a járásszékhely önkormányzatainak a járási egészségterv kidolgozását és megvalósítását, ott, ahol van, az egészségfejlesztési iroda bevonásával. Ez azért is mérföldkő az EFI hálózat számára, mivel először szerepel jogszabályban az egészségfejlesztési iroda megnevezés és először kapcsolódik hozzá meghatározott feladat. A fenntartási időszak működési támogatása, a hálózat EFOP forrásból történő bővítése és az EFI-k egyes feladatainak jogszabályban történő rögzítése mind azt vetíti előre, hogy az EFI hálózat hosszú távon ténylegesen betöltheti a kialakításkor megfogalmazott célt, hogy helyi szintű intézményi háttérrel biztosítson a betegségmegelőzési, egészségfejlesztési tevékenység megvalósításához és koordinálásához.

Kábítószer-probléma Magyarországon az elmúlt 10 évben

Drug problems in Hungary in the last 10 years

Szerző: Nyírády Adrienn ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Kulcsszavak: Nemzeti Drog Fókuszpont; EMCDDA; kábítószer; drog; jelentés

Keywords: Hungarian National Focal Point; EMCDDA; narcotic; drug; report

Az elmúlt tíz évben komoly erőfeszítések történtek a kábítószerügyi adatgyűjtés kiépítése és a magyarországi kábítószerhelyzetet bemutató, nemzetközi gyakorlatnak megfelelő elemzések összeállítása érdekében. A Nemzeti Drog Fókuszpont 2004 óta végzi tevékenységét a kábítószer-problémára adott hatékony válaszlépések tudományos eredményeken alapuló, hiteles támogatásával és a nemzetközi adatszolgáltatási kötelezettség magas színvonalú teljesítésével. A [kábítószer-helyzet Magyarországon 2004-2014](#) című kötet az elmúlt tíz évet áttekintve

a kábítószer-probléma alakulását követi nyomon, törekedve a trendek és a jelenlegi helyzetet megalapozó főbb változások bemutatására. Számot ad a kábítószer-probléma alakulásával és a válaszlépésekkel kapcsolatos legfontosabb fejleményekről, így a jogszabályi változásokról; a szerhasználati mintázatokban bekövetkezett változásokról és a kezelésbe kerülőkről; a fertőző betegségek és a halálozás alakulásáról; valamint a kábítószer-piaci lefoglalási és bűnözési statisztikákról.

Egészségjelentés2015

Health Report 2015

Szerző: Varsányi Péter ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Kulcsszavak: egészségjelentés; egészségmonitorozás; egészségveszteség

Keywords: health report; health monitoring; DALY; burden of diseases

Az Egészségjelentés2015 – Információk a hazai egészségveszteségek csökkentéséhez című tanulmány célja, hogy támogassa az egészségpolitikai döntéshozókat a népegészségügy területét érintő informált döntéshozatalban. Az Egészségjelentés2015 a Magyarországon korábban megszokott jelentésektől némiképp eltérően, egy elméleti modell felhasználásával került megtervezésre és a legnagyobb egészségveszteséget okozó népegészségügyi problémák azonosítását és azok lehetséges megoldását helyezi középpontba. A jelentés tehát nem tartalmaz minden, a magyar lakosság egészségi állapotával kapcsolatos adatot, csupán egy népegészségügyi szempontból összeállított, áttekinthető képet ad a legfontosabb egészségproblémákról.

Az Egészségjelentés2015 több részre tagolódik. A vezetői összefoglalóban a döntéshozói igényekhez illeszkedően röviden kerülnek ismertetésre a kiemelkedő hazai egészségproblémák és azok lehetséges megoldásai. A jelentés első részében a legna-

gyobb egészségveszteséget okozó egészségproblémák, a második részében pedig az azokra adott korábbi intézkedések, illetve külföldi jó gyakorlatok kerülnek példaként bemutatásra.

Az Egészségjelentés2015 elkészítésében a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, az Országos Epidemiológiai Központ, az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet Főigazgatósága, valamint a Központi Statisztikai Hivatal szakemberei vettek részt. A tanulmány szakmai véleményezésében a már említett intézményeken felül az Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkársága, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal, a WHO Magyarországi Iroda, a Pécsi Tudományegyetem, a Semmelweis Egyetem és a Szegedi Tudományegyetem is közreműködött.

Az Egészségjelentés2015 – Információk a hazai egészségveszteségek csökkentéséhez című tanulmány [ezen](#) a linken érhető el.

Teljes körű iskolai egészségfejlesztési koncepció

Whole school health promotion concept

Szerző: Solymosy József Bonifác ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Kulcsszavak: teljes körű; iskolai; egészségfejlesztés

Keywords: whole approach; school; health promotion

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (a továbbiakban: NEFI) és a Klebelsberg Intézményfenntartó Központ (a továbbiakban: KLIK) a Kormányzattól kapott felhatalmazássalⁱ élve 2014. augusztus és 2015. november között megvalósította a „TIE-Projektet”.ⁱⁱ A projekt keretében – sok más egyéb eredmény mellett – több egészségfejlesztési témát, programot lefedő szakmai ajánlás, módszertani szakanyag készült, valamint a teljes körű iskolai egészségfejlesztés szakmai koncepciója (a továbbiakban: Koncepció). A Koncepcióⁱⁱⁱ elsősorban az országos és a helyi döntéshozók számára készült azzal a céllal, hogy a szakpolitikai, egyben kormányzati döntéshozatalt támogassa, és döntés-előkészítő anyagként szolgáljon az elkövetkező időszakban, de legalább 2020-ig. Ezen túlmenően a Koncepció olyan eszközöket is igyekszik adni a döntéshozók kezébe, amelyek segítenek az iskolák életében meglévő változási folyamatok útjában álló akadályok legyőzésében. A Koncepció ennek érdekében világos helyzetelemzést ad, célokat és gyakorlatban alkalmazható beavatkozási és intézkedési javaslatokat fogalmaz meg a Projekt célrendszerével és a szakpolitikai stratégiai irányokkal összhangban.

AZ ALÁBBIKBAN A KONCEPCIÓ FŐ FEJEZETEINEK CÉLJÁT TEKINTJÜK ÁT

A Bevezetés című fejezet meghatározza a teljes dokumentum célját, valamint bemutatja a Koncepció megalapozottságát és indokoltságát. A Helyzetelemzés című fejezet bemutatja a Koncepció számára releváns célcsoport egészségi állapotát jellemző demográfiai (születés, halálozás) és megbetegedési adatokat, valamint bemutatja az életmódra vonatkozó adatokat is az ezeket alátámasztó kutatásokkal együtt. A hazai és nemzetközi iskolai egészségfejlesztés története mellett a fejezet kitér a más területeket is érintő jogszabályi környezetre, az elindult fejlesztésekre, valamint röviden bemutatja azokat a Kormány által elfogadott stratégiákat, amelyek valamilyen formában kapcsolódnak az iskolai egészségfejlesztéshez. A fejezet végén a jelenlegi helyzetet leíró „problémafa”, valamint a stratégiai irányokat meghatározó SWOT elemzés kerül bemutatásra. Az Elméleti és módszertani háttér című fejezet célja, hogy a Helyzetelemzés című fejezetben leírt, elsősorban nemzetközi példák alapján összefoglalja azokat az alapokat, amelyek segítségével

ⁱ A Kormány a projektjavaslat támogatásának jóváhagyásáról és akciótervi nevesítéséről szóló 1467/2014 (VIII.15.) Korm. határozattal fogalmazta meg azt az elvárását, hogy a teljes körű iskolai egészségfejlesztés koncepciójának elkészítését (a továbbiakban: Koncepció) a kiemelt projekt keretében, a NEFI által vezetett konzorcium készítse el.

ⁱⁱ „TIE-Projekt”: „Komplex intézményi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az általános iskolákban, valamint szabadidős közösségi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az iskolán kívüli szereplők bevonásával” című, TÁMOP-6.1.2.A-14/1-2014-0001 jelű kiemelt projekt.

ⁱⁱⁱ A Koncepció formai és tartalmi elemeit a kormányzati stratégiai irányításról szóló 38/2012. (III. 12.) Korm. rendelet (a továbbiakban 38/2012. (III.12.) Korm. rendelet) 33.§ írja le, amely alapján a hosszú távú koncepció egy adott szakpolitikai területéről készült részletes stratégiai tervdokumentum, amely azonosítja a szakpolitikai területtel kapcsolatos legfontosabb problémákat; meghatározza a jövőképet és a jövőképen alapuló kiemelt célokat, valamint a beavatkozásokat, kockázatokat és a fontosabb eszközöket.

a teljes körű iskolai egészségfejlesztés főbb célterületei és a megvalósításukhoz szükséges beavatkozások meghatározhatók. A Teljes körű iskolai egészségfejlesztés elvei című fejezet bemutatja az egészségfejlesztés során alkalmazott elvek értelmezését az iskolai szintér tekintetében. A Jövőkép című fejezet célja, hogy a fentebb bemutatott helyzetelemzés és problémafa alapján bemutassa a gyakorlatban megvalósuló teljes körű iskolai egészségfejlesztés jövőbeni vízióját, felvázolva az elérendő állapotot. A Célterületek című fejezet a korábban bemutatott modellek alapján a lehetséges változtatási célokkal együtt leírja azokat a célterületeket, amelyek a beavatkozások hatásos és hatékony iskolai egészségfejlesztést eredményeznek. A Beavatkozások és szakpolitikai eszközök című fejezet célja bemutatni, hogy a felvázolt „Viselkedésváltoztatás ke-

reke” modell szerint alkalmazott beavatkozások és szakpolitikai eszközök a célterületeken hogyan használhatóak fel kormányzati szinten. A fejezet továbbá tartalmazza a beavatkozások és a célterületek közötti koherenciák bemutatását, valamint a már meglévő és lehetséges ágazatközi kapcsolatokat. A Koncepció szerves részét képezi a 12 darab melléklet is. A Mellékletek című fejezet csak [elektronikus](#)an érhető el. A mellékletekben a fogalmak értelmezésén túl azok az anyagok találhatóak meg, amelyek pontosabban és részletesebben kifejtik és magyarázzák az összefüggéseket. Valamennyi fejezetben külön feltüntettük a legfontosabb hivatkozásokat, amelyek lehetővé teszik, hogy a terület iránt mélyebben érdeklődők is utánanézhessenek, vagy bővebben olvashassanak egy-egy hivatkozásról.

Stratégiai dokumentumnak hívunk minden olyan dokumentumot, amely a stratégiai tervezés különböző szintjein a tervezési folyamat végső kimeneteként keletkezik, például, koncepció, stratégia, akcióterv. A *konceptió* önmagában is értelmezhető stratégiai dokumentum, amely a stratégia átfogó, magas szintű megalapozását adja. A koncepció egy meghatározott területről készült részletes, a beavatkozások indokoltságát alátámasztó elméleti dokumentum, amely azonosítja a területtel kapcsolatos legfontosabb problémákat, meghatározza a jövőképet, továbbá a jövőkép elérését biztosító felső szintű célokat és prioritásokat. A koncepció a stratégiától abban különbözik, hogy nem tartalmazza a tervezett beavatkozásokat, az eszközök meghatározását, a pénzügyi tervezést és a megvalósítási-monitoring alapelveket, csupán ezek szakpolitikai megalapozását. A koncepcióban megfogalmazott célállapot (jövőkép) elérésének átfogó terve a *stratégia*: olyan, a koncepciónál részletesebb, ugyanakkor a koncepciót is magába foglaló stratégiai dokumentum, amely a jövőkép megalapozáson túl a jövőkép eléréséhez szükséges célhierarchiát, a tervezett konkrét beavatkozásokat (eszközöket), illetve a célok eléréséhez szükséges pénzügyi tervezést és megvalósítási-monitoring mechanizmusokat mutatja be. Az *akcióterv* olyan, a stratégia megvalósítására fókuszáló tervezési dokumentum, amely tartalmazza a stratégiai célok eléréséhez szükséges feladatokat, valamint a feladatok végrehajtására megállapított határidőket és felelősöket. A *program* (vagy akcióprogram) az akcióknak egy logikailag összetartozó csoportja.

2014. évi demográfiai adatok gyermekgyógyászoknak

2014 Hungarian demographic data for paediatricians

Szerző: Dr. Valek Andrea ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Kulcsszavak: demográfia; gyermek; újszülött; csecsemő, termékenység, élveszületés, halálozás

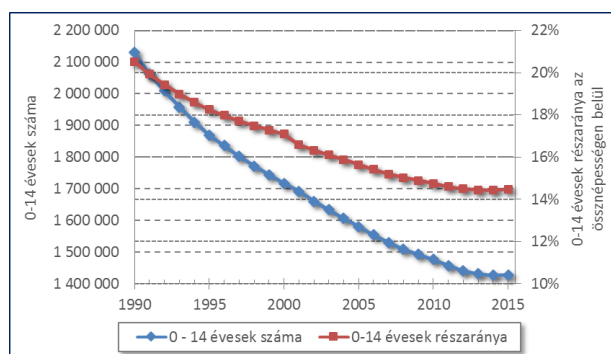
Keywords: demography; child; newborn; infant; fertility, live birth, mortality

A lakosság egészségi állapotának felméréséhez ismeretekkel kell rendelkezni az érintett népesség demográfiai jellemzőiről is. Hazánkban 2014-ben több népmozgalmi folyamatban is kedvező irányú változás következett be az előző évihez képest: emelkedett a születések száma, kevesebb halálozás történt, számottevően csökkent a terhesség-megszakítások száma, és az eddigi legalacsonyabb volt a csecsemőhalálozás. Jelen beszámoló egy előzetes bemutató, a később elkészülő részletes elemzés és a korábbi évek adatai a www.ogyei.hu honlapon érhetőek el.

A GYERMEKNÉPESSÉG SZÁMA, ARÁNYA

A magyar 0-14 éves korú gyermekek száma 1990 óta folyamatosan csökken, 1993-ban kétfélmillió alá került, 2015. január 1-jén 1 427 186 volt. [1. ábra] A 0-14 évesek teljes népességen belüli aránya az 1990-es 20,5%-ról 2015-re 14,5%-ra csökkent.

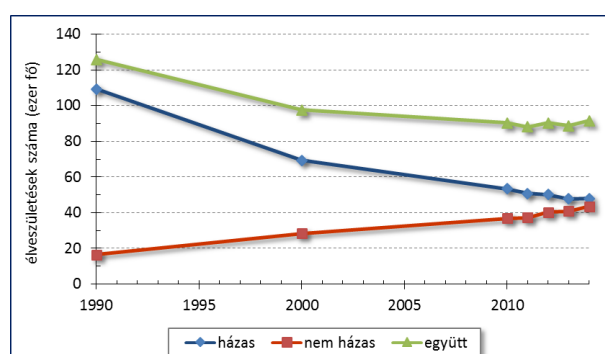
1. ábra: A 0-14 éves népesség számának és arányának alakulása, 1990-2015



ÉLVESZÜLETÉS

Az élveszületések száma először 1998-ban süllyedt százezer alá, a mélypontot a 2011. évi születésszám jelentette. 2014-ben 91 510 magzat jött a világra, amely az életnek valamilyen jelét adta; ez az elmúlt öt év legmagasabb születésszáma. Az újszülöttek súlya az egyik legfontosabb csecsemőhalálozást befolyásoló tényező. A kis súlyú újszülöttek, a 2500 grammnál kisebb súllyal születettek aránya nagyon magas, az utóbbi tizenöt évben nem mutatott csökkenést, értéke 8,9% volt. A nem házassági állapotúak részaránya folyamatosan emelkedik a szülő nők között, 2014-ben az újszülöttek majdnem fele, 47,6%-a született házasságon kívüli kapcsolatból, amely az eddigi legmagasabb részarány. [2. ábra] A 2014-es születésszám növekedés több mint 90%-a a házasságon kívüli születések nagyobb mértékű emelkedéséből eredt. A szülő nők életkora egyre határozottabban kitolódik, a nők átlagos életkora a gyermekük születésekor

2. ábra: Élveszületések számának alakulása az anya családi állapotától függően, 1990-2014



2014-ben 30,14 év volt. A 2014. évi születésszám-emelkedés a szülőképes korú nők létszámának csökkenésével párhuzamosan ment végbe, és mivel a 44 év feletti nők kivételével valamennyi korcsoportban nőtt a születések száma, így a termékenység is. Míg 1990-ben a 20-24 éves korcsoportban, 2000-ben a 25-29 éves korcsoportban, ezt követően már a 30-34 éves korcsoportban volt a legmagasabb a korszpecifikus termékenység. [3. ábra] 2010 óta az összes újszülött több mint felét a 30 éves és ennél idősebb nők vállalják, 2014-ben arányuk 53,7%-ot tett ki.

MAGZATI VESZTESÉGEK

A magzati halálozások száma, ami a spontán vetélés és halvaszületések együttes számát jelenti, ugyan jelentéktelen mértékben csökkent az utóbbi évtizedben, de a 100 éveszülöttsre vonatkoztatott aránya növekedést mutat, bár 2011 óta már csökkenő tendencia figyelhető meg. [4. ábra] 1990-től a terhességmegszakítások aránya folyamatosan csökken, 2014-ben 100 éveszülöttsre 35,7 terhességmegszakítás jutott.

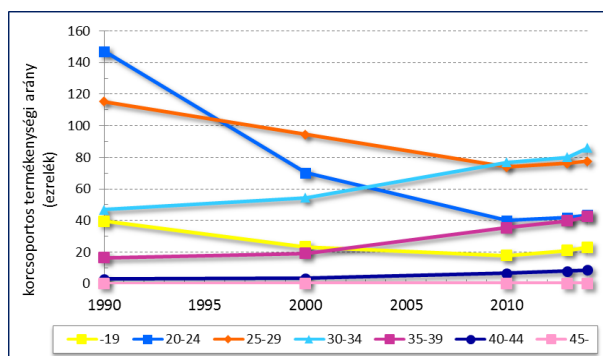
SZÜLETÉS KÖRÜLI HALÁLOZÁS

A születés körüli halálozási arányszám változásának tendenciája csökkenő, nagyobb részét a késői magzati halálozás adja. [5. ábra] 2014-ben 1000 születésre 6,3 perinatális halálozás jutott, 421 volt a halvaszülöttek, 161 a 0-6 napos korban meghaltak száma.

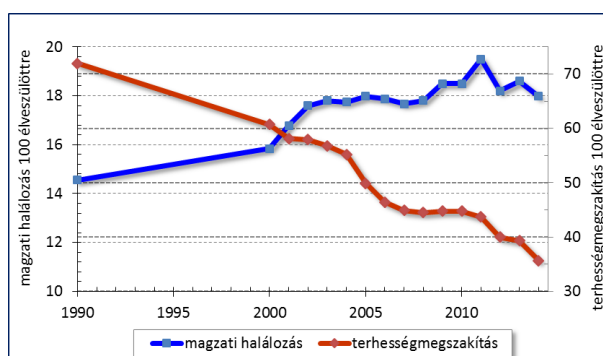
CSECSEMŐHALÁLOZÁS

1990-ben 1000 éveszülöttsre közel 15 halott csecsemő jutott, azóta a csecsemőhalandóság folyamatosan csökkent, 1997 óta az értéke 10 ezrelék alatt van, 2011-ben pedig az egy éven aluliak mortalitása 5 ezrelék alá került. [6. ábra] 2013-ban a javuló irányzat megtorpant, és ismét 5 ezrelék fölé emelkedett az értéke. 2014-ben 1000 éveszülöttsre 4,6 egy éves kora előtt elhunyt gyermek jutott. 2015-ben tovább csökkent a csecsemőhalandóság, az ez évi érték – 4,1 ezrelék – az eddigi legalacso-

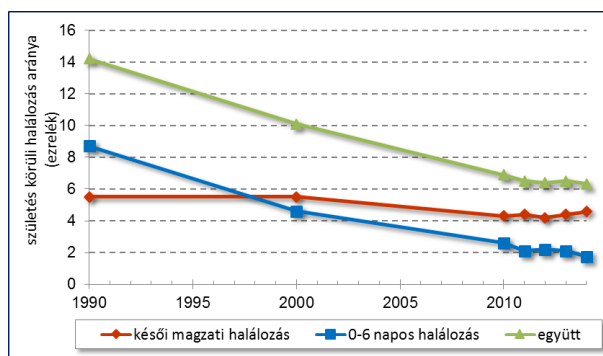
3. ábra: Ezer megfelelő korú nőre jutó éveszülötés, 1990-2014



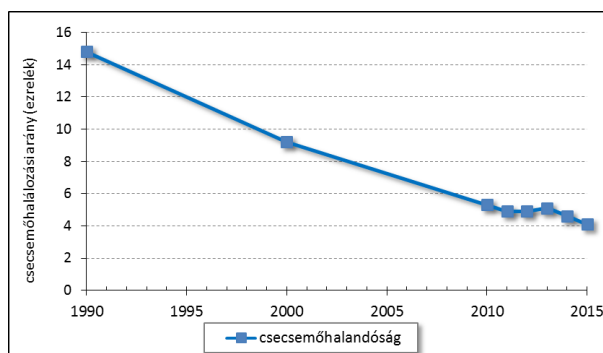
4. ábra: Magzati veszteségek alakulása, 1990-2014



5. ábra: Születés körüli halálozás alakulása, 1990-2014



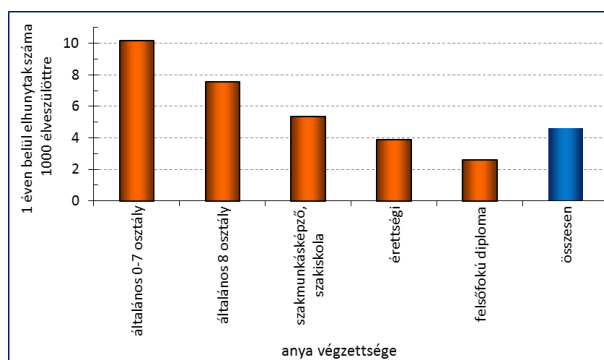
6. ábra: Csecsemőhalandóság alakulása, 1990-2015



nyabb hazánkban. A csecsemőhalálozás összefüggése a szülők, elsősorban az anya iskolázottságával bizonyítottan tekinthető. A középfokú és felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkező anyák újszülöttjeinek halandósága alacsonyabb, mint az átlagos csecsemőhalandóság. Az általános iskolát be nem fejező anyák csecsemőinek a halálozása több mint négyszerese volt a legmagasabb iskolai végzettségű anyák csecsemői körében mért halálozási szintnek. [7. ábra] A csecsemőhalandóság terén nagy területi egyenlőtlenségek alakultak ki Magyarországon. Megyei összehasonlításra a három évre összevont csecsemőhalálozási arányszám alkalmas. A 2012-2014-es évre összevont arányszám országos értéke 4,85 ezrelék volt. [9. ábra] Nagyon kedvező, 4 ezrelék alatti érték jellemezte Budapestet, Pest, Csongrád valamint Hajdú-Bihar megyét. Ennek kétszerese volt Somogy és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a csecsemőhalandóság.

daganatok, az idegrendszer betegségei, fejlődési rendellenességek és külső okok felelősek. Az életkor növekedésével a halálozások egyre nagyobb részét okozzák az elkerülhető külső okok – vagyis a balesetek, gyilkosságok és öngyilkosságok.

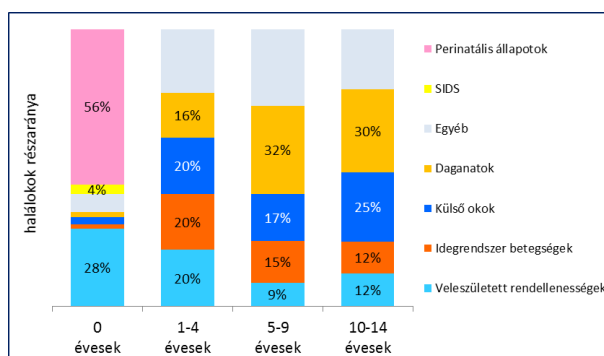
7. ábra: Csecsemőhalandóság az anya iskolai végzettsége szerint, 2014



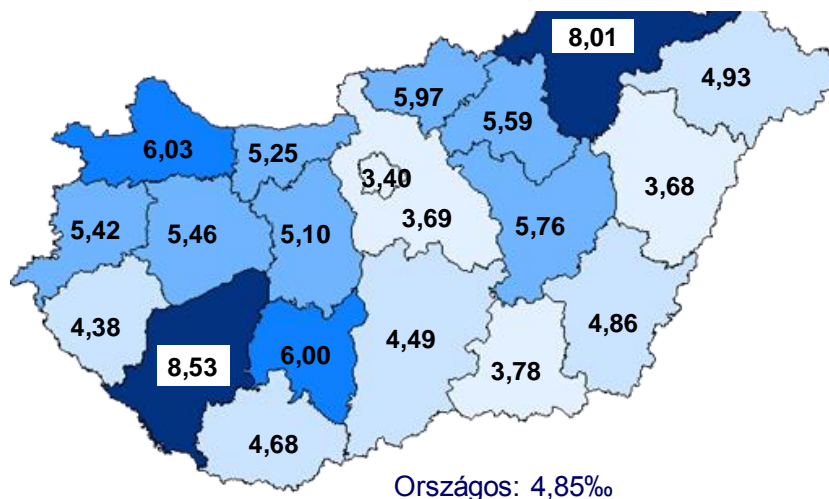
GYERMEKHALANDÓSÁG

A csecsemők viszonylag magasabb halandóságához képest a kisgyermekeké egyre csökken, a legalacsonyabb 5-9 éves korban, ezt követően különböző intenzitással folyamatosan emelkedik a halálozás az egyes korcsoportokban. A halálokok megoszlását mutatja a haláloki struktúra, de gyakoriságra nem következtethetünk belőle. 2014-ben a csecsemők 56%-a a perinatális szakban keletkező kórállapotok miatt halálozott el, 28%-uk veleszületett fejlődési rendellenességek következtében vesztette életét. [8. ábra] Gyermekkorban a halálozások 80%-áért a

8. ábra: Vezető halálokok egyes életkori csoportokban, 2014



9. ábra: Csecsemőhalálozás megyénként, 2012-2014



EURÓPAI ÖSSZEHALONLÍTÁS

1. táblázat: Magyarország gyermeknépesség demográfiai adatainak összehasonlítása az európai országok megfelelő értékeivel

	Magyarország	Magyarország helyezése (beso- rolható orszá- gok száma)*	Európai orszá- gok együtt	2004 előtt csat- lakozott EU or- szágok együtt	2004 után csat- lakozott EU or- szágok együtt
Éveszületési arány- szám	9,0%	7. (52)	12,3%	10,1%	9,6%
Csecsemőhalálzási arányszám	5,1%	24. (36)	7,0%	3,3%	5,4%
Születés körüli halálo- zási arányszám	3,9%	15. (45)	7,3%	6,3%	4,7%
1000 élveszületésre jutó abortusz	393	37. (41)	234	218	203
Kis súlyú újszülöttek aránya	8,8%	46. (50)	6,8%	7,3%	7,2%

*Azok az európai országok szerepelnek a listában, ahol a 2013. vagy a 2012. évi adatok elérhetőek voltak.

ADATFORRÁSOK

Demográfiai évkönyv, 2014; Központi Statisztikai Hivatal

Tájékoztatósi adatbázis, Központi Statisztikai Hivatal; <http://statinfo.ksh.hu/Statinfo/index.jsp>

European health for all database, Updated: December 2015; WHO Regional Office for Europe

Új hazai egészségmonitorozási koncepció

The concept of a new health monitoring system in Hungary

Szerzők: Varsányi Péter,✉^{a,b} Tóth Gergely,^a Balku Eszter,^a Vitrai József^a
a: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, b: ELTE TáTK Szociológia Doktori Iskola

Összefoglaló: *Háttér:* Hosszabb ideje kiemelt politikai figyelem övezi az egészségügy területét, amelynek egyik oka, hogy a lakosság megromlott egészségéhez kapcsolódó költségek igen jelentős terhet rónak Magyarországra. Az informált döntéshozatalhoz, az erőforrások hatékony elosztásához, a megfelelő beavatkozások tervezéséhez ez idő szerint nem áll elegendő információ a döntéshozók és a szakemberek rendelkezésére. *Célkitűzés:* Ezt a problémát orvosolhatná a jelen közleményben felvázolt újfajta megközelítéseket ötvöző egészségmonitorozási rendszer. Ez összehangolná az egészségről és az azt meghatározó tényezőkről jelenleg folyó adatgyűjtéseket, kiegészítené azokat a gyermekek és felnőttek körében folyamatosan történő egészségfelmérésekkel, valamint egységes rendszerbe foglalná a meglévő elemzési kapacitásokat. *Javasolt megoldás:* Az eddigi gyakorlattól eltérően ebben a rendszerben egészséggel kapcsolatos adatokat nem csupán az egészségügyi ágazatból, hanem többek között a for-profit és non-profit szektorból, az egyén környezetéből, valamint közvetlenül az egyéntől is gyűjtenének. A közlemény külön foglalkozik az egyének egészségmagatartásának és egészségkultúrájának rendszeres felméréséhez használható módszertannal, amely nagyban hozzájárulhat a magyar lakosság egészségének javítását célzó beavatkozások hatásosságának növeléséhez és értékeléséhez. *Összegzés:* Az itt bemutatott elképzelés a meglévő adatgyűjtések összehangolásával és korszerű technológiai és módszertani fejlesztéssel alapozná meg az egészséget érintő hazai informált döntéshozatalt.

Kulcsszavak: egészségmonitorozás; népegészségügy; egészségveszteség; informált döntéshozatal

Summary: *Background:* The awareness of politicians has risen in the field of health in the recent years in Hungary. One of its reasons is the significant burden caused by the poor health conditions of the population. At the moment, stakeholders and experts do not have enough information for the planning of proper interventions, for efficient capacity allocation and therefore, for informed decision making. *Aim:* The new health monitoring concept described in this paper aims to present a solution to this problem by synchronizing present data collections on health and health determinants, expanding them with continuous health surveys among children and adults as well as rearranging and harmonizing present analyzing capacities in a uniform system. In this new approach health related data would be collected not only in the health care sector, but, among others, also in the non-profit and for-profit sector, from the environment of individuals as well as directly from them. The paper pays special attention to continuous data collection about health behavior and health culture which can help to improve the efficiency and evaluation of interventions aiming to improve the health status of the population. *Conclusions:* The presented concept would establish informed decision making as regards health in Hungary by the harmonization of present data collections and by advanced technical and methodological development.

Keywords: health monitoring; public health; burden of diseases; DALY; informed decision making

MI A KIINDULÁSI PROBLÉMA?

Köztudott, hogy nemcsak az ország fejlettségéhez viszonyítva, de abszolút mérőszámokkal kifejezve is rossz a magyar lakosság egészségi állapota, valamint, hogy ezen mutatókban még az EU újabb tagállamaitól is elmaradunk. Az talán kevésbé ismert, hogy a rossz egészségi állapot milyen sokféle területen jelent komoly terhet Magyarország számára (egészségügy, munkavállalás, rövidebb élettartam, stb.). Pontos adatok hiányában azonban csak becsülni lehet, hogy ezek a terhek mekkora, pénzben is kifejezhető egészségvesztést okoznak Magyarországnak.^{1,i} Az adatok hiányának legfőbb oka, hogy hazánkban nem működik olyan egészségmonitorozási rendszer, amely az egészség valamennyi összetevőjéről folyamatosan és egységes szemléletben gyűjtene és értékelné releváns adatokat². Ez azért is probléma, mivel ezek hiányában az elmúlt időszak kiemelt politikai figyelme ellenére sem lehet a szakterületen kellően alátámasztott, releváns információkon alapuló döntéseket hozni. Az utóbbi két évtizedben több hazai kísérlet is történt ennek a problémának a megoldására,ⁱⁱ a jelen közleményben részletezett koncepció azonban azoknál tágabban értelmezi az egészséget befolyásoló tényezőket és így az egészségmonitorozás szükséges feladatát is.

MILYEN EGY IDEÁLIS MONITOROZÁSI RENDSZER?

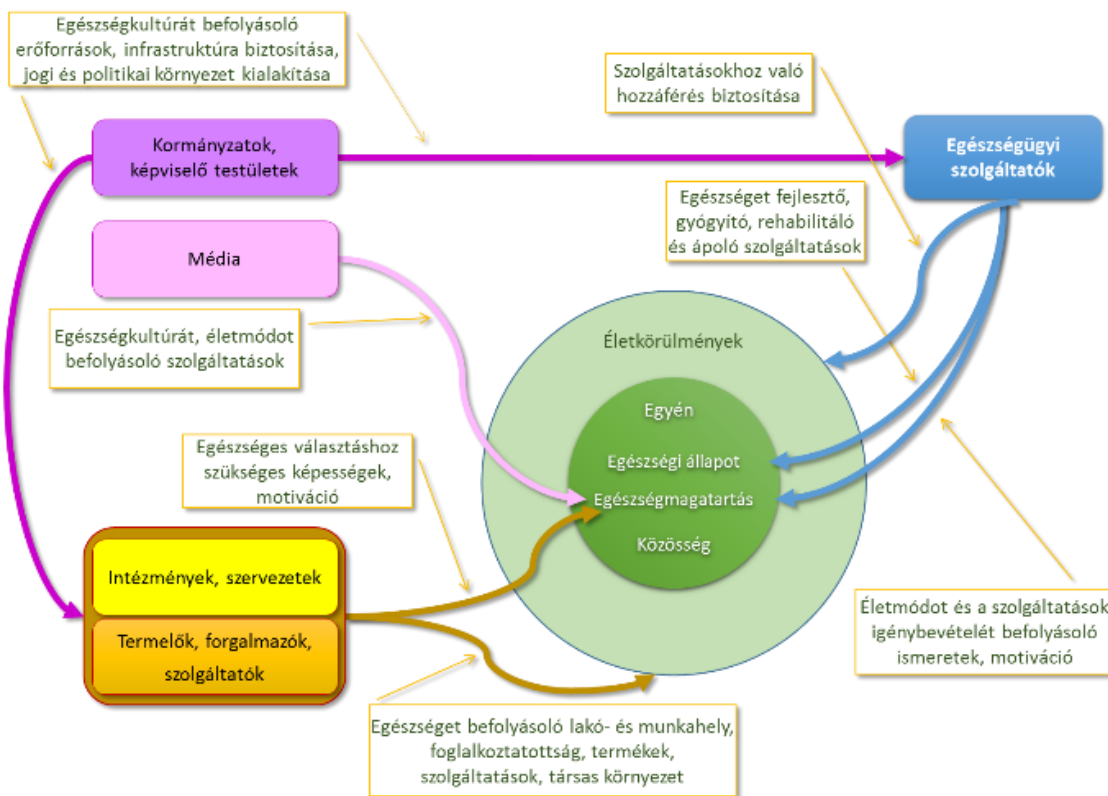
Egy ideális egészségmonitorozási rendszer a fentebb részletezett információhiányt és az abból fakadó problémákat képes orvosolni. Feladata, hogy összegyűjtson valamennyi, az egészséggel kapcsolatos adatot és ezeket elemezze, értékelje, és az így létrejött információt visszaszolgáltassa, interpretálja az egészséggel kapcsolatba hozható társadalmi szereplőknek.³ Az egészséggel kapcsolatos adatok gyors áttekintése és az információk megértésének könnyítése céljából többféle hazai és nemzetközi alkalmazás ismeretes. Hazai példaként említhető a [Dr.Infó](#), a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet honlapján elérhető [Halálzási adatbázis](#), valamint az

ÁNTSZ intraneten keresztül elérhető Halandósági Mutatók Informatikai Rendszere. A legismertebb nemzetközi vizualizációs programok a WHO [European Health for All Database](#) adatbázisa, a Globális Betegségteher Vizsgálat internetes [oldala](#) és az OECD Better Life Indexet bemutató [oldala](#). Ezek sokszínűségéből is látható, hogy olyan monitorozási rendszerre van tehát szükség Magyarországon, amely képes minden egészséggel összefüggő adatgyűjtést egységes rendszerbe foglalni, minden érintett szereplővel együttműködni és mindezen tevékenységeket hatékonyan integrálni. A Teljesítményértékelés Munkacsoport létrehozásával a 36/2013. (V. 24.) EMMI rendelet egy ilyen rendszer kialakításához keretet is biztosít. A rendszer ideálisan működik, ha naprakész információ áll rendelkezésre a lakosság egészségéről, vagyis idejekorán jelzéseket tud küldeni a felbukkanó problémákról a döntéshozóknak. További célszerű tulajdonsága a rendszernek, hogy rugalmas és képes alkalmazkodni a szakterületeken megjelenő új kihívásokhoz. Fontos látni, hogy ez csupán szemléletmódbeli újítás, hiszen technológiai oldalról elvi akadály mára már nem lehet egy ilyen egységes megközelítés adaptálásának. Mielőtt bemutatásra kerül a fenti kritériumoknak eleget tevő hazai egészségmonitorozási rendszer koncepciója, célszerű áttekinteni, milyen társadalmi szereplők és azok milyen hatásai befolyásolják az egészséget.⁴ [1. ábra] Egy egyén vagy egy közösség egészségével kapcsolatban két tényezőt célszerű külön kezelni: az egészségi állapotot és az egészségmagatartást. Bár e két elem szoros összefüggést mutat, külön-külön érik őket az egészséget változtató hatások, és különböző egészségvédő, fejlesztő és helyreállító beavatkozások irányulnak rájuk. Az egyének és a közösségek egészsége, életmódja ugyanakkor egyáltalán nem különíthető el az őket körbevevő körülményektől, azoktól a fizikai és társas környezeti sajátosságoktól, amelyek mindennapi életüket befolyásolják, és amelyek lehetőségeket kínálnak számukra az egészséges életvitelhez, szükség esetén a gyógyuláshoz. Az ábrán azonosított szereplők így a közvetlen hatásokon túl, szükség szerűen közvetetten is hatással lehetnek az életkörülmények befolyásolásával az egyének és közös-

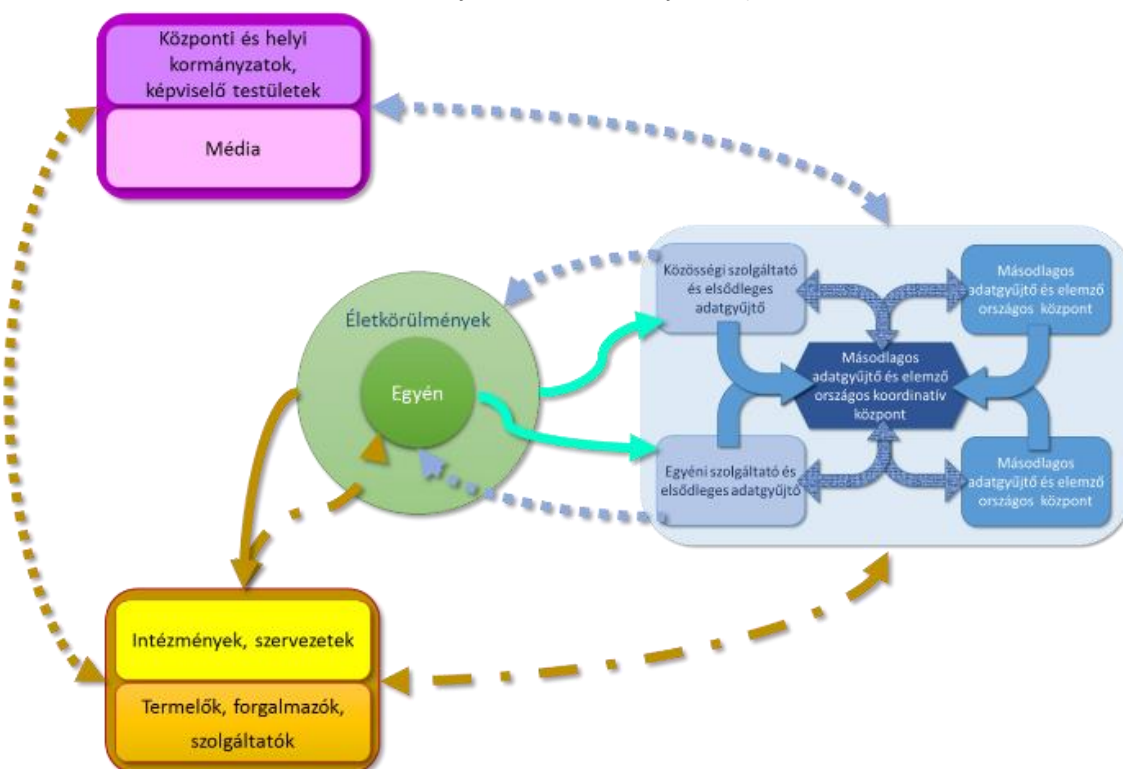
ⁱ 2010-ben a GDP 19%-át tette ki az egészségproblémák okozta anyagi veszteség.

ⁱⁱ Ilyen program volt például a 2001-ben elindított Magyar Egészségadattár (Epinfo, 9. évfolyam 13. szám, 2002. április 5.), vagy a 2010-ben induló Kapacitástérkép Tervező és Monitoring Kutató Alkalmazás fejlesztés (<http://www2.gyemszi.hu/site/index.php?mid=265&lang=hu>), majd az ezt továbbfejlesztő Országos egészségmonitorozási és kapacitástérkép adatbázis és a ráépülő alkalmazások létrehozását célzó projekt (<https://pulus.aeek.hu/index.php>).

1. ábra: Egészséget befolyásoló hatások és társadalmi szereplők



2. ábra: Adat és információáramlás a javasolt egészségmonitorozási rendszerben
(Folytonos vonallal az adatokat, pontozott vonallal az információt és pontokkal szaggatott vonallal pedig az adatokat és információkat közösen jelöltük.)



ségek egészségére. Az egészségre ható szereplők közül kiemelkedően fontos az egészségügyi szolgáltatók szerepe, amelyek szolgáltatásaikon keresztül az egyének és közösségek egészségi állapotát, egészségmagatartását és életkörülményeit is befolyásolják. Szintén fontos szereplők még a különféle intézetek és szervezetek, amelyek munkájuk révén főleg az egészséges életkörülmények, a fizikai és társadalmi környezet alakításán keresztül lehetnek hatással az egészségre. A termelők, forgalmazók, szolgáltatók többek között egészséges munkahelyek megteremtésével és az egészséges választást megkönnyítő termékek biztosításával játszhatnak szerepet a rendszerben. További szereplőként azonosíthatjuk a központi és helyi kormányzatokat és képviselőtestületeket, amelyek a megfelelő jogi, politikai, társadalmi környezet kialakításával járulnak hozzá valamennyi szereplő egészséget befolyásoló hatásához. Végül nem szabad megfeledkezni a média egészségkultúrát befolyásoló szerepéről, amely közvetetten változtatja az egyének és közösségek viselkedését. Jól látható, hogy számos tényező összetett hatása befolyásolja az egészséget, ezért olyan egészségmonitorozási rendszert célszerű működtetni, amely minél szélesebb körben, lehetőség szerint valamennyi jelentős hatást képes figyelemmel kísérni.

MILYEN MAGYARORSZÁGI EGÉSZSÉGMONITOROZÁSI RENDSZERT JAVASOLUNK?

Az egészséggel kapcsolatos adatok és az azok értékelésével, értelmezésével nyert információk áramlásának javasolt képét mutatja be a 2. ábra. Ennek alapján az egyén és a közösség egészségéről, életkörülményeiről az elsődleges egyéni, illetve közösségi adatgyűjtőkként és szolgáltatókként jelölt szereplők, valamint egyes for-profit és non-profit szervezetek gyűjtenek közvetlenül adatot. Minden további szereplő ezen adatokat, illetve az ezek alapján előállított másodlagos adatokat, valamint az adatok feldolgozásával nyert információkat érheti el. Az elsődleges és másodlagos adatgyűjtést valamint az elemző központok egészségmonitorozási munkáját egy országos koordinatív központ hangolja össze, messzemenően figyelembe véve az adatgyűjtésben, elemzésben résztvevők, valamint az adatokat, információkat felhasználók igényeit. A másodlagos adatgyűjtő és elemző központokba tartoznak például az

országos intézetek, az orvostudományi egyetemek vagy az Országos Egészségbiztosítási Pénztár. Ezek a központok az adatok gyűjtését és elemzését előzetes egyeztetés alapján, egy-egy szakterületen végzik. Így például az egyik specializáltan az egészségügyi ellátások finanszírozásával, a másik a hazai mortalitási és morbiditási helyzet értékelésével, megint másik az egészségfelmérésekkel, egy további az alkoholfogyasztással, vagy a dohányzással foglalkozik. Az egészségmonitorozási rendszer ilyen módon felosztott működésével megszűnik a párhuzamos adatgyűjtés és elemzés, és a jelenlegi rendszerből szabadon átcsoportosítható erőforrások szabadulnak fel. Az egészséggel kapcsolatos adatgyűjtés és elemzés során az egészségmonitorozási rendszer tagjai a különböző szereplők igényeihez igazított információkat állítanak elő, amelyeket azok felhasználhatnak az egyén és közösség egészségének befolyásolásához. Ilyen szereplők például a központi vagy helyi kormányzatok, a képviselő-testületek, a média, valamint a for-profit és non-profit szervezetek jelentős többsége. Az egészséggel kapcsolatos információk azonban közvetlenül az egyénekhez és közösségekhez is visszajutnak, közérthető nyelven interpretálásra kerülnek, így számukra is biztosítottá válik a saját egészségükkel kapcsolatos informált döntéshozatal.

Kiemelendő, hogy ezek az egészségmonitorozási rendszerből származó információk megfelelő alapot biztosítanak a lakóhely-közelbeni egészségügyi szolgáltatás keretében megvalósuló egyéni és közösségi egészségtervezés folyamataihoz is.

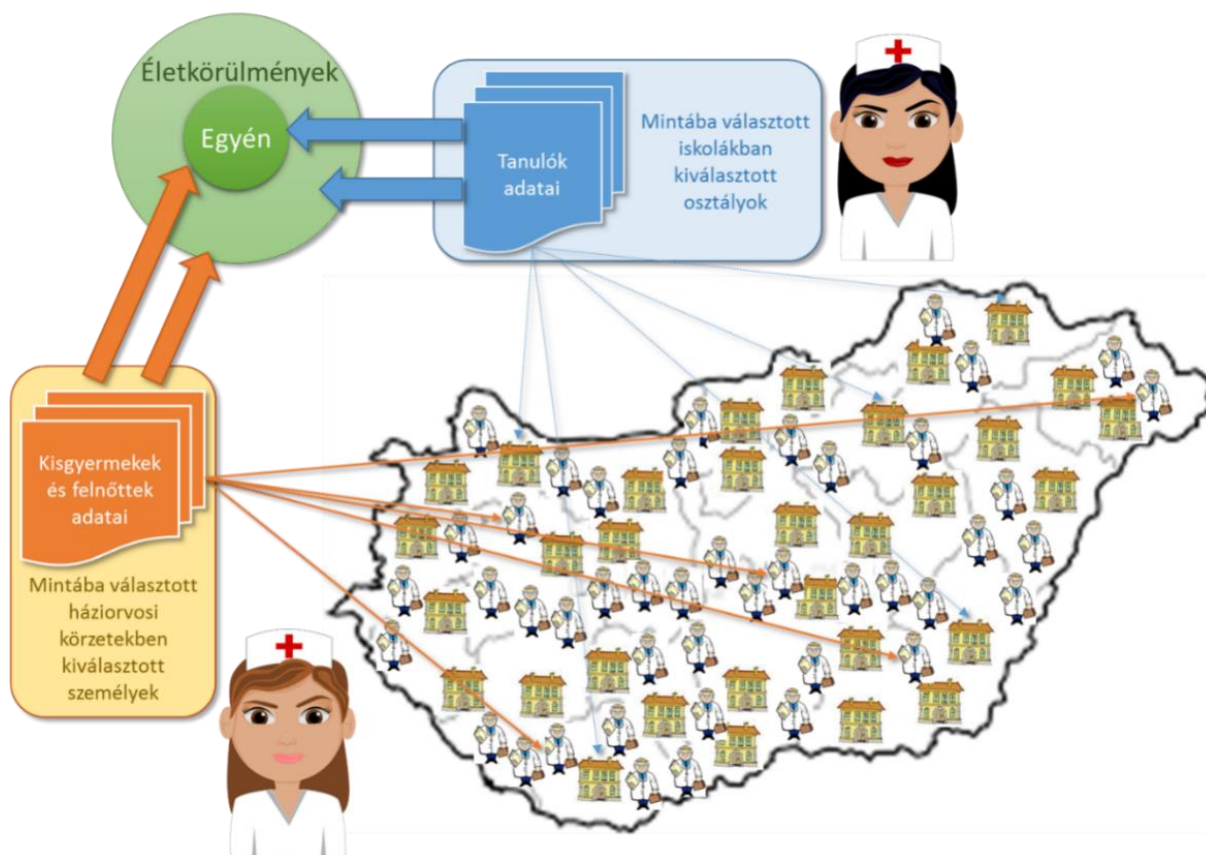
AZ EGÉSZSÉGFELMÉRÉSEK ÚJ KONCEPCIÓJA

A lakosság egészségveszteségeinek jelentős többségét a krónikus betegségek okozzák, amelyek kialakulása bizonyítottan erős összefüggést mutat az egyének egészségmagatartásával. Ezért kiemelten fontos az egészségmagatartás megváltoztatását célzó, primer prevenciók beavatkozásainak előkészítésének és megvalósításának támogatása, amely csak releváns és időszerű adatok birtokában lehetséges. Ennek eléréséhez a szerzők az egészségmonitorozási rendszer részeként, egy az eddigi magyar gyakorlathoz képest újszerű adatgyűjtést, egészségfelmérést javasolnak, amely nagyrészt integrálna a jelenleg 4-5 évente ismétlődő iskolai és felnőtt egészségfelméréseket (pl.: Health Behaviour in School-

aged Children [HBSC], Európai Lakossági Egészségfelmérés [ELEF]). A következőkben ez a folyamatos egészségfelmérést lehetővé tevő módszer kerül felvázolásra. Az egyének egészségi állapotáról, egészségmagatartásáról, az azt befolyásoló tényezőkről, életkörülményeiről, egyszóval egészségkultúrájáról való információgyűjtés módszertani alapja egy újfajta, a Magyarországon eddig megszokottól eltérő lakossági egészségfelmérés.ⁱⁱⁱ [3. ábra] A kérdőíves és eszközös (pl.: vérnyomásmérés, antropometriai mérések, mozgásszenzor használata, stb.) adatgyűjtés – Magyarországon innovatívnak számító – sajátossága annak időtartamában, mintaválasztásában és megvalósítóinak személyében van. Az eljárás kulcsa a folyamatos, un. gördülő mintavételi eljárás (rolling sample),⁵ amely képes lenne biztosítani a felmérés folytonos jellegét. Ez a folytonosság az országos lefedettséget garantáló védőnőkön, illetőleg háziorvosi praxisokon, praxisközösségeken alapulna. Ez a fajta mintavételezési

eljárás nem ismeretlen az egészségfelmérések körében, évtizedek óta sikeresen alkalmazzák az Amerikai Egyesült Államokban is. Annak ellenére, hogy ezzel az eljárással egy-egy adatfelvevőnek évente csupán kevés esetet kellene teljesítenie, a folyamatosan zajló felmérés és a jelentős számú adatfelvevő részvétele miatt a jelenlegi hazai egészségfelmérésekhez viszonyítva lényegesen nagyobb esetszámot lehetne biztosítani. A várhatóan évente több tízezres mintaméret következtében a társadalmi és földrajzi jellemzők vonatkozásában a mainál sokkal részletesebb adatok állnának elő. Ilyen módon az egy-egy adatgyűjtőre jutó kevés esetszám mellett – azaz minimális egyéni terheléssel – is biztosítható lenne a felmérés országos reprezentativitása. A felméréssel a főbb demográfiai jellemzőkre (életkor, nem, iskolai végzettség, településtípus), valamint a területi megoszlásra vonatkoztatott reprezentativitás mellett a szezonális nyomon-követhetőség és összehasonlíthatóság is megoldottá válna. A módszer haté-

3. ábra: Gyermek és felnőttek folyamatos egészségfelméréseinek vázlata



ⁱⁱⁱ A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskola által 1998-ban indított Háziorvosi Morbiditási Adatgyűjtés Program (HMAP) részben hasonló célokat tűzött ki: „A program célja olyan módszertan kidolgozása, bevezetése és tesztelése volt, mely megbízható és az ország lakosságára nézve kor és nem szerint reprezentatívnak tekinthető adatokat szolgáltat a legnagyobb népegészségügyi jelentőségű betegségek prevalenciájáról és incidenciájáról.” (<http://www.publichealth.hu/nepc.php?mlink=54&mmid=1&mt=0&smid=1&tmid=1>)

kony módon lenne képes az egészséggel kapcsolatos pozitív és negatív trendek mögött megbújó társadalmi jelenségek azonosítására is. A felmérés kiemelten fontos része a mintába kiválasztott gyermekek, osztályok védőnők általi egészségfelmérése, hiszen így a fiatalok egészségmagatartásáról és egészségkultúrájáról is naprakész, releváns, a beavatkozásokhoz jól használható adatok válnának elérhetővé. [Részletesebben lásd a két példát a közlemény végén a *Hogyan támogathatná az új koncepció szerint működő egészségfelmérés a vashiányos vérszegénység és az e-cigaretta használat visszaszorítását? (elképzelt esetek)* című írásban.] A lakóhelyközeli egészségfelmérés folyamatossága és a gördülő mintavételezés biztosítaná, hogy az egészségmagatartásról időszerű, folyamatosan frissülő adatok álljanak rendelkezésre, amelyek lehetővé tennék az elemzés során detektált problémákra való gyors reagálást. Megfontolandó, hogy egy-egy fontos társadalmi-gazdasági kérdés megválaszolása érdekében egy-egy kiválasztott társadalmi csoport kisebb almintáján ismételt adatfelvétel történjen, és így – akár időszakosan is – követéses vizsgálat is elvégezhető lenne.

MEGBESZÉLÉS

A bemutatott egészségmonitorozási rendszer egyes, jelenleg is meglévő elemek integrálásával egy új és hatékonyan működő struktúrát alakítana ki. Ennek a felépítésnek az előnye, hogy időszerű, aktuális információkkal segítené az informált döntéshozatalt, amely csökkentené az egyes döntések politikai kockázatát. Egy ilyen rendszerben nemcsak egyéni, közösségi, hanem országos szinten is értékelni lehet az egészséget, így megfelelő információkat lehet szolgáltatni az országos egészségtervezéshez, vagyis az ágazati stratégia elkészítéséhez. A rendszer eredményeképpen az egyes beavatkozások jobban tervezhetővé válhatnának, az intézkedések hatása pontosabban becsülhető lenne, és a Magyarországon sok tekintetben elhanyagolt intézkedések hatásvizsgálata is megoldódna. Olyan rendszer épülhetne ki, amely társadalmi és földrajzi dimenziók mentén is részletezett releváns képet adhatna a magyar lakosság aktuális egészségi állapotáról. A bemutatott rendszer az egyének egészségi állapotának folyamatos monitorozásával, a változások nyomon követésével korai jelzőrendszerként

képes a megjelenő egészségproblémákat idejekorán detektálni és ezeket az illetékes szervezetek, intézmények, lakóhely-közeli egészségügyi szolgáltatók számára jelezni.

Hangsúlyozni kell, hogy a problémákra adott válaszokban, beavatkozások kiválasztásában és megvalósításában az egészségmonitorozási rendszernek nincs közvetlen szerepe. Az egyes beavatkozások megfelelő megbízhatóságú ok-okozati hatásvizsgálatának kivitelezése is túlmutat a rutinszerű egészségmonitorozás hatáskörén. Ilyen jellegű kutatások külön erre a célra kiképzett munkaerőt, jelentős pénzügyi erőforrásokat és hosszú időt igényelnek, mint ahogyan azt például az 1948-ban indult, és éma is tartó [Framingham Heart Study](#) példáján is láthatjuk. Ilyen vizsgálatokat Magyarországon csak különösen indokolt esetben érdemes végezni, erre elkülönített erőforrások felhasználásával. A mindennapokban ezért az egészségmonitorozás során detektált problémák megoldására olyan nemzetközi szinten jó gyakorlatként bevált beavatkozásokat javasolt átvenni és adaptálni, amelyek bizonyítottan hatásosak, ezért ezek átvétele esetén többnyire nincs szükség Magyarországon hasonló vizsgálatra. Ez fordult elő például a biztonsági öv kötelező használatát célzó hazai beavatkozások esetében is, azaz nem történtek hazai vizsgálatok, hiszen más országok vizsgálatai és tapasztalatai biztosították a beavatkozás hatásosságát. Az így adaptált beavatkozások hatását tehát az egészségmonitorozási rendszer nem vizsgálja, azonban eredményességét a folyamatos adatgyűjtéssel és elemzéssel nyomon követi és a probléma fennmaradását vagy megszűnését detektálhatja. Az egészségmonitorozási rendszer ilyen újfajta felépítéséhez és működéséhez jól kapcsolódnak az elmúlt évek során a szakterületen tapasztalt informatikai fejlesztések is, mint például a jelenleg tesztelés alatt álló, hamarosan bevezetésre kerülő Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT), amely a megfelelő egészségmonitorozáshoz is elkerülhetetlen egészségügyi ágazaton belüli folyamatos, költséghatékony kommunikációt hivatott biztosítani. A hasonló jövőbeli fejlesztések hatékonyabb ágazaton belüli és ágazatközi elterjedését segítheti a fentebb vázolt egészségmonitorozási rendszer központi koordináló szereplője, a többi résztvevő számára biztosított folyamatos szakmai támogatással. A bemutatott rendszer felépítéséből következik, hogy a technológiai újításokkal párhuzamosan képes fejlődni, valamint mind az adatgyűjtés

területén, mind az adatelemzésnél a legújabb technológiákat és módszereket (mint például a rendszertudományi megközelítések) képes használni. Az egységes adatgyűjtés eredményeként idővel olyan mennyiségű és minőségű adatok állnak majd rendelkezésre, amelyek lehetővé teszik jövőbeli történések, forgatókönyvek szimulációját is. Ezek a tulajdonságok biztosítják a rendszer rugalmasságát és folyamatos alkalmazkodóképességét annak érdekében, hogy gyors és hatásos válaszokat tudjon adni a működése közben azonosított problémákra. A magyar egészségi adatokból, illetve az azokból következő gazdasági mutatókból jól látszik, hogy nagy szükség van egy megfelelően működő egészségmonitorozási rendszerre, nemcsak közvetlenül a döntéshozók támogatása érdekében, hanem – a rendszer hatásainak visszacsatolása révén – a lakosság egésze, az ország jövője szempontjából is. Ehhez azonban az szükséges, hogy a modern kor kihívásai-

nak is megfelelő, gazdaságosan működtethető rendszer álljon működésbe. Az előzőekben egy ilyen rendszer felépítése és legfőbb feladatai kerültek vázlatosan bemutatásra. A szerzők remélik, hogy a következő években ez valósággá válik, és megvalósul az, amit már 1999-ben is jövendöltek a szakemberek: „Várhatóan néhány éven belül a kor színvonalának megfelelő, az egészségpolitika számára értékes információkat szolgáltató egészségmonitorozó rendszer fog működni az országban.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A szerzők köszönetet mondanak Dr. Vokó Zoltánnak és Dr. Lantos Zoltánnak a kézirat elkészítése során nyújtott szakmai segítségért és támogató kritikáért.

Hogyan támogathatná az új koncepció szerint működő egészségfelmérés a vashiányos vérszegénység és az e-cigaretta használat visszaszorítását? (elképzelt esetek)

A következőekben az egészségmonitorozási rendszer működése, az egészségfelmérések kivitelezése kerül bemutatásra példákon keresztül. A példákban szereplő adatok természetesen az aktuális célok és a megvalósíthatóság függvényében változtatandók.

1. Vashiányos vérszegénység visszaszorítása

Korábbi táplálkozási vizsgálatok eredményei és a szomszédos országok tapasztalatai is arra utalnak, hogy a gyermekkori vashiányos vérszegénység komoly probléma lehet Magyarországon. A betegség hazai helyzetére vonatkozóan csupán hiányos adatok állnak rendelkezésre az egészségügyi ellátók és szolgáltatók adatbázisában, ezért az egészségmonitorozási rendszer irányítói úgy döntenek, hogy a probléma mértékét az országban valamint a társadalmi csoportok közötti megoszlását, a kisgyerekek és az iskolások táplálkozási szokásait kérdőívvel és ahhoz kapcsolódó vérvizsgálattal mérik fel. A földrajzi és társadalmi rétegek szerint reprezentatív, véletlen mintába került 10 évnél fiatalabb gyermekek családjait védőnők keresik fel, és kérdőívet vesznek fel a gyermek étkezési szokásairól. A kérdőív kitöltésére önállóan is képes, mintába került osztályok diákjaival – például a 4., 6., 8. és 10. évfolyamos tanulókkal – iskolai védőnők egy-egy tanórán töltenek ki kérdőívet. A monitorozásra felkészített 500 területi védőnő a vizsgálat első évében szeptembertől júniusig kéthavonta 3-3 családot keres fel és vesz fel kérdőívet, a vizsgálathoz vérvétel azonban csak minden 3. gyermeknél történik. Ilyen módon a 10 évesnél fiatalabb gyermekről egyetlen év alatt mintegy 7500 kérdőíves és 2500 vérvizsgálati adatot tudnak gyűjteni.

Az ugyancsak erre a vizsgálatra felkészített iskolai védőnők – a szokásos kétévenkénti iskola-egészségügyi vizsgálat kiegészítéseként az adott évben egy alkalommal – 500 iskolában, a 4 évfolyam mintába kiválasztott egy-egy osztályában vesznek fel önkitöltős kérdőíveket, továbbá minden 10. kérdőívet kiegészítő tanulótól vérmintát is vesznek. Egy év alatt, 20 fős átlagos osztálylétszámmal számolva 40 000 kérdőívet és 4000 vérmintát gyűjtenek ilyen paraméterek mellett. (Összehasonlításképpen a négyévente ismételt HBSC vizsgálat tervezett mintamérete kevesebb, mint 10 000 szokott lenni.) A területi védőnők felmérésére történő felkészítése egy másfélnapos továbbképzésen való részvételt, a felmérés pedig családonként legfeljebb 2 óra elfoglaltságot jelent, ami utazási idővel együtt évente legfeljebb 80 órát tesz ki egy-egy védőnőre számítva. Az iskolai védőnőkre hasonló kalkulációval kevesebb, mint 30 óra éves elfoglaltság jön ki. A felmérés során nyert adatok elemzésére az egészségmonitorozási rendszer egy kijelölt, releváns szakértővel – pl. gyermekgyógyászokkal, dietetikusokkal – együttműködő elemzőközpontjában kerül sor. Az elemzés során azonosított problémákat a központ bemutatja az illetékes szervezeteknek (pl. minisztériumok, táplálkozásért vagy egészségfejlesztésért felelős országos intézetek, stb.), amelyek ezek alapján dolgozzák ki a probléma megoldását célzó intézkedéseket, például a közétkeztetés szabályozására vonatkozóan. Fontos azonban kiemelni, hogy az elvégzett kérdőíves és eszközös felméréssel nem csupán a vashiányos vészesegységre vonatkozóan, hanem a gyermekek egészségére, egészségmagatartására, az azt meghatározó családi, iskolai környezetre, összességében az őket körülvevő egészségkultúrára vonatkozóan is releváns kép nyerhető. Így például megbízható és részletes információ állna rendelkezésre a gyermekkori elhízás, dohányzás, alkohol és drogfogyasztás gyakoriságának területi és a család társadalmi helyzete szerinti megoszlásáról is.

2. E-cigaretta használat visszaszorítása

Manapság az e-cigaretta használat a szakmai és ösztársadalmi érdeklődés középpontjába került, azonban használatának mértékéről, céljáról nem áll rendelkezésre megbízható adat Magyarországon, így az ezzel kapcsolatos szakmai döntések is csak ezek hiányában szülehetnek. Az egészségmonitorozási rendszer irányítói ezért úgy döntenek, hogy folyamatos egészségfelméréssel gyűjtenek adatot az e-cigaretta használat mértékéről, okairól valamint földrajzi és társadalmi megoszlásáról. Ennek érdekében 1000 háziorvosi praxisban kéthavonta 5, véletlen mintavétellel kiválasztott felnőttel készítenek kérdőíves interjút, azaz egy év alatt 30 000 felnőtt dohányzási szokásairól nyernek információt. (Összehasonlításként, a KSH által ötévente végzett ELEF mintamérete nem éri el a 10 000-et.) Ez a tevékenység minden interjút készítő nővér munkaidejének átlagosan 5%-át teszi ki, hiszen beleszámítva a másfélnapos továbbképzést és az utazási időket is csupán valamivel több, mint 100 munkaórát vesz igénybe az egészségfelmérés. Ezzel a módszerrel országos szinten is megbízható adatok állnának rendelkezésre az e-cigaretta fogyasztásával kapcsolatban, azonban a felmérésben részt vett személyek egyéb egészségkultúrával kapcsolatos jellemzői is megismerésre kerülnének. Az összegyűjtött adatokat az egészségmonitorozási rendszer dohányzás szakterületért felelős elemző központja elemzi és interpretálja az illetékes szervezeteknek (pl. minisztériumok, dohányzás visszaszorításáért felelős országos intézmény, stb.), amelyek az e-cigaretta használat megoszlásának, a dohányzásleszokásban betöltött szerepének pontos ismeretében kezdenek meg a szükséges döntések, beavatkozások tervezését.

¹ Egészségjelentés2015, Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2015, Budapest; 39. o.

² Vitrai J, Vokó Z: A hazai egészségmonitorozás lehetséges szerepe az egészségügyi rendszer teljesítményének mérésében és alkalmazásának aktuális problémái. Egészségügyi Gazdasági Szemle. 2012; 2:33-36.

³ Vokó Z, Vitrai J, Ursicz G, Lépes P: Egészségmonitorozás Magyarországon a XXI. században. Mit, miért, hogyan?. Népegészségügy. 1999; 1:28-33.

⁴ Csizmadia P, Varsányi P, Ferencz M, Vitrai J: Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló. Egészségfejlesztés. 2014; 5-6:10-14.

⁵ L Kish: Rolling Samples and Censuses. Survey Methodology. 1990;16:63-79.

Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban

Health behavior studies in Hungarian schools

Szerzők: Járomi Éva, ✉ Szilágyi Kristóf, Vitrai József
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Összefoglaló: *Háttér:* Napjainkban nincsenek hiteles információink arról, hogy a teljes körű iskolai egészségfejlesztés az elmúlt években milyen formában és minőségben valósult meg az oktatás rendszerében. A közlemény célja az „Iskolai egészséges életmód kutatás és felmérés” módszertanának, valamint eredményeinek döntően leíró jellegű bemutatása. *Módszerek:* A kutatás három különálló felmérést foglalt magába, melyek a konvergencia régiók 288 általános iskolájában valósultak meg. Az első, az ún. intervenciós kutatás, amely a projekt egészségfejlesztési programelemeinek megvalósulását megelőzően, majd azokat követően 3., 5. és 7. osztályos tanulók (13 625 fő) és pedagógusok (586 fő) ismereteiben és attitűdjében bekövetkezett változásokat vizsgálta kérdőívvel. A második vizsgálatban mozgásszenzoros eszköz segítségével a tanulók (175 fő) mozgásmintázatát rögzítették. A harmadik kutatásban az iskolai egészségkultúrát vizsgálták online kérdőív segítségével iskolaigazgatók (535 fő), pedagógusok (569 fő) és iskola-egészségügyi szakemberek (400 fő) körében. *Eredmények:* Az intervenciós kutatás eredményei alapján az intervenció eredményességét jelző ismeret- és attitűdváltozás összességében nem volt kimutatható a tanulók körében, míg a pedagógusoknál igen. A mozgásszenzoros felmérés eredményei szerint a tanulók fizikai aktivitása meglehetősen alacsonynak ítéelhető. Az egészségkultúra felmérés eredményei szerint a megkérdezett iskolai szakemberek alapvetően elégedettek az iskolai légkörrel, azonban többségük túlterheltségre panaszodik (67%), emellett több irányban (pl. továbbképzések, infrastruktúra területén) fejlesztéseket tartanak hasznosnak. *Következtetés:* Annak érdekében, hogy az egyénekre és közösségekre ható, egészséggel kapcsolatos pozitív irányú változás történjen, további, több szereplő bevonásával történő, hosszú távú egészségfejlesztési tevékenységekre van szükség. A kutatással feltárt hiányosságok, nehézségek alapján olyan célterületek és beavatkozási irányok jelölhetők ki, melyek a jelenlegi helyzetre reagálnak és illeszkednek az intézményi környezethez, elősegítve a hatásosabb egészségfejlesztést.

Kulcsszavak: iskola, egészséges életmódkutatás és felmérés, intervenciós kutatás, mozgásszenzoros felmérés, iskolai egészségkultúra felmérés

Summary: *Background:* Nowadays, there is no verified information neither about the realized form nor about the quality of comprehensive school health promotion implemented in the recent years in the education system. The aim of the publication is to provide a general (mainly descriptive) overview of the methods and the results of the research titled „Healthy lifestyle research and survey in schools”. *Methods:* The research consisted of three separate surveys implemented in 288 primary schools of the convergence regions. The first survey called intervention study aimed to detect the changes in knowledge and attitudes among 3rd, 5th and 7th grade students

ⁱ Egészségfejlesztési programelem: a projekt keretében a tanulók számára szervezett egészségfejlesztést célzó programok, mint például iskolakert kialakítása; egészséges táplálkozás, ivóvízfogyasztás népszerűsítése; helyes test- és szájhygiéné, sérülés-megelőzés elsajátítása; testmozgás programok, valamint sportos iskolai rendezvények szervezése.

(n=13 625) and teachers (n=586) surveyed prior and after the implementation of health promotion program elements.ⁱⁱ In the second study, the motion patterns of pupils (n=175) was recorded and analysed with motion sensor devices. In the third study, the school health culture was surveyed with online questionnaires among school principals (n=535), teachers (n=569) and school health professionals (n=400). *Results:* Based on the results of the intervention research, change was not detectable in knowledge and attitudes of students due to the health promotion interventions. Nevertheless, it was detected in the case of teachers. According to the results of the motion sensor survey, the physical activity of students was deemed to be rather low. The results of the health culture survey confirmed that the school professionals were basically satisfied with the school atmosphere. However, most of them complained about overburdening (67%). Furthermore, they were convinced that more improvements are necessary in several fields (eg. trainings, infrastructure). *Conclusions:* In order to reach health related positive changes in communities and individuals, additional long-term health promotion activities involving several partners are needed. Not only the pupils and their teachers, but parents and other external institutions and organisations affecting the school life should be partners in these activities. Based on the deficiencies and difficulties identified by the research, target areas and action points can be designated, which respond to the current situation and suit the institutional environment, thus, result in a more effective health promotion.

Keywords: school, healthy lifestyle research and survey, intervention survey, motion sensor survey, school health culture survey

1. BEVEZETÉS

A teljes körű egészségfejlesztés 2011 nyarán elfogadott, törvényi szintűⁱⁱⁱ bevezetése óta a szakpolitikai környezet jelentősen megváltozott az oktatási ágazatban.¹ A teljes körű egészségfejlesztés törvényi szinten deklarált megvalósítását ezért már ebben az új oktatási környezetben kell véghezvinni. Ennek előmozdítására jött létre a 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet, amely minden köznevelési intézmény számára előírja a teljes körű iskolai egészségfejlesztést.² Ezért időszerű, hogy hiteles információk álljanak rendelkezésre arról, hogy a teljes körű egészségfejlesztés az elmúlt években milyen formában és minőségben valósult meg, illetve melyek voltak, és melyek jelenleg is azok a kihívások, amelyek az oktatás, és az oktatáshoz kapcsolódó szolgáltatások rendszerében jelentkezők. Napjainkban ugyanis nincsenek hiteles információink ezekről, ahogy arról sem, hogy milyen a köznevelési intézmények egészségkultúrája.

Az iskolai egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységek és feltételek feltérképezése érdekében a TÁMOP-6.1.2.A-14/1 projekt keretében megvalósult az „Iskolai egészséges életmód kutatás és felmérés,” amely három különálló kutatást foglalt magába. Az egyik egy ún. intervenció kutatás (továbbiakban intervenció) volt, amely a projekt egészségfejlesztési programelemeinek megvalósulása előtt (a továbbiakban: I. felmérés), majd azok után (a továbbiakban: II. felmérés) a tanulók és pedagógusok ismereteit és attitűdjét mérte fel a beavatkozások következtében bekövetkezett változások kimutatása céljából. A másik kutatásban egy mozgásérzékelő eszköz segítségével vizsgálták a résztvevő gyermekek mozgásmintázatát. A harmadik kutatás a hazai iskolai egészségkultúra feltérképezését célozta. Utóbbi felmérésben a kérdés nem csak az iskolaigazgatókra, hanem a pedagógusokra és az iskolaegészségügyi szakemberekre is kiterjedt. Jelen közlemény folytatását képezi az Egészségfejlesztés c. folyóiratban korábban megjelent „Az

ⁱⁱ Health promotion program element: programmes organized within the project for pupils, aiming to promote health, such as: developing a school garden; promoting healthy eating and drinking water; learning the proper way of body and oral hygiene and prevention of injuries; organising physical activity programs and school sport programs.

ⁱⁱⁱ 2011. évi CXCV törvény a nemzeti köznevelésről

egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben” c. cikknek, amely a köznevelési szinten történő felmérések módszertanát, valamint nemzetközi feltérképezését mutatta be.³ Hazánkban tisztán iskolai egészségkultúrát mérő kutatást eddig nem végeztek. Azonban fellelhetőek olyan kérdőíves felmérések, amelyek többek között az iskolai légkört is vizsgálták a kérdőív egy-egy dimenziójában (bár e kutatások fő fókuszát nem ez alkotta).

Ilyen például az intervenciók kutatás és az egészségkultúra témájához kapcsolódó, kiemelkedő jelentőséggel bíró, „Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása” c. kutatás (a továbbiakban: HBSC kutatás), amely több mint 20 éves múltra visszatekintő nemzetközi kutatás.⁴ A vizsgálat témái között – az intervenciók kutatás témáihoz hasonlóan – szerepelnek az egészségmagatartásra, valamint a szubjektív jóllétre irányuló kérdések is. További, hasonló fókuszú kutatás zajlott 2009-ben Paksi Borbála vezetésével. A „Felmérés a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenció/egészségfejlesztő programokról és az agresszióval kapcsolatban megjelenő vélekedésekről, reagálásokról” című országos kutatás a tantestületi légkörre, humánerőforrás kapacitásra, egészségmagatartásra, iskolai bántalmazásra vonatkozó kérdésköreit tekintetében illeszkedett a jelenleg bemutatásra kerülő kutatáshoz.⁵

A nemzetközi gyakorlatban azonban fellelhetőek kifejezetten az iskolai egészségkultúrát, pontosabban az iskolai légkört feltáró kutatások, ilyen például az Egyesült Államok Oktatási Minisztériuma (U.S. Departments of Education), a Járványügyi és Betegségmegelőzési Központ (Center of Diseases Control and Prevention – CDC) és az UNICEF közös kezdeményezésére létrehozott kutatás, amely az iskolai légkör vizsgálatára irányult. Az iskolai légkört az alábbi öt – általuk legfontosabbnak tartott – dimenzióban mérték: biztonság, tanítás és tanulás, kapcsolatok, intézményi környezet, iskolafejlesztés folyamata. A CDC munkatársai által 2012-ben kidolgozott Iskolai Egészség Index (School Health Index – a továbbiakban: SHI) célja a diákok körében történő egészséges és biztonságos viselkedés elősegítése az alábbi dimenziók feltárása és az azok menti beavatkozás útján: egészséges és biztonságos környezet; egészségnevelés; fizikai aktivitási programok; testnevelés;

étkeztetési szolgáltatások; egészségügyi szolgáltatások; pszichológiai, szociális szolgáltatások; egészségfejlesztés az iskolai személyzet számára; a család és közösség bevonása.⁶

A fizikai aktivitás mérésével kapcsolatban továbbra is említést kell tennünk a (2003. évi) HBSC kutatások fizikai aktivitási vonatkozásairól, amelyek a fizikai aktivitási szokásokra irányuló kérdések tekintetében szintén számításba vehetőek (annak ellenére, hogy nem mozgásszenzoros vizsgálatok). Mozgásszenzorral végzett fizikai aktivitási vizsgálatot hazánkban Szomodis Márta és munkatársai végeztek 2014-ben, melyet egyéb vizsgálatokon túl antropometriai, motoros és kérdőíves vizsgálattal egészítették ki.

Jelen kutatás megtervezése során a releváns kutatási témákat a fent bemutatott kutatások módszertani áttekintését követően választottuk ki. Jelen közlemény az elvégzett kutatások adatainak döntően leíró elemzési eredményeit mutatja be, hogy azokat a szakemberek minél szélesebb körben felhasználhassák. Mélyebb, analitikus elemzésekre a későbbiekben további szakértők bevonásával fog sor kerülni. A cikk elkészítéséhez a szerzők nagymértékben felhasználták az egyes kutatásokhoz készített kutatási tervek és jelentések anyagát valamint a kutatási eredményeket tartalmazó ábrákat és táblázatokat.^{iv}

A felmérés valamennyi résztvevője az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény valamint az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény rendelkezéseit betartva jár el. Mivel a felmérés tudományos kutatás, de nem tartozik az emberen végzett orvostudományi kutatások, az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálata, valamint az emberen történő alkalmazásra szolgáló, klinikai vizsgálatra szánt orvostechnikai eszközök klinikai vizsgálata engedélyezési eljárásának szabályairól szóló 235/2009. (X. 20.) Korm. rendelet hatálya alá, lefolytatásához nem volt szükséges az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatás-Értékelési Bizottságának (ETT TUKEB) szakmai-etikai engedélye. A felmérés a tudományos kutatás céljait szolgálja, és nem gyűjtött személyes adatokat,^v ezért a Nemzeti Adatvédelmi és Informá-

^{iv} Ily módon az ábrák nem szerkeszthetőek, javításuk jelen keretek között nem áll a szerzők módjában.

^v Az adatkezelő személyes adatokra vonatkozó adatkezelését Az információs önrendelkezési jogról és az információszabadságról szóló 2011. évi CXII. törvény 65.§ (3) h) pontja szabályozza.

ciószabadság Hatóság általi adatvédelmi nyilvántartásba vétel iránti kérelem ugyancsak nem volt szükséges.

1.1. Intervenciók kutatás

1.1.1. Módszerek

A kutatás célja annak felmérése, hogy a projekt egészségfejlesztési programelemeinek keretében megvalósult beavatkozások mennyire voltak hatásosak. Az I. felmérés adatfelvételét a programelemek (intervenció) megvalósulását megelőzően a Magyar Diáksport Szövetség kérdezőbiztosai végezték. A programelemek lezajlását követő II. felmérést és a két felmérés összehasonlító elemzését pedig a GfK Hungária Piackutató Kft. munkatársai végezték, mindkét esetben önkitöltős kérdőív segítségével. A kutatásban 257 konvergencia régióba tartozó, többnyire hátrányos helyzetű településen lévő, 288 állami fenntartású általános iskola vett részt. A vizsgálat alanyai a 3., 5. és 7. évfolyamból véletlen mintavétellel kiválasztott tanulók, valamint az egészségfejlesztési programelemek megvalósításában résztvevő pedagógusok voltak (intézményi koordinátorok). A tanulók erre a célra felkészített kérdezőbiztos felügyelete mellett, egy tanóra keretében töltötték ki a kérdőívet. A kérdőívben a fizikai aktivitással, a táplálkozással, a szabadidős tevékenységeikkel, személyi higiéniával, illetve a 7.-es osztályokban az alkoholfogyasztási és dohányzási szokásokkal kapcsolatos ismereteikről és attitűdjükről kérdezték a tanulókat. A kérdések témáit és megfogalmazását a három vizsgált korosztályhoz igazították. A tanulói kérdőív egyes kérdései – az összehasonlíthatóság érdekében – a HBSC kérdőívből kerültek átültetésre. [1. sz. melléklet] A pedagógusokat a testmozgással kapcsolatos attitűdök, sportolási, táplálkozási szokások, az egészséges élelmiszerek, a dohányzás betiltásával kapcsolatos vélemény, az egészségi állapot, a tartós betegség és stresszkezelés valamint az elsősegélynyújtás témájában kérdezték. A kutatáshoz kifejlesztett kérdőíveket az I. felmérés előtt elvégzett elővizsgálat során tesztelték, és a tapasztalatok alapján módosították. Az I. felmérés 2014 decemberében, a II. felmérés 2015 szeptemberében történt ugyanazon kérdőív ismételt alkalmazásával. A II. felmérés az előző mérésben résztvevő (4., 6. és 8. évfolyamba lépett) tanulók és pedagógusok körében zajlott.

Az ismeret- és attitűdváltozás értékelése során a viszonyítási pontot nem csak az I. felmérés elemzésének eredményei adták, hanem az ún. „kontrollcsoportot” képező (az egészségfejlesztési programokban részt nem vevő) válaszadók is. Az egészségfejlesztési programelemek mellett megyei szinten szervezett ún. Hétp próbákat^{vi} rendeztek az iskolások számára. Ezeket a – többnyire fizikai aktivitáshoz köthető – eseményeken azoknak a tanulóknak is lehetőségük volt részt venni, akik a többi program-elmbe nem kapcsolódtak be, tehát a kontrollcsoportot képezték. Ily módon – a kísérleti környezet hiánya miatt – e csoport értékelésében megjelenhetnek olyan külső, szituációs elemek, tevékenységek (pl. részvétel a „Hétp próbákon” vagy egy iskolai szervezésen kívüli családi egészségnapon), amelyek közvetett hatást gyakorolhattak, elősegíthették a válaszadó egészséges életmódhoz kapcsolódó attitűdjeinek, tudásának fejlődését. Azonban a két csoport szétválasztása, válaszaik összehasonlítása, valamint ezen tényezők hatásának vizsgálata jelenlegi elemzés során nem történt meg, azok a jövőben további elemzés tárgyát fogják képezni. Az „intervenció” csoport tagjait a programelemekben résztvevő tanulók alkották. Azonban a kontroll- és az intervenció csoport között – az ismeret és attitűdváltozásban – megfigyelhető különbség vizsgálata nem képezi jelen közlemény döntően leíró elemzésének részét.

Az elemzés során az I. és a II. felmérésben felvett adatok összehasonlítása évfolyamonként összesített módon, illetve egyéni szinten történt. Az egyéni válaszok eltéréseinek kiszámításánál a II. felmérés értékéből kivonták az I. felmérés ugyanazon személy által megadott értékét. Ha az eredmény 0, akkor az adott személy válasza nem változott. Ha az érték negatív, akkor az illető a II. felmérés során alacsonyabb értékű választ adott, mint az I. felmérésben. A pozitív érték azt jelenti, hogy a II. felmérés

Az elemzés során az I. és a II. felmérésben felvett adatok összehasonlítása évfolyamonként összesített módon, illetve egyéni szinten történt. Az egyéni válaszok eltéréseinek kiszámításánál a II. felmérés értékéből kivonták az I. felmérés ugyanazon személy által megadott értékét. Ha az eredmény 0, akkor az adott személy válasza nem változott. Ha az érték negatív, akkor az illető a II. felmérés során alacsonyabb értékű választ adott, mint az I. felmérésben. A pozitív érték azt jelenti, hogy a II. felmérés

^{vi} Hétp próbák: Megyei szinten zajló egészségfejlesztő eseménysorozat, amely különböző „próbákból” állt. A próbák tematikájukban kapcsolódtak a programelemek megvalósításához és a legkülönbözőbb mozgásformák megismertetése mellett a „mercy” jellegű (versenyhelyzet és kudarcélmények nélküli) közösségi élményszerzést támogatták. A rendezvényeken a tanulók többek között táncolhattak, birkózhattak, vívhattak, evezhettek sárkányhajóban, stb.

válaszában volt magasabb az érték. Összesített szintű elemzésben egy-egy kérdésre az I. és a II. felmérés adott válaszainak évfolyamonkénti megoszlása, valamint, ahol a változó mérési szintje erre lehetőséget biztosít, ott az évfolyamonkénti átlagok összehasonlítása történt meg. A meglehetősen nagy mintaelemszám miatt valamennyi kérdés esetében a kimutatott eltérés statisztikailag szignifikánsnak tekinthető. A pedagógusok körében végzett vizsgálat eredményeinek ismertetésénél a nők és férfiak válaszainak megoszlását csak abban az esetben ismertetjük, ha abban számottevő eltérést tapasztaltunk a mérés során.

1.1.2. Eredmények

Az I. felmérésben válaszoló 13 625 tanulóból a II. felmérésben 12 937 volt elérhető, amely 95%-os sikeres ismétlést jelentett. [1. táblázat] A pedagógusok közül 586 fő kapta meg az I. felmérésben a kérdőívet, közülük 404-en válaszoltak a II. felmérésben. Ez közel 70 százalékos kitöltési aránynak felelt meg az I. felméréshez viszonyítva. Az összehasonlító elemzésbe azok a tanulók és pedagógusok kerültek bevonásra, akik értelemszerűen mindkét évben kitöltötték a kérdőívet.

1. táblázat: A vizsgálatba bevont tanulók és pedagógusok száma

	I. felmérés	II. felmérés	Ismételten résztvevők aránya
Tanulók			
3. évfolyam	4 890	4 327	88,5%
5. évfolyam	4 354	4 290	98,5%
7. évfolyam	4 381	4 320	98,6%
Együtt	13 625	12 937	95,0%
Pedagógusok	586	404	68,9%

A következőkben az intervenció kutatás döntően leíró elemzésének eredményei a fizikai aktivitás, táplálkozás, dohányzás és alkoholfogyasztás, szabadidős tevékenységek, személyi higiéne, elsősegélynyújtás témák szerint kerülnek bemutatásra a tanulók, majd azt követően a pedagógusok esetében.

Tanulók eredményei

Fizikai aktivitás

A rendszeres testmozgáshoz kapcsolódó tanulói attitűdöt vizsgálva elmondható: mind az I. mind a II. felmérés eredményei azt igazolják, hogy az alsó tagozatos tanulók több mint 90%-a, a felső tagozatosok több mint 80%-a fontosnak tartja a rendszeres testmozgást. [2. táblázat] A két felmérés között az összesített eredményekben csupán elenyésző változást lehet megfigyelni. Azon túl, hogy a tanulók többsége tisztában van a sportolás egészségre gyakorolt hatásával, annak érdekében, hogy egészségesek maradjanak, aktív felnőtt életet terveznek. Mindkét felmérés eredményei azt mutatják, hogy a

3. osztályosok 85%-a, az 5. osztályosok 75%-a, a 7. osztályosok több mint kétharmada tartotta valószínűnek vagy biztosnak azt, hogy sportolni, mozogni fog élete későbbi szakaszában is. Az I. felmérés adatai alapján az alsó tagozatos tanulók több mint 90%-a szereti a testnevelésórákat. [3. táblázat] Az 5. és 7. osztályosok körében ez az arány kisebb, mint 90%, valamint 80%. A II. felmérésben ezek az értékek alig csökkentek. A tanulók vélekedése hasonló a tanórai szünetek mozgással, mozgásos játékkal való eltöltése tekintetében is. Míg az alsó tagozatos tanulók 93%-a szereti mozgással tölteni iskolai szabadidejét, addig az 5. osztályosok 80%-a, a 7. osztályos tanulóknak pedig már csak 57%-a vélekedett így az I. felmérés idején. [4. táblázat] Ezek az arányok az alsó tagozatosok körében kissé, a felsőtagozatosoknál jelentősebb mértékben változtak a II. felmérés során. Az egyéni véleményeknek az I. felmérésről a II. felmérésre kimutatható változását elemezve azt látjuk, hogy a vizsgált évfolyamok tanulói csökkenő arányban választottak ugyanolyan értéket, mint korábban (kerekítve 60%; 50%; 40%), miközben mindhárom évfolyamon több mint 10%-kal többen rontottak korábbi értékelésükön, mint változtatták magasabb értékűre válaszaikat. [5. táblázat]

2. táblázat: „Mennyire fontos számodra, hogy az egészséged érdekében rendszeresen mozogj, sportolj?”

	3.oszt	4.oszt	5.oszt	6.oszt	7.oszt	8.oszt
1 egyáltalán nem fontos	0,5%	0,2%	0,4%	0,3%	0,2%	0,3%
2	0,7%	0,6%	1,0%	0,9%	1,7%	1,8%
3	5,4%	6,5%	10,4%	10,9%	15,6%	13,7%
4	16,8%	22,6%	30,9%	34,0%	41,4%	41,1%
5 nagyon fontos	76,5%	70,0%	57,3%	53,9%	41,1%	43,1%
TOP2 (4-5)	93,3%	92,6%	88,2%	87,9%	82,5%	84,2%
ESETSZÁM N	4294	3792	4262	3696	4305	3718

3. táblázat: „Mennyire szereted a testnevelésórákat?”

	3.oszt	4.oszt	5.oszt	6.oszt	7.oszt	8.oszt
1 egyáltalán nem szeretem	1,5%	1,0%	1,6%	1,7%	2,1%	2,6%
2	1,1%	1,7%	2,0%	2,5%	4,0%	3,8%
3	5,4%	7,7%	10,1%	12,6%	14,6%	16,0%
4	13,0%	20,6%	24,0%	28,3%	32,2%	36,6%
5 nagyon szeretem	79,0%	69,1%	62,3%	54,8%	47,1%	41,1%
TOP2 (4-5)	92,0%	89,7%	86,3%	83,1%	79,3%	77,7%
ESETSZÁM N=	4303	3788	4281	3703	4315	3718

4. táblázat: „Mennyire szeretnéd a tanórai szüneteket mozgással, mozgásos játékokkal, mint például fogócskával, focizással, labdázással eltölteni?”

	3.oszt	4.oszt	5.oszt	6.oszt	7.oszt	8.oszt
1 egyáltalán nem szeretném	1,0%	0,9%	2,1%	2,6%	5,5%	6,9%
2	1,2%	1,6%	3,6%	5,3%	10,8%	12,2%
3	5,3%	9,1%	14,9%	20,6%	26,8%	30,7%
4	15,0%	23,9%	31,0%	33,5%	33,2%	32,1%
5 nagyon szeretném	77,5%	64,4%	48,4%	37,9%	23,7%	18,1%
TOP2 (4-5)	92,5%	88,3%	79,4%	71,4%	56,9%	50,2%
ESETSZÁM N=	4312	3790	4268	3697	4307	3713

5. táblázat: Egyéni vélemények változása – „Mennyire szeretnéd a tanórai szüneteket mozgással, mozgásos játékokkal, mint például fogócskával, focizással, labdázással eltölteni?”

	3-4 évf	5-6 évf	7-8 évf	Total
-4	,7%	,6%	,5%	,6%
-3	,8%	1,4%	1,4%	1,2%
-2	5,8%	8,0%	8,8%	7,5%
-1	18,3%	24,3%	24,6%	22,4%
0	61,1%	46,0%	40,3%	49,2%
1	9,6%	15,3%	18,9%	14,5%
2	2,7%	3,2%	4,2%	3,3%
3	,4%	,9%	1,0%	,8%
4	,6%	,3%	,3%	,4%

A megkérdezett tanulók több mint 85%-a egyetért azzal az állítással, hogy „a gyerekeknek minden nap legalább egy órát kell mozgással tölteni,” amely jó hatással van a közérzetre (az utóbbi állítással való egyetértő felső tagozatosok aránya szintén meghaladta a 85%-ot). Azonban a tanulóknak – saját bevallásuk szerint – csupán kicsivel több, mint egytizede végez napi rendszerességgel legalább 60 perces kiadós mozgást a testnevelés órákon kívül.^{vii} [6. táblázat] A II. felmérés alkalmával ugyan megfigyelhető volt némi növekedés a testmozgás gyakorisága tekintetében azoknál, akik hetente 2 napnál sűrűbben végeznek kiadós testmozgást, azaz – feltehetően – rendszeresen sportolnak. Emellett fontos megjegyezni, hogy mintegy 7%-nyi arányt képviselnek azon tanulók is, akik egyáltalán nem mozognak a testnevelés órán kívül. A válaszok pontosságát illetően némi fenntartás indokolt lehet, hiszen a megkérdezett tanulók háromnegyede eltérő értéket jelölt meg a második felmérésben, mint az elsőben. [7. táblázat] A felső tagozatosok körében a felsorolt szabadidőeltöltési lehetőségek közül a számítógépezés volt a legnépszerűbb. [8. táblázat] Talán meglepetés, de a második legkedveltebb tevékenységnek az olvasást minősítették, a fizikai aktivitások csak ezek után következtek. Az I. felmérésben adott válaszok szerint az 5. osztályos tanulók több mint

négyötöde (83%) gyalog, biciklivel, görkorcsolyával vagy rollerrel járna iskolába, ha megtehetné. Azok aránya, akik gyakran vagy mindig így járnának, még 2%-kal nőtt is a II. felmérésben. A 7. osztályos tanulók esetében az aktív közlekedést választók aránya kisebbnek bizonyult (66%), a növekedés 3% volt. Módszertani szempontból azonban fontos megjegyezni, hogy a két vizsgált korosztály (a legkisebbeknél nem volt lekérdezés) számára feltett kérdés megfogalmazása eltérő volt a kisebbek számára történő könnyebb értelmezhetőség érdekében,^{viii} amely a válaszok összevetését megnehezítheti. Az I. felmérésben adott válaszok alapján a tanulók több mint kétharmada tisztában volt azzal, hogy léteznek olyan okostelefon-alkalmazások, amelyekkel nyomon lehet követni a napi fizikai aktivitást. A három évfolyamon a II. felmérés idejére mintegy felére csökkent azok aránya, akik egyáltalán nem hallottak még ilyen lehetőségről (3. évfolyam: - 37%, 5. évfolyam: - 50%, 7. évfolyam: -57%). Arra a kérdésre, hogy „Miért fontos neked a testmozgás, sportolás?” a tanulók kétharmada „az egészségem miatt” válaszlehetőséget jelölte. [9. táblázat] Emellett szintén magas, 50% körüli választási arány jellemezte a „jobban érzem magam tőle” indoklást, valamint, évfolyamonként 45% körül ingadozó a „jól szeretnék kinézni” kategória.

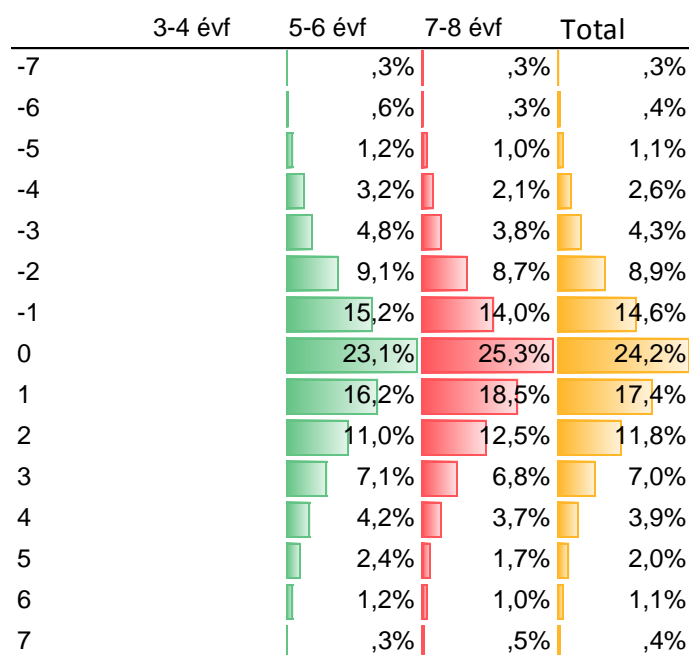
6. táblázat: „Gondolj az elmúlt 7 napra és próbáld meg összeszámolni, hogy hány olyan napod volt, amikor legalább 60 percet kiadósan mozgottál a testnevelésórán kívül?”

	3.oszt	4.oszt	5.oszt	6.oszt	7.oszt	8.oszt
egy sem	0,0%	0,0%	7,7%	7,0%	9,7%	6,8%
1 nap	0,0%	0,0%	11,6%	9,3%	11,3%	9,0%
2 nap	0,0%	0,0%	16,0%	12,2%	16,3%	13,8%
3 nap	0,0%	0,0%	17,9%	18,4%	21,0%	21,6%
4 nap	0,0%	0,0%	14,8%	15,6%	16,0%	17,1%
5 nap	0,0%	0,0%	13,0%	14,1%	12,7%	14,8%
6 nap	0,0%	0,0%	7,4%	8,3%	5,4%	6,3%
7 nap	0,0%	0,0%	11,7%	15,0%	7,6%	10,6%
ESETSZÁM N=			4016	3534	4191	3654

^{vii} A 6. táblázatban a 3. és 4. osztályosoknál szereplő 0,0%-os arányok nem a tényleges nullás értéket jelölik, hanem azt, hogy a kérdés ebben a korosztályban nem került lekérdezésre.

^{viii} Az 5. osztályosoknak feltett kérdés: Ha megtehetnéd, akkor milyen gyakran járnál gyalog, biciklivel, görkorcsolyával vagy rollerrel iskolába? A 7. osztályosoknak feltett kérdés: „Ha megtehetnéd, akkor milyen gyakran járnál autó vagy tömegközlekedési eszköz (busz, villamos stb.) helyett gyalog, biciklivel, görkorcsolyával vagy rollerrel iskolába?”

7. táblázat: Egyéni válaszok változása – „Gondolj az elmúlt 7 napra és próbáld meg összeszámolni, hogy hány olyan napod volt, amikor legalább 60 percet kiadósan mozogtál a testnevelésórán kívül?”



8. táblázat: „Te hogyan állítanád sorrendbe a felsorolt szabadidő tevékenységeket?”

	5. évfolyam	7. évfolyam
Számítógépezés	1,2	1,4
Olvasás	1,4	1,4
Kirándulás	2,1	2,1
Biciklizés	2,3	2,2
Sportolás	3	2,9

9. táblázat: „Jelöld meg, miért fontos neked a testmozgás, sportolás!”

	3.oszt	4.oszt	5.oszt	6.oszt	7.oszt	8.oszt
nem tartom fontosnak	1,0%	1,0%	1,6%	1,6%	1,7%	2,5%
jobban érzem magam tőle	49,0%	41,9%	50,1%	42,7%	43,8%	44,7%
szeretnék fogyni	23,8%	21,5%	24,3%	22,3%	24,7%	23,2%
az egészségem miatt	68,9%	65,2%	69,8%	67,3%	64,8%	66,2%
a barátaim miatt	17,4%	9,6%	10,3%	10,9%	10,0%	10,4%
van sportoló példaképem	33,9%	29,2%	30,6%	27,6%	24,4%	20,0%
jól szeretnék kinézni	48,5%	45,6%	43,2%	45,3%	45,8%	45,8%
ESETSZÁM N=	4312	3790	4268	3697	4307	3713

Táplálkozás

A zöldségek és gyümölcsök fogyasztásának fontosságával tisztában vannak még a 3. osztályos tanulók is, hiszen 79%-uk válaszolta, hogy zöldséget, 88%-uk pedig, hogy gyümölcsöt naponta kell enni. Ez az arány az II. felmérésre enyhén csökkent (a zöldségek esetében 75%-ra, míg a gyümölcsöknél 83,4%-ra). A reggelizés gyakorlatát tekintve elmondhatjuk, hogy az I. felmérésben mért 93%-hoz képest a II. felmérés alkalmával még több pedagógus (96%) tartotta fontosnak vagy nagyon fontosnak a reggelizést. Az alsó tagozatosok fele minden tanítási napon, hétvégén pedig négyötödük reggelizik. [10. táblázat] A gyermekek reggelizési szokásainak tekintetében itt is megfigyelhető az a tendencia, hogy minél idősebb korosztályt vizsgálunk, annál kevésbé jellemző a mindennapos reggelizés gyakorlata. A II. felmérés válaszaiból az derül ki a felső tagozatos tanulóknál, hogy az intervenciót követően ez a gy-

korlat nem változott. Az alsó tagozatosoknál megfigyelhető csökkenés értelmezése pedig további elemzést igényel. A vizgált évfolyamok tanulójának fele szeret, vagy nagyon szeret gyorséttermi ételeket fogyasztani. [11. táblázat] A kisebbek valamivel jobban kedvelik a hamburgert és társait, mint a nagyobbak, és az is megfigyelhető, hogy a kor előrehaladtával a gyorséttermi ételek iránti szimpátia némileg alábbhagy. Azon tanulók aránya, akik soha nem esznek gyorséttermi ételt, a legkisebbek között a legnagyobb. Az eddigiek közül ennél a kérdésnél figyelhető meg a válaszok legkisebb konzisztenciája, azaz itt volt a legnagyobb a válaszukat egyik felmérésről a másikra megváltoztató interjúalanyok aránya. Az I. felmérésben a megkérdezett 3. évfolyamosok kevesebb, mint négytizede adott a II. felmérésben ugyanolyan választ, míg a többiek inkább negatív, mint pozitív irányban változtatták véleményüket. [12. táblázat]

10. táblázat: „Szoktál-e úgy reggelizni, hogy nem csak egy pohár tejet, teát vagy gyümölcslevet iszol?”

		3.oszt	4.oszt	5.oszt	6.oszt	7.oszt	8.oszt
Hétköznap	soha	13,9%	12,1%	15,1%	13,5%	18,0%	17,9%
	egyszer	9,9%	8,2%	11,1%	9,8%	11,0%	10,1%
	kétszer	10,4%	13,6%	17,3%	20,5%	20,1%	20,0%
	háromszor	10,8%	16,5%	17,4%	19,1%	18,6%	18,1%
	négyszer	7,8%	10,0%	8,1%	8,6%	7,1%	8,6%
	öttször	47,2%	39,5%	31,0%	28,5%	25,2%	25,2%
ESETSZÁM N=		4277	3775	4250	3649	4279	3695
		3.oszt	4.oszt	5.oszt	6.oszt	7.oszt	8.oszt
Hétvégén	soha	0,0%	9,9%	10,8%	10,8%	11,7%	13,0%
	egyszer	16,6%	22,2%	25,9%	27,0%	27,4%	29,0%
	szombaton és vasárnap is	83,4%	67,9%	63,4%	62,2%	60,9%	58,0%
ESETSZÁM N=		3954	3733	4241	3609	4256	3680

11. táblázat: „Mennyire szeretsz gyorséttermi ételt, mint például hamburgert, sültkrumplit fogyasztani?”

		3.oszt	4.oszt	5.oszt	6.oszt	7.oszt	8.oszt
soha nem eszem gyorséttermen		8,3%	5,6%	5,8%	4,1%	4,6%	4,0%
1 egyáltalán nem szeretek		9,0%	4,5%	3,8%	4,0%	3,7%	4,2%
2		10,6%	11,5%	14,0%	13,3%	13,0%	13,8%
3		17,5%	27,9%	29,9%	30,7%	31,3%	33,2%
4		12,5%	19,5%	20,1%	23,4%	23,1%	23,9%
5 nagyon szeretek		42,1%	31,0%	26,4%	24,6%	24,4%	20,9%
TOP2 (4-5)		54,6%	50,5%	46,5%	48,0%	47,5%	44,8%
ESETSZÁM N=		4292	3767	4254	3641	4274	3704

12. táblázat: Egyéni vélemények változása – „Mennyire szeretsz gyorséttermi ételeket, mint például hamburgert, sültkrumplit fogyasztani?”

	3-4 évf	5-6 évf	7-8 évf	Total
-5	1,5%	,5%	,6%	,9%
-4	1,6%	,9%	,5%	1,0%
-3	2,8%	2,3%	1,7%	2,3%
-2	11,0%	7,1%	8,2%	8,8%
-1	15,4%	18,7%	21,0%	18,4%
0	37,8%	39,2%	41,5%	39,5%
1	12,9%	19,1%	17,0%	16,3%
2	8,1%	8,0%	6,5%	7,5%
3	4,3%	2,5%	1,7%	2,9%
4	2,8%	1,0%	1,0%	1,6%
5	1,8%	,7%	,4%	1,0%

Dohányzás, alkoholfogyasztás

A megkérdezett 7. osztályos tanulók többsége teljes mértékben egyetértett azzal, hogy a dohányzás káros az egészségre: több mint 90%-uk gondolta így mindkét felmérésben. A válaszadók több mint háromnegyede határozott véleményt képviselve mindkét évben azonos értéket adott meg (77,4%). [13. táblázat] Az alkoholfogyasztással kapcsolatban szintén csak a 7. osztályos tanulókat kérdeztük, akik a legnagyobb arányban a „gyakran rossz döntésekhez vezet” választ jelölték meg, ezt követte a „sokan erőszakosabbá válnak tőle” válaszlehetőség.^{ix} [14. táblázat] Mindkettőt hasonló arányban választották a két felmérésben. Szemben ezekkel a válaszokkal, a reakcióidő megnövekedését és a hangosabb beszédet választók aránya megemelkedett a II. felmérés során.

Szabadidős tevékenységek

A szabadidőben történő biciklizést és a természetben való túrázást a tanulók túlnyomó többsége szereti, azonban minél idősebb korosztályt vizsgáltunk, annál egyértelműbb csökkenést mutatott ez az arány: kerekítve 90%; 80%; és 70% volt. Ezzel párhuzamosan egyre nagyobb teret hódít a szabadidőből a képernyő előtt töltött idő. Minden vizsgált korcsoportban enyhén növekedett a két felmérés közötti időszakban maximum kettő vagy öt órát televíziót néző, vagy egyéb hasonló jellegű tevékenységet végzők aránya, emellett pedig kismértékben, de csökkent az egyáltalán nem, vagy „kb. fél órát” televíziót nézők aránya hétköznap és hétvégén egyaránt. [15. táblázat]

13. táblázat: „Szerinted a dohányzás mennyire káros az egészségre?”

	3-4 évf	5-6 évf	7-8 évf	Total
-4			1,5%	1,5%
-3			1,0%	1,0%
-2			2,4%	2,4%
-1			8,2%	8,2%
0			77,4%	77,4%
1			5,9%	5,9%
2			1,7%	1,7%
3			,9%	,9%
4			1,2%	1,2%

^{ix} A 24. táblázatban a 3.-6. osztályosoknál szereplő 0,0%-os arányok nem a tényleges nullás értéket jelölik, hanem azt, hogy a kérdés ebben a korosztályban nem került lekérdézésre.

14. táblázat: „Tudomásod szerint, az alkoholfogyasztás hogyan hat az emberre?” (Több válasz is lehetséges.)

	3.oszt	4.oszt	5.oszt	6.oszt	7.oszt	8.oszt
sokan erőszakosabbá válnak tőli	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	76,7%	77,7%
melegen tart a hidegben	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	24,7%	25,9%
hosszabb lesz a reakcióidő	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,5%	30,0%
hangosabbá válik a beszéd	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	35,6%	39,1%
gyakran rossz döntéshez vezet	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	80,2%	79,2%
ESETSZÁM N=					4292	3697

15. táblázat: „Naponta általában hány órát töltesz tévé-, videó-, DVD-nézéssel szabadidődben?” (%)

		3.oszt.	4.oszt.	5.oszt.	6.oszt.	7.oszt.	8.oszt.
Hétköznap	semennyit	11,2%	8,5%	6,3%	5,4%	4,2%	4,8%
	kb. fél órát	42,0%	44,2%	36,6%	31,1%	25,3%	25,7%
	nem többet, mint 2 órát	30,4%	33,0%	40,6%	45,1%	48,4%	49,0%
	nem többet, mint 5 órát	8,3%	8,3%	10,1%	12,2%	15,1%	14,6%
	5 óránál többet	8,1%	6,0%	6,4%	6,2%	7,0%	6,0%
Esetszám N=		4081	3657	4129	3607	4232	3663
		3.oszt.	4.oszt.	5.oszt.	6.oszt.	7.oszt.	8.oszt.
Hétvégén	semennyit	4,1%	3,4%	2,6%	2,6%	2,7%	3,5%
	kb. fél órát	21,3%	21,3%	15,9%	13,0%	10,0%	10,3%
	nem többet, mint 2 órát	37,4%	39,5%	41,8%	39,8%	34,3%	35,0%
	nem többet, mint 5 órát	17,4%	19,4%	23,2%	27,7%	31,8%	33,8%
	5 óránál többet	19,8%	16,4%	16,5%	16,9%	21,2%	17,4%
Esetszám N=		4049	3626	4094	3536	4171	3600

16. táblázat: „Szerinted az étkezés utáni fogmosás miért fontos?”

	3.oszt	4.oszt	5.oszt	6.oszt	7.oszt	8.oszt
ne hulljon ki a fogam	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	52,1%	51,8%
ne legyen lyukas fogam	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	80,7%	80,3%
jobban tudjam megemészteni az ételt	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,2%	6,1%
friss legyen a leheletem	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	71,2%	70,8%
ne álljanak össze-vissza a fogaim	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,9%	14,8%
ESETSZÁM N=					4294	3698

Személyi higiéné

Szinte minden megkérdezett tanuló tisztában volt azzal, hogy ajánlott étkezés után fogat mosni (I. és II. felmérés: egyaránt 94%). Ennek fontosságát a megkérdezett 7. osztályos tanulók leginkább abban

látják, hogy ez segít megelőzni a fogszuvasodást.^x [16. táblázat] A második leggyakrabban említett szempont a friss lehelet volt. A vélemények meglehetősen stabilnak mutatkoztak mindkét felmérés során.

^x A 24. táblázatban a 3.-6. osztályosoknál szereplő 0,0%-os arányok nem a tényleges nullás értéket jelölik, hanem azt, hogy a kérdés ebben a korosztályban nem került lekérdézésre.

Pedagógusok eredményei

Fizikai aktivitás

A megkérdezett pedagógusok az I. felmérés során 94%-os arányban válaszolták, hogy a gyermekek egészségének megőrzése szempontjából nagyon fontos a rendszeres testmozgás. A II. felmérésre ez az érték 98%-ra emelkedett. Azonban amikor a saját egészségük érdekében végzett rendszeres testmozgás fontosságáról kérdeztük őket, már lényegesen alacsonyabb értékeket kaptunk: az I. felmérésnél 74%-uk tartotta nagyon fontosnak a rendszeres testmozgást, igaz, a II. felmérésre ez az érték már elérte a 80%-ot. A két felmérésben adott válaszaikat összevetve megállapítható továbbá, hogy 45%-uknál bővült a fizikai aktivitás nyomon követését biztosító okostelefon alkalmazásokra vonatkozó ismeret vagy gyakorlat. [17. táblázat] A férfiaknál a nőkhöz viszonyítva több mint 10%-os emelkedés volt megfigyelhető e tekintetben. A megkérdezett pedagógusok a fenti kérdésre az I. felmérés alkalmával legnagyobb arányban a „Jót tesz az egészségnek” (67%), illetve a „Jobban érzem magam tőle” (58%) válaszlehetőséget adta. A II. felmérésben ez az arány magasabb volt: a pedagógusok 82%-a vélekedett úgy, hogy a testmozgás jót tesz az egészségének, illetve 76%-uk vélte úgy, hogy jobban érzi magát tőle. Az I. felmérésben az intervencióban

részvevő tanárok 52%-a hetente többször, 30%-a naponta és 17%-a legalább hetente egyszer választott volna mozgásos tevékenységet, ha tehetne volna. Nemek szerint vizsgálva a sportolási hajlandóságot a férfiak a napi, míg a nők a heti rendszerességű testmozgást preferálók között felülreprezentáltak. A II. felmérés idejére mindkét nem körében nőtt azok aránya, akik naponta szeretnének sportolni. Hétköznap és hétvége tekintetében növekedett azon válaszadók aránya, akik úgy vélik, hogy a szabadidejükből a testmozgásra is kellene időt fordítaniuk. Nemek tekintetében a férfiak – hétköznap vagy hétvégétől függetlenül – a szabadidejük kisebb hányadát fordítanák testmozgásra, mint a nők, de a két nem válaszaiban nem mutatható ki szignifikáns eltérés. [18. táblázat] A megkérdezett tanárok több mint 80%-a fejezte ki igényét, hogy szabadidejében igényt tartana az iskolai sportolásra alkalmas létesítményeinek, felszereléseinek használatára a szabadidejében. Nemek szerint a nők azok, akik a testmozgást kevésbé gondolták fontosnak, azonban az intervenció hatására pozitívan változott a véleményük, míg a férfiak álláspontja e kérdésben kevésbé módosult. [19. táblázat] Emellett a megkérdezett pedagógusok többsége (82%) egyetért azzal az állítással, mely szerint fontos vagy nagyon fontos, hogy azok a pedagógusok, akik a mozgásprogramokat szervezik, együtt mozogjanak a tanulókkal.

17. táblázat: Egyéni ismeretváltozás – „Ismer-e, vagy használt-e már okostelefonon lépésszámot, pulzusszámot vagy mozgásútvonalat mérő alkalmazást (pl. bringanapló, futótárs, sportstracker, stb.)”

	Férfi	Nő	Összesen
-2		0,3%	,2%
-1	1,1%	6,4%	5,2%
0	46,2%	50,6%	49,6%
1	49,5%	38,1%	40,7%
2	3,3%	4,5%	4,2%
Összesen	100,0%	100,0%	100,0%
ESETSZÁM (N)	91	312	403

18. táblázat: „Mit gondol, a pedagógusoknak szabadidejük hány százalékát kellene testmozgással tölteniük?”

	2014			2015		
	Férfi	Nő	Összesen	Férfi	Nő	Összesen
Hétköznap	20,32	20,61	20,54	22,80	22,04	22,21
Hétféje	29,96	30,69	30,52	30,77	32,67	32,25
ESETSZÁM (N)	91	300	391	91	313	404

19. táblázat: Egyéni vélemények változása – „Jelölje 1-től 5-ig az alábbi skálán, mennyire tartja fontosnak, hogy rendszeresen mozogjon, sportoljon a saját egészsége megőrzése érdekében”

	Férfi	Nő	Összesen
-1	7,7%	9,9%	9,4%
0	83,5%	71,9%	74,5%
1	7,7%	14,7%	13,1%
2		3,5%	2,7%
4	1,1%		0,2%
Összesen	100,0%	100,0%	100,0%
ESETSZÁM (N)	91	313	404

Táplálkozás

A pedagógusok mindössze 8%-a gondolta azt az I. felmérés idején, hogy a gyorséttermi ételek biztosan nem károsak, ha ritkábban, mint hetente fogyasztják azokat. A két felmérés közötti időszakban ez az arány 5%-ra csökkent. Az étkezés körülményeire vonatkozóan a pedagógusok 77%-a (férfiak 63%-a, nők 81%-a) nagyon fontosnak tartotta, hogy minden étkezés nyugodt körülmények között, asztalnál, egyéb tevékenység végzése (olvasás, televíziózás, számítógépezés) nélkül valósuljon meg. Csupán 7%-uk számára volt „mindegy”, vagy tartották ezt nem fontosnak. A II. felmérés alkalmával azonban pozitív irányú változást tapasztaltunk: a nagyon fontosnak tartók aránya 82%-ra nőtt, míg azon pedagógusok aránya, akik ezt a szempontot nem tartották fontosnak, illetve semleges volt számukra, 3,5%-ra csökkent. A pedagógusok mintegy 90%-a egyetértett azzal az állítással, hogy „Aki sok zöldséget, gyümölcsöt eszik, annak ellenállóbb a szervezete a betegségekkel szemben.” A II. felmérésre ez a magas arány még további 5%-kal emelkedett. A megkérdezett pedagógusok egynegyede mindkét felmérés alkalmával egyetértett azzal a kijelentéssel, hogy „Igazából nem lehet tudni, hogy melyik étel egészséges, mert a szakértők sem értenek egyet.” Azok

aránya, akik szerint „Sok idő és pénz kell az egészséges ételek elkészítéséhez” 35%-ról 31%-ra csökkent a két felmérés közötti időszakban.

Dohányzás, alkoholfogyasztás

A pedagógusok több mint 95%-a egyetértett a dohányzás betiltásával az egészségügyi intézményekben, közoktatási, gyermekjóléti és gyermekvédelmi intézményekben, a közintézményekben, valamint a tömegközlekedési járműveken egyaránt. A tömegközlekedési járművek váróira vonatkozóan az egyetértés 91%-os, a vendéglátóipari egységekre pedig csupán 80%-os volt. Ez a megoszlás szinte változatlan volt mindkét felmérés alkalmával. A pedagógusok magas arányban tartják egészségkárosítónak az alkoholos italok napi rendszerességű fogyasztását, ezt az I. felmérésben 89%-uk említette, a II. felmérés alkalmával pedig már 92%-uk vélekedett így.

Egészségi állapot, stressz

A pszichés panaszokat felmérő kérdések kizárólag a pedagógusokat célozták. A felsorolt állítások közül mindkét felmérés alkalmával a válaszadókat az alábbi panaszok jellemezték az elmúlt 2-3 hét folya-

mán: „Gondjai voltak az alvással: nehezen tudott elaludni, gyakran felébredt, vagy éppen túl sokat aludt.” (I. felmérés: 10%, II. felmérés: 7%), valamint „Egész nap fáradtnak érezte magát” (I. felmérés: 7%, II. felmérés: 9%), bár ezek is csak kisebb mértékben, de csökkenő tendenciát mutattak. Utóbbi probléma a férfiakat jellemezte nagyobb mértékben, míg az alvásproblémákról a nők számoltak be nagyobb arányban mindkét felmérés alkalmával. Azon válaszadók aránya, akik szomorúnak, depressziósnak, dekoncentrálnak vagy csalódottnak érezték magukat, 3% körül volt mindkét felmérés során. A pedagógusok több mint kétharmada az I. (68%) és a II. felmérés (69%) alkalmával is azt válaszolta, hogy ha feszültnek érezte magát, akkor „a problémáját megbeszélte a kollégájával”. A II. felmérésben összességében alacsonyabb volt azon stresszkezelési technikáknak az említési aránya, amelyek „pótcselekvésként” jellemezhetőek: azaz a kávézás/teázás (20%-ról 17%-ra csökkent), evés (8%-ról 7%-ra csökkent) és cigarettázás (4,3%-ról 3,5%-ra csökkent), amely tendencia elsősorban a nőknél domináns. Ugyanakkor mindkét nemnél emelkedett azok hányada, akik „nem tesznek semmit” (14%-ról 19%-ra), valamint egyéb tényezőket soroltak fel, úgy, mint sportolás, a relaxáció, a probléma átgondolása, illetve átbeszélése a családdal (13%-ról 20%-ra nőtt ez az arány). A felmérés vizsgálta a pedagógu-

sok szubjektív egészségképét is. A tanárok a saját egészségi állapotukat 1-től 5-ig terjedő skálán az I. felmérés alkalmával átlagosan 3,75-ra értékelték, míg ez a szám a II. felmérésre 3,85-ra emelkedett. A válaszadók többsége (73,3%) mindkét felmérés alkalmával jónak, illetve nagyon jónak értékelte egészségi állapotát. [20. táblázat] Emellett a megkérdezett pedagógusok többségét nem korlátozta egészségügyi probléma a mindennapos tevékenységük elvégzésében (I. felmérés: 76%, II. felmérés: 82%). A válaszadók 22%-a említette, hogy volt ugyan tartós egészségproblémája, de az nem korlátozta őt súlyosan a munkavégzésükben. A II. felmérésben 17%-ra csökkent ez az arány. A felmérés során kérdezték őket a testtömegükkel való elégedettségükről is, amelyet 48%-uk ideálisnak tartott. A következő felmérés alkalmával ez az arány 52%-ra emelkedett. A férfiak alacsonyabb arányban mondták ideálisnak testtömegüket (I. felmérés: 43%, II. felmérés: 49%), mint a nők (I. felmérés: 49%, II. felmérés: 53%). A pedagógusok valamivel több, mint 40%-a tartozott a túlsúlyos vagy elhízott kategóriához a megkérdezett testmagasságából és testtömegéből számított testtömegindex alapján. Ugyanakkor jelentős nemi különbség volt tapasztalható: a férfiaknál ez az arány az I. felmérés idején 62%, a II. felméréskor 67%, míg a nőknél mindkét alkalommal 37% volt.

20. táblázat: „Milyen az Ön egészsége általában?”

	2014			2015		
	Férfi	Nő	Összesen	Férfi	Nő	Összesen
Nagyon rossz	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Rossz	3,3%	1,0%	1,5%	0,0%	0,6%	0,5%
Kielégítő	23,3%	32,7%	30,6%	23,1%	24,6%	24,3%
Jó	66,7%	56,3%	58,6%	64,8%	65,5%	65,3%
Nagyon jó	6,7%	9,7%	9,0%	12,1%	9,3%	9,9%
TOP2 (4-5)	73,3%	73,3%	73,3%	73,3%	73,3%	73,3%
ÁTLAG	3.77	3.74	3.75	3.89	3.83	3.85
ESETSZÁM (N)	91	309	400	91	313	404

21. táblázat: Tápláltsági állapot az önbevallásos adatokból számított testtömegindex alapján

	2014			2015		
	Férfi	Nő	Összesen	Férfi	Nő	Összesen
Sovány	0,0%	3,3%	2,6%	0,0%	2,2%	1,7%
Normál	38,2%	59,6%	54,7%	34,1%	60,4%	54,5%
Túlsúlyos	49,4%	27,2%	32,2%	53,8%	28,1%	33,9%
Erősen túlsúlyos	12,4%	9,9%	10,5%	12,1%	9,3%	9,9%
Összesen	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
ÁTLAG	26,4	24,3	24,8	26,5	24,5	24,9
ESETSZÁM (N)	89	302	391	91	313	404

Elsősegélynyújtással kapcsolatos ismeretek

Az elsősegélynyújtással kapcsolatos ismereteket két kérdéssel térképezték fel, az akut égési sérülés ellátása, valamint a Heimlich-féle műfogás témakörében. A pedagógusok döntő többsége az I. felmérés alkalmával helyesen válaszolt az égési sérülés ellátásának kérdésére: 93%-uk válaszolta, hogy folyó víz alá tartaná legalább 15-20 percig. A II. felmérés alkalmával a helyesen válaszoló aránya tovább növekedett (96%-ra). A nemek tekintetében a férfiak ismeretei az égési sérülések ellátását illetően hiányosabbak voltak (11%-kal maradt alul a helyes válaszok aránya), azonban a II. felmérésre sikerült felzárkózniuk. A Heimlich-féle műfogást szinte minden megkérdezett pedagógus ismerte, 97%-uk válaszolt helyesen („A félrenyelt falat eltávolítását eredményezheti”) az első mérés alkalmával, a következő mérésnél ez az arány kissé növekedett (98%). Az előző kérdés esetében megfigyelt nemek közötti ismeretkülönbség lényegesen kisebb mértékben ugyan, de ez esetben is fennállt.

1.1.3. Megbeszélés

Az intervenció kutatás eredményeiről összefoglalóan elmondhatjuk, hogy a vizsgált időszakban egészséggel kapcsolatos ismeret- és attitűdváltozás tekintetében érdemi pozitív hatást nem tudunk kimutatni. Ennek lehetséges okai lehetnek többek között az elemzés során alkalmazott vizsgálati módszerek nem megfelelő érzékenysége, valamint az adatfelvételi eljárás esetleges hibái egyaránt. Fent ismertetett kutatást összehasonlítva a 2014-ben végzett HBSC adatfelvétel releváns eredményeivel, azt láthatjuk, hogy 2014-ben a vizsgált 5. osztályosok közel 60%-a és a 7. osztályosok 52%-a minden hétköznap reggelizett. Jelen vizsgálatban a minden nap reggelizők aránya az 5. évfolyamon 29%-ra, a 7. évfolyamon pedig 25%-ra csökkent. Fizikai aktivitás tekintetében a HBSC kutatásban a minden nap legalább 60 percet kiadós mozgással töltők aránya a vizsgált 5. évfolyamon közel 30%, 7. évfolyamon pedig körülbelül 20%. Jelen kutatásban az 5. osztályosok körében ez az arány 15% volt, míg a 7. évfolyamon 10%-ra csökkent. A szabadidővel kapcsolatos eredmények tekintetében azt találtuk, hogy míg a HBSC vizsgálat eredményei szerint az 5. osztályosok 44%-a és a 7. osztályosok 54%-a néz két óránál hosszabb ideig televíziót, videót, vagy dvd-t, addig jelen

felmérésben ez az arány két vizsgált évfolyamon 18,4%-ot, valamint 20,6%-ot mutatott.

Az intervenció kutatás fent ismertetett nagy mintaelemszámú eredményei alapján elmondható, hogy az I. és II. felmérésben mért ismeretváltozás elmarad a várakozásainktól. A pozitív irányú változások mértéke pedig a vizsgált tanulók tekintetében az életkoruk előrehaladtával – mind a táplálkozás, mind a fizikai aktivitás tekintetében – egyre inkább csökkenő tendenciát mutat. Azonban az intervenció hatására bekövetkezett változás, valamint az életkorral együttjáró fejlődés/változás hatásának összefüggéseit nem vizsgáltuk, a közöttük lévő lehetséges kapcsolat vizsgálata a jövőben további elemzések tárgyát képezheti. Fontos megjegyezni, hogy a vizsgált tanulók köre olyan diákokat is magába foglalt, akik nem vettek részt a két felmérés között zajlott egészségfejlesztési programelemekben, így körükben nem történt intervenció, kvázi kontrollcsoportként vettek részt a kutatásban. Ily módon válaszaik (feltételezhetően mérséklő) hatást gyakoroltak az I. és II. felmérés között történt változás mértékére. Annak érdekében, hogy az intervenció hatását mérni tudjuk, az intervencióban résztvevő, ún. intervenció csoport körében további elemzések szükségesek. A vizsgált korcsoportok (3. 5. és 7. évfolyam) közötti pozitív változások mértékében megfigyelhető csökkenések oka feltételezhetően abban keresendő, hogy a tanulók életkorának növekedésével a szülők befolyásoló ereje egyre csökken, érdeklődésük a kortársak felé fordul (pl. ha a tanórák közötti szünetek játékkal való eltöltésének csökkenő tendenciáját nézzük). A fizikai aktivitás mögötti motiváló tényezők között a kor előrehaladtával olyan érv is megjelenik az egészségmegőrzés mellett, mint a külső. Ennek egyik lehetséges magyarázata az, hogy a serdülőkorba lépve a tanulók saját testükről alkotott képe változik, külsejük megítélése egyre növekvő szerepet tölt be életükben. Az ismeret- és attitűdváltozás elmaradásának, illetve alacsony eredményességének egyik lehetséges indoka lehet, hogy a beavatkozások nem terjedtek ki a fő célcsoportra (tanulók) hatással bíró további szereplőkre: a közvetlen nevelőkörnyezetre (szülők, nevelőszülők), akik a megfelelő motiváció és viselkedésváltozás kialakulását elősegíthették volna. Emellett a pedagógusoknak csak egy kisebb része került bevonásra a projekt programjainak a megvalósításába. További helyi intézmények bevonása – a megfelelő környezeti feltételek megteremtésével – szintén segítette

volna a programok által elérni kívánt változások mértékét. Az egészséggel kapcsolatos ismeret- és attitűdváltozás eléréséhez rendelkezésre álló időintervallum (8 hónap) szintén meglehetősen kevésnek bizonyult. Hasonló eredményekkel kellett szembesülniük egy Koppenhágában (Dánia) megvalósuló, „aktív iskolába járást” célzó program megvalósítóinak is. A program a lakóhely és az iskola között biciklivel ingázó iskolások (4. és 5. évfolyam) számát igyekezett növelni, melyet infrastrukturális fejlesztésekkel, KRESZ-oktatással és a biciklizésre való motiválással segítettek. A program szintén egy éves időtáv alatt került megvalósításra. Hatásosságát randomizált-kontrollált vizsgálat segítségével végezték, ily módon képeztek egy kontrollcsoportot, amelybe azon diákok kerültek, akik nem vettek részt ebben az időszakban semmilyen fizikai aktivitást célzó programban. Az intervenció csoportba pedig azon tanulók kerültek, akik részt vettek a fent ismertetett programban. A vizsgálat lezajlását követően – amely során vizsgálták többek között az elmúlt évben bekövetkezett kontroll- és intervenció csoportban történt közlekedési balesetek számát, valamint a résztvevők testtömeg-indexét is – kiderült, hogy a két csoport között nem következett be szignifikáns változás sem a közlekedési balesetek incidenciáját, sem pedig a vizsgált tanulók súlyát és kardiorespiratorikus státuszát illetően. A beavatkozás hatásának elmaradása vélhetően itt is abból adódott, hogy az érintett felek tájékoztatása és bevonása a megvalósításába nem volt megfelelő. Az adatgyűjtésbe bevont tanárok kevésbé voltak elkötelezve a program iránt, valamint a szülők sem kaptak a programról történő általános tájékoztatáson kívül egyéb információt nyújtó, ösztönző képzést.⁷ Az intervencióban résztvevő pedagógusok körében végzett vizsgálat azonban már nagyobb mértékű ismeret- és attitűdváltozást mutatott, amely arra utal, hogy van lehetőség az alkalmazott módszerrel eredményeket elérni az egészséggel kapcsolatos ismeretek bővítésében és az egészségmagatartás változásában. Meg kell jegyeznünk azonban, hogy a kutatásba bevont pedagógusok nem csak résztvevői, hanem megvalósítói is voltak az egyes programelemeknek, amely feltételezheti az egészséggel kapcsolatos mélyebb ismereteiket és elköteleződésüket egyaránt. Ily módon a kimutatott változás nem általánosítható a többi – intervencióban részt nem vett – tanárokra.

A kutatás értelmezésének alapvető korlátját jelentheti, hogy az intervenció felmérés önkitöltős kérdőívvezetés formájában zajlott, ily módon a lekérdezés során az ellenőrzés nem volt kivitelezhető. Erre az adatrögzítés során is limitált lehetőség volt, amely a kettős adatbevitel módszerén túl alapvetően a kérdőív logikai összefüggéseinek vizsgálatára korlátozódott. Módszertani szempontból továbbá fontos megjegyezni, hogy a három vizsgált korcsoport számára feltett kérdés megfogalmazása eltérő volt a kisebbek számára történő könnyebb értelmezhetőség érdekében, amely megnehezítheti az összehasonlíthatóságot. A kutatási eredmények általánosíthatóságát befolyásolja továbbá, hogy a minta mennyiben tükrözi vissza a magyarországi általános iskolák főbb jellemzőit (pl. régió, fenntartó, iskolaméret, az iskola jellege (sportiskola, zeneiskola, stb.) hiszen a Közép-magyarországi régió iskolái nem szerepeltek a mintában. Annak érdekében, hogy a jövőben az egyénekre és közösségekre ható, egészséggel kapcsolatos pozitív irányú változás történjen – az ismeretek, attitűd, valamint a viselkedés tekintetében egyaránt – további, több szereplő bevonásával történő, hosszú távú egészségfejlesztési tevékenységekre van szükség. Ilyen szereplők lehetnek a tanulókon és pedagógusokon kívül a szülők és az iskolai közösségre ható külső intézmények, szervezetek. Emellett szükséges a rendelkezésre álló fizikai (épített) környezeti feltételek (infrastruktúra) megvizsgálása, esetleges átalakítása/fejlesztése a tartós (viselkedés) változás elérése érdekében.

1.2. Mozgásszenzoros vizsgálat

1.2.1. Módszer

A felmérés célja a tanulók fizikai aktivitásának, mozgásmintázatának objektív módon történő felmérése mozgásszenzoros eszköz segítségével. A vizsgálat segítségével a korábbi kutatásokhoz képest pontosabb képet kaptunk a gyermekek mozgásos viselkedéséről. A korábbi, hazánkban végzett felmérések többnyire kérdőíves módszerrel történtek. A mozgásszenzorral végzett vizsgálatok nem társultak tevékenységnaplózással, amely a napi fizikai aktivitáshoz kötődő cselekvéseket dokumentálta.⁸ A felmérésbe az intervenció kutatásba bevont 288 iskola tanulóit kerültek, 13 megye 13 iskolájából, há-

rom évfolyamból (3. 5. és 7.), oly módon, hogy képviseljék a megyeszékhelyen, valamint közepes méretű és kistélepülésen lévő iskolákat is. Az 5 napos mérés 4 hét alatt zajlott le 2015 szeptemberében és októberében. A tervezett 156 fő tanuló^{xi} vizsgálata helyett több tanuló (175 fő) bevonása történt meg, tekintettel az esetleges műszerhibákra és a nem megfelelő viselésből adódó adathiányra. Amennyiben a kiválasztott iskolák a felmérésben történő részvételt elutasították, hasonló méretű településen működő iskola bevonására került sor. A felmérést megelőzően felállított hipotéziseink szerint a mozgással töltött idő hosszát nem csak demográfiai tényezők (nem, életkor), hanem az olyan státuszismérvek is befolyásolják, mint a lakóhely és a szülők iskolázottsága. Továbbá, a gyermekek szabadidejük egyre kevesebb százalékát töltik mozgásos tevékenységgel. Annak érdekében, hogy a státuszismérvek és a mozgásvizsgálat összehasonlítható legyen, a tevékenységnapló mellett egy szocio-demográfiai adatok (kor, nem, testsúly, magasság, szülők legmagasabb iskolai végzettsége, sportköri tagság, krónikus betegségre vonatkozó adatok) megadására szolgáló adatfelvételi lapot is kitöltöttek a résztvevő gyermekekről az erre a célra kiképzett szakemberek. [2. melléklet]

A kutatásba nem kerültek bevonásra az akut mozgásszervi betegségben szenvedő vagy fogyatékos-sággal élő tanulók, annak érdekében, hogy elkerüljük a mozgásmintázatukból eredő feltételezhető torzítást. Részt vehettek viszont az iskola keretein kívüli igazolt sportolók, azok a nem igazolt sportolók, akik valamilyen iskolai sportkörben rendszeres fizikai aktivitást végeznek, valamint a nem mozgásszervi krónikus betegségben szenvedők (pl.: diabétesz, magas vérnyomás, szív- és érrendszeri megbetegedések, túlsúly stb.). A mérésre 5 egymást követő nap állt rendelkezésre, melyben két hétfői nap is szerepelt. A mozgásszenzoros mérést és az adatok elemzését a GfK Hungária Piackutató Kft. végezte a Firstbeat Technology Ltd. „Bodyguard2” eszközének segítségével. Ez egy újgenerációs, kisméretű, 24 órás adatrögzítést biztosító készülék, amely egy EKG elektróda szerepét is betölti, közvetlenül a jobb oldali kulcscsont alá ragasztják, míg a kábel végén található másik elektróda a szív alá kerül.

A szenzoros vizsgálat ideje alatt a tanulók mozgásvizsgálati naplót töltöttek ki (pl.: eszköz fel-és levétel, felkelés-lefekvés időpontjai, ülés közben végzett tevékenységek rögzítése és a fizikai aktivitások pontos megnevezése, valamint kezdő és végpontjai), amely az eszköz által szolgáltatott adatok ellenőrzését és jobb megértését tette lehetővé. [2. sz. melléklet] A mérés során a szenzor a tanulók teljes napra vonatkozó átlagos energiafelhasználásáról (kcal/perc), a különböző aktivitási szinteken eltöltött időtartamokról, a teljes napra vonatkozó lépések számáról, valamint az éjszakai alvás minőségéről és teljes napra vonatkozó időtartamáról gyűjtött adatokat. [3. sz. melléklet] Az aktivitási szintek kifejezése, illetve szemléltetése a pillanatnyi oxigénfelvétel (VO₂) mérése útján történt, amely a fizikai aktivitás energiafelhasználására, intenzitásának mérésére alkalmazott metabolikus ekvivalens (Metabolic Equivalent of Task – MET) érték elosztása útján nyerhető ki. A MET tehát az energiafelhasználás arányát jelöli a fizikai aktivitás végzése közben. A nyugalmi (pl. ülő) testhelyzetet 1 MET-tel jelölik, míg a mérsékelt intenzitású sétát 3 MET-tel fejezik ki.⁹

Az elemzés ennek megfelelően az alábbi változók szerinti bontásban történt: nem, évfolyam, illetve a lakóhely településmérete, a szülők iskolai végzettsége, továbbá a sportolási státusz (igazolt sportoló, iskolai sportkörben sportoló vagy az előbbi két kategóriába nem tartozó tanulók). Az elemzés során megvizsgálták, hogy milyen összefüggés mutatható ki a teljes napra vonatkozó energiafelhasználás, valamint a tanulmányi eredmény és a testtömegindex (TTI) között. Azokban az esetekben, ahol egy-egy tanuló mérési eredményei nem függetlenek egymástól (a mérések osztályon belüli korrelációja magas), ott a modellezés ún. többszintű elemzéssel (GEE)^{xii} történt.

1.2.2. Eredmények

A kiválasztott iskolák 175 tanulója vett részt a vizsgálatban. Az eredményeket befolyásoló minta jellemzőit áttekintve elmondható, hogy a vizsgálatba bevont 175 tanuló egyharmad arányban volt 3., 5. és 7. osztályos, 49:51%-os arányban pedig fiúk és lányok. Közülük körülbelül 10% (18 fő) számolt be va-

^{xi} 13 iskola x 4 hét x 3 évfolyam = 156 fő

^{xii} GEE – Generalized Estimation Equations technika

lamilyen krónikus megbetegedésről. Azonban fontos hangsúlyozni, hogy nem volt halmozottan beteg, illetve többféle krónikus megbetegedésben szenvedő gyermek a mintában. Emellett cukorbetegségről, vagy magas vérnyomásról sem számoltak be a kutatásba bevont tanulók, illetve azok szülei. Figyelemre méltó eltérés a nemek és évfolyamok között szintén nem volt. Megállapítható továbbá, hogy a feljegyzett krónikus megbetegedések alapvetően nem befolyásolják a gyermekek mozgással kapcsolatos tevékenységét. Az évfolyamonkénti, illetve nemenkénti megoszlásról a 22. táblázat tartalmaz adatokat.

Aktivitási szinteken eltöltött idő

A lányok minden életkorban némiképp kevesebbet mozognak, mint a fiúk (pl. míg a 3. osztályos fiúk az

összes mért idő mintegy 77%-át töltötték nyugalmi állapotban, addig az azonos korú lányok 81%-át). A tanulók életkorának növekedésével azonban a nemek közötti mozgásmennyiség különbsége enyhén csökkenni látszik. A megvizsgált 10 évesek átlagosan 5-7%-kal több időt töltenek valamilyen mozgással, mint a 14 éves korosztály. Emellett a felmérés igazolta azt az előzetes hipotézisünket is, mely szerint a mozgással töltött idő hosszát nem csak demográfiai tényezők (nem, életkor), hanem az olyan státuszismérvék is befolyásolják, mint a lakóhely és a szülők iskolázottsága. A tanítási időn túli, szervezett edzéseken való részvétel a magasabb iskolai végzettségű szülők gyermekeire a jellemzőbb. [23. táblázat] A lakóhely hatása korlátozottabb, gyakorlatilag nem ismerhető fel egyértelmű tendencia, hogy a kistélepléseken élő vagy a (nagy)városi gyerekek mozognak-e többet. [24. táblázat]

22. táblázat: A krónikus megbetegedésben szenvedő tanulók száma (fő)

		légzőszervi betegség		szív- és érrendszeri betegség	összesen
		fiú	lány		
3. évfolyam	fiú	1		0	1
	lány	1		1	2
5. évfolyam	fiú	4		0	4
	lány	2		2	4
7. évfolyam	fiú	3		1	4
	lány	2		1	3

23. táblázat: Szervezetten sportoló tanulók aránya az anya iskolai végzettsége szerint (%)

	igazolt sportoló	iskolai sportkör tagja	tanórán kívüli sportban részt vesz
8 ált. vagy szakm. képző	21	19	39
érettségi	41	38	54
felsőfok	47	37	64

24. táblázat: Egyes aktivitási szintek részesedése az összes mért időből hétvégén és hétköznap (%)

		75% METmax fölött	50-75% METmax	30-50% METmax	20-30% METmax	nyugalom
3. évfolyam	megyeszékhely	0,5	1,4	7,8	9,9	80,3
	város	0,4	1,6	9,3	12,5	76,3
	község	0,5	1,3	8,8	11,5	77,9
5. évfolyam	megyeszékhely	0,7	1,6	7,2	9,6	80,9
	város	0,6	1,7	9,1	9,4	79,3
	község	0,5	1,4	7,1	10,7	80,4
7. évfolyam	megyeszékhely	0,3	0,7	5,4	8	85,7
	város	0,3	0,9	7,3	8,9	82,5
	község	0,4	1	5,4	8,3	84,9

Számítógépezés

A tevékenységi napló bejegyzései alapján megállapítható, hogy a számítógép elsöprő fölényre tett szert a gyermekek szabadidejének alakításában: a fiúk napi átlagban 3-4 órát töltenek a képernyő előtt (az életkor növekedésével egyre többet), a lányok napi átlagban „csupán” 2,5-3 órát. Az életkor emelkedésével párhuzamosan csökken a televízió előtt töltött idő hossza, de még a legtöbbet tévézők csoportjában sem éri el a napi egy órát. A számítógép tehát a televíziózást szorította háttérbe. Érdeemes megfigyelni, hogy a lányok minden korcsoportban többet tévéznek a fiúknál. A lányok összes képernyő előtt töltött ideje (televízió és számítógép együtt) minden korcsoportban kevesebb, mint a fiúknál, sőt, helyenként lényegesen kevesebb. [25. táblázat]

Mozgás hétköznap – hétvégén

A mozgással töltött idő alakulásában pedig megfigyelhető, hogy a hétvégék sokkal passzívabbak, mint a hétköznapok, sőt, a gyermekek életkorának növekedésével párhuzamosan egyre nagyobb a különbség a hétköznapok és a hétvégék aktivitása között. [26. táblázat] A 3. évfolyamos tanulók összidejük 11%-kal nagyobb részét töltik teljes fizikai nyugalomban a hétvégén, összehasonlítva a hétköznapokkal, míg a 7. osztályosok 4%-kal több időt töltenek nyugalomban hétvégén. A legidősebb vizsgált korosztály továbbá azzal is felhívja magára a figyelmet, hogy az egyébként minden téren megfi-

gyelhető – fiúkra jellemző – nagyobb aktivitás a 14 évesek körében hétvégén nem mutatható ki. A lányok az összes idő 87,7%-át töltik mozgás nélkül szombaton és vasárnap, a fiúk 87,2%-át, azaz gyakorlatilag a 7. osztályos fiúk és lányok egyaránt fizikai passzivitásban töltik a hétvége döntő részét. Az igazolt sportolók és a nem sportolók mozgással töltött ideje között a különbség kevesebb 3 óránál, ami arra utal, hogy egy-egy edzés mintegy másfél óras időtartamán túl a sportolók semmivel sem mozognak többet a nem sportolóknál. [27. táblázat]

Aktivitási szint – gyakoriság

Ezen eredmények alapján még élesebb különbség rajzolódik ki fiúk és lányok között, mint azt a mozgással töltött összidő elemzésénél láthattuk. Intenzív sportot ugyanis a fiúk a 3. osztályos korosztályban mintegy 3-szor annyi alkalommal űznek (pl. a 3. évfolyamon 17,3 – METmax 30% feletti) mint a lányok (5,8 – METmax 30% feletti), és bár a különbség csökken a felsőbb évfolyamokban, de még így is végig jelentős marad. Az iskolai sportkörökben elsősorban a könnyű, játékos mozgások dominálnak, intenzív edzőmunka ezekre a foglalkozásokra nem jellemző. Miután a lányok körében sokkal alacsonyabb az igazolt sportolók aránya, mint a fiúknál (pl. 7. évfolyamon 15%-50%), így nem meglepő, hogy a lányoknál jóval kevesebb intenzív mozgás figyelhető meg. Emellett a vizsgált fiúk 68%-a, míg a lányok 28%-a vesz részt tanítási időn túl szervezett sportfoglalkozáson.

25. táblázat: A számítógépezésre és televíziózásra fordított napi átlagos idő (perc)

	fiú		lány	
	számítógép	tv	számítógép	tv
3. évfolyam	191 (~3 óra)	23	146	40
5. évfolyam	196	31	192	32
7. évfolyam	236 (~4 óra)	6	166	29

26. táblázat: Egyes aktivitási szintek részesedése az összes mért időből hétvégén és hétköznap (%)

		75% METmax fölött	50-75% METmax	30-50% METmax	20-30% METmax	nyugalom
3. évfolyam	H-P	0,7	1,8	9	10,8	77,7
	SZ-V	0,2	0,7	7,6	11,1	80,4
5. évfolyam	H-P	0,8	1,9	8,1	10	79,3
	SZ-V	0,3	0,9	6,4	10,1	82,3
7. évfolyam	H-P	0,5	1,2	6,5	8,6	83,3
	SZ-V	0,1	0,4	4,4	7,7	87,5

27. táblázat: Az egyes aktivitási szintek részesedése az összes időből sportolási státusz szerint (%)

		75% METmax fölött	50-75% METmax	30-50% METmax	20-30% METmax	nyugalom
3. évfolyam	igazolt sportoló	0,6	1,4	10,0	11,0	77,0
	sportköri tag	0,5	1,2	8,1	11,8	78,5
	nem sportol	0,4	1,4	7,5	10,8	79,8
5. évfolyam	igazolt sportoló	0,8	1,5	7,7	9,5	80,4
	sportköri tag	0,4	1,5	6,5	11,7	79,9
	nem sportol	0,5	1,5	7,5	9,8	80,8
7. évfolyam	igazolt sportoló	0,4	1,0	6,3	8,9	83,4
	sportköri tag	0,5	,9	6,0	8,4	84,2
	nem sportol	0,3	,8	5,2	7,8	85,9

28. táblázat: Napi átlagos energiafelhasználás hétvégén és hétköznap (kcal)

		fiú	lány
3. évfolyam	H-P	1665	1225
	SZ-V	1446	1091
5. évfolyam	H-P	1691	1571
	SZ-V	1512	1261
7. évfolyam	H-P	1931	1507
	SZ-V	1628	1310

29. táblázat: Napi átlagos lépésszám sportolási státusz szerint

		igazolt sportoló	iskolai sportkör tagja	nem sportol
3. évfolyam	hétköznap	9389	9656	7205
	hétféje	6359	5272	5069
5. évfolyam	hétköznap	9263	7593	8046
	hétféje	6565	8142	3223
7. évfolyam	hétköznap	7935	9666	6579
	hétféje	5631	3746	3120

Energiafelhasználás

A fiziológiai determinánsok (nem, kor, súly) mellett természetesen az aktivitás befolyásolja legerősebben az energiafelhasználást. A hétköznapok és hétvégi napok között korábban már kifejtett aktivitási eltérés nagyon pontosan visszaköszön az energiafelhasználásban is a fiúknál és a lányoknál egyaránt. Korosztálytól függetlenül jelentősen magasabb a hétköznapok energiafelhasználása, mint a passzívan, többnyire számítógép képernyője előtt töltött szombati és vasárnapi napokon. Az elemzés egyértelműen bizonyította, hogy hétköznap szignifikánsan magasabb a tanulók energiafelhasználása (pl. 7. évfolyamon 1 931 kcal), mint hétvégeken (7. évfolyamon 1 628 kcal). A fiúk jelentősen több kalóriát égetnek, mint a velük minden egyéb jellemzőben azonos lányok (hétfő-péntek: 1 507 kcal; szombat-vasárnap: 1 310 kcal). [28. táblázat]

Az alvás mennyisége a tevékenységnapló alapján

A napi alvásidővel kapcsolatos adatok sokváltozós elemzése arra mutatott rá, hogy az évfolyamon és a nemben (az idősebb gyermekek és a fiúk kevesebbet alszanak) kívül más szociodemográfiai háttértényezőnek nincs érdemi befolyása az alvás mennyiségre. A 7. osztályos fiúknál mutatkozott a többiekől számottevően elmaradó alvás mennyiség (napi átlagban mintegy háromnegyed-egy órával kevesebb időt töltöttek alvással, mint a kettő vagy 4 évvel fiatalabb tanulók, vagy akár az azonos korú lányok), ezt leszámítva mindenütt 9 óra körüli napi értékeket mértünk, amely minden korosztályban és rétegben alapvetően megfelelő mennyiséget jelent.^{xiii}

Iskolabajárás, napi lépésszám

A lépésszám a sportolási aktivitástól teljesen független mintázatot tárt fel: míg a lányok a fiúknál jóval kevesebbet sportolnak, lépésszám tekintetében lényegesen kisebb mértékű különbség van a két nem között (fiúk: hétköznap átlagosan 8 512 lépés, lányok: hétköznap átlagosan 7 637 lépés). Az aktív

sportolásnak sincs hatása a napi lépésszáma hétköznapokon, ugyanakkor hétvégeken nagyon is erős hatást gyakorol: míg a nem sportolók hétvégén a hétköznap megtett lépések felét-harmadát mutatják fel, az aktív sportolóknál elenyésző a különbség. [29. táblázat] A hétköznap lépésszámot tehát az iskola megközelítésének módja befolyásolja döntő mértékben: a gyaloglók minden évfolyamon 1000-1200 lépéssel tesznek meg többet, a kerékpárral, tömegközlekedéssel vagy autóval érkezőkhöz képest. Hétköznap és hétvége tekintetében, a felmérés szerint pl. egy 25-ös TTI-vel rendelkező tanuló hétvégén átlagosan 3500 lépéssel kevesebbet tesz egy 15-ös TTI értékű társához képest.

Tanulmányi eredmény – összefüggésvizsgálat

A tanulmányi eredmény és a mozgás közötti kapcsolat vizsgálatának eredménye szerint az intenzív mozgással töltött napi idő hossza és a napi energiafelhasználás között közepes erősségű kapcsolat volt kimutatható (korreláció: 0,44). A látszólagos vagy indirekt összefüggések kiszűrése érdekében a tanulmányi eredményt ismert módon befolyásoló és rendelkezésre álló tényezőket (pl. szülők iskolai végzettsége) kontrollváltozóként szerepeltették a modellben. Az eredmények értelmében 5 tényezőnek volt szignifikáns hatása az iskolai tanulmányi eredményre. Legerősebb a szülői háttér befolyása: a legjobb átlageredményre a felsőfokú végzettséggel rendelkező anyák gyermekei számíthatnak, a középfokú végzettségűek gyermekei ennél átlagosan 0,2-del, az alapfokú végzettségűeké pedig 0,4-del rosszabb eredményt értek el. Az alacsonyabb évfolyamokon jobbák voltak az eredmények, mint a magasabb osztályokban: a harmadikosok például közel 0,4-del jobb átlagot értek el, mint a hetedikesek. Az igazolt sportolók átlaga 0,2-del jobb volt, mint a nem sportolóké, a városi iskolák tanulói pedig 0,4-del értek el jobb eredményt, mint a falusi iskolák tanulói. Végezetül az edzésintenzitás is pozitív hatást gyakorolt, amit az energiafelhasználás szignifikáns pozitív paramétere jelez (és biztosan nem arról van szó, hogy a több energiát használó testesebb gyermekek a jobb tanulók, ami azt bizonyítja, hogy a mo-

^{xiii} Mozgásszenzoros vizsgálat – kutatási jelentés, Iskolai egészséges életmód kutatás és felmérés a TÁMOP- 6.1.2.A-14/1-2014-0001 azonosító számú kiemelt projekt keretében. 2015. szeptember 25.

dellben szintén szereplő TTI nem játszott szignifikáns szerepet a tanulmányi eredmények alakulásában). Végezetül fontos megemlíteni, hogy a vizsgálatba bevont mintában a fiúk és lányok tanulmányi eredménye között sem volt statisztikai értelemben számottevő különbség.¹⁰

1.2.3. Megbeszélés

A mozgásszenzoros vizsgálat eredményei összességében azt tükrözik, hogy a mindennapos testnevelés hatékonysága nem megfelelő. A hétvégék pedig alapvetően inaktivitásban telnek, többnyire a televízió vagy számítógép képernyője előtt. Ehhez még hozzájárul az a tényező is, hogy a mozgási aktivitás folyamatosan mérséklődik a tanulók életkorának előrehaladtával. A mozgással töltött idő hosszát emellett olyan státuszismérvék is befolyásolják, mint a lakóhely és a szülők iskolázottsága. A lakótelepülés hatása az iskolabajárás módjára egyértelműnek látszik: míg a városi tanulók saját településükön, többnyire közel lévő körzeti iskolába járnak, ahová nem okoz nehézséget gyalog eljutni, addig a vidéken lakó tanulóknak gyakran másik településre kell ingázniuk, ami feltehetően sokakat kényszerít a tömegközlekedés igénybevételére, ily módon kevesebbet gyalognak. A nemek között is jelentős különbséget figyelhetünk meg a mozgás intenzitásának tekintetében. Intenzív sportot ugyanis a fiúk mintegy 3-szor annyi alkalommal űznek, mint a lányok. A napi átlagos energiafelhasználási adatok mindemellett összességében nem tűnnek kevésnek, átlagos táplálkozás mellett azonban ilyen szintű energiafelhasználás nem feltétlenül eredményezhet elhízást. A mérés során a műszerek által szolgáltatott adatokon kívül az aktivitásról a tevékenységnaplóból is fontos információkat nyertünk. Kiemelt jelentőséget képvisel az elvégzett időmérleg vizsgálatból az alvás, valamint a számítógépezés és a televíziózás. Az alvás hatalmas befolyásoló erővel bír az iskolai teljesítmény, a testi és szellemi fejlődés tekintetében.¹¹ Emellett a két legelterjedtebb szabadidős tevékenység, a számítógépezés és a tévénézés mennyisége látványos kiszorító hatást fejt ki lényegében minden más aktivitásra. Például az olvasást és a fizikai aktivitást sok esetben feltehetően ezen tevékenységek lehetetlenítik el, ahogy azt már a

fenti fejezetekben kifejtettük. A sportolásnak – kedvező élettani hatásain kívül – pedagógiai kutatások szerint előnyös hatása van többek között a tanulmányi eredményre is, mivel a sport kitartásra, jobb időbeosztásra nevel, a befektetett munka és az elért teljesítmény közötti visszacsatolást erősíti.¹² A kutatás járulékos előnye, hogy közvetve hozzájárul a felmérésben résztvevő tanulók egészséges életmódhoz való viszonyának javításához. Számos kutatás igazolta, hogy a teljesítmény (jelen esetben a napi mozgás) nyomon követése motiváló hatással van a teljesítmény javítására, illetve a jó eredmények elérése pozitív élményt is nyújthat. A fizikai aktivitás személyes megtapasztalása a kutatás alanyai számára várhatóan szemléletmódbeli változásokat is indukál. A fenti eredmények értelmezésekor szükséges figyelembevenni a mintaelemszám nagyságának korlátozottságát (175 fő), hiszen az eloszlások emiatt erősen diszkrétnek, az egyes kiugró értékek az átlagokon is érezhetően hatást gyakorolnak. A SHAPES^{xiv}-Ontario kutatás (2006) fizikai aktivitásra vonatkozó, hétnapos visszaemlékezéses kérdőívének eredménye szerint a kanadai középiskolások 64%-a aktívnek, 26%-a közepesen aktívnek, és csak 10%-a vallotta magát inaktívnek. A kérdőív mozgásszenzoros tesztelése szerint a 6–12. osztályos tanulók következetesen túlértékelték aktivitásukat, ami feltehetően alacsonyabb értékeket takar a valós aktivitásukban. A két módszer összevetésekor az átlagos különbségek sokkal nagyobbak voltak az intenzív fizikai aktivitás, mint a közepes intenzitású fizikai aktivitás szintjében.¹³ A jelen kutatás módszertanát képező tevékenységnaplóval kiegészített mozgásszenzoros mérés ezen torzítás lehetőségét hivatott kezelni, mivel objektív mérésen alapuló információkat gyűjt a vizsgált személy tényleges mozgásmintázatáról. Treuth és munkatársai (2005) 7–19 évesek mozgásszenzoros adatai szerint a közepes és intenzív fizikai aktivitás napi átlaga összesen 65 ± 36 perc volt az alsó tagozatosoknál, 51 ± 27 perc a felső tagozatosoknál.^{14 15} Fontos megjegyezni, hogy mindegyik vizsgált korosztályban volt, aki kevesebb, mint 6 percet töltött közepes és intenzív intenzitású mozgással. A fentiekben bemutatott aktivitási szinteken eltöltött idő alátámasztja a 2005-ben mért eredményeket, hiszen nemcsak az intenzív mozgással töltött idő részaránya csökken az életkor előrehaladtával (3. évfolyam: 10%, 5. évfolyam: 9%, 7. évfolyam:

^{xiv} SHAPES – School Health Action, Planning and Evaluation System

7%), hanem a közepes intenzitású mozgással töltött idő aránya is (3. évfolyam: 11%, 5. évfolyam: 10%, 7. évfolyam: 8%).

A HBSC magyar mintája az intenzív fizikai aktivitást végző iskolásokat illetően a nemzetközi rangsor szerint a 21. helyezett a 41 ország között (11 éves lányok: 19%, fiúk: 28%; 15 éves lányok: 11%, fiúk: 19%). A 13 évesek korcsoportjában a 15. helyre kerültünk, ahol a lányok 13%-a és fiúk 29%-a vett részt hetente kétszer vagy többször intenzív fizikai aktivitásban. Az adatokból kitűnik, hogy a magyar fiúk (is) aktívabbak a lányoknál, valamint jelentős az életkor növekedésével járó csökkenés is a fizikai aktivitásban. Az életkorról együtt járó csökkenés a középiskolai évekre is jellemző. A kutatásban vizsgálták továbbá a televíziózási szokásokat is. A 11 éves magyar fiatalok a 11., a 13 évesek a 17. és a 15 évesek a 9. rangszámmal szerepelnek 40 ország között, vagyis az érintett korosztályok átlagosan 60%-a néz két vagy több órán át hétköznap televíziót.⁴

Szmodis és munkatársai által 2014-ben végzett vizsgálat sorozat mozgásszenzorral végzett kutatási eredményei az általunk bemutatott vizsgálatéhoz hasonló eredményeket hozott. Az eltérő heti testnevelési óraszám ellenére sem a mindennapos testnevelésben részesülő 4. és 5. osztályosoknál, sem a 8. és 9. osztályosoknál nem találtak szignifikáns eltérést az összesített szokásos aktivitásuk között. Az életkori sajátosságnak megfelelően a 4-5. osztályosok összesített fizikai aktivitása szintén meghaladta a 8-9. osztályosokét. A nemenkénti megoszlás elemzése alapján, a fiúk összesített aktivitása szignifikánsan nagyobb volt, mint a lányoké. Az iskolán kívüli heti sportfoglalkozásokon való részvétel alapján pedig elmondható, hogy a fiúk szervezett keretek között többet mozognak, mint a lányok, mely jelenséget jelen vizsgálat eredményei is tükröznek: a szervezett sportfoglalkozásokon a vizsgált fiúk 68%-a, míg a lányok 28%-a vesz részt.⁸

A Cochrane adatbázisban rendelkezésre álló bizonyítékokon alapuló vizsgálatok eredményei mindezek mellett arra engednek következtetni, hogy az iskolai szinten zajló, folyamatos fizikai aktivitást célzó programok hatásosak a rendszeres közepes vagy intenzív fizikai aktivitást végző gyermekek számának növelésében. Emellett azt is hangsúlyozzák, hogy kiemelkedően fontos befolyásoló erővel bír, hogy mennyi ideig végzik ezeket az aktivitásokat.¹⁶ A bemutatott bizonyítékok alátámasztják, hogy a fizikai aktivitás növekedéséhez

vezető beavatkozások képesek csökkenteni a tévézéssel eltöltött időt.

A kutatás eredményeinek tükrében tehát különösen fontos a mindennapos testnevelés és megfelelő mozgásprogramok kidolgozása, valamint azok intenzitásának fokozása. Reális esély a mozgásra ugyanis a tanulók körében csak hétköznap van. A családi körben (hétvégén) megfigyelhető aktivitások egyelőre nem elegendőek. Hétköznap kell tehát megragadni a lehetőséget a tanulók aktivitásának elősegítésére, mert a hétvégék egyre inkább a számítógép előtt, mozgáshiányban telnek. A hétköznap és iskolai sportszervezés közegében nem számíthatunk arra, hogy a tanítási időt követően a fiatalok majd hétvégén „kimozogják magukat”; éppen ellenkezőleg. Emellett pedig a lányok fizikai aktivitásának növelése érdekében megoldást jelenthet a kifejezetten őket célzó, motiváló programok tervezése, megvalósítása. A lányok mozgásba történő bevonásának kiváló eszközei lehetnének például az iskolai sportkörök kifejezetten lányokat célzó mozgásprogramjai. Az egyén és a közösségek egészségmagatartásának formálása fiataloknál alapozható meg a legeredményesebben.¹⁴ A rendszeres és élet-hosszig tartó fizikai aktivitás megalapozására olyan nevelési feladatként kell tekintenünk, amely csak körültekintő stratégia mentén válhat az egyén személyiségének részévé.

1.3. Egészségkultúra felmérés

1.3.1. Módszer

A felmérés célja az volt, hogy megvalósuljon egy átfogó iskolai egészségkultúra felmérés az iskolai egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységek és feltételek feltérképezése érdekében. Emellett, hogy feltérképezze azokat az egészségkultúrához kapcsolódó kihívásokat, amelyek az oktatás, és az oktatáshoz kapcsolódó szolgáltatások rendszerében jelentkeztek és jelentkeznek napjainkban.

A kutatás az alábbi dimenziókban igyekezett feltérképezni az iskolák egészségkultúráját:

- az egészségfejlesztés feltételei az adott iskolában, az infrastrukturális környezet alkalmassága;
- az egészséges életmóddal kapcsolatos ismeretek megjelenése az oktatásban, nevelésben;

- valamint az egészséges életmóddal kapcsolatos események, rendezvények megjelenése az adott iskolában.

Ennek érdekében valamennyi állami és nem állami fenntartású általános iskolai képzést nyújtó intézményt megkerestek (1 728 intézményt) és felkérték a kutatásban való részvételre a konvergencia régiókban. A felmérés során nem csak az iskolaigazgatókat, hanem a pedagógusokat és az iskolaegészségügyi szakembereket is megkérdezték. A megkérdezés online kitölthető, az egyes célcsoportok számára külön-külön összeállított kérdőívek segítségével valósult meg. A kérdőív megbízhatóságának és validálásának biztosítása érdekében a kérdőívet három – a fenti személyekkel megegyező kvalifikációval rendelkező – személy töltötte ki és tesztelte. A felmérésben való részvételre iskolánként az intézmény vezetőjét, egy pedagógust és egy egészségügyi szakembert kértek fel. Az adatfelvételt, valamint az adatok elemzését a GfK Hungária Piackutató Kft. végezte.

1.3.2. Eredmények

A kutatásba bevont 1 728 intézmény vezetője közül 535-en töltötték ki teljesen a kérdőívet, amely 31%-os válaszadási aránynak felel meg. A pedagógus kérdőívet 569-en töltötték ki, amely némileg magasabb, 33%-os kitöltési aránnyal egyenlő. Az egészségügyi szakemberek (jellemzően védőnők) számára készült kérdéssorra válaszoltak a legkevesebben (400 fő), amely 23%-os válaszadási arányt jelent. Az online kérdőívek kitöltésére 2015. szeptember 22. és október 2. között került sor. [4. sz. melléklet]

A fenntartó szerinti megoszlás tekintetében pedig jelentősen felülreprezentált az állami (a Klebelsberg Intézményfenntartó Központ által fenntartott) intézmények száma. [1. ábra] A három adatbázist (intézményvezetői, pedagógus és egészségügyi szakember) régió és településtípus szerint, azonos módon súlyozták az intézmények számának megoszlása alapján. Ez leginkább a nagyobb válaszadási hajlandóságú kistéleplések iskoláinak alulsúlyozását, és a megyeszékhelyeken lévő, válaszadásban reprezentált iskolák válaszadóinak felülsúlyozását jelentette. A legmagasabb súlyérték 2,4 volt. [30. táblázat]

Az egészségkultúra felmérés alábbi eredményei alapján kísérletet teszünk az intézmények aktuális állapotának bemutatására, amelyek hatással lehetnek és jelenleg is hatással bírnak az egészségfejlesztés lehetőségeire mind infrastrukturális, mind személyi tényezők tekintetében. Ezek az eredmények fontos kiindulópontját képezhetik a teljes körű iskolai egészségfejlesztés továbbfejlesztésének. A fenti szempontok mentén meghatározható, hogy a jelenlegi iskolakultúra mennyiben támogatja a teljes körű egészségfejlesztést.¹⁷

Az egészségkultúra felmérés alábbi eredményei alapján kísérletet teszünk az intézmények aktuális állapotának bemutatására, amelyek hatással lehetnek és jelenleg is hatással bírnak az egészségfejlesztés lehetőségeire mind infrastrukturális, mind személyi tényezők tekintetében. Ezek az eredmények fontos kiindulópontját képezhetik a teljes körű iskolai egészségfejlesztés továbbfejlesztésének. A fenti szempontok mentén meghatározható, hogy a jelenlegi iskolakultúra mennyiben támogatja a teljes körű egészségfejlesztést.¹⁷

1. ábra: A vizsgált iskolák fenntartó szerinti megoszlása (%)



30. táblázat: Az intézményvezetők által kitöltött kérdőívek megoszlása az intézmények jellemzői szerint

		Súlyozatlan elemszám	Súlyozott elem- szám
TOTÁL	TOTÁL	535	535
Régió	Közép-Dunántúl	85	87
	Nyugat-Dunántúl	80	82
	Dél-Dunántúl	74	64
	Észak-Magyarország	117	112
	Észak-Alföld	108	109
	Dél-Alföld	71	80
Településtípus	Megyeszékhely	66	92 ↑
	Egyéb város	147	165 ↑
	Falu, község	322	278 ↓

Infrastruktúra

Az intézmények infrastrukturális adottságait tekintve kijelenthető, hogy a megkérdezettek kevesebb, mint fele elégedett az étkeztetés tárgyi feltételeivel (49%), a biztonságos és ergonomikus fizikai környezettel (47%), valamint a „tanulók igényeinek, lelki egészségének megfelelő környezettel” (45%). [2. ábra]. Az étkeztetéssel kapcsolatban a pedagógusok és az intézményvezetők az arra rendelkezésre álló idővel (43%; 63%), valamint az ételek ízletességével (49%; 58%) voltak a legkevésbé elégedettek. A legnagyobb arányú elégedettség pedig az ételek mennyiségével (61%; 71%) és az étkeztetés higiéniájával (60; 74%) volt kapcsolatos.

Az infrastruktúra egy következő fontos indikátora a mindennapos testnevelés körülményei. A mindennapos testnevelést az intézmények többségében a tornatermi férőhely akadályozza, melyet nem külső sportlétesítmények használatával, hanem sok esetben szükségmegoldásokkal, például osztálytermi órákkal (20%), vagy egyéb, nem testnevelési célra kialakított belső helyiségek használatával hidalnak át az egyes intézmények. Az intézmények többségében a tanulók tanítás előtt és után, illetve szünetekben használhatják a sporteszközöket. Az iskolai tornatermek viszont csak az intézmények 39%-ában állnak nyitva a tanítási időn kívül. A sportolási lehetőség hétvégén csak nagyon kevés intézményben adott (6%), tanítási szünetekben a sportszerek (39%) és a tornaterem (26%) már nagyobb arány-

ban használhatóak. Az egészségfejlesztési ismérvek úgy, mint stresszoldás, relaxáció, valamint helyes testtartást segítő gyakorlatok a helyi tantervben és a mindennapos testnevelés gyakorlatában az intézmények 37%-ában, valamint 32%-ában valósulnak meg. A legnagyobb arányban alkalmazott módszerek a „Játékos tanulás és játék” (91%) valamint a „Sikerélmény és öröm” (82%) voltak. [3. ábra]

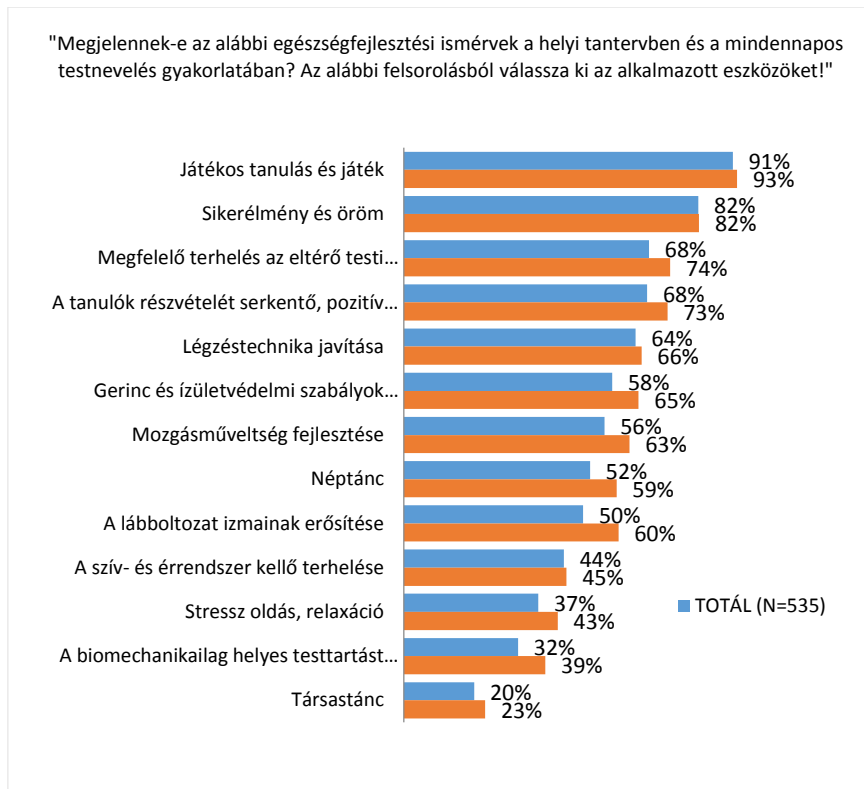
Az egészségfejlesztés terén leggyakrabban bevont partnerek a szülők. Az intézmények 82%-a támaszkodik gyakran rájuk. Viszont a szülői együttműködéssel való elégedettség szembetűnően alacsony, az intézményvezetőknek csak 57%-a értékelte pozitívan. A leggyakoribb együttműködő a Gyermekjóléti Szolgálat (77%), a Családsegítő Szolgálat (73%) és a Rendőrség (72%), a velük való elégedettség aránya pedig meghaladja a 70%-ot. Az iskolák kevesebb, mint harmadában kerülnek bevonásra prevenciószolgáltatók, helyi vállalkozások vagy a Helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum.

A mindennapos testnevelés kapcsán a szülőkkel való együttműködést kifejezetten jónak értékelték a megkérdezett szakemberek (74%), az egészséges étkeztetés terén pedig a legkevésbé megfelelőnek (41%). A kistelepülések gyakran nem tudják megoldani iskolán belül az étkeztetést, és a pedagógusok kisebb arányban étkeznek a gyerekekkel (62%), mint a nagyobb városokban (74%), megyeszékhelyen (81%), ami nehezíti a pozitív minták átadását.

2. ábra: Elégedettség az iskolai környezettel



3. ábra: Egészségfejlesztési ismérvek a helyi tantervben és a mindennapos gyakorlatban



A humánerőforrás helyzete

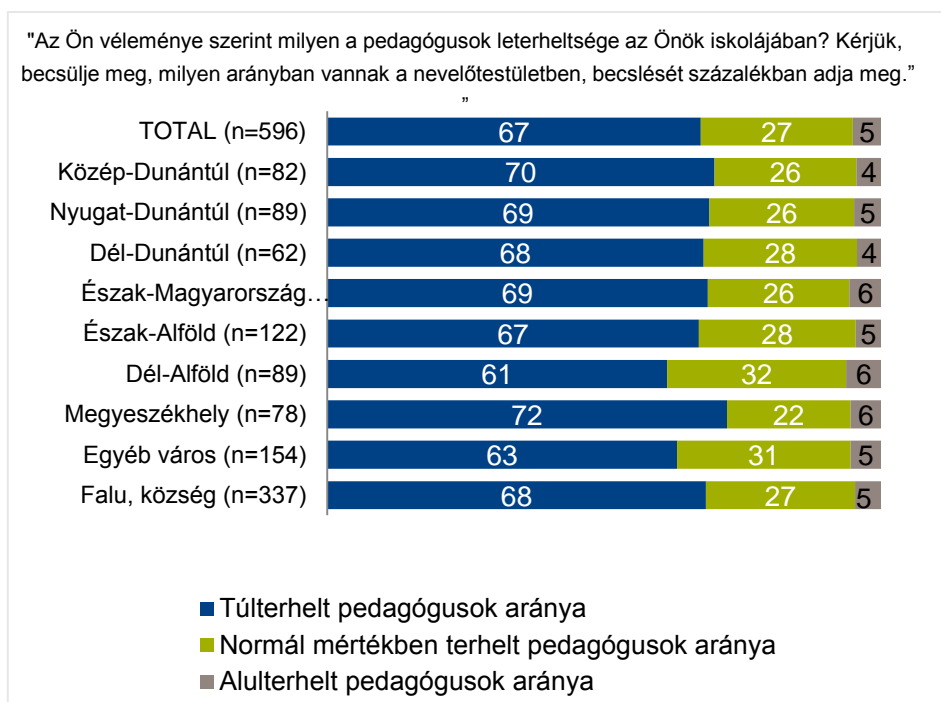
Az iskola humánerőforrás-helyzetének vizsgálata egy újabb fontos tényező, amely segít feltérképezni az iskolák működését az egészséges környezet biztosításához szükséges feltételek szempontjából, valamint ennek kihívásait. A megkérdezett pedagógusok saját intézményükben átlagosan kétharmadra becsülték a túlterhelt tanárok, és mindössze körülbelül 5%-ra az alulterhelt kollégáik arányát. Településtípus szerint a megyeszékhelyen lévő iskolák pedagógusai a leginkább túlterheltek, összehasonlítva az egyéb városok és falvak pedagógusaival. A regionális elhelyezkedést tekintve pedig a Közép-Dunántúl pedagógusai vélték a leginkább túlterheltekné magukat. [

4. ábra]

A megkérdezett pedagógusok szívesen vennének részt például informális, csapaterősítő jellegű kirándulásokon (81%), közösségi szakmai beszélgetéseken (64%). Az intézmények a kiegészítő elleni eszközök közül legnagyobb arányban a képzés, továbbképzés, szakvizsga hozzáférhetőségének biztosításával (65%) igyekeznek a pedagógusokra nehezedő nyomást csökkenteni. Iskolapszichológus által tartott rendszeres szupervíziót az intézmények csupán 4%-a biztosít. Az iskolák humánerőforrásának egészségi

állapotát tekintve elmondható, hogy az iskolában dolgozó egészségügyi szakembereket a legnagyobb arányban magasvérnyomással (17%), ezt követően erős fejfájással/migrénnel (15%) valamint derék- vagy hátfájással (12%) keresték fel. Az esetek többségében ezt személyesen, a hivatalos fogadóóra keretében (65%) vagy telefonon keresztül teszik (64%). Azonban minél fiatalabb korosztályt vizsgáltunk (a 23-40 éves korosztályon belül), annál inkább eltolódik ez az arány a telefonos (64%) és internetes (37%) megkeresések felé. Az egészségfejlesztéssel kapcsolatos és egyéb szakmai továbbképzéseken átlagosan 4,4 dolgozó vett részt az elmúlt 5 évben a kutatásba bevont intézményekből. Ez a szám valamivel alacsonyabb volt a falvak, illetve a 150 és 300 fő közötti tanulói létszámmal bíró, illetve a dél-dunántúli intézmények esetében. A szakmai továbbképzések témáját tekintve a legnépszerűbbnek a lelki egészséget elősegítő továbbképzések bizonyultak. A megkérdezett intézmények 89%-os arányban nyilatkoztak úgy, hogy nevelőtestületükből legalább néhány fő részt vett ilyen jellegű továbbképzésen. Ezt követték az átlagtól eltérő igényekkel rendelkező gyermekek tanításával kapcsolatos továbbképzések, illetve a személyközpontú pedagógiai módszerek alkalmazásának elsajátítására irányuló tanfolyamok. [5. ábra]

4. ábra: Pedagógusok leterheltségének megítélése (%)



5. ábra: Szakmai továbbképzések részvételi aránya



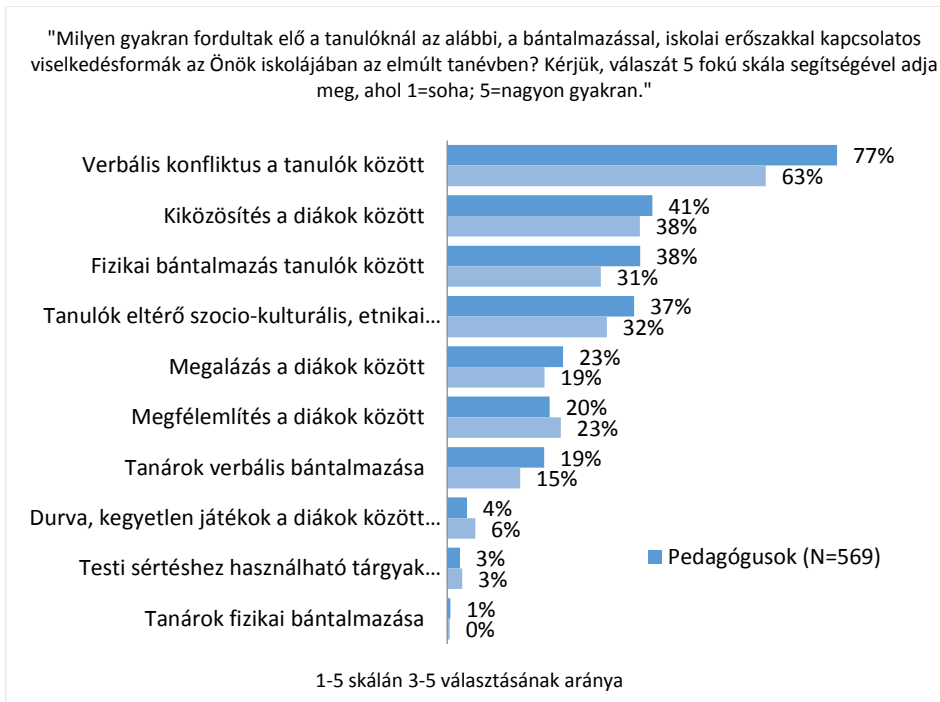
Iskolai erőszak

A lelki egészség megőrzésért felelős szakemberek meglehetősen alacsony létszámban vannak jelen az intézményekben. Kevés intézményben támogatja hitoktató, lelkész (23%) vagy iskolapszichológus (10%) a pedagógusok munkáját. Az egyházi fenntartású iskolákban a hitoktatók/lelkészek aránya jelentősen kedvezőbb (63%). Ezzel párhuzamosan a kutatás eredményeiből kiderül, hogy az iskolai bántalmazás (annak elsősorban verbális formája) jelen van az iskolákban. A pedagógusok több mint három-egyede (77%) tapasztalt ilyet, kiközösítéssel 41%-uk találkozott, fizikai bántalmazást pedig 38%-uk érzékelte valamilyen gyakorisággal. [6. ábra] Szintén gyakoriak még az eltérő kulturális, etnikai háttérből eredő konfliktusok (37%). A testi sértéshez használ-

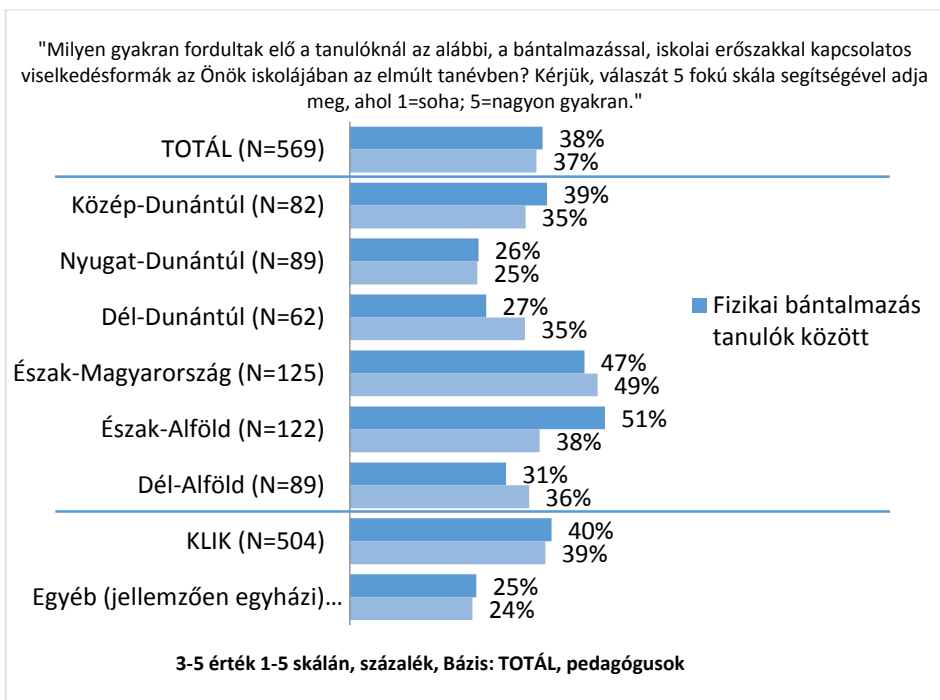
ható tárgyak (szűrő- vágóeszközök, fegyverek) iskolai jelenléte elenyésző (3%).^{xv} A pedagógusok beavalása szerint a bántalmazás témájával kapcsolatban képzésre vagy további információra lenne szükségük: a legtöbben a „konfliktuskezelési technikákról” szeretnének többet tudni (62%), illetve sokan hallanának még az iskolai bántalmazás (48%) és a szenvedélybetegségek megelőzésének témájáról (43%). Az iskolai bántalmazás gyakoriságáról a fenntartó és regionális eloszlás tekintetében elmondható, hogy a fizikai bántalmazás és az eltérő szocio-kulturális, etnikai háttérből adódó konfliktusok Észak-Alföldön (51%; 38%) és Észak-Magyarországon (47%; 49%) a leggyakoribbak. Nyugat-Dunántúlon (26%; 25%), valamint a jellemzően egyházi fenntartású intézményekben számoltak be ezekről a jelenségekről a legkisebb arányban (25%; 24%). [7. ábra]

^{xv} Mivel az erőszak igen súlyos normasértés, az elemzés során az 1-5 közötti gyakoriságskálán a 3-5 értéket adók százalékos megoszlását jelenítettük meg, vagyis csak az elenyésző gyakoriságot jelentő 1-2 értékeket hagytuk figyelmen kívül.

6. ábra: Bántalmazással, iskolai erőszakkal kapcsolatos viselkedésműfaják



7. ábra: Iskolai bántalmazás gyakorisága régió és fenntartó szerint

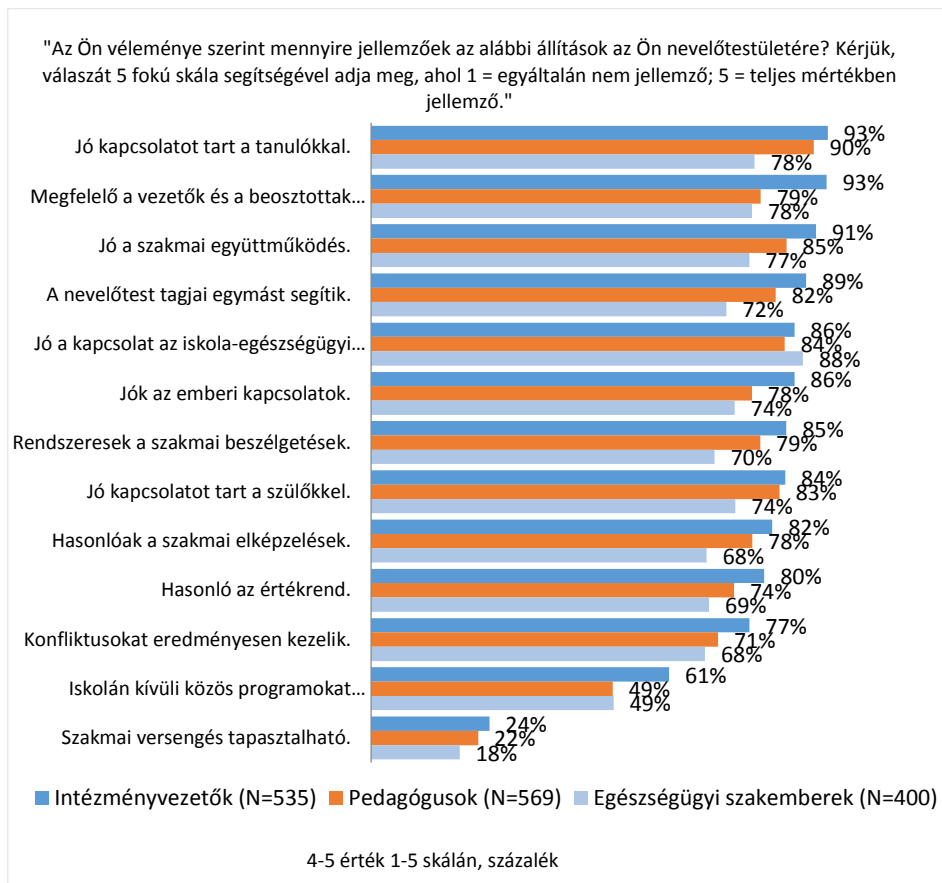


Iskolai légkör

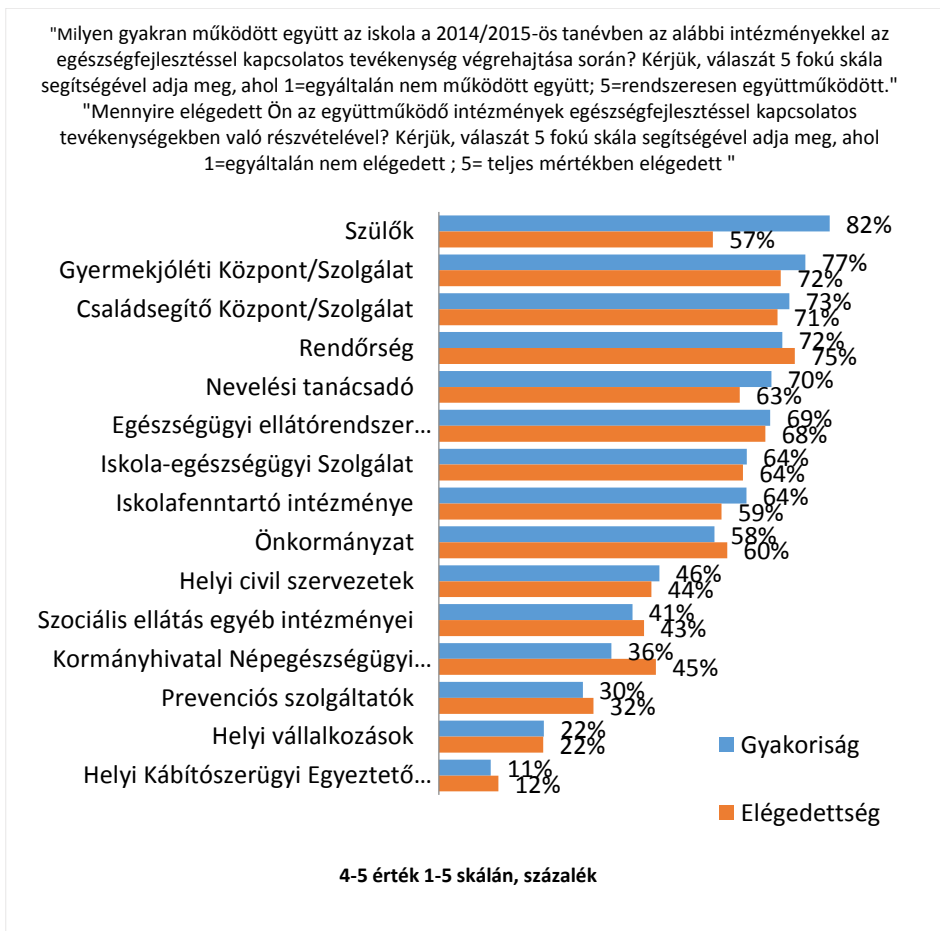
A munkahelyi légkört a résztvevők jellemzően pozitívnak és az egészségfejlesztés terén mintaadónak értékelték (a válaszadók több mint 60%-a). A megkérdezett pedagógusok 88%-a válaszolta, hogy szakmai segítségkérés esetén pedagógus kollégájukhoz, illetve az iskola vezetőségéhez (84%) fordulnának. Megjegyzendő azonban, hogy a válaszadóknak csak 54%-a kért ténylegesen segítséget pedagógus kollégától (82%) vagy az iskolai vezetőségtől (68%). Iskolapszichológus a vizsgált intézményeknek csak átlagosan 10%-ában van jelen, ahol azonban rendelkezésre áll, ott a pedagógusok 16%-a támaszkodik rá. Az intézményvezetők, pedagógusok és egészségügyi szakemberek összességében nagyon pozitívan ítélték meg a nevelőtestületet. [8. ábra] Jellemzően az iskolai védőnőket magába foglaló egészségügyi szakember-válaszadói csoport volt a legkevésbé elismerő. A leginkább jellemzőnek tartott értékek a „jó kapcsolat a tanulókkal”, a „megfelelő vezető és beosztott viszony” és a „jó szakmai együttműködés” voltak. A vezető és beosztott viszonyt a vezetők értékelték a legjobbnak

(93%), a pedagógusok (79%) és az egészségügyi szakemberek (78%) kis mértékben, de kritikusabbak voltak e téren. Két tulajdonság volt, amit csekélyebb mértékben éreztek jellemzőnek a nevelőtestületre. Az iskolán kívüli programok szervezése kevésbé jellemző a munkahelyi közösségre, valamint a szakmai versengést, mint negatív jelenségnek ítélt viselkedésmódot tartották a legritkábbnak. [8. ábra] A szülők, valamint a nevelő-környezet bevonása az egészségfejlesztési tevékenységekbe viszonylag nagy arányban megtörténik (82%). [9. ábra] A válaszadók a szülőkkel való együttműködés minőségét azonban kevésbé tartják kielégítőnek (57%). A szülőkkel történő sikeres együttműködés a különböző egészségfejlesztési tevékenységekben csak az esetek kevesebb, mint egyharmadában valósult meg. Az iskola a tágabb környezetével (pl. Gyermejkölési Központ/Szolgálat, Rendőrség, Helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum) történő együttműködésének gyakorisága 11%-tól egészen 77%-ig szóródik. A megkérdezett szakemberek elégedettsége a tágabb környezettel történő együttműködés minőségével, szintén hasonlóan változatos képet mutat (12-72%-ig terjedő elégedettségi arány figyelhető meg).

8. ábra: A nevelőtestület megítélése



9. ábra: Együttműködő partnerek az egészségfejlesztés terén: az együttműködés gyakorisága és megítélése



10. ábra: Az iskola megítélése



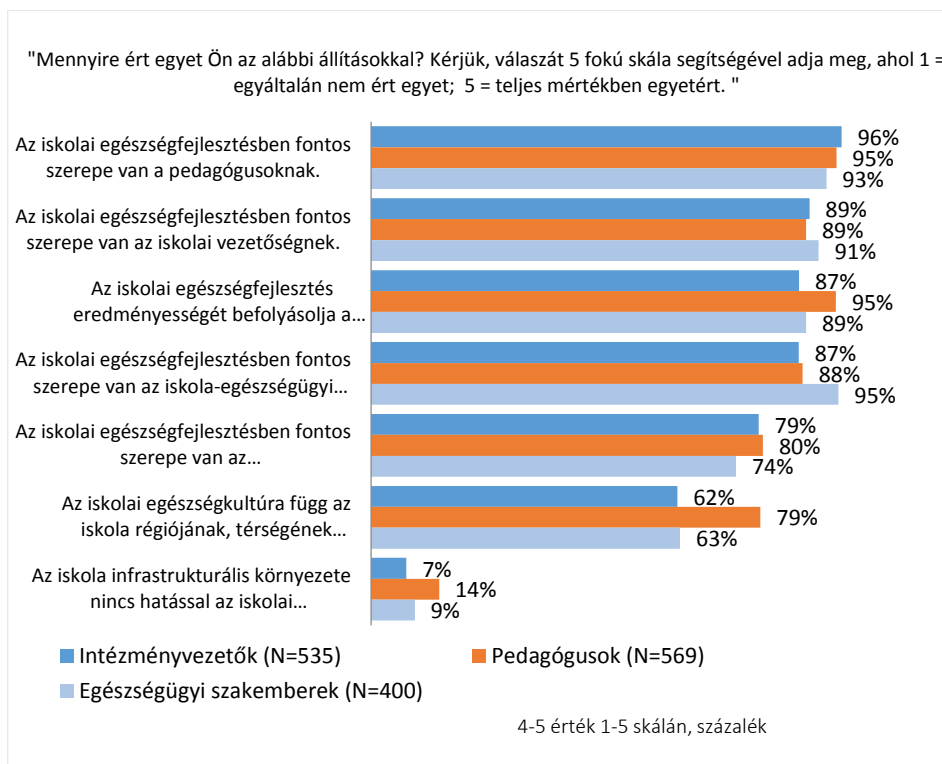
A válaszadók megítélése szerint a tanulók meglehetősen passzív szereplők az intézményekben zajló egészségkultúrát is befolyásoló folyamatok kialakításában, összehasonlítva az iskola egyéb szereplőivel (szülők, pedagógusok). [10. ábra] Gondjaikat ugyan meghallgatják, a véleményüket azonban csak ritkán kéri ki (47-59%-uk esetében), kezdeményezéseik megvalósulásának megítélése pedig rendkívül heterogén a megkérdezettek válaszai alapján. Míg az intézmények vezetői szerint a tanulók kezdeményezései 83%-ban megvalósulnak, addig a pedagógusok (70%) és az egészségügyi szakemberek (55%) kevésbé vélekednek így. A tanulói önkéntesség szinte minden intézményben megjelenik, de sok helyen csak a külsőségek kialakításában, vagyis az osztályterem és más terek díszítésében, tisztán tartásában (99%). A legtöbb intézményben bevonják még a tanulókat a testnevelési játékszabályok kialakításába (80%), és az egészségtémák feldolgozásába (79%). A nagyobb felelősséget és anyagi ráfordításokat feltételező formák már háttérbe szorulnak, a közösségi terek vagy az étkeztetés körülményeinek kialakításában, a média üzemeltetésében csak az intézmények körülbelül felében vesznek részt a tanulók. Kortárs segítőket az iskolák egyharmadában alkalmaznak. A menzák és büfék kínálatának egészségesebbé tételébe történő bevonásuk, illetve közreműködésük az intézmények 11%-át jellemzi. A meg-

kérdezett szakemberek döntő többségének véleménye szerint a megfelelő egészségkultúrából eredő jó egészségi állapot kihat a tanulók egyéb teljesítményeire is. Ezt támasztja alá az intézményvezetők, pedagógusok, egészségügyi szakemberek véleménye, miszerint az egészségi állapotnak pozitív hatása van a tanulmányi eredményre (több mint 85%), az iskolai hiányzásokra (több mint 91%) és a stressz elviselésére (több mint 82%). [11. ábra] Kevésbé egyöntetű, de elfogadott vélemény, hogy az egészséges diákok pozitívabb attitűddel állnak a tanuláshoz, fegyelmezettebbek az órán és ritkábban bántalmazták társaikat (41- 46%). Az intézményvezetők, pedagógusok és egészségügyi szakemberek emellett egyaránt fontosnak tartják a saját szerepüket, valamint a család és az iskolai egészségügyi szolgáltatás hatását az egészségfejlesztésre. [12. ábra] Közülük az egészségügyi szakemberek hajlottak leginkább a saját funkciójuk kiemelésére (95%), továbbá a községi iskolák intézményvezetői hangsúlyozták még az egészségügyi szolgálat kiemelkedő szerepét. Az intézményfenntartó és a térség fejlettségének szerepét már kisebb mértékben, de szintén fontosnak tartották (74-80%; 62-79%). Az infrastruktúra hatását szintén jelentősre értékelték, de mivel ez a kérdés fordítottan szerepelt, a válaszadók jellemzően a hatás hiányát utasították el, ily módon számszerűen nem hasonlítható össze a többi tényezővel.

11. ábra: A megfelelő egészségkultúra hatása



12. ábra: Az egészségkultúrát befolyásoló tényezők



1.3.3. Megbeszélés

Alapvetően jelentős különbségek találhatók az intézmény területi helyzete szerint, az intézmények infrastrukturális ellátottsága, a támogató szakemberek és a tanulók számára szervezett programok, lehetőségek elérhetőségében, valamint az egészségkultúrát támogató programok ismertségében és alkalmazásában. A felmérés során feltárt kihívások főként a területi egyenlőtlenségből, az intézmények különböző fenntartóiból eredő különbségekből, valamint a pedagógusok túlterheltségéből adódik. A megyeszékhelyek tanulóinak jellemzően nagyobb az esélye arra, hogy a megfelelő egészségkultúrát biztosító, infrastruktúrával bíró intézményben tanulhassanak, míg a kistélepüléseken, falvakban e téren (is) gyakran szenvednek hátrányt a tanulók. Az állami fenntartású és a többi, jellemzően egyházi intézmények közt is jelentős különbségek figyelhetőek meg. A nem állami fenntartású intézmények pedagógusai jobb együttműködésről, összetartóbb közösségről számoltak be. Az iskolai étkeztetés infrastrukturális adottságairól elmondható, hogy annak egészséget támogató átalakítása konfliktusokkal jár, úgy, mint az étkeztetés egészségesebbé té-

tele (ételek ízletességének megváltoztatása) vagy a mindennapos testnevelés feltételeinek (pl. tornaterem, órarend átalakítása) megteremtése tekintetében.

A tanulók önkéntes bevonása csak a kevés felelősséggel járó területeken történik meg, kortárs segítőként vagy éppen az étkezésnél a kisebb társak segítségével; az intézményi média alakításában kevéssé. A tanulóknak az egyes iskolai feladatokba, tevékenységekbe történő bevonásának mértéke, valamint a kezdeményezéseik megvalósításába történő bevonásuk szintje az iskolai légkör egyik indikátora, amelyből következtethetünk arra, hogy a tanulók hogyan érzik magukat az iskolában. Az egészségügyi szakembereket egyfajta kívülállóság jellemzi, ők magukat is kívülállónak határozzák meg, mely feltehetően azzal magyarázható, hogy lényegesen kevesebb időt töltenek az iskolában pedagógus társaikhoz képest. Ily módon kevésbé vonódnak be az intézmény életét érintő döntésekbe. A tantestületek nagy része a szakmai támogatás, mentorálás gyakorlatában és számos (egészség)témában történő továbbképzésekben szenved hiányt.¹⁸ A pedagógusok hozzásegítése az ilyen irányú képességek és ismeretek megszerzéséhez szakmai kompetenci-

ájuk fejlődését segítheti elő hosszú távon. A megfelelő pozitív iskolai légkör megteremtésének egyik további elengedhetetlen feltétele a tanulók, a pedagógusok és a szülők együttműködésének, valamint tevékeny részvételének biztosítása az intézmény működésében, döntéshozásában, valamint lelki egészségük, biztonságérzetük támogatásában. A pedagógusok túlterheltségének kezelésére, a dolgozók lelki egészségére, jól-létére történő hangsúly helyezése ezért elengedhetetlen fontosságú, erre irányuló igényeiket maguk a pedagógusok is kifejezték. Kiegyensúlyozottságuk elérése, fenntartása ugyanis az egyik alapfeltétele a hivatásuk megfelelő minőségben történő ellátásának. Az iskolai bántalmazás jelensége egyértelműen jelen van az iskolákban, melynek megelőzése és felismerése érdekében a pedagógusok szívesen vennének részt továbbképzéseken, alapvető túlterheltségük ellenére is. Az ilyen témákban történő továbbképzések során a célzott megelőzésre irányuló programok alkalmazásával a pedagógusok számára felismerhetővé válik ez a jelenség, amelyet követően adekvát beavatkozás történhet.

Az egészségkultúra fejlesztésének tartós és sokszereplős jellegét a résztvevő intézményvezetők és pedagógusok elismerik, az iskolai egészségügyi szakemberek viszont az egészségfejlesztést egészségügyi ellátásként és elsősorban a saját feladatukként értelmezik. A kutatásban résztvevő intézményvezetők, pedagógusok és egészségügyi szakemberek válaszaik alapján továbbá elmondható, hogy az iskolai egészségfejlesztés számos területre hatással van, például az egészséges tanulók tanulmányi eredményei jobbak, ritkábban hiányoznak, jobban bírják a stresszt, fegyelmezettebbek. Annak ellenére, hogy az említett szakemberek felismerik az egészségfejlesztés fontosságát, a kifejezetten egészségfejlesztéssel foglalkozó pedagógusok vagy munkatársak száma elenyésző az intézményekben. Ezt kompenzálhatja azonban az, hogy a pedagógusokat célzó – legnagyobb részvételi arányban előforduló – továbbképzések túlnyomó többsége lelki egészséggel kapcsolatos, valamint a személyközpontú pszichológiai módszerek elsajátításának témájában történik. Az egészségkultúrát befolyásoló tényezőket és a megkérdezett iskolai szakemberek válaszait összefoglalva megállapítható, hogy az iskolai egészségkultúra fő alakítói a pedagógusok, az iskola vezetősége, a család és az egészségügyi szolgálat.

A korábbi, Paksi és társai (2004) által végzett iskolai egészségfejlesztéssel kapcsolatos kutatások ezzel szemben azt találták, hogy a nevelési feladatok ugyan jelen vannak a pedagógusok szerep-elvárásaiban, de kevésbé hangsúlyosak, és nem tekintik ezt szakmai munkájuk részeként.⁵ Ez azért is értékes tapasztalat, mert azokban az iskolákban, ahol az oktatáson túlmutató feladatok fontosságát elismerik, a pedagógusok gyakrabban gyakorolják ilyen irányú tevékenységüket is. Ahol ez az iskolai légkör részét képezi, ott a diákok teljesítménye, valamint magatartása, és/vagy a pedagógusok erre vonatkozó percepciója kedvezőbb. Emellett Paksi és társai ugyanezen kutatásából az is kiderült, hogy az iskolák egészségfejlesztési tevékenysége nem a belső fejlesztésre alapozva alakult, például a pedagógusok továbbképzésének támogatásával, hanem általában külső szolgáltatók bevonásával történtek a programok. Emellett azt is feltárták, hogy az iskolák eseti jelleggel alakítják tevékenységüket és hiányzik az integrált szemléletű, hosszabb idejű programok irányába való elmozdulás. Ez azért is fontos eredmény, mert azt is igazolták, hogy a stratégia megléte kapcsolatban van azzal is, hogy a pedagógusok milyen mértékben végeznek az oktatáson túl egyéb (egészségfejlesztéshez kapcsolódó) feladatokat, valamint a ténylegesen végzett tevékenységek gyakoriságára is hatással van. Ebből kiindulva tehát az aktív egészségfejlesztési tevékenységek egyik fontos előfeltétele, hogy a pedagógusok szerepfelfogása és tényleges szerepviselkedése túlmutasson a tudásátadásra.¹⁹ Szintén Paksi Borbála vezetésével készült 2009-es kutatások eredményei megerősítették a korábbi tapasztalatokat, és néhány jelentős kiegészítéssel éltek, melyek szerint a pedagógusok szerepfelfogásában a nevelési jellegű feladatok nem kaptak nagyobb hangsúlyt, sőt a pedagógusi tevékenység és a szerepelvárások közötti ellentmondást az elvárások mérséklésével kezelték.⁵ Csökkent az egészségfejlesztési témában továbbképzésen résztvevők aránya. Az intézményi prevenciók tevékenységek gyakorisága azonban nőtt. Az egészségfejlesztési programokban a külső szolgáltatók dominanciája megszűnt, az elmúlt években gyakoribbá vált, hogy az adott intézmény a programok kialakításába a saját pedagógusait is bevonja. Az ismeretátadásra fókuszáló tevékenységek szerepe csökkent, míg a személyiségfejlesztésre is koncentrálnak beavatkozások előfordulása növekedett. Jelen kutatás eredmé-

nyei is szintén azt tükrözik, hogy jellemzően megvalósulnak olyan kezdeményezések, amelyet a pedagógusok indítottak el és kikérik a véleményüket az intézményi döntéshozatal során. Emellett pedig a pedagógusokat és egészségügyi szakembereket nagy arányban vonják be iskolai egészségfejlesztéssel kapcsolatos rendezvényekbe, programokba. A szerepelvárások tekintetében az egészségfejlesztési tevékenységet az iskola egészségügyi szakemberei elsősorban saját feladatuknak érzik, azonban a pedagógusok is gyakran beszélnek az egészséggel kapcsolatos témákról a tanórákon.

A kutatás eredményeinek általánosíthatóságát befolyásoló tényező, hogy az adatfelvétel, amint azt a Módszertan c. fejezetben kifejtettük, online kérdőív formájában zajlott, ez pedig jelentősen csökkentette a válaszadási kedvet. A másik befolyásoló tényező, hogy az iskolák intézményvezetői számára kiküldésre került a másik két célcsoport (az iskola egy-egy pedagógusa és egészségügyi szakembere) számára összeállított kérdőív is. Ez utóbbi két kérdőív linket az intézményvezető az általa kijelölt/felkért szakemberek számára továbbította. Tehát ily módon, az adott iskolából nem véletlenszerűen kiválasztott pedagógusok és egészségügyi szakemberek képezték a mintát.

Az iskolai egészségkultúra kutatásban feltárt eredményekből világossá válik: annak érdekében, hogy az egészségfejlesztési programok eredményessége javítható legyen, nem csak az egészségkultúra, hanem az általános iskolakultúra – rendszeres időközönként történő – vizsgálata és az eredmények alapján megtervezett és megvalósított beavatkozások, valamint folyamatos fejlesztések szükségesek.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az életmóddal, egészségmagatartással kapcsolatos ismeretek átadása mind a tanulók, mind pedig a pedagógusok számára különösen fontos annak érdekében, hogy az egészség, illetve annak fejlesztése értéké váljon mindennapjaik során. A TÁMOP-6.1.2.A-14/1 projekt keretében megvalósult Iskolai egészséges életmód kutatás és felmérés három, a konvergencia régiók általános nevelést és oktatást nyújtó intézményeiben megvalósult felméréseinek célja az iskolai egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységek és feltételek feltérképezése, a tanulók fizikai aktivitás mintázatának felmérése, valamint

egy megvalósult egészségfejlesztési beavatkozás hatására bekövetkezett egészséggel kapcsolatos ismeret- és attitűdváltozás mérése volt. Jelen cikk pedig ezen felmérések módszertanát, valamint döntően leíró jellegű elemzéssel nyert eredményeit mutatta be.

Az intervenciós kutatás eredményeiről összefoglalóan elmondható, hogy a projekt keretében lezajlott egészségfejlesztési beavatkozás hatásosságát jelző, pozitív irányú ismeret és attitűdváltozás a tanulók körében nem volt kimutatható, míg a programelemek megvalósításában résztvevő pedagógusoknál nagyrészt igen. Nem zárható ki, hogy a projekt során megvalósított egészségfejlesztési programelemek és Hétpróbák nem fejtettek ki elegendő hatást a tanulók egészséggel kapcsolatos ismereteire és attitűdjeire. Annak érdekében ugyanis, hogy az egyénekre és a közösségekre ható, tartós, pozitív irányú változás történjen, az iskolák tágabb környezetének bevonásával hosszabb idejű egészségfejlesztési tevékenységre lehet szükség. A változáshoz nélkülözhetetlen több iskolán kívüli szereplő, mint például, a szülők, az iskola életét befolyásoló külső intézmények, szervezetek, közösségek támogató tevékenysége is. A megfelelő iskolai egészségkultúra kialakulásához, a tartós egészségmagatartásbeli változások eléréséhez elengedhetetlen továbbá az iskolák humán erőforrásának és infrastruktúrájának megfelelő kialakítása.

A vizsgált intervenciók hatásának kimutatását nehezítette a programok megvalósulásának rövid, néhány hónapos időtávja. Az intervenciók esetlegesen kismértékű hatásának igazolását a döntően leíró jellegű elemzés alkalmazása meggátolhatta, mert nem vette figyelembe, hogy a mintába került tanulók egy része nem vett részt a projekt egészségfejlesztési programelemeiben és hétpróbáin. A későbbre tervezett, nagyobb érzékenységgel, analitikus statisztikai elemzések igazolhatják majd az intervenciók kisebb mértékű hatását is.

A mozgásszenzoros vizsgálat eredményei összességében azt tükrözik, hogy a vizsgált tanulók fizikai aktivitása meglehetősen alacsonynak ítélnélhető, a mindennapos iskolai testnevelés intenzitása pedig nem megfelelő. A helyzetet súlyosbítja, hogy a hétvégék alapvetően inaktivitásban telnek, többnyire a televízió vagy számítógép képernyője előtt. Ehhez még hozzájárul az is, hogy a mozgási aktivitás egyre kisebb a tanulók életkorának előrehaladtával. A mozgással töltött idő hosszát emellett a tanulók hátrá-

nyos helyzete, mint a városoktól távoli lakóhely vagy a szülők alacsony iskolázottsága tovább csökkentheti.

A tanulók társadalmi-gazdasági helyzetének meghatározó szerepére a tanulók iskolai teljesítményét felmérő, nemzetközi PISA^{xvi} kutatások is felhívják a figyelmet. A 2012-ben végzett PISA eredményei alátámasztják, hogy a család társadalmi-gazdasági státusza hatással van a gyermek iskolai teljesítményére, továbbtanulási és munkaerő-piaci esélyeire egyaránt. A méltányosságot szem előtt tartó oktatási rendszerekben az iskola általában képes a diákok ezen okokból adódó esélyhátrányait mérsékelni, illetve társadalmi mobilitásukat a tudásközvetítés révén javítani. Ez a hatás azonban jelentősen különbözik az egyes országokban, így Magyarországon is. A felmérésből kiderült, hogy a hazai iskola-rendszer nem kezeli a tanulók szociokulturális háttéréből eredő különbségeket. Ezek a különbségek pedig már-már meghatározzák a tanulók teljesítményei közötti különbségeket is.²⁰ A fenti összefüggések értelmében a hétvégén – feltehetően családi körben – megfigyelhető fizikai aktivitások egyelőre nem elegendőek. Éppen ezért a jövőben a mindennapos testnevelés hosszú távú egészségre gyakorolt hatásának tudatosítására (főként az iskola szakembereinek, valamint a közvetlen nevelőkörnyezet körében), az órák intenzitásának fokozására valamint megfelelő minőségű mozgásprogramok kialakítására van szükség. A nemek között is jelentős különbség volt megfigyelhető a mozgás intenzitásának tekintetében, hiszen a lányok fizikai aktivitása jelentősen elmarad az azonos korú fiúk mozgásmennyiségétől. A lányok fizikai aktivitásának ösztönzése valamint növelése érdekében megoldást jelenthet a kifejezetten őket célzó, motiváló programok tervezése, megvalósítása. A lányok mozgásba történő bevonásának kiváló eszközei lehetnének például az iskolai sportkörök kifejezetten lányok körében népszerű sportprogramjai (tánc, jóga, stb.).

A fentiekből következően az iskolai testmozgásnak döntő jelentősége van a tanulók és később a felnőtt lakosság egészségét illetően. A nem sportoló tanulók számára alighanem ez a legfontosabb mozgásforma, de az eredmények alapján a sportolók számára is hasznos lenne, mivel nem edzenek annyival többet, hogy az pótolná számukra az iskolai aktivitást. Tehát minden tanulónak nemtől, korosztálytól

és sportolási státusztól függetlenül szüksége van a megfelelő mennyiségű és intenzitású mozgásra tanítási időben és azon kívül egyaránt. A beavatkozások sürgetése azért is különösen fontos, mert az egyén és a közösségek egészség-magatartásának formálása – különösen a fizikai aktivitás tekintetében – fiatal korban alapozható meg a legeredményesebben. A rendszeres és élethosszig tartó fizikai aktivitás megalapozása olyan nevelési kérdés, amely csak körültekintő, hosszú távú stratégia részeként, illetve annak eredményeként válhat az egyén személyiségének részévé.¹⁴

Az egészségkultúrát befolyásoló tényezőket és annak hatását összefoglalva megállapítható, hogy a megkérdezettek szerint az iskolai egészségkultúra fő alakítói a pedagógusok, az iskola vezetősége, a család és az egészségügyi szolgálat. Jelentős különbségek figyelhetők meg az intézmények területi helyzete szerint, az intézmények infrastrukturális ellátottsága, a támogató szakemberek és a tanulók számára szervezett programok, egyéb lehetőségek elérhetőségében. A megkérdezett iskolai szakemberek alapvetően elégedettek az iskolai légkörrel, azonban többségük túlterheltségre panaszkodik, emellett több irányban (pl. a továbbképzések területén) fejlesztéseket tartanának hasznosnak. A nagymintás kutatásban résztvevő intézményvezetők, pedagógusok és egészségügyi szakemberek válaszaik alapján elmondható, hogy az iskolai egészségfejlesztés számos területre hatással van, például az egészséges tanulók iskolai teljesítménye jobb, ritkábban hiányoznak, jobban bírják a stresszt, és fegyelmezettebbek.

A projekt keretében lezajlott kutatás fenti eredményei azt tükrözik, hogy a teljes körű iskolai egészségfejlesztés megvalósulásához további komplex, több színteret, ágazatot érintő megközelítésre van szükség. Az iskolások körében végzett felmérések revíziója, ésszerűsítése szintén szükséges, annak érdekében, hogy a jövőben olyan felméréseket végezzenek, amelyek jól hasznosítható, komparatív adatokat szolgáltatnak. Jelenleg ugyanis a hazai iskolákban tanulókat vizsgáló különböző felmérések száma jelentős, azonban azok összehasonlítása nem lehetséges. A megfelelő számú és minőségű felmérések rendszerének kialakítása azért különösen fontos, mert a beavatkozások eredményességét ezen felmérésekkel lehet a leginkább monitorozni.

^{xvi} PISA – Programme for International Student Assessment

A fent bemutatott kutatás eredményeiben feltárt hiányosságok, nehézségek alapján olyan célterületek és beavatkozási irányok jelölhetők ki, melyek az oktatási rendszer jelenlegi helyzetére, hiányosságaira reagálnak és illeszkednek az intézményi környezethez, elősegítve a hatásosabb iskolai egészségfejlesztést.

*Ezúton szeretnénk köszönetünket kifejezni Hegóczy Szilviának és Bacher Jánosnak, a Gfk Hungária Piac-
kutató Kft. munkatársainak, akik a kutatás megvalósításában és az eredmények közzétételében közreműködő partnereink voltak.*

MELLÉKLETEK

(Letölthetők a cikk mellett jobb oldalon található *Olvasói eszközök* használatával.)

1. sz. melléklet: Intervenciós kutatás kérdőívei
 - 3. évfolyam
 - 5. évfolyam
 - 7. évfolyam
 - pedagógus (intézményi koordinátor)
2. sz. melléklet: Tevékenységnapló, adatfelvételi lap – mozgásszenzoros vizsgálat
3. sz. melléklet: Életmódfelmérés, összefoglaló riport – mozgásszenzoros vizsgálat
4. sz. melléklet: Egészségkultúra felmérés kérdőívei
5. sz. melléklet
 - Intézményvezető
 - Pedagógus
 - Iskola-egészségügyi szakember

¹ 2011. évi CXCV törvény a nemzeti köznevelésről http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1100190.TV (Elérve: 2016.04.06.)

² 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet 128.§

http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1200020.EMM (Elérve: 2016.04.19.)

³ Járomi Éva – Szilágyi Kristóf – Vitrai József (2015): Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben. Egészségfejlesztés. Budapest. 2015/5-6. 2-13. oldal.

⁴ Aszmann (2003): Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. HBSC felmérés. Országos Gyermekegészségügyi Intézet. http://www.ogvei.hu/upload/files/nemzeti_jelentes_2003.pdf (Elérve: 2016.04.06.)

⁵ Paksi és tsai (2009): Felmérés a közoktatás rendszerében alkalmazott prevenciós/egészségfejlesztési programokról és az agresszióval kapcsolatban megjelenő vélekedésekről, reakciókról – Kutatási beszámoló. Budapest, 2009.

http://www.okm.gov.hu/letolt/kozokt/iab_paksi_091124.pdf (Elérve: 2016.04.06.)

⁶ Centers for Disease Control and Prevention (2012.): School Health Index: A Self-Assessment and Planning Guide. Elementary school version. Atlanta, Georgia. 2012.

http://www.cdc.gov/Healthyyouth/SHI/pdf/Elementary-Total-2014-Tagged_508.pdf (Elérve: 2016.04.06.)

⁷ Lars Østergaard et al. (2015): Effectiveness and implementation of interventions to increase commuter cycling to school: a quasi-experimental study. *BMC Public Health* 15:1199 DOI 10.1186/s12889-015-2536-1 (Elérve: 2016.04.18.)

⁸ Szmodis M. és mtsi (2014): A fizikai aktivitás és a sport magyarországi dimenzióinak feltárása. Tanulmánykötet a TÁMOP-6.1.2/11/2-2012-0002 című projekt keretében végzett kutatás eredményeiről. 13-32. oldal.

http://epa.oszk.hu/00000/00035/00140/pdf/EPA00035_upsz__2010_3-4_115-128.pdf (Elérve: 2016.04.19.)

⁹ American College of Sports Medicine (2010): ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. Lippincott Williams & Wilkins. 8th edition

¹⁰ Mozgásszenzoros vizsgálat – Kutatási jelentés. Iskolai egészséges életmód kutatás és felmérés a TÁMOP- 6.1.2.A-14/1-2014-0001 azonosító számú kiemelt projekt keretében. GfK Hungária Piackutató Kft. 2015.

¹¹ Curcioa et al (2006): Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Clinical review Sleep. Medicine Reviews* (2006). 10, 323–337. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1087079205001231> (Elérve: 2016.04.18.)

¹² Mikulán Rita (2013): Az iskolai testnevelés szerepe és jelentősége az egészségfejlesztésben. *Új Pedagógiai Szemle* 63. évf. 7-8. sz. 48-69. oldal

¹³ Wong, S. L. – Leatherdale, S. T. – Manske, S. R. (2006): Reliability and validity of a school-based physical activity questionnaire. *Medicine & Science in Sports and Exercise*. 38 (9), 1593–1600

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16960520> (Elérve: 2016.04.18.)

¹⁴ Trudeau, F. – Shephard, R. J. (2008): Physical education, school physical activity, school sports and academic performance. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 5 (10) <http://www.ijbnpa.org/content/5/1/10>. doi:10.1186/1479-5868-5-10 (Elérve: 2016.04.18.)

¹⁵ Csányi Tamás (2010): A fiatalok fizikai aktivitásának és inaktív tevékenységeinek jellemzői. Irodalmi áttekintés. *Új Pedagógiai Szemle* 2010. 3-4. sz. 115-128. http://epa.oszk.hu/00000/00035/00140/pdf/EPA00035_upsz_2010_3-4_115-128.pdf (Elérve: 2016.04.06.)

¹⁶ Foster C. et al. (2005): Interventions for promoting physical activity. Cochrane Database http://www.cochrane.org/CD003180/VASC_interventions-for-promoting-physical-activity (Elérve: 2016.04.06.)

¹⁷ Kutatási terv – Iskolai egészséges életmód kutatás és felmérés. TÁMOP- 6.1.2.A-14/1-2014-0001 azonosító számú kiemelt projekt keretében. Gfk Hungária Piackutató Kft. 2015. szeptember 3.

¹⁸ Egészségkultúra felmérés – Kutatási jelentés, Iskolai egészséges életmód kutatás és felmérés a TÁMOP- 6.1.2.A-14/1-2014-0001 azonosító számú kiemelt projekt keretében, Gfk Hungária Piackutató Kft. 2015.

¹⁹ Kutatási terv (2014): Iskolai egészséges életmód intervenciós kutatás bázisfelmérése a TÁMOP- 6.1.2.A-14/1-2014-0001 azonosító számú kiemelt projekt keretében. Magyar Diáksport Szövetség (MDSZ)

²⁰ Balázs Ildikó és tsai (2013): PISA2012 – Összefoglaló jelentés. Oktatási Hivatal Budapest, 2013. http://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/kozoktatás/nemzetkozi_meresek/pisa/pisa2012_osszefoglalo_jelentes.pdf (Elérve: 2016.04.06.)