

## Innovációs törekvések a népegészségügyben

### Innovation efforts in public health

A szakemberek és a laikusok számára is ismert tény, hogy a magyar lakosság egészsége sokkal rosszabb, mint ami elvárható lenne. Az is nyilvánvaló, hogy ennek megváltoztatásához, javításához elengedhetetlen a hazai népegészségügyi rendszer megújítása, amelynek kezdeti lépéseit már tapasztalhatjuk. A megújulás lehetséges irányairól bővebben az Egészségjelentés 2015 című tanulmánykötet zárszavában olvashatnak az érdeklődők.

A megújulás egyik nélkülözhetetlen kelléke a konstruktív szakmai fórumok létrehozása és működtetése. A nemzetközi felzárkózáshoz, a hatékony népegészségügyi beavatkozások kidolgozásához, megvalósításához mindenképp szakmai vitákon, egyeztetéseken keresztül vezethet út. A tematikusan és formájában is megújult Egészségfejlesztés folyóirat ehhez kíván kommunikációs lehetőségeket biztosítani. Ezúton is bátorítjuk olvasóinkat, hogy szóljanak hozzá a folyóirat közleményeihez, kifejezetten az Agora rovatban található vitaindító írásokhoz.

A folyóirat 2016. 2. számának eredeti közleménye a nemzetközileg is újszerűnek tekinthető Egészségkommunikációs Felmérés (EKF) felnőttekre vonatkozó kutatási eredményeit mutatja be, amely hasznosnak bizonyulhat az innováció iránt érdeklődő népegészségügyi szakemberek számára.

Az „Agora” rovatban olyan, a hazai környezetben többnyire újdonságnak számító témákban fejtik ki szakértők – remélhetően szakmai vitát kiváltó – véleményüket, mint az EKF-hez kapcsolódó népegészségügyi beavatkozások, a viselkedésértés, az iskolakeretek, a nemek közötti egészségkülönbségek és a vakcinációval kapcsolatos tévhitek.

Bízunk benne, hogy olvasóink az Egészségfejlesztés folyóiratban hozzászólóként vagy akár jövőbeli szerzőként aktívan közreműködnek a hazai népegészségügy innovációjában.



Dr. Török Krisztina  
Főszerkesztő

## Olvasásra ajánljuk

### Suggested readings

**Kulcsszavak:** prevenció, esés megelőzés, halálozási egyenlőtlenségek, egészségügyi adatok

## Tartalom

A primer prevenció és a rizikófaktorok csökkentésének hatása a szívkoszorúér okozta halálozás alakulására a munkaképes korú nőknél és férfiaknál Észak-Finnországban.....	99
Esés megelőzési prevenció programok hatás vizsgálata .....	100
A tradicionális koleszterincsökkentő diéta újraértékelése .....	102
Halálozási egyenlőtlenségekben bekövetkezett változás az elmúlt 20 évben .....	103
Az elektronikus egészségügyi adatok fejlődésének, felhasználásának és alkalmazásának története .....	104
Kezelések hatása klinikai vizsgálatok és rutinszerűen gyűjtött egészségügyi adatok alapján .....	105

## A primer prevenció és a rizikófaktorok csökkentésének hatása a szívkoszorúér okozta halálozás alakulására a munkaképes korú nőknél és férfiaknál Észak-Finnországban

### Primary prevention and risk factor reduction in coronary heart disease mortality among working aged men and women in eastern Finland over 40 years: population based observational study

Pekka Jousilahti, research professor, Tiina Laatikainen, professor, Markku Peltonen, research professor, Katja Borodulin, senior researcher, Satu Männistö, academy research fellow, Antti Jula, research professor, Veikko Salomaa, research professor, Kennet Harald, statistician, Pekka Puska, director general emeritus, Erkki Vartiainen, director  
BMJ 2016; 352, [forrás](#)

Ismertető: Balku Eszter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

### ÖSSZEFOGLALÁS

A közleményben egy populációs alapú vizsgálat kerül bemutatásra, amelynek célja, hogy megvizsgálja a primer prevenció és a rizikófaktorok csökkentésének hatását a szívkoszorúér okozta halálozás alakulására a munkaképes korú nőknél és férfiaknál Észak-Finnországban. A megfigyelt időszak 40 év. A vizsgált tényezők a dohányzás prevalenciája, a szérumkoleszterin szint, a szisztolés vérnyomás és a munkaképes korban, szívkoszorúér betegség miatt bekövetkezett halálozás. Az eredmények szerint Észak-Finnországban 40 év leforgása alatt 82%-kal csökkent a szívkoszorúér okozta halálozás. Ezzel összefüggésben a populációs szintű beavatkozásoknak köszönhetően csökkent a dohányzás, csökkent

a magas koleszterinszintre gyógyszert szedők aránya és csökkent azok száma, akiknél magas szisztolés vérnyomást diagnosztizáltak. Az ilyen típusú halálozás kedvező csökkenésének 2/3-áért felelős a vizsgált 3 rizikótényező csökkentése, 1/3-áért pedig egyéb kedvező tényezők felelhetnek. A közlemény konklúziója szerint a rizikófaktorok populációs szintű beavatkozásokkal történő csökkentése hozzájárul a szívkoszorúér betegségek okozta halálozás csökkenéséhez. Emellett ugyan a másodlagos megelőzés és a kezelési protokollok sokat fejlődtek az elmúlt 40 évben, mégis a primer prevenció a legfontosabb beavatkozási szint.

### KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A rizikófaktorok populációs szintű beavatkozásokkal történő csökkentése hozzájárul a szívkoszorúér betegségek okozta halálozás csökkenéséhez.

## Esésmegelőzési prevenció programok hatásvizsgálata

### A fizikai aktivitás szerepe az időskori esések megelőzésében (LIFE Study)

Effect of structured physical activity on prevention of serious fall injuries in adults aged 70-89: randomized clinical trial (LIFE Study)

Thomas M Gill, Marco Pahor, Jack M Guralnik, et al.

2016; 352, [forrás](#) (Published 03 February 2016) Cite this as: BMJ 2016;352:i245

Ismertető: Dr. Varsányi Péter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

#### ÖSSZEFOGLALÁS

A kutatók egy hosszú távú, fizikai aktivitásra épülő és egy hagyományos, ismeretátadásra épülő esésmegelőzési program hatásosságát hasonlították össze 70-89 éves korú idősök körében. Az összehasonlítást 1635 személy részvételével, vak, randomizált, három éves követéses vizsgálattal végezték. A vizsgálatba kerülés előfeltétele volt, hogy az egyes személyek képesek legyenek 400 métert önállóan, külső segítség nélkül megtenni. A beválogatáskor további, fizikai aktivitásra vonatkozó méréseket is végeztek, így biztosítva, hogy csak hasonló állapotú személyek kerüljenek be a kutatásba. A fizikai aktivitásra épülő vizsgálatban 818 személy heti kétszer, egy központban előre meghatározott gyakorlatokat végzett, amelyeket heti 3-4 alkalommal

otthonukban, önállóan is meg kellett ismételni. A gyakorlatok között volt erősítő, egyensúlyt fejlesztő, és rugalmasságot növelő gyakorlat is. Az oktatáson alapuló vizsgálatban szereplő 817 személy az időskori sérülésekkel foglalkozó üléseken vett részt, ahol a témába illő előadásokat hallgattak és néha nyújtó gyakorlatokat is végeztek. Összehasonlítva a két programot, a három éves követés során előforduló esések gyakoriságában nem volt kimutatható különbség a két módszer között; életkorra, nemre, és egyéb demográfiai mutatókra korrigálva sem. Ugyanakkor némi bizonyítékot találtak arra, hogy férfiak esetében a fizikai aktivitáson alapuló program hatásaként csökkent az esések következtében bekövetkező törések gyakorisága.

## Egy kórházi esések megelőzését célzó prevenciós program (6-PACK) hatás-vizsgálata

6-PACK programme to decrease fall injuries in acute hospitals: cluster randomised controlled trial

Anna L Barker, Renata T Morello, Rory Wolfe et al

BMJ 2016; 352, [forrás](#) (Published 26 January 2016)

Ismertető: Dr. Varsányi Péter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

### ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja az volt, hogy megállapítsák a kórházban előforduló esések megelőzésére bevezetett „6-PACK” program hatásosságát. A 6 komponensű program kialakításakor különös figyelmet szenteltek arra, hogy csak jó gyakorlatként, máshol már bevált beavatkozások tapasztalatait használják fel. A vizsgálat megkezdése előtt a szakemberek felmérték a kórházi esések megelőzése vonatkozásában rendelkezésre álló evidenciákat, de nem találtak bizonyítottan hatásos prevenciós beavatkozásokat a témában. Ezt a hiányosságot próbálja ez a kutatás pótolni. A vizsgálatba 6 ausztrál kórház 24 osztályát vonták be, kontrollként olyan osztályokat választottak, ahol még nem került bevezetésre a program, azaz csak a hatályos ausztrál előírásoknak megfelelő

esésmegelőzési eljárásokat alkalmaztak. Az egy éves követéses vizsgálatban összesen 46245 kórházi elbocsátást elemeztek. A két vizsgált – 6-PACK-os és kontroll – csoport tagjainak betegség típusa és egyéb, a vizsgálatot befolyásoló tulajdonságai megegyeztek. Az összehasonlítás eredményként megállapították, hogy a kórházakban pozitív változás történt az esések, sérülések megelőzésének vonatkozásában, azonban nem találtak elegendő bizonyítékot a vizsgált program előnyeire, hatásosságára vonatkozóan a hagyományos megelőzési eljárásokkal szemben. A kutatók mindezek mellett is felhívják a figyelmet a kórházakban bekövetkező esések egyre növekvő gyakoriságára és további vizsgálatokat javasolnak, más megelőző programok bevonásával.

### KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A két cikk felhívja az olvasó figyelmét, hogy a sokszor jó gyakorlatként használt beavatkozások sem minden esetben állják ki a tudományos evidenciák megállapításához szükséges, megfelelő módszertannal végzett hatásvizsgálatok próbáját. Mindkét kutatás eredménye összhangban állt az adott témában a Cochrane adatbázisban szereplő bizonyítékokkal. Abban az esetben tehát, amennyiben nem áll módunkban egy-egy beavatkozáshoz megfelelő hatásvizsgálatot készíteni, célszerűnek látszik, ha a Cochrane adatbázis eredményei alapján ítéljük meg az egyes beavatkozások hatásosságát – még ha az sok esetben a hétköznapi gondolkodással és tapasztalatokkal szemben is áll.

## A tradicionális koleszterincsökkentő diéta újraértékelése

### Re-evaluation of the traditional diet-heart hypothesis: analysis of recovered data from Minnesota Coronary Experiment (1968-73)

Christopher E Ramsden, medical investigator, Daisy Zamora, epidemiologist, Sharon Majchrzak-Hong, research chemist, Keturah R Faurot, epidemiologist, Steven K Broste, retired statistician, Robert P Frantz, professor of medicine, John M Davis, professor of psychiatry, Amit Ringel, guest researcher, Chirayath M Suchindran, senior biostatistician, Joseph R Hibbeln, senior clinical investigator

International Journal of Public Health, November 2015, Volume 60, Issue 7, pp 799-813, First online: 23 August 2015, BMJ 2016; 353, [forrás](#) (Published 12 April 2016)

Ismertető: Balku Eszter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

### ÖSSZEFOGLALÁS

A közleményben egy kettős vak vizsgálat kerül bemutatásra, illetve a vizsgált témához kapcsolódó meta-analízis. A szerzők arra keresik a választ, van-e összefüggés a telített zsírsavak bevitelének csökkentése és a szív- és érrendszeri megbetegedések, illetve a betegségek okozta halálozás között. A kettős vak vizsgálat során az intervenciós csoportban növényi eredetű, alacsony telített zsírsav tartalmú étrendet kaptak a résztvevők, míg a kontroll csoportban állati eredetű zsiradékokban gazdag táplálékot fogyasztottak. A vizsgálat eredményei alapján

az intervenciós csoportban csökkent a szérumkoleszterin szint, de nem mutatott előnyt a halálozás tekintetében a kontroll csoporthoz képest. A további meta-analízisek is erre az eredményre jutottak. A közlemény konklúziója szerint a rendelkezésre álló bizonyítékok alapján az, hogy a telített zsírsavakat telítetlenre cseréljük, valóban csökkenti a szérumkoleszterin szintet, de nem támasztja alá azt a hipotézist, hogy ezáltal csökkenne a szív- és érrendszeri megbetegedés miatti halálozás.

### KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A telített zsírsavak bevitelének csökkentése kapcsolatban áll a szérumkoleszterin szint csökkenésével, azonban nincs összefüggésben a szív- és érrendszeri megbetegedések okozta halálozás csökkenésével.

## Halálzási egyenlőtlenségekben bekövetkezett változás az elmúlt 20 évben

### Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries

Johan P Mackenbach, head of department, Ivana Kulhánová, postdoctoral fellow, Barbara Artnik, assistant professor, Matthias Bopp, senior researcher, Carme Borrell, executive director, Tom Clemens, research fellow, Giuseppe Costa, professor, Chris Dibben, professor, Ramune Kalediene, dean, Olle Lundberg, professor, Pekka Martikainen, professor, Gwenn Menvielle, senior investigator, Olof Östergren, PhD student, Remigijus Prochorskas, senior investigator, Maica Rodríguez-Sanz, public health technician, Bjørn Heine Strand, senior investigator, Caspar W N Looman, statistician, Rianne de Gelder, postdoctoral researcher

BMJ 2016; 353, [forrás](#)

Ismertető: Balku Eszter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

### ÖSSZEFOGLALÁS

A közlemény 11 európai ország regiszter alapú vizsgálati eredményei alapján foglalja össze a halálzási egyenlőtlenségekben az elmúlt 20 évben bekövetkezett esetleges változásokat. A szerzők úgy gondolják, ahhoz, hogy a kormányzatok megfelelő intézkedéseket tegyenek, ismerniük kell az eddigi egyenlőtlenségcsökkentő törekvések eredményeit és a halálzási egyenlőtlenségek mértékét a különböző társadalmi és gazdasági csoportokban. 20 év halálzási adatait tekintették át nem, iskolai végzettség és gazdasági aktivitás szerint, ezen belül a legmagasabb és

legalacsonyabb társadalmi-gazdasági csoportot hasonlították össze nemenként. Abszolút és relatív egyenlőtlenségeket vizsgáltak. Az eredmények alapján elmondható, hogy a halálzási egyenlőtlenségek kedvezőbbek, mint amilyenek a vizsgálat elején gondolták. Azonban a szerzők úgy vélik, ez a pozitív változás inkább az egyének viselkedés változásának és a prevenció beavatkozásoknak köszönhető, nem pedig a kormányok egyenlőtlenségcsökkentő koncepciójának. Ahhoz, hogy biztosat tudjanak mondani a szakemberek, sokkal részletesebb elemzésre lenne szükség.

### KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Ahhoz, hogy a kormányzatok egyenlőtlenségek csökkentésre irányuló tevékenységeinek hatása jól monitorozható legyen, sokkal több adatra és részletesebb elemzésre lenne szükség.

## Az elektronikus egészségügyi adatok fejlődésének, felhasználásának és alkalmazásának története

### Time for a Patient-Driven Health Information Economy?

Kenneth D. Mandl, M.D., M.P.H., and Isaac S. Kohane, M.D., Ph.D.  
N Engl J Med 2016; 374:205-208 January 21, 2016, [forrás](#)

Ismertető: Balku Eszter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

### ÖSSZEFOGLALÁS

A cikk szerzői egy rövid áttekintést adnak az elektronikus egészségügyi adatok felhasználásának, alkalmazásának fejlődéséről az USA-ban, megvilágítva az előnyöket és a hátrányokat. Előnyként mutatják be, hogy a ritka betegségben szenvedő páciens adatai segíthetnek akár egy másik földrészen élő, de hasonló betegségben szenvedő diagnosztizálásában, vagy azt, hogy a páciens maga is könnyen hozzáférhet az adataihoz, ezáltal magasabb szintre emelheti

az orvos-beteg kommunikációt. Azonban problémaként vetítik fel, hogy az ilyen típusú – elektronikus – adatokat feltörhetik, vagy az egészségügyi szolgáltatókról olyan információk derülhetnek ki, ami nem lenne előnyös számukra. Az elektronikus egészségügyi adatok felhasználásának és alkalmazásának fejlődése 1994-ben indult el és mai napig sem teljesen kiforrott még ez a technológia.

### KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A páciens és az orvos számára könnyen elérhető és felhasználható egészségügyi adatok a hatékonyabb ellátás jövőjét jelentik.



## Kezelések hatása klinikai vizsgálatok és rutinszerűen gyűjtött egészségügyi adatok alapján

### Agreement of treatment effects for mortality from routinely collected data and subsequent randomized trials: meta-epidemiological survey

Lars G Hemkens, senior researcher, Despina G Contopoulos-Ioannidis, clinical associate professor, John P A Ioannidis, professor

[forrás](#)

Ismertető: Balku Eszter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

### ÖSSZEFOGLALÁS

A közleményben egy meta-epidemiológiai vizsgálat kerül bemutatásra, amely célja, hogy összehasonlítsa ugyanarra a kezelésre vonatkozó randomizált kontrollált vizsgálatot és az egészségügyi adatok elemzéseinek eredményeit. A randomizált kontrollált vizsgálatoknak korábban kellett történni, mint a vizsgált egészségügyi adatok időszaka. 16, rutinszerűen gyűjtött egészségügyi adatelemzésről szóló közleményt, és ugyanezekre a kezelésekre vonat-

kozó 36 randomizált, kontrollált vizsgálatot hasonlítottak össze. Az eredmények alapján a rutinszerűen gyűjtött adatok kedvezőbb képet mutatnak egy kezelés hatásosságáról, mint a klinikai vizsgálatok. A cikk szerzői az eredmények alapján óvatosságra intik a klinikai döntéshozókat, azt javasolják, mielőtt egy kezelés bevezetése mellett döntenek, érdemes mind a két típusú vizsgálat eredményeit figyelembe venni.

### KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A rutinszerűen gyűjtött egészségügyi adatok túlbecsülik a kezelések hatását a randomizált klinikai vizsgálatokhoz képest.

## Rangos kitüntetést kaptak a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet dietetikusai

Dieticians of the National Institute for Health Development were awarded a distinguished prize

Szerző: Gui Angéla✉  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.30.

**Kulcsszavak:** Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, dietetika, Fekete Krisztina, Henter Izabella

**Keywords:** National Institute for Health Development, dietetics, Krisztina Fekete, Izabella Henter

A Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) idén ünnepli alapításának 25. évfordulóját, ez alkalomból június 4-én tartottak jubileumi konferenciát. Az eseményen számos elhivatottan dolgozó dietetikust, táplálkozástudományi szakembert, orvost és kutatót díjaztak. A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) két munkatársa is kitüntetésben részesült szakmai munkája elismeréseként. Henter Izabella dietetikus, táplálkozástudományi szakember az Emberi Erőforrások Minisztériuma *Pro Sanitate* kitüntetését kapta, Fekete Krisztina dietetikus, egészségfejlesztő az MDOSZ által alapított *Pro Diaeta Sana* díjban részesült.

- Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Dietetika, humán táplálkozás tagozatnak 5 éve a vezetője.
- A kitüntetett szakember számos intézményben dolgozott már, volt munkatársa az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetnek, az I. számú Gyermekklinikának, a Madarász utcai Gyermekkorházaknak, 13 évet töltött a tápszeriparban és kereskedelemben. Az Országos Gyermekkegészségügyi Intézetben, jelenleg pedig a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben, mint dietetikus vesz részt a kamaszambulancia munkájában, a családtervezési programban, az egészségpolitikai döntések előkészítésében, az országos bölcsődei és egyéb étkeztetés felmérések kidolgozásában, irányelvfejlesztésekben.

### HENTER IZABELLA

- Az MDOSZ vezetőségi tagja volt 1996-tól, azt követően Szerkesztő Bizottsági tag, 8 évig főtitkár, majd a Kommunikációs Bizottság vezetője.
- Az Európai Dietetikus Társaságok Szövetségében 13 évig volt magyar küldött.
- Az Ápolás Szakmai Kollégiumnak és a Dietetikai Szakmai Kollégiumnak is 4-4 évig volt tagja.



Pályafutása során szakmai tapasztalatot szerzett a csecsemő- és gyermektáplálás és dietetika, a gasztroenterológiai, az allergológiai, a tumoros betegségek, a felnőtt- és gyermek klinikai mesterséges táplálás, valamint az otthoni hospice területén is. Vállalkozó dietetikusként magyar és angol nyelven ad táplálkozási és dietetikai tanácsot, étkeztetést ellenőriz, együttműködik egészségügyi magánpraxisokkal, hospice és otthonápolási szolgálatokkal, egészségnapokon vesz részt, publikál, felmérésekben, projekteknél vállal szerepet.

Henter Izabella nem híve a negatív kommunikációnak. „Tanulmányaim és tapasztalatom is azt mu-

tatja, hogy a támogatás, a személyre szabás, az egyének bevonása, a komplex szemlélet az eredményesebb. Fontosnak tartom még a kvantitatív és kvalitatív malnutríciót, ami legalább olyan figyelmet érdemel, mint a túlsúly és az elhízás, a testösszetétel jelentőségéről nem is beszélve! Hiszem, hogy az elkötelezett, felelős, szakértelemmel bírók tudnak eredményesen működni. Vannak jó példák, gyakorlatok itthon és világszerte, amiket érdemes követni. A diétetika tudománya a prevencióban és a terápiában ma is hatásos eszköz lehet, nem adom fel, ez a hivatásom!”

### FEKETE KRISZTINA

- A Magyarországi Crohn-Colitises Betegek Egyesületének táplálkozási tanácsadója több mint 15 éve (5 évig volt elnöke).
- A Rákosmenti Gyermekek-cukorbetegség Közhasznú Egyesülete táborában diétetikai feladatokat lát el 2004 óta minden nyáron.
- Tagja a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának, a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének valamint a Magyar Diabetes Társaságnak, több évig az Egészségügyi Szakmai Kollégium Diétetika, humán táplálkozás tanács delegáltja volt.
- 2010-ben megkapta az Országos Tisztifőorvos Elismerő Oklevelét. Emellett a „Sporttáplálkozás szabadidő sportolóknak” című könyv társszerzője, és a futó-gyalogló Minden-kor Sportegyesület vezetőségi tagja volt.



Eddig két nagy területen tevékenykedett, diétetikusként első 6 évét a klinikumban töltötte, a HIETE Kórházban (volt Szabolcs utcai kórház). Itt főként belgyógyászatban dolgozott, ahol endokrinológiai, gasztroenterológiai és diabetológiai részleg működött. A kórház diétetikai szolgálata nagy hangsúlyt fektetett az empátiára, a személyes tanácsadásra, a betegekkel és hozzátartozóikkal való szoros szakmai együttműködésre, ez a tapasztalat a mai napig meghatározó a munkásságában. 2000 óta a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet diétetikusa. Közben a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolájában elvégezte az egészségfejlesztési szakot. A NEFI-ben az egészséges táplálkozás, az egészséges életmód, kiemelten az energiaegyensúly témakörében, egészségfejlesztési – főként munkahelyi illetve közösségi – programok, modelltréningek készítésében, megvalósításában, monitorozásában vesz részt.

A diétetikus szerint ezeregy összetevője van annak, hogy ki és miért táplálkozik úgy, ahogy. Épp ezért érdemes megismerni annak okait, hogy mi akadályozza, vagy éppen segíti az illetőt (ismeret, környezet, motiváció) a változásban, változtatásban, hogyan lehet elérni, ki az, akire hallgat. Az biztos, hogy komplex szemléletre van szükség, az egyén mellett több szakterület és tényező is hozzájárul a megfelelő táplálkozáshoz (élelmiszeripar, hozzáférés, minőség, címkézés, élelmiszerbiztonság, kommunikáció, egyesületek, törvénykezés, szakemberképzés stb.). Fontos a folyamatos edukáció, a hiteles információ, az üzenet közérthető nyelven való közvetítése, minél több, a mindennapokban megvalósítható ötlettel kiegészítve. Be kell vonni az egyént, a kisebb közösséget a változtatásba, hiszen amit magáénak érez az ember, ott nagyobb az esély a sikeres megvalósításra.

# A mindennapos testnevelés általános bevezetése, a 80 évvel ezelőtti kipróbálás után révbe ért

General introduction to the daily physical education, after testing 80 years ago now effected

Szerző: Enhoffer Vivien✉

*Széchenyi István Egyetem – Apáczai Csere János Kar, Rekreációs szervezés és Egészségfejlesztés Szak, Győr – végzős hallgató*

Beküldve: 2016.06.02.

**Kulcsszavak:** mindennapos testnevelés, egészségkultúra, egészségfejlesztési programelemek szakmai ajánlása

*Andriska Viktor (1934): A tanulói ifjúság egészségének megóvása a középiskolai oktatás reformja keretében – A testi nevelés kérdése. In: „Egészség” az Országos Közegészségügyi Egyesület folyóirata, XLVIII. évf. 460. sz. 105-107*

Dr. Andriska Viktor 82 évvel ezelőtti cikkében az alábbiakat írja:

„A szellemi túlterhelés kérdése összefügg a testnevelés jobb kiépítésének kérdésével. Ha a diákok mindennapi tanulásba egy testnevelési órát illesztnek be, maga után vonja a szellemi nevelésre fordított idő csökkenését, vagy azt is mondhatjuk, hogyha a túlterhelést megszüntetik, akkor jut idő az annyira kívánatos testi nevelésre. Hogy az ifjúság testi nevelésének kérdése milyen mostoha elbírálásban részesült a középiskolákban, erre sok bizonyítékot lehetne felhozni. Ezelőtt 35 évvel készült statisztika adataiból veszem a következőket: Az ország összes középiskoláiban működő tornatanítók között csak 21%-nak volt szakképesítése. A nem szakképzett erők között szépiástanár, énektanár, hitoktató, hivatalnok, lapszerkesztő, kántor, volt őrmester, biztosítási ügynök is szerepeltek. Sok iskolának sem tornaterme, sem játszótér nem volt. Az akkoriban körkérdésben megkérdezett iskolaigazgatók szinte egyértelműen kívánták a testnevelésnek megjavítását. Terveztek, ankétek, javaslatok szép számmal voltak azóta, de haladás úgyszólván

csak annyi, hogy a heti két tornaórából itt-ott három lett. Ez a silány eredmény a mellett szól, hogy az ifjúság nevelésének kérdését igen egyoldalúan kezelik. Meglepő, hogy a gimnáziumok, melyeknek legjellegzetesebb vonása a konzervatívizmus és a klaszszikus tanulmányok ápolása, mennyire merevek ebben a kérdésben, s mennyire eltértek a régi görög gimnáziumoktól, melyekben tudva levőleg a testi nevelésre oly nagy gondot fordítottak. Pedig hány kiváló elme tette bírálat tárgyává ezt a merevséget. A rendelkezésemre álló irodalomból csupán néhány szemelvényt közlök ezekből a bírálatokból és véleményekből:

SPENCER HERBERT: Akik csak azzal törődnek, hogy növendékeik szellemét képezzék, de ezeknek testével éppen nem, nem gondolják meg, hogy a *világban való boldogulás nem annyira az ismeretektől, mint sokkal inkább testi erőttől függ*. A testedző gyakorlatok és játékok, melyekre az ösztön minden fiút és leányt egyaránt készítet, a testi jólét lényeges tényezői, aki ezeket eltiltja, *a test fejlődésére Istentől rendelt eszközöktől tiltja el*.

APPONYI ALBERT gróf: *Meggyőződés, hogy a testnevelésnek a szellemi neveléssel való egyensúlyba hozatala a középiskolai oktatási reform egyik legfontosabb kérdése s hogy a középiskolai testnevelésnek több időt kell szentelni, mint amennyit eddig középiskolai tanmenetben elfoglalt.* (1908. márc. 16)

BERZEVICZY ALBERT: Meg kell már végre valósítani a középiskolai ifjúság ésszerű testi nevelését (1894).

GRUBER prof.: Éppoly szükséges a mindennapi testi munka, mint a mindennapi szellemi munka minden művelt embernek (1913).

HUPPER prof.: A középiskolai növendékek számára a legminimálisabb követelmény a napi egyórai rendszeres testi gyakorlat.

ABDENHALDEN: A mindennap rendszeres testgyakorlás egyik legjobb fegyverünk a tuberkulózis elleni küzdelemben.

KOHLRAUSCH: A rendszeres testgyakorlás egyik legenergiusabb ellenszere az egyoldalú szellemi oktatási rendszerünknek.

DRIGALSKI: A torna és a sporttól való félelem sokkal veszélyesebb, mint azok az általában igen ritka ártalmak, melyekre hivatkozni szoktak. Sokkal okosabb a mindennapi rendszeres tornaórákat bevezetni és az ifjakat megtanítani arra, hogy testüknek mivel tartoznak. Folytathatnám az idézetek sorozatát, de ezt hiszem, ez fölösleges.

A történelmi igazságnak tartozunk annak a megállapításával, hogy az egyházak kezén lévő tanintézetek voltak az elsők, melyek a testnevelés megjavítását meg is valósították. Ez a megvalósítás a középiskolákkal kapcsolatos internátusok, tehát nevelőintézetekben történt és történik ma is. Ki ne ismerné azokat a mintaszerű fiú- és lány nevelőintézeteket, melyeket egyes szerzetesrendek nagy áldozatokkal létesítettek és tartanak fenn. Ezekben meg van valósítva higiéné minden követelménye, naponkinti rendszeres testgyakorlás, s az állandó orvosi ellenőrzés. Sajnos azonban a magyar ifjúságnak csak egy csekély töredéke van abban a szerencsés helyzetben, hogy ilyen intézetben nevelődjön. Hogy a középiskolából kikerülő ifjúság testi állapota ma sem tüntet fel jobb adatokat, mint azelőtt 30-40 évvel, ezt én, mint a levante-ifjúság egyik ellenőrző orvosa állítom.

1000 egyéves önkéntes jelentkező között 154 rövidlátó, 374 fejlett izomzatú, 114 fegyveres szolgálatra alkalmatlan; 1000 rendes hadköteles között 1 rövidlátó, 267 fejlett izomzatú, 73 fegyveres szolgálatra alkalmatlan. Ma a helyzet valamivel még rosszabb. Hangsúlyozni kívánom, hogy ebből a statisztikából nem szabad azt a következtetést levonni, hogy a differencia kizárólag az iskola terhére írandó. Egy azonban bizonyos. E felett az adat felett nem

lett volna szabad napirendre térni. Ezt már akkor jobban meg kellett volna szívlelni azoknak a tényezőknél, akik az ifjúság testi neveléséért felelősek. Tehát az iskolák feletti hatóságnak és a szülőknek. A tények lehangolók s teljesen elkedvetlenítik azokat, akik át tudják teljesen érezni ennek a kérdésnek a *nemzeti erő szempontjából* való fontosságát. Ha valaha, úgy most van és lesz szükség erőteljes, edzett nemzedékre, mely a nélkülözést, fáradtságot szenvedést elbírja, s ha kell, a nemzet létéért való küzdelemben a legnagyobb testi erőfeszítésre is képes lesz. Én a helyzet jelenlegi kedvezőtlen stádiumban sem tudok pesszimista lenni. Látok bizonyos kedvező jeleket, melyekből megállapíthatjuk, hogy mégis az utolsó években történtek olyan intézkedések, melyek a várva várt fejlődést biztosítani akarják. Első ilyen törekvés az iskolaorvosi intézmény kiépítése. A testnevelés szempontjából ennek az intézménynek az a legnagyobb fontossága, hogy tiszta képet ad a népiskolákba járó ifjúság testi állapotáról. Másik nagy előnye pedig, hogy a szükséges korrekciókat szorgalmazza. Harmadik előnye az ifjúságnak és a szülőknek a testi gondozás fontosságára való ránevelés. *A Budapesten oly mintaszerűen megvalósított iskolaorvosi intézmény szervezetét és munkásságát, azt hiszem, fölösleges volna e helyütt méltatni. A jól bevált intézményt az egész ország területére ki kellene terjeszteni.* DARÁNYI GYULA professzor óriási erőfeszítéseket tesz, hogy ez a mai mostoha viszonyok ellenére is valami módon, legalább alapjaiban – megvalósíttassék.

A másik kedvező jel, hogy amire itt rá akarok mutatni, a *Testnevelési Főiskola* létesítése. Ez az intézmény végre megvalósította a testi nevelés leglényegesebb alapfeltételét, a testnevelési tanárok tudományos képzését.

KEMÉNY FERENC – már említett kiváló pedagógusunk – volt hazánkban az első aki világosan megjelölte ezt a feltételt. Ő volt az, aki ezelőtt harminc évvel a művelt nemzetek testnevelési módszereit egy miniszteri megbízatás folytán, tanulmányozta a jelentésében oda következtetett, hogy azoknál a nemzeteknél a legtökéletesebb az ifjúság testi nevelése (Svédország, Japán, É. Egyesült Államok), melyek a testnevelési tanárokat a legmagasabb fokú oktatásban képezik ki.

A magyar Testnevelési Főiskola megalapítói és fenntartói minden tekintetben tökéleteset

alkotnak és végeznek. Úgy tudom, hiány sincs már jelen képzett testnevelési tanároknak.

A harmadik és legkedvezőbb jel, HÓMAN BÁLINT dr. vall.- és közoktatásügyi miniszter úr egy olyan tette, mely korszakot alkotó lesz ebben a kérdésben. A szép beszéd, ígéret és terv helyett egy kísérletre adott utasítást. Ez a kísérlet hat középiskolában *mindennapi testnevelésórák bevezetése*.

A kísérlet néhány hónap óta folyik – értesülésem szerint igen kedvező eredménnyel. Nem lehet kétséges, hogy az eredmény jó lesz. Az ésszerű élettani alapon álló rendszeres testnevelés több irányban fejt ki előnyös hatást. Erősíti, edzi a szervezetet, tehát egészségesebbé, ellenállóbbá

teszi, ugyanakkor azonban a testnek harmonikus fejlődését is biztosítja, tehát voltaképpen esztétikai célt is szolgál. A különböző izomcsoportnak ésszerű foglalkoztatása, tehát begyakoroltatása révén a szervezet mintegy megtanul az izomerőt és ideg-energiát a leggazdaságosabban értékesíti; így tulajdonképpen gazdasági előnnyel is jár a rendszeres testnevelés. Végül a lelkiületre, az erkölcsi tulajdonságoknak, az ifjú karakterének kifejlesztésére gyakorol maradandó hatást. A játékos gyakorlatokban az önfegyelmesség, engedelmesség, bajtársi érzület és igazságszeretet ápolása kifejleszti a korrekt magatartást, az összetartozás érzését. Nagyon kíváncsi, hogy a magyar ifjúság mindezeket a hasznos és szép tulajdonságokat mielőbb megszerezhesse.”

\*\*\*\*\*

A több mint egy évszázaddal ezelőtti születésű Andriská Viktor, akitől a testi nevelés kérdése című folyóirat cikk származik, élete folyamán a doktori címet is elnyerte, gyógyszerész, gyógyszerész-doktor, orvosdoktor, egyetemi tanár végzettséggel rendelkezett.<sup>1</sup>

Akkoriban, egy tudományos értekezésben, a 35 éves adatokra való hivatkozás még módszertanilag elfogadható volt, épp úgy, mint az elismert szakteremtények egy-egy gondolatának kiemelése, a témához való kapcsolása.

A szerző előre látta, hogy a szakképesítéssel rendelkező középiskolában dolgozó „tornatanárok” meglétéhez elengedhetetlenül szükséges a Testnevelési Főiskola megjelenése, működése. Ma már Magyarországon törvényi rendelkezés szól arról, hogy a testnevelő tanároknak minden iskolatípusban, minden évfolyamon, testnevelő tanári végzettséggel kell rendelkezniük. A 80 évvel ezelőtti kísérlet, a mindennapos testnevelés bevezetésének modellezése végül is sikeresen elérte célját abból az aspektusból, hogy 2012. szeptemberétől törvényi keretekbe foglalták a mindennapos (heti 5 alkalmas) testnevelést az általános és középiskolákban.<sup>2</sup> A mindennapos testnevelésórák bevezetését általában pozitív fogadtatás kísérte. A mögöttes tartalmak (több internetes portálon is kifejtve) különböznek:

A fiatalabb korosztály gyermekei örülnek, hogy mozoghatnak, –„addig sem a tanulásra kell koncentrálni” – állítják.

A tanárok szintén jó szemmel nézik, hogy a diákok mozognak, hiszen nagyon sokan voltak, akik „kibújtak” a testnevelés órán való részvétel alól.

Érdekesség, a szülők mellett, hogy pozitívan fogadják ezt a dolgot, aggódnak azért, hogy a gyermekeknek így még több órájuk lesz, és félnek, túlhajszolják őket.

A mindennapos testnevelés óra optimális esetben megfelelő infrastruktúrát is igényel, ami nagyon sok iskolának nem adatik meg, még napjainkban sem.

Ugyanakkor meg kell említenünk, hogy a mindennapos testnevelésóra elengedhetetlen a gyermekeknek, hiszen egész nap az iskolapadban ülnek, szabadidejükben egyre inkább a hipoaktív tevékenységek felé orientálódnak. A délutáni sportfoglalkozásokon való résztvevők száma is alacsony, nem beszélve arról, hogy ennek következtében az elhízott gyermekek aránya folyamatos emelkedést mutat hazánkban.<sup>3,4</sup> Amellett, hogy ma már minden iskolában ki van építve az iskolaorvosi rendszer, jól látjuk, hogy ennél sokkal hatásosabb beavatkozásokra van szükség annak érdekében, hogy a gyermekek életmódja az egészség felé irányuljon. A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2014-ben elindított egy projektet, az úgynevezett Teljes körű Iskolai Egészségfejlesztési projektet (TÁMOP-6.1.2.), melynek célja az egészségtudatosabb szemléletmód kialakítása a gyermekek körében, főként közösségépítő és egészségfejlesztési, testmozgást elősegítő feladatokkal. Ennek keretében pedig úgynevezett EPSZA (egészségfejlesztési programelemekhez kapcsolódó szakmai

ajánlások) füzeteket is létrehoztak, amelyek szakmai segítséget nyújtanak a gyermekek egészségtudatosabbá válásában.<sup>5</sup>

A sok év alatt bekövetkezett változások jól tükröződnek, ugyanakkor mégis egy nagyon lassú folyamatról beszélünk, ha a gyermekek testi neveléssel való megszerettetéséről van szó. Az Andriska Viktor

cikkében emlegetett mindennapos testnevelésóra bevezetése célt ért. Ugyanakkor ez még nem jelenti azt, hogy a gyermekek életmódja ennek következtében megváltozik. Az alap lépések elkezdődtek, mi pedig megpróbálunk egy új célt megvalósítani, egy egészségesebb életvitelű társadalom eléréseért.

---

<sup>1</sup> Andriska Viktor, életpályája <http://www.gyogyszerestortenet.hu/wp-content/uploads/2013/10/Andriska-Viktor-Dr..pdf> (Elérve: 2016.04.19.)

<sup>2</sup> Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Tájékoztató a nemzeti köznevelésről szóló törvényről. A pedagógusok alkalmazási feltételei [http://www.budapestedu.hu/data/cms146806/nefmi\\_cxc\\_tajekoztato\\_05.pdf](http://www.budapestedu.hu/data/cms146806/nefmi_cxc_tajekoztato_05.pdf) (Elérve: 2016.04.21.)

<sup>3</sup> World Health Organisation, Media Center, Fact Sheet: Obesity and overweight <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/#> (Elérve: 2016.04.07.)

<sup>4</sup> Németh Ágnes és Költő András (2010): Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest

<sup>5</sup> Az EPSZA füzetekről illetve a TIE projektről bővebb információ: <http://projektek.egeszseg.hu/web/tie/projektleiras> (Elérve: 2016.04.21.)

## „Régi, új és retró” – Beszámoló a Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Országos Tudományos Nagygyűlésén tartott HBSC poszterműhelyről

Old, new, and retro – A report on the HBSC poster workshop presented at the XXV National Scientific Convention of the Hungarian Psychological Association

Szerzők: Költő András✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, ELTE PPK Pszichológiai Intézet*

Beküldve: 2016.06.07.

**Kulcsszavak:** HBSC, Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása Kutatás, poszterek

**Keywords:** HBSC, Health Behaviour in School-aged Children, posters

A hazai pszichológus-közösség és a lélektan társtudományainak képviselői számára az egyik legfontosabb szakmai fórum a Magyar Pszichológiai Társaság éves tudományos Nagygyűlése, melyet 2016 júniusában huszonötödik alkalommal rendeztek meg. A kongresszusnak idén a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem adott otthont, az Ergonómia és Pszichológiai Tanszék munkatársainak szervezésében.

Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (HBSC) kutatás hazai és nemzetközi eredményei számot tartanak a pszichológusok érdeklődésére, ezért a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben dolgozó HBSC Kutatócsoport kiemelten fontosnak érezte, hogy az idei Nagygyűlésen – a 2013/14-es adatfelvételt feldolgozó hazai [HBSC Kutatási jelentés](#)<sup>1</sup> publikálásával párhuzamosan – bemutassa a vizsgálatot. A kötetlenebb beszélgetési és kapcsolatteremtési lehetőség, és a serdülők egészsége iránt érdeklődő kollégák elmélyült kérdései miatt általában nem konferencia-előadásokat, hanem posztereket mutatunk be. Az idei MPT Nagygyűlésen „RÉGI, ÚJ ÉS RETRÓ: Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás új ada-

tai, témái és módszertani fejlesztései” címmel tematikus poszterműhelyt szerveztünk.

Az első poszteren Költő András és munkatársai a HBSC vizsgálat módszertanát, szakaszait, a 2013/14-es adatfelvételt az adatgyűjtés során alkalmazott kérdőívet és a minta jellemzőit mutatták be. A HBSC kutatás apró lépésekké lebontott, szigorú módszertan szerint zajlik, négy éves ciklusokban. Ennek lépései: a kérdőív aktualizálása, fordítása-visszafordítása, etikai engedélyeztetése és egy elővizsgálatban történő kipróbálása. A minta kialakítása, az iskolákkal való kapcsolatfelvétel után szülői (és a felvételtől tanuló) bejegyzés kérése történik. A kutatást kiképzett kérdezőbiztosok végzik. Az adatok digitalizálása, tisztítása és ellenőrzése után a kutatócsoport ellenőrzi és összeveti az alapvető leíró adatokat az előző kutatási ciklus eredményeivel; az országos szintű alap-adatokból nemzeti kutatási jelentést írnak. A mélyebb összefüggések feltárására irányuló kutatásait hazai és nemzetközi szakmai fórumokon teszik közzé. A döntéshozók és az érintettek (stakeholderek) számára szakpolitikai ajánlásokat fogalmaznak meg. Ez a „körforgás”-jelleg azt is biztosítani tudja, hogy a vizs-



gálat képes legyen a megújulásra, a változó viszonyokhoz való alkalmazkodásra.

Várnai Dóra és munkatársai a kortársbántalmazás hagyományos és online formáinak gyakoriságát, valamint az országos adatfelvételt kiegészítő validációs kutatás eredményeit ismertették. Az iskoláskorú fiatalok körében elterjedt, egészségükre is hatással lévő jelenség a kortársbántalmazás, amely az infokommunikációs eszközök egyre nagyobb térhódításával párhuzamosan az online világban is megjelenik. A HBSC egyik alapvető kutatásfilozófiai tétele, hogy a vizsgálat kialakításába lehetőség szerint minél jobban be kell vonni a kutatás célcsoportját képező fiatalokat („youth engagement”). Ennek egy fontos részfeladata, hogy a vizsgálatban alkalmazott kérdésekkel kapcsolatban kikérjük véleményüket. Emellett a kvantitatív kutatási stratégia eredményeinek érvényességét bizonyítja, ha kvalitatív módszer – fiatalok részvételével elvégzett fókuszcsoporthoz tartozó interjú – megerősíti a témával kapcsolatos kérdések jogosultságát. Az epidemiológiai vizsgálat alapján a tanulók mintegy harmada elkövetőként (12,2%), áldozatként (14,2%) vagy elkövető-áldozatként (10%) érintett a kortársbántalmazásban; a tanulók 6%-át online módszerrel is zaklatták már kortársai, míg kb. 2%-uk a cyberbullying mindkét módjának (kínos fényképek megosztása az illetőről; zaklató üzenetek küldése) és a hagyományos bántalmazásnak is ki voltak téve. A validációs vizsgálat pedig azt igazolta, hogy a diákok többsége tisztában van a bullying jelentőségével, el tudja különíteni azt az agresszió egyéb formáitól, de nem a gyakoriságot, hanem a súlyosságot vélik a legfontosabb kritériumnak.

Arnold Petra és munkatársai azt vizsgálták, hogy az eltérő szocializációs szintek – a család és a kortársak – milyen szerepet játszanak a fiatalok szerhasználatában. A korábbi kutatásokból<sup>2</sup> tudjuk, hogy külön-külön mindkét szocializációs közeg hatással van e viselkedésformára. A szülők az autokratikus vagy túl engedékeny nevelés alkalmazásával, a nem megfelelő gondoskodás vagy inkonzisztens nevelési elvek, a szegényes kommunikáció és a családi melegség hiánya révén növelhetik a fiatal esélyét a szerfogyasztásra. A barátoknál elsősorban a kortársnyomás hatása érvényesül. Ebben a kutatásban nemcsak magát a szerfogyasztási mutatókat (legalább kétszeri lerészegedés, legalább heti dohányzás; kannabiszhasználat életprevalenciája) vizsgáltuk, de azt is, hogy a serdülő

szerint mennyire jellemzőek ezek a magatartások a kortársaikra. Az elemzést a nemre, az életkorra és a családszerkezetre kontrollálva kiderült, hogy a dohányzás, a részegség, illetve a kannabiszhasználat szignifikánsan (pozitívan) összefügg a barátok észlelt szerhasználatával, de negatívan az észlelt családi támogatással. A két magyarázó változó közötti interakciók vizsgálata azonban nem igazolta, hogy a család szerepe moderálna a kortársak és a serdülő saját szerfogyasztása közötti kapcsolatban. Ez is alátámasztja, hogy a prevencióban elsősorban nem a szerfogyasztást közvetlenül megakadályozni kívánó módszerek lehetnek hatékonyak, hanem azok, amelyek a serdülők szociális készségeit erősítik.

Az alvási szokások jelentős hatással vannak a fiatalok viselkedésére, közérzetére, mindennapi tevékenységeik hatékonyságára. A nem megfelelő mennyiségű és minőségű alvás ronthatja az iskolai teljesítményt, a szubjektív jóllétet és a testi-lelki egészséget. Műhelyünk negyedik poszterében Németh Ágnes és munkatársai a serdülők képernyőhasználati szokásai, alvásideje és szubjektív jólléte közötti összefüggéseket vizsgálták. Ez a téma az első – harminc éve elvégzett – hazai kutatásban is megjelent, de azóta nem elemeztük. Most a fenti összefüggések vizsgálatába a képernyőhasználat különböző módjait is bevontuk. Jelen felmérésben a hétköznapi képernyőhasználat (tévénézés, számítógépes játék, nem játékcélú géphasználat) időtartamának a hétköznapi lefekvéses időpontra és alvásmennyiségre gyakorolt hatását tanulmányoztuk. Következő lépésként pedig azt vizsgáltuk, hogy a hétköznapi alvásmennyiség befolyásolja-e a szubjektív jóllétet (önminősített egészség, depresszív hangulat, fejfájás, idegesség, kedvetlenség, fáradtság és elalvási problémák) mutatóit. Az összefüggéseket a nemre, az életkorra és a család anyagi helyzetére kontrollálva, szignifikáns kapcsolatokat találtunk. A képernyőhasználat időtartamának növekedése együtt jár a fiatalok lefekvésének későbbre tolódásával és alvásmennyiségük csökkenésével. Utóbbi viszont kedvezőtlenebb testi-lelki jólléttel, rosszabb közérzettel párosul. Mindez azt sugallja, hogy a képernyőhasználat és a szubjektív jóllét között az alvásmutatóknak mediációs hatása lehet.

Posztereinken tehát a HBSC „régis, új és retró” témái is helyet kaptak. A két órás, jó hangulatú bemutató alatt számos érdeklődő kollégával találkoztunk, akikkel – egyebek mellett – a serdülők koffeinhasználatát,

a mentális egészség és az alvás vizsgálatával kapcsolatos módszertani megfontolásokat vitattuk meg. Az ismertetett poszterek megtekinthetők és letölthetők a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet [szakmai honlapjáról](#),<sup>3</sup> az absztraktokat az Olvasó megtalálja a Nagy-

gyűlés [Kivonatkötetében](#).<sup>4</sup>

Reméljük, poszterműhelyünk hozzájárult a HBSC vizsgálat hazai megismertetéséhez és tudományos együttműködések kialakításához.

---

<sup>1</sup> [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-hbcs-nemzeti-jelentes-2014/](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-hbcs-nemzeti-jelentes-2014/)  
(Elérve: 2016.06.30.)

<sup>2</sup> [http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC\\_2010.pdf](http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf), [http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC\\_kutatasi\\_jelentes\\_2007.pdf](http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_kutatasi_jelentes_2007.pdf)  
(Elérve: 2016.06.30.)

<sup>3</sup> [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/oldal/szakmai-anyagok/hbcs-mpt-posztermuhely-2016/](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szakmai-anyagok/hbcs-mpt-posztermuhely-2016/)  
(Elérve: 2016.06.30.)

<sup>4</sup> [http://www.mptnagygyules.hu/images/kivonatkotet\\_20160530\\_vagottB5\\_web.pdf](http://www.mptnagygyules.hu/images/kivonatkotet_20160530_vagottB5_web.pdf) (Elérve: 2016.06.30.)

# Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra workshop

## Workshop on the effects of built environment on health behaviour

Szerzők: Csizmadia Péter✉  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.05.17.

**Kulcsszavak:** épített környezet, egészségfejlesztés, fizikai aktivitás, egészségmagatartás

**Keywords:** health promotion, physical activity, built environment, health behaviour

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI), az Építéstudományi Egyesület és a Magyar Építőművészek Szövetsége 2016. március 10-én workshopot szervezett „Egységmagatartás és épített környezet” címmel a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben.<sup>1</sup> A találkozó célja a folyamatos együttműködés kialakítása volt a különböző tudományterületekről érkezett szakemberek között. A rendezvényen különböző diszciplínák képviselői mondhatták el tapasztalataikat az egészség és az azt befolyásoló fizikai környezet témájában. A megbeszélésen számos előadás és hozzászólás hangzott el, amely megerősítette, hogy egy adott térség, település, lakókörnyezet fizikai és egyéb környezeti jellemzői bizonyítottan befolyásolják az ott élők egészségmagatartását.

A fizikai környezet egyrésztől közvetlenül hat az egészségre, például a vízminőségen keresztül, másrésztől az épített környezet az egészségmagatartás befolyásolásával közvetetten hat a testi egészségre. A fórumon főként a magatartásváltoztatással összefüggő környezeti tényezők szerepeltek témaként, szemben azokkal, amelyek közvetlenül befolyásolják az egészséget (például az előbb említett vízminőség mellett a sugárzás, a kémiai, illetve biológiai expozíciók közvetlen patofiziológiai hatásai révén). Ez

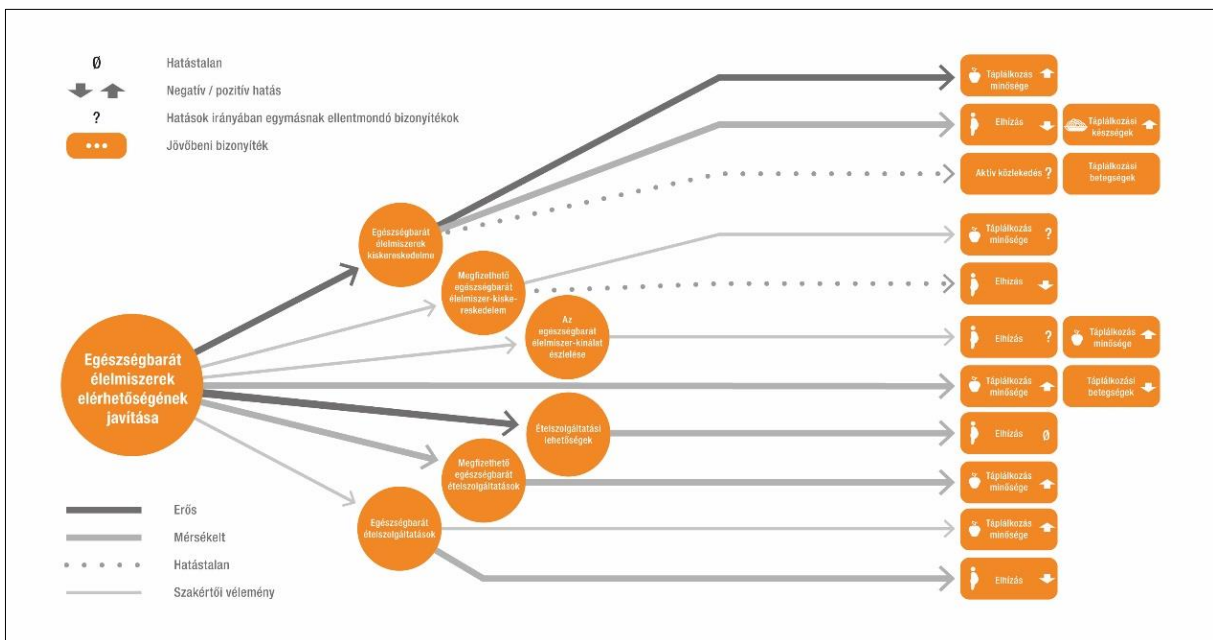
utóbbi tényezők vizsgálatára jól kiépült szakmai hálózat áll rendelkezésre az Országos Közegészségügyi Központban (OKK). Az OKK szakértői hangsúlyozták, hogy az épületek belső terében az egészségmegőrzés egyik legfontosabb eleme az épület funkciójának megfelelő levegőminőség biztosítása. A számos kémiai és biológiai, kültéri és beltéri eredetű légszennyező anyag közül a megbeszélésen az allergének – a házpor-atkák valamint a penészgombák – szerepét ismertették részletesen. A beázás és a penészesedés negatív egészséghatásait több hazai és nemzetközi kutatás bizonyította. Míg bizonyos gombafajok csupán esztétikai problémát okoznak, addig mások komoly légúti megbetegedésekért lehetnek felelősek. A penészesedéssel összefüggésbe hozható légúti megbetegedések: szénanátha (allergiás rhinitis), asztma, túlérzékenységi tüdőgyulladás (hiperszenzitiv pneumonitisz), orrmelléküreg-gyulladás (rhinosinusitis), légúti fertőzések. Egy több mint harmincezer kérdőív kiértékelésével végzett olaszországi felmérés szerint a kisgyermekek körében a beázás, a penész és a tünetek között erősebb összefüggés mutatkozott, mint az idősebbeknél. A hazai Országos Gyermekek Légúti Felmérés adatai alapján a lakásokban észlelt nedvesedés és penészesedés a bentlakók egészségi állapota szempontjából az egyik legfontosabb belső kockázati té-

<sup>1</sup> A Fórumon a NEFI, az Országos Közegészségügyi Központ, a Budapesti Műszaki Egyetem Urbanisztika Tanszéke, a Magyar Építőművészek Szövetsége Egészségügyi Munkabizottsága, valamint az Építéstudományi Egyesület Egészségügyi Szakosztálya képviselői és további érdeklődő szakemberek vettek részt.

nyező, ezért megelőzésükre az eddigieknél sokkal nagyobb figyelmet kell fordítani. A fenti problémák gyakorisága várhatóan nagy ütemben növekedni fog, amelynek okai – csak, hogy a leggyakoribbakat említsük: a régi társasházak leromlott műszaki állapota, az új építésű házak (lakóparkok) kivitelezési hibái, valamint az, hogy az energetikai felújítások során a szellőztetés kiépítése elmaradt. Mindezek a problémák előrevetítik annak az egyre súlyosbodó egészségügyi problémának a lehetőségét, amit a hazai lakáshelyzetből és a hazai építőipart jellemző anomáliákból következik. A résztvevő szakértők szerint a helyzetre fontos felhívni a figyelmet, továbbá vegyes szakértői munkacsoportokat célszerű kialakítani építészek és egészségügyi szakemberek részvételével. Konkrét javaslatok hangzottak el két munkacsoport kialakítására az épületenergetikai felújítások valamint a gipszkarton beépítések szakszerű kivitelezésére tett ajánlások kidolgozására. Az előadásokból kiderült, hogy az épített környezet hatása többek között a fizikai aktivitás ösztönzésében, vagy ellenkezőleg, annak korlátozásában mutatkozik meg. Elhangzott, hogy a felnőtt lakosság fizikai inaktivitása közel 300 milliárd forintra becsülhető kárt okozott Magyarországnak 2010-ben. Ez a kockázati tényező a keringési rendszer betegségei, a daganatos megbetegedések és a cukorbetegség

által okozott egészségveszteségekhez járul döntően hozzá. A kutatások alapján egyértelműnek látszik, hogy az épített környezetben bekövetkező változások pozitív hatással lehetnek az életminőségre, amely főként a szív- és érrendszeri, a daganatos és a légzőszervi megbetegedések, a mentális zavarok, valamint a sérülések előfordulásának csökkenésében jelentkeznek. A megfelelő várostervezés, biztonságos úthálózat és a zöldterületek javuló településbiztonságot, rekreációs lehetőséget és javuló mentális egészséget biztosíthatnak. Kutatásokon alapuló szakirodalmi adatok igazolják, hogy a város rehabilitációban érintett populáció szubjektív egészségi állapotában már rövid idő alatt javulást lehet elérni. Említésre került az Egészségügyi Világszervezet (WHO), amely szerint valamennyi ágazatban tudatosítani kell, hogy az egészségért minden szektor felelős. Ennek megfelelően a különböző diszciplínáknak megvan a saját szerepe az egészség és az azt befolyásoló fizikai környezet tekintetében. Így a népegészségügy részeként, az egészségfejlesztés, a településfejlesztés, a város- és településszociológia, illetve az építészet, a várostervezés területén tevékenykedő szakemberek közös munkája segítheti a magyar lakosság egészségi állapotának javítását.

1. ábra: Egészségbarát élelmiszerek elérhetőségének javítása



Forrás: Healthy Built Environment Linkages. A Toolkit For Design Planning Health

## JÓ GYAKORLATOK

Az egyik előadó egy nemrégiben Kanadában megjelent kézikönyv<sup>ii</sup> alapján igyekezett összefoglalni az épített környezet és az egészség közötti kapcsolatot. A bemutatott kiadvány célja a kutatásokra alapozott bizonyítékokkal támogatni az aktív életmódot és egy egészségesebb épített környezet létrehozását. A könyv minden szakterületet és szakmát magában foglaló munkacsoport számára készült közös használatra. A kézikönyv 5 fő területtel foglalkozik, amelyek a következők: egészséges lakókörnyezet (*Healthy Neighbourhood Design*), egészséges közlekedés (*Healthy Transportation Networks*), egészséges természeti környezet (*Healthy Natural Environments*), egészséges táplálkozást támogató környezet (*Healthy Food Systems*), egészséges lakhatás (*Healthy Housing*). Az említett dokumentumból vett példa alapján az épített környezet úgy járulhat hozzá az egészségbarát élelmiszerekhez való hozzáférés növeléséhez, hogy minden lakókörnyezetben támogatják az egészséges élelmiszerek kiskereskedelmét azáltal, hogy ilyen üzletek kerülnek kialakításra gyalogló távolságon belül. Erős bizonyítékok állnak rendelkezésre, hogy ebben az esetben javul az ott lakók táplálkozásának minősége. [1. ábra]

Egy másik, az előzőhöz hasonló kiadvány<sup>iii</sup> is bemutatásra került, amely építésznek és településfejlesztőknek segíthet az egészségesebb épületek, utcák és közterületek tervezéséhez, költséghatékony megoldások ajánlásával hozzájárulva egy élhetőbb és otthonosabb városhoz. A szerzők felelevenítik, hogy a 19. században, illetve a 20. század elején az építészek és városi reformerek számos nagyvárosban segítették a különböző fertőzőes megbetegedések legyőzését, mint például, a kolera, vagy a tuberkulózis, azáltal, hogy javították az épületek minőségét, a lakókörnyezetet, az ivóvízzel való ellátottságot és a zöldterületek kiépítését. A 21. században a tervezők újra egy hasonlóan fontos szerepet tölthetnek be a jelenkor népegészségügyi kihívásainak, az elhízás és az ezzel összefüggő krónikus megbete-

gedések, mint a diabétesz, a különböző szívbetegségek és számos rákbetegség leküzdésében. A kiadvány bizonyítottan hatékony beavatkozásokat mutat be példaként, amelyek hozzájárulhatnak az egészséges épített környezet kialakításához, ezáltal pozitív irányba befolyásolva az egészségmagatartást. Az alábbiakban erre vonatkozó példák kerülnek bemutatásra. A címben szereplő „aktív dizájn” kifejezést talán a fizikai aktivitást támogató tervezés kifejezéssel fordíthatjuk, amely arra irányul, hogy a testmozgást támogató városi környezetet alakítsunk ki, ami ösztönzi az épületek kialakításával a lépcsőhasználatot, a gyaloglást és kerékpározást, a közösségi közlekedés használatát, a szabadidő eltöltés aktív formáit és az egészséges táplálkozást. Az épületeken belül számos egyéb építészeti megoldás létezhet, amelyek segítségével lehetőségek teremthetők a fizikailag aktív életmódra. Az alapötlet nagyon egyszerű: egy lakás vagy középület is számos lehetőséget biztosíthat arra, hogy a fizikai aktivitás, a testedzés színtere legyen.

2. ábra: A New York-i Cooper Union főiskola egyik épületének központi lépcsője



Forrás: Active design guidelines, 2010, City of New York

<sup>iii</sup> Healthy Built Environment Linkages. A Toolkit For Design Planning Health. [http://www.phsa.ca/Documents/linkagestoolkitrevisedoct16\\_2014\\_full.pdf](http://www.phsa.ca/Documents/linkagestoolkitrevisedoct16_2014_full.pdf) (Elérve: 2016.07.04.)

<sup>ii</sup> Active design guidelines, 2010, City of New York. <https://centerforactivedesign.org/dl/guidelines.pdf> (Elérve: 2016.07.04.)

Az épületek tervezésénél vonzóvá lehet tenni a lépcsőhasználatot a lépcsőház és a lépcsők mindennapos használatra való alkalmassá tételével, például a lépcsők megfelelő méretezésével.[2. ábra és 3. ábra] A lépcső, illetve a liftek elhelyezése egy épületben úgy történhet, hogy a lépcső legyen könnyen hozzáférhető. A lépcsőházakban elhelyezett feliratokkal és képekkel is lehet ösztönözni a testmozgást. Az épületekben kialakított szolgáltatások, például a funkcionálisan és jól hozzáférhető helyen kialakított kerékpártárolók is ösztönzők lehetnek. [4. ábra] Az aktív dizájn kiterjed a zöldterületek bővítésére a nagyvárosi környezetben. A kutatások szerint a parkosított területeknek jelentős szerepe van a stresszel és a kimerültséggel való megküzdésben. Emellett javítják a szociális interakciót és kohéziót, továbbá a légszennyezettség csökkentésével javítják az egészséget és a jóllétet. [5. ábra és 6. ábra]

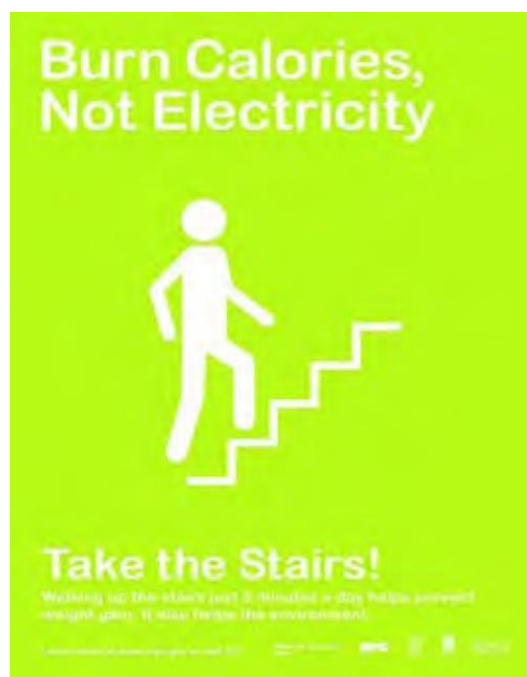
A kézikönyv másik, a várostervezésről szóló fejezete az úgynevezett vegyes funkciójú területek kialakításának támogatásával (*land use mix*) igyekszik a fizikai aktivitás szintjét növelni. Kutatások is bizonyítják, hogy a vegyes funkciójú területhasználat összefügg az elhízás alacsonyabb gyakoriságával. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy egy városi körzetben lakóterületeket, irodákat, iskolákat, üzleteket, kulturális és közösségi tereket, szabadidős területeket alakítanak ki. Erős bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy minél több iskola, közért, újságos pavilon, illetve ehhez hasonló hasznos célpont, szolgáltatás van a környéken, annál valószínűbb, hogy az ott élők, az ott dolgozók gyakrabban gyalognak, sétálnak. Az iskolák elhelyezése a lakókörzetek közelében bátorítja a tanulókat, hogy gyalog menjenek iskolába, ezzel is támogatva a napi testmozgást az iskoláskorúak között. Ugyanígy a vegyes funkciójú területhasználat az időskorúak fizikai aktivitására is pozitív hatással lehet. Kutatások alapján állíthatjuk, hogy a 65 évnél idősebbek abban az esetben, ha a közelükben üzletek vagy egyéb szolgáltatók találhatóak, gyakran hagyják el otthonukat és nagyobb valószínűséggel gyalognak, vagy használnak tömegközlekedési eszközöket. Amennyiben lakóterületeket, munkahelyeket vagy közeli szabadidős célpontokat, például parkokat, sétáló zónákat, kerékpárutakat, vízparti rekreációs területeket jól átjárható utcákkal kötnek össze, javítani lehet a fizikai aktivitás szintjét. Cél lehet, hogy minden környezetben legyen egy aktív rekreációra alkalmas terület kb. 10 perc gyalogló távolságra/sétatávolságra.

3. ábra: A lépcsők elhelyezése a bejáráshoz közel ösztönzi a mindennapos használatot (Apple üzlet, Manhattan, építészek: Bohlin Cywinski Jackson és Ronette)



Forrás: Active design guidelines, 2010, City of New York

4. ábra: A lifteknél és mozgólépcsőknél elhelyezett, lépcsőhasználatot ösztönző kép (School Construction Authority, New York)



Forrás: Active design guidelines, 2010, City of New York

5. ábra: High Line Park, New York



Forrás: Active design guidelines, 2010, City of New York

6. ábra: High Line Park, New York



Forrás: Active design guidelines, 2010, City of New York

A kézikönyv jelentőségét növeli, hogy a szakmai tanácsok mellett a gyakorlatban is könnyen használható ellenőrző listákat (*checklist*) közöl, amelyek segítségével a fizikai aktivitás ösztönözhető. Az egészség szempontú tervezés elemei egymással összefonódnak és egymás hatásait felerősítve segíthetik az egészséges életmódot. Az aktív lépcsőhasználatra, gyaloglásra, kerékpározásra, aktív közlekedésre, valamint egészséges táplálkozásra bátorító tervezés egyúttal támogatja a fenntartható tervezést, amely igyekszik minél energiatakarékosabb megoldásokat használni, például a lifthasználat visszafogásával csökkenti az energiafelhasználást. Az egészség szempontú tervezés harmadik eleme, az univerzális tervezés pedig arra törekszik, hogy mindenki számára hozzáférhető legyen az új megközelítésmód.

## MIT TEHETÜNK MI?

A fórumon bemutatásra került az Észak-Amerikában elindult folyamat, amelyet érdemes a hazai viszonyokra adaptálni. A szemléletváltást várhatóan meg-

nehezíti, hogy az építész szakma összetett, sokszor nem egységes álláspontot képvisel. Emellett az épület-, a környezet-, és a közterület tervezés szempontjait külön-külön figyelembe kell venni a beruházásoknál, számos építésre vonatkozó szabályozás, rendelet, műszaki előírás létezik, amelyek nem feltétlenül tekinthetők egészségbarátnak. Sokszor a megrendelők érdekei ütköznek az egészség feltételeivel és a kivitelezés is számos buktatót rejt.

Az előre látható akadályok ellenére a beszélgetés során abban egyetértés alakult ki, hogy az építész szervezetek bevonásával, illetve az egészségfejlesztésben és népegészségügyben dolgozók munkájával kialakítható a hazai viszonyokra alkalmazható eszközkészlet és ellenőrző lista, amelyekkel egészségesebb lakókörnyezet alakítható ki. Világossá vált, hogy az épített környezet fejlesztéséhez az ágazatközi összefogás nélkülözhetetlen. A népegészségügy mellett a többi szakterület aktív szerepvállalása is szükséges, hiszen a különböző ágazatok kulcsszereplői egy hatáshálóban befolyásolják egymás viselkedését, társadalmi-gazdasági környezetét, és így kultúráját is.

A hozzászólásokból kiderült, hogy az érintett szakterületek bevonásával a közeljövőben közös akciókat tartanak kívánatosnak a résztvevők, amelyekről remélhető, hogy az egészség, mint téma beépül az építés szakma gondolatvilágába.

A résztvevők megegyeztek a további együttműködésben, amelynek területei a következők lehetnek:

- Közös műhelybeszélgetések szervezése;
- A Budapest Kör nevű informális vitafórum, civil szerveződés megkeresése, ahol a téma megjelenítésre kerülhet;
- Építészfórum folyóiratban szakcikk megjelenítése a témában;
- A két szakma közötti nyelvi, kommunikációs szakadékok áthidalására fogalmak gyűjteményének elkészítése;
- Egy ellenőrzőlista, egy szempontrendszer összeállítása építészek részére, amelyet a tervezések során figyelembe vehetnek;
- Az építészek érzékenyítése a téma iránt;
- Új munkacsoport megalakítása az építészszervezetek között.

A résztvevők egyetértettek abban, hogy a kialakuló párbeszéd hozzájárulhat egy közös platform kialakításához, ami megalapozhat egy olyan szakpolitikai döntéshozatalt, amely a magyar lakosság egészségi állapotának javításához vezethet.

# Jövönk: a Lancet Bizottság<sup>i</sup> ajánlása a fiatalok egészségéről és jóllétéről<sup>1</sup>

## Recommendations of the Lancet commission on adolescent health and wellbeing

Szerzők: Asbóth Katalin✉, Arnold Petra, Várnai Dóra  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.20.

**Kulcsszavak:** jóllét, demográfiai átmenet, serdülő barát szolgáltatások, fiatalok bevonása

**Keywords:** wellbeing, demographic transition, adolescent-responsive health care, youth engagement

### BEVEZETÉS

Miért épp a fiatalkori egészség és jóllét van a fókuszban?

A koragyermekkor és az időskor általában nagyobb figyelmet kap az ott jelentkező egészségi problémák miatt. Ebből a szempontból a fiatalkor<sup>ii</sup> elhanyagolt időszak, pedig épp a felnőttkor felé való átmenet miatt kitüntetett jelentőségű, kritikus fejlődési szakasz, megalapozza a későbbi, élethosszig tartó egészségi állapotot, sőt, a szülői szerepen keresztül a következő generációra nézve is meghatározó. Az adottságok, képességek kifejlődése függ a rendelkezésre álló lehetőségektől – ezek támogatják, vagy szűkítik a felsoroltak tényleges megvalósulását.

Az ENSZ Főtitkára 2015 szeptemberében kezdeményezett egy nők, gyermekek és fiatalok életére irányuló globális stratégiát, mely lehetőséget jelent a fiatalok egészségét és jóllétét támogató befektetések, hatékony válaszok kidolgozására. Ennek a kezdeményezésnek a megvalósítása érdekében készült el a cikkben ismertetésre kerülő Ajánlás, amely a 10-24 évesek egészségének és jóllétének támogatására

tesz javaslatokat. A tanulmány a WHO és a Lancet Bizottság együttműködésében jelenik meg.

Az Ajánlás kiemeli a lehetőségeket és a kihívásokat – mind az országok szintjén, mind globálisan. Hangsúlyozza, hogy a fiatal nemzedék egészségének, jóllétének kedvező hatása 3 fő időszakban: a jelenükben, a felnőttkorukban, illetve a következő nemzedék gyermekei körében nyilvánul meg. A fiatal korosztály kiegyensúlyozott fejlődésének és életének biztosításához erős multiszektoriális együttműködés szükséges – a hátrányos helyzetben lévők számára pedig második esélyt kell teremteni. A világban példátlan szociális, gazdasági és kulturális változásokkal néz szembe a fiatal nemzedék, hogy mindezekkel lépést tudjon tartani, át kell formálni az egészségügyi, családi, oktatási, jogalkotási rendszereket.

A dokumentum röviden felsorolja, a későbbiekben pedig kifejti és indokolja a célok teljesüléséhez szükséges, legkívánatosabb lépéseket, melyek érintik az oktatásban való részvételt, az egészségügyi prevenciók célkitűzéseket, az információs és technikai vívmányok alkalmazását, valamint az ezekhez kapcsolt

<sup>i</sup>A Fiatalok egészsége és jólléte érdekében neves szakértők által 2009-ben létrehozott LANCET Bizottságnak minden kontinenst magában foglaló, 14 országból 26 tagja van, akik különböző szakma és tudományterületek (népegészségügy, oktatás, szociológia, viselkedés és idegtudomány, közgazdaságtudomány, stb.) képviselői, valamint maguk a fiatalok. [Stratégiai javaslataikat](http://thelancetyouth.com/about-the-commission/) 2012-ben tették közzé először a LANCET-ben, melyekhez 6 fő témában projektek és cikksorozatok kapcsolódnak. <http://thelancetyouth.com/about-the-commission/>

<sup>ii</sup> Fiatalok: az Ajánlásban használt meghatározás szerint a 10-24 évesek, adatgyűjtés szempontjából ők 5 évenkénti bontásban szerepelnek: 10–14 évesek – korai ifjúkor, 15–19 évesek - késői ifjúkor és 20–24 évesek - fiatal felnőttkor.



lódó jogalkotást is – ez utóbbit az ENSZ Gyermekjogi Egyezményére hivatkozva.

Kiemelt szövegdobozokban, úgynevezett „panelekben” található meg a szakmai anyag „kulcsüzeneteit”, egyes fogalmi definíciókat, rövid tudományos és kutatási összefoglalókat. Az Ajánlást globális és régiós adatgyűjtések és kutatások adatainak elemzése, tendenciák ismertetése támasztja alá, melyek követését táblázatok, ábrák segítik.

Az útmutató kitér a fiatalok fejlődés sajátosságaira, jelentőségére, az optimális fejlődést megzavaró tényezőkre. A befolyásoló (támogató és rizikót jelentő) faktorok körében kitér a család, a kortársak, az iskola, a közösségek, a média, a digitális – technikai – gazdasági fejlődés és az eltérő kulturális hatások szerepére.

Az Ajánlás kiemeli, kutatási eredményekkel, adatok értékelésével vagy példákkal illusztrálja, hogy a nemzeti trendek mellett az erőteljes globális trendek is jelentősen hatnak a fiatalok fejlődésére. Egyes jelenségek, pl. a fokozott urbanizáció, a mobiltelefon és számítógép használat elterjedése kettős – néha ellentétes – hatásúak, egyrészt segítik a mobilitást, munkavállalást, ugyanakkor negatív módon is befolyásolják a fiatalok magatartását, életmódját (pl. egészségtelen életmódi szokások, cyberbullying,<sup>iii</sup> erőszakos és túlzott reklámtartalmak megjelenése).

Az egyes társadalmak különböző módokon reagálnak ezekre a jelenségekre, ugyanakkor továbbra is kulcstényezőnek látszik a család struktúrája és működése, az oktatás szerepe, valamint a média befolyása. Ezek mindegyike alap- és védőfaktor lehet az egészségmegőrzésben.

Jogi szabályozás területére vonatkozóan is hasznos megállapításokat tartalmaz az Ajánlás. A forrásokhoz való hozzáférést és a károsító tényezők elkerülését részben jogszabályokon keresztül biztosítják a kormányzatok, ugyanakkor a következtelen, összehangolatlan előírások, illetve a kulturális, vallási szabályok ellentétesen hathatnak a fiatalok egészségére. Sajnálatos módon számos országban nincsenek összhangban a kerettörvények az egyébként általuk is elfogadott ENSZ gyermekjogi egyezményrel. Az Ajánlás külön részt szentel az úgynevezett demográfiai átmenetnek. A gazdasági fejlődésnek és bizonyos epidemiológiai mutatók javulásának – főként

az afrikai és közelkeleti országok magas születésszámának és a magasabb gyermekkori túlélési aránynak – köszönhetően, a legnagyobb arányú demográfiai kohort jelenleg a fiataloké. Globálisan 1,8 milliárd ember tartozik a 10-24 évesek közé, amely a Föld népességének majdnem az egynegyede.

A fiatalok egészség és humán tőkéje meghatározza az országok gazdasági-társadalmi fejlődését. A változásoknak egyik jelentős következménye még, hogy a házasságkötések, szülővé válás ideje kitolódik, a fiatal kor nagyobb szakaszt foglal el a teljes életutat tekintve. A hosszabb ideig tartó fiatalok – figyelembe véve a gyorsan változó fogyasztási szokásokat és ifjúsági kultúrát – megnöveli az egészségkockázatok lehetőségét is ezekben az években. A tradicionális lineáris szekvencia modellje, mely szerint az iskola befejezését munkavállalás, majd házasságkötés és gyermekvállalás követi, egyre kevésbé figyelhető meg a modern társadalmakban. Ez komoly egészségkockázatokat hoz magával, különösen a szexuális és reprodukív egészség, valamint az alkohol és más szerek fogyasztása terén. Ugyanakkor a kitolódott családalapítás optimális esetben lehetővé teszi a szülői szerepre való jobb felkészülést. Amennyiben a kockázati magatartások folytatódnak a gyermekvállalás idején is, azok a magzat fejlődésére, a következő generáció egészségére is veszélyesek.

A felsoroltak tekintetében az eltérő jövedelmű országok között nagy eltérések mutatkoznak, de egy országon belül is jelentősek a kulturális-gazdasági különbségek a városi és vidéki lakosság körében.

## BEAVATKOZÁSI TERÜLETEK ÉS MÓDSZEREK

A szerzők szerint az általános egészségügyi ellátottság a serdülők és fiatal felnőttek körében a legrosszabb a többi korcsoporthoz viszonyítva. Annak ellenére, hogy egyértelműek a fiatalok szükségletei, igényei, a serdülők és fiatal felnőttek gyakran nem veszik igénybe/nem tudják igénybe venni az egészségügyi szolgáltatásokat. Az ajánlás készítői a szexuális magatartáson – ezen belül a fogamzásgátló módszerek elérhetőségén – keresztül szemléltetik, hogy az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele és az irántuk való igény közötti egyensúly milyen

<sup>iii</sup> A cyberbullying definíciója: Az online bántalmazást meghatározhatjuk úgy, mint az internet vagy más digitális technológiák használata mások zaklatására (Tabby Projekt, 2011).

módon bomlik meg. A legtöbb afrikai országban a 15-19 éves házas lányok körében 25%-tól 64%-ig terjed azok aránya, akiknek szüksége lenne valamilyen fogamzásgátlásra, de nem jutnak hozzá. A hajadon, ugyanilyen életkorú lányok esetében általában dupla ez az arány. Továbbá jellemző, hogy a fiatal lányok kisebb arányban használnak különböző fogamzásgátló módszereket az idősebbekhez képest. Ez többek között magyarázható azzal, hogy a fiatalabb korosztály nem érti a teherbeesés veszélyeit, nincs tisztában azzal, hogy milyen védekezési lehetőségek vannak. Továbbá a költség, illetve a társadalom szexualitással kapcsolatos stigmája is szerepet játszhat abban, hogy ezekben az országokban a fiatalok nem élnek a fogamzásgátló módszerekkel. Az általánosabb bevezető után az egészségügyi ellátottság akadályait mutatják be a szerzők, hogy milyen korlátai vannak a serdülők és fiatal felnőttek körében az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésnek. Egyrészt külső akadályokat azonosítanak, mint pl. jogi keretek, költség, attitűd. Másrészt belső akadályokat említene, amelyek elsődlegesen a serdülők fejlődésével kapcsolatos egyéni, pszichológiai és a pszicho-szociális tényezőkkel hozhatóak összefüggésbe.

Az Ajánlás arra is kitér, hogy miként lehet az egészségügyi szolgáltatásokat „serdülőbaráttá”, és ezáltal a célcsoport számára vonzóbbá tenni. Hangsúlyozzák, hogy a komplex, több területre kiterjedő megközelítés bizonyul a leghatékonyabbnak a fiatalok megszólítására és elérésére. A beavatkozásokat a fiatalok, az iskola, a média, a közösségi hálózatok bevonásával lehet legeredményesebben kivitelezni.

A szerzők speciálisabb – a serdülők életvitelének vizsgálata során azonosított, lényeges – területekre mutatnak rá, úgy, mint: szexualitás, termékenység, HIV; fertőzés, oltással megelőzhető betegségek; alultápláltság; sérülés; erőszak; mentális betegségek (öngyilkosság); egészségmagatartás (itt az obezitásra tér ki), rizikómagatartás (dohányzás, alkoholfogyasztás, droghasználat). Mindegyik témát először röviden ismertetik, néhány esetben adatokkal is illusztrálják, végül az egyes területeken meghatározzák a leghatékonyabb beavatkozási módszereket. Az Ajánlásból megtudhatjuk azt is, melyek azok a prevenciósi szintek, amelyeken keresztül elérhetőek a fiatalok. A szinteket két nagyobb csoportra – makro- és mikrokörnyezetre – lehet bontani. A makrokörnyezetbe tartozik például a média, a tör-

vények, míg a mikrokörnyezetbe a család, az iskola stb. Itt is bemutatják az egyes szintekhez tartozó lehetséges beavatkozási módszereket.

A „Beavatkozási területek és módszerek” fejezet egy átfogó táblázattal zárul. A fentebb említett szakterületek (szexualitás, alultápláltság stb.) és prevenciósi szintek (média, család stb.) mentén ismertetik a szerzők, hogy milyen beavatkozási lehetőségek vannak. Megtudhatjuk például, hogy alkoholfogyasztás esetében a makro szinten hatékony módszer lehet többek között az alkohol elérhetőségének korlátozása, az alkoholra adók kivetése; a média szinten az alkohol reklámozás csökkentése; a mikrokörnyezetenél a család esetében a gyerek-szülő kommunikáció támogatása, az iskola esetében alkoholmentes politika kialakítása. Ezen séma mentén a többi szakterület-szintér kapcsolódást is áttekintheti az olvasó.

## AJÁNLÁSOK

A bevezetőben és az elemzésben leírtak alapján a dokumentum a következő ajánlásokat fogalmazza meg a különböző területek számára.

### Serdülők és fiatalok bevonása („youth engagement”)

A fiatalok bevonásának két irányzata ismert. Az egyik szerint a serdülők és fiatal felnőttek már a rájuk irányuló programok tervezéséhez, végrehajtásához is jelentősen hozzájárulhatnak, és ezen keresztül befolyásolhatják a jóllétükkel kapcsolatos szakmapolitikai döntéseket. A második szerint megfelelő struktúrák, támogatás és folyamatok szükségesek a fiatalok bevonásához. Az ENSZ definíciójában a „youth participation” egy alapvető jog: a fiatalok aktív, jelentős elköteleződése saját és közösségi szintű fejlődésükben, beleértve azt a képességet, hogy a fejlődésüket érintő döntéseket hoznak. A serdülőkorban egyébként is a kortársak felé tolódik az érzelmi hangsúly és kognitív készségeik is lehetővé teszik a fokozottabb közösségi elkötelezettséget. A serdülők idegrendszere neurobiológiai szempontból előhangolt az elköteleződésre, a másokhoz való kapcsolódásra. Hasonlóképpen az antiszociális közösségek irányába is kialakulhat elköteleződés, ugyanakkor a felelősségvállalás hiánya olyan mentá-

lis betegségekhez vezethet, mint pl. a depresszió. A történelemben számos bizonyítékot találunk arra nézve, hogy a fiatalok lelkesedése, energiája komoly társadalmi változásokat indított el (Ázsiában, a Közel Keleten, LGBT<sup>iv</sup> témában vagy a klímaváltozás területén).

### A fiatalok jelentős kiállása az egészség érdekében

A WHO már 20 évvel ezelőtt is azt hangsúlyozta, hogy hatékony ifjúság-egészségügyi programok csak a fiatalok helyi, nemzeti és nemzetközi szintű bevonásával tervezhetők.

Az UNICEF,<sup>v</sup> UNFPA,<sup>vi</sup> UNAIDS,<sup>vii</sup> és számos nemzetközi civil szervezet ezt a gyakorlatot követte és ajánlotta. A Lancet „Fiatalok Egészsége és Jóléte Bizottság”-nak is van két fiatal tagja, akiket egy online verseny során választottak ki. Rajtuk kívül a Bizottság, fiatalok egy nagyobb mintáját is elérte egy online kutatásban, amelyben a megkérdezettek véleményét mérték fel az egészségügyi prioritásokról és arról, szerintük a döntéshozók számára mik lehetnek a kulcsüzenetek. Ebben 89 ország, kb. 500 fiatalja vett részt.

Annak ellenére, hogy az érvek a fiatalok bevonása mellett nagyon erősek, az emellett szóló bizonyítékokról kevés összegzés született. Növekszik ugyanakkor a fiatalok bevonásának lényeges elemeit vizsgáló irodalom. A fiatalok bevonása során el kell utasítani azt az előfeltevést, hogy a felnőttek jobban tudják a megoldásokat és hangsúlyozni kell, a serdülők és fiatalok képesek a felnőttekkel együtt dolgozni. Ez általában kétféle működésmódot igényel: támogatni a fiatalok aktív részvételét, azaz megtanítani őket beszélni, és megtanítani a felnőtteket arra, hogy meghallgassák a fiatalokat. Az ifjúság akkor fog leginkább elköteleződni a programokba, ha ehhez anyagi forrásokat, képzést, folyamatos mentorálást kap és érzékenyítik őket a politikai és vezetői folyamatokhoz. Társadalmi, kulturális, gazdasági és politikai erők befolyásolják a fiatalok bevonásának lehetőségét és a formáját, pl. az egyszerű jutalom-zseton osztásos módszertől a teljes mértékben fiatalok által vezetett modellekig.

Általában minél magasabb a fiatalok kontrolljának szintje, annál magasabb a fiatalok bevonódása, hozzájárulása, akár a saját egészségéről van szó, akár közösségi programokról. Az alábbiakban bemutatunk néhány olyan lehetőséget, ahogy a fiatalok bevonhatók az egészséggel kapcsolatos döntéshozatalba, stratégiakészítésbe és programtervezésbe.

### A fiatalok érdekérvényesítése az egészségügyben

A kortárs-képzés, vagy az egészséges életmód promotálása fiataloknak fiatalok által, a legtöbbet elemzett stratégia az egészségügyi szektorban. Ezek az intervenciók pozitív hatással vannak a programot vezető fiatalokra. A kortársképzőknek magasabb az önértékelésük, jobbak a kommunikációs- és vezetői készségeik, és kevésbé kockáztatják egészségüket, de arról kevesebbet tudunk, hogy mennyire sikeresek az általuk megcélzott szélesebb populációban a viselkedésváltozásra irányuló projektek. A fiatalok bevonásának stratégiája felértékelődött az elmúlt 20 évben, a digitális és közösségi média pedig új perspektívákat nyithat. Ugyanakkor a fiatalok meggyőzése arról, hogy érdemes hallatni a hangjukat, néha akadályokba ütközik. Az egyik probléma, hogy a fiatalok idősödnek és újabb generációk veszik át a helyüket. Másik ilyen nehézség, a felnőttek fiatalok iránti attitűdje, ami gyakran társul a fiatalok bizonytalanságaival. Az attitűdbeli akadály gyakori oka az a kulturális kontextus, amelyben a fiatalok a felnőttekhez képest alacsonyabb rendűnek számítanak. Hasonló korlátozó tényezők: a rugalmatlan bürokrácia, az elégtelen források és a korlátozó politikai gyakorlat. Ezek miatt általában a fiatalok bevonása az egészségügybe egy felülről lefelé irányuló, felnőttek által irányított folyamat. A leghatékonyabb stratégiák a fiatalok bevonására rendszerrel, és protokollokkal is rendelkeznek. Például mentorálás felnőtt és fiatal között, kapacitás, készség és tudás-fejlesztés fiatalok között, új fórumok létrehozása.

<sup>iv</sup> LGBT betűszó a nemzetközi szóhasználatban elterjedt LGBT (GLBT) magyar fordítása. A rövidítés feloldása: Leszbikusok, Melegek, Biszexuálisok és Transzneműek

<sup>v</sup> UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund: Egyesült Nemzetek Nemzetközi Gyermekegysegélyalapja

<sup>vi</sup> UNFPA: United Nations Fund for Population: ENSZ Népesedési Alap

<sup>vii</sup> UNAIDS: [United Nations](#) Programme on HIV and AIDS: Közös ENSZ HIV/AIDS Program

## Elszámoltathatóság

Az újonnan elfogadott 2030 Stratégia (United Nations, 2014)<sup>viii</sup> nemzeti szinten hangsúlyozza a nagyobb elszámoltathatóság szükségességét, ez ugyanis világhosszá teheti a többi szektor bevonásának fontosságát, és a civil részvételt is erősítheti. A fiatalok lendületességük révén képesek megkérdőjelezni a korrupciós vagy más kedvezőtlen folyamatokat is.

## Konzisztens adatbázisok kialakítása

A beavatkozások tervezése pontos adatokat igényel, mely fejlődés-lélektanilag releváns, életkori és nemi bontásban lekérdezhető. A létező adatbázisok azonban koordinálatlanok, inkonzisztensek. Ezért az alacsony vagy közepes gazdasági fejlettségű országok is globális felmérések alapján dolgozzák ki stratégiájukat. A WHO<sup>ix</sup> által kidolgozott „Global Reference List of 100 Core Health” (WHO, 2015)<sup>x</sup> a 100 legfontosabb indikátort tartalmazza, de ebben a listában nem szerepelnek pszichológiai jellegű indikátorok, pl. szerhasználat, erőszak. A nagy adathiány pedig torz helyzetképhez vezethet. Egy adott országban a serdülők egészségének ügyében általában nincs egy mindent kézben tartó koordináló szerv, és ez megnehezíti, hogy a serdülők egészség-szükségletét felmérjék.

## Koordinációs erőfeszítések

A serdülők egészségét és jóllétét megcélzó leghatékonyabb akciók interszektoralisak, több komponensűek, helyi igényekre és kapacitásokra szabottak. Az adathiány megoldása mellett fontos választ találni arra a kérdésre is, hogy melyik szektor koordinálja a beavatkozásokat. Jelenleg a legtöbb országban nincs olyan felelős szervezet, mely összeszedné a cselekvéshez szükséges evidenciákat. A serdülőkör szempontjából releváns adatok különböző szerve-

zeteknél található (WHO, UNICEF, UNAIDS, UNESCO,<sup>xi</sup> UNFPA, World Bank, UNODC<sup>xii</sup> és még néhány civil szervezet). Emiatt megfelelő irányelvek sem állnak rendelkezésre az országok számára. Szükséges a nemzeti szintű technikai kapacitásbővítés, a programok és stratégiák tervezéséhez.

## Kulcselemek

A serdülők egészségét és jóllétét gyorsan változó családi és közösségi hatások, valamint számos globális és helyi szintű tényező befolyásolja. Ugyanakkor a serdülők maguk is aktív alakítói lehetnek saját egészségüknek. Olyan környezetet kell tehát teremteni, amely a fiatalok bevonódását támogatja (pl. ifjúsági szervezetek, egyházi szervezetek stb.), a családokat pedig segíteni abban, hogy döntő szerepük maradjon a kamaszok jóllétében. A fiatalok egészségének javításában ezen kívül szerepe van számos szektornak: a magánszektornak (média, marketing), a felsőoktatási intézményeknek és nemzetközi fejlesztési közösségeknek is (Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health).<sup>xiii</sup> Valójában eddig nem voltak igazán jelentős és jól koordinált erőfeszítések a serdülők egészsége érdekében.

Globális szinten különböző szervezetek felelősek a fiatalok egészségéért, pl. WHO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, UNESCO, UNODC. Ezek között hatékonyabb koordinációra lenne szükség. Ilyen közvetítő szerepet tölthet be például a Lancet „Fiatalok Egészsége és Jólléte Bizottsága”. A nemzeti szintet tekintve, a gyermekjogi biztosok mintájára kialakítható az „Ifjúsági biztos” pozíciója is, aki felelős lehet a serdülők ügyéért. Amennyiben az elszámoltathatóság szempontját beépítjük és alkalmazzuk, akkor költséghatékonyabbak lesznek a befektetések, és a jelenleg hiányzó területekről is keletkeznek evidenciák. A globális stratégiák (Agenda 2030 és Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health) világos indikátorokat és az egészségügyi

<sup>viii</sup> Az Agenda 2030 a fenntartható fejlődési célokat és értékeket rögzítő ENSZ dokumentum: United Nations. The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet. Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 sustainable development agenda. New York, NY: United Nations, 2014.

<sup>ix</sup> WHO: World Health Organisation: Egészségügyi Világszervezet

<sup>x</sup> WHO. Global Reference List of 100 Core Health Indicators. Geneva: World Health Organization, 2015.

<sup>xi</sup> UNESCO: United Nation’s Educational, Scientific and Cultural Organisation: ENSZ Nevelésügyi, Tudományos, és Kulturális Szervezete

<sup>xii</sup> UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime, ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala

<sup>xiii</sup> Nők, Gyermek és Serdülők Egészségének Átfogó Stratégiája: United Nations Secretary-General. The global strategy for women’s, children’s and adolescents health (2016–2030): survive thrive transform. 2015. <http://www.who.int/life-course/partners/globalstrategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf?ua=1> (Elérhető: 2016.07.05.).

rendszer javítását sürgetik. A Fiatalok Egészsége és Jóléte Bizottság elméleti megfontolások és a jelentésben használt mérések alapján, 12 globális indikátort azonosított.

### További megfontolások

Bár sok országban a népesség egyharmadát (globálisan a 10-24 évesek kb. egynegyedét) a serdülők, illetve a fiatalok teszik ki, egészségükkel keveset foglalkozik az egészségügy és a szociális szféra. Az alábbi javaslatokat a serdülőkkel kapcsolatos akciók és befektetések tervezése érdekében fogalmazták meg az Ajánlás készítői.

Újra kell értelmezni a serdülők egészségét és jólétét:

- A serdülők egészségén belül a szexuális és reprodukív egészség tágabb értelmezésére van szükség, amely kiterjed többek közt az alábbiakra: HIV és más fertőzések, a táplálkozás minősége, erőszak és sérülések, krónikus betegségek, mentális zavarok és szerhasználat.
- További korcsoportbontások kellene a serdülőknél belül (pubertás, serdülő, további generációk).
- Fontos a nemi különbségekre szenzitív stratégiák kidolgozása és a serdülők készségeinek kibontakoztatása.
- A serdülőkor, mint a második esély felfogás hangsúlyozása.

Világos célokat kell felállítani nemzeti és helyi igények alapján. Különböző helyeken különböző akciók szükségesek, az alábbi szempontok figyelembevételével:

- Egy ország sem maradhat végleg a többszörös teherrel sújtott országok csoportjában 2030-ig, a megelőzhető betegségek szempontjából.
- Sérülésveszély tekintetében a fokozottan kockázatos országok, és a nem fertőző betegségek szempontjából kiemelt kockázatú ország ese-

tében kitűzendő célok: a társas vagy gazdasági szempontból marginalizált serdülők integrálása (kisebbségi csoportok, fiatalokú elkövetők, LMBT fiatalok stb.).

Az egészségügyi szolgáltatásokat mindenkire ki kell terjeszteni (iskolai és közösségi alapú ellátási platformok) – megfontolandó szempontok:

- Az ellátás hatóköre (nemcsak szexuális betegségek, hanem minden egészségügyi probléma, pl. fertőző betegségek stb.).
- Hatékony korai intervenció.
- Elérhető preventív egészségügyi szolgáltatások.
- Az egészségügyi dolgozók képzése.

Védelmeső és felhatalmaszó társas háló létrehozása interszektorális együttműködésel. A további szektorok fontos hozzájárulásai lehetnek az alábbiak:

- Minőségi középokú oktatás.
- Az iskola, mint egészségfejlesztési színtér.
- Tanárok és más szakemberek képzése.
- Jogsabályok, amelyek védenek és egyben saját jogokat is biztosítanak.
- Stratégiák kapcsolódása más szektorokkal.

A fiatalok bevonódásának fokozása – ehhez új struktúrák szükségesek:

- Fiatalok képzése és mentorálása.
- A fiatalok bevonására megfelelő fórumok kiépítése.

Növekvő tudás és kapacitás. A lényeges lépések az alábbiak:

- Nemzeti profilok létrehozása – a nemzeti statisztikai elemzéseknek folyamatosan adatokat kell biztosítani a fiatalok egészségéről, jólétéről, fejlődéséről és ezeket javasolt összehasonlítani a nemzetközi adatokkal.
- A hatékony akciók kidolgozása végett az információhiányt le kell küzdeni.
- Mérhető és fenntartható akciókat kell tervezni.

<sup>1</sup> GC Patton, SM Sawyer, JS Santelli, DA Ross, R Afifi, NB Allen, M Arora, P Azzopardi, W Baldwin, C Bonell, R Kakuma, E Kennedy, J Mahon, T McGovern, AH Mokdad, V Patel, S Petroni, N Reavley, K Taiwo, J Waldfogel, D Wickremarathne, C Barroso, Z Bhutta, AO Fatusi, A Mattoo, J Diers, J Fang, J Ferguson, F Ssewamala, RM Viner Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. The Lancet, 2016;387:2423–2478  
<http://www.thelancet.com/commissions/adolescent-health-and-wellbeing> (Elérve: 2016.07.05.)

# Irányelv bemutató – közösségi szintér – egészség(fejlesztési)terv(ezés)

## Introduction of guideline – community setting – health development planning

Szerzők: Solymosy József Bonifác✉, Koós Tamás  
*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

Beküldve: 2016.06.23.

**Kulcsszavak:** egészségfejlesztés, szintér alapú egészségtervezés, méltányosság, helyi (szak)politika; közösségfejlesztés

**Keywords:** health development, local setting-based health planning, equity, local public policy, community development

### BEVEZETÉS

Az alábbiakban ismertetésre kerülő, röviden csak „közösségi irányelv”-nek nevezett (100 oldalas) szakmai ajánlás teljes címe: „Közösségi egészségtervek, hatékony helyi egészségpolitikák általános szakmai útmutatója, az esélyegyenlőség megvalósulását segítő aktív stratégiák, kommunikációs modellek a közösségi egészségfejlesztési programokban és a helyi politikákban”.

Az irányelv célcsoportja: helyi döntéshozók, szakemberek, véleményvezérek és kulcsszereplők, akik a helyi közösség felhatalmazásával, partnerségi viszony kialakításával és fenntartásával, a meglévő intézményi szolgáltatásokat és a helyi közösséget összehangolják, elsősorban olyan akciók megvalósítására, melyek összességükben összeadó hatással, az egészségi állapotot javítják.

Ez az irányelv azt támogatja, hogy elsősorban a lakhely alapján szerveződő/szerveződött közösségek hogyan tehetnek a saját egészségük – jól-létük – érdekében olyan, ciklikus, évente megújítható aktivitásokat, melyek összességükben a közösség tagjainak egészségét szolgálják, fenntartható módon.

Ehhez az irányelv az egészségterv elkészítésének módszertanát ajánlja. Az egészség fejlesztése is egy olyan komplex, tervszerű (indikátorokkal mérhető) folyamat kell hogy legyen, melyben megvalósul a különböző kormányzati- és az egyes helyi szintek, valamint a különböző szektorok együttműködése is. Ennek az összetett, tervszerű folyamatnak az egyik eszköze a különböző szintekre adaptálható egészségtervezés, az egészség(fejlesztési) terv, mely az egészség (optimális jól-ét) érdekében történő széleskörű partnerség kialakításán alapul.

### HÁTTÉR, PROBLÉMA

„Az egészség és a betegség alakulása a legkülönbözőbb jövedelmi szintű országokban is követi a társadalmi ranglétrát: minél alacsonyabb társadalmi-gazdasági pozíciót foglal el valaki, annál rosszabb az egészsége. Ennek nem kell így lennie, és nem helyénvaló, hogy így van. Egyszerűen tisztességtelen a helyzet, ha azt látjuk, hogy a következetesen fennálló egészségbeli különbségek ésszerű lépésekkel elkerülhetők lennének. Ilyenkor beszélünk az egészséggel összefüggő esélyegyenlőtlenségről. A társadalmi igazságosságon múlik, hogy ezeket az esély-

egyenlőtlenségeket – az országok között és azokon belül fennálló óriási és orvosolható egészségbeli különbségeket – helyrehozzuk-e. Az egészséggel összefüggő esélyegyenlőtlenségek mérséklése az Egészség Társadalmi Meghatározói elnevezésű Bizottság (WHO) erkölcsi kötelessége. A társadalmi igazságtalanság emberek tömegeit öli meg.”<sup>1</sup>

A probléma, hogy bár van számos figyelemre méltó helyi és központi egészségfejlesztő kezdeményezés (oktatási, szociális, kulturális, társadalmi felzárkózási, egészségügyi ellátási, környezet-egészségügyi, stb.), összességükben a magyar lakosság egészségi állapotát nem javítják kellő mértékben, mivel – egyéges módszertan hiányában – nincs jelentős szinergikus, azaz egymást kölcsönösen erősítő hatásuk. A lakosság egészsége alapvetően társadalmi jelenség, a társadalmi, és a kulturális viszonyok határozzák meg. A lakosság egészségének fejlesztése osztársadalmi összefogást igényel. Az egyének sokat tehetnek az egészségükért, de hogy tudnak-e tenni és tesznek-e, az döntően a társadalmi körülmények függvénye. Ezek alakítása alapvetően a kormányok felelőssége. Az elmúlt 20 év jelentős fejlődése ellenére, a magyar lakosság egészségi állapota az ország társadalmi és gazdasági fejlettségéhez mérten még mindig igen kedvezőtlen. Ezen állapot hátterében a krónikus nem-fertőző megbetegedések okozta magas korai halálozás és betegségteher áll. E betegségek legfontosabb meghatározó tényezői az életmód és a környezet. Az életmódbeli tényezőket pszicho-szociális és kulturális tényezők befolyásolják. Az országon belül is óriási társadalmi egyenlőtlenségek figyelhetők meg a lakosság egészségében.

## AZ EGÉSZSÉGTERV MÓDSZER

Mivel a helyi adottságok és lehetőségek ismerete mellett, több szakma (szak)tudása ötvöződik egy földrajzi színtérhez kötött egészségtervben, az elkészítés mindenképpen csapatmunka terméke.

- Az egészségterv, mint dokumentum elsősorban a helyzet áttekintését, a problémák súlyozott bemutatását, a hosszú távú stratégiát és a rövidtávú akciótervet, valamint a monitoring, értékelési folyamatok leírását, a ciklikus működést biztosító visszacsatolási mechanizmusokat tartal-

mazza. A közösségi/települési egészségterv dokumentumként információt hordoz egy olyan komplex fejlesztési folyamatról, mely a színtér szereplőinek egészségét mérhető módon javítja, elsősorban belső forrásokra támaszkodva, innovatív működési módok bevezetésével, ciklikus, partnerségen alapuló működtetésével. Egészségterv készülhet lokális színterekre, a színterek összességét magába foglaló közigazgatási egységekre (településre, járásra, megyére, stb.).

- Az egészségterv, mint működési mód azokat a (szervezeti) egységeket, munkacsoportokat, kommunikációs mechanizmusokat, információáramlási irányokat rögzíti, mely a szubszidiaritás és partnerség elveinek érvényesülését biztosítja.
- Az egészségterv egy fejlesztési folyamat is, mely a helyi adottságokhoz alkalmazkodva, reális lépésekre bontva, az egyéni és közösségi magatartásformák, normák egyre egészségesebb irányú változását támogatja.

Általánosságban elmondható, hogy azon komplex egészségfejlesztési tevékenység csökkentheti az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségeket, mely a beavatkozási típusaiban is reagál a célcsoport fent jelzett tagolódására. Vagyis, az intervenció komplex, és egyaránt tartalmaz informálást, képességfejlesztést és az adottságok, körülmények egészségtudatos átalakítását, a célcsoport aktív bevonásával, partneri együttműködésben.

Az egészségterv módszer „haszna” nem kizárólag és talán nem is elsősorban az elkészült dokumentum lesz, hanem a tervezés, megvalósítás, értékelés ciklikus működtetése során kialakult szemléletváltás, munkamódok, együttműködések, koalíciók egymást erősítő, kapcsolódó eredményei. Megvalósul az egészség ügyének napirenden tartása, előtérbe helyezése, mely által nőhet a döntéshozók és egyéb kulcsszereplők egészségtudatossága is. A célcsoport, saját egészségében – jól-létében – aktívan közreműködő, közösségi felelősséggel felruházó kölcsönös tanulási folyamat során, a kompetenciájukba tartozó problémák megoldásával kiaknázatlan helyi erőforrásokat szabadíthat fel a helyi színtereken.

Az egészségtervek elsődleges szerepe, hogy olyan eszköz álljon a helyi közösségek, szervezetek, intézmények, vagy települések rendelkezésre, melynek segítségével:

- a detektált helyi problémák megoldására irányuló akciókat, programelemeket valósítanak meg,
- tudatosan tevékenységük egészségre gyakorolt hatása,
- stratégiai partnerkapcsolatokat építenek ki és tartanak fenn a betegségek megelőzése, az egészség védelme és fejlesztése érdekében,
- valamint egy olyan közös megközelítést hoznak létre, amely informálhatja az összes szektort, illetve kulcsszereplőt arról, hogy munkájukban az egészség és az életminőség hol jelenhet meg.

### AZ EGÉSZSÉGTERVEZÉS ÚJ ALAPJAI

Az új alapokra helyezett egészségtervezés jellemzője, hogy az előkészítési folyamat során az egészségfejlesztéssel kapcsolatos aktuális értékek és alapelvek eljuthatnak a döntéshozói szintekre, ezáltal prioritásokként jelenhetnek meg a különböző cselekvési területek koncepcióiban, távlati terveiben, jövőképében.

Az intézményekhez kötött színterek (pl. iskola, munkahely) mellett, szakmai módszertani szempontból még a lakóhely (földrajzi egység) alapján szerveződött közösségi aktivitásokat magába foglaló színtereket is megkülönböztetünk. Az itt folyó közösségi egészségtervezés elindítása, mint minden más színtér esetében, történhet „alulról/belülről felfelé” és „fölről/kívülről lefelé”, a helyi adottságokhoz és lehetőségekhez igazodva. Az eltérő módszertani indítás ellenére, az éves ciklikus működés során a kétféle módszertan egymást kiegészítve, együttesen teszi lehetővé a fenntartható és hatékony egészségterv megvalósulását. Ez csökkenti az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségeket és támogatja a lakosság optimális jólétét.

A közösségi egészségtervek esetében kulcskérdés, hogy az érintettek mennyire kerülnek bevonásra és válnak aktív részeseivé a tervezés, megvalósítás és értékelés – ciklikus folyamatának. Az operatív feladatokat ellátó, az egészségtervet megvalósító és működtető munkacsoportok, szakemberek a (bizalom alapuló) közösségi felhatalmazás alapján tevékenykedhetnek.

Az egészségfejlesztési tevékenység során, az egészség előfeltételeinek biztosítása, a célcsoport bevonása, az egészségkultúra ápolása, minden célcsoport szegmens szükségletét kielégítő szinten – különböző hangsúllyal – kap szerepet.

A települési egészségterv ideális esetben a település különböző színtereinek egészségterveire épül, és több település egészségterve alapozza meg a járás egészségtervét. Ez a rétegződés, egymásra épülés egyfelől a szubszidiaritás elvének érvényesülését biztosítja. Másfelől, a lokális színterek összes szereplőjének aktivitása (pl. fórum, falugyűlés) ad közösségi felhatalmazást és támogatást azon delegáltaknak, akik, például egészség-koalícióba tömörülve adják szaktudásukat, munkacsoport-feladatokat látnak el, bevonnak további szakértőket, és képviselik felsőbb szinteken is az adott színtér szereplőinek érdekeit. Harmadsorban ez a rétegződés szolgálja azt, hogy a szintek kompetenciáiba eső problémák megoldását az adott szint erőforrásait mozgósítva kezeljék, a kompetenciába nem tartozó detektált problémák megoldását a felsőbb szintekre delegálják.

Az egészségfejlesztés lényegi eleme a partnerség, ami egyrészt a célcsoport aktív bevonását, az egyén és közösség saját egészsége feletti kontrolljának – életkori adottságoknak megfelelő szintű – elsajátítását, másrészt a különböző szakmák képviselőinek együttműködését és intézmények szolgáltatásainak koordinációját jelenti éppen úgy, mint a különböző szektorok közötti együttműködések. Ezek kultúrában gyökerező, szemléletmód és attitűd függvényű megjelenése, mintát adó „jó gyakorlatainak” elterjedése a bevezetés esélyét jelentősen növelné. A közösségi részvétel biztosítása elősegíti a demokrácia növelését, a kirekesztés elleni küzdelmet, az emberek hatalommal való felruházását az őket érintő ügyekkel kapcsolatban. A közösségekben rejlő tudás és energia fontos erőforrásként is szolgálhat egy-egy projekt kidolgozásához, megvalósításához. A hatékony és fenntartható döntések, projektek elengedhetetlen eleme a részvétel biztosítása, hiszen csak az érintettek bevonásával alakulhat ki a valós igényekre reagáló tervezés.

A kommunikáció lényege nem az egyoldalú közlés, hanem, akár az egyoldalú közléssel megindított folyamatos párbeszéd. Tehát mindig törekedni kell,



nem csak a különböző kommunikációs technikák hatásosságának mérésére, hanem a visszajelzések lehetőségének biztosítására, bővítésére és a transzparenciára.

A legkisebb, közigazgatási szempontból értelmezhető egység, a háziorvosi körzet. Nyilvánvaló, hogy egy körzeten belül akár több helyi szintér is azonosítható. Jelentős szerepe lehet a háziorvosnak, területi védőnőnek a helyi közösségek aktivizálásában, a jól-létet célzó közösségi munkájuk elindításában, támogatásában.

A helyi közösségek egészségtervét maguk a szintér szereplői, illetve a velük szorosan együttműködő (közösségfejlesztő) szakemberek készítik. A szintér szereplőinek, mint közösségnek a fejlettségi állapota meghatározza a kitűzhető rövidtávú célokat. Tervezéskor fontos helyesen belátni, hogy a szintér milyen fejlettségű a közösségi aktivitások tervezése, megvalósítása, értékelése szempontjából. A tervezés, megvalósítás, értékelés lépéseit támogatják az egészséghatás vizsgálatok. Alkalmazásukkal:

- fejleszthető az egészséggel kapcsolatos tudatosság,
- a törvények, programok, projektek, előterjesztések egészségre gyakorolt káros hatásai minimalizálhatók és az előnyök maximalizálhatók,
- a nem közvetlenül az egészséghez kapcsolódó előterjesztésekben is meg tudnak jelenni az egészség szempontjai.

Jelentős előrelépés, hogy a járásokra vonatkoztatva már van törvényi előírás az egészségterv elkészítésére.<sup>2</sup> Ez új lendületet adhat a „kívülről-felülről” történő egészségtervezéshez, ami jó esetben indukálja az „alulról-belülről” történő, helyi szintereken folyó közösség fejlesztést és az egészségterv módszertanának elterjedését.

*Szerkesztőségünk szívesen ad teret a hozzászólásoknak, nem csak az irányelv használhatóságával kapcsolatban, de a közösségi szintéren megvalósított egészségtervek bemutatására is vállalkozunk.*

---

<sup>1</sup> Orosz É, Kollányi Zs. Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon. Az Egység-egyenlőtlenségek Társadalmi Meghatározói Magyarországon Munkacsoport összefoglaló jelentése.

<sup>2</sup> 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről 152/B. §

# A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016

WHO Report of the Commission on Ending Childhood Obesity, 2016

Szerzők: Henter Izabella✉  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.21.

**Kulcsszavak:** gyermekkori elhízás, egészséges szokások, átfogó programok, család-alapú, érintettek felelőssége

**Keywords:** childhood obesity, healthy habits, family-based, responsibilities for stakeholders

2016. január 25-én a *Commission on Ending Childhood Obesity (ECHO)* Ad hoc Bizottság a WHO főigazgatójának előterjesztette jelentését (*WHO Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*) két éves munkájának eredményéről, a globálisan riasztó méreteket öltő gyermekkori túlsúlyról és elhízásról.<sup>1</sup>

Az ECHO Bizottság azt a feladatot kapta, hogy készítsen összefoglalót arról, mely megközelítések és beavatkozások a leghatékonyabbak a gyermekek és serdülők elhízása kezelésében világszerte. Az ECHO-ban két munkacsoport működött, az egyik a tudományos bizonyítékokat gyűjtötte, a másik a megvalósíthatóságot, az ellenőrzés és a felelősség kérdését vizsgálta.<sup>2</sup> Az ECHO, az összeállított jelentésben javaslatokat tett a kormányok részére, az 5 évnél fiatalabb gyermekek körében egyre növekvő túlsúly és elhízás trendjének visszaszorítására. A javaslatok a WHO főigazgatóján keresztül juthatnak el az Egészségügyi Világszervezet Közgyűlése elé.

A világon az 5 évesnél fiatalabb gyermekek között legalább 41 millió a túlsúlyos vagy elhízott, számuk legintenzívebben az alacsony és közepesen fejlett országokban növekszik. 1990 és 2014 között 4,8%-ról 6,1%-ra emelkedett az érintett gyermekek száma, 31 000 000-ról 41 000 000-ra. Az alacsony és közepes jövedelmű országokban több mint kétszeresére 7 500 000-ról 15 500 000-ra nőtt a túlsúlyos gyermekek száma az adott időszakban. 2014-ben Ázsiában az 5 év alatti gyermekek közel fele, 48%-uk

súlytöbblettel rendelkezett. Afrikában ez az arány 25% volt, és 1990-től közel megduplázódott, 5 400 000-ról 10 300 000-ra.

Határozott, növekvő politikai elköteleződés szükséges a gyermekkori túlsúly és elhízás kihívásainak kezelésére. Az ECHO 6 fő ajánlása a kormányok számára:

## EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS



Elősegíteni az egészséges élelmiszerek preferálását, olyan átfogó programokkal, amelyek csökkentik az egészségtelen élelmiszerek, cukorral édesített italok fogyasztását a gyermekeknél és kamaszoknál. (Egészségtelen ételek: magas telített zsír-, transz-zsír-, hozzáadott cukor és só tartalmú ételek.)

Javaslatok:

- A társadalom minden rétege, felnőttek és gyermekek számára hozzáférhetően, a megfelelő táplálkozásra vonatkozó információk biztosítása egyszerűen és érthetően.
- Hatékony adók alkalmazása a cukros üdítőitalokra.
- Be kell vezetni az ételek és nem alkoholos üdítők gyermekeket és kamaszokat célzó marketingjének szabályozását.

- Történjen meg az egészségtelen ételek és italok tápanyag-profiljának azonosítása és publikálása.
- Legyen a tagállamok között együttműködés nem javasolt ételek, italok határon átnyúló forgalmazásának csökkentése érdekében.
- Szabványos, globális tápanyag címkézési rendszer kialakítása.
- Egészségnevelő táplálkozási információk alkalmazása az élelmiszer-csomagoláson („front-of-pack”).
- Egészséges ételkínálat biztosítása iskolákban, gyermekeket gondozó helyeken, sportlétesítményekben, rendezvényeken.
- Az egészséges élelmiszerhez való hozzáférés növelése a hátrányos helyzetű közösségekben.

## A FIZIKAI AKTIVITÁS ELŐSEGÍTÉSE



A fiatalok 81%-ánál nem teljesül az ajánlott napi 60 perc fizikai aktivitás, ezért átfogó programokra van szükség a mozgásszegény viselkedési forma kialakulásának csökkentése érdekében a gyermekeknél és kamaszoknál.

Javaslatok:

- Iránymutatás a gyermekek, serdülők, a szülők, gondozók, tanárok és egészségügyi szakemberek számára az egészséges testméretek, a fizikai aktivitás, az alvási szokások, és a képernyő előtt töltött megfelelő szórakozást illetően.
- Biztosítani kell a szükséges feltételeket, eszközöket az iskolában, a szabadidőben a nyilvános tereket a fizikai aktivitáshoz minden gyermek számára (beleértve a fogyatékkal élőket), ahol szükséges a nemek számára elkülönített módon.

## GYERMEKVÁLLALÁS



Fő cél a nem fertőző krónikus betegségek megelőzése és kockázatuk csökkentése. Integrált útmutatás biztosítása a várandósságra felkészülés időszakában. A várandósságot és a születést követő gondozásnál kiemelt figyelem a gyermekkori elhízás megelőzésére (alacsony vagy magas születési testtömeg, koraszülés, egyéb szövődmények).

Javaslatok:

- Diagnosztizálni és kezelni kell a hiperglikémiát (magas vércukorszint) és a terhességi magas vérnyomást.
- Nyomon kell követni a várandósság alatti ideális súlygyarapodást és gondoskodni kell róla.
- Megfelelő táplálkozási útmutatással, tanáccsal segíteni a leendő anyákat és apákat a fogamzás előtt és a várandósság alatt.
- Egyértelmű iránymutatást és támogatást nyújtani a helyes, egészséges táplálkozásról és a fizikai aktivitásról, valamint a dohányzás, az alkohol, a kábítószeres és egyéb toxinok kerüléséről.

## KORA GYERMEKKOR



Kora gyermekkori életmódra vonatkozó megfelelő tájékoztatás és támogatás (egészséges táplálkozás, elegendő alvás és testmozgás, egészséges növekedés és a megfelelő szokások kialakítása).

Javaslatok:

- Érvényesíteni kell az anyatejet helyettesítő és követő tápszerek reklámozására vonatkozó nemzetközi szabályozást, a *World Health Assembly* Nemzetközi Marketing Kódexnek megfelelően.<sup>3</sup>
- Javasolt a szülészeteken biztosítani a bababarát környezet 10 pontját a sikeres szoptatásért.<sup>4</sup>
- Elő kell segíteni a szülők és közösség ismeretének növelését a szoptatás jótékony hatásairól az anya és gyermeke számára.
- A szoptatás támogatását szabályzó intézkedéseket kell hozni (születési szabadság, szoptatásra idő és felszerelés a munkahelyen).
- A WHO ajánlásainak megfelelően rendelkezni a csecsemők és kisgyermek számára készült nagy zsír-, cukor- és sótartalmú ételek, italok forgalmazásáról.
- Világos útmutatást, támogatást adni a szülők és gondozók számára, hogy bizonyos étel kategóriákat kerüljenek el (pl. cukrozott tejek és gyümölcslevek, energiában gazdag, tápanyagban szegény élelmiszerek), a felesleges súlygyarapodás megelőzése érdekében.
- Egyértelmű iránymutatást készíteni a gondozók, szülők számára a változatos egészséges étrend-

ről, a kornak megfelelő helyes táplálásról és az adag nagyságról/mennyiségről.

- Kizárólag egészséges ételek, italok, kis étkezések biztosítása a gyermekintézményekben.
- A gyermekeket gondozók képzésébe beépíteni az élelmiszer-ismeretet.
- A napi testnevelés beépítése a gyermekintézmények működésébe és a tananyagba.
- Útmutató összeállítása a megfelelő alvási- és képernyő előtt töltött időre, fizikai aktivitásra, illetve az aktív játékra vonatkozóan a 2-5 éves korcsoportban.
- A közösség támogassa a gyermekeket gondozókat, az egészséges életmódra nevelésben.

## ISKOLAI KÖRNYEZET



Egészség, táplálkozás és a fizikai aktivitás az iskoláskorú gyermekeknél.

Átfogó programok segítsék elő az egészséges iskolai környezetet (egészség és táplálkozás területén megfelelő műveltség, olvasásképesség, kellő fizikai aktivitás elérése az iskoláskorúaknál és kamaszoknál, az iskolai étkeztetés szabályozása, testnevelés legyen az alaptantervben).

Javaslatok:

- Legyen rendelkezés az egészségtelen élelmiszerek, pl. a cukorral édesített italok és energiában gazdag, tápanyagban szegény élelmiszerek eltávolítására az iskolai környezetből.
- Ivóvíz biztosítása az iskolákban és sportlétesítményekben.
- Az iskolai alaptantervet ki kell egészíteni az egészség és a táplálkozás oktatásával.
- Az egészséges táplálkozás irányelveinek megfelelő standardok kialakítása az iskolai étkeztetésben (közétkeztetés, büfék, automaták).
- Javítani kell a szülők és gondozók táplálkozási ismereteit, készségeit.
- Főzőtanfolyamok biztosítása a szülők és gyermekek számára.
- Az iskolai tanterv tartalmazza a minőségi testnevelést, támogassa azt kellő szakemberrel, létesítményekkel, eszközökkel.

## TESTTÖMEG KONTROLL



A túlsúlyos és elhízott gyermekek és fiatalok számára az életmód változtatást segítő programok családi alapúak, összetettek, több szereplősek legyenek (civil szféra, kereskedelem, gyártók, döntéshozók, környezet kialakításáért felelősök).

Javaslat:

- A túlsúlyos vagy elhízott gyermekek és serdülők számára megfelelő testtömegkontrollt biztosító „familybased” – szolgáltatás fejlesztése és támogatása (beleértve a táplálkozás, a fizikai aktivitás és a pszichoszociális segítséget) speciálisan képzett szakemberekkel és finanszírozással.

## RÉSZTVEVŐK ÉS FELADATOK

A WHO a felsorolt feladatok végrehajtása miatt javasolja valamennyi, az ügyben illetékes terület bevonását: WHO központ, regionális, és országos hivatalok, tagállamok. Közösen kell a keretegyeztetést követően az ajánlásokat a gyakorlatba átültetni, a kapacitásokat megerősíteni. A WHO intézkedésekkel támogatja a nemzetközi intézmények, a nemzeti kormányok, és az érdekeltek már meglévő kötelezettségeinek végrehajtását. Globális, regionális és nemzeti szinten a kutatások támogatása és beszámoló készítése az elért eredményekről.

A nemzetközi szervezetek együttműködnek a kapacitásnövelésben és a tagállamok gyermekkori elhízás elleni küzdelmében. A tagállamok részéről elköteleződés és felelős politikai szerepvállalás a gyermekkori elhízás elleni hosszú távú küzdelemben.

- A résztvevők koordinálása minden szektorban (oktatás, élelmiszeripar, mezőgazdaság, kereskedelem, fejlesztés, finanszírozás, sport és szabadidős tevékenység, kommunikáció, környezeti és várostervezési, közlekedési és szociális ügyek).
- A BMI<sup>i</sup> adatgyűjtés minden korosztályban, a gyermek elhízás elleni nemzeti célok kitűzéséhez.

<sup>i</sup> BMI = body mass index (testtömeg-index)

- Irányelvek, ajánlások kidolgozása, politikai intézkedések a megfelelő ágazatokban, beleértve a magánszekort.

A civil szervezetek/NGO<sup>ii</sup>-k feladata:

- A hiteles információ terjesztése, a fogyasztók igényének növelése az egészséges élelmiszerválaszték iránt, valamint közreműködés a végrehajtási, ellenőrző és elszámoltathatósági mechanizmusok kidolgozásában.
- A civil szektor részéről az egészséges étrendbe illeszthető élelmiszerek és alkoholmentes italok termelésének támogatása, a fizikai aktivitáshoz való hozzáférés megkönnyítése.

A karitatív alapítványok ismerjék a gyermekkori elhízást, mint a gyermekek egészségét veszélyeztető faktort, és ebből a szempontból az iskolázottság jelentőségét. Mobilizáljanak költségeket kutatásra, kapacitásépítésre és a szolgáltatásnyújtásra.

A tudományos intézetek feladata a gyermekkori elhízás megelőzéséről készült anyagok, információk terjesztése és beépítése a tananyagba. A hiányzó ismeretek kiegészítése bizonyítékokkal, a politikai döntések végrehajtásához a monitoring és az elszámoltatás támogatása.<sup>5</sup>

Elköteleződés, elhivatottság és közös felelősség nélkül, a jó szándékú és költséghatékony beavatkozások is csak korlátozott elérést és hatást jelentenek.

---

<sup>1</sup> Commission's final report calls for high-level action to address major health challenge <http://www.who.int/end-childhood-obesity/final-report/en/> (Letöltve: 2016.07.08.)

<sup>2</sup> Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity, Report of the Ad hoc Working Group on Science and Evidence for Ending Childhood Obesity 2016 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206549/1/9789241565332\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206549/1/9789241565332_eng.pdf?ua=1) (Letöltve: 2016.07.08.)

<sup>3</sup> International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes and subsequent World Health Assembly resolutions (1981) [http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_english.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf) (Elérve: 2016.07.08.)

<sup>4</sup> HOW TO IMPLEMENT BABY FRIENDLY STANDARDS A guide for maternity settings (2011) [http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby\\_Friendly/Guidance/Implementation%20Guidance/Implementation\\_guidance\\_maternity\\_web.pdf](http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Guidance/Implementation%20Guidance/Implementation_guidance_maternity_web.pdf) (Elérve: 2016.07.08.)

<sup>5</sup> SaniaNinhtar et al. Ending childhood obesity: a time for action Lancet Feb 27, 2016Volume 387Number 10021p817-91e21 [http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)00140-9.pdf](http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)00140-9.pdf) (Elérve: 2016.07.08.)

---

<sup>ii</sup> NGO = non-governmental organization (civil-, önkéntes vagy nonprofit szervezeteknek)

# Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 – rövid ismertetés

## Dietary Guidelines for Americans 2015-2020 – short summary

Szerzők: Fekete Krisztina✉, Henter Izabella  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.20.

**Kulcsszavak:** élelmiszer-alapú javaslat, Szocio-Ökológiai Modell, OKOSTÁNYÉR®

**Keywords:** food-based proposal, Socio-Ecological Model, SMART PLATE®

Az Egyesület Államok tavalyi évben kiadott, 2020-ig érvényes Táplálkozási Ajánlás (*Dietary Guidelines for Americans 2015-2020*), az Étrendi Irányelvek Tanácsadó Testület (*Dietary Guidelines Advisory Committee, DGAC*) jelentése, amely az USA kormánya számára foglalja össze az egészséges táplálkozással, a betegségek megelőzésével kapcsolatos legújabb ajánlásokat, amelyeket az Amerikai Egyesült Államok Mezőgazdasági- és Egészségügyi Minisztériuma is elismer.<sup>1</sup>

Az Amerikai Táplálkozási Ajánlást 1980 óta ötvenként felülvizsgálják. A szakmai grémium, a legújabb kutatási eredmények, evidenciák, tudományos bizonyítékok figyelembe vételével a dokumentációt folyamatosan frissíti, bővíti, a megvalósításhoz javaslatokat ad lakossági és kormányzati szinten egyaránt. A legújabb, 2015-ben megjelent USA táplálkozási ajánlás 570 oldala 18 hónap alatt készült el, amely a bevezetőn, a köszönetnyilvánításon, és az összefoglalón túl (melyek fő üzenetei az anyagban többször ismétlődnek), 3 fejezetet és 14 igen részletes mellékletet tartalmaz.

A jelenlegi szakmai ajánlás elkészítését többek közt az is indokolta, hogy az amerikai felnőttek felének (117 millió ember) van megelőzhető/elkerülhető krónikus betegsége, pl. elhízás, diabétesz, amely a jelentős egészségügyi kockázat mellett igen nagy gazdasági terhet is ró az országra. 2008-ban, az elhízáshoz kapcsolódó orvosi költségeket 147 milliárd \$-ra becsülték az USA-ban, míg 2012-ben a diagnosztizált diabéteszes betegek ellátása 245 milliárd \$-t igényelt.

A 2015-2020 között érvényes Amerikai Táplálkozási Ajánlásról általánosságban elmondható, hogy segítséget nyújt az egészséges táplálkozás/étrend választáshoz és a táplálkozással összefüggő krónikus megbetegedések megelőzéséhez. Az összeállított szakmai anyag egyik fő újdonsága, hogy szakított az előző kiadások tápanyag-fogyasztási célmeghatározásával, amely nehezebben értelmezhető és kivitelezhető üzeneteket hordozott, helyette közérthetőbb, élelmiszer, élelmiszercsoport alapú javaslatokat tartalmaz, amelyeket gyakorlatias tanácsokkal, részletes és praktikus táblázatokkal egészítettek ki a szerzők. Ez utóbbi táblázatok 13 életkori kategóriában, vagy 12 csoportban – 1000-3200 kcal közötti napi energiaigény szerinti bontásban – adnak tájékoztatást az élelmiszer- illetve bizonyos vitamin- és ásványi-anyag szükségletről. Emellett megjelenik az élelmiszerbiztonság témája is a kézmosástól a megfelelő élelmiszertárolásig. A konkrét élelmiszeralapú mennyiségi és minőségi javaslatokat két étkezési formára – mediterrán és lakto-ovo vegetáriánus – is kidolgozták a szakemberek. [1. ábra]

A megfogalmazott ajánlások adják az alapját a speciális táplálkozási igényű célcsoportok étkezési javaslatainak is – csecsemők, kisdetek, gyermekek (30 millió gyermek étkeztetése/nap), idősek, várandós nők.

Nincsenek tiltott ételek, inkább a „kis mértékben” és „túlzott mértékben”, valamint „népegészségügyi kockázatot rejtő” kategóriákba kerülnek az egészségre gyakorolt hatásuk alapján az élelmiszerek,

1. ábra: Mediterrán stílusú étkezésben, a különböző élelmiszercsoportok ajánlott mennyisége, eltérő kalóriaszükségletben (részlet)

Calorie Level of Pattern <sup>a</sup>	1,000	1,200	1,400	1,600	1,800	2,000	2,200
<b>Food Group<sup>b</sup></b>	<b>Daily Amount<sup>c</sup> of Food From Each Group</b> (vegetable and protein foods subgroup amounts are per week)						
<b>Vegetables</b>	1 c-eq	1½ c-eq	1½ c-eq	2 c-eq	2½ c-eq	2½ c-eq	3 c-eq
Dark-green vegetables (c-eq/wk)	½	1	1	1½	1½	1½	2
Red and orange vegetables (c-eq/wk)	2½	3	3	4	5½	5½	6
Legumes (beans and peas) (c-eq/wk)	½	½	½	1	1½	1½	2
Starchy vegetables (c-eq/wk)	2	3½	3½	4	5	5	6
Other vegetables (c-eq/wk)	1½	2½	2½	3½	4	4	5
<b>Fruits</b>	1 c-eq	1 c-eq	1½ c-eq	2 c-eq	2 c-eq	2½ c-eq	2½ c-eq

Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

illetve egyes összetevők, pl. só, cukor. A táplálkozási ajánlás fő üzenete, hogy az egészséges étkezési szokások nem merev előírások, inkább adaptálható keretek. A különböző élelmiszercsoportok rugalmas kombinációjával válik valóra a hétköznapi szintjén

az egyéni igények, preferenciák és kulturális hagyományok figyelembevételével az egészséges táplálkozás, amely illeszkedik a költségvetéshez/büdzséshöz. Az Amerikai Táplálkozási Ajánlás 5 átfogó irányelvet is megfogalmaz, melyek képi „magyarázatokkal” is kiegészülnek [2. ábra]:

2. ábra: Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 áttekintése (részlet)



Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

Az 5 átfogó irányelv:

- Kövesse az egészséges étkezési szokásokat egész életen át. Minden étel- és italválasztás számít. Kövessen egészséges étkezési szokásokat megfelelő energia-bevitellel, az egészséges testtömeg elérése/megtartása végett. Megfelelő táplálékokat fogyasszon, így csökkentve a krónikus betegségek kialakulásának kockázatát.
- Fókuszáljon az élelmiszercsoportokra, azok tápanyagtartalmára, mennyiségére, az adag nagyságára. A kalória határokon belül válogasson a tápanyagokban gazdag élelmiszerek közül, mind egyik élelmiszercsoportból az ajánlott mennyiség szerint.
- Korlátozza a kalóriát a hozzáadott cukorból és a telített zsírokból, csökkentse a só/nátrium-bevitelt. Fogyasszon kevesebb ételt és több folyadékot.
- Törekedjen az egészségesebb étel- és italválasztásra. Keressen tápanyagban gazdag élelmiszereket és italokat minden élelmiszercsoportból a kevésbé egészségesebb helyett. Vegye figyelembe a kulturális és a személyes preferenciákat, hogy a változás elérését és fenntartását megkönnyítse.
- Támogasson minden egészséges étkezési szokást! Mindenkinek van szerepe az egészséges táplálkozási szokások kialakításában és támogatásában országszerte több szinten, a lakóhelytől kezdve, az iskolán és a munkahelyen át, egészen a közösségeig.

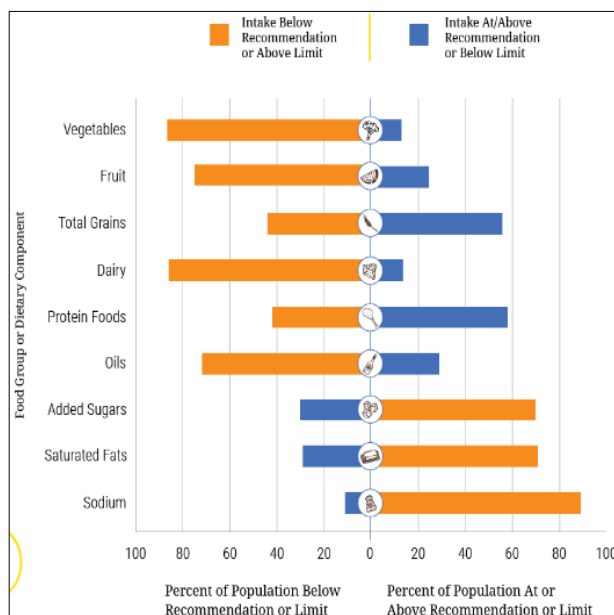
Az ajánlás részletesen kitér a fogyasztásra javasolt élelmiszercsoportok fajtáira és minőségére, az egészséges étrend összetételére, tartalmára:

- többféle zöldség minden alcsoportból – sötétzöld, piros és narancsszínűek, hüvelyesek (bab és borsó),
- gyümölcsök, kifejezetten a teljes gyümölcsök,
- gabonafélék (legalább a fele arányban teljes kiőrlésű gabona),
- zsírmentes vagy kis zsírtartalmú tejtermékek,
- különböző fehérjetartalmú élelmiszerek, beleértve a tengeri halakat, sovány húsokat és baromfit, tojást, hüvelyeseket (bab, borsó), dióféléket, magvakat, szója termékeket,
- olajok.

Ezen élelmiszercsoportok mennyiségi bevétele a felmérések alapján jelenleg még nagymértékben eltér – kevesebb – a javasolttól. [3. ábra] Az Amerikai Táplálkozási Ajánlás kitér a korlátozandó ételek, italok, összetevők – hozzáadott cukor, telített zsír, só, alkohol, koleszterin és koffein – körére is. Az energiaegyensúly témáját és a fizikai aktivitás fontosságát is megemlíti az anyag, egyik melléklete a *Physical Activity Guidelines for Americans*.

A korlátozandó/kerülendő összetevők közül a cukor, a sóbevitel és a telített zsírbevitel forrásait is elemzi a szakmai irányelv, ezzel is segítve a megfelelő étel- és italválasztást. [4. ábra, 6. ábra, 8. ábra] Érdekesként beillesztettük a hazai OTÁP 2014 évi (Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat) eredményeit, amelyek az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) honlapján elérhetők. [5. ábra, 7. ábra, 9. ábra]<sup>2</sup> A só, cukrot, telített zsírt tartalmazó élelmiszercsoportok fogyasztása esetében, függetlenül az adatfelvétel, az elemzés módjától az amerikai és hazai adatok alapján hasonló eredmények születtek.

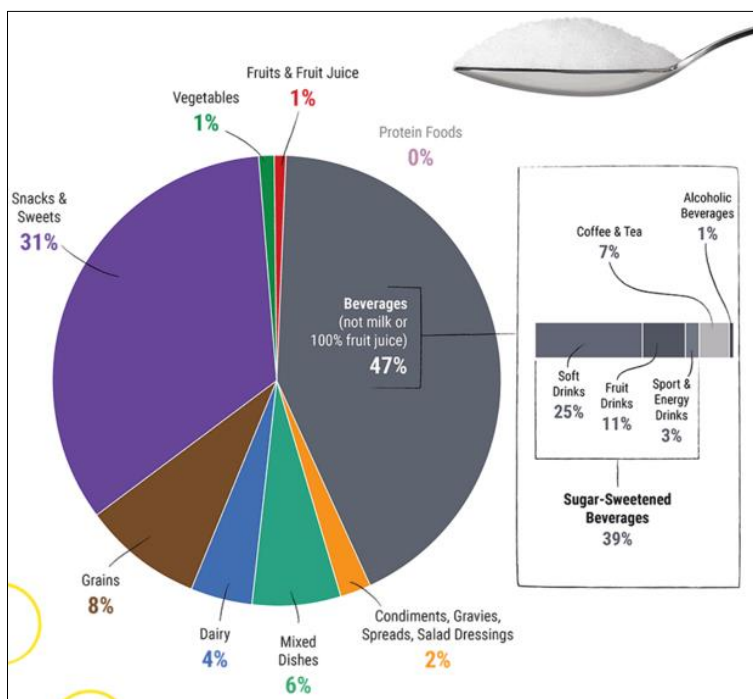
3. ábra: Az egészséges táplálkozás ajánlásához képest, hogyan alakul a különböző élelmiszercsoportok valós bevétele



Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

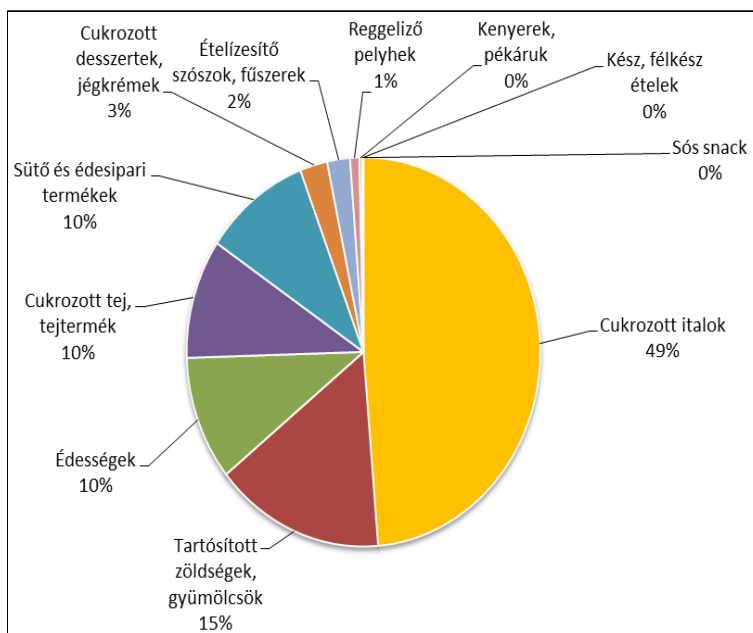


4. ábra: Az USA-ban, a 2 évesnél idősebbek körében fogyasztott, hozzáadott cukrot tartalmazó élelmiszercsoportok forrásai



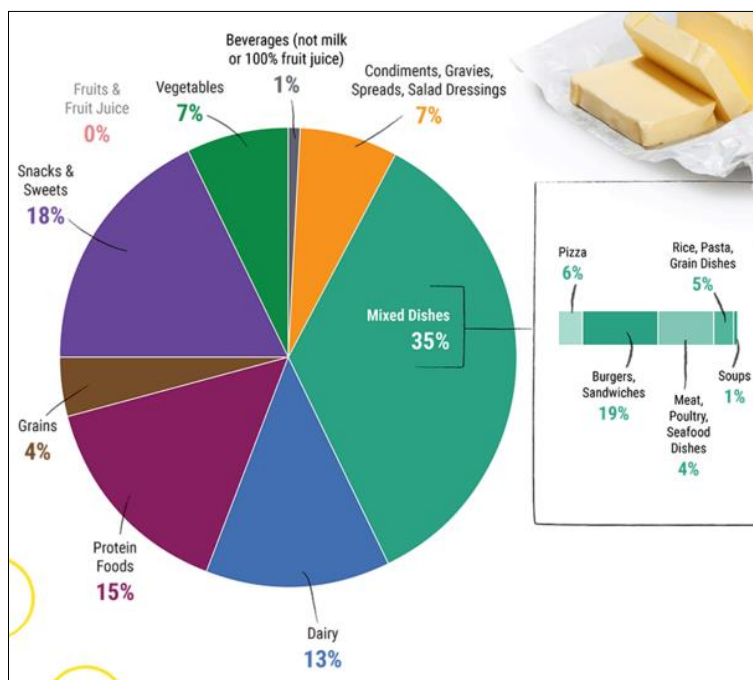
Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

5. ábra: A feldolgozott élelmiszerekből származó napi átlagos hozzáadott cukorbevitel felnőtteknél



Forrás: OTÁP 2014

6. ábra: Az USA-ban, a 2 évesnél idősebbek körében fogyasztott, telített zsírt tartalmazó élelmiszercsoportok forrásai

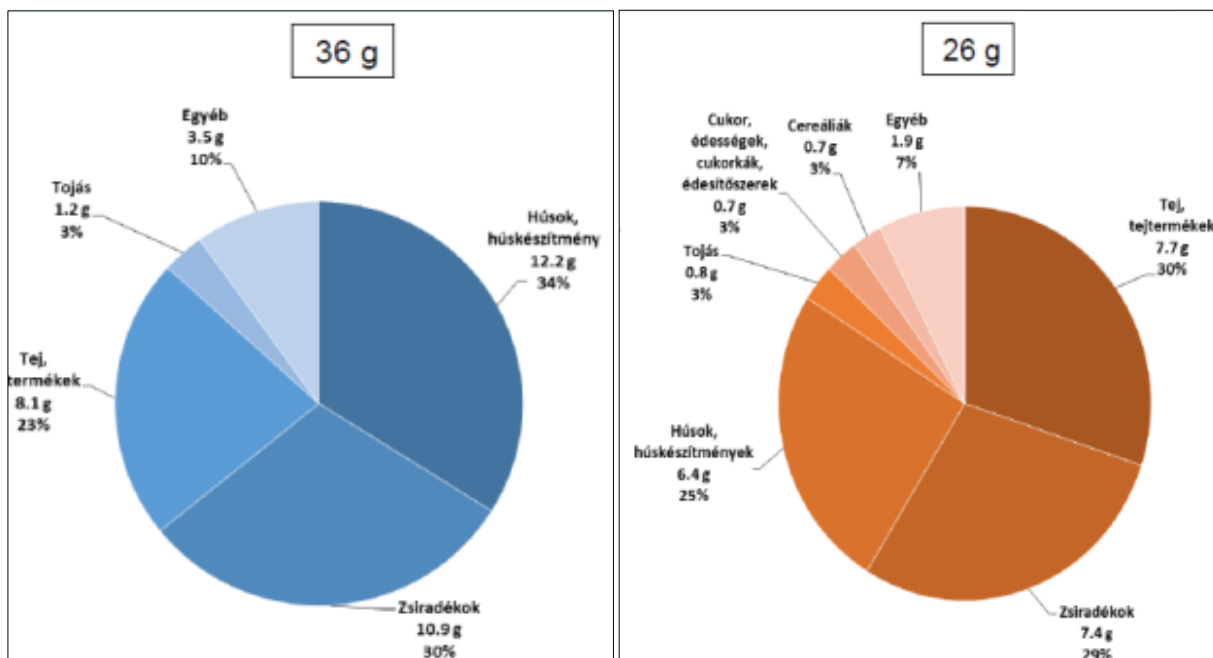


Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

7. ábra: Férfiak és nők telített zsírsavprofilja – OTÁP 2014

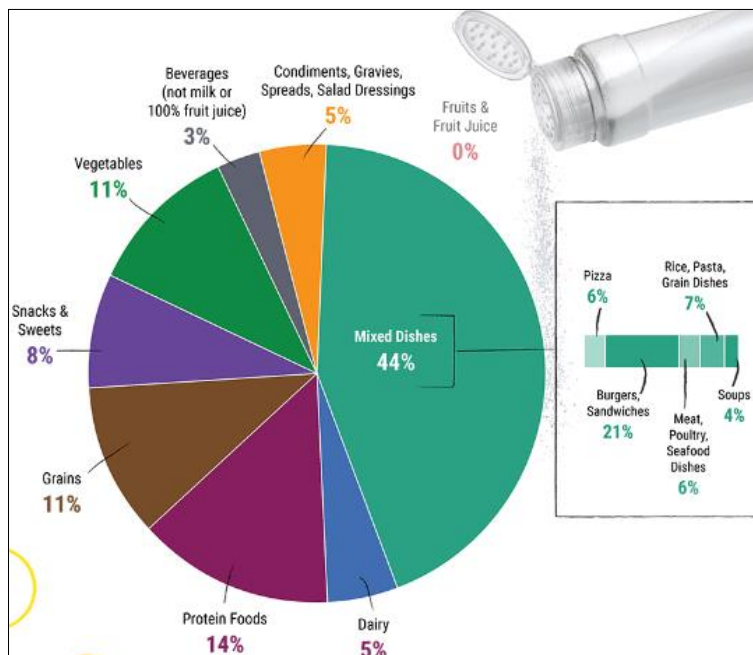
Férfiak

Nők



Forrás: OTÁP 2014

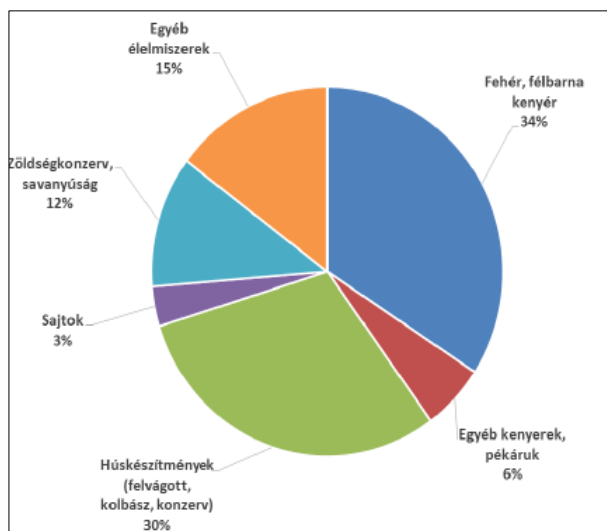
8. ábra: Az USA-ban, a 2 évesnél idősebbek körében fogyasztott, nátriumot tartalmazó élelmiszercsoportok forrásai



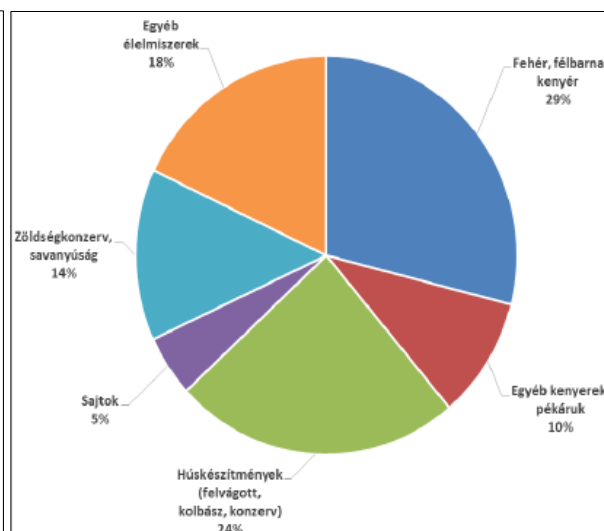
Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

9. ábra: Felnőttek feldolgozott élelmiszerekből származó napi átlagos sóbevetele

Férfiak



Nők



Forrás: OTÁP 2014

Az étel-miszer-alapú javaslatok mellett a táplálkozási ajánlás egy teljes fejezetet szán arra, hogy sorba vegye a beavatkozások szintjeit. Megfogalmazza, hogy olyan kollektív/közös, több szintű beavatkozásokra van szükség, amelyekben az egészséges életmód választása otthon, az iskolában, a munkahelyen és a közösségekben könnyű, hozzáférhető, megfizethető és irányadó. Mindenkinek szerepe van abban, hogy az egyének változtassanak a mindennapi étkezésükben és fizikai aktivitásukban, a táplálkozási ajánlással összhangban. Ehhez a Szocio-Ökológiai Modellt használták az ajánlás összeállítói, amely különböző szinteken hatékony a táplálkozással és fizikai aktivitással kapcsolatos viselkedés fejlesztésében, figyelembe véve a környezetvédelem szempontjait is. [10. ábra]

E mellett áttekinti az anyag, mi korlátozhatja az egyén vagy a család egészséges táplálkozással kapcsolatos választásait, amelyekre megoldási javaslat is él.

- Probléma/nehézség: hozzáférés az élelmiszerekhez, pl.: lakókörnyezet és bolt távolsága, száma; egyéni és helyi erőforrások – jövedelem, közösségi közlekedés, társadalmi-gazdasági státusz, földrajzi helyzet, fogyatékoság
- megoldási javaslatok:
  - élelmiszerboltok ösztönzése – növeljék az egészséges étkezést támogató élelmiszerek elérhetőségét
  - termelői piacok, mobil piacok, élelmiszer bankok, közösségi kertek kialakítása
- Probléma/nehézség: háztartási szinten élelmiszer-elérhetőség/hozzáférés; élelmiszer beszerzéssel és egészséges választással kapcsolatos képesség; biztonságos élelmiszerhez való hozzáférés korlátozott vagy bizonytalan (utóbbi: USA 48 millió embere)
- megoldási javaslatok:
  - ágazati hálózatok kialakítása, együttműködések rászorulóknak elérése végett – könnyebb élelmiszerválasztás
- Probléma/nehézség: az anyaország lakosai és a bevándorlók közötti kulturális különbségek – attitűd, értékek, szokások (táplálkozási), hiedelmek és a viselkedés
- megoldási javaslatok

- az egészséges étkezési mintákat rugalmasra tervezték, a különböző kultúrák ételleinek, étel-miszereinek fogyasztását figyelembe veszik.

Egyéb beavatkozások/javaslatok:

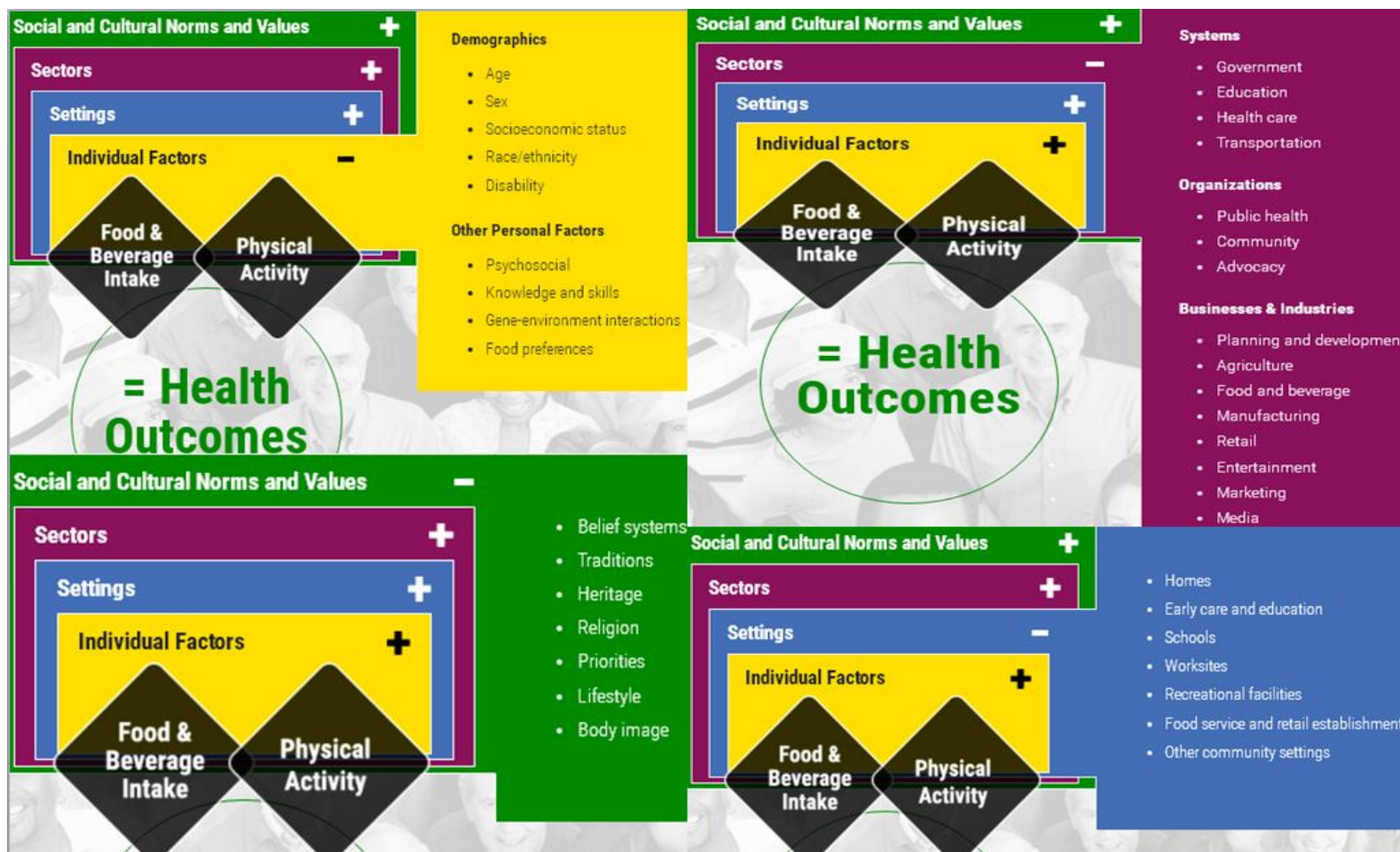
- ágazatok közötti, valamint színtereken végrehajtott beavatkozások (otthon, iskola, munkahely, közösség, élelmiszer kiskereskedelem),
- szakemberek és egyének együttműködése,
- partnerségek elősegítése az élelmiszergyártókkal, beszállítókkal és kereskedőkkel, az olyan élelmiszerek hozzáféréseinek növelése érdekében, amelyek összhangban vannak a táplálkozási ajánlással,
- élelmiszer-termékek fejlesztése és elérhetővé tétele a kiskereskedelemben, amelyek összhangban vannak a táplálkozási ajánlással,
- olyan készségek tanítása, mint kertészkedés, főzés, ételek és étkezések tervezése, étel-miszercímkek olvasása, amelyek segítik az egészséges táplálkozást.

Az Amerikai Táplálkozási Ajánlás tartalma közül emelendő, a(z):

- élelmiszercsoport alapú megközelítés,
- gyakorlatias tanácsok,
- praktikus táblázatok,
- részletes, mindent pontosan definiáló meghatározások, leírások,
- rövid, tömör, könnyen értelmezhető üzenetek,
- a felelősség kérdése,
- élelmiszerbiztonság/élelmiszerhez való hozzáférés témája,
- az irányelv rendszeres frissítése, bővítése.

Hazánkban 2016 év elején jelent meg a Magyar Diétetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) által összeállított, a Magyar Tudományos Akadémia Élelmiszertudományi Tudományos Bizottsága ajánlásával az új magyar táplálkozási ajánlás, az OKOSTÁNYÉR®, amely az amerikai ajánlathoz hasonlóan, az egészséges táplálkozás megvalósításához segítségként élelmiszer-alapú javaslatokat fogalmazott meg. [11. ábra] Az OKOSTÁNYÉR® teljes anyaga letölthető az MDOSZ honlapjáról. <sup>3,4</sup>

10. ábra: Szocio-Ökológiai Modell



Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

11. ábra: OKOSTÁNYÉR® – Új magyar táplálkozási ajánlás (részlet)



Forrás: MDSZ - OKOSTÁNYÉR®

<sup>1</sup> <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/> (Letöltve: 2016.06.23.)

<sup>2</sup> [https://www.ogyei.gov.hu/otap\\_2014/](https://www.ogyei.gov.hu/otap_2014/) (Letöltve: 2016.06.23.)

<sup>3</sup> <http://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/> (Letöltve: 2016.06.23.)

<sup>4</sup> [http://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2016/05/Tablalkozasi\\_Akademia\\_2016\\_05\\_OKOSTANYER\\_160530.pdf](http://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2016/05/Tablalkozasi_Akademia_2016_05_OKOSTANYER_160530.pdf) (Letöltve: 2016.06.23.)

# Viselkedésértés – A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban

## Behaviour insights – Applying the results of behaviour sciences to policy making

Szerzők: Taller Ágnes✉, Csizmadia Péter  
*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

Beküldve: 2016.06.21.

**Összefoglaló:** Az elmúlt években a viselkedésértés elmélete fokozatosan elismerésre került a nagy nemzetközi szervezetek (Európai Bizottság, OECD, Világbank) által, mint a szakpolitika kialakításának hatékony eszköze. 2010-ben az Egyesült Királyság kormánya alapított viselkedésértéssel foglalkozó tanácsadó testületet (Behaviour Insights Team), 2015 óta pedig az Amerikai Egyesült Államokban kormányrendelet írja elő, hogy a kormányzerveknek be kell építeniük szakpolitikáikba a Társadalom- és Viselkedéstudományi Csoport (Social and Behavioral Sciences Team) felismeréseit. Különböző intézményesített formában Hollandia, Németország, Franciaország és Dánia is foglalkozik a témával. A közlemény a viselkedésértés elméleti alapjainak áttekintését követően az egészségfejlesztésben való alkalmazás néhány gyakorlati példáját ismerteti. Összességében elmondható, hogy a viselkedésértés alkalmazása hatékonyabbá teheti az intézkedéseket az egészségfejlesztés terén is, azonban egyelőre számos kérdést felvet a legitimitáció, a hatásosság és a tudományos megalapozottság tekintetében. A viselkedésértés átlátható és következetes alkalmazása érdekében a jövőben javasolt az adott beavatkozások hatásosságának vizsgálata, és az ezzel kapcsolatos tapasztalatcsere.

**Kulcsszavak:** viselkedésértés, magatartástudomány, egészségfejlesztés

**Summary:** Behaviour insights are increasingly being recognised in the last years by major international bodies (European Commission, OECD, World Bank) as an efficient tool in policy making. In the United Kingdom, an advisory body was set up by the government in 2010 to study behaviour insights (Behaviour Insights Team) and from 2015, an Executive Order calls for Federal Agencies in the United States of America to design government policies using findings of the Social and Behavioral Sciences Team. The Netherlands, Germany, France and Denmark also address this issue in different institutional structures. This paper reviews the theory of behaviour insights and describes some of its practices in health promotion. To sum it up, applying behaviour insights can improve the efficiency of health promotion measures, as well, however, at the moment there are a number of issues to consider in relation to its legitimacy, effectiveness and scientific foundations. In order to apply behaviour insights in a transparent and consistent way, future evaluation of the interventions' effectiveness as well as exchanging experiences are advised.

**Keywords:** behaviour insights, behaviour sciences, health promotion

## MIT JELENT TULAJDONKÉPPEN A VISELKEDESERTÉS, VALAMINT MILYEN ELMÉLETI ALAPJAI VANNAK?

Az elmúlt években a viselkedésértés elmélete fokozatosan elismerésre került a nagy nemzetközi szervezetek (Európai Bizottság, OECD<sup>1</sup>, Világbank) által, mint a szakpolitika kialakításának hatékony eszköze. 2010-ben az Egyesült Királyság kormánya alapított viselkedésértéssel foglalkozó tanácsadó testületet (*Behaviour Insights Team – a továbbiakban: BIT*), 2015 óta pedig az Amerikai Egyesült Államokban kormányrendelet írja elő, hogy a kormányzerveknek be kell építeniük szakpolitikáikba a Társadalom- és Viselkedéstudományi Csoport (*Social and Behavioral Sciences Team*) felismeréseit. Különböző intézményesített formában Hollandia, Németország, Franciaország és Dánia is foglalkozik a témával.<sup>1</sup>

A viselkedésértés elméleti alapjai kapcsán először is a viselkedési közgazdaságtant (*behavioural economics*) kell megemlítenünk, amely a pszichológia eredményei segítségével magyarázza a gazdasági döntéshozatalt az emberi magatartásban. A viselkedési közgazdaságtan újítása abban áll, hogy a klasszikus, elsősorban racionálisan döntő ember (*homo oeconomicus*) szemléletmódját sok esetben pszichológiai jellemzőkkel, érzelmi motívumokkal egészíti ki.

A teljes racionalitás modelljén a viselkedési közgazdaságtan a korlátozott racionalitás elméletével is puhított, amely kimondja, hogy a gyakorlati döntések meghozatala során az egyén több korláttal is szembesül. Ilyen az alternatívákról rendelkezésre álló információk hiányos volta, az emberi agy kognitív képességeinek behatároltsága és a döntés meghozatalára rendelkezésre álló idő korlátozott mennyisége. Ezen tényezők egymással is összefüggésben állnak.<sup>2</sup>

A viselkedésértés gyakorlati alkalmazása a közgazdaságtan eredményeire építve feltárja, hogy az emberek ténylegesen miként hoznak döntéseket és hozzájárul ahhoz, hogy a kívánt hatás elérése érdekében hatékonyabb intézkedések szülessenek a társadalmi célok megvalósítására. A hagyományos, bürokratikus eljárásmodokat mellőzve a viselkedésértés újszerű megközelítéssel próbálja hatékonyabbá tenni az állami működést.

A viselkedésértéshez kötődő egyes viselkedésbefo-

lyásoló módszereknek 2008 óta gyűjtőfogalma is van. Egy ekkor megjelent könyv nyomán a *nudge* kifejezéssel szokás ezeket említeni.<sup>3</sup> A *nudge* magyarra bökésnek, oldalba bökésnek fordítható, vagyis észrevétlen üzenetek, finom jelzések segítségével történő befolyásolásnak nevezhetjük. A fogalmat bevezető két kutató, Richard Thaler és Cass Sunstein szerint a módszer minden helyzetben alkalmazható, amikor olyan folyamatról van szó, melyben emberek viselkedését előre tervezhető módon befolyásolják, anélkül, hogy közben bármit megtiltanának nekik vagy jelentősen változtatnának az anyagi ösztönzőiken. Annak érdekében, hogy rávegyenek minket az adott döntésre, a befolyásoló (vállalat, vagy egyén) egy sor módon – anélkül, hogy annak tudatában volnánk – befolyásol. Egy új fogalommal leírva eleve megformálják a döntési helyzetet (*choice architecture*), és hol finoman, észrevétlenül, hol harsányan, és nem is rejtegetve meghatározott irányokba terelnek.<sup>4</sup>

A viselkedésértés azonban nem azonos a *nudging* technikákkal, azon túlmenően a szakpolitikai folyamatban felhasználható plusz információt jelent, amely nem garantál egyfajta, meghatározott eredményt, sőt, esetenként erre alapozva éppen hagyományos intézkedések, vagy a beavatkozás hiánya lehet javasolt. A viselkedésértés támogatói tehát nem kínálnak minden helyzetben működő és bevethető csodaszert. Különböző helyzetek vannak, sokféle és sokszor nem racionálisan döntő és cselekvő emberekkel, ahhoz pedig, hogy e köré hatékony kormányzást építsünk, sok kísérletezésre és rugalmasságra van szükség.<sup>1</sup>

A viselkedésértés brit és amerikai gyakorlatát többen támadják, sokan egy manipulációs gépezet kiépítését és az állam túlterjeszkedését látják mind ebben. A politikai jellegű kritikákon túl, egyes szakértők szerint a viselkedésértés gyakorlati eszközei csak rövidtávú, átmeneti segítséget kínálnak olyan problémákra, melyek jóval alaposabban átgondolt, strukturális megoldásokat igényelnének.

A már több mint öt éve futó brit modell eddig ezzel együtt is igazi sikertörténetnek tűnik. A viselkedésértés hatására megnőtt a szervdonorok és a hadseregbe jelentkezők száma, a britek biztonságosabb jelszavakat használnak az interneten és segített viszszerzők is.

<sup>1</sup> Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD)



Az Egyesült Királyságban, a Miniszterelnöki Hivatalban 2010-ben pszichológusokból és magatartástudománnyal foglalkozó közgazdászokból alakult meg a BIT nevű tanácsadó csoport, eredetileg két évre szóló támogatással, amelyet a sikeres tevékenységre való tekintettel meghosszabbítottak. A BIT azóta is erős politikai támogatást élvez. Tulajdonosa 2014-től csak egyharmad részben az állam, egyharmad részben pedig a NESTA – egy innovációs jótékonyági szervezet – és egyharmad részben az alkalmazottak. Jelenleg több mint 50 szakértővel dolgoznak különböző szakterületekről, éves munkatervüket egy tudományos tanácsadó testület vizsgálja felül. Legutóbbi, 2014-2015-re vonatkozó jelentésük szerint több mint 150 vizsgálatot végeztek, több száz szemináriumot és képzést szerveztek helyi önkormányzatoknak, országos kormányzati szerveknek és egyéb közintézményeknek, azzal a céllal, hogy támogassák őket olyan szakpolitikák és intézkedések kialakításában, amelyek az emberek vélt magatartása helyett a tényleges viselkedést veszik figyelembe.

## VISELKEDÉSÉRTÉS A GYAKORLATBAN

Az Európai Bizottság friss, 2016-os jelentése kilenc területen tekinti át a viselkedésértés jelenlegi alkalmazási módjait (piaci verseny, fogyasztóvédelem, foglalkoztatás, energiagazdálkodás, környezetvédelem, egészségügy, pénzügy, adózás, közlekedés). A jelentés dokumentumelemzés, egy felmérés eredményei, valamint 32 ország szakembereivel készített interjúk alapján készült, és helyzetképet ad a különböző szakterületeken jelenleg alkalmazott viselkedésértési beavatkozásokról, valamint a néhány országban kiépült, vagy kiépülőben lévő intézményi háttérrel. Fontos megjegyezni, hogy a viselkedésértés kifejezett, szándékolt alkalmazása a bemutatott példákban csak „a jéghegy csúcsát jelenti”. Mindamelllett, hogy a szakpolitikások valóban egyre gyakrabban használják a vonatkozó tudományos kutatások eredményeit az intézkedések tervezésekor, sok beavatkozásban a viselkedési elem nem tudatosan alkalmazott. A példák ezért három kategóriába sorolhatók. Kisebbszámú vannak azok a programok, amelyeket egy célzott kutatás eredményei alapján dolgoztak ki (*behaviourally tested initiatives*). Nagyobb számban pedig olyanok, amelyek korábbi, a viselkedésértés alkalmazására vonatkozó tapasztalatokra építenek (*behaviourally-informed initiatives*), vagy amelyekben felfedezhető viselkedésértési elemek, de nem hagyatkoznak kimondottan ilyen irányú tapasztalatokra (*behaviourally-aligned initiatives*).

A különböző viselkedésértési módszereket a fogyasztóvédelmi, a környezetvédelmi, az adózási és az egészségügyi intézkedésekben használják leggyakrabban, amelyek a következő ösztönzőkkel (*behavioural levers*) ültethetők át a gyakorlatba:

- Egyszerűsítés: leegyszerűsített információátadási/információszolgáltatási mód. Például, az adózás ösztönzésére felhasználóbarát, legördülő menüben előre megadott válaszopciókkal ellátott online adóbevallási nyilatkozat bevezetése.
- Alapértelmezett beállítás módosítása: szerződések vagy nyilatkozatok esetén a nyilatkozat tárgyának megváltoztatása. Például, egyes országokban a szervadományozás kapcsán alapesetben mindenki potenciális donornak számít, és ezzel ellenkező szándék esetén arról kell nyilatkozni, ha az illető nem kíván donor lenni.
- A döntési környezet megváltoztatása: a választási lehetőségeket bemutató „döntési környezet” módosítása, amely lehet virtuális (honlap), vagy fizikai jellegű (az egyes áruk elhelyezése az élelmiszerboltban, az ételek feltüntetése helye az étlapon belül). Konkrét példa, a szelektív szemégyűjtés ösztönzése azáltal, hogy a háztartásokból gyakrabban szállítják el az újrahasznosítható hulladékot, mint a nem újrahasznosíthatót.
- „Tálalás” (*framing*): annak kiaknázása, hogy a kognitív torzítások miatt az emberek egy adott választási lehetőségre másként reagálnak, attól függően, hogy azt miként „tálalják”. Ennek egy negatív példája, amikor a fogyasztókat a referenciaérték megválasztásával vezetik félre, és a 20% zsírtartalmú sajt csomagolásán azt az információt tüntetik fel, hogy 80%-ban zsírtmentes.
- Társadalmi normákra való hivatkozás: pozitív változások előidézése azáltal, hogy az embereket befolyásolja, amit mások tesznek. Az adózási morál javításának egy példája, amikor az emlékeztető levélben úgy szólítják meg az adóbefizetést elmulasztó címzetteket, mint akik a kisebbségbe tartoznak az adót időben befizető több-

séggel szemben.

- Feltűnés: szembeszökő jelek vagy információk alkalmazása, például, gyorshajtás elleni kampány során olyan üzenetek közvetítése, mint: „a halálos kimenetű autóbalesetek 48%-ának okozója a gyorshajtás.”<sup>1</sup>

A szakirodalom rengeteg információval szolgál a viselkedésértéssel kapcsolatban, amelynek áttekintésére és összegzésére született meg az Egyesült Királyságban 2010-ben az ún. MINDSPACE keretrendszer, amelyet a BIT is alkalmaz tevékenysége során. A keretrendszer áttekinthető formában mutatja be, hogy milyen jellemzők mentén vagyunk befolyásolhatók, lehetővé téve a fent említett viselkedésértési módszerek alkalmazását.<sup>5</sup> [1. ábra: Magatartástudomány egyszerűen: A MINDSPACE jelentésben összegzett befolyásoló tényezők]

A racionális döntés elmélete szerint döntéseink során figyelembe vesszük az összes rendelkezésre álló információt, és saját magunk számára előnyös, következetes lépéseket teszünk. A valóságban azonban döntéseinkben hosszú és rövid távú célok ütköznek össze. Például, egyszerre szeretnénk megtakarítással magas nyugdíjat elérni, ezzel egy időben azonban sokat költeni, valamint nemcsak a saját, de mások érdekeit is szem előtt tartjuk (megjelenik a kölcsönösség, valamint az altruizmus elve), túlbecsüljük a nagy horderejű, de valószínűtlen események bekövetkeztét (például, lottónyeremény), és szenvedünk attól, ha túl sok információ birtokában, túl sok lehetőség közül kell választanunk (például, vásárlás során).

1. ábra: Magatartástudomány egyszerűen: A MINDSPACE jelentésben összegzett befolyásoló tényezők

MINDSPACE	
Messenger (az üzenet közvetítője)	Az információt közvetítő személye nagyban befolyásol minket
Incentives (ösztönzők)	Az ösztönzőkre adott válaszreakcióinkat előrelátható mentális torzítások alakítják, mint például, a veszteség elkerülésére való törekvés
Norms (értékek)	Erősen befolyásol bennünket, hogy mit tesznek mások
Defaults (alapértelmezés)	Az előre beállított válaszlehetőségre hagyatkozunk
Salience (feltűnés)	Figyelmünket az új, számunkra relevánsnak tűnő információkra irányítjuk
Priming (előhangolás)	Tetteinket gyakran tudattalan mozgatórugók irányítják
Affect (érzelme)	Érzelmi asszociációink erősen alakítják tetteinket
Commitment (elköteleződés)	Igyekszünk a nyilvánosan tett ígéreteinknek megfelelően cselekedni, valamint viszonzást nyújtani
Ego (én)	Úgy cselekszünk, hogy jól érezzük magunkat

Forrás: Applying behavioural insight to health. Cabinet Office. Behaviour Insights Team. 2010

## A VISELKEDÉSÉRTÉS ALKALMAZÁSA AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBEN

Az egészségfejlesztési beavatkozások napjainkig jellemzően a meggyőződések és attitűdök megváltoztatását célozták információátadás, illetve különböző

ösztönzők segítségével, vagy a tudatos döntésekre próbáltak hatni, kampányok, pénzügyi intézkedések, és hagyományos, életmódra irányuló beavatkozások révén. Ez viszont nem jelenti azt, hogy ezek az intézkedések részben ne építenének a magatartástudomány eredményeire.<sup>7</sup>

Jól tükrözik ezt a már említett bizottsági jelentésben ismertetett, az egészséges táplálkozásra és dohányzás visszaszorítására irányuló, alábbi egészségfejlesztési példák is, amelyek viselkedéserősítő elemeket tartalmaznak, de nem előzte meg őket célzott vizsgálat, vagy más gyakorlatok tapasztalatainak tanulmányozása (*behaviourally-aligned initiatives*).

Lettorszában a Betegségmegelőzési Központ (*Disease Prevention and Control Centre*) és az Egészségügyi Minisztérium 2014-2015 folyamán figyelemfelhívó kampányt folytatott a dohányzás visszaszorítására a fiatalok körében, *Free* („Szabadulj meg”) címmel. A kampány keretében olyan applikációt fejlesztettek, amely a dohányzás csökkentése révén keletkező (napi, havi és éves) megtakarítást kiszámolja és a fiatalok számára vonzó javak képében meg is jeleníti. Például, egy laptop képéhez a következő üzenet társul: „ez csak egyike azoknak a dolgoknak, amit a cigarettára szánt pénzből vehetnél”. A kampány tehát olyan viselkedéserősítő mozgatórugókra épít, mint az információ tárlásának módja, a fiatalok számára figyelemfelhívó képek és üzenetek, és az azonnali jutalomban való részesülés ígérete. Portugáliában az Egészségügyi Minisztérium a passzív dohányzás veszélyeire hívta fel a figyelmet televíziós és rádiós megjelenésekkel, poszterekkel, amelyek az információ tárlási módját és az érzelmekre való hatást alkalmazták eszközként. Például, az egyik rövidfilm 30 másodperben egy alvó csecsemőt mutat, a következő hangalámondással: „A dohányfüst 80%-a láthatatlan, és ha egyvalaki dohányzik, akkor mindenki dohányzik”. Ezt követően a baba füstöt lélegez ki a száján. Lettorszában a terhesség alatti dohányzás megelőzésére hasonló kampányanyag készült, amelyben egy magzat jelenik meg cigarettával a szájában a következő üzenettel: „Ha dohányzol, a gyermeked is dohányzik”.

Az egészséges táplálkozás elősegítése terén olyan gyakorlatokkal találkozhatunk, mint például az a horvátországi projekt, amelynek keretében a 2015/2016-os tanévben 884 általános iskolában ingyen kínálták a zöldséget és a gyümölcsöt az iskolai ebédekhez (*nudging*). Észtországban a kormány online információt szolgáltat az egészséges táplálkozásról a lakosság számára, egyszerűen értelmezhető és használható formában. A napi étkezés optimális sótartalmát többek közt vizuális elemek segítségével lehet kiszámolni, úgy, hogy egy virtuális tányérba pakolhatják a felhasználók az ételeket. A program a

megengedett sómennyiség felső határának elérésekor látványosan jelez és tippet is ad a sómennyiség csökkentésére. Ez a gyakorlat az egyszerűsítésre, a szembeszökő vizuális elemekre és a személyre szabott információk vonzerejére épít. Izlandon pedig egy zöld kulcslyuk ikonnal jelölik a kis zsírsó-, és cukortartalmú élelmiszereket, amellyel feltűnő és egyszerű módon segítik a vásárlót az egészséges termékek megtalálásában.<sup>1</sup>

Szintén izlandi, a BIT által kiadott szakmai anyagban idézett példa a *Lazy Town* („Lusta város”)<sup>8</sup> nevű, az egészséges életmód elősegítésére irányuló televíziós gyermekműsor, amely világszerte ismert, és amelynek 1996-os indulása óta csökkent az elhízott gyermekek száma Izlandon. Az egészséges életmódot a Sportacus nevű szuperhős népszerűsíti a gyermekek körében, és számos kezdeményezés született a műsor jegyében a kormánnyal és a magán-szektorral együttműködésben. Például, a 4-7 éves gyerekeknek egy ún. energia megállapodást (*Energy Contract*) küldtek, amelyet szüleikkel együtt aláírhattak, és amelynek keretében jutalmat érdemeltek az egészséges étkezésért, az aktív időtöltésért vagy a korai lefekvésért. Egy szupermarket láncolat a *Lazy Town* által adott névvel, a „sportcukorka” (*Sports Candy*) jelzővel látta el a gyümölcsöket és zöldségeket, amely 22%-os növekedést eredményezett az eladási arányban.<sup>5</sup>

Az előző példa rávilágít a különböző (helyi) partnerek szerepére a viselkedéserősítés alkalmazásában. A Helyi Önkormányzatok Szövetsége az Egyesült Királyságban esettanulmányokat jelentetett meg 2016-ban a viselkedéserősítés és az egészség témakörében, amelyben a következő 10 tanácsot fogalmazta meg az önkormányzatok számára a viselkedéserősítés elméletének gyakorlatba való átültetéséhez:

- Egy témafelelős kijelölése, és a munkatársak bátorítása, hogy felvállalják a témafelelős szerepét.
- Kormányzati szakemberekkel való kapcsolatfelvétel a viselkedéserősítés témájában – az Egyesült Királyság Egészségügyi Minisztériumának népegészségügyi szerve (*Public Health England*) által működtetett, a tapasztalatcsere elősegítő szakértői hálózatba való bekapcsolódás.
- Helyi szakértelem bevonása, pl. egyetemeken vagy a nonprofit szektoron keresztül.

- A munkatársak képzése a viselkedésértési technikák terén, kiemelten a lakossági beavatkozások vonatkozásában.
- A változtatni kívánt viselkedés pontos meghatározása, a célcsoport és a viselkedési környezet elemzésére alapuló beavatkozások tervezése.
- A változtatni kívánt magatartás tanulmányozásához elméleti keretrendszer, pl. a COM-B modell<sup>ii</sup> felhasználása, központban a viselkedésváltoztatás kerekével.
- Egy beavatkozás tervezésekor minden lehetséges opció átgondolása, a meglévő rendszerek és szolgáltatások fejlesztésétől az új intézkedésekig.
- Annak biztosítása, hogy a viselkedésváltoztatásra irányuló beavatkozások a változás fenntartását is célozzák és ne egyszeri eredményt hozzanak.
- Idő és forrás megteremtése a viselkedésváltoztatásra irányuló beavatkozások megfelelő, rövid-, közép-, és hosszú távú eredményeinek értékelésére.
- Amennyiben lehetséges, a meglévő rendszerekben belül rendelkezésre álló adatforrások felhasználása a kivitelezhetőség és fenntartás érdekében, mivel a viselkedésváltoztatási projektek általában alacsony intenzitású beavatkozások.

Egy, a helyi önkormányzatok által jól kiaknázható lehetőség, amikor az egyes élethelyzetek változása során nyújtanak támogatást az egészségesebb életmód kialakításában a lakosság számára. Kutatási eredmények szerint az emberek jóval nagyobb valószínűséggel változtatnak valamin, amikor megszo- kott rutinjukat egy új élethelyzet – például költözés, gyermekszületés, iskolakezdés – megszakítja. Az önkormányzatok ilyen esetekben gyakoribb kapcsolatba kerülnek a lakossággal, ezért London *Borough of Henslow* városrészén az önkormányzat erre alapozva indította el az Európai Bizottság által támogatott *SWITCH* („VÁLTS”) projektet, az aktív közlekedés elősegítésére. A kampány az iskolakezdés előtt

álló gyermekek családjait célozta meg. A 2015-ös iskolaév kezdetén az önkormányzat kapcsolatba lépett a szülőkkel, és személyre szabott utazási tanácsokkal, térképekkel látta el őket, amely abban segítette, hogy biztonságos és népszerű, gyaloglásra alkalmas útvonalakat mutassanak az iskolába vezető út egy részére vagy egészére. Ezután iskolák közötti verseny indult a már létező, *Beat the Streets* („Győzd le az utcát”) projektre építve. A verseny során a gyerekek kártyaleolvasók segítségével gyűjt- hetek pontokat egy kártyára, a legyalogolt távolsá- gok után. 21 iskolából több mint 11 300 gyermek vett részt a hat hétig tartó projektben. A versenyt megnyerő iskola igazgatója szerint a projekt óriási hatással volt a közösségre és növelte az iskolába gyalog vagy kerékpárral érkező gyerekek számát. A városrész következő hasonló terve a gyermekek első születésnapjára küldött képeslap, melyben arra buzdítják a szülőket, hogy vigyék el gyermeküket fogorvoshoz.<sup>9</sup>

A viselkedésértés – közvetve vagy közvetlenül – szakpolitikai szinten is megjelenik olyan egészség- fejlesztési dokumentumokban, mint az Egészség- ügyi Világszervezet (WHO) Globális táplálkozási, fizi- kai aktivitási és egészségstratégiája<sup>10</sup>, az ENSZ köz- gyűlésen 2011-ben elfogadott Nem-fertőző megbete- gedésekkel kapcsolatos politikai deklaráció<sup>11</sup>, vagy a WHO 2013-as Cselekvési terve a nem-fertőző megbetegedések megelőzésére.<sup>12</sup> A WHO ezekben a dokumentumokban elismeri mind a társadalmi, mind a fizikai környezet szerepét a viselkedésválto- zásban, és nem zárja ki a viselkedésértés alkalmazá- sát, konkrét ajánlásokkal azonban nem szolgál arról, hogy ezeket miként lehet átültetni a gyakorlatban az egészségfejlesztésbe.<sup>7</sup>

## ÖSSZEFOGLALÁS

A magatartástudomány eredményei új utakat kínálnak az emberi döntéshozatal folyamatának megér- tésében, innovatív megoldásokkal segítve a viselke- désváltoztatást, és az egészségesebb életmódot, a ha- gyományos intézkedések (pl. törvények, szabályo- zások, pénzügyi ösztönzők) kiegészítéseként. A vi- selkedésértés alkalmazása hatékonyabbá teheti az

<sup>ii</sup>Susan Michie és társai által kidolgozott viselkedésváltoztatási keretrendszer. A COM-B modell szerint a képességek (Capability), a körülmények (Opportunity), és a motiváció (Motivation) együttesen befolyásolják a viselkedést (Behaviour) úgy, hogy az egyrészt visszahat a befolyásoló tényezőkre, másrészt a befolyásoló tényezők egymásra is hatnak.

intézkedéseket, azonban számos kérdést is felvet a legitimitás, a hatásosság és a tudományos megalapozottság tekintetében. Míg a paternalista megközelítéssel szemben a szabad választás jogát nem sértve tereli a döntéseket, ennek legitimitása azonban annak függvénye is, hogy a közösség elfogadja-e a tervezők által megalkotott döntési környezetet. A kritika része az is, hogy mennyire lehet tartós a viselkedésértési intézkedés hatása, amennyiben nem tanuláson és személyes, tudatos döntésen alapul. Jelenleg arra vonatkozóan sem állnak rendelkezésre

kutatási eredmények, hogy a viselkedésértés által leírt döntési mechanizmusok miként működnek különböző csoportok körében, a kulturális és társadalmi környezettől függően. Továbbá, kevés viselkedésértési beavatkozás hatását értékelték lakossági szintű és tartós viselkedésváltozás tekintetében, amely hosszú távon egészségnyereséghez vezethetne.<sup>7</sup> A viselkedésértés átlátható és következetes alkalmazása érdekében a jövőben javasolt tehát a beavatkozások hatásosságának vizsgálata, és az ezzel kapcsolatos tapasztalatcsere.

<sup>1</sup> Joana Sousa Lourenço, Emanuele Ciriolo, Sara Rafael Almeida, and Xavier Troussard: Behavioural insights applied to policy: European Report 2016. EUR 27726 EN; doi:10.2760/903938 <https://ec.europa.eu/jrc/en/publication/euro-scientific-and-technical-research-reports/behavioural-insights-applied-policy-european-report-2016> (Elérve: 2016.07.05.)

<sup>2</sup> Golovics József: Korlátozott racionalitás és altruizmus: behaviorizmus a közgazdaság-tudományban, Hítelintézet Szemle, 14. évf. 2. szám, 2015. június, 158–172. o.

<sup>3</sup> Richard H. Thaler, Cass R. Sunstein: Nudge – Jobb döntések egészségről, pénzről és boldogságról – a pénzügyi válság után. Manager Könyvkiadó Kft. 2011

<sup>4</sup> Marosán György: A gazdasági döntés evolúciós elméletének néhány kérdése a döntési helyzet meta- és utóértékelése, mint a döntés alapeleme, Köz-Gazdaság 2011/1.

<sup>5</sup> Applying behavioural insight to health. Cabinet Office. Behaviour Insights Team. 2010 [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/60524/403936\\_BehaviouralInsight\\_acc.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/60524/403936_BehaviouralInsight_acc.pdf) (Elérve: 2016.07.06.)

<sup>7</sup> Alemanno, Alberto, A Behavioural Approach to Health Promotion: Informing the Global NCD Agenda with Behavioural Insights (August 4, 2014). in A. Alemanno – A. Garde, Regulating Lifestyle – Europe, Alcohol, Tobacco and Unhealthy Diets, Cambridge University Press (2014 Forthcoming); HEC Paris Research Paper No. LAW-2014-1054. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2475805> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2475805> (Elérve: 2016.06.20.)

<sup>8</sup> <http://www.lazytown.com/> (Elérve: 2016.07.06.)

<sup>9</sup> Behavioural insights and health. Case Studies. Local Government Association. January 2016. <http://www.local.gov.uk/documents/10180/7632544/L16-11+Behavioural+insights/0f9b83a6-cab1-43c2-ba99-2f381c1d2630> (Elérve: 2016.06.19.)

<sup>10</sup> World Health Organisation. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/> (Elérve: 2016.07.05.)

<sup>11</sup> Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. 24 January 2012. [http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/political\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf) (Elérve: 2016.07.05.)

<sup>12</sup> Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organisation. 2013. [http://www.who.int/nmh/events/2013/revised\\_draft\\_ncd\\_action\\_plan.pdf](http://www.who.int/nmh/events/2013/revised_draft_ncd_action_plan.pdf) (Elérve: 2016.07.05.)

## Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer<sup>1</sup> segítségével

### Is the positive health impact of school gardens evidence-based? Possible answers deriving from the review method

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

Beküldve: 2016.06.21.

**Összefoglaló:** Egy, a BioMed Central oldalán 2016-ban megjelent cikkben, a szerzők review módszerrel az iskolakertek egészségre gyakorolt jótékony hatására kerestek bizonyítékot. A cikk alapján ízelítőt szeretnénk nyújtani a review készítés módszertanából, bemutatva a lényeges lépéseket. Valamint, beszámolunk a cikkben közölt jelentősebb kutatási eredményekről és következtetésekről. Továbbá, megosztjuk gondolatainkat az iskolakertről és vázlatosan áttekintjük a magyarországi kezdeményezéseket, ösztönözve az olvasókat a szakmaközi együttműködés jegyében a folyóiratban való publikálásra, lehetőséget biztosítva ezzel a közös gondolkodásra.

**Kulcsszavak:** iskolakertek egészséghatása, szisztematikus review készítés módszertanának bemutatása, Magyar iskolakert kezdeményezések

**Summary:** In an article published in BioMed Central in 2016 the authors looked for evidence of health benefits of school gardens with the systematic review methodology. Based on the article we would like to offer a glance about the process of the systematic review methodology, by presenting the essential steps. Moreover, reports on significant research results and conclusions are presented in the article. In addition, we share our thoughts on school gardens and provide a short overview of the initiatives in Hungary, encouraging readers in the spirit of inter-professional collaboration to publish in the magazine, in an attempt to give the opportunity to think together.

**Keywords:** health benefits of school gardens, demonstration of the process of the systematic review methodology, innovations of school gardens in Hungary

<sup>1</sup> szisztematikus irodalmi áttekintés

Egy 2016-ban megjelent cikkben, a review módszerrel a szerzők az iskolakertek egészségre gyakorolt jótékony hatására kerestek bizonyítékot. Célunk a következő:

- a) a nevelő-oktató munka részét képező iskolakert bemutatása;
- b) betekintés nyújtása a review készítés módszertanába;
- c) a cikkben közölt kutatási eredmények és következtetések bemutatása;
- d) a magyarországi kezdeményezések vázlatos áttekintése.<sup>1</sup>

## GONDOLATOK AZ ISKOLAKERTRŐL, MINT A NEVELŐ-OKTATÓ MUNKA RÉSZÉRŐL

Az iskolakert módszer lényege, hogy a gyermekek a tantermen kívül, a szabadban, friss levegőn sajátíthatnak el különböző ismereteket az élményközpontú tanulás során. A tantervben foglaltak mellett az iskolakert lehetőséget nyújt a gyermekeknek az egészséges táplálkozás alapjainak megismerésére is. Szakember bevonásával az osztályok saját felhasználásra is termelhetnek zöldségeket és gyümölcsöket. A kitartó kerti munkák gyümölcsét élvezhetik együtt tanárok, szülők, önkéntesek, gyermekek. A közös munka során elért sikerélmény hatására növekedhet az önbizalmuk, valamint a csapatszellem és szocializációs készségek is fejlődhetnek.

A mozgáshiányos életmódú gyermekeknek a kerti teendők ellátása során lehetősége nyílik fizikumuknak és korosztályuknak megfelelő, változatos mozgásra, ami a tanórák után kikapcsolódást is jelenthet. Mint minden módszer esetében, az iskolakert sikere is attól függ, hogy mennyire motivált és hiteles a szervező pedagógus és mennyire sikerül a gyermekeket, szülőket bevonnia.

A fent ismertetett cikk szerzői ezzel a módszerrel ugyan nem találtak erős, egyértelmű bizonyítékot az iskolakert pozitív egészséghatásáról, de ez eredhet önmagában a módszer hiányosságából is, hiszen ne felejtjük el, hogy a szigorú bekerülési kritériumok alapján számos közlemény kimaradt/kimaradhatott a szakirodalmi áttekintésből. Továbbá, fontos azt is figyelembe venni, hogy előfordulhat: egy remekül működő iskolakertről nem készül publikáció, mert

más szakember kompetens az iskolakert működtetésében és megint másik a publikálásban. Így számos jó kezdeményezés helyi szinten marad, és nem értesülnek róla az érdeklődők. Ezért is javasoljuk a szakmaközi együttműködést az egészségfejlesztési aktivitások tervezése, megvalósítása, értékelése során.

## A REVIEW KÉSZÍTÉS MÓDSZERTANÁNAK BEMUTATÁSA

A szerzőcsapat tagjai – Heather Ohly, Sarah Gentry, Rachel Wigglesworth, Alison Bethel, Rebecca Lovell és Ruth Garside – a következő címmel készítették a *review*-t: *A systematic review of the health and well-being impacts of school gardening: synthesis of quantitative and qualitative evidence (Szisztematikus irodalmi áttekintés az iskolakert egészségre és jóllétre gyakorolt hatásairól: a kvalitatív és kvantitatív bizonyítékok összegzése)*, amely a BioMed Central oldalán jelent meg. Érdemes megjegyezni, hogy az egyik szerzőtársnak, Alison Bethelnek (University of Exeter) az Információ Specialista Csoport tagjaként, a keresési stratégiák kidolgozása és keresések futtatása révén a *review* összeállítása a fő feladata.<sup>ii</sup> A szerzők fele, egy korábbi tanulmányban<sup>2</sup> a közösségi kertek hatékonyságát vizsgálta, amely megalapozta a jelenlegi kutatásuk módszertanát, illetve jelezte a téma iránti elköteleződésüket.

Fontos kihangsúlyozni, hogy a szerzők csak OECD országban megvalósított angol nyelvű publikációval rendelkező kutatásokat vizsgáltak. Így az Egyesült Királyságban, Egyesült Államokban, Portugáliában és Ausztráliában elvégzett kutatásokról végeztek elemzést.

A kutatás módszere a *review* készítés és a kiszűrt cikkek tematikus szintézise.

Lépések:

1. Kereső szoftverek alkalmazása. A hivatkozások közé tartozott az iskolai és kertészkedési élmények, és a gyermekkor táplálkozástudománya. A keresés során népszerű adatbázisokban manuálisan, illetve keresőszoftverekkel (ENDNOTE X7, Thomson Reuters) válogattak tanulmányokat. Az intézménytípusok közül a

<sup>ii</sup> A szerzőről az alábbi linken érhetőek el adatok: <http://clahrc-peninsula.nihr.ac.uk/staff/alison-bethel> (Elérve: 2016.06.09.)

gyermekkel 18 éves korig foglalkozó intézményeket választottak ki. A duplikációkat kiszűrve 3442 tanulmányt találtak.

2. A vizsgálandó tanulmányok kiválasztásához összetett kritériumrendszert alakítottak ki. Kvantitatív vizsgálatok esetében feltétel volt a randomizált kontrollcsoportos vizsgálat. Kvalitatív vizsgálatok esetében minden tudományosan igazolt módszertant elfogadtak. Kimeneteli kritérium volt az egészség és a jól-lét mérhetősége. A bevonási kritériumoknak első körben 163 cikk felelt meg.
3. A személyes átolvasások kapcsán a kutatók javaslatai alapján (pl.: bizonyos tanulmányok esetében nem volt elérhető a teljes szöveg) tovább szűkült a kör, 121 tanulmányra.
4. Standardizált értékelőlapot dolgoztak ki, így az értékelők munkája összehasonlítható és megismételhető. A tanulmányokat többen értékelték egymástól függetlenül és a problémás cikkeket a kutatócsoport együtt tisztázta. A kutatók csoportos megbeszélései után az iskolakert-specifikus eredményekre bizonyítékot kereső tanulmányokból végül 40 került bele a vizsgálatba.
5. A tematikus szintézis során a vizsgálandó tanulmányok három csoportba voltak besorolhatóak. A kvantitatív módszertanon alapuló tanulmányok száma 21, a kvalitatív módszertanra alapozóak száma 16 volt. Három tanulmány kevert módszertant alkalmazott.
6. Az értékelés során a kiválasztási hibát (*selection bias*), kutatási elrendezést, zavaró tényezőket, titkosítást (*blinding*), adatgyűjtést, lemorzsolódást is vizsgálták.

## A CIKKBEN KÖZÖLT KUTATÁSI EREDMÉNY BE-MUTATÁSA

A kvantitatív kutatások nem voltak erősek, jelezték a zöldség-gyümölcs fogyasztás emelkedését az iskolakertet megvalósító diákok között (limitált evidencia), de az eredmények többnyire csak önbevalláson alapultak. A kvalitatív kutatások jobb minőségűek voltak és az iskolakert egyértelmű befolyását igazol-

ták hosszabb távon az egészségre és jól-létre. Nyilvánvaló, hogy az osztálytermen kívüli aktivitások vonzóbbak. Kitűnt, hogy az önkéntesek bevonásának is jó eszköze az iskolakert, a helyi közösségformálásban is szerepe van, és a hatása felerősödik, ha az iskolai tananyagba kerül beépítésre.

A következőket érdemes megfontolnia a szakembereknek:

- több robusztus kvantitatív kutatásra lenne szükség, hogy a kvalitatív kutatások által bemutatott pozitív hatások valóban igazoltak lehessenek,
- az iskolakert projektek megtervezése során külön hangsúlyt kell fektetni az eredmények mérhetőségére (önbevalláson alapuló kérdőívek objektív méréssel való kiegészítése) és más kutatásokkal való összehasonlíthatóságára (megfelelő adatok közlése).

## A MAGYARORSZÁGI KEZDEMÉNYEZÉSEK VÁZLATOS ÁTTEKINTÉSE

Egyrészt jelen van civil kezdeményezés ezen a területen is, hiszen számos alapítvány kezdeményez iskolakert programokat a fenti indokokra hivatkozva. Másrészt egyre több for-profit cég a társadalmi felelősségvállalás jegyében indít támogatásokat iskolakertek létrehozására. Európai Unió pályázat is foglalkozott ezzel a témával és nyújtott segítséget a megvalósításban. Az egyik ilyen a TÁMOP-3.3.17-15/1 projekt<sup>iii</sup>, melynek szakmai eredményeiről még nincs elérhető adat. A másik, a Teljes körű Iskolai Egészségfejlesztés támogatását célzó TÁMOP-6.1.2.A-14/1 projekt a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet és a Klebelsberg Intézményfenntartó Központ közreműködésével valósult meg. Ezen belül az egyik nevesített szakmai ajánlás az iskolakertet népszerűsíti (EPSZA<sup>iv</sup> füzetek – Iskolakert). A projekt eszközöket és szakmai módszertant biztosított több megyében annak a 36 iskolának, amelyek ezt a programelemet szerették volna megvalósítani. A programelem célja a gyermekek attitűd- és ismeret változásának elérése volt, így a programelem megkezdése előtt, valamint zárásakor mindkettő szintje felmérésre került a résztvevő diá-

<sup>iii</sup> TÁMOP-3.3.17-15/1 – Iskola a természetben

<sup>iv</sup> EPSZA - egészségfejlesztési programelemekhez kapcsolódó szakmai ajánlások



kok és az őket segítő pedagógusok között. A kertfoglalkozások dokumentálásra kerültek kertnapló formájában, fényképekkel és részletes leírásokkal. A pedagógusoktól kapott visszajelzések alapján elmondható, hogy az Iskolakert programelem népszerű volt a diákok körében, főleg azon diákok esetében, akik a tantermi keretek között nehezen tudtak teljesíteni a tanórák során.

Az EPSZA füzetek a [TIE weboldalon](#) az EPSZA menüpontból érhetőek el.

Végezetül: szívesen fogadunk visszajelzéseket akár a módszertani bemutatóval, akár a magyarországi kezdeményezésekre vonatkozó vázlatos ismertetéssel kapcsolatban.

---

<sup>1</sup> Heather Ohly et al. A systematic review of the health and well-being impacts of school gardening: synthesis of quantitative and qualitative evidence BMC Public Health 2016

<sup>2</sup> Rebecca Lovell et al. What are the health and well-being impacts of community gardening for adults and children: a mixed method systematic review protocol BMC Public Health 2014

# Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése

## Planning behavior change interventions tailored to healthstyles

Szerzők: Járomi Éva✉, Szűcs Erzsébet, Vitrai József  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.24.

**Összefoglaló:** *Háttér:* Hazánkban és a nemzetközi gyakorlatban egyaránt megfigyelhető, hogy az egészségmagatartás megváltoztatását célzó beavatkozások legtöbbször nem érik el céljukat, nem bizonyulnak hatásosnak. Ennek egyik lehetséges oka, hogy a viselkedést többnyire csupán egyetlen ágazat, egyetlen színterén, egyetlen beavatkozás által igyekeznek megváltoztatni, figyelmen kívül hagyva a feladat komplexitását, a viselkedés társadalmi, gazdasági és egyéb környezeti bélyegzettségét. Másfajta megközelítést tesznek lehetővé a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2015-ben megvalósított Egészségstílus Felmérésének eredményei, hiszen a felnőtt és iskolás korosztály körében azonosított egészségstílusokhoz illesztett beavatkozásokra kínálnak lehetőséget. A közlemény célja annak bemutatása, hogy milyen módszer lehet célravezető az egészségstílusokhoz illesztett beavatkozások azonosításához. *Módszer:* A módszertan kidolgozásához a célcsoportot a felmérés alapján azonosított korosztályok közül az 5. évfolyamos tanulók lehangolt, nem motivált, külső örömforrásokat keresők csoportja alkotta. A befolyásolni kívánt viselkedés pedig a gyakori szénsavas üdítőital, egészségtelen ételek fogyasztása volt. Az alkalmazott módszer pedig a „Viselkedésváltoztatás kereké” és az annak alapjául szolgáló COM-B modell, mely utóbbit a szerzők – újszerű módon – a célcsoport viselkedését befolyásoló egyéb társadalmi szereplők viselkedését meghatározó tényezők azonosítására is alkalmazták. *Eredmények:* A fenti módszertan alkalmazásával a kiválasztott célcsoporthoz a szerzők azonosították a viselkedést előidéző és determináló problémákat, az ehhez illeszthető beavatkozásokat, és a hozzájuk kapcsolódó színtereket, valamint a különböző társadalmi szereplőknek a megvalósításban elvárt funkcióit. *Következtetések:* A szerzők által javasolt módszertannal komplex, több szintű és több társadalmi szereplő bevonásával hatásosnak ígérkező beavatkozások jelölhetők ki. A módszertan hatásosságának igazolása további hatásvizsgálatokat igényel.

**Kulcsszavak:** viselkedésváltoztatás, egészségstílus, egészségfejlesztés, beavatkozás, felmérés

**Summary:** *Background:* Both in Hungary and in the international practice, it can be observed that interventions which aim to change health behavior do not reach their goal and do not seem to be effective in most of the cases. One possible reason can be that the behavior is tried to change mostly by a single intervention, only in one setting of a sector without considering the complexity of the task and the embedded nature of the behavior in socio-economic and physical environment. A different approach has been offered by the results of the Healthstyle Survey implemented in 2015 by the National Institute for Health Development, since they offer an opportunity for applying interventions tailored to healthstyles identified among adults and school-age children. The aim of this paper is to present a method which may be useful to identify healthstyles matched interventions. *Method:* 5th grade depressed, not motivated, and sensation seeking students were selected as a target group to demonstrate the method of selecting interventions tailored to healthstyles. The behavior to be change was frequent soda and junk food consumption

(i.e. unhealthy eating habits). The method was based on the „Behavior Change Wheel” from the COM-B model. As a novel approach we also applied these models to identify determinants of those social actors’ behavior who probably affect the target group’s behavior. *Results:* By using this methodology, the authors identified the generating and sustaining factors of behavior, the matching interventions, levels, and the required functions of the different social actors in the implementation. *Conclusions:* Applying the methodology proposed by the authors promises more effective interventions which are complex, multi-level, and involve all the main social actors. In order to proof the efficacy of the methodology, the interventions identified by this methodology need impact assessments in the future.

**Keywords:** behavior change, healthstyle, health promotion, intervention, survey

## HÁTTÉR

Magyarország lakosságának egészségi állapota rosszabb, mint ami a gazdasági fejlettsége alapján várható lenne. A születéskor várható élettartam folyamatosan növekszik, azonban még ennek ellenére is rövidebb, mint az Európai Unióhoz vele egy időben csatlakozott országok (EU13) átlaga. A halálzási adatokat vizsgálva látható, hogy az összhalalozás ötödét képező iszkémiás szívbetegség 2005 óta történt 21%-os csökkenése ellenére 2013-ban a halalozás az EU13 átlagánál közel másfélszer magasabb volt. Az összes halalozás negyedét kitevő rosszindulatú daganatok prevalenciája pedig 25%-kal volt nagyobb Magyarországon, mint az EU13-ban. A lakosság rossz egészségi állapotának gazdasági következményei igen jelentősek: a fenti megbetegedések okozta egészségveszteségek becsült költsége 2010-ben Magyarországon mintegy 2 000 milliárd forint volt, amely a GDP több mint 7%-át tette ki. Az Európai Lakossági Egészségfelmérés eredményei szerint a lakosság nagy részére jellemző az egészségtelen életmód, úgy, mint helytelen táplálkozás, mozgáshiány, dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás.<sup>1</sup>

Hazánkban és a nemzetközi gyakorlatban egyaránt megfigyelhető, hogy az egészségmagatartás megváltoztatását célzó beavatkozások gyakran nem érik el céljukat, ily módon megkérdőjelezve azok hatékonyságát. Ennek egyik lehetséges oka, hogy a viselkedés megváltoztatását célzó beavatkozásokat többnyire csupán egyetlen ágazat, egyetlen színterén, egyetlen beavatkozás által igyekeznek megváltoztatni, figyelmen kívül hagyva annak komplexitását, társadalmi, gazdasági és egyéb környezeti beágyazottságát.

A hazánkra jellemző egészségtelen szokások meg-

változtatása érdekében hatékony beavatkozásokra van szükség, ezért nélkülözhetetlen a különböző célcsoportok azonosítása és az egészségmagatartás megváltoztatása szempontjából fontos jellemzők megismerése.

A 2015-ben végzett Egészségkommunikációs Felmérés (EKF) alapvető célkitűzése a magyar lakosság körében hasonló egészségstílusú személyek csoportjainak azonosítása volt, annak érdekében, hogy a csoportok sajátosságaihoz illesztett beavatkozásokkal az egészségmagatartás hatékony megváltoztatása lehetővé váljon. A tanulókat és a felnőtt lakosságot célzó felmérés kérdőíveit egy multidiszciplináris szakértői csoport dolgozta ki a releváns szakirodalom áttekintését követően. Az irodalomkutatás fókuszában a viselkedést befolyásoló ún. COM-B modellben szereplő tényezőkre vonatkozó kérdések álltak. A fenti modellhez illeszkedő, másoktól átvett vagy adaptált kérdések mellett további kérdések kidolgozására is sor került egyes hiányzó résztémák lefedése érdekében.<sup>2</sup> A viselkedésváltoztatást célzó beavatkozások jelentős része célzott kommunikációt is tartalmaz, ezért az egészségmagatartáson belül a kommunikációs szokásokat részletesebben vizsgálták. A kidolgozott kérdőíveket egy országos szakmai fórumon mutatták be és vitatták meg, majd az elhangzott észrevételek figyelembevételével a kérdőíveket módosították.<sup>3</sup>

Az iskolai adatfelvétel során a mintába került és szülői beegyezéssel rendelkező tanulók egy-egy tanóra keretében töltötték ki az önkitöltős kérdőívet. Összesen 2 326 fő 5., 2 363 fő 7. és 2 745 fő 9. osztályos tanuló – 450 iskolában évfolyamonkénti egy-egy osztály szisztematikus véletlen kiválasztása útján – töltötte ki érvényesen a kérdéssort. (A válaszadási arány 69%, 77%, 67% volt körükben.) A felnőtt-

tek körében végzett többlépcsős, rétegzett eljárással készült mintavételi módszeren alapuló adatgyűjtés során 5 498 fővel készült elemzésre használható kérdőívfelvétel (ez 55%-os válaszadási aránynak felel meg). A rétegzés a főbb demográfiai dimenziókat figyelembe véve (nem, kor, településtípus és földrajzi elhelyezkedés) történt. A felnőttek felmérését tapasztalt kérdezők végezték otthonukban felkeresve a mintába került személyeket, és az interjú során kapott válaszok alapján a kérdezők töltötték ki a papíralapú kérdőívet.

A felmérés eredményei így módon a felnőtt és iskolás korosztály körében azonosított egészségstílusokból leképezett csoportok egyes viselkedési mintázataira irányuló célzott beavatkozásra nyújtanak lehetőséget. Az 5. és a 9. osztályosok körében 5, a felnőtteknél 13 egészségstílust azonosítottak. A 7. osztályosokat azonban nem sikerült megbízhatóan csoportosítani a COM-B modell alapján.

A közlemény célja annak megvizsgálása, hogy a fenti kutatás eredményei alapján egy adott egészségstílussal jellemzett csoport viselkedésének megváltoztatására a népegészségügyi szakembereknek milyen, a korábbiaknál hatásosabb beavatkozási módszereket célszerű választani.

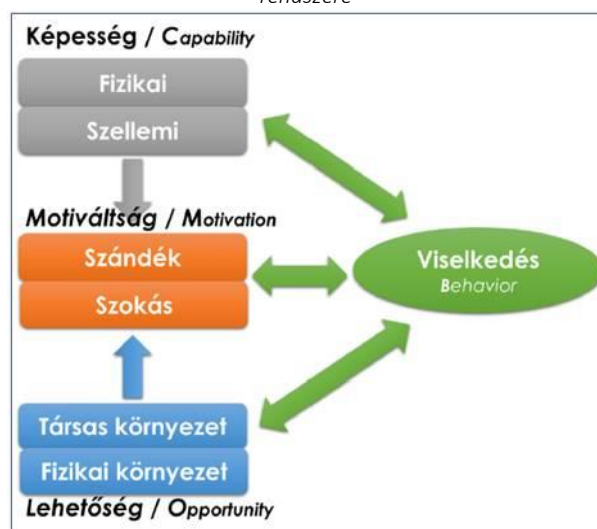
## MÓDSZEREK

A célcsoport kiválasztásánál a szerzők figyelembe vették, hogy nagyobb hatás várható, ha fiatalabb korban történik beavatkozás, és az 5. osztályos tanulók közül a legkedvezőtlenebb egészségmagatartással rendelkezők csoportjának kiválasztása mellett döntöttek. Így módon a közleményben a vizsgált célcsoportot az EKF eredményeiben azonosított egészségstílusok közül az 5. évfolyamos tanulók lehangolt, nem motivált, deprimált, külső örömforrásokat kereső tulajdonságokkal rendelkezők csoportja (a továbbiakban 1. csoport) alkotta. A kiválasztott, befolyásolni kívánt viselkedéseket pedig a gyakori szénsavas üdítőitalok (pl. kóla, energiatital), egészségtelen ételek (pl. chips, gyorséttermi ételek) fogyasztása (továbbiakban egészségtelen táplálkozás) képezte. Az alkalmazott módszer a Viselkedésváltoztatás kereke<sup>4</sup> és az annak alapjául szolgáló – a viselkedésváltoztatásra irányuló pszichológiai modellek szintéziséen alapuló – COM-B modell, valamint

az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló alkotta.<sup>1</sup>

A fent bemutatott felmérés és a közlemény viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezésének kiindulópontja szerint az egészségmagatartást nem csupán az ismeretek, hanem az egyén és társas környezetének egészséggel kapcsolatos attitűdjei és hiedelmei, érték- és normarendszere, az egészségkultúra is befolyásolja. A COM-B modell szerint a képesség (Capability – pszichológiai, fizikai), a körülmények (Opportunity – szociális, anyagi), a motiváció (Motivation – szokások, szándék) együttesen befolyásolják a viselkedést (Behaviour) oly módon, hogy az egyrészt visszahat a befolyásoló tényezőkre, másrészt azok egymásra is hatnak. A 19 pszichológiai elméletet összegző, szakmai konszenzus alapján kidolgozott COM-B modell szerint a viselkedést először is a „Képesség”, azaz az egyénnek vagy a közösségnek a viselkedés megvalósításhoz szükséges testi és lelki készségek szabják meg. A „Motivációt” a cselekvést elindító tudatos döntések, szándékok és automatikusan adott válaszok, szokások alkotják. A cselekvés megvalósulását a „Körülmények”, azaz a fizikai, valamint a szociális-kulturális környezet is nagymértékben meghatározza. Megjegyzendő, hogy a modell szerint a viselkedés visszahat a három befolyásoló tényezőre, és azok egymásra is hatással vannak. [1. ábra: COM-B modell: a viselkedést befolyásoló tényezők rendszere]

1. ábra: COM-B modell: a viselkedést befolyásoló tényezők rendszere<sup>5</sup>



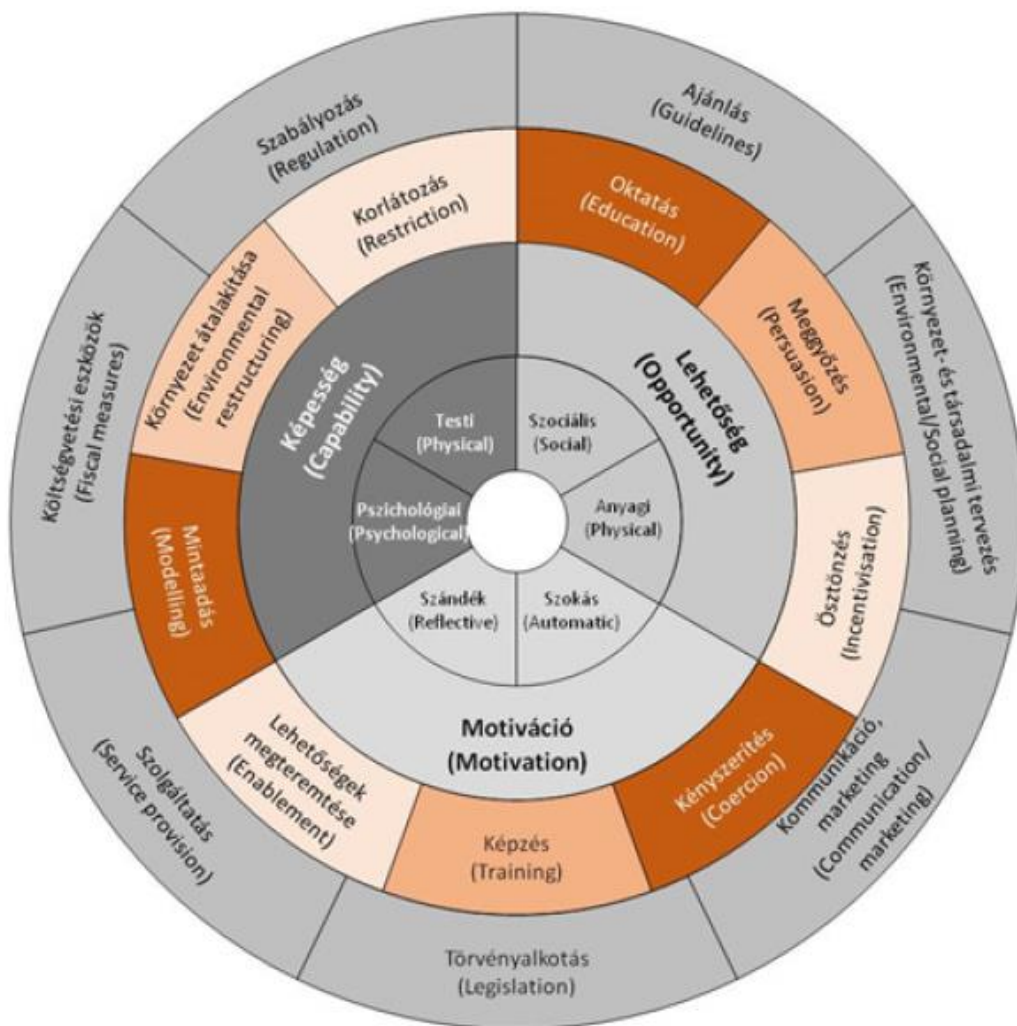
Forrás: Kimmel Zs., Vitrai J. (2015)

A viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezéséhez a szerzők alkalmazták a Michie és munkatársai által kidolgozott Viselkedésváltoztatás kereké modellt, melynek alapját a COM-B modell tényezői alkotják. [2. ábra] A fenti tényezők jelentik a viselkedés megváltoztatásához szükséges modell „kerekének” középpontját. Ezeket kilenc intervenciótípus övezi, melyek célja ezen viselkedési minták befolyásolása. A viselkedési minták megváltoztatásával egyúttal az adott egyén és/vagy társadalom viselkedése is befolyásolhatóvá válhat a tudatos és nem tudatos – nem megfigyelhető – rétegek változásának eredményeképpen. A kerék középpontja körül hét szakpolitikai kategória található, melyek ezen beavatkozások megvalósulását befolyásolják és lehetővé teszik. Ez egy nem lineáris modell, egy viselkedési rendszer, amelyben – akárcsak a szakpolitikai

rétegen belül a funkciók és az intervenciók – a komponensek kölcsönhatásban állnak egymással. Annak érdekében, hogy az egyén és/vagy a társadalom egészséget befolyásoló viselkedése, egészségkultúrája pozitívan változzon, többféle intervenció eszközzel és többféle szakpolitikai irányból szükséges beavatkozni.<sup>6</sup>

A következő alkalmazott módszer az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatáshálónak az egészséges táplálkozás kormányzati és egyéb társadalmi szereplők általi támogatásának, szerepének lehetőségeit vizsgálja. Emellett az egészségbarát viselkedés kialakulásában szerepet játszó, a közöttük fennálló főbb kapcsolati irányokat és az azokat pozitív irányba befolyásolni képes hatásokat mutatja be egy ábra segítségével. [3. ábra]

2. ábra: A Viselkedésváltozás kereké modell<sup>4</sup>



Forrás: Michie S, et al (2011)

3. ábra: Egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló



Forrás: Csizmadia P. és mtsi (2014)

Az ábra megértéséhez elengedhetetlen az egészségbarát viselkedés kialakításában résztvevők pontosabb leírása. A kormányzat, törvényalkotás csoportjába nemcsak a központi szereplők, hanem a helyi önkormányzatok és képviselőtestületek is beleértendők. Az intézmények, szervezetek megnevezés főként az államigazgatási, egészségügyi, oktatási intézményeket, és non-profit szervezeteket fedi; a gyártók, termelők, forgalmazók, szolgáltatók (továbbiakban gazdasági szereplők) körébe pedig valamennyi hasonló tevékenységet végző csoport, tehát például az egészségügyi szolgáltatók is beleértendők. A média csoportja valamennyi, kommunikációs tevékenységet végző szereplő összefoglaló megnevezése. Az egyének, csoportok, fogyasztók magukba foglalják például a családot, lakóközösségeket, a munkahelyi- és vallási közösségeket is.

A bemutatott ábra szereplőinek együttes, egy időben, egy irányba ható interakciójával vélhetően rövid idő alatt is számottevő eredményeket lehet elérni az egészségbarát viselkedés kialakításában Magyarországon.<sup>7</sup>

A fent bemutatott modellek és eszközök szintetizálása, valamint annak továbbfejlesztése képezte a közleményben ismertetett viselkedés megváltoztatását célzó beavatkozások tervezésének módszertani alapját a kiválasztott célcsoportra alkalmazva. A módszer újszerűsége abban rejlik, hogy míg a COM-B modellt az eredeti közleményben Michie és munkatársai az egyének és csoportok viselkedésének meghatározó tényezőire alkalmazták, jelen közlemény szerzői azonban kísérletet tesznek azt a fentebb ismertetett hatásháló társadalmi szereplőire is alkalmazni. A szerzők a viselkedés megváltoztatást

célzó beavatkozási irányok tervezését a Michie és munkatársai által összeállított, beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> mentén haladva, valamint azt továbbgondolva, a hatásháló rendszerében elhelyezve igyekeztek megvalósítani.

## EREDMÉNYEK

A fent bemutatott módszertan alkalmazásával a szerzők a kiválasztott célcsoporthoz (5. osztályosok 1. csoportja) illesztve azonosították a viselkedésük jellemzőit, a viselkedést előidéző és determináló problémákat, az ehhez illeszthető beavatkozásokat, valamint a hozzájuk kapcsolódó színtereket és a különböző társadalmi szereplőknek a megvalósításban elvárt funkcióit. Ennek eredményeként a szerzők az 5. osztályos tanulók egészségtelenül táplálkozó csoportját, mint életstílust, valamint annak befolyásoló tényezőit helyezték fókuszba, kiegészítve olyan szemponttal, amely számba veszi, hogy milyen változtatásokra, beavatkozásokra van szükség a viselkedés megváltoztatásához, konkrét példákkal, beavatkozási javaslatokkal valamint a megvalósítók megjelölésével.

A célcsoport főbb jellemzői az egészségtelen táplálkozás, sok számítógép és televízió előtt eltöltött idő, az iskolához kapcsolódó negatív attitűd, melynek következtében nem szeretik az iskolához kötődő tevékenységeket és nem tartják hasznosnak az ott tanultakat. Az iskolával kapcsolatos negatív attitűd mellett a szülők alacsony társadalmi-gazdasági státusza és a faluhelyen lévő lakóhely is nehezíti a beavatkozás megfelelő színterének kiválasztását. A célcsoport egészségstílusát figyelembe véve a viselkedés megváltoztatását elősegítő beavatkozások tervezése szempontjából az iskola feltételezhetően megfelelőbb színtér lehet. Annak érdekében, hogy az iskolában megvalósuló egészségfejlesztési programok elérjék céljukat, először a célcsoport iskolával szembeni negatív attitűdjét, iskolához fűződő viszonyát kell pozitívrá változtatni. Tehát olyan beavatkozások tervezésére van szükség, amelyek a tanulók számára az iskolában sikerélményt nyújtanak, növelik önbizalmukat.

Fontos megjegyezni továbbá, hogy az 5. osztályos tanulók viselkedése – hasonlóan bármely más társadalmi csoportéhoz – mélyen beágyazott, nemcsak a

szülők, a család, hanem más társadalmi szereplők által alkotott tágabb környezetbe is. Ily módon belátható, hogy a tágabb környezet egészségbarát táplálkozást elősegítő viselkedése meghatározó lehet a célcsoport viselkedésére nézve. Emiatt a szerzők a hatáshálóban bemutatott társadalmi szereplők releváns viselkedését és az azt befolyásoló tényezőket is azonosították a COM-B modell alapján. Így tehát egyrészt a célcsoport, másrészt – az annak viselkedésére hatással lévő – társadalmi szereplők viselkedését módosító beavatkozások tervezésére mutatnak be módszertant. Már előljáróban szükséges hangsúlyozni, hogy a javasolt beavatkozások példa jellegűek, tehát semmiképp nem tekinthetők kizárólagosnak, másrészt megvalósításuk nyilvánvaló feltétele az érintettek bevonásával történő részletes kidolgozás.

A bemutatott módszerek segítségével a viselkedés megváltoztatását célzó beavatkozások tervezési lépéseinek megalkotásakor a szerzők nagyban támaszkodtak a Viselkedésváltoztatás kereke elektronikus könyvében foglalt útmutatójára, illetve annak mellékletét képező munkafüzetre.<sup>8</sup> A beavatkozások tervezéséhez a munkafüzet alapján kidolgozott viselkedésváltoztatási módszertan lépéseit a 4. ábra mutatja be. A lépések kidolgozásához az ábrán jelzett segédtablák nyújtanak segítséget.

Az 5. lépést, azaz a beavatkozások kiválasztásának lépését valamennyi társadalmi szereplő (a közintézmények és non-profit szervezetek, a gazdasági szereplők, a média, a kormányzat és a képviselőtestületek) viselkedésének megváltoztatására is alkalmazni szükséges. Azok ugyanis egyrészt közvetlen hatással vannak a vizsgált célcsoport viselkedésére, másrészt a többi társadalmi szereplőn keresztül közvetve is befolyásolják a célcsoport magatartását. A társadalmi szereplők viselkedését befolyásoló tényezők és annak megváltoztatására szolgáló beavatkozások a 4. táblázatban elkülönítve kerültek feltüntetésre. Ezt követően az egészségkockázatot jelentő viselkedések megváltoztatását célzó lehetséges beavatkozási irányok azonosítása történik.

4. ábra: A megváltoztatni kívánt viselkedést célzó beavatkozás tervezési lépései



Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

A beavatkozások tervezésekor az első feladat a megváltoztatni szándékozott magatartás, a szintér és a közvetlenül érintettek körének meghatározása. [1. táblázat]  
 A 2. segédtábla a beavatkozás hatásosságának előzetes értékelését teszi lehetővé, oly módon, hogy a tervezők a megváltoztatni szándékozott viselkedésekre egyenként, négy különböző szempontból, egy

1-4-ig terjedő skálán megbecsülik a várható hatást. Feltételezhetően annak a viselkedésnek a megváltoztatása a legígéretesebb, amelyik az értékelésben a legalacsonyabb pontszámot éri el. [2. táblázat]  
 A következő lépés a fenti módszerrel kiválasztott, megváltoztatni kívánt viselkedés mélyrehatóbb jellemzése. [3. táblázat]

1. táblázat: Segédtábla a befolyásolni kívánt viselkedés kiválasztásához

<b>A befolyásolni kívánt viselkedés megnevezése:</b>	Egészségtelen táplálkozás, túlzott képernyőhasználat, könyvolvasás hiánya
<b>Hol fordul elő ez a viselkedés?</b>	Otthon, iskola
<b>Milyen célcsoport körében fordul elő?</b>	5. osztályos tanulók

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés



2. táblázat: Segéd tábla a megváltoztatni kívánt viselkedés kiválasztásához

A megváltoztatni kívánt lehetséges viselkedések listája	A viselkedésváltoztatás hatása (1 – nagyon ígéretes, 2 – ígéretes, 3 – kevésbé ígéretes, de megfontolásra érdemes, 4 – elfogadhatatlan)	A viselkedés megváltozásának valószínűsége (1 – nagyon ígéretes, 2 – ígéretes, 3 – kevésbé ígéretes, de megfontolásra érdemes, 4 – elfogadhatatlan)	Tovagyűrűző hatás (1 – nagyon ígéretes, 2 – ígéretes, 3 – kevésbé ígéretes, de megfontolásra érdemes, 4 – elfogadhatatlan)	Mérhetősége (1 – nagyon ígéretes, 2 – ígéretes, 3 – kevésbé ígéretes, de megfontolásra érdemes, 4 – elfogadhatatlan)
Egészségtelen ételek fogyasztása: (gyakori szénsavas üdítőital-, energiaital-, chips-, gyorséttermi étel-, édességfogyasztás)	2	1	2	1
Televízió nézéssel, számítógépezéssel töltött idő számottevő	3	2	2	1
Könyvolvasás hiánya	2	2	1	2
<b>A kiválasztott viselkedés</b>	Egészségtelen ételek fogyasztása (gyakori szénsavas üdítőital-, energiaital-, chips-, gyorséttermi étel-, édességfogyasztás)			

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

3. táblázat: Segéd tábla a kiválasztott, megváltoztatni kívánt viselkedés jellemzésére

<b>A kiválasztott, megváltoztatni kívánt viselkedés</b>	Egészségtelen ételek fogyasztása: (gyakori szénsavas üdítőital-, energiaital-, chips-, gyorséttermi étel-, édességfogyasztás)
<b>Kiket érint a megváltoztatni kívánt viselkedés?</b>	5. évfolyamos tanulók, szülők, iskola, kormányzati döntéshozók, gyártók, szolgáltatók
<b>Milyen változtatásokra van szükség a kívánt viselkedés eléréséhez?</b>	Ételkínálat javítása; egészségkockázatot jelentő ételek hozzáférhetőségének korlátozása; gyermekek és szüleik egészségesebb választásának ösztönzése
<b>Mikor van szükség a megvalósításra?</b>	Mindenkor
<b>Hol kerülhet sor a megvalósításra?</b>	Iskola, háztartás, közterület, élelmiszerüzletek
<b>Milyen gyakran szükséges beavatkozni?</b>	Állandó jelleggel
<b>Kikre van szükség a megvalósításhoz?</b>	Egyén, kortársak, szülők, tanárok, kormányzat, gyártók, szolgáltatók, intézmények, szervezetek, média

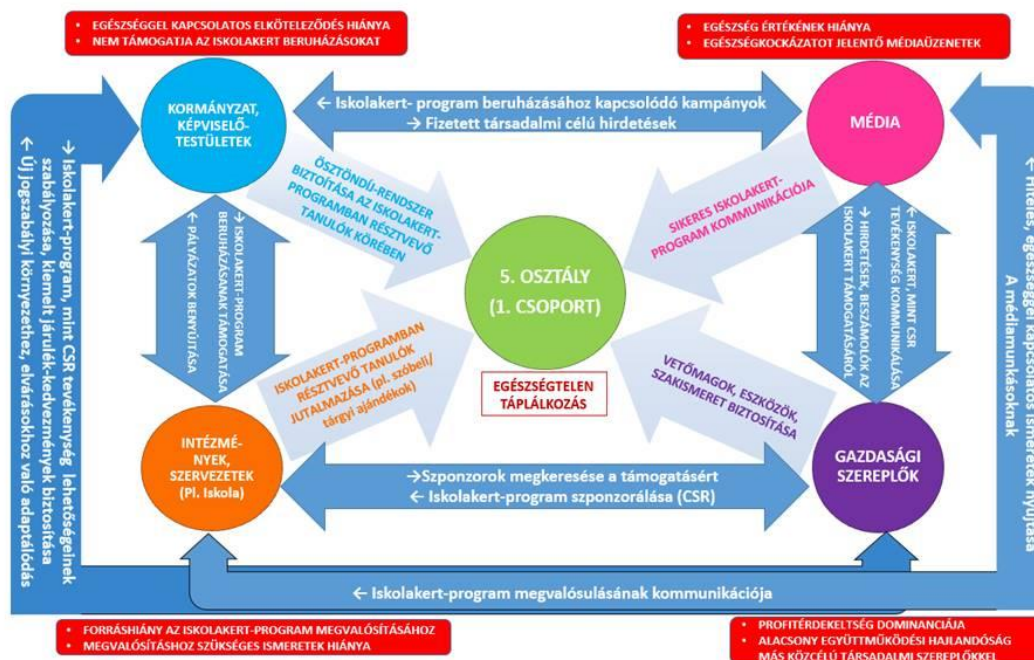
Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

A 4. lépés során a célcsoportra és minden társadalmi szereplőre külön-külön, a COM-B modell alkalmazásával, meghatározzák a megváltoztatni kívánt viselkedésük befolyásoló tényezőit. Ezt követően az 5. lépésben egy konkrét beavatkozási példán keresztül a társadalmi szereplőket, mint befolyásoló tényezőket vizsgálják meg annak érdekében, hogy azonosítsák azokat az egészségkockázatot jelentő/támogató viselkedéseket, melyek a kiválasztott célcsoport egészségtudását negatív irányba befolyásolják. [5. ábra: Az 5. osztály egészségtelen táplálkozást befolyásoló társadalmi szereplőinek viselkedése és annak megváltoztatására irányuló lehetséges beavatkozási irányok hálója az iskolakert-program példáján keresztül] Az ábra az iskolakert kialakításának példáján keresztül szemlélteti a kiválasztott célcsoport egészségtelen táplálkozását befolyásoló társadalmi szereplők viselkedéseit és azok megváltoztatását célzó iskolakert-beavatkozás többirányú, több társadalmi szereplő bevonásával megvalósuló folyamatának modelljét. Az ábra kulcsszereplői a köralakzatban elhelyezett különböző társadalmi szereplők, valamint közepén, a kiválasztott célcsoport (5. osztály 1. csoportja), amelynek megváltoztatandó viselkedését (egészségtelen táplálkozás) társadalmi szereplők vi-

selkedésével, illetve beavatkozásával kívánunk megváltoztatni. Minden társadalmi szereplőnél megjelennek az azonosított – adott társadalmi szereplő egészséggel kapcsolatos viselkedését negatívan befolyásoló tényezők. Az ábrán szereplő nyilak a társadalmi szereplők egymásra gyakorolt hatását, befolyását szemléltetik, egy-egy lehetséges beavatkozási tevékenység példájával kiegészítve, amely az azonosított negatív befolyásoló tényezőket igyekszik pozitív irányba befolyásolni. A nyilak – a célcsoport kivételével – kétirányúak, amely azt hivatott jelölni, hogy az adott társadalmi szereplők viselkedésükkel – például társadalmi felelősségvállalással (CSR – *Corporate social responsibility*) – és tevékenységeikkel nem csak az adott célcsoport viselkedését, hanem egymás viselkedését is befolyásolhatják tevékenységeiken keresztül. Az ábra szerkesztésével a szerzők egy adott viselkedés befolyásoló tényezőinek és azok kezelésének komplexitását/összefüggéseit igyekeztek szemléltetni.

Ezt követően az egészségkockázatot jelentő viselkedések megváltoztatását célzó lehetséges beavatkozási irányok azonosítása történik. [4. táblázat - 9. táblázat]

5. ábra: Az 5. osztály egészségtelen táplálkozást befolyásoló társadalmi szereplőinek viselkedése és annak megváltoztatására irányuló lehetséges beavatkozási irányok hálója az iskolakert-program példáján keresztül



Forrás: Csizmadia P. et al (2014) Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló c. tanulmánya alapján saját szerkesztés

4. táblázat: Segéd tábla az 5. osztályos tanulók 1. csoportjában megváltoztatni kívánt közvetlen viselkedést befolyásoló tényezők és a megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK <sup>i</sup>	MEGVALÓSÍTÓK
<b>Fizikai képesség</b>	n.r. <sup>ii</sup>	n.r.	n.r.
<b>Pszichológiai képesség</b>	Lehangolt érzelmi állapot, alvásproblémák, önbizalomhiány, megküzdési képességek hiányosságai.	Sikerélményt kínáló, bevonó közösségi programok szervezése (pl. iskolakert program kiépítése).	Iskola (kiemelt közintézmény); Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Fizikai környezet</b>	Hozzáférés az egészségkockázatot jelentő élelmiszerekhez (szénsavas üdítőitalok, chips), otthon, iskolában, üzletekben.	Egészségkockázatot jelentő élelmiszerekhez való hozzáférés korlátozása az iskolában (pl. iskolai büfé és a közétkeztetés kínálatának szabályozása, iskolakert program kialakítása).	Kormányzatok, képviselőtestületek.
<b>Társas környezet</b>	Alacsony társadalmi-gazdasági státusz, negatív szülői és kortárs minta.	Szülők és kortársak oktatása az egészségbarát táplálkozással kapcsolatos ismeretekről (pl. a családdal közösen megoldandó házi feladatok, ismeretterjesztő foglalkozások, előadások).	Iskola (kiemelt közintézmény); Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Reflektív motiváció</b>	Iskolához kapcsolódó negatív attitűd.	Iskolai sikerélmények biztosítása, önbizalom erősítése (pl. számítógépes verseny, ételkészítési verseny).	Iskola (kiemelt közintézmény); Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Automatikus motiváció</b>	Önbizalomhiány, megküzdési képességek alacsony szintje.	Támogató, befogadó iskolai légkör kialakítása (pl. önbizalom és megküzdést elősegítő oktatási módszerek alkalmazása).	Iskola (kiemelt közintézmény)

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

<sup>i</sup> A beavatkozás jelen értelmezésében csupán irányokat jelöl ki, amelynek részletes kifejtése és megtervezése a döntéshozók, szakemberek és további érdekhordozók együttműködésén kell alapulnia a továbbiakban.

<sup>ii</sup> n.r. = nem releváns, az adott dimenzióban nem értelmezhető

5. táblázat: Segéd tábla az iskolának (mint kiemelt közintézménynek) az 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló más társadalmi szereplők együttműködésbe való bevonás hiányának megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK	MEGVALÓSÍTÓK
<b>Fizikai képesség</b>	Iskolai étkeztetés infrastruktúrája, iskolai étkeztetés és büfé termékinálata az egészség szempontjából nem megfelelő; Iskolai számítógépes infrastruktúra hiányosságai.	Infrastruktúra fejlesztésének és ételkínálat átalakításának támogatása (pl. tankönyv kialakításához, iskolakert kiépítéséhez anyagi támogatása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek.
<b>Pszichológiai képesség</b>	Pedagógusok egészséggel kapcsolatos ismereteinek hiányosságai; Iskolai egészségkultúra kialakításához szükséges pedagógiai módszertani problémák; Pedagógusok szakmai hiányosságai.	Pedagógusképzés egészség szempontú fejlesztése (pl. egészségbarát táplálkozással, megküzdési képességekkel); Pedagógusok pszichés képességeinek és készségeinek fejlesztése (pl. szupervízió, csoportfoglalkozások); A pedagógusképzés és foglalkoztatás felvételi kritériumának szigorítása (pl. pszichológiai alkalmasság kiemelt súlyozása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.
<b>Fizikai környezet</b>	Környező élelmiszerboltok kínálatának hiányosságai; Külső sportlétesítmények, közösségi terek, helyiségek hiányosságai.	Környező élelmiszerboltok egészségbarát kínálatának kialakítása (pl. termékeknek az üzlet polcain való egészségbarát elhelyezése; szabályozás, adókedvezmények); Külső sportlétesítmények, közösségi terek, helyiségek, eszközök iskolások számára hozzáférhetővé tétele (pl. sportszerek, klubhelyiségek megnyitása az iskola és a lakosság számára).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek.
<b>Társas környezet</b>	Az adott iskola (mint kiemelt közintézmény) és más közintézmények (pl. iskolák), szervezetek, valamint a helyi média és gazdasági szereplők együttműködésének gyengeségei.	Iskolán kívüli társadalmi szereplőkkel való együttműködés fejlesztése (pl. iskolák közötti vetélkedők szervezése, intézménylátogatások); Iskolának a helyi közösségben történő szerepvállalása (pl. számítógép-kezelés oktatása idősebbeknek, könyvtár, tornaterem megnyitása a lakosság számára); Helyi média és az iskolai média közös szerepvállalása (pl. az egészséggel kapcsolatos üzenetek terjesztése, közös kampányok).	Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Reflektív motiváció</b>	Nem érdekelt a másokkal való együttműködésben.	Egészségbarát iskolai kultúra kialakításának és más társadalmi szereplőkkel történő együttműködés ösztönzése (pl. teljes körű iskolai egészségfejlesztéshirdető pályázatok kiírása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek
<b>Automatikus motiváció</b>	Más társadalmi szereplőkkel való együttműködés kultúrájának gyengesége.	Együttműködés lehetséges korlátainak lebontása (pl. az iskola nagyobb önállóságának biztosítása szabályozással); Helyi társadalmi szereplők iskolákat támogató tevékenységének ösztönzése (pl. adókedvezmény a helyi gazdasági szereplőknek a közéletben való részvétellel).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Média.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

<sup>iii</sup> A teljes körű iskolai egészségfejlesztés megvalósítását – összhangban a Teljes Körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptióval (<http://projektek.egeszseg.hu/web/tie/tudastar>) – a tanulók testi és lelki egészségére, a teljes iskolai közösségre, több társadalmi szereplő bevonására vonatkozóan értelmezik.

6. táblázat: Segéd tábla a gazdasági szereplőknek 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló egészségkockázatot jelentő élelmiszer, étel termelésének, gyártásának, forgalmazásának megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK	MEGVALÓSÍTÓK
<b>Fizikai képesség</b>	Egészségkockázatot jelentő élelmiszerek előállítására alkalmas berendezések, eljárások alkalmazása.	Egészségbarát élelmiszer, étel előállításához, kínálatához szükséges infrastruktúra fejlesztése (pl. gyártósor átalakítása, célzott kormányzati pénzügyi ösztönzők alkalmazása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők.
<b>Pszichológiai képesség</b>	Élelmiszerek, ételek egészségkockázati jellemzőinek csökkentéséhez szükséges ismeretek hiányosságai; Az egészségkockázatot jelentő termékek reklámozása, hirdetésének lehetősége és gyakorlata.	Élelmiszerek, ételek egészségkockázati jellemzőinek csökkentéséhez szükséges ismeretek átadása (pl. egészségbarát közétkeztetéssel kapcsolatos előadások tartása, tájékoztató anyagok, ajánlások eljuttatása); Az egészségkockázatot jelentő termékek reklámozásának, hirdetésének korlátozása (pl. médiatörvény vonatkozó rendelkezéseinek szigorítása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.
<b>Fizikai környezet</b>	Egészségbarát élelmiszerek, ételek hozzáférhetőségeinek nehézségei, ill. ilyeneket előállító, forgalmazó, szolgáltató gazdasági szereplők hiánya.	Egészségbarát élelmiszerek, ételek hozzáférhetőségeinek növelése (pl. adókedvezmények biztosítása a magas tápértékű élelmiszerek előállításához).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők.
<b>Társas környezet</b>	Egészségbarát élelmiszereket, ételeket előállító, forgalmazó, szolgáltatók gazdasági versenytársainak hiánya; Egészségtudatos lakosság hiánya.	Egészségbarát élelmiszereket előállító, forgalmazó, szolgáltatók közötti gazdasági verseny előmozdítása (pl. egészségbarát technológiát alkalmazó vállalkozások indításának támogatása); Egészségtudatosság növelése oktatás, képzés, kommunikációs kampányok által.	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Reflektív motiváció</b>	A termelők, gyártók, forgalmazók, szolgáltatók nem érdekeltek eléggé az egészségbarát szempontoknak való megfelelésben.	A gyártók, termelők, forgalmazók, szolgáltatók támogatása az egészségbarát élelmiszerek, ételek hozzáféréseinek növelése érdekében (pl. adópolitika, beruházás támogatása); A verseny növelésének elősegítése az egészségbarát élelmiszerek, ételek piacán (pl. kormányzati szabályozás); Fogyasztói elvárások, igények növekedésének elősegítése (pl. média kampányok, közintézmények állásfoglalásai).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Automatikus motiváció</b>	Az egészség értékének a vállalkozási kultúrában megfigyelhető hiánya.	Az egészség értékének vállalkozási kultúrában történő érvényesülésének elősegítése (pl. a fogyasztók egészségét még inkább szem előtt tartó élelmiszer-címkék jogszabályi előírása <sup>iv</sup> ).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Gazdasági szereplők; Média.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

<sup>iv</sup> A jogszabály az egészség megőrzését támogatja, ezáltal az adott kultúrában élők, így a gazdasági döntéshozók gondolkodását és viselkedését is befolyásolja.

7. táblázat: Segéd táblázat a kormányzat és képviselőtestületek 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló jogszabályalkotási és finanszírozási tevékenységének megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK	MEGVALÓSÍTÓK
<b>Fizikai képesség</b>	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Pszichológiai képesség</b>	Egészségkockázatot jelentő élelmi-szerekhez, ételekhez és az egészségbarát táplálkozáshoz kapcsolódó ismeretek hiányosságai.	Az egészségbarát táplálkozás előmozdításához szükséges döntéshozókat célzó ismeretek biztosítása, ajánlások előállítása, eljuttatása (pl. döntéshozó-kutató találkozók szervezése).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.
<b>Fizikai környezet</b>	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Társas környezet</b>	Az együttműködés hiányosságai az egészségbarát táplálkozásban érintett más társadalmi szereplőkkel a döntéshozás során; Gazdasági szereplők egészségkockázatot növelő lobbitevékenysége.	Más társadalmi szereplők, ágazatok bevonása a döntés-előkészítésbe (pl. egészségügyi szaktanácsadók alkalmazása a döntés-előkészítésben); A döntés-előkészítés nyilvánosságának biztosítása (pl. nyílt egyeztetések, nyilvános szerződések).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Gazdasági szereplők; Média.
<b>Reflektív motiváció</b>	A döntéshozók számára nem feltétlenül elsőrendű érdek az egészségbarát táplálkozás előmozdítása.	A döntés-előkészítésben és döntéshozásban résztvevők egészségbarát táplálkozással kapcsolatos attitűdjének kedvező irányú változtatása (pl. médiakampány az élelmiszercímkezés javításáért).	Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Automatikus motiváció</b>	Az egészség értékének a döntéshozás kultúrájában megfigyelhető hiányosságai.	Az egészség értékének a döntéshozás kultúrájában történő növelése (pl. jogszabály az egészségügyi ágazati szereplők bevonására, szakértők alkalmazására a döntés-előkészítésbe).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

8. táblázat: Segéd táblázat a közintézmények, szervezetek 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló tudás-előállító és átadó tevékenységének megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK		VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK	MEGVALÓSÍTÓK
<b>Fizikai képesség</b>	Hiányos az infrastruktúra, anyagi és humán erőforrás az egészségbarát táplálkozás előmozdításához szükséges vizsgálatok elvégzéséhez.	Infrastruktúra, anyagi és humán erőforrás fejlesztése az egészségbarát táplálkozás előmozdításához szükséges vizsgálatok elvégzéséhez (pl. költségvetési keret növelése, kutatások megrendelése, projektek kiírása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.
<b>Pszichológiai képesség</b>	Egészségbarát táplálkozás előmozdításával kapcsolatos és a tudásátadás módszereire vonatkozó ismeretek hiányossá-gai.	Egészségbarát táplálkozás előmozdításával kapcsolatos és a tudásátadás módszereire vonatkozó ismeretek fejlesztése (pl. szakmai fórumok rendezése, továbbképzések tartása, interdiszciplináris munkacsoportok kialakítása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Gazdasági szereplők.
<b>Fizikai környezet</b>	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Társas környezet</b>	Más társadalmi szereplők szakmai elismerésének, bizalmának hiánya.	Szakmai elismerés, bizalom növelését célzó tudományos tevékenységek támogatása (pl. tájékoztatás tudományos sikerekről, részvétel más társadalmi szereplők problémáinak megoldásában).	Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Reflektív motiváció</b>	Más társadalmi szereplőkkel való együttműködés egészségbarát témában előforduló érdekellentétei; Szakmai konszenzus hiánya.	Az egészséget támogató együttműködés érdekeltiségeinek megteremtése (pl. együttműködési kötelezettség jogszabályban történő lefektetése); Szakmai álláspontok közelítését célzó egyeztetések szervezése (pl. kerekasztal beszélgetések szervezése).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Gazdasági szereplők.
<b>Automatikus motiváció</b>	A szakmai igényesség, más társadalmi szereplőkkel való együttműködés kultúrájának gyengesége.	Szakmai verseny és együttműködés előmozdítását célzó intézkedések (pl. szakmai minősítési rendszer bevezetése, élethosszon át történő tanulás előmozdítása; együttműködés lehetséges korlátainak lebontása (pl. nagyobb önállóság biztosítása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

9. táblázat: Segéd táblázat a média 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló kommunikációs tevékenységének megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	MEGVÁLTOZT KÍVÁNT VISELKEDÉS	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOKMILYEN BEAVATKOZÁSOKRA VAN SZÜKSÉG?	MEGVALÓSÍTÓK
<b>Fizikai képesség</b>	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Pszichológiai képesség</b>	A médiamunkások nem megfelelő, kevésbé hiteles forrásból származó egészséggel kapcsolatos ismeretei.	Hiteles egészséggel kapcsolatos ismeretek nyújtása a médiamunkásoknak (pl. speciális képzések, rendszeres sajtóreggelik, háttérbeszélgetések); Hiteles egészséggel kapcsolatos üzenetek biztosításának szabályozása.	Közintézmények, szervezetek; Kormányzatok, képviselőtestületek; Média.
<b>Fizikai környezet</b>	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Társas környezet</b>	Gazdasági szereplők egészségkockázatot jelentő hirdetései; Gazdasági szereplők lobbijének köszönhető hirdetéseket nem eléggé korlátozó szabályozás; Nem eléggé egészségbarát fogyasztói elvárások.	Egészségbarát hirdetési szabályozás bevezetése (pl. jogszabályok szigorítása, adópolitika); A lakosság egészségkultúrájának fejlesztése (pl. közpénzből támogatott tv műsorok, iskolakeretek, tankönyhák).	Közintézmények, szervezetek; Kormányzatok, képviselőtestületek; Média.
<b>Reflektív motiváció</b>	Nem eléggé érdekeltek az egészségbarát táplálkozással kapcsolatos kommunikációban.	Egészségbarát táplálkozásra ösztönző médiatevékenységekre pályázati források biztosítása.	Közintézmények, szervezetek; Kormányzatok, képviselőtestületek; Média.
<b>Automatikus motiváció</b>	Az egészség értékének a média kultúrában megfigyelhető hiányosságai.	Az egészségbarát médiakultúra kialakulásának előmozdítása, a média belső változási igényének megteremtése (pl. a lakosság egészségét még inkább szem előtt tartó tartalmak előállítása).	Gazdasági szereplők; Média.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés



A következő és egyben a beavatkozás megvalósítását megelőző további lépés az intervenciók funkciók ún. APEASE kritériumoknak, úgy, mint *affordability* (megfizethetőség), *practicability* (alkalmazhatóság), *effectiveness* és *cost-effectiveness* (hatékonyság, költség-hatékonyság), *acceptability* (elfogadhatóság); *side-effects/safety* (mellékhatások/biztonság), *equity* (igazságosság) való megfelelés-vizsgálata. Utóbbi minden társadalmi szereplő által érintett beavatkozás tervezésének folyamatába illetve szükséges szem előtt tartani.

A fenti táblázatban szereplő iskolakert kiépítésének – mint egy lehetséges jövőben kidolgozásra váró beavatkozási irány – példáját kiragadva, a teljeskörűség és kidolgozottság igénye nélkül, az APEASE kritériumok érvényesülését vizsgálták a szerzők az alábbiak szerint:

- a megfizethetőség szempontja abban az esetben teljesülhet, ha erre a célra megtörténik a forrásallokáció (pl. kormányzati infrastruktúra-beruházás útján);
- az alkalmazhatóság teljes mértékben megfelelőnek tűnik, mivel iskolakertek országsszerte több település iskolájában sikeresen megvalósultak már és működnek napjainkban is;
- a hatékonyság és költség-hatékonyság szempontjának érvényesülésére azonban nem állnak rendelkezésre adatok;
- az elfogadhatóságát előre láthatólag nem akadályozza a lakosság, sem pedig szakmai, politikai érdekek;
- nem mutatható ki összeférhetetlenség a hatályos jogszabályokkal és szakmai irányelvekkel sem;
- az esetlegesen felmerülő mellékhatások és biztonságosság tekintetében, az iskolakert művelése közben előforduló sérülés és baleset kockázata reális, bekövetkezése nem zárható ki;
- a beavatkozás méltányossággal kapcsolatos elvárásai maradéktalanul megvalósulnak, ugyanis az iskolakert a különböző társadalmi-gazdasági státuszú gyermekek ismereteit, társas készségeit, fizikai és lelki képességeit (testi és lelki egészségét) egyaránt fejlesztheti.

## MEGBESZÉLÉS

A jelenleg felvázolt módszer egy viszonylag újszerű megközelítés, amely a hatékony beavatkozások ki-fejlesztése érdekében a tervezéshez kapcsolódó gondolkodást vezetheti. Az alkalmazott modell integrálja az elmúlt évtizedek magatartás megváltoztatására vonatkozó számos elméletét.<sup>10,11</sup> A modell kidolgozására az elméleti és az alkalmazott pszichológia neves szakembereinek egy csoportja vállalkozott a 2000-es évek elején.<sup>12</sup> Az áttekintett elméletek összegzésével Michie és munkatársai megalkották a COM-B modellt, amely leírja az egészségmagatartás és az azt befolyásoló tényezők összetett hatásrendszerét.<sup>13</sup> Az eredeti közleményben egyénekre és közösségekre tervezték, a szerzők azonban ettől eltérően kitágították értelmezési keretét a társadalmi szereplőkre is. Azonban az így kifejlesztett módszer alkalmazásának működőképességével és hatásosságával kapcsolatos mérések jelen közlemény keretein túlmutatnak. Az ily módon tervezett beavatkozások megközelítésének helyességét a továbbiakban hatásvizsgálatokkal lehet igazolni.

A szerzők által javasolt módszertannal komplex, több szintű és több társadalmi szereplő bevonásával hatásosnak ígérkező beavatkozások jelölhetők ki a társadalmi szereplők döntéshozói számára.

Fenti megállapításhoz csatlakozik Ban Ki-moon ENSZ főtitkár álláspontjával összhangban lévő, a Lancet folyóiratban közölt bizottsági közlemény<sup>14</sup> is. A közlemény szerint a legerőteljesebb beavatkozásnak a serdülők egészsége és jólléte érdekében ágazatközi, többszintűnek, valamint több alkotóelemmel rendelkezőnek kell lennie. Emellett a fiatalokat el kell kötelezni és képessé kell tenni arra, hogy részt vegyenek a felelősségvállalásban és a változás elérésében. Az új megközelítés strukturális, média, közösségi, online, iskolai elemeket valamint megelőző és egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatásokat tartalmaz. A Globális Stratégia szintén hangsúlyozza a felelősségvállalás fontosságát, az innovatív finanszírozás szükségességét és legfőképpen a – jelen közleményben társadalmi szereplőknek nevezett – érdekhordozók összehozását, beleértve magukat a serdülőket, mint a változás ügynökeit. Annak érdekében, hogy hatékonyan munkálkodjunk a serdülőkért a serdülőkkel, fontos az egészségügyi, oktatási, foglalkoztatási, kormányzati

és egyéb ágazatok érdekhordozóinak elkötelezése.<sup>15</sup>

Fontos megjegyezni, hogy egy adott célcsoport/társadalmi szereplő megváltoztatni kívánt viselkedését befolyásoló tényezők azonosítása során alkalmazott COM-B módszer tényezői – különös tekintettel a reflektív és automatikus motivációra – szintén hatással vannak egymásra. A társas környezet motivációs tényezői (pl. kulturális különbségek, hiányosságok az egészséges táplálkozást illetően) befolyásolják az egyén automatikus motivációját és visszahatnak arra, amely meghatározza a viselkedésüket, szokásaikat. Ha a társas motivációt képesek vagyunk befolyásolni, azzal elősegíthetjük az egyén automatikus, önmagára irányuló motivációjának (pozitív) változását is.

A társas motivációra hatással van a kultúra (szokások, elfogadott szerepek, normák, szabályok) me-

lyet akkor lehet a leghatékonyabban megváltoztatni – az egészséges táplálkozás tekintetében is –, ha a társadalom többi szereplőjét bevonva, azok rendelkezésre álló eszközeinek alkalmazásával történik a beavatkozás, ily módon megvalósítva a többszintű, több irányból történő beavatkozás igényét.

Jelen közlemény az egészségstílusokhoz illesztett beavatkozások azonosításához igyekszik segítséget nyújtani a népegészségügy szakemberei számára, annak érdekében, hogy a jövőben jól átgondolt, megtervezett beavatkozások kerüljenek megvalósításra több szinten, több ágazat, több társadalmi szereplőjének bevonásával. A népegészségügyi szakembereknek kulcsfontosságú szerepe van – módszertani, döntéstámogató szerepük mellett – a fenti szereplők párbeszédének elindításában, valamint a komplex beavatkozások körülményeit megtervezésének és megvalósításának menedzselésében.

<sup>1</sup> Eszter Balku et al. Egészségjelentés2015. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2015, Budapest.

[http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/asssets/files/news/egeszsegjelent-es-2015.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/asssets/files/news/egeszsegjelent-es-2015.pdf) (Elérve: 2016.06.09.)

<sup>2</sup> Balku E et al. Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I. – Felnőtt felmérés. Egészségfejlesztés, 57. évf. 2. szám (2016)

<sup>3</sup> Balku E et al. Healthstyle survey for segmenting Hungarian schoolchildren and adults – Methodology. Journal of Public Health (közlésre megküldve)

<sup>4</sup> Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci. 2011; 6: 42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42

<sup>5</sup> Kimmel Zs., Vitrai J: Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elegendőek-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. Egészségtudomány, IIX. Évfolyam, 2015. 3. szám

<sup>6</sup> Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J: Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben. Egészségfejlesztés. Budapest. 2015/5-6. 2-13. oldal.

<sup>7</sup> Csizmadia P, Dr. Varsányi P, Ferencz M, Vitrai J. Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló, Egészségfejlesztés, 2014;5-6:10-14

<sup>8</sup> Michie S, Atkins L, West R The Behaviour Change Wheel. A Guide to Designing Interventions (2014) Silverback Publishing <http://www.behaviourchangewheel.com/> (Elérve: 2016.06.10.)

<sup>9</sup> Teljes Körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptióval <http://projektek.egeszseg.hu/web/tie/tudastar> (Elérve: 2016.07.12)

<sup>10</sup> Glanz K, Rimer BK. Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. Heal San Fr. 2005;83:52. doi: 10.1128/MCB.25.21.9532

<sup>11</sup> Morris et al. 2012 Applies Soil Ecology Elsevier, Volume 60. 2012. September

<sup>12</sup> Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. Qual Saf Health Care, 2005;14:26–33. doi: 10.1136/qshc.2004.011155

<sup>13</sup> Michie S, Abraham C. Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? Psychol Health. 2004;19:29–49. doi: 10.1080/0887044031000141199

<sup>14</sup> Patton GC et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. The Lancet. 2016;387:2423–2478.

<sup>15</sup> Ban Ki-moon. Sustainability—engaging future generations now. The Lancet. 2016;387:2356–2358, 11  
DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30271-9

# Az erősebb a gyengébb nem?

## Which is the stronger sex?

Szerzők: Csizmadia Péter✉, Balku Eszter  
*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

Beküldve: 2016.06.01.

**Összefoglaló:** A cikkben a nemek közötti egészséggel kapcsolatos különbségek kerülnek bemutatásra a nemzetközi és a hazai adatgyűjtések alapján. A férfiak halálzási és halandósági adatai világszerte, így hazánkban is kedvezőtlenek, amely adatok összefüggésben állnak a férfiakkal szemben támasztott társadalmi elvárásokkal. A férfiak egészségének javításához egy új egészségügyi és egészség prevenció szemléletre van szükség, amely igyekszik megváltoztatni a férfiak egészségmagatartását, növelve a szándékukat az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére és csökkentve a rizikófaktorokat az egészségükkel kapcsolatban.

**Kulcsszavak:** nemek, férfi, nő, különbség, egészség

**Summary:** This article is an introduction which provides a concise overview of men, maleness and masculinity. We analyse national and international health data on the male population and provide a reviewing men's lifestyles, preventable risk factors, men's health behaviours. We present the overall state of men's health. We state the men's health is unnecessarily worse than can be expected. Finally we mention some good practices that can improve men's health.

**Keywords:** gender, man, woman, difference, health

## BEVEZETŐ

A férfiak és a nők egészsége közti eltérések okainak vizsgálata a nyolcvanas években került a népegészségügy figyelmébe, elsősorban az angolszász országokban. A téma hazánkban sem ismeretlen, hiszen Métneki János és Simon Tamás tollából több cikk megjelent az Egészségfejlesztés folyóiratban 2003-2005 között. A jelen anyagban leírtak nagymértékben támaszkodnak ezekre az előzményekre, azokat naprakész adatokkal frissítve.<sup>1,2</sup>

A nők és a férfiak különböznek egymástól, ez vitathatatlan és szemmel látható tény. Beszélhetünk megfigyelhető, elsődleges, elsősorban biológiai determinált különbségekről, illetve másodlagos jellegű, társadalmilag, kulturálisan meghatározott eltérésekről. E két tényezőt gyakran nem könnyű el-

különíteni egymástól, ennek megfelelően a kutatók véleménye eltér abban, hogy a nemi különbségeket elsősorban biológiai vagy inkább társadalmi, kulturális meghatározottságúnak tekintik. A nemi különbségek közül számos velünk született tulajdonság. Nemünk kromoszómáisan meghatározott, és az intrauterin fejlődésben kialakult nemi státusszal születünk. A férfiak és a nők viselkedését és nemi szerepeit lényeges módon alakítják a biológiai diszpozíciók (anatómia, hormonrendszer, agyi lateralizáció<sup>1</sup>).

A biológiai háttér hatással van a kulturális szerepekre is, és részt vesz a társadalmi szintű különbségek, a nemi szerepek, elvárások létrehozásában, a kulturális előírások és szabályok kialakításában, amelyek meghatározzák a társadalomban élő emberek szexuális attitűdjeit, szokásait.

<sup>1</sup> Szó szerint „oldalivá válás”, azaz a különböző funkciók, mint például a beszéd, az olvasás, az írás, vagy a számolás valamelyik agyféltekéhez köthetők. Ez a féltekei elrendeződés a lateralizáció.

## MÓDSZERTAN

A nemek közötti egészséggel kapcsolatos különbségek bemutatásához a nemzetközi és a hazai adatgyűjtések, illetve felmérések eredményeit összegeztük ebben a cikkben.

## EREDMÉNYEK

### Demográfiai különbségek

A nemek szerinti különbségek között kell említenünk az emberi népességekben rendszeresen megfigyelhető fiúszületési többletet. Születéskor a fiúk aránya általában meghaladja a lányokét, de a férfi túlsúly egy idő után eltűnik. Magyarországon a 2011-ben született csecsemők között 4%-kal több volt a fiú, mint a lány (100 csecsemőből 58 fiú és 42 lány), azonban ez a különbség a két nem között a kor előrehaladtával csökken, 40 éves kortól ez az arány megfordul, és női többlet jellemzi a magyar társadalmat. [1. ábra<sup>4</sup>]

Ugyanezt a folyamatot egy másik adattal az özvegyi családi státusz változásával is érzékeltethetjük. A 40 évesnél idősebb korcsoportokban az özvegyek elsősorban a nők közül kerülnek ki, amely adat a férfiak korai halálzására utal. [2. ábra<sup>4</sup>]

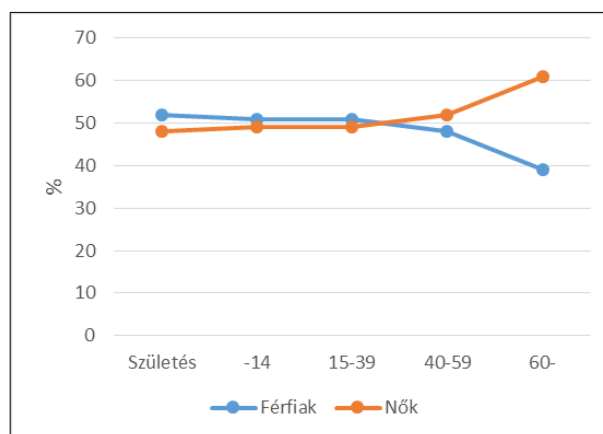
Mi lehet az oka ennek a változásnak? Napjaink társadalomtudományi diskurzusa a nemi szerepek különbségei kapcsán általában a nők hátrányára megnyilvánuló esélyegyenlőtlenségekre fókuszál, pedig van olyan terület, ahol a férfiak szorulnak nagyobb segítségre, ez pedig az egészség.

A statisztikai felmérések, de a közvetlen tapasztalatok is azt mutatják, hogy a házi- és a szakorvosi rendeléseken jóval kevesebb férfi jelentkezik egészségi problémáival, illetve kevesebben vesznek részt a szűrővizsgálatokban, mint a nők. Ebből arra is lehetne következtetni, hogy a férfiak egészségesebbek, kevesebb közöttük a beteg, mint a nők körében. A demográfiai és az egészségstatisztikai adatok viszont egyáltalán nem igazolják a férfiak jobb egészségi állapotát. Például a születéskor várható életkor adata, amely az egyik alapvető tájékoztató szám a lakosság egészségi állapotáról, világszerte és

így Magyarországon is, a férfi lakosság több éves hátrányát mutatja a nőkkel szemben. [3. ábra]

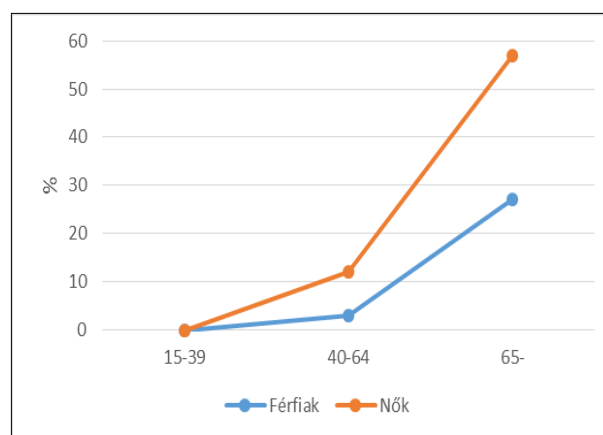
A várható élettartamban mutatkozó különbségeknek részben biológiai okai vannak. Például a tesztoszteron, a férfi nemi hormon túltengése esetén fokozódik az agresszív viselkedés, míg a női nemi hormonnak, az ösztrogénnek számos egészségvédő hatása van. Az ösztrogén védi az érfalakat, így csökken a kardiovaszkuláris megbetegedések kialakulásának esélye. Ez magyarázatul szolgálhat arra, hogy a kardiovaszkuláris megbetegedések miatt fordulnak elő nagyobb arányban általában a férfiak között.<sup>3</sup>

1. ábra: A nemek arányának változása az életkor növekedésével<sup>4</sup>



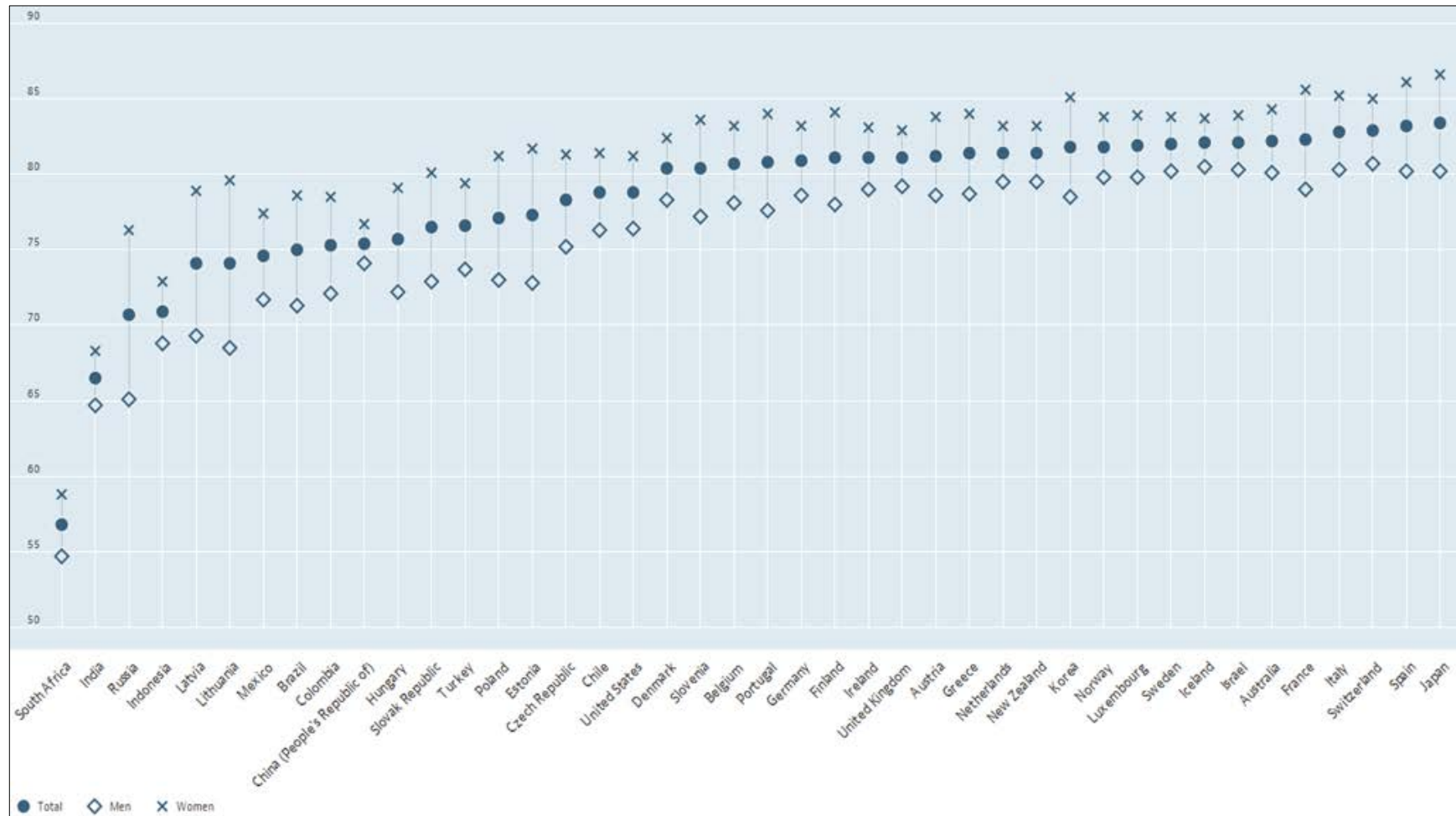
Forrás: KSH, Népszámlálás 2011

2. ábra: Az özvegyek arányának változása az életkor előrehaladtával<sup>4</sup>



Forrás: KSH, Népszámlálás 2011

3. ábra: Várható élettartam alakulása az OECD országokban, 2013<sup>5</sup>



Forrás: OECD, Gender Data Portal

A női nemi hormon protektív hatást fejt ki a bőrre, a nyálkahártyára.<sup>6,7</sup>

A férfiak és a nők szervezete között különbség van az immunválasz tekintetében is, mivel az ösztrogén stimulálja az immunválaszt, míg a tesztoszteron immunszuppresszív.<sup>8</sup> Ez a hatás hajlamosabbá teheti a férfiakat a fertőző megbetegedésekre, amely a férfiak életstílusából s az egészségmagatartásából fakadó tényezők miatt növelheti az egészségügyi problémák kialakulásának kockázatát.

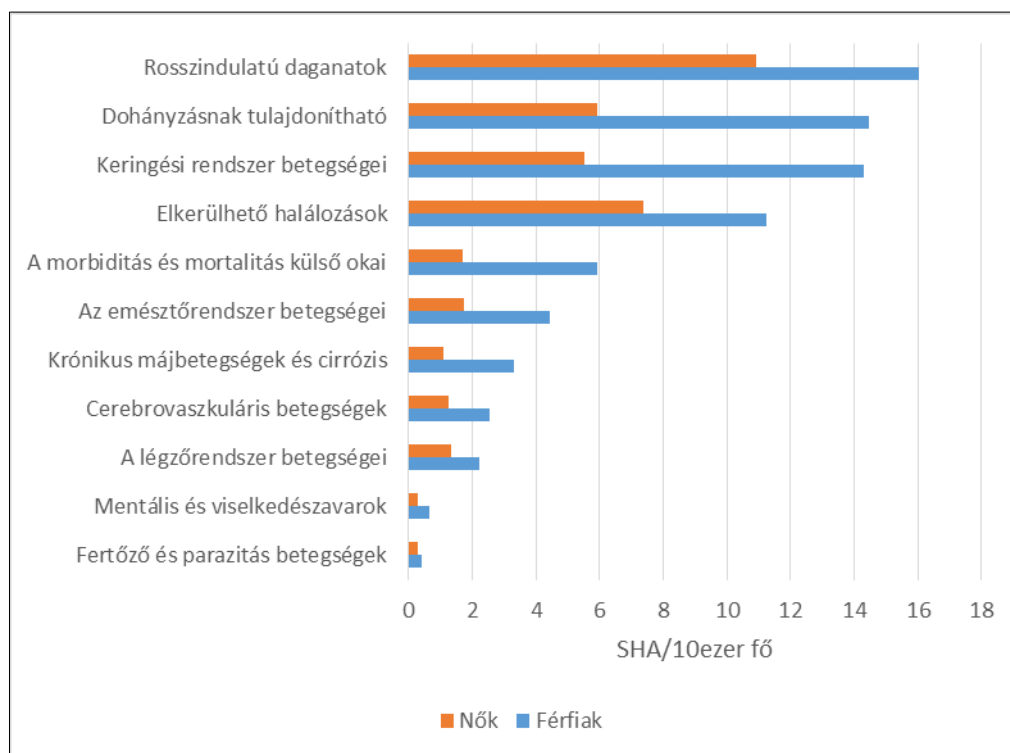
Részben szintén a biológia az oka annak is, hogy a nők gyakrabban találkoznak egészségügyi szakemberekkel, hiszen a fogamzásgátlás, a gyerekvállalás miatt sűrűbben kell orvoshoz, védőnőhöz fordulniuk.

Amennyiben a 65 év előtt bekövetkezett, a korai

standardizált halálozás nemenkénti eloszlását vizsgáljuk, akkor szintén arra jutunk, hogy a férfiak gyakrabban esnek áldozatul a daganatos, a szív- és érrendszeri megbetegedéseknek, a légzőrendszer kóros elváltozásainak, de gyakoribb a dohányzásnak tulajdonítható és külső okok miatti halálozás is, mint pl. a közlekedési balesetek. Lényegesen gyakoribb a férfiak körében az elkerülhető halálozások száma is, amely a megfelelő egészségügyi ellátás igénybevételével megelőzhető lenne. [4. ábra]

A halálozási adatokban mutatkozó éles eltérések magyarázatául, a pusztán biológiai indoklások elégtelenek. Az okok keresésében a szakemberek körében mindinkább a társadalmilag meghatározott nemi szerep, a gender vizsgálata került előtérbe.

4. ábra: Korai standardizált halálozás alakulása (SHA) nemenként, 2013<sup>9</sup>



Forrás: NEFI, Halandósági adatbázis

### Egészséggel kapcsolatos viselkedés

Fentiek értelmében a férfiak egészsége jelentősebb mértékben egyéni, magatartási, illetve társadalmi, környezeti tényezők által befolyásolt, mint a nőké.

A férfi társadalmi, és ebből adódóan önképét a magabiztosság, a kemény helyállás, a siker, a fizikai és lelki erő jellemzi. Ennek bizonyítására hajlamos akár az egészségét veszélyeztető helyzetek keresésére.<sup>10</sup> A férfiak például többen dohányoznak, mint a nők,

mindegy, hogy naponta, vagy alkalmanként gyűjtanak csak rá. [1. táblázat]

1. táblázat: Dohányzási státuszok megoszlása nemek között<sup>11</sup>

%	Férfi	Nő
<b>Naponta</b>	32,3	23,6
<b>Alkalmi</b>	1,5	1,1

Forrás: OEFI, Felnőtt Dohányzás Felmérés 2012

Már a fiúgyermek szocializálásában is elfogadott az előbb említett jellemvonások kialakítása, akár úgy is, hogy az a gyermek egészségét veszélyeztető helyzetekkel párosul. Ebbe a képbe a testi és a lelki bajok, a gyengeség, a betegség nem illenek bele, férfiatlannak minősülnek, kudarcként átéltek.<sup>12</sup> A férfiasággal kapcsolatos hiedelmek erősen befolyásolják a férfiakat az egészséggel kapcsolatos szolgáltatások igénybevételekor.<sup>13</sup> Például egy hosszú távú követéses vizsgálat feltárta, hogy azok a fiatal férfiak, akiknek tradicionális hiedelmek voltak a férfiaságról, szignifikánsabban ritkábban fordultak orvoshoz.<sup>14</sup> Ez az egyik fő oka annak, hogy a férfiak ritkán, és legtöbbször későn fordulnak orvoshoz, illetve veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Az orvosi rendelési időbeosztás, a hosszú várakozási idő, ennek a munkaidővel való ütközése, nehezíti a szolgáltatások igénybevételét, és elriasztja a férfiak jelentős részét.<sup>15-16</sup>

Kutatások kiemelik az orvos és a férfi kliensek közti kommunikáció javításának jelentőségét.<sup>17</sup> Ráadásul figyelembe kell venni, hogy a maszkulinitás ideológiája befolyásolhatja a férfi egészségügyi dolgozókat is, amelyből következően hajlamosak figyelmen kívül hagyni a férfi páciensek panaszait.<sup>18</sup> Magyar adatok is megerősítik, hogy a férfiak ritkábban járnak házi- és szakorvoshoz, illetve fogorvoshoz, mint a nők. 100 nőből 80 volt háziorvosnál, 66 szakorvosnál, 40 fogorvosnál az elmúlt egy évben, míg 100 férfiból 71 volt háziorvosnál, 52 szakorvosnál és 35 fogorvosnál.<sup>19</sup> Ezt a viselkedést támasztja alá a fentebb bemutatott elkerülhető halálozás alakulása is.

A betegség látszatát, az orvoshoz járkálást pedig sokan szintén a munkaalkalmasságuk bizonyítása miatt kerülik. Hasonló feszültséget jelent a munkahely megtartásáért folyó feszített, a férfiakat nagyobb mértékben érintő, egészséget is felőrlő helyzet, amely ugyanakkor még a betegség látszatának kerülnését is megköveteli.

Ebből adódik az is, hogy a javasolt és indokolt életmódi változtatást nehezen fogadják el a férfiak. A tapasztalatok szerint nagyrészt tájékozatlanok testi és lelki egészségi problémáik megoldási lehetőségeiről, és ezért szkeptikusak ezeket illetően.

A férfiak életmódja is sok vonatkozásban különbözik a nőkéétől. A táplálék mennyiségében, megválasztásában már az ifjúkortól egészségtelenebb szokásokat vesznek föl, amely abból adódhat, hogy a férfiak étkezéssel kapcsolatos ismeretei jóval korlátozottabbak, mint a nőké.<sup>20</sup> Mindez a korán jelentkező túlsúlyhoz és ezzel együtt járó betegségekhez vezethet. A 2. táblázatban látható, a férfiak és a nők a túlsúly eloszlása.

2. táblázat: Túlsúly eloszlása<sup>21</sup>

%	Férfi	Nő
<b>Túlsúly és elhízás</b>	63	61

Forrás: OÉTI, OTÁPii 2009

A 2009-es ELEF<sup>iii</sup> kutatás adatai közül a férfiak egészségtelenebb táplálkozását azzal szemléltethetjük, hogy ritkábban fogyasztanak zöldséget, de főként gyümölcsöt, mint a nők. [3. táblázat<sup>20</sup>; 4. táblázat<sup>20</sup>]

A férfiaknak be kell tölteniük a férji, az apai, a munkahelyi szerepet, valamint vállalniuk az anyagi biztonságért a felelősséget.<sup>22</sup> Ez a teher nem egyszer súlyos pszichés állapothoz, depresszióhoz, alkoholizmushoz vezethet.<sup>23</sup> A magyar adatok is igazolják, a férfiak gyakrabban fogyasztanak alkoholt, mint a nők. A férfiak 7,3%-a tartozik a nagyivók közé, míg a nőknek csak a 0,3%-a. [5. táblázat]

<sup>ii</sup> Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat

<sup>iii</sup> Európai Lakossági Egészségfelmérés

3. táblázat: Zöldség fogyasztásának gyakorisága<sup>20</sup>

%	Férfi	Nő
Napi két vagy több alkalommal	13,2	17,8
Naponta egyszer	35,2	38,6
Legalább hetente négyszer	25,4	22,3
Legalább hetente egyszer	19,6	16,3
Ritkábban, mint hetente egyszer	5,7	4,2
Soha	0,9	0,8

Forrás: KSH, ELEF 2009

4. táblázat: Gyümölcs fogyasztásának gyakorisága<sup>20</sup>

%	Férfi	Nő
Napi két vagy több alkalommal	25,8	35,3
Naponta egyszer	35,4	39,1
Legalább hetente négyszer	18,5	13,0
Legalább hetente egyszer	14,3	7,9
Ritkábban, mint hetente egyszer	5,4	4,1
Soha	0,6	0,4

Forrás: KSH, ELEF 2009

5. táblázat: Alkohol fogyasztás arányának megoszlása nemek között

%	Férfi	Nő
Nem fogyaszt	25,2	52,3
Alkalmi ivó	41,8	43,4
Mérsékelt ivó	24,2	3,9
Nagyivó	7,3	0,3
Mértéktelen ivó	1,5	0

Forrás: KSH, ELEF 2009

A férfiakra nehezedő eltérő elvárásokat Spéder Zsolt a következőképpen mutatja be:

„A közvélemény a férfiakkal szemben egyfajta ket-tős elvárásrendszert fogalmaz meg: egyidejűleg tartja szükségesnek a hagyományos kenyérkereső szerep betöltését, ugyanakkor részvételét is a gyermeknevelésben. ... Az a tény azonban, hogy interjú-alanyaink fele nem tartja lényegesnek, hogy az apák aktívan részt vállaljanak a gyermekgondozásban, arra utal, hogy a modern apai vonások mégsem terjedtek el markánsan, és a hagyományos kenyérkereső férfi/apa képe mélyen beívódott a magyar társadalomba.”<sup>23</sup>

A hagyományos férfiképből adódó munkahelyi szerepek egészségi rizikóhelyzetet jelentenek egyes, elsősorban férfiakat foglalkoztató munkahelyeken, mint például az építőipar, a gyáripar és a raktározás, valamint a közlekedés, és a bányászat. Statisztikai adatok szerint a munkahelyi halálos baleseteknek 95%-ban a férfiak az áldozatai, míg a nem halálos balesetek 76%-ban sújtják a férfiakat.<sup>13</sup>

#### Javasolt beavatkozás

A cikkben taglalt, a férfiakat hátrányosan érintő egészségterhek megszüntetésére a következőket javasoljuk:

- A férfiak egészségi állapotának sokoldalú feltárása.
- A férfiak tudatosságának megerősítése saját egészségükről, fizikai és pszichés problémáiknak kezelhetőségéről.
- Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételeben és az életmódi változtatásokban jelentkező visszahúzó, ellenző férfi magatartásnak a megváltoztatása.
- Az egészségügyi szolgáltatásokban, elsősorban az alapellátásban fokozott figyelem biztosítása a férfiak egészségi problémáinak kezelésére.
- A maszkulinitás nyomatékosítása helyett az egészségtudatosság hangsúlyozása, az egészségtudatosság legyen része a férfi kultúrának.

A fentiek megvalósíthatóságára már nemzetközi jó gyakorlatok állnak rendelkezésre. Az Egyesült Királyságban a professzionális labdarúgó klubok részt vesznek olyan egészségintervenciókban, amelyek javíthatják a férfiak mentális egészségét. Ezek a beavatkozások sok esetben a fizikai aktivitás fokozásá-



val igyekeznek hatást kiváltani, a labdarúgás népszerűségét kihasználva, a szurkolók labdarúgó klubokhoz való szoros kötődésére építve igyekeznek a lelki egészséget támogatni. Kutatások bizonyítják, hogy a labdarúgó klubok segíthetnek a lelki egészséghez kapcsolódó ellátásokhoz való hozzáférésben, különösen a fiatal férfiaknál, akik között az ilyen jellegű segítség elfogadása stigmatizáló lehet.<sup>24</sup> A férfiak fizikai aktivitásának fokozására Skóciában egy 12, hetes magatartás változtatásra koncentrált programot alakítottak ki, amely az egészséges életmód elemei között elsősorban a testsúlycsökkentés és a fizikai aktivitás népszerűsítésére összpontosított. A program hatékonyságát egy tudományos vizsgálat alátámasztotta.<sup>25</sup>

## ÖSSZEGZÉS

A statisztikai adatok azt mutatják, a férfiak ritkábban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, de

ez nem jelenti azt, hogy egészségesebbek, mint a nők. A férfiak rosszabb egészségi állapota magatartási, illetve társadalmi- és környezeti tényezők által meghatározott szerepükből adódik.

A férfiak szocializációja olyan, hogy eleve rizikóvalalóbbak, és ez a szocializációs folyamat eredményezi, hogy részt vesznek veszélyes viselkedésmódozó keresésében, amilyen a gyorsított, vagy a túlzott alkoholfogyasztás. Amikor a férfiak betegek lesznek – az elvárás miatt, amelynek megfelelően kell mutatkozniuk –, nem keresik a szakmai egészségügyi tanácsadást, vagy a segítséget. Ennek következményei tragikusak lehetnek. Egy új egészségügyi és egészségprevenció szemléletre van szükség, amely számításba veszi a férfi nemi szerepét, és azt figyelembe véve igyekszik megváltoztatni a férfiak egészségmagatartását, nem utolsósorban abban a vonatkozásban, hogy növeljék a szándékukat az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, és csökkentsék az egészségüket veszélyeztető rizikófaktorokat

<sup>1</sup> Simon T. A gyengébb nem... Egészségfejlesztés, 2005, 4. szám; 7-9.

<sup>2</sup> Métneki J. Nemzetközi összefogás a férfiak egészségéért. Egészségfejlesztés. 2004, 3. szám; 5-7.

<sup>3</sup> Nadkarni, Suchita, Cooper, Dianne; Brancialeone, Vincenzo; Activation of the Annexin A1 Pathway Underlies the Protective Effects Exerted by Estrogen in Polymorphonuclear Leukocytes. [Arterioscler Thromb Vasc Biol.](#) 2011 Nov;31(11):2749-59.

<sup>4</sup> Központi Statisztikai Hivatal Népszámlálás 2011, <http://www.ksh.hu/nepszamlalas/> (Elérve: 2016.06.27)

<sup>5</sup> <http://www.oecd.org/gender/data/> (Elérve: 2016.06.27)

<sup>6</sup> Stevenson S, Thornton J. Effect of estrogens on skin aging and the potential role of SERMs. *Clinical Interventions in Aging.* 2007;2(3):283-297.

<sup>7</sup> Diebel M.E., Diebel L.N., Liberati D.M. Gender dimorphism in the gut: mucosal protection by estrogen stimulation of IgA transcytosis. *J Trauma.* 2011;71:474-479.

<sup>8</sup> Kovacs E.J., Messingham K.A.N. Influence of Alcohol and Gender on Immune Response National Institute on National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2003

<sup>9</sup> Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Halandósági adatbázisa: [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldalak/oldal/adatbazisok/adatbazisok-halalozas-adatbazis/](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/oldal/adatbazisok/adatbazisok-halalozas-adatbazis/) (Elérve: 2016.06.27)

<sup>10</sup> Brody LR. The socialization of gender differences in emotional expression: Display rules, infant temperament, and differentiation. In: Fischer AH. (ed). *Gender and Emotion: Social Psychological Perspectives.* (pp.24-47), New York, Cambridge University Press, 2000

<sup>11</sup> Balku E., Demjén T., Vámos M., et al. Felnőtt Dohányzás Felmérés 2012, Budapest

<sup>12</sup> Ed. Alan White The State of Men's Health in Europe. Extended Report. 2011.

<sup>13</sup> Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist* 2003, 58:5-14.

<sup>14</sup> Marcell A.V., Ford C.A., Pleck J.H., et al. Masculine beliefs, parental communication, and male adolescents' health care use. *Paediatrics* 2007, 119:966-975.

<sup>15</sup> Piper S. The limitations of well men clinics for health education. *Nursing Standard* 1997, 11(30):47-49

<sup>16</sup> Leishman J., Dalziel A. Taking action to improve the health of Scottish Men. *Men's Health Journal* 2003, 2(3):90-93

<sup>17</sup> Dubé CE, Fuller BK, Rosen RK et al. Men's experiences of physical exams and cancer screening tests: a qualitative study. *Preventive Medicine* 2005, 40(6):628-635

<sup>18</sup> Moller-Leimkuhler A.M. Barriers to help seeking in men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders* 2002, 71:1-3, 1-9

<sup>19</sup> Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009, <http://www.ksh.hu/elef> (Elérve: 2016.06.27)

<sup>20</sup> Kiefer I, Rathmanner T, Kunze M Eating and dieting differences in men and women. *Journal of Men's Health & Gender* 2013 2(2):194-201

<sup>21</sup> <http://www.oeti.hu/?m1id=16&m2id=169> (Elérve: 2016.06.27)

<sup>22</sup> Spéder Zs. [Ellentmondó elvárások között... Családi férfiszerepek, apaképek a mai Magyarországon](#). In Pongrácz Marietta – Nagy Ildikó (eds.): *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*. TÁRKI, Budapest, 2011, 207–228.

<sup>23</sup> Freund P.E.S, McGuire M , Podhurst L.S.) *Health, Illness, and the Social Body*. Prentice, 1991

<sup>24</sup> Curran K., Rosenbaum S. , Parnell D., et. al. *Tackling mental health: the role of professional football clubs*, Sport in Society, 2016

<sup>25</sup> Hunt K., Wyke S., Gray C.M., et al. A gender-sensitised weight loss and healthy living programme for overweight and obese men delivered by Scottish Premier League football clubs (FFIT): a pragmatic randomised controlled trial *Lancet* 2014; 383: 1211–21

# A vakcináció „10 parancsolata” felnőttek védőoltásaihoz

## The ten commandments of vaccination as regards preventive adult immunization

Szerző: Mészner Zsófia✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rendelőintézet, Védőoltási Tanácsadás*

Beküldve: 2016.06.27.

**Összefoglaló:** A specifikus prevenció fontos eszközei, a védőoltások adása a legutóbbi időkig mind a laikus, mind a gyermekekkel közvetlenül nem foglalkozó egészségügyi szakemberek szemében is elsősorban az egészségesek számára fontos beavatkozásoknak számítottak. Az utóbbi évtizedben kezd elfogadottá válni az a szemlélet, hogy a vakcináció nyújtotta egészségelőnyökből a krónikus betegek, a bármilyen okból sérült immunitásúak, a csontvelő átültetésen, szervátültetésen átesettek, a biológiai ágensekkel kezelték, valamint az idősek sem helyes, ha kimaradnak. Ahhoz azonban, hogy mindezen csoportok aktuális állapotuknak és élethelyzetüknek megfelelően védőoltásokhoz juthassanak, az őket gondozó alapellátó orvosokat kell segíteni a vakcinológia gyors fejlődéséből adódó új ismeretek minél könnyebb megszerzésében. A Medscape Infectious Diseases weboldalon a közelmúltban megjelent, "A felnőttkori vakcináció 10 parancsolata" tömören összegzi a legfontosabb alapismereteket a témakörben. A szerző ezek ismertetését saját, a védőoltási tanácsadásban évtizedek alatt összegyűlt tapasztalataival kiegészítve tárja az olvasó elé.

**Kulcsszavak:** immunizáció, felnőttek oltásai, oltási ellenjavallatok, tojásallergia

**Summary:** Immunization, as an important tool of specific prevention has been considered for decades by the lay public and the health care specialists not involved in childcare as an important intervention only for otherwise healthy individuals. The new approach has been gradually accepted during the recent decade: it is not fair to deprive the chronically ill, the immunocompromised people regardless of its origin, the BMT and organ transplant patients, the ones needed treatment with a new biological and the elderly of the health advantages related to immunization. Access to immunization according to the actual health status and life stage in these groups depends on the continuously updated knowledge of primary care physicians, which should be promoted by new educational tools, such as the recently published "10 commandments of adult vaccination" by Medscape Infectious Diseases. The author interprets each topic of the educational material adding her own experiences, as a vaccination consultant.

**Keywords:** immunisation, adult immunisation, vaccination contraindication, allergy to eggs

## BEVEZETÉS

A védőoltásokat, mint a specifikus prevenció leginkább hatékony és költséghatékony eszközeit mind a laikus, mind a szakmai közvélemény a kezdetektől főleg egészséges gyermekek számára tekintette ajánlottnak. Az utóbbi évtized paradigmaváltása annak felismerése, hogy a védőoltások nyújtotta prevenció előnyből sem a felnőtteket, sem a bármilyen okból sérült immunitásúakat, krónikus betegeket nem érdemes kirekeszteni – ellenkezőleg, az ő bevonásuk is eredményes és ajánlott lehet, mégpedig életkor és élethelyzet szerint differenciált módon. Ezt a gondolatsort fogalmazták át a felnőttek védőoltásaival kapcsolatban a mindennapi gyakorlat számára is kézzelfogható, praktikus „10 parancsolattá” Oldfield és mtsai nemrég a *Medscape Infectious Diseases* honlapján is megjelent munkájukban.<sup>1,2</sup>

Védőoltási szaktanácsadással évtizedek óta foglalkozó gyermekinfektológusként személyesen is tapasztalom, mennyire igényük van az alapellátásban dolgozó kollégáknak a védőoltásokkal kapcsolatos ismeretek bővítésére. Évente két alkalommal is van lehetőség egynapos képzésen („A gyakorlati vakcinológia alapjai – Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Fodor terem) a legfontosabb immunizációs kérdésekről részletesen is tájékozódni, valamint 2015-ben házi orvosoknak szánt kézikönyv is megjelent, amely tematikusan végigveszi a felnőttek oltásaira vonatkozó alapismereteket.<sup>3</sup> Reményeim szerint a „10 parancsolat” ismertetése is beleillik ebbe a sorba, és az Egészségfejlesztés folyóirat olvasói részéről is érdeklődésre tarthat számot.

Munkatársammal, dr. Kulcsár Andreával a házi orvosok egyik igen aktív, orvostovábbképzéssel is foglalkozó weboldala, a [Medukátor](#) felkérésére esettanulmányok keretében feldolgoztunk 4-4 „parancsolatot”, célul tűzve ki a leírt elvek gyakorlati alkalmazásának megkönnyítését.

## A 10 VEDŐOLTÁSI PARANCSOLAT

1. parancsolat: Védőoltás igen ritkán abszolút ellenjavallott.

Egyetértés van azt illetően, hogy védőoltás beadását követően kialakult – szerencsére extrém ritka – anaphylaxia abszolút ellenjavallata ugyanazon vakcina ismételt adásának. Az oltóanyagok egy része

több komponensű, ennek következtében az ilyen esetekben nincs reális lehetőség annak kivizsgálására, hogy melyik komponens miatt alakult ki a súlyos, intenzív ellátást igénylő állapot, tehát nagy felelősség annak kimondása, hogy az illető ilyen oltóanyaggal többet nem oltható.

Az anaphylaxia azonnali, I. típusú, hiperszenzitivitáson alapuló reakció. IgE mediált, főként hízósejtekből és basophil granulocytákból származó mediátorok (hisztamin) váltják ki, melyek az életfontosságú szervek keringését károsítják. A robbanásszerűen progresszív folyamat beavatkozás nélkül halálhoz vezet. Spontán nem múlik el, ellátásában kulcsszerepe az adrenalin adásának van (0,5 ml felnőtteknek, 0,3 ml gyermekeknek) a shock-állapot megfelelő ellátása mellett.

Védőoltások beadása kapcsán az utóbbi évtizedek során ilyen okból haláleset nem fordult elő. Anaphylaxiát leggyakrabban egyes gyógyszerek (pl. penicillin, cephalosporinok, kemoterápiás szerek, izomrelaxánsok), bizonyos élelmiszerek (földimogyoró és más olajos magvak, tojás, tej, tengeri ételek stb.) rovarcsípések (főként méh, darázs), kontrasztanyagok, stb. válthatnak ki.

Abszolút ellenjavallott a súlyos kombinált immundefektusban szenvedők immunizálása – ám ez a felnőttek oltásaival kapcsolatban inkább elméleti, mint gyakorlati kérdés.

Időleges – relatív – ellenjavallat lehet például aktuálisan zajló lázas betegség, folyamatban lévő kivizsgálás, várandósság. Mind az abszolút, mind a relatív ellenjavallat megállapításában segítséget kaphat az oltó orvos a védőoltási szaktanácsadóktól.<sup>4</sup>

2. parancsolat: A számarköhögést nemcsak gyermekkorban érdemes megelőzni.

A pertusszisz a légutak heveny fertőző betegsége, az egész világon endémiás, magas kontagiozitású (>90%) fertőzés jelenleg is. Incidenciája még a magas átoltottságú országokban is növekvő, meglepően széles skálán mozgó – 1/100 000-120/100 000 közötti. Az előfordulási gyakoriság valószínűtlen, hogy ennyire eltérő lenne – akár egyes, szomszédos európai országok között. Sokkal inkább arról lehet szó, hogy a betegségre ritkán gondolnak, a kevésbé tipikus tünetek – például pár héten át, láz nélkül zajló köhögés felnőttekben – ritkán vezetnek diagnosztikus vizsgálatokhoz.

A figyelem azért terelődött ismét erre a fertőzésre,

mert az elmúlt évtizedekben világszerte megfigyelhető volt a csecsemőkori, súlyos lefolyású esetek ismételt megjelenése. Észak-Amerikában, Dél-Amerikában, az Egyesült Királyságban még halálesetekről is beszámoltak, mivel fiatal csecsemőkben a számarköhögésre jellemző rohamok akár légzésleállást is provokálhatnak, ami megfelelő ellátás nélkül végzetes lehet.

Ma már tudjuk, hogy több, nem is teljes mértékben ismert tényező áll a pertusszisz ismételt megjelenése hátterében. Egyik fő oka a védőoltással létrehozott immunitás természetes csökkenése, mivel a világ legtöbb országában a legutóbbi időig csak 4-6 éves korban kaptak pertusszisz ellen is védő oltóanyagot a gyermekek. Vélhetően 5-10 évvel az utolsó oltás után már adódhattak az oltottakban is nem típusos, emiatt fel sem ismert esetek. A teljes sejtes – wP<sup>i</sup> – vakcinák erőteljesebb immunválaszt generáltak, ám fokozottabb reaktogenitásuk miatt világszerte a sokkal jobban tolerálható, acelluláris – aP – változat terjedt el. Nem is várható, hogy ez változzon. Egyes vélemények felvetik magának a kórokozónak a változását is. Kimutattak mutáció révén pertactin (a pertusszisz baktérium egyik virulencia faktora) negatív törzseket, illetve van adat a pertusszisz toxin változására is. Egy biztos: maga a kórokozó, annak ellenére, hogy csak embereket képes megbetegíteni, távolról sem eradikálódott a védőoltási programok klinikai sikere ellenére sem – a fertőződés nem, csak a betegség kialakulása akadályozható meg védőoltással.

A ma hatvanas éveikben járó, Magyarországon élő és itt felnőtt emberek például már minimum öt alkalommal kellett, hogy számarköhögés ellen is védőoltást kapjanak kombinált oltóanyaggal (DPT=diftéria-pertusszisz-tetanusz), utoljára hat évesen. Az epidemiológiai vizsgálatok során hazánkban is kiderült, hogy a csecsemők többnyire a saját családtagjaiktól fertőződtek meg, akik köhögéssel járó, nem típusos betegsége kapcsán senki nem gyanakodott pertussziszra. Az utóbbi évtizedben végzett hazai felmérések is igazolják, hogy az enyhe, atípusos kórformák gyakoribbak, mint azt korábban vélték, különösen érvényes ez az oltottak, a serdülők és a fiatal felnőttek vonatkozásában. Utóbbiak fertőző forrásként szerepelnek, a nem oltott csecsemők és fiatal

gyermekek megbetegedései többnyire ezekből a fel nem ismert esetekből származnak.

Az elmúlt évtized során a pertusszisz esetek ismételt megjelenése miatt a világ számos országában változott a korábbi oltási gyakorlat. Az életkor szerinti oltási rendben 2009 óta Magyarországon is felváltotta a 11 évesek dt (diftéria-tetanusz) oltását a dapT vakcina. Javasolt továbbá minden felnőtt számára is a 10 évente esedékes tetanusz emlékeztetőoltást pertusszisz ellen is védő – dapT – oltóanyaggal végezni.

A fészekimmunizációt (*cocoon immunization*), mely viszonylag új fogalom, elsőként a számarköhögés elleni védelem érdekében definiálták. A fiatal, még nem oltott, vagy csak részben oltott csecsemők kiemelt veszélyeztetettségét felismerve gondoltak arra, hogy az újszülött édesanyját, illetve a környezetében élőket – családtagokat, egészségügyi dolgozókat, bölcsődei gondozókat – oltva lehet biztonságos „fészket” kialakítani. Ennek több útja is lehetséges: oltható a családtervező pár még a fogantatás előtt, illetve van nemzetközi ajánlás (CDC,<sup>ii</sup> WHO,<sup>iii</sup> Egyesült Királyság) a várandósság második-harmadik trimeszterében a leendő anya, az egészségügyben gyermekellátásban dolgozók dapT oltására is.<sup>5</sup> (A várandósok dapT oltása ezen országokban is az orvos felelősségére történik, az oltóanyagok alkalmazási előírásában még nem szerepel). Ha az anya sem a várandóssága előtt, sem alatta nem volt oltott, dapT oltását a szülést követően közvetlenül ajánlják.

### 3. parancsolat: Tojásallergiások is kaphatnak inaktivált influenza elleni oltást.

A tojásallergiásoknak ellenjavallott volt korábban több, az előállítás során tojással kapcsolatba kerülő oltóanyag adása. Az oltóanyag-fejlesztés fejlődésével olyan mértékben tisztított influenza vakcinák állnak rendelkezésre, amelyekben érdemi mennyiségben (ng/ml nagyságrend) ovalbumin már nincs. Ennek köszönhetően a helyzet jelentősen megváltozott, ellenjavallatot kizárólag a kórelőzményben ovalbumin kiváltotta anaphylaxia jelent, az ún. alimentáris tojásallergia (például, tojásevés kiváltotta csalánkiütések) nem.<sup>6</sup>

<sup>i</sup> whole cell pertussis

<sup>ii</sup> Centers for Disease Control and Prevention

<sup>iii</sup> World Health Organisation

Az influenzaoltások hatásosságában kétségkívül nagy szerep jut az átoltottságnak, a magas kockázatúak környezetének oltásában – ugyanis mindenki a saját családjában betegedhet meg legkönnyebben. A „fészekimmunizáció” az egyik módja lehet a leginkább sérülékenyek védelmének.

Sokat vitatott kérdés – melyet nem könnyű tudományos módszerekkel megbízhatóan megválaszolni –, hogy mennyire hatékony az évente adott szezonális influenza oltás a szezonális járvány befolyásolásában, és hogy mennyire eredményesek az orvosi vizitek, valamint a hospitalizáció a komplikációk és az influenzával kapcsolatba hozható halálozás csökkentésében. Magyarországon – más országokhoz hasonlóan – eleve kórokozóra vonatkozó etiológiai diagnózis csak a súlyos, kórházi, esetleg intenzív ellátást is igénylő komplikált esetekben történik. A legtöbb influenzás beteget a megállapított járványos időszakban a jellemzőnek tartott, ám nem igazán tipikus klinikai tünetek alapján jelentik („influenzaszerű” tünetek) a házi orvosok. Érdemi hazai tanulmány arról, hogy az évente oltott több mint egy millió honfitársunk közül mennyien betegedtek meg, jelenleg sajnos még nem készült – ám fontos volna legalább regionális szinten erre irányuló felmérést tervezni.

#### 4. parancsolat: Ajánlott az egyébként egészséges, 65 évesnél idősebbek pneumococcus fertőzés elleni immunizálása konjugált és polysaccharid pneumococcus vakcinával egyaránt.

A *Streptococcus pneumoniae* okozta fertőzések napjainkban sem vesztek jelentőségükből. A fertőzés iránti fogékonyság általános, bár életkoronként és alapbetegségtől függően a fertőzés lefolyása és kimenetele jelentősen különbözhet. Mind a nagy halálozással (10-12%) járó invazív pneumococcus betegség (IPD), mind a kisgyermekkorban gyakoribb pneumococcus otitis, illetve a bármely életkorban, de leginkább idősekben kifejlődő pneumococcus pneumóniák ma is jelentős morbiditással és következményeiben sok emberi szenvedéssel, szövődményekkel, esetenként halálos kimenetellel járó betegségek, melyek költségei sem elhanyagolhatóak. Bár a pneumococcus fertőzés diagnosztizálására és gyógyítására megfelelő eszközök állnak rendelkezésre, a fertőzés invazív, hyperakut jellege, illetve a rezisztencia viszonyok kedvezőtlen változásai a specifikus

prevenció jelentőségét húzzák alá.

Az invazív pneumococcus betegség aktív immunizációval történő megelőzésére jelenleg kétféle – polysaccharid és konjugált – vakcinatípussal van lehetőség. A polysaccharid vakcinák az emberben leggyakrabban bacteriaemiát okozó 23 szerotípus tokjának immunogenitásért felelős részét tartalmazzák, a konjugált vakcinák pedig a gyermekkorban invazív betegséget leggyakrabban okozó szerotípusok tokjának polysaccharidját fehérjéhez konjugálva. A konjugált vakcinák hatására immunmemória alakul ki és az általuk biztosított immunitás tartós. Jelenleg Magyarországon egy konjugált és egy polysaccharid vakcina szerezhető be a gyógyszerteráziából.

A pneumococcus elleni védőoltás 2 éves kor alatt és 50 éves kor felett mindenkinek javasolt. Életkortól függetlenül a krónikus betegek – tüdő (COPD, asztma)-, szív-, vese-, máj- és cukorbeteg, immunszupprimáltak – számára is javasolt, akik alapbetegségük miatt fogékonyabbak a súlyos pneumococcus fertőzésre. Életkortól, betegségtől függetlenül fokozott pneumococcus kockázatot jelent a dohányzás. Fokozott a kockázata a belsőfül műtéten átesetteknek valamint a koponyasérülteknek és a léphiányosoknak.

A 23-valens polysaccharid vakcina (PPV-23) minden 0,5 ml-es adagja 25 µg-ot tartalmaz a *Streptococcus pneumoniae* 23 szerotípusa – 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, 33F – tokjának mindegyikéből. A konjugált polysaccharid oltóanyag (13-valens pneumococcus konjugált vakcina, PCV-13.) 6 hetes kortól adható. A *Streptococcus pneumoniae* 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F, 19A és 23F szerotípusa által okozott megbetegedés (beleértve a sepsist, meningitist, pneumóniát, bacteriaemiát és akut otitis mediát) megelőzésére szolgál. A PPV-23 2 éveseknél fiatalabbaknak nem adható és nem generál immunmemóriát, míg a PCV-13 már fiatal csecsemőkortól immunogén és a kiváltott immunmemória előhívható (boosterelhető).

A világ sok országához hasonlóan Magyarországon is már csecsemőkortól része az életkor szerinti Nemzeti Immunizációs Programnak (NIP) a pneumococcus prevenció, melynek eszköze a PCV-13. A hazai ajánlás a felnőttek pneumococcus prevenciójára vonatkozóan is állást foglal és már 50 évesnél idősebbeknek ajánlja a pneumococcus fertőzés megelőzését, első alkalommal PCV-13, majd

egy évvel azt követően a PPV-23 oltóanyagokkal. Az ajánlás azért vonatkozik az amerikai ajánlásnál fiatalabbakra (65 éves kor helyett már 50 éves kortól), mert figyelembe veszi az immunológiai öregedést, az immunszenescenciát is, így több esélyt ad a későbbi életkorokban a memóriasejtek segítségével előhívható védettségre.<sup>7</sup>

A két különböző oltóanyag alkalmazásakor az alábbiak megfontolása javasolt:

- Akik korábban még nem részesültek pneumococcus elleni védelemben, azoknak az oltását a 13 szerotípust tartalmazó konjugált oltóanyaggal javasolt kezdeni. A védelmet – legalább 2 hónap eltelte után – ki lehet szélesíteni a 23 szerotípust tartalmazó polyszacharid vakcinával.
- A 65 éves kor felettieknek a 23 szerotípust tartalmazó polyszacharid oltóanyagból 1 emlékeztető oltás javasolt, ha legalább 5 év telt el az előző polyszacharid oltás óta.
- Aki korábban polyszacharid oltóanyaggal kapott védőoltást, 1 év múlva a 13 szerotípust tartalmazó konjugált oltóanyagot is megkaphatja, egy alkalommal.
- Sérült immunitásúak (daganatos betegek, szervátültetettek, stb.) és léphiányosok ismételt oltásairól kezelőorvos és/vagy védőoltási szaktanácsadó dönt.
- A pneumococcus elleni védőoltás bármely más oltóanyaggal (pl. influenza) egy időben, vagy bármilyen időközzel adhatók.

#### 5. [A meningococcus profilaxis fontos a rizikó csoportba tartozó 18 évesnél idősebbeknek is.](#)

A *Neisseria meningitidis* fertőzés ritka, ám járványos terjedésre is képes, okkal rettegett, hyperakut, esetenként halálos kimenetelű infekció. Jellemző a hirtelen kialakuló magas láz, melyhez órákon belül társulnak a véráramfertőzés jeleként a testszerte rohamosan szaporodó bőrvérzések, petechiák. A hyperacut lefolyású esetekben a fertőzés első jeleitől számítva akár 24 órán belül is elveszítjük a beteget, ha nem kerül mihamarabb intenzív ellátásra képes fekvőbeteg intézménybe, és nem kap mihamarabb antibiotikumot. A meningococcus sepsis ugyanis időfaktoros, sürgősségi eset, melyben az első észlelő orvos felelőssége óriási: a shock korai szakában adott béta laktám antibiotikummal (optimálisan ceftriaxonnal) ugyanis minden második be-

teg élete megmenthető lehetne. Minden erőfeszítés ellenére is a kórkép halálozási rátája kiemelten magas, mintegy 10% körüli annak ellenére, hogy a fertőzés antimikróbás kezelésében nem kell számottevő rezisztenciával számolni. A gyógyulás sem mindig komplikációmentes – a petechiák még elmúlhatnak, de a kiterjedt suffuziók szövethaláshoz, maradandó, esetenként kiterjedt lágyrészek durva heges gyógyulásához vezethetnek, az ujjak, szerencsétlen esetben akár végtagok végleges elvesztésével vagy maradandó funkciókárosodásával. A meningococcus meningitis jó gyógyhajlamú általában, de epilepszia, maradandó agyidegsérülés így is adódhat.

A fogékonyság a fertőzésre minden életkorban jellemző, mégis megkülönböztetünk két, kiemelt korosztályt – a 2 éven aluliakat – közöttük főként a csecsemőket – és a kamasz, valamint fiatal felnőttek (11-25 évesek) korcsoportját. Nagyobb kockázata van továbbá meningococcus sepsisre a léphiánnyal élőknél, a véralvadási rendszer veleszületett zavarával születetteknek. Fokozott a kockázata a kollégistáknak. Tagadhatatlanul nagyobb kockázatnak vannak kitéve az egészségügyben dolgozók, különösen azok, akik a meningococcus fertőzésben szenvedők ellátásában közvetlenül részt vesznek. Kockázatot jelent még az ismert endémiás területre utazás is.

Jelenleg összesen öt meningococcus szerocsoport ellen van immunizációs lehetőség. A monovalens, meningococcus C ellen immunizáló, konjugált polyszacharid vakcinák már csecsemőkortól adhatók. A 4-valens, meningococcus ACYW-135 konjugált vakcina 2 évesnél idősebbeknek adható. Új fejlesztésként van már lehetőség meningococcus B ellen is immunizálni, ez az oltóanyag is adható már csecsemőkortól bárkinek. Magyarországon elsősorban meningococcus B és C fertőzéseket jelentenek, de a többi megelőzhető fertőzés is bármikor behurcolható. A fiatal, egyébként egészséges kamaszoknak és fiatal felnőtteknek a meningococcus B és a négykomponensű konjugált oltóanyag javasolt két alkalommal, öt éves időközzel, míg az alapbetegség miatt fokozott kockázatnak kitetteknek öt évente az emlékeztető oltások is javasoltak.<sup>8,9</sup>

#### 6. [A hepatitis B fertőzés optimális megelőzése érdekében a kiemelt kockázatúaknak ellenanyag-titer ellenőrzésre és emlékeztető oltásokra is szükségük lehet.](#)

A hepatitis B fertőzés elleni oltóanyagok kifejlesztésével nyílt meg az út a védőoltással potenciálisan megelőzhető rosszindulatú betegségek – ez esetben a májrák megelőzése – felé. A világban élő, becsülten több mint 300 millió hepatitis B vírus hordozó a fertőző forrás, ezért a világ számos országában – így hazánkban is, a hepatitis B prevenció már az életkori védőoltási program része is.

Magyarországon teljes körűen megtörténik a várandósok HBsAg szűrése a vertikális transzmisszió megelőzése érdekében. Sok éve a várandósok kevesebb, mint 1%-a vírus hordozó, az ő újszülötteik a születéskor mind passzív (hepatitis B hyperimmun globulin) mind aktív prevencióban (hepatitis B oltási sor, a harmadik oltás után 4 héttel titer ellenőrzés) részesülnek. Az alacsony átfertőzöttségnek köszönhetően került Magyarországon a hepatitis B védőoltás az iskolai oltási rendbe, 13 éves korúaknak. Ők két oltást kapnak minimálisan 4 hó időközzel, mivel a 11-15 évesek ily módon még eredményesebben immunizálhatóak, mint három dózissal. Sok más országban már fiatal csecsemőkortól oltják a gyermekeket hepatitis B ellen – ennek az előnye az, hogy a kórokozó fokozatosan kiszorítható a felnövő korosztályból.

Egészséges felnőttek hepatitis B immunizációját (0, 1, 6-12 hó oltási séma szerint) követően sem titer ellenőrzésre, sem emlékeztető oltásokra nincs szükség. A bármilyen okból fokozott kockázatúak esetén azonban a védettség folyamatos fenntartása érdekében mind a titer ellenőrzés, mind az emlékeztető oltás szóba jön.<sup>10</sup>

Fokozott kockázatúak a bármilyen eredetű krónikus májbetegségben szenvedők, a dialízis programban résztvevők, az immunkompromittáltak és a krónikus hepatitis B vírus hordozókkal egy háztartásban, velük szexuális kapcsolatban állók is. Újabban adódó lehetőség egyes autoimmun kórképekben immunmoduláló szerek alkalmazása – ám ezek adásának egyik feltétele is a dokumentálható hepatitis B védettség.

Választható alternatív prevenciók lehetősége a hepatitis A és B fertőzés ellen immunizáló kombinált oltóanyag is – szintén három oltásból álló oltási sossal (0, 1, 6-12 hó).

7. **A tetanusz ellen még nem immunizált felnőttek védetté tehetők egy éven belül adott három dTap oltással.**

A tetanusz még megfelelő intenzív ellátás mellett is potenciálisan halálos kimenetű, toxin mediált, ám védőoltással megelőzhető fertőzés. A kórokozó, a Clostridium tetani a környezetünkben jelen lévő, ún. ubiquiter patogén, ennek köszönhetően nyájimmunitásra nem lehet számítani, mindenkinek saját magának kell védetté válnia ahhoz, hogy ne betegedhessen meg, ha megsérül. Tetanusz fertőzésre gyanús minden földdel szennyezett, vagy szúrt, harapott, vagy égési sérülés – a releváns módszertani leírásban leírtaknak megfelelően.

Magyarországon több, mint fél évszázada része az oltási rendnek a tetanusz megelőzése is – mindenki, aki 1940. december 31. után született, elvileg minimum 5-6 alkalommal oltott kell legyen, többnyire a diftéria-pertusszisz-tetanusz (DPT) kombinált oltóanyagok valamelyikével. Rendelkezik arról is a hazai irányelv, hogyan lehet a még oltatlan felnőtteket immunizálni tetanusz toxoiddal (két oltás minimum 4-6 hét időközzel és egy harmadik 6-12 hónappal később). Ennek az oltási sémának egy ajánlott alternatívája dTap oltóanyaggal végzett oltási sor, mely egyúttal torokgyík és szamárköhögés ellen is nyújt megelőzést. Ezt az oltóanyagot a 11 éveseknél az iskolai oltási programban alkalmazzuk, de gyógyszer-tári forgalomban is hozzáférhető, van inaktivált polio komponenssel kiegészített változata is.

8. **A Human Immunodeficiencia Vírussal (HIV) fertőzöttek legnagyobb többsége is oltható még élő gyengített kórokozót tartalmazó oltóanyagokkal is.**

Magyarország nem tartozik a HIV fertőzés szempontjából kiemelten érintett országok közé, de a fertőzés előfordul, így fontos annak tudatában lenni, hogy ez a betegcsoport sem kell, hogy kimaradjon a védőoltások nyújtotta védelem előnyeiből. Speciális, erre kijelölt központokban folyik a HIV fertőzöttek gondozása, ott készül számukra egyedi oltási javaslat is. A jelenlegi kezelési lehetőségek jó életminőséget, tartós túlélést jelentenek a HIV fertőzöttek legtöbbszörének, ők olthatóak is, ha a CD4 limfocitaszámuk 200/ml feletti. Fontos alapellátási feladat, hogy minél több HIV fertőzött mihamarabb kezeléshez juthasson, ennek kulcsa a rizikó magatartású egyének szűrővizsgálatra irányítása.<sup>11,12</sup>



## 9. Nemcsak utazóknak előnyös a hepatitis A prevenció

A járványos májgyulladás okozó hepatitis A vírus (HAV) fertőzés általában fekál-orál terjedéssel, de éppen fertőzött élelmiszer útján is képes Magyarországon is kisebb-nagyobb helyi járványokat okozni, ezért érdemes a megelőzésének figyelmet szentelni. Bár maga a HAV fertőzés lefolyásában jóindulatú, ritka, fulmináns kórforma, krónikus fertőzés, malignus transformáció nem jellemző. Azonban a bármilyen etiológiájú krónikus májbetegség HAV fertőzése fulmináns módon, akár fatális kimenetellel is járhat, továbbá súlyos lefolyású lehet a sérült immunitásúak fertőzése is. Fokozott a kockázat nehezen gyógyuló HAV fertőzésre a homoszexuális férfiak körében is. Érdemes tehát tudni a kockázatról és felajánlani a két oltásból álló oltási sort (0, 6-60 hó) bárkinek, aki védett szeretne lenni, de a fokozott kockázatúaknak mindenképpen.<sup>13,14</sup>

## 10. Általánosságban leszögezhető, hogy az oltási sor megszakadása esetén sem kell az oltásokat újratekinteni

A Védőoltási Tanácsadóba érkező egyik leggyakoribb kérdés az, mi történjen a félbeszakadt oltási sorozattal. Többnyire a kullancsvírus fertőzés, hepatitis A és B és a humán papillómavírus fertőzés elleni oltásait felejtik el az ajánlott időpontokban az oltandók és hónapokkal, évekkel később jelennek meg, mint az oltási ajánlásokban leírt időközök. Fontos információ, hogy az oltási sémákban megadott időközök minimumok, több idő mindig eltelhet, csak kevesebb nem, az immunmemóriára általában lehet számítani. Más kérdés a kemoterápia, szervátültetés miatt félbeszakadt oltási sor – az ilyen páciensek számára a Védőoltási Tanácsadók orvosai készítene felmérést, és egyedi oltási tervet.

<sup>1</sup> Benjamin J. Oldfield, MD; Rosalyn W. Stewart, MD, MS10 Practice Recommendations in Adult Vaccination Administration. South Med J. 2016;109(2):87-90.

<sup>2</sup> [http://www.medscape.com/viewarticle/859390\\_10](http://www.medscape.com/viewarticle/859390_10) (Elérve: 2016.07.11.)

<sup>3</sup> Mészner Zs.: Felnőttkori védőoltások kézikönyve, Medicina 2015.

<sup>4</sup> Országos Epidemiológiai Központ, Módszertani levél a 2016. évi védőoltásokról. Epinfo, 23. évf. 1. különszám.

<sup>5</sup> <http://www.cdc.gov/Vaccines/vpd-vac/pertussis/default.htm> (Elérve: 2016.07.11.)

<sup>6</sup> James JM, Zeiger RS, Lester MR, Fasano MB, Gern JE, Mansfield LE, et al. Safe administration of influenza vaccine to patients with egg allergy. J Pediatr. 1998;133:624–8.

<sup>7</sup> Kobayashi M, Bennett NM, Gierke R, Almendares O, Moore MR, Whitney CG, et al. Intervals between PCV13 and PPSV23 vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2015;64(34):944-7.

<sup>8</sup> A B szerocsoportú Neisseria meningitidis által okozott megbetegedések előfordulása Magyarországon, 1988-2013. Epinfo, 2014, 21. évf, 45. szám, 545.

<sup>9</sup> A meningitis epidemica járványügyi helyzete a 2013-14. epidemiológiai évben. <http://www.oek.hu/oekfile.pl?fid=6102>

<sup>10</sup> Bauer T, JilgW. Hepatitis B surface antigen-specific T and B cell memory in individuals who had lost protective antibodies after hepatitis B vaccination. Vaccine 2006;24:572–577.

<sup>11</sup> Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. Washington, DC: Public Health Foundation; 2015:341–352.

<sup>12</sup> Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2014;58:e1–e34.

<sup>13</sup> Az első, igazoltan élelmiszer által terjedő hepatitis A járvány Magyarországon. Epinfo, 20016, 23. évf.7. szám 85.

<sup>14</sup> Advisory Committee on Immunization Practices, Fiore AE, Wasley A, et al. Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 2006;55(RR-7):1–23.

# Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I. – Felnőtt felmérés

## Results of the Health Communication Survey I. – Adult Survey

Szerzők: Balku Eszter✉, Vitrai József  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.10. Elfogadva: 2016.07.14.

**Összefoglaló:** *Bevezetés:* A magyar lakosság egészségi állapota sokkal rosszabb annál, mint amilyen a hasonló fejlettségű országokban tapasztaltak alapján elvárható lenne. Ennek egyik fő oka a Magyarországon gyakori egészségtelen életmód, azaz a helytelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás. Az Egészségkommunikációs Felmérés célja az volt, hogy feltérképezze az egészséggel kapcsolatos viselkedést és az ezeket meghatározó egészséggel kapcsolatos képességeket, motivációt és környezetet, valamint meghatározza a tervezett beavatkozásokhoz szükséges kommunikációs csatornákat. *Módszerek:* Az országos, kétlépcsős mintavétellel nyert reprezentatív mintán, kérdőíves felmérésben közel 5500 otthonában kérdezett felnőtt vett részt. A kérdőív a viselkedésváltoztatás egy integratív modelljére épült, amely szerint a viselkedést a testi és pszichés képességek, a motivációk valamint a társas és fizikai környezet által biztosított lehetőségek befolyásolják. A kérdések lefedték az egészséggel kapcsolatos ismereteket, attitűdöket, motivációkat, a testi, a lelki és a vélt egészséget, a pszichológiai tulajdonságokat, az egészségmagatartást, a társas támogatottságot, a kommunikációs szokásokat, az egészséggel kapcsolatos információkeresést valamint a kérdezett társadalmi-gazdasági jellemzőit. *Eredmények:* A felmérés leíró statisztikai elemzésének eredményeit a szerzők a viselkedésváltoztatási modellelemeknek megfelelő bontásban mutatják be. Az egészségmagatartásra vonatkozóan például kiderül, hogy minden 9. magyar felnőtt „szuper egészséges”, azaz elegendő zöldséget és gyümölcsöt fogyaszt, elegendő fizikai aktivitást végez, nem dohányozik, legfeljebb mérsékelten fogyaszt alkoholt és testtömege normális tartományban van. *Összegzés:* Az eredmények alátámasztják, hogy az egészségmagatartás megváltoztatásához nem elegendő az ismeretátadás, egyaránt fontos a motiváció és a támogató környezet is. A magyar felnőttek fizikai-pszichikai képességeire, motivációira, társas illetve fizikai környezetére és viselkedésére vonatkozó leíró eredmények hasznosak lehetnek az egészségfejlesztés különböző területein tevékenykedő szakemberek számára.

**Kulcsszavak:** felmérés, egészségkommunikáció, egészség, testmozgás, médiafogyasztás

**Summary:** *Background:* The health of the Hungarian population is much poorer than expected compared to that of countries with a similar level of development. One of its main reasons is unhealthy lifestyle, that is, unhealthy nutrition, low level of physical activity, smoking and alcohol abuse. The aim of the Health Communication Survey was to map health related behavior and health related skills, motivation and environment, as its determinants, and to identify communication channels to be used in the planned interventions. *Methods:* Nationally representative two-stage samples of adults were drawn and about 5500 respondents were questioned at home. The questionnaire was built on an integrative model of behavioral change, which states that health behavior is determined by physical and psychical capabilities, motivations, and opportunities provided by physical and social environment. The questions cover

knowledge about and attitude to health, somatic and mental health status, subjective well-being, psychological characteristics, health behaviors, social support, media consumption, health-related information seeking, and socio-demographic characteristics. *Results:* Results of the descriptive statistical analysis are presented in blocks according to the elements of the behavior change model used. For health behavior it turns out that every 9th Hungarian adult is “super healthy” since eats sufficient amount vegetables and fruit, is physically active enough, doesn’t smoke and drink too much alcohol, and has body mass index in normal range. *Summary:* These results, relating to the physical-mental skills, motivation, social and physical environment of the Hungarian population might be useful for professionals working in the different fields of health promotion.

**Keywords:** survey, health communication, health, physical activity, media consumption

## BEVEZETÉS

Magyarországon a lakosság egészségi állapota rosszabb, mint ami az ország fejlettsége alapján elvárható lenne.<sup>1</sup> Ennek oka lehet többek között a helytelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, a túlzott alkoholfogyasztás, a dohányzás és általában az egészségtudatosság alacsony szintje. Az Egészségkommunikációs Felmérés (EKF) célja az volt, hogy feltérképezze ezeknek a kockázati magatartásoknak a hátterét oly módon, hogy felméri a magyar lakosok egészséggel kapcsolatos ismereteit, attitűdjét és a viselkedését befolyásoló környezetet, továbbá a felmérés eredményei által tervezett új megközelítésű beavatkozásokhoz meghatározza a megfelelő kommunikációs csatornákat. A közlemény bemutatja a felnőtt EKF leíró statisztikai elemzésének eredményeit.

## MÓDSZERTAN

A felmérés tervezése során olyan elméleti alapra, modellre volt szükség, amely jól leírja a magatartásváltoztatás elméletét. Ilyen elméletek tucatjai születtek az elmúlt évtizedekben,<sup>2</sup> amelyek áttekintésére, összegzésére az elméleti és alkalmazott pszichológia neves szakembereinek egy csoportja vállalkozott a 2000-es évek elején.<sup>3</sup> Az áttekintett elméletek integrálásával Michie és munkatársai megalkották az ún. COM-B<sup>1</sup> modellt, amely leírja az egészségmagatartás és az azt befolyásoló tényezők összetett hatásrendszerét.<sup>4,5</sup> A kitűzött célok eléréséhez az EKF ezt a modellt vette alapul, és használta fel a kérdőív kialakítása

során.<sup>ii</sup> A 19 pszichológiai elméletet összegző, szakmai konszenzus alapján kidolgozott COM-B modell szerint a viselkedést először is a „Képesség”, azaz az egyénnek vagy a közösségnek a viselkedés megvalósításához szükséges testi és lelki készségei szabják meg.<sup>6</sup> A „Motivációt” a cselekvést elindító tudatos döntések, szándékok és automatikusan adott válaszok, szokások alkotják. A cselekvés megvalósulását a „Körülmények”, azaz a fizikai valamint a szociális-kulturális környezet is nagymértékben meghatározza. Megjegyzendő, hogy a modell szerint a viselkedés visszahat a három befolyásoló tényezőre, és azok egymásra is hatással vannak. [1. ábra]

1. ábra: COM-B modell: a viselkedés és azt befolyásoló tényezők rendszere



Forrás: Baluku E, Berki J, Csizmadia P, et al (2015) Health Report. National Institute for Health Development

<sup>i</sup> A mozaikszó az angol *Capability*, *Opportunity*, *Motivation* és a *Behaviour* kifejezések kezdőbetűiből származik

<sup>ii</sup> A kérdőív a közlemény mellékletében elérhető.

A COM-B modell nem csak a felmérés elméleti háttérét és céljait határozza meg, hanem a felmérésben használt kérdőív témakörei is a modell alapján az 1. táblázatban található módon kerültek meghatározásra és kidolgozásra.

A felmérés 10 ezer fős mintája kétlépcsős mintavételi eljárással készült, a felmérés adatainak súlyozása a teljes populációs sokasági jellemzőkre nézve került ki-

alakításra, illetőleg az adatok belső homogenitását figyelembe vevő, a design hatást korrigálendő másodlagos súlyozás is készült, ahol a súlyok iteratív eljárást alkalmazva kerültek meghatározásra. Az eredmények bemutatása több bontási szempontból is indokolt lehet, azonban az egyszerűség elvét követve, a közleményben csak a teljes lakosságra vannak bemutatva az eredmények és csak egyes, érdekesnek vélt eredmény esetében kerül sor további bontásokra.<sup>iii</sup>

1. táblázat: A felmérés kérdőívének témakörei és a témakörökhöz tartozó kérdések száma

COM-B elemei	Témakörök	Kérdések száma
Viselkedés	Egészségmagatartás <sup>7,8,9,10,11,12</sup>	19
	Médiafogyasztás <sup>13,14</sup>	6
	Egészséginformáció keresés <sup>15</sup>	10
Képesség	Egyéni jellemzők <sup>7</sup>	10
	Egészségi állapot <sup>16,17</sup>	16
	Hiedelem <sup>18</sup>	16
	Viszony a változáshoz <sup>19</sup>	12
	Énhatékonyosság <sup>20</sup>	7
	Személyiségvonás <sup>21</sup>	15
Motiváltság	Változtatási szándék	5
	Testkép <sup>22</sup>	1
	Egészséghez való viszony <sup>23</sup>	12
	Egészségmagatartáshoz való viszony <sup>24,25,26</sup>	10
	Akadályozottság	8
	Élettel való elégedettség <sup>27</sup>	1
	Életcél <sup>28</sup>	9
	Élménykeresés <sup>16,29</sup>	10
	Választott hipotetikus egészséginformáció-forrás <sup>28</sup>	10
Környezet	Háztartási jellemzők <sup>16,30</sup>	5
	Elvárás	6
	Kifogás egészségmagatartás-változtatással szemben	3
	Társas támogatottság	3
Összesen:		194

<sup>iii</sup> A felmérés illetve az adatelemzés módszertanát részletesebben ismertető kézirat a *Journal of Public Health* folyóirathoz került benyújtásra 2016.06.15.-én.

## EREDMÉNYEK

A 2015 tavaszán végzett felmérés során 5498 fővel készült elemzésre használható kérdőívfelvétel (vá-

laszarány: 55%). A minta és a magyar felnőtt lakosság életkori csoportok és nem szerinti összehasonlítását a 2. táblázat, a lakóhely régió és nem szerinti összehasonlítását a 3. táblázat mutatja be.

2. táblázat: A felmérés megvalósult mintájának valamint a magyar népesség korcsoportos és nem szerinti megoszlása

Korcsoport (év)	MINTA						MAGYAR NÉPESSÉG 2011 (KSH)					
	Nők		Férfiak		Együtt		Nők		Férfiak		Együtt	
18-24	273	5%	276	5%	549	10%	421 334	5%	443 131	5%	864 465	11%
25-34	408	7%	374	7%	782	14%	680 477	8%	696 141	9%	1 376 618	17%
35-44	527	10%	492	9%	1019	19%	759 571	9%	770 546	9%	1 530 117	19%
45-54	422	8%	421	8%	843	15%	646 865	8%	612 378	8%	1 259 243	15%
55-64	535	10%	460	8%	995	18%	777 603	10%	657 499	8%	1 435 102	18%
65-74	447	8%	309	6%	756	14%	562 001	7%	384 814	5%	946 815	12%
75+	381	7%	173	3%	554	10%	497 563	6%	232 742	3%	730 305	9%
Együtt	2993	54%	2505	46%	5498	100%	4 345 414	53%	3 797 251	47%	8 142 665	100%

3. táblázat: A felmérés megvalósult mintájának valamint a magyar népesség lakóhely régiója és nem szerinti megoszlása

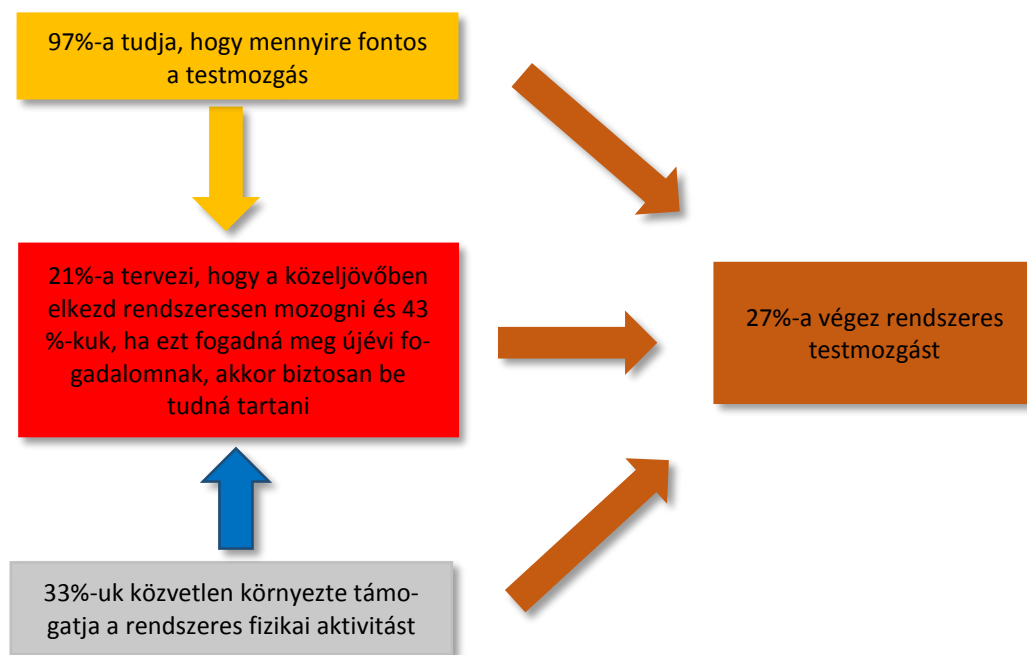
Régió	MINTA						MAGYAR NÉPESSÉG 2011 (KSH)					
	Nők		Férfiak		Együtt		Nők		Férfiak		Együtt	
Dél-Alföld	405	7%	346	6%	751	14%	568 248	7%	498 497	6%	1 066 745	13%
Dél-Dunántúl	280	5%	231	4%	511	9%	410 477	5%	357 233	4%	767 710	9%
Észak-Alföld	464	8%	409	7%	873	16%	631 648	8%	560 070	7%	1 191 718	15%
Észak-Magyarország	359	7%	298	5%	657	12%	515 262	6%	449 274	6%	964 536	12%
Közép-Dunántúl	329	6%	284	5%	613	11%	465 750	6%	423 929	5%	889 679	11%
Közép-Magyarország	854	16%	648	12%	1502	27%	1 324 788	16%	1 120 537	14%	2 445 325	30%
Nyugat-Dunántúl	302	5%	289	5%	591	11%	429 241	5%	387 711	5%	816 952	10%
Együtt	2993	54%	2505	46%	5498	100%	4 345 414	53%	3 797 251	47%	8 142 665	100%

A táblázatok alapján megállapítható, hogy az alacsony válaszarány ellenére a megvalósult minta nem tér el jelentősen a népszámláláskor rögzített adatok alapján számított megoszlásoktól. A súlyozással kiigazított adatok elemzésével nyert eredmények a teljes magyar felnőtt lakosságra reprezentatívnak tekinthetők.

Elsőként a fizikai aktivitásra vonatkozó eredményekkel célszerű demonstrálni, hogy miért fontos a COM-B modell alkalmazása a viselkedés változtatását célzó beavatkozások tervezésekor. A magyar felnőttek 97%-a tudja, hogy mennyire fontos a testmozgás (képesség), azonban csak 27%-uk végez

rendszeres testmozgást (viselkedés). A motivációt vizsgálva megállapítható, hogy a felnőttek 21%-a tervezi a rendszeres testmozgás elkezdését a közeljövőben, de csak kevesebb, mint fele (43%) gondolja úgy, hogyha újkor megfogadná, hogy hetente háromszor fog mozogni, akkor biztosan be is tudná tartani. A rendszeres fizikai aktivitás alacsony szintjének egyik magyarázata lehet az, hogy csak minden harmadik felnőtt környezete támogatja ezt a magatartást. [2. ábra] Ez a példa is rávilágít, hogy az egészségmagatartás megváltoztatásához nem elegendő az ismeretátadás, egyaránt fontos a motiváció és a támogató környezet is.

2. ábra: A nem megfelelő fizikai aktivitás viselkedés, valamint a COM-B modell szerinti viselkedést befolyásoló tényezők megoszlása a felnőtt lakosságban



A felmérés további eredményei az elméleti modell 4 eleme szerint, tagolva kerülnek bemutatásra.

## VISELKEDÉS

A felnőtt magyar lakosság 11%-a tekinthető „szuper egészségesnek”, azaz elegendő zöldséget és gyümölcsöt fogyaszt, elegendő fizikai aktivitást végez, nem dohányzik, egyáltalán nem, vagy mérsékelten fogyaszt alkoholt és a testtömegindexe<sup>iv</sup> (TTI) szerint normális a testsúlya. Azokat tekintjük „szuper egészségtelenek”, akik nem fogyasztanak elegendő a zöldséget és gyümölcsöt, fizikailag inaktívak, dohányoznak, és túlzott mértékben fogyasztanak alkoholt, illetve a TTI alapján túlsúlyosak vagy elhízottak. Ebbe a csoportba a magyar lakosok csupán 0,3%-a tartozik.

Az egészséges táplálkozás jellemzésére a zöldség- és gyümölcsfogyasztást választottuk indikátornak, és az eredmények alapján a magyar felnőttek kicsivel több, mint fele (56%) fogyaszt napi rendszerességgel zöldséget és/vagy gyümölcsöt.

Az egészséges életmód elengedhetetlen eleme a rendszeres fizikai aktivitás, emiatt fontos elemezni részletesebben a magyar felnőttek testmozgását.

Az eredmények azt mutatják, hogy a felnőttek 41%-a soha nem végez testmozgást szabadidejében, 55%-uk még 10 percet sem kerékpározik egy héten, 31%-uk kevesebb, mint napi húsz percet sétál és 73%-uk nem végez rendszeres testedzést, vagyis nem jár aerobica, nem kocog vagy úszik.

A dohányzásra és alkoholfogyasztásra vonatkozó válaszok alapján megállapítható, hogy a felnőtt lakosság 31%-a használ valamilyen rendszerességgel dohányterméket, a lakosok fele soha nem fogyaszt alkoholt, kicsivel több, mint 5%-a pedig a nagyivók közé tartozik.<sup>v</sup>

Az orvoshoz fordulás mind a megelőzés, mind a gyógyulás szempontjából kiemelten fontos és vizsgálandó egészségmagatartás. Az előző egy évben a magyar felnőttek 71%-a találkozott a házi orvosával, 48%-a szakorvossal és csak 18%-a találkozott más egészségügyi szolgáltatást nyújtó szakemberrel.

A médiafogyasztási szokások vizsgálata alapján a televízió a legnépszerűbb médium, második a rádió és csak a harmadik az internet. [4. táblázat]

<sup>iv</sup> A TTI a kg-ban megadott testtömeg osztva a testmagasság méterben kifejezett értékének négyzetével.

<sup>v</sup> Nagyivónak neveztük azokat a nőket, akik a kérdezést megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiakat, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak, valamint azokat, akik egy alkalommal 6 vagy több italt fogyasztanak. Egy ital/alkoholegység egy korsó sörnek, 2 dl bornak vagy 0,5 dl röviditalnak felel meg, azaz 1 dl sör 0,2 itálnak, 1 dl bor 0,5 itálnak és 0,1 dl rövidital 0,2 itálnak számít.

4. táblázat: Médiafogyasztási szokások megoszlása

Médiumok	Néz, hallgat, használ, olvas (%)
TV	94,3
Rádió	61,7
Internet	58,9
Újság	56,2

5. táblázat: Internet használók internetes tevékenységeinek megoszlása

Internetes tevékenységek	Azok aránya, akik végzik (%)
Közösségi oldalak látogatása (passzív)	87,6
Közösségi oldalak látogatása (aktív)	72,5
Hírportálok, on-line újságok, blogok olvasása	87,8
Szakmai oldalak olvasása	67,3

Korcsoportonként vizsgálva kiderül, hogy a fiatalok (18-35 évesek) körében az internet az első helyre kerül és a tv nézés gyakoriságával egyenlő (91-91%). Az idősebbek a fiataloknál jóval kisebb arányban használják az internetet, a 36-65 évesek 63%-a, a 65 év felettiak csupán 11%-a. A rendszeres internethasználók leggyakrabban a közösségi oldalakat látogatják, de nem osztanak meg tartalmakat (passzívak), és a hírportálok, on-line újságokat olvassák a legszívesebben. [5. táblázat]

A magyar felnőtt lakosság az egészséggel összefüggő információk közül a betegséggel kapcsolatos témákban keres aktívan, mint például, hogy hová le-

het fordulni egy egészségproblémával, de még így is csak kevesebb, mint a lakosok fele keres információt ebben a témakörben. A legtöbb témában a szakembereket jelölték meg elsődleges hipotetikus információforrásként (vagyis akit megkeresnének, ha kérdésük merülne fel), kivéve az életvezetés és családi élet témáját, mert e téren a családtagot jelölték meg legkompetensebb személynek. [

6. táblázat] A keresett témák sorrendje és az elsődlegesen megjelölt források korcsoportonként változnak; például a fiatalok a testápolás és az alternatív gyógyászat témában már az internetet jelölik meg elsődleges forrásnak.

6. táblázat: Egyes egészséggel kapcsolatos témákban információt keresők aránya és az ahhoz elsődlegesen megjelölt információforrás

Témakörök	Az adott témában információt keresők aránya <sup>vi</sup> (%)	Elsődlegesen megjelölt hipotetikus információforrás
betegséggel kapcsolatban hova lehet fordulni	39,2	szakember
egészségi problémák, betegségek	38,7	szakember
egészségügyi szűrések	33,6	szakember
testápolás, a fog, bőr, haj, és köröm egészségével kapcsolatos kérdések	27,9	szakember
életvezetés és családi élet, emberi kapcsolatok	22,8	családtag
védőoltások	22	szakember
lelki egészség problémái, mint például, stressz, depresszió vagy alvásprobléma	21,8	szakember
alternatív gyógyászat és egészségmegőrzés, mint például, homeopátia, akupunktúra, léböjt-kúra	21,3	szakember
egészségtelen szokások, mint például, dohányzás, kevés testmozgás, túlzott alkoholfogyasztás	16,3	szakember
gyerekvállalás, várandósság, gyereknevelés, a gyerekek egészsége	15,1	szakember

<sup>vi</sup> Az adott témakörben való információkeresést a válaszolók 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették magukra vonatkozóan jellemzőnek. Információkeresőnek számítottak azok, akik a skálán 4-est vagy 5-öst választottak.

## KÉPESSÉG

A magyar lakosok 51%-a véli jónak vagy nagyon jónak egészségi állapotát. 36%-uknak van valamilyen hosszan tartó betegsége vagy egészségügyi problémája, amely 8%-ukat súlyosan korlátozza a mindennapi tevékenységekben.

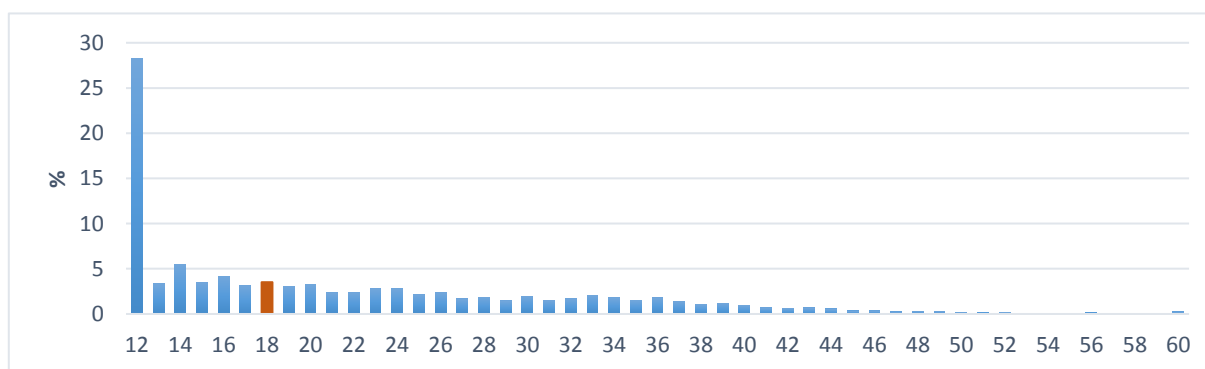
A depresszió meghatározására használt *Patient Health Questionnaire (PHQ)*<sup>31</sup> kérdőív kérdései alapján kidolgozott 12 állítást a válaszadók 1-től 5-ig értékelték magukra jellemzőként úgy, hogy a magasabb érték a depresszió nagyobb mértékére utalt.<sup>vii</sup> [7.

táblázat: A depresszió mérésére alkalmazott PHQ kérdésekre adott válaszok átlaga] A 12 állításra adott válaszok összege így minimálisan 12, azaz egyik állítás sem jellemző a válaszolóra, a maximum pedig 60, ami azt jelenti, hogy minden állítás teljes mértékben igaz a válaszolóra. A minimális 12 pont a felnőttek 28%-ára, a maximális 60 pont a teljes felnőtt lakosság 0,3%-ára volt jellemző. A magyar lakosok fele 18 vagy annál kevesebb pontot ért el és az átlag pontszám 21,4 volt. [3. ábra: A PHQ skálával mért depresszió mértékének alakulása a magyar felnőtt lakosok körében]

7. táblázat: A depresszió mérésére alkalmazott PHQ kérdésekre adott válaszok átlaga

Depresszió mérésére vonatkozó állítások	Válaszok átlaga
Egész nap fáradtnak érezte magát.	2,2
Gondjai voltak az alvással.	2,0
Úgy érezte, hogy nem érdekes, amit csinál.	1,9
Úgy érezte, nem okoz örömet, amit csinál.	1,9
Alig tudott figyelni arra, amit csinált.	1,8
Szomorú volt, depressziósnak érezte magát.	1,8
Túlzottan nyugtalannak érezte magát.	1,8
Túlságosan nyugodt, lelassult volt.	1,7
Gondjai voltak az étvágyával.	1,6
Úgy érezte, csalódást okozott családjának.	1,6
Úgy érezte, csalódást okozott önmagának.	1,6
Arra gondolt, hogy legjobb lenne meghalni.	1,4

3. ábra: A PHQ skálával mért depresszió mértékének alakulása a magyar felnőtt lakosok körében



<sup>vii</sup> A PHQ kérdőívnek az eredetihez képest módosított formában való használata miatt a válaszok csak a megszokottól eltérően értékelhetők.



A testi képességek kiemelten fontos jellemzője a tápláltsági állapot, aminek mérésére általában a TTI mutatót használják. A testtömegindex alapján a felnőtt lakosság 61%-a túlsúlyosnak vagy elhízottnak számít. Közülük csak 45%-uk véli azt, hogy a kelleténél nagyobb a testsúlya, és testalkatát is túlsúlyosként jellemzi.

Az egészséggel kapcsolatos ismeretek a pszichés képességek meghatározó részét alkotják. A 8. táblázat

arról tájékoztat, hogy miként oszlanak meg az egészséggel kapcsolatos ismeretek a magyar felnőttek körében. A testmozgás jótékony hatása a lakosok 80%-a által ismert, és közel 70%-uk úgy véli, az nemcsak az elhízás ellen hatásos. A gyógyszeresedésre vonatkozó ismeretek a felnőttek kétharmadánál hiányosak, mert 60%-uk úgy gondolja, hogy a receptre felírt orvosságot addig kell szedni, amíg a panaszok el nem múlnak.

8. táblázat: Egészséggel kapcsolatos állításokkal egyetértők aránya és a válaszok átlaga

Egészséggel kapcsolatos állítás	Az adott állítással egyet értők vagy teljes mértékben egyet értők aránya <sup>viii</sup> (%)	Válaszok átlaga
A terhesség alatti dohányzás árt a magzatnak.	90,5	4,5
Mások dohányfüstjének beszívása is káros egészségünkre.	88,6	4,4
A dohányzást azért is nehéz abbahagyni, mert a dohányos szervezete hozzászokott a nikotinhoz, és folyamatosan kívánja.	81,7	4,2
Aki sok zöldséget, gyümölcsöt eszik, annak ellenállóbb a szervezete a betegségekkel szemben.	81,2	4,3
A testmozgás csökkentheti a krónikus betegségek (pl. cukorbetegség) kialakulásának esélyét.	80,0	4,2
A testmozgás a krónikus betegségekben (pl. egyes szívbetegségekben, magas vérnyomásban) szenvedők számára jótékony hatású.	80,0	4,2
Sok mozgásra azért van szükség, hogy az ember ne hízzon el, vagy, hogy lefogyjon.	68,4	3,9
Sok idő és sok pénz kell az egészséges ételek elkészítéséhez.	62,5	3,8
Receptre felírt orvosságot addig kell szedni, amíg a panaszok el nem múlnak.	60,2	3,6
Amikor valaki energiatalt és alkoholt együtt fogyaszt, nehezen veszi észre, ha a kelleténél többet ivott.	58,9	3,7
A dohányzó szülő gyereke nagyobb eséllyel fog dohányozni.	52,5	3,5
Igazából nem lehet tudni, melyik étel egészséges, mert a szakértők sem értenek egyet.	50,6	3,4
Az elektronikus cigaretta (e-cigi) ártalmatlan az egészségre.	41,2	3,1
A terhesség alatt alkalmanként fogyasztott alkohol (pl. 1 pohár bor) nem árt a magzatnak.	35,0	2,9
Az elfogyasztott alkohol átmelegít, véd a kihűlés, a megfagyás ellen.	26,5	2,7
Csak a szülőktől örökölt tulajdonságokon múlik, hogy milyen betegségünk lesz életünk során.	22,5	2,7

<sup>viii</sup> Az adott, egészséggel kapcsolatos állítással való egyetértés erősségét a válaszolók 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették. Egyetértőnek számítottak azok, akik a skálán 4-est vagy 5-öst választottak.

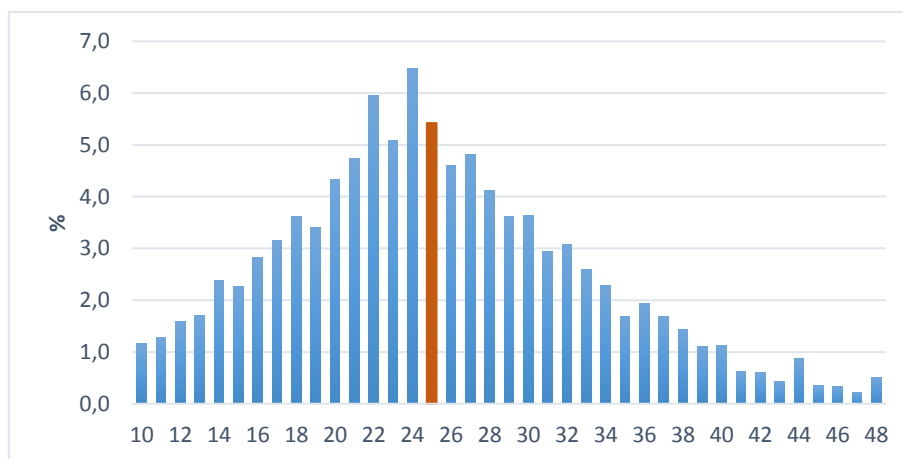
A kitartás, az eltökéltség a pszichés képességek fontos elemei. A magyar felnőttek szerint, ha elhatároznák, hogy megváltoztatják viselkedésüket, a 9. táblázatban található sorrendben tudnák betartani a viselkedésváltozásra vonatkozó újrési fogadalmakat.

Legtöbbször a szakemberhez való fordulással kapcsolatos fogadalmat tudnák betartani, legkevesebbet pedig a rendszeres testmozgásra vonatkozó fogadalmat.

9. táblázat: Az egészséggel kapcsolatos fogadalmak vélt betartásának megoszlása és a válaszok átlaga

Egészséggel kapcsolatos fogadalmak	Azon lakosok aránya, akik, ha megfogadnák, biztosan betartanák az adott fogadalmat <sup>ix</sup> (%)	Válaszok átlaga
Szakemberhez fordulni, ha egészségével kapcsolatban valamilyen probléma merül fel	74,3	3,9
Egészségesebben táplálkozni	57,9	3,5
Több időt biztosítani kikapcsolódásra, lazításra, feltöltődésre	55,6	3,4
Abbahagyni az alkoholfogyasztást	54,8	2,9
Abbahagyni a dohányzást	43,1	2,55
Lefogni néhány kilót	43,0	2,8
Hetente legalább 3 napon komolyabb testmozgást végezni	42,8	2,8

4. ábra: A változással szembeni ellenállást mérő skála értékeinek megoszlása



A pszichés képességeknek a viselkedésváltoztatással kapcsolatban kiemelten fontos összetevője a változáshoz való viszony. A változással szembeni ellenállás felmérésre használt 12 kérdés alapján a pontszámok a 4. ábraán látható módon oszlanak meg a felnőttek körében. A pontszám képzése az 1-től 5-ig adott válaszok összeadásával került kiszámításra, ki-

véve a 4. és 10. állítás esetében, mert azok pontszáma kivonásra került az ellentétes megfogalmazás miatt. A nagyobb érték a változással szembeni nagyobb ellenállást jelzi. A minimum pontszám 10, amely a lakosok 0,5%-ára volt jellemző, tehát ők voltak leginkább nyitottak a változásra, míg a maximum elérhető 48 pont a lakosok 1,2%-ára volt jel-

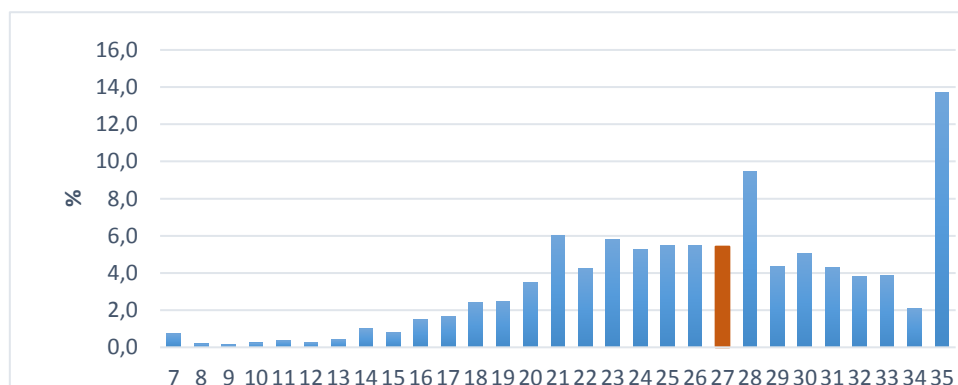
<sup>ix</sup> A válaszolók 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették, mennyire biztosak abban, hogy egy egészséggel kapcsolatos fogadalmat be tudna tartani. Egy fogadalmat biztosan betartónak számítottak azok, akik a skálán 4-est vagy 5-öst választottak.

lemző, ők azok, akik a legkevésbé képesek a változásra. A magyar lakosok fele 25 vagy annál kevesebb pontot ért el, az átlagos pontszám 25,3.

Az énhatékonyság mértékének meghatározásához használt 7 kérdésre 1-től 5-ig adható válaszok alapján a magyar lakosok pontszámainak eloszlása az 5. ábra található. Minél magasabb a pontszám, annál

nagyobb az énhatékonyság mértéke. A magyar felnőtt lakosság felét 27 vagy annál nagyobb pontszám jellemzi, az átlagos pontszám 26,3. Mivel az ábrán látható kiugró értékek azt jelenthetik, hogy többen valamennyi kérdésre ugyanazt a választ adták (pl. mindegyikre 5-öst), ezért célszerűnek látszik bemutatni tételenként a válaszok átlagait is. [10. táblázat]

5. ábra: Az énhatékonyság mértékének megoszlása



10. táblázat: Énhatékonyságra vonatkozó kérdések válaszainak átlaga

Énhatékonyságra vonatkozó állítások	Válaszok átlaga
Ha akadályokkal szembesülök, megtalálom az útját-módját annak, hogy leküzdjem őket.	3,9
A nehéz problémák megoldása is sikerül, ha nagyon sokat foglalkozom velük.	3,8
Váratlan helyzetben is megállom a helyem.	3,8
Ha problémákkal szembesülök, saját erőmből megoldom azokat.	3,7
Nem jelent problémát számomra, hogy megvalósítsam elképzeléseimet, céljaimat.	3,6
Nehéz helyzetben is nyugodt maradok, mert bízom magamban.	3,6
Ha új dologgal szembesülök, tudom, hogyan kezdjek a megoldáshoz.	3,6

## MOTIVÁLTÁS

Az egészség több aspektusból is fontos lehet az egyén számára. A magyar felnőtteknek legnagyobb arányban azért fontos az egészség, hogy ne fájjon semmije, ne szenvedjen betegségtől, és legkevésbé azért fontos, hogy jól nézzen ki és vonzóbb legyen. [11. táblázat]

A felnőtt lakosság fele gondol csak úgy a testmozgásra, mint kikapcsolódás, a másik fele fárasztónak ítéli meg, inkább a passzív pihenést részesítené előnyben. Ha betegségről van szó, a felnőttek fele

először otthon próbálja meg kikúrálni magát, és ha nem sikerül, csak akkor megy orvoshoz, azonban a gyógyszereszedést csupán az egytizedük alapozza a barátok és ismerősek ajánlására. Az egészséges étel- és italok a felnőtt lakosság egyötödének nem ízlenek, és egyharmadukat csak az érdekli, hogy annyit ehessen, amennyivel jóllakik. A passzív dohányzást kedvezően megítélők aránya nagyon alacsony a magyar felnőttek körében és kicsivel több, mint felük úgy ítéli meg, hogy az alkoholfogyasztást a társas környezet nagyban befolyásolja. [12. táblázat]

11. táblázat: Az egészség fontosságára vonatkozó válaszok megoszlása és a válaszok átlaga

Azért fontos az egészség, mert...	Azok aránya, akiknek fontos* (%)	Válaszok átlaga
jól érzi magát, nem fáj semmije, nem szenved valamilyen betegségtől	88,8	4,6
nem kell sok időt az orvosnál töltenie	87,9	4,5
nem kell orvosra, gyógyszerre költenie	87,8	4,5
jobban tud gondoskodni arról, akinek szüksége van rá	86,9	4,5
jobban el tudja látni magát, könnyebben tudja a dolgait intézni	86,8	4,5
több időt tud együtt tölteni azokkal, akik fontosak számára	85,2	4,5
olyasmivel tud foglalkozni, ami kikapcsolja, felüdíti, szórakoztatja, feltölti energiával	84,2	4,4
jobban tud dolgozni és pénzt keresni	83,0	4,4
hosszabb ideig élhet	81,3	4,4
több helyre eljuthat, több dologban részt vehet	79,4	4,3
többet tud másokon segíteni	78,2	4,3
jobban néz ki, vonzóbb	76,0	4,2

12. táblázat: Egyes egészségmagatartásra vonatkozó állításokkal való egyetértés aránya és a válaszok átlaga

Egységmagatartásra vonatkozó állítások	Azok aránya, akik egyet értenek <sup>xi</sup> (%)	Válaszok átlaga
Dohányozhat, aki akar, de ahhoz nincs joga, hogy másokat a füstje belélegzésére kényszerítsen.	81,1	4,3
A testedzés hozzásegít, hogy az ember jobban nézzen ki.	68,4	3,9
Sokan a társaság miatt isznak.	56,2	3,6
A testedzés, a sport segít kikapcsolódni, a feszültséget levezetni.	54,4	3,5
Ha megbetegszem, akkor először megpróbálom magam kikúrálni, és csak ha nem sikerül, akkor megyek orvoshoz.	54,2	3,6
A testedzés számomra fárasztó, én inkább pihenni szeretek a szabadidőmben.	43,1	3,1
Amikor eszem, engem főként az érdekel, hogy annyit ehessenek, amennyivel jól lakom.	39,6	3,1
Az egészségesnek tartott ételek általában nekem nem ízlenek.	21,8	2,4
Én csak olyan gyógyszert szedek, amiket ismerőseim a saját tapasztalataik alapján ajánlanak.	13,5	2,1
Nem fontos, hogy a dohányzás káros az egészségre és a környezetben élők egészségére, ha örömet okoz.	13,2	1,9

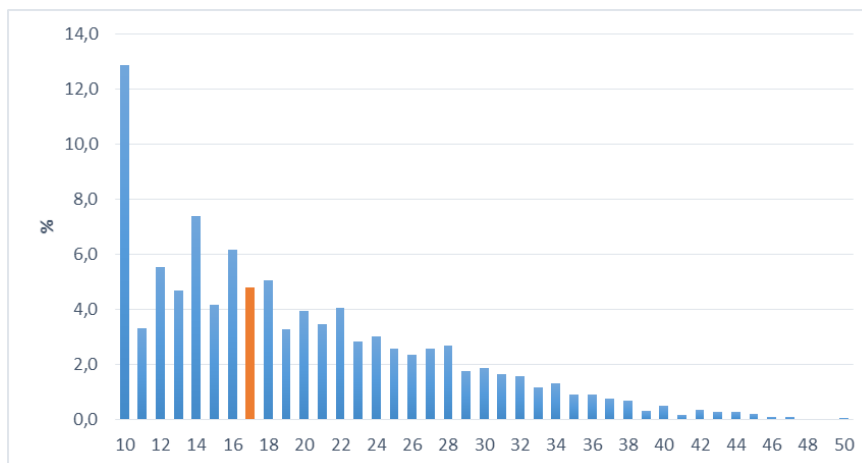
\* Az egészség fontosságát 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették meg a válaszadók. Fontosnak tekintettük egy indoklást azoknál, akik a skálán 4-est vagy 5-öt választottak.

<sup>xi</sup> Az egészségmagatartással kapcsolatos állítással való egyetértés erősségét a válaszolók 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették. Egyetértőnek számítottak azok, akik a skálán 4-est vagy 5-öt választottak.

Egy 10 kérdésből álló skála szolgált az élménykeresési attitűd felmérésére.<sup>xii</sup> A kérdésekre 1-től 5-ig adható válaszok összege mutatja az élménykeresési attitűdnek a magyar felnőttekre jellemző, 6. ábraán látható megoszlását. A magasabb pontszám kifeje-

zettebb élménykeresési attitűdöt jelez, az elérhető legkisebb pontszám 10, a legnagyobb 50. A magyar lakosok felét 17 vagy annál kisebb pontszám jellemzi, az átlagosan elért pontszám 19,6.

6. ábra: Az élménykeresés mértékének megoszlása



13. táblázat: Élménykeresés mértékére vonatkozó kérdésekre adott válaszok átlaga

Élménykeresésre vonatkozó állítások	Válaszok átlaga
Szeretnék felfedezni idegen helyeket.	3,3
Jobban szeretem azokat a barátokat, akik meglepetést okoznak nekem.	2,4
Szeretnék úgy utazni, hogy nincs előre megtervezett útirány vagy menetrend.	2,4
Nyugtalan leszek, ha túl sok időt töltök otthon.	2,0
Szeretek kockáztatni.	1,8
Szeretném kipróbálni a kötélugrást (bungee jumping) vagy a vadvízi evezést.	1,8
Szeretek ijesztő dolgokat csinálni.	1,6
Szeretnék új és izgalmas élményeket megtapasztalni, még akkor is, ha ezek révén törvényt szegek.	1,6
Szeretem a vad bulikat.	1,5
A szórakozás kedvéért megéri, hogy bajba kerüljek.	1,3

A helytelennek tartott magatartás megváltoztatásának elkerülését legtöbbször különféle kifogásokkal indokolják. A magyar felnőtt lakosság leggyakrabban felhozott kifogása az, hogy nagyon nehezen szánja

rá magát, a második leggyakoribb kifogás szerint pedig az illető csak nem akar változtatni, vagyis hiányzik az elhatározás, a motiváció. A családi és baráti ellenzés, mint hátráltató társas környezet a felnőttek alig 4%-ára jellemző. [14. táblázat: A helytelenek

<sup>xii</sup> A 10 tételes szenzoros élménykeresés kérdőívre nem volt található magyar, standard értékelési eljárás, így a szerzők egyszerű leíró statisztikát alkalmaztak.

tartott magatartás megváltoztatásának elkerülésére vonatkozó kifogások aránya és a válaszok átlaga]

14. táblázat: A helytelennek tartott magatartás megváltoztatásának elkerülésére vonatkozó kifogások aránya és a válaszok átlaga

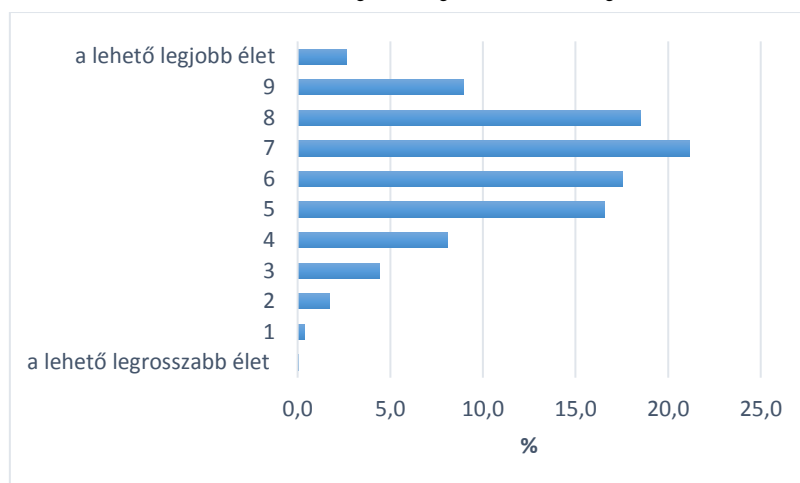
Azért nem változtatok azon, ahogy élek, mert...	Azok aránya, akikre igaz <sup>xiii</sup> (%)	Válaszok átlaga
nagyon nehéz rászánnom magam.	34,5	2,8
egyszerűen csak nem akarok.	32,6	2,7
nincs elegendő pénzem hozzá.	27,1	2,5
már túl öreg vagyok én ahhoz.	21,8	2,2
nem érek rá ilyesmire.	17,1	2,2
már megpróbáltam, de nem sikerült.	16,9	2,2
igazából nem rajtam múlik.	12,8	2,0
akkor sokkal idegesebb, feszültebb lennék.	12,7	2,0
túl sokat kellene gyalogolnom vagy utaznom miatta.	11,4	1,9
jó nekem így is, úgysem szeretnék sokáig élni.	8,5	1,7
ellenzi a családom, vagy, mert a barátaim, az ismerőseim megszólnának érte.	3,7	1,5

Az, hogy valaki hogyan ítéli meg a saját életét, mennyire elégedett azzal, az a viselkedésváltoztatás szempontjából fontos motivációs tényezőnek tekinthető. A felnőtt lakosság életével való elégedettségét a 7. ábra mutatja. A válaszoló egy 11 fokú skála (0-tól 10-ig összesen 11 válaszlehetőség) jelölte meg, hogy milyennek tartja életét. A magyar felnőttek átlagosan a 7. fokot választották.

A felmérésben adott válaszok alapján a felnőtt lakosság több mint 90%-ának az a legfontosabb életcélja, hogy elkerüljék a betegségek. [15. táblázat] Hasonló arányban, a második legfontosabb cél, hogy legyenek olyanok az életükben, akik szeretik, és akiket szerethetnek. A választható kilenc életcél közül utolsóként, csak minden 8. felnőtt számára fontos az, hogy híres legyen.

<sup>xiii</sup> A helytelennek tartott magatartás megváltoztatásának elkerülésére vonatkozó kifogást 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették magukra vonatkozóan jellemzőnek. Egy kifogás igaznak számított azoknál, akik a skálán 4-est vagy 5-öst választottak.

7. ábra: Élettel való elégedettség mértékének megoszlása



15. táblázat: Egyes életcélokat fontosnak tartók aránya és a válaszok átlaga

Mennyire fontos az Ön számára, hogy elérje ezeket a célokat?	Azok aránya, aki fontosnak tartja <sup>xiv</sup> (%)	Válaszok átlaga
elkerüljék a betegségek	91,4	4,6
legyenek olyanok, akik szeretik, és akiket Ön szerethet	87,6	4,6
ismerje és elfogadja önmagát	78,4	4,2
sok ember tisztelje	61,1	3,7
hozzájáruljon, hogy a világ jobb legyen	58,1	3,7
új dolgokat tanuljon	52,5	3,4
gazdag legyen	44,4	3,3
vonzónak tartsák	43,0	3,2
híres legyen	12,6	2,0

## KÖRNYEZET

A magyar felnőttek 12%-a érzi igaznak vagy teljes mértékben igaznak magára azt az állítást, hogy azért nem változtat helytelennek tartott magatartásán, mert túl sokat kellene gyalogolnia, vagy utaznia miatta. A felnőtt lakosok 27%-a pedig a változtatás akadályaként a nem elegendő anyagi forrást azonosította.

A felnőtt lakosság kétharmada szerint társas környezetére jellemző, hogy természetesnek tartják a sok zöldség- és gyümölcsfogyasztást, és hogy a testi tünetekkel járó betegségekkel szakemberhez kell fordulni. [16. táblázat] A testmozgás azonban már

nem élvez ilyen magas arányú támogatást, csupán a felnőttek egyharmadának környezetében elvárás a rendszeres sport.

A társas támogatottság egyik jellemzőjének tekinthető a barátnak tartott személyek száma. A felnőtt magyar lakosoknak legnagyobb arányban legalább 3-5 barátja van, és a felnőttek csupán 3%-ára jellemző, hogy egyetlen barátja sincs. [8. ábra]

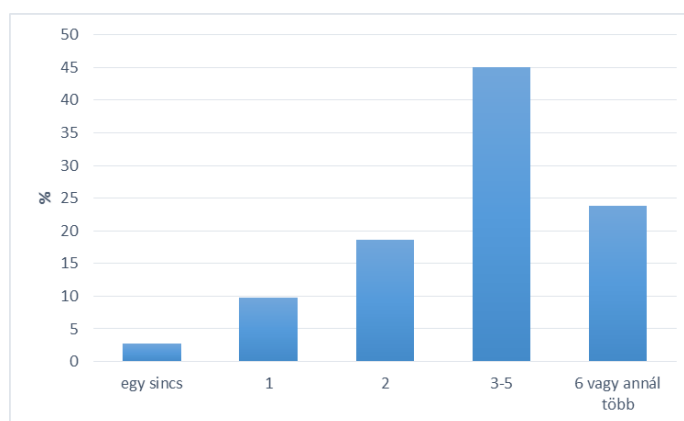
A társas támogatottságra vonatkozó további kérdések alapján megállapítható, hogy a felnőttek közel 80%-a úgy véli, a környezetük megfelelően törődik velük, és 61%-uk biztos abban, hogy szükség esetén könnyen kapna segítséget a szomszédjától.

<sup>xiv</sup> A választható életcélok fontosságát 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették meg a válaszadók. Fontosnak tekintettük egy életcélt azoknál, akik a skálán 4-est vagy 5-öst választottak.

16. táblázat: A társas környezet elvárását jellemzőnek tartók aránya és a válaszok átlaga

Önhöz közel álló személyek...	Azok aránya, akiknek jellemző a környezetére (%) <sup>xv</sup>	Válaszok átlaga
természetesnek tartják, hogy sok zöldséget, gyümölcsöt kell enni.	69,1	3,9
körében az az elvárás, hogy mindenki sokat mozogjon, sportoljon.	33,2	2,9
körében elfogadott, ha valaki többet iszik a kelleténél.	14,4	2,1
körében elfogadott, ha valaki dohányzik.	28,7	2,7
körében az a természetes, hogy a testi tünetekkel járó betegséggel minél gyorsabban szakemberhez kell fordulni.	69,1	3,9
körében az a természetes, hogy lelki problémákkal minél gyorsabban szakemberhez kell fordulni.	53,9	3,6

8. ábra: A barátoknak tartott személyek számának megoszlása



## ÖSSZEGZÉS

Az EKF COM-B modell alapján összeállított kérdésekre kapott, a közleményben ismertetett válaszok lehetőséget nyújtanak az egészségfejlesztés különböző területein tevékenykedő szakemberek számára, hogy a magyar felnőtt lakosság fizikai-pszichikai képességeire, motivációira, társas illetve fizikai környezetére és viselkedésére vonatkozó eredményeket saját munkájukhoz hasznosítsák. A közleményben bemutatott egyszerű, leíró statisztikai eredmények nem feltétlenül illeszkednek a szakemberek különféle speciális kérdésfelvetéséhez, de mivel a vizsgálok hozzáférhetővé tették a felmérés adatbázisát, a válaszok további, részletesebb elemzése elvégezhető a letöltött adatokon.<sup>32</sup> Ezáltal lehetőség nyílik az adott kérdésfelvetéshez illeszkedő

különböző ismervek, mint életkor, nem, iskolázottság szerinti tetszőleges bontásokra, mélyebb összefüggések értékelésére.

A válaszok elemzésekor, az eredmények értelmezésekor feltétlenül figyelembe kell venni, hogy az EKF-ben alkalmazott kérdőív egészében nem tekinthető validáltnak, hiszen az jó néhány saját fejlesztésű kérdésből vagy a nemzetközi szakirodalomból átvett skálából vagy annak részletéből lett összeállítva. Az EKF kérdőívének kifejlesztésekor ugyanis a cél a COM-B modellnek megfelelő minél több információ összegyűjtése volt, ezért a vizsgálatnak ebben az exploratív szakaszában a kutatók a „próba-szerencse” megközelítéssel minél több kérdést alkalmaztak az egyének egészségszélus csoportokba sorolásához. A vizsgálat következő, konfirmatív fázisában a

<sup>xv</sup> Az állításokkal való egyetértés mértékét 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették meg a válaszadók. Jellemzőnek számított, ha a válaszoló a skálán 4-est vagy 5-öst választotta.



kérdések közül már ki lehet választani azokat, amelyek valóban fontosak voltak az egyének egészségstílusokba csoportosításához. Az EKF kérdőívvel nyert adatok tehát korlátozottan alkalmasak más célú elemzések, vagy más felmérések eredményeivel történő összevetésre.

A bemutatott leíró statisztikai eredmények értelmezésekor feltétlenül figyelembe kell venni, hogy egy-egy fentiekben ismertetett eredmény önmagában korlátozottan felhasználható, inkább csak tájékoztatóra alkalmas. A szakemberek számára fontos

hangsúlyozni, hogy az adatok alapján egy adott társadalmi csoport esetében kizárólag a négy tényezőt (képesség, motiváció, környezet, viselkedés) együttesen, összefüggéseiben kezelő, az un. egészségstílusok ismeretében lehet hatásos beavatkozásokat tervezni és megvalósítani. A felmérés eredményei alapján képzett egészségstílusok bemutatására egy következő, angol nyelvű közleményben kerül sor, mivel a viselkedésváltoztatás területén innovatívnak számító megközelítés nemzetközi érdeklődésre tarthat számot.

<sup>1</sup> Balku E, Berki J, Csizmadia P, Csohán Á, Horváth G, Kurcz A, Melles M, Bakacs M, Boros J, Györke J, Páztorné Stokker E, Szabó KZs. Egészségjelentés2015. Varsányi P, Vitrai J (szerk). Nemzeti Egészségfejlesztés Intézet, Budapest, 2015.

<sup>2</sup> Morris J, Marzano M, Dandy N, O'Brien L. Theories and models of behaviour and behaviour change. *For Sustain Behav Behav Chang Theor.* 2012;1–27.

<sup>3</sup> Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(1):26–33. doi:10.1136/qshc.2004.011155.

<sup>4</sup> Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci.* 2011;6:42. doi:10.1186/1748-5908-6-42.

<sup>5</sup> Michie S, Atkins L, West R. *The Behaviour Change Wheel. A Guide to Designing Interventions.* <http://www.behaviourchangewheel.com/> (Elérve: 2016.07.14.)

<sup>6</sup> Kimmel Z, Vitrai J. Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elegendőek-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. *Egeszsegtudomány.* 2015;(3):71–78.

<sup>7</sup> Eurostat. *European Health Interview Survey (EHIS wave 2).*; 2013.

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-e9d5f6578e7c> (Elérve: 2016.07.14.)

<sup>8</sup> World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). 2013;1–3. <http://www.who.int/chp/steps/GPAQ/en/> (Elérve: 2016.07.14.)

<sup>9</sup> World Health Organization. Global Adult Tobacco Survey (GATS). 2007. <http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/en/> (Elérve: 2016.07.14.)

<sup>10</sup> Utility C, Properties P. AUDIT-C Questionnaire. *Intern Med.* 2003;163(April):2–3.

<sup>11</sup> Lenus, The Irish Health Repository. Alcohol: public knowledge, attitudes and behaviours. 2012. <http://hse.openrepository.com/hse/handle/10147/234315> (Elérve: 2016.07.14.)

<sup>12</sup> Bush, Kristen; Kivlahan, Daniel R.; McDonell, Mary B.; Fihn, Stephan D.; Bradley KA. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med.* 1998;158(16):1789–1795. doi:10.1001/archinte.158.16.1789.

<sup>13</sup> Networks C. E-Communications Household Survey. 2013; (November).

<sup>14</sup> Majerszki N. *The Z Generation of the Twenty First Century.* Verpelét; 2014.

[http://www.norria.hu/files/1029/Peabo\\_Media\\_Kft\\_Z\\_generáció\\_és\\_a\\_közösségi\\_média.pdf](http://www.norria.hu/files/1029/Peabo_Media_Kft_Z_generáció_és_a_közösségi_média.pdf) (Elérve: 2016.07.14.)

<sup>15</sup> Központi Statisztikai Hivatal. Európai lakossági egészségfelmérés, 2014, *Statisztikai tükör*; 2015;29:1-9.

<sup>16</sup> Weber EU, Blais A-R, Betz NE. A domain-specific risk-attitude scale: Measuring risk perceptions and risk behaviors. *J Behav Decis Mak.* 2002;15(August):263–290. doi:10.1002/bdm.414.

<sup>17</sup> Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979;9:139–145. doi:10.1017/S0033291700021644.

<sup>18</sup> Wardle AJ, Steptoe A, Wardle J. Socioeconomic Differences in Attitudes and Beliefs about Healthy Lifestyles. *Epidemiol Community Health.* 2003;57(6):440–443.

<sup>19</sup> Oreg S. Resistance to change: Developing an individual differences measure. *J Appl Psychol.* 2003;88(4):680–693. doi:10.1037/0021-9010.88.4.680.

<sup>20</sup> Schwarzer, R., & Jerusalem M. General Self-efficacy Scale. *Meas Heal Psychol A user's portfolio Causal Control beliefs.* 1995;(2008):35–37. doi:10.1037/t00393-000.

- <sup>21</sup> Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB. A very brief measure of the Big-Five personality domains. *J Res Pers.* 2003;37(6):504–528. doi:10.1016/S0092-6566(03)00046-1.
- <sup>22</sup> Semmelweis University Budapest. Hungarostudy. 2013. <http://www.hungarostudy.hu/index.php/2014-04-07-17-21-12/hungarostudy-2013> (Elérve: 2016.07.14.)
- <sup>23</sup> Craig R, Shelton N. *Health Survey for England 2007, Healthy lifestyles : knowledge , attitudes and behaviour.* Köt 1. London; 2008.
- <sup>24</sup> Abbott R, Macdonald D, Stubbs C, Lee A, Harper C, Davies P. *Healthy Kids Queensland Survey 2006 - Full Report.*; 2008. <http://www.health.qld.gov.au/ph/documents/hpu/healthykidsqld2006.pdf> (Elérve: 2016.07.14.)
- <sup>25</sup> EU. *Sport and physical activity -- Special Eurobarometer.*; 2014. doi:10.2766/73002.
- <sup>26</sup> European Commission. *A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health.*; 1999.
- <sup>27</sup> Cantril H. *The pattern of human concerns.* Köt Rutgers Un. New Brunswick, New Jersey, USA; 1965.
- <sup>28</sup> Kasser T, Ryan RM. Further Examining the American Dream: Differential Correlates of Intrinsic and Extrinsic Goals. *Personal Soc Psychol Bull.* 1996;22(3):280–287. doi:10.1177/0146167296223006.
- <sup>29</sup> Hoyle RH, Stephenson MT, Palmgreen P, Lorch EP, Donohew RL. Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Pers Individ Dif.* 2002;32(3):401–414. doi:10.1016/S0191-8869(01)00032-0.
- <sup>30</sup> Eurostat. SILC. 2015. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/overview> (Elérve: 2016.07.14.)
- <sup>31</sup> Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9 : A New Depression Measure. *Psychiatr Ann.* 2002;32(9):509–515. doi:170553651.
- <sup>32</sup> EKF szakmai anyagok. [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-egeszsegkommunikacios-felmeres/](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-egeszsegkommunikacios-felmeres/) (Elérve: 2016.07.14.)

# Impresszum

## KIADÓ

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet  
1113 Budapest, Diószegi út 64.

A kiadásért felel: Török Krisztina  
A szerkesztésért felel: Vitrai József  
Honlap: [www.nefi.hu](http://www.nefi.hu)

## SZERKESZTŐSÉGI TAGOK

Főszerkesztő:  
Török Krisztina

Felelős szerkesztő:  
Vitrai József

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

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

## KAPCSOLAT

Levelezési cím: 1113 Budapest, Diószegi út 64.  
Email cím: [folyoirat@nefi.hu](mailto:folyoirat@nefi.hu)

ISSN 2498-6666 (online kiadás)

## Rangos kitüntetést kaptak a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet dietetikusai

Dieticians of the National Institute for Health Development were awarded a distinguished prize

Szerző: Gui Angéla✉  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.30.

**Kulcsszavak:** Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, dietetika, Fekete Krisztina, Henter Izabella

**Keywords:** National Institute for Health Development, dietetics, Krisztina Fekete, Izabella Henter

A Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) idén ünnepli alapításának 25. évfordulóját, ez alkalomból június 4-én tartottak jubileumi konferenciát. Az eseményen számos elhivatottan dolgozó dietetikust, táplálkozástudományi szakembert, orvost és kutatót díjaztak. A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) két munkatársa is kitüntetésben részesült szakmai munkája elismeréseként. Henter Izabella dietetikus, táplálkozástudományi szakember az Emberi Erőforrások Minisztériuma *Pro Sanitate* kitüntetését kapta, Fekete Krisztina dietetikus, egészségfejlesztő az MDOSZ által alapított *Pro Diaeta Sana* díjban részesült.

- Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Dietetika, humán táplálkozás tagozatnak 5 éve a vezetője.
- A kitüntetett szakember számos intézményben dolgozott már, volt munkatársa az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézetnek, az I. számú Gyermekklinikának, a Madarász utcai Gyermekkorháznak, 13 évet töltött a tápszeriparban és kereskedelemben. Az Országos Gyermekegészségügyi Intézetben, jelenleg pedig a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben, mint dietetikus vesz részt a kamaszambulancia munkájában, a családtervezési programban, az egészségpolitikai döntések előkészítésében, az országos bölcsődei és egyéb étkeztetés felmérések kidolgozásában, irányelvfejlesztésekben.

### HENTER IZABELLA

- Az MDOSZ vezetőségi tagja volt 1996-tól, azt követően Szerkesztő Bizottsági tag, 8 évig főtitkár, majd a Kommunikációs Bizottság vezetője.
- Az Európai Dietetikus Társaságok Szövetségében 13 évig volt magyar küldött.
- Az Ápolás Szakmai Kollégiumnak és a Dietetikai Szakmai Kollégiumnak is 4-4 évig volt tagja.



Pályafutása során szakmai tapasztalatot szerzett a csecsemő- és gyermektáplálás és dietetika, a gasztroenterológiai, az allergológiai, a tumoros betegségek, a felnőtt- és gyermek klinikai mesterséges táplálás, valamint az otthoni hospice területén is. Vállalkozó dietetikusként magyar és angol nyelven ad táplálkozási és dietetikai tanácsot, étkeztetést ellenőriz, együttműködik egészségügyi magánpraxisokkal, hospice és otthonápolási szolgálatokkal, egészségnapokon vesz részt, publikál, felmérésekben, projekteknél vállal szerepet.

Henter Izabella nem híve a negatív kommunikációnak. „Tanulmányaim és tapasztalatom is azt mu-

tatja, hogy a támogatás, a személyre szabás, az egyének bevonása, a komplex szemlélet az eredményesebb. Fontosnak tartom még a kvantitatív és kvalitatív malnutríciót, ami legalább olyan figyelmet érdemel, mint a túlsúly és az elhízás, a testösszetétel jelentőségéről nem is beszélve! Hiszem, hogy az elkötelezett, felelős, szakértelemmel bírók tudnak eredményesen működni. Vannak jó példák, gyakorlatok itthon és világszerte, amiket érdemes követni. A dietetika tudománya a prevencióban és a terápiában ma is hatásos eszköz lehet, nem adom fel, ez a hivatásom!”

### FEKETE KRISZTINA

- A Magyarországi Crohn-Colitises Betegek Egyesületének táplálkozási tanácsadója több mint 15 éve (5 évig volt elnöke).
- A Rákosmenti Gyermekcukorbetegség Közhasznú Egyesülete táborában dietetikai feladatokat lát el 2004 óta minden nyáron.
- Tagja a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamarának, a Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének valamint a Magyar Diabetes Társaságnak, több évig az Egészségügyi Szakmai Kollégium Dietetika, humán táplálkozás tanács delegáltja volt.
- 2010-ben megkapta az Országos Tisztifőorvos Elismerő Oklevelét. Emellett a „Sporttáplálkozás szabadidő sportolóknak” című könyv társszerzője, és a futó-gyalogló Minden-kor Sportegyesület vezetőségi tagja volt.



Eddig két nagy területen tevékenykedett, dietetikusként első 6 évét a klinikumban töltötte, a HIETE Kórházban (volt Szabolcs utcai kórház). Itt főként belgyógyászatban dolgozott, ahol endokrinológiai, gasztroenterológiai és diabetológiai részleg működött. A kórház dietetikai szolgálata nagy hangsúlyt fektetett az empátiára, a személyes tanácsadásra, a betegekkel és hozzátartozóikkal való szoros szakmai együttműködésre, ez a tapasztalat a mai napig meghatározó a munkásságában. 2000 óta a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet dietetikusa. Közben a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolájában elvégezte az egészségfejlesztési szakot. A NEFI-ben az egészséges táplálkozás, az egészséges életmód, kiemelten az energiaegyensúly témakörében, egészségfejlesztési – főként munkahelyi illetve közösségi – programok, modelltréningek készítésében, megvalósításában, monitorozásában vesz részt.

A dietetikus szerint ezeregy összetevője van annak, hogy ki és miért táplálkozik úgy, ahogy. Épp ezért érdemes megismerni annak okait, hogy mi akadályozza, vagy éppen segíti az illetőt (ismeret, környezet, motiváció) a változásban, változtatásban, hogyan lehet elérni, ki az, akire hallgat. Az biztos, hogy komplex szemléletre van szükség, az egyén mellett több szakterület és tényező is hozzájárul a megfelelő táplálkozáshoz (élelmiszeripar, hozzáférés, minőség, címkézés, élelmiszerbiztonság, kommunikáció, egyesületek, törvénykezés, szakemberképzés stb.). Fontos a folyamatos edukáció, a hiteles információ, az üzenet közérthető nyelven való közvetítése, minél több, a mindennapokban megvalósítható ötlettel kiegészítve. Be kell vonni az egyént, a kisebb közösséget a változtatásba, hiszen amit magáénak érez az ember, ott nagyobb az esély a sikeres megvalósításra.

# A mindennapos testnevelés általános bevezetése, a 80 évvel ezelőtti kipróbálás után révbe ért

General introduction to the daily physical education, after testing 80 years ago now effected

Szerző: Enhoffer Vivien✉

Széchenyi István Egyetem – Apáczai Csere János Kar, Rekreációs szervezés és Egészségfejlesztés Szak,  
Győr – végzős hallgató

Beküldve: 2016.06.02.

**Kulcsszavak:** mindennapos testnevelés, egészségkultúra, egészségfejlesztési programelemek szakmai ajánlása

*Andriska Viktor (1934): A tanulóiifjúság egészségének megóvása a középiskolai oktatás reformja keretében – A testi nevelés kérdése. In: „Egészség” az Országos Közegészségügyi Egyesület folyóirata, XLVIII. évf. 460. sz. 105-107*

Dr. Andriska Viktor 82 évvel ezelőtti cikkében az alábbiakat írja:

„A szellemi túlterhelés kérdése összefügg a testnevelés jobb kiépítésének kérdésével. Ha a diákok mindennapi tanulásba egy testnevelési órát illesztenek be, maga után vonja a szellemi nevelésre fordított idő csökkenését, vagy azt is mondhatjuk, hogyha a túlterhelést megszüntetik, akkor jut idő az annyira kívánatos testi nevelésre. Hogy az ifjúság testi nevelésének kérdése milyen mostoha elbírálásban részesült a középiskolákban, erre sok bizonyítékot lehetne felhozni. Ezelőtt 35 évvel készült statisztika adataiból veszem a következőket: Az ország összes középiskoláiban működő tornatanítók között csak 21%-nak volt szakképesítése. A nem szakképzett erők között szépiástanár, énektanár, hitoktató, hivatalnok, lapszerkesztő, kántor, volt őrmester, biztosítási ügynök is szerepeltek. Sok iskolának sem tornaterme, sem játszóttere nem volt. Az akkoriban körkérdésben megkérdezett iskolaigazgatók szinte egyértelműen kívánták a testnevelésnek megjavítását. Terveztek, ankétek, javaslatok szép számmal voltak azóta, de haladás úgyszólván

csak annyi, hogy a heti két tornaórából itt-ott három lett. Ez a silány eredmény a mellett szól, hogy az ifjúság nevelésének kérdését igen egyoldalúan kezelik. Meglepő, hogy a gimnáziumok, melyeknek legjellegzetesebb vonása a konzervatívizmus és a klaszszikus tanulmányok ápolása, mennyire merevek ebben a kérdésben, s mennyire eltértek a régi görög gimnáziumoktól, melyekben tudva levőleg a testi nevelésre oly nagy gondot fordítottak. Pedig hány kiváló elme tette bírálat tárgyává ezt a merevséget. A rendelkezésemre álló irodalomból csupán néhány szemelvényt közlök ezekből a bírálatokból és véleményekből:

SPENCER HERBERT: Akik csak azzal törődnek, hogy növendékeik szellemét képezzék, de ezeknek testével éppen nem, nem gondolják meg, hogy a *világban való boldogulás nem annyira az ismeretektől, mint sokkal inkább testi erőttől függ.* A testedző gyakorlatok és játékok, melyekre az ösztön minden fiút és leányt egyaránt készítet, a testi jólét lényeges tényezői, aki ezeket eltiltja, *a test fejlődésére Istentől rendelt eszközöktől tiltja el.*

APPONYI ALBERT gróf: *Meggyőződés, hogy a testnevelésnek a szellemi neveléssel való egyensúlyba hozatala a középiskolai oktatási reform egyik legfontosabb kérdése s hogy a középiskolai testnevelésnek több időt kell szentelni, mint amennyit eddig középiskolai tanmenetben elfoglalt.* (1908. márc. 16)

BERZEVICZY ALBERT: Meg kell már végre valósítani a középiskolai ifjúság ésszerű testi nevelését (1894).

GRUBER prof.: Éppoly szükséges a mindennapi testi munka, mint a mindennapi szellemi munka minden művelt embernek (1913).

HUPPER prof.: A középiskolai növendékek számára a legminimálisabb követelmény a napi egyórai rendszeres testi gyakorlat.

ABDENHALDEN: A mindennap rendszeres testgyakorlás egyik legjobb fegyverünk a tuberkulózis elleni küzdelemben.

KOHLRAUSCH: A rendszeres testgyakorlás egyik legenergiusabb ellenszere az egyoldalú szellemi oktatási rendszerünknek.

DRIGALSKI: A torna és a sporttól való félelem sokkal veszélyesebb, mint azok az általában igen ritka ártalmak, melyekre hivatkozni szoktak. Sokkal okosabb a mindennapi rendszeres tornaórákat bevezetni és az ifjakat megtanítani arra, hogy testüknek mivel tartoznak. Folytathatnám az idézetek sorozatát, de ezt hiszem, ez fölösleges.

A történelmi igazságnak tartozunk annak a megállapításával, hogy az egyházak kezén lévő tanintézetek voltak az elsők, melyek a testnevelés megjavítását meg is valósították. Ez a megvalósítás a középiskolákkal kapcsolatos internátusok, tehát nevelőintézetekben történt és történik ma is. Ki ne ismerné azokat a mintaszerű fiú- és lány nevelőintézeteket, melyeket egyes szerzetesrendek nagy áldozatokkal létesítettek és tartanak fenn. Ezekben meg van valósítva higiéné minden követelménye, naponkinti rendszeres testgyakorlás, s az állandó orvosi ellenőrzés. Sajnos azonban a magyar ifjúságnak csak egy csekély töredéke van abban a szerencsés helyzetben, hogy ilyen intézetben nevelődjön. Hogy a középiskolából kikerülő ifjúság testi állapota ma sem tüntet fel jobb adatokat, mint azelőtt 30-40 évvel, ezt én, mint a levante-ifjúság egyik ellenőrző orvosa állítom.

1000 egyéves önkéntes jelentkező között 154 rövidlátó, 374 fejlett izomzatú, 114 fegyveres szolgálatra alkalmatlan; 1000 rendes hadköteles között 1 rövidlátó, 267 fejlett izomzatú, 73 fegyveres szolgálatra alkalmatlan. Ma a helyzet valamivel még rosszabb. Hangsúlyozni kívánom, hogy ebből a statisztikából nem szabad azt a következtetést levonni, hogy a differencia kizárólag az iskola terhére írandó. Egy azonban bizonyos. E felett az adat felett nem

lett volna szabad napirendre térni. Ezt már akkor jobban meg kellett volna szívlelni azoknak a tényezőknél, akik az ifjúság testi neveléséért felelősek. Tehát az iskolák feletti hatóságnak és a szülőknek. A tények lehangolók s teljesen elkedvetlenítik azokat, akik át tudják teljesen érezni ennek a kérdésnek a *nemzeti erő szempontjából* való fontosságát. Ha valaha, úgy most van és lesz szükség erőteljes, edzett nemzedékre, mely a nélkülözést, fáradtságot szenvedést elbírja, s ha kell, a nemzet létéért való küzdelemben a legnagyobb testi erőfeszítésre is képes lesz. Én a helyzet jelenlegi kedvezőtlen stádiumban sem tudok pesszimista lenni. Látok bizonyos kedvező jeleket, melyekből megállapíthatjuk, hogy mégis az utolsó években történtek olyan intézkedések, melyek a várva várt fejlődést biztosítani akarják. Első ilyen törekvés az iskolaorvosi intézmény kiépítése. A testnevelés szempontjából ennek az intézménynek az a legnagyobb fontossága, hogy tiszta képet ad a népiskolákba járó ifjúság testi állapotáról. Másik nagy előnye pedig, hogy a szükséges korrekciókat szorgalmazza. Harmadik előnye az ifjúságnak és a szülőknek a testi gondozás fontosságára való ránevelés. *A Budapesten oly mintaszerűen megvalósított iskolaorvosi intézmény szervezetét és munkásságát, azt hiszem, fölösleges volna e helyütt méltatni. A jól bevált intézményt az egész ország területére ki kellene terjeszteni.* DARÁNYI GYULA professzor óriási erőfeszítéseket tesz, hogy ez a mai mostoha viszonyok ellenére is valami módon, legalább alapjaiban – megvalósíttassék.

A másik kedvező jel, hogy amire itt rá akarok mutatni, a *Testnevelési Főiskola* létesítése. Ez az intézmény végre megvalósította a testi nevelés leglényegesebb alapfeltételét, a testnevelési tanárok tudományos képzését.

KEMÉNY FERENC – már említett kiváló pedagógusunk – volt hazánkban az első aki világosan megjelölte ezt a feltételt. Ő volt az, aki ezelőtt harminc évvel a művelt nemzetek testnevelési módszereit egy miniszteri megbízatás folytán, tanulmányozta a jelentésében oda következtetett, hogy azoknál a nemzeteknél a legtökéletesebb az ifjúság testi nevelése (Svédország, Japán, É. Egyesült Államok), melyek a testnevelési tanárokat a legmagasabb fokú oktatásban képezik ki.

A magyar Testnevelési Főiskola megalapítói és fenntartói minden tekintetben tökéleteset

alkotnak és végeznek. Úgy tudom, hiány sincs már jelen képzett testnevelési tanároknak.

A harmadik és legkedvezőbb jel, HÓMAN BÁLINT dr. vall.- és közoktatásügyi miniszter úr egy olyan tette, mely korszakot alkotó lesz ebben a kérdésben. A szép beszéd, ígéret és terv helyett egy kísérletre adott utasítást. Ez a kísérlet hat középiskolában *mindennapi testnevelésórák bevezetése*.

A kísérlet néhány hónap óta folyik – értesülésem szerint igen kedvező eredménnyel. Nem lehet kétséges, hogy az eredmény jó lesz. Az ésszerű élettani alapon álló rendszeres testnevelés több irányban fejt ki előnyös hatást. Erősíti, edzi a szervezetet, tehát egészségesebbé, ellenállóbbá

teszi, ugyanakkor azonban a testnek harmonikus fejlődését is biztosítja, tehát voltaképpen esztétikai célt is szolgál. A különböző izomcsoportnak ésszerű foglalkoztatása, tehát begyakoroltatása révén a szervezet mintegy megtanul az izomerőt és ideg-energiát a leggazdaságosabban értékesíti; így tulajdonképpen gazdasági előnnyel is jár a rendszeres testnevelés. Végül a lelkiületre, az erkölcsi tulajdonságoknak, az ifjú karakterének kifejlesztésére gyakorol maradandó hatást. A játékos gyakorlatokban az önfegyelmezés, engedelmesség, bajtársi érzület és igazságszeretet ápolása kifejleszti a korrekt magatartást, az összetartozás érzését. Nagyon kívánatos, hogy a magyar ifjúság mindezeket a hasznos és szép tulajdonságokat mielőbb megszerezhesse.”

\*\*\*\*\*

A több mint egy évszázaddal ezelőtti születésű Andriská Viktor, akitől a testi nevelés kérdése című folyóirat cikk származik, élete folyamán a doktori címet is elnyerte, gyógyszerész, gyógyszerész-doktor, orvosdoktor, egyetemi tanár végzettséggel rendelkezett.<sup>1</sup>

Akkoriban, egy tudományos értekezésben, a 35 éves adatokra való hivatkozás még módszertanilag elfogadható volt, épp úgy, mint az elismert szaktekintélyek egy-egy gondolatának kiemelése, a témához való kapcsolása.

A szerző előre látta, hogy a szakképesítéssel rendelkező középiskolában dolgozó „tornatanárok” meglétéhez elengedhetetlenül szükséges a Testnevelési Főiskola megjelenése, működése. Ma már Magyarországon törvényi rendelkezés szól arról, hogy a testnevelő tanároknak minden iskolatípusban, minden évfolyamon, testnevelő tanári végzettséggel kell rendelkezniük. A 80 évvel ezelőtti kísérlet, a mindennapos testnevelés bevezetésének modellezése végül is sikeresen elérte célját abból az aspektusból, hogy 2012. szeptemberétől törvényi keretekbe foglalták a mindennapos (heti 5 alkalmas) testnevelést az általános és középiskolákban.<sup>2</sup> A mindennapos testnevelésórák bevezetését általában pozitív fogadtatás kísérte. A mögöttes tartalmak (több internetes portálon is kifejtve) különböznek:

A fiatalabb korosztály gyermekei örülnek, hogy mozoghatnak, –„addig sem a tanulásra kell koncentrálni” – állítják.

A tanárok szintén jó szemmel nézik, hogy a diákok mozognak, hiszen nagyon sokan voltak, akik „kibújtak” a testnevelés órán való részvétel alól.

Érdekesség, a szülők mellett, hogy pozitívan fogadják ezt a dolgot, aggódnak azért, hogy a gyermekeknek így még több órájuk lesz, és félnek, túlhajszolják őket.

A mindennapos testnevelés óra optimális esetben megfelelő infrastruktúrát is igényel, ami nagyon sok iskolának nem adatik meg, még napjainkban sem.

Ugyanakkor meg kell említenünk, hogy a mindennapos testnevelésóra elengedhetetlen a gyermekeknek, hiszen egész nap az iskolapadban ülnek, szabadidejükben egyre inkább a hipoaktív tevékenységek felé orientálódnak. A délutáni sportfoglalkozásokon való résztvevők száma is alacsony, nem beszélve arról, hogy ennek következtében az elhízott gyermekek aránya folyamatos emelkedést mutat hazánkban.<sup>3,4</sup> Amellett, hogy ma már minden iskolában ki van építve az iskolaorvosi rendszer, jól látjuk, hogy ennél sokkal hatásosabb beavatkozásokra van szükség annak érdekében, hogy a gyermekek életmódja az egészség felé irányuljon. A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2014-ben elindított egy projektet, az úgynevezett Teljes körű Iskolai Egészségfejlesztési projektet (TÁMOP-6.1.2.), melynek célja az egészségtudatosabb szemléletmód kialakítása a gyermekek körében, főként közösségépítő és egészségfejlesztési, testmozgást elősegítő feladatokkal. Ennek keretében pedig úgynevezett EPSZA (egészségfejlesztési programelemekhez kapcsolódó szakmai



ajánlások) füzeteket is létrehoztak, amelyek szakmai segítséget nyújtanak a gyermekek egészségtudatosabbá válásában.<sup>5</sup>

A sok év alatt bekövetkezett változások jól tükröződnek, ugyanakkor mégis egy nagyon lassú folyamatról beszélünk, ha a gyermekek testi neveléssel való megszerettetéséről van szó. Az Andriska Viktor

cikkében emlegetett mindennapos testnevelésóra bevezetése célt ért. Ugyanakkor ez még nem jelenti azt, hogy a gyermekek életmódja ennek következtében megváltozik. Az alap lépések elkezdődtek, mi pedig megpróbálunk egy új célt megvalósítani, egy egészségesebb életvitelű társadalom eléréseért.

---

<sup>1</sup> Andriska Viktor, életpályája <http://www.gyogyszerestortenet.hu/wp-content/uploads/2013/10/Andriska-Viktor-Dr..pdf> (Elérve: 2016.04.19.)

<sup>2</sup> Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Tájékoztató a nemzeti köznevelésről szóló törvényről. A pedagógusok alkalmazási feltételei [http://www.budapestedu.hu/data/cms146806/nefmi\\_cxc\\_tajekoztato\\_05.pdf](http://www.budapestedu.hu/data/cms146806/nefmi_cxc_tajekoztato_05.pdf) (Elérve: 2016.04.21.)

<sup>3</sup> World Health Organisation, Media Center, Fact Sheet: Obesity and overweight <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/#> (Elérve: 2016.04.07.)

<sup>4</sup> Németh Ágnes és Költő András (2010): Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest

<sup>5</sup> Az EPSZA füzetekről illetve a TIE projektről bővebb információ: <http://projektek.egeszseg.hu/web/tie/projektleiras> (Elérve: 2016.04.21.)

## „Régi, új és retró” – Beszámoló a Magyar Pszichológiai Társaság XXV. Országos Tudományos Nagygyűlésén tartott HBSC poszterműhelyről

Old, new, and retro – A report on the HBSC poster workshop presented at the XXV National Scientific Convention of the Hungarian Psychological Association

Szerzők: Költő András✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, ELTE PPK Pszichológiai Intézet*

Beküldve: 2016.06.07.

**Kulcsszavak:** HBSC, Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása Kutatás, poszterek

**Keywords:** HBSC, Health Behaviour in School-aged Children, posters

A hazai pszichológus-közösség és a lélektan társtudományainak képviselői számára az egyik legfontosabb szakmai fórum a Magyar Pszichológiai Társaság éves tudományos Nagygyűlése, melyet 2016 júniusában huszonötödik alkalommal rendeztek meg. A kongresszusnak idén a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem adott otthont, az Ergonómia és Pszichológiai Tanszék munkatársainak szervezésében.

Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (HBSC) kutatás hazai és nemzetközi eredményei számot tartanak a pszichológusok érdeklődésére, ezért a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben dolgozó HBSC Kutatócsoport kiemelten fontosnak érezte, hogy az idei Nagygyűlésen – a 2013/14-es adatfelvételt feldolgozó hazai [HBSC Kutatási jelentés](#)<sup>1</sup> publikálásával párhuzamosan – bemutassa a vizsgálatot. A kötetlenebb beszélgetési és kapcsolatteremtési lehetőség, és a serdülők egészsége iránt érdeklődő kollégák elmélyült kérdései miatt általában nem konferencia-előadásokat, hanem posztereket mutatunk be. Az idei MPT Nagygyűlésen „RÉGI, ÚJ ÉS RETRÓ: Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás új ada-

tai, témái és módszertani fejlesztései” címmel tematikus poszterműhelyt szerveztünk.

Az első poszteren Költő András és munkatársai a HBSC vizsgálat módszertanát, szakaszait, a 2013/14-es adatfelvételt az adatgyűjtés során alkalmazott kérdőívet és a minta jellemzőit mutatták be. A HBSC kutatás apró lépésekig lebontott, szigorú módszertan szerint zajlik, négy éves ciklusokban. Ennek lépései: a kérdőív aktualizálása, fordítása-visszafordítása, etikai engedélyeztetése és egy elővizsgálatban történő kipróbálása. A minta kialakítása, az iskolákkal való kapcsolatfelvétel után szülői (és a felvételtől tanuló) bejegyzés kérése történik. A kutatást kiképzett kérdezőbiztosok végzik. Az adatok digitalizálása, tisztítása és ellenőrzése után a kutatócsoport ellenőrzi és összeveti az alapvető leíró adatokat az előző kutatási ciklus eredményeivel; az országos szintű alap-adatokból nemzeti kutatási jelentést írnak. A mélyebb összefüggések feltárására irányuló kutatásait hazai és nemzetközi szakmai fórumokon teszik közzé. A döntéshozók és az érintettek (stakeholderek) számára szakpolitikai ajánlásokat fogalmaznak meg. Ez a „körforgás”-jelleg azt is biztosítani tudja, hogy a vizs-

gálat képes legyen a megújulásra, a változó viszonyokhoz való alkalmazkodásra.

Várnai Dóra és munkatársai a kortársbántalmazás hagyományos és online formáinak gyakoriságát, valamint az országos adatfelvételt kiegészítő validációs kutatás eredményeit ismertették. Az iskoláskorú fiatalok körében elterjedt, egészségükre is hatással lévő jelenség a kortársbántalmazás, amely az infokommunikációs eszközök egyre nagyobb térhódításával párhuzamosan az online világban is megjelenik. A HBSC egyik alapvető kutatásfilozófiai tétele, hogy a vizsgálat kialakításába lehetőség szerint minél jobban be kell vonni a kutatás célcsoportját képező fiatalokat („youth engagement”). Ennek egy fontos részfeladata, hogy a vizsgálatban alkalmazott kérdésekkel kapcsolatban kikérjük véleményüket. Emellett a kvantitatív kutatási stratégia eredményeinek érvényességét bizonyítja, ha kvalitatív módszer – fiatalok részvételével elvégzett fókuszcsoporthoz tartozó interjú – megerősíti a témával kapcsolatos kérdések jogosultságát. Az epidemiológiai vizsgálat alapján a tanulók mintegy harmada elkövetőként (12,2%), áldozatként (14,2%) vagy elkövető-áldozatként (10%) érintett a kortársbántalmazásban; a tanulók 6%-át online módszerrel is zaklatták már kortársai, míg kb. 2%-uk a cyberbullying mindkét módjának (kínos fényképek megosztása az illetőről; zaklató üzenetek küldése) és a hagyományos bántalmazásnak is ki voltak téve. A validációs vizsgálat pedig azt igazolta, hogy a diákok többsége tisztában van a bullying jelentőségével, el tudja különíteni azt az agresszió egyéb formáitól, de nem a gyakoriságot, hanem a súlyosságot vélik a legfontosabb kritériumnak.

Arnold Petra és munkatársai azt vizsgálták, hogy az eltérő szocializációs szintek – a család és a kortársak – milyen szerepet játszanak a fiatalok szerhasználatában. A korábbi kutatásokból<sup>2</sup> tudjuk, hogy külön-külön mindkét szocializációs közeg hatással van e viselkedésformára. A szülők az autokratikus vagy túl engedékeny nevelés alkalmazásával, a nem megfelelő gondoskodás vagy inkonzisztens nevelési elvek, a szegényes kommunikáció és a családi melegség hiánya révén növelhetik a fiatal esélyét a szerfogyasztásra. A barátoknál elsősorban a kortársnyomás hatása érvényesül. Ebben a kutatásban nemcsak magát a szerfogyasztási mutatókat (legalább kétszeri lerészegedés, legalább heti dohányzás; kannabiszhasználat életprevalenciája) vizsgáltuk, de azt is, hogy a serdülő

szerint mennyire jellemzőek ezek a magatartások a kortársaikra. Az elemzést a nemre, az életkorra és a családszerkezetre kontrollálva kiderült, hogy a dohányzás, a részegség, illetve a kannabiszhasználat szignifikánsan (pozitívan) összefügg a barátok észlelt szerhasználatával, de negatívan az észlelt családi támogatással. A két magyarázó változó közötti interakciók vizsgálata azonban nem igazolta, hogy a család szerepe moderálna a kortársak és a serdülő saját szerfogyasztása közötti kapcsolatban. Ez is alátámasztja, hogy a prevencióban elsősorban nem a szerfogyasztást közvetlenül megakadályozni kívánó módszerek lehetnek hatékonyak, hanem azok, amelyek a serdülők szociális készségeit erősítik.

Az alvási szokások jelentős hatással vannak a fiatalok viselkedésére, közérzetére, mindennapi tevékenységeik hatékonyságára. A nem megfelelő mennyiségű és minőségű alvás ronthatja az iskolai teljesítményt, a szubjektív jóllétet és a testi-lelki egészséget. Műhelyünk negyedik poszterében Németh Ágnes és munkatársai a serdülők képernyőhasználati szokásai, alvásideje és szubjektív jólléte közötti összefüggéseket vizsgálták. Ez a téma az első – harminc éve elvégzett – hazai kutatásban is megjelent, de azóta nem elemeztük. Most a fenti összefüggések vizsgálatába a képernyőhasználat különböző módjait is bevontuk. Jelen felmérésben a hétköznapi képernyőhasználat (tévénézés, számítógépes játék, nem játékcélú géphasználat) időtartamának a hétköznapi lefekvéses időpontra és alvásmennyiségre gyakorolt hatását tanulmányoztuk. Következő lépésként pedig azt vizsgáltuk, hogy a hétköznapi alvásmennyiség befolyásolja-e a szubjektív jóllét (önminősített egészség, depresszív hangulat, fejfájás, idegesség, kedvetlenség, fáradtság és elalvási problémák) mutatóit. Az összefüggéseket a nemre, az életkorra és a család anyagi helyzetére kontrollálva, szignifikáns kapcsolatokat találtunk. A képernyőhasználat időtartamának növekedése együtt jár a fiatalok lefekvésének későbbre tolódásával és alvásmennyiségük csökkenésével. Utóbbi viszont kedvezőtlenebb testi-lelki jólléttel, rosszabb közérzettel párosul. Mindez azt sugallja, hogy a képernyőhasználat és a szubjektív jóllét között az alvásmutatóknak mediációs hatása lehet.

Posztereinken tehát a HBSC „régis, új és retró” témái is helyet kaptak. A két órás, jó hangulatú bemutató alatt számos érdeklődő kollégával találkoztunk, akikkel – egyebek mellett – a serdülők koffeinhasználatát,

a mentális egészség és az alvás vizsgálatával kapcsolatos módszertani megfontolásokat vitattuk meg. Az ismertetett poszterek megtekinthetők és letölthetők a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet [szakmai honlapjáról](#),<sup>3</sup> az absztraktokat az Olvasó megtalálja a Nagy-

gyűlés [Kivonatkötetében](#).<sup>4</sup>

Reméljük, poszterműhelyünk hozzájárult a HBSC vizsgálat hazai megismertetéséhez és tudományos együttműködések kialakításához.

---

<sup>1</sup> [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-hbcs-nemzeti-jelentes-2014/](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-hbcs-nemzeti-jelentes-2014/)  
(Elérve: 2016.06.30.)

<sup>2</sup> [http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC\\_2010.pdf](http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf), [http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC\\_kutatasi\\_jelentes\\_2007.pdf](http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_kutatasi_jelentes_2007.pdf)  
(Elérve: 2016.06.30.)

<sup>3</sup> [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/oldal/szakmai-anyagok/hbcs-mpt-posztermuhely-2016/](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szakmai-anyagok/hbcs-mpt-posztermuhely-2016/)  
(Elérve: 2016.06.30.)

<sup>4</sup> [http://www.mptnagygyules.hu/images/kivonatkotet\\_20160530\\_vagottB5\\_web.pdf](http://www.mptnagygyules.hu/images/kivonatkotet_20160530_vagottB5_web.pdf) (Elérve: 2016.06.30.)

# Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra workshop

## Workshop on the effects of built environment on health behaviour

Szerzők: Csizmadia Péter✉  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.05.17.

**Kulcsszavak:** épített környezet, egészségfejlesztés, fizikai aktivitás, egészségmagatartás

**Keywords:** health promotion, physical activity, built environment, health behaviour

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI), az Építéstudományi Egyesület és a Magyar Építőművészek Szövetsége 2016. március 10-én workshopot szervezett „Egészségmagatartás és épített környezet” címmel a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben.<sup>1</sup> A találkozó célja a folyamatos együttműködés kialakítása volt a különböző tudományterületekről érkezett szakemberek között. A rendezvényen különböző diszciplínák képviselői mondhatták el tapasztalataikat az egészség és az azt befolyásoló fizikai környezet témájában. A megbeszélésen számos előadás és hozzászólás hangzott el, amely megerősítette, hogy egy adott térség, település, lakókörnyezet fizikai és egyéb környezeti jellemzői bizonyítottan befolyásolják az ott élők egészségmagatartását.

A fizikai környezet egyrésztől közvetlenül hat az egészségre, például a vízminőségen keresztül, másrésztől az épített környezet az egészségmagatartás befolyásolásával közvetetten hat a testi egészségre. A fórumon főként a magatartásváltoztatással összefüggő környezeti tényezők szerepeltek témaként, szemben azokkal, amelyek közvetlenül befolyásolják az egészséget (például az előbb említett vízminőség mellett a sugárzás, a kémiai, illetve biológiai expozíciók közvetlen patofiziológiai hatásai révén). Ez

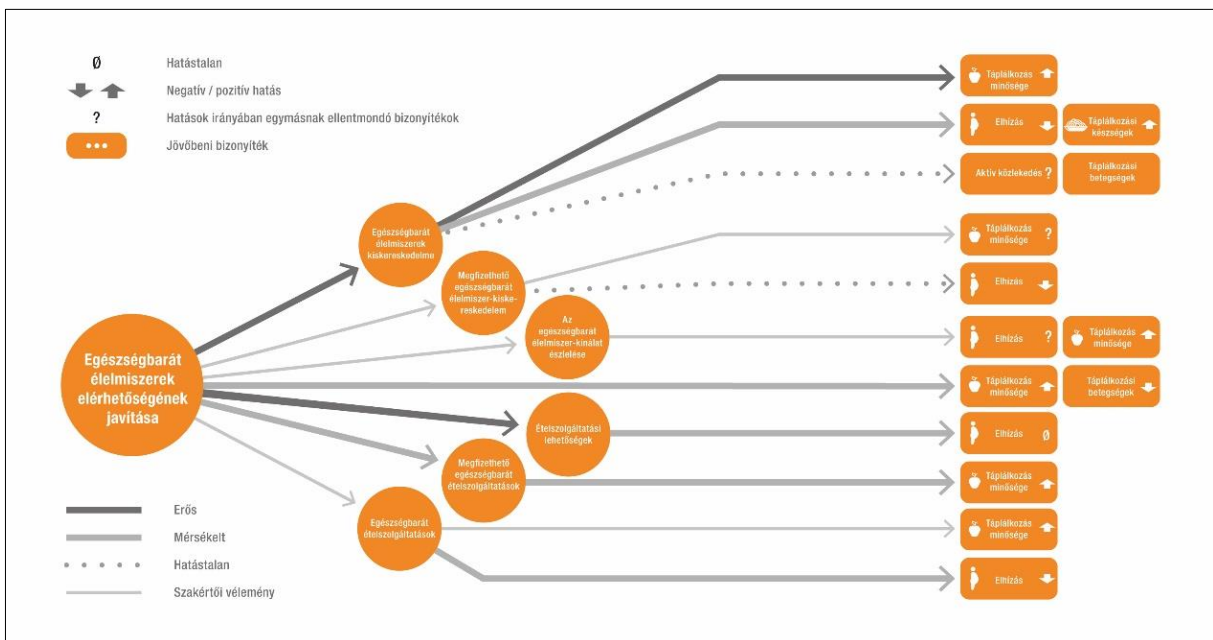
utóbbi tényezők vizsgálatára jól kiépült szakmai hálózat áll rendelkezésre az Országos Közegészségügyi Központban (OKK). Az OKK szakértői hangsúlyozták, hogy az épületek belső terében az egészségmegőrzés egyik legfontosabb eleme az épület funkciójának megfelelő levegőminőség biztosítása. A számos kémiai és biológiai, kültéri és beltéri eredetű légszennyező anyag közül a megbeszélésen az allergének – a házpor-atkák valamint a penészgombák – szerepét ismertették részletesen. A beázás és a penészesedés negatív egészséghatásait több hazai és nemzetközi kutatás bizonyította. Míg bizonyos gombafajok csupán esztétikai problémát okoznak, addig mások komoly légúti megbetegedésekért lehetnek felelősek. A penészesedéssel összefüggésbe hozható légúti megbetegedések: szénanátha (allergiás rhinitis), asztma, túlérzékenységi tüdőgyulladás (hiperszenzitiv pneumonitisz), orrmelléküreg-gyulladás (rhinosinusitis), légúti fertőzések. Egy több mint harmincezer kérdőív kiértékelésével végzett olaszországi felmérés szerint a kisgyermekek körében a beázás, a penész és a tünetek között erősebb összefüggés mutatkozott, mint az idősebbeknél. A hazai Országos Gyermekek Légúti Felmérés adatai alapján a lakásokban észlelt nedvesedés és penészesedés a bentlakók egészségi állapota szempontjából az egyik legfontosabb belső kockázati té-

<sup>1</sup> A Fórumon a NEFI, az Országos Közegészségügyi Központ, a Budapesti Műszaki Egyetem Urbanisztika Tanszéke, a Magyar Építőművészek Szövetsége Egészségügyi Munkabizottsága, valamint az Építéstudományi Egyesület Egészségügyi Szakosztálya képviselői és további érdeklődő szakemberek vettek részt.

nyező, ezért megelőzésükre az eddigieknél sokkal nagyobb figyelmet kell fordítani. A fenti problémák gyakorisága várhatóan nagy ütemben növekedni fog, amelynek okai – csak, hogy a leggyakoribbakat említsük: a régi társasházak leromlott műszaki állapota, az új építésű házak (lakóparkok) kivitelezési hibái, valamint az, hogy az energetikai felújítások során a szellőztetés kiépítése elmaradt. Mindezek a problémák előrevetítik annak az egyre súlyosbodó egészségügyi problémának a lehetőségét, amit a hazai lakáshelyzetből és a hazai építőipart jellemző anomáliákból következik. A résztvevő szakértők szerint a helyzetre fontos felhívni a figyelmet, továbbá vegyes szakértői munkacsoportokat célszerű kialakítani építészek és egészségügyi szakemberek részvételével. Konkrét javaslatok hangzottak el két munkacsoport kialakítására az épületenergetikai felújítások valamint a gipszkarton beépítések szakszerű kivitelezésére tett ajánlások kidolgozására. Az előadásokból kiderült, hogy az épített környezet hatása többek között a fizikai aktivitás ösztönzésében, vagy ellenkezőleg, annak korlátozásában mutatkozik meg. Elhangzott, hogy a felnőtt lakosság fizikai inaktivitása közel 300 milliárd forintra becsülhető kárt okozott Magyarországnak 2010-ben. Ez a kockázati tényező a keringési rendszer betegségei, a daganatos megbetegedések és a cukorbetegség

által okozott egészségveszteségekhez járul döntően hozzá. A kutatások alapján egyértelműnek látszik, hogy az épített környezetben bekövetkező változások pozitív hatással lehetnek az életminőségre, amely főként a szív- és érrendszeri, a daganatos és a légzőszervi megbetegedések, a mentális zavarok, valamint a sérülések előfordulásának csökkenésében jelentkeznek. A megfelelő várostervezés, biztonságos úthálózat és a zöldterületek javuló településbiztonságot, rekreációs lehetőséget és javuló mentális egészséget biztosíthatnak. Kutatásokon alapuló szakirodalmi adatok igazolják, hogy a város rehabilitációban érintett populáció szubjektív egészségi állapotában már rövid idő alatt javulást lehet elérni. Említésre került az Egészségügyi Világszervezet (WHO), amely szerint valamennyi ágazatban tudatosítani kell, hogy az egészségért minden szektor felelős. Ennek megfelelően a különböző diszciplínáknak megvan a saját szerepe az egészség és az azt befolyásoló fizikai környezet tekintetében. Így a népegészségügy részeként, az egészségfejlesztés, a településfejlesztés, a város- és településszociológia, illetve az építészet, a várostervezés területén tevékenykedő szakemberek közös munkája segítheti a magyar lakosság egészségi állapotának javítását.

1. ábra: Egészségbarát élelmiszerek elérhetőségének javítása



Forrás: Healthy Built Environment Linkages. A Toolkit For Design Planning Health

## JÓ GYAKORLATOK

Az egyik előadó egy nemrégiben Kanadában megjelent kézikönyv<sup>ii</sup> alapján igyekezett összefoglalni az épített környezet és az egészség közötti kapcsolatot. A bemutatott kiadvány célja a kutatásokra alapozott bizonyítékokkal támogatni az aktív életmódot és egy egészségesebb épített környezet létrehozását. A könyv minden szakterületet és szakmát magában foglaló munkacsoport számára készült közös használatra. A kézikönyv 5 fő területtel foglalkozik, amelyek a következők: egészséges lakókörnyezet (*Healthy Neighbourhood Design*), egészséges közlekedés (*Healthy Transportation Networks*), egészséges természeti környezet (*Healthy Natural Environments*), egészséges táplálkozást támogató környezet (*Healthy Food Systems*), egészséges lakhatás (*Healthy Housing*). Az említett dokumentumból vett példa alapján az épített környezet úgy járulhat hozzá az egészségbarát élelmiszerekhez való hozzáférés növeléséhez, hogy minden lakókörnyezetben támogatják az egészséges élelmiszerek kiskereskedelmét azáltal, hogy ilyen üzletek kerülnek kialakításra gyalogló távolságon belül. Erős bizonyítékok állnak rendelkezésre, hogy ebben az esetben javul az ott lakók táplálkozásának minősége. [1. ábra]

Egy másik, az előzőhöz hasonló kiadvány<sup>iii</sup> is bemutatásra került, amely építésznek és településfejlesztőknek segíthet az egészségesebb épületek, utcák és közterületek tervezéséhez, költséghatékony megoldások ajánlásával hozzájárulva egy élhetőbb és otthonosabb városhoz. A szerzők felelevenítik, hogy a 19. században, illetve a 20. század elején az építészek és városi reformerek számos nagyvárosban segítettek a különböző fertőzőes megbetegedések legyőzését, mint például, a kolera, vagy a tuberkulózis, azáltal, hogy javították az épületek minőségét, a lakókörnyezetet, az ivóvízzel való ellátottságot és a zöldterületek kiépítését. A 21. században a tervezők újra egy hasonlóan fontos szerepet tölthetnek be a jelenkor népegészségügyi kihívásainak, az elhízás és az ezzel összefüggő krónikus megbete-

gedések, mint a diabétesz, a különböző szívbetegségek és számos rákbetegség leküzdésében. A kiadvány bizonyítottan hatékony beavatkozásokat mutat be példaként, amelyek hozzájárulhatnak az egészséges épített környezet kialakításához, ezáltal pozitív irányba befolyásolva az egészségmagatartást. Az alábbiakban erre vonatkozó példák kerülnek bemutatásra. A címben szereplő „aktív dizájn” kifejezést talán a fizikai aktivitást támogató tervezés kifejezéssel fordíthatjuk, amely arra irányul, hogy a testmozgást támogató városi környezetet alakítsunk ki, ami ösztönzi az épületek kialakításával a lépcsőhasználatot, a gyaloglást és kerékpározást, a közösségi közlekedés használatát, a szabadidő eltöltés aktív formáit és az egészséges táplálkozást. Az épületeken belül számos egyéb építészeti megoldás létezhet, amelyek segítségével lehetőségek teremthetők a fizikailag aktív életmódra. Az alapötlet nagyon egyszerű: egy lakás vagy középület is számos lehetőséget biztosíthat arra, hogy a fizikai aktivitás, a testedzés színtere legyen.

2. ábra: A New York-i Cooper Union főiskola egyik épületének központi lépcsője



Forrás: Active design guidelines, 2010, City of New York

<sup>iii</sup> Healthy Built Environment Linkages. A Toolkit For Design Planning Health. [http://www.phsa.ca/Documents/linkagestoolkitrevisedoct16\\_2014\\_full.pdf](http://www.phsa.ca/Documents/linkagestoolkitrevisedoct16_2014_full.pdf) (Elérve: 2016.07.04.)

<sup>ii</sup> Active design guidelines, 2010, City of New York. <https://centerforactivedesign.org/dl/guidelines.pdf> (Elérve: 2016.07.04.)

Az épületek tervezésénél vonzóvá lehet tenni a lépcsőhasználatot a lépcsőház és a lépcsők mindennapos használatra való alkalmassá tételével, például a lépcsők megfelelő méretezésével.[2. ábra és 3. ábra] A lépcső, illetve a liftek elhelyezése egy épületben úgy történhet, hogy a lépcső legyen könnyen hozzáférhető. A lépcsőházakban elhelyezett feliratokkal és képekkel is lehet ösztönözni a testmozgást. Az épületekben kialakított szolgáltatások, például a funkcionálisan és jól hozzáférhető helyen kialakított kerékpártárolók is ösztönzők lehetnek. [4. ábra] Az aktív dizájn kiterjed a zöldterületek bővítésére a nagyvárosi környezetben. A kutatások szerint a parkosított területeknek jelentős szerepe van a stresszel és a kimerültséggel való megküzdésben. Emellett javítják a szociális interakciót és kohéziót, továbbá a légszennyezettség csökkentésével javítják az egészséget és a jóllétet. [5. ábra és 6. ábra]

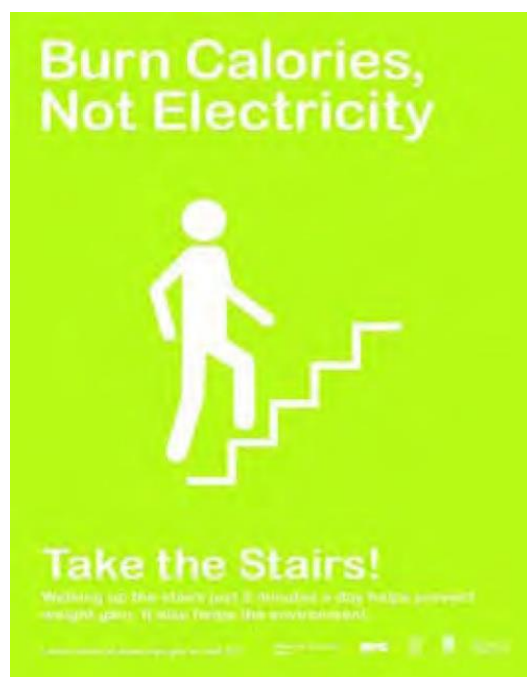
A kézikönyv másik, a várostervezésről szóló fejezete az úgynevezett vegyes funkciójú területek kialakításának támogatásával (*land use mix*) igyekszik a fizikai aktivitás szintjét növelni. Kutatások is bizonyítják, hogy a vegyes funkciójú területhasználat összefügg az elhízás alacsonyabb gyakoriságával. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy egy városi körzetben lakóterületeket, irodákat, iskolákat, üzleteket, kulturális és közösségi tereket, szabadidős területeket alakítanak ki. Erős bizonyítékok vannak arra vonatkozóan, hogy minél több iskola, közért, újságos pavilon, illetve ehhez hasonló hasznos célpont, szolgáltatás van a környéken, annál valószínűbb, hogy az ott élők, az ott dolgozók gyakrabban gyalognak, sétálnak. Az iskolák elhelyezése a lakókörzetek közelében bátorítja a tanulókat, hogy gyalog menjenek iskolába, ezzel is támogatva a napi testmozgást az iskoláskorúak között. Ugyanígy a vegyes funkciójú területhasználat az időskorúak fizikai aktivitására is pozitív hatással lehet. Kutatások alapján állíthatjuk, hogy a 65 évnél idősebbek abban az esetben, ha a közelükben üzletek vagy egyéb szolgáltatók találhatóak, gyakran hagyják el otthonukat és nagyobb valószínűséggel gyalognak, vagy használnak tömegközlekedési eszközöket. Amennyiben lakóterületeket, munkahelyeket vagy közeli szabadidős célpontokat, például parkokat, sétáló zónákat, kerékpárutakat, vízparti rekreációs területeket jól átjárható utcákkal kötnek össze, javítani lehet a fizikai aktivitás szintjét. Cél lehet, hogy minden környezetben legyen egy aktív rekreációra alkalmas terület kb. 10 perc gyalogló távolságra/sétátávolságra.

3. ábra: A lépcsők elhelyezése a bejáráshoz közel ösztönzi a mindennapos használatot (Apple üzlet, Manhattan, építészek: Bohlin Cywinski Jackson és Ronette)



Forrás: Active design guidelines, 2010, City of New York

4. ábra: A lifteknél és mozgólépcsőknél elhelyezett, lépcsőhasználatot ösztönző kép (School Construction Authority, New York)



Forrás: Active design guidelines, 2010, City of New York



5. ábra: High Line Park, New York



Forrás: Active design guidelines, 2010, City of New York

6. ábra: High Line Park, New York



Forrás: Active design guidelines, 2010, City of New York

A kézikönyv jelentőségét növeli, hogy a szakmai tanácsok mellett a gyakorlatban is könnyen használható ellenőrző listákat (*checklist*) közöl, amelyek segítségével a fizikai aktivitás ösztönözhető. Az egészség szempontú tervezés elemei egymással összefonódnak és egymás hatásait felerősítve segíthetik az egészséges életmódot. Az aktív lépcsőhasználatra, gyaloglásra, kerékpározásra, aktív közlekedésre, valamint egészséges táplálkozásra bátorító tervezés egyúttal támogatja a fenntartható tervezést, amely igyekszik minél energiatakarékosabb megoldásokat használni, például a lifthasználat visszafogásával csökkenti az energiafelhasználást. Az egészség szempontú tervezés harmadik eleme, az univerzális tervezés pedig arra törekszik, hogy mindenki számára hozzáférhető legyen az új megközelítésmód.

## MIT TEHETÜNK MI?

A fórumon bemutatásra került az Észak-Amerikában elindult folyamat, amelyet érdemes a hazai viszonyokra adaptálni. A szemléletváltást várhatóan meg-

nehezíti, hogy az építész szakma összetett, sokszor nem egységes álláspontot képvisel. Emellett az épület-, a környezet-, és a közterület tervezés szempontjait külön-külön figyelembe kell venni a beruházásoknál, számos építésre vonatkozó szabályozás, rendelet, műszaki előírás létezik, amelyek nem feltétlenül tekinthetők egészségbarátoknak. Sokszor a megrendelők érdekei ütköznek az egészség feltételeivel és a kivitelezés is számos buktatót rejt.

Az előre látható akadályok ellenére a beszélgetés során abban egyetértés alakult ki, hogy az építész szervezetek bevonásával, illetve az egészségfejlesztésben és népegészségügyben dolgozók munkájával kialakítható a hazai viszonyokra alkalmazható eszközkészlet és ellenőrző lista, amelyekkel egészségesebb lakókörnyezet alakítható ki. Világossá vált, hogy az épített környezet fejlesztéséhez az ágazatközi összefogás nélkülözhetetlen. A népegészségügy mellett a többi szakterület aktív szerepvállalása is szükséges, hiszen a különböző ágazatok kulcsszereplői egy hatáshálóban befolyásolják egymás viselkedését, társadalmi-gazdasági környezetét, és így kultúráját is.

A hozzászólásokból kiderült, hogy az érintett szakterületek bevonásával a közeljövőben közös akciókat tartanak kívánatosnak a résztvevők, amelyekből remélhető, hogy az egészség, mint téma beépül az építés szakma gondolatvilágába.

A résztvevők megegyeztek a további együttműködésben, amelynek területei a következők lehetnek:

- Közös műhelybeszélgetések szervezése;
- A Budapest Kör nevű informális vitafórum, civil szerveződés megkeresése, ahol a téma megjelenítésre kerülhet;
- Építészfórum folyóiratban szakcikk megjelenítése a témában;
- A két szakma közötti nyelvi, kommunikációs szakadékok áthidalására fogalmak gyűjteményének elkészítése;
- Egy ellenőrzőlista, egy szempontrendszer összeállítása építészek részére, amelyet a tervezések során figyelembe vehetnek;
- Az építészek érzékenyítése a téma iránt;
- Új munkacsoport megalakítása az építészszerzetek között.

A résztvevők egyetértettek abban, hogy a kialakuló párbeszéd hozzájárulhat egy közös platform kialakításához, ami megalapozhat egy olyan szakpolitikai döntéshozatalt, amely a magyar lakosság egészségi állapotának javításához vezethet.

# Jövönk: a Lancet Bizottság<sup>i</sup> ajánlása a fiatalok egészségéről és jóllétéről<sup>1</sup>

## Recommendations of the Lancet commission on adolescent health and wellbeing

Szerzők: Asbóth Katalin✉, Arnold Petra, Várnai Dóra  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.20.

**Kulcsszavak:** jóllét, demográfiai átmenet, serdülő barát szolgáltatások, fiatalok bevonása

**Keywords:** wellbeing, demographic transition, adolescent-responsive health care, youth engagement

### BEVEZETÉS

Miért épp a fiatalkori egészség és jóllét van a fókuszban?

A koragyermekkor és az időskor általában nagyobb figyelmet kap az ott jelentkező egészségi problémák miatt. Ebből a szempontból a fiatalkor<sup>ii</sup> elhanyagolt időszak, pedig épp a felnőttkor felé való átmenet miatt kitüntetett jelentőségű, kritikus fejlődési szakasz, megalapozza a későbbi, élethosszig tartó egészségi állapotot, sőt, a szülői szerepen keresztül a következő generációra nézve is meghatározó. Az adottságok, képességek kifejlődése függ a rendelkezésre álló lehetőségektől – ezek támogatják, vagy szűkítik a felsoroltak tényleges megvalósulását.

Az ENSZ Főtitkára 2015 szeptemberében kezdeményezett egy nők, gyermekek és fiatalok életére irányuló globális stratégiát, mely lehetőséget jelent a fiatalok egészségét és jóllétét támogató befektetések, hatékony válaszok kidolgozására. Ennek a kezdeményezésnek a megvalósítása érdekében készült el a cikkben ismertetésre kerülő Ajánlás, amely a 10-24 évesek egészségének és jóllétének támogatására

tesz javaslatokat. A tanulmány a WHO és a Lancet Bizottság együttműködésében jelenik meg.

Az Ajánlás kiemeli a lehetőségeket és a kihívásokat – mind az országok szintjén, mind globálisan. Hangsúlyozza, hogy a fiatal nemzedék egészségének, jóllétének kedvező hatása 3 fő időszakban: a jelenükben, a felnőttkorukban, illetve a következő nemzedék gyermekei körében nyilvánul meg. A fiatal korosztály kiegyensúlyozott fejlődésének és életének biztosításához erős multiszektoriális együttműködés szükséges – a hátrányos helyzetben lévők számára pedig második esélyt kell teremteni. A világban példátlan szociális, gazdasági és kulturális változásokkal néz szembe a fiatal nemzedék, hogy mindezekkel lépést tudjon tartani, át kell formálni az egészségügyi, családi, oktatási, jogalkotási rendszereket.

A dokumentum röviden felsorolja, a későbbiekben pedig kifejti és indokolja a célok teljesüléséhez szükséges, legkívánatosabb lépéseket, melyek érintik az oktatásban való részvételt, az egészségügyi prevenciók célkitűzéseket, az információs és technikai vívmányok alkalmazását, valamint az ezekhez kapcsolt

<sup>i</sup>A Fiatalok egészsége és jólléte érdekében neves szakértők által 2009-ben létrehozott LANCET Bizottságnak minden kontinenst magában foglaló, 14 országból 26 tagja van, akik különböző szakma és tudományterületek (népegészségügy, oktatás, szociológia, viselkedés és idegtudomány, közgazdaság tudomány, stb.) képviselői, valamint maguk a fiatalok. [Stratégiai javaslataikat](http://thelancetyouth.com/about-the-commission/) 2012-ben tették közzé először a LANCET-ben, melyekhez 6 fő témában projektek és cikksorozatok kapcsolódnak. <http://thelancetyouth.com/about-the-commission/>

<sup>ii</sup>Fiatalok: az Ajánlásban használt meghatározás szerint a 10-24 évesek, adatgyűjtés szempontjából ők 5 évenkénti bontásban szerepelnek: 10–14 évesek – korai ifjúkor, 15–19 évesek - késői ifjúkor és 20–24 évesek - fiatal felnőttkor.

lódó jogalkotást is – ez utóbbit az ENSZ Gyermekjogi Egyezményére hivatkozva.

Kiemelt szövegdobozokban, úgynevezett „panelekben” található meg a szakmai anyag „kulcsüzeneteit”, egyes fogalmi definíciókat, rövid tudományos és kutatási összefoglalókat. Az Ajánlást globális és régiós adatgyűjtések és kutatások adatainak elemzése, tendenciák ismertetése támasztja alá, melyek követését táblázatok, ábrák segítik.

Az útmutató kitér a fiatalok fejlődés sajátosságaira, jelentőségére, az optimális fejlődést megzavaró tényezőkre. A befolyásoló (támogató és rizikót jelentő) faktorok körében kitér a család, a kortársak, az iskola, a közösségek, a média, a digitális – technikai – gazdasági fejlődés és az eltérő kulturális hatások szerepére.

Az Ajánlás kiemeli, kutatási eredményekkel, adatok értékelésével vagy példákkal illusztrálja, hogy a nemzeti trendek mellett az erőteljes globális trendek is jelentősen hatnak a fiatalok fejlődésére. Egyes jelenségek, pl. a fokozott urbanizáció, a mobiltelefon és számítógép használat elterjedése kettős – néha ellentétes – hatásúak, egyrészt segítik a mobilitást, munkavállalást, ugyanakkor negatív módon is befolyásolják a fiatalok magatartását, életmódját (pl. egészségtelen életmódi szokások, cyberbullying,<sup>iii</sup> erőszakos és túlzott reklámtartalmak megjelenése).

Az egyes társadalmak különböző módokon reagálnak ezekre a jelenségekre, ugyanakkor továbbra is kulcstényezőnek látszik a család struktúrája és működése, az oktatás szerepe, valamint a média befolyása. Ezek mindegyike alap- és védőfaktor lehet az egészségmegőrzésben.

Jogi szabályozás területére vonatkozóan is hasznos megállapításokat tartalmaz az Ajánlás. A forrásokhoz való hozzáférést és a károsító tényezők elkerülését részben jogszabályokon keresztül biztosítják a kormányzatok, ugyanakkor a következtelen, összehangolatlan előírások, illetve a kulturális, vallási szabályok ellentétesen hathatnak a fiatalok egészségére. Sajnálatos módon számos országban nincsenek összhangban a kerettörvények az egyébként általuk is elfogadott ENSZ gyermekjogi egyezményvel. Az Ajánlás külön részt szentel az úgynevezett demográfiai átmenetnek. A gazdasági fejlődésnek és bizonyos epidemiológiai mutatók javulásának – főként

az afrikai és közelkeleti országok magas születésszámának és a magasabb gyermekkori túlélési aránynak – köszönhetően, a legnagyobb arányú demográfiai kohort jelenleg a fiataloké. Globálisan 1,8 milliárd ember tartozik a 10-24 évesek közé, amely a Föld népességének majdnem az egynegyede.

A fiatalok egészség és humán tőkéje meghatározza az országok gazdasági-társadalmi fejlődését. A változásoknak egyik jelentős következménye még, hogy a házasságkötések, szülővé válás ideje kitolódik, a fiatal kor nagyobb szakaszt foglal el a teljes életutat tekintve. A hosszabb ideig tartó fiatalok – figyelembe véve a gyorsan változó fogyasztási szokásokat és ifjúsági kultúrát – megnöveli az egészségkockázatok lehetőségét is ezekben az években. A tradicionális lineáris szekvencia modellje, mely szerint az iskola befejezését munkavállalás, majd házasságkötés és gyermekvállalás követi, egyre kevésbé figyelhető meg a modern társadalmakban. Ez komoly egészségkockázatokat hoz magával, különösen a szexuális és reprodukív egészség, valamint az alkohol és más szerek fogyasztása terén. Ugyanakkor a kitolódott családalapítás optimális esetben lehetővé teszi a szülői szerepre való jobb felkészülést. Amennyiben a kockázati magatartások folytatódnak a gyermekvállalás idején is, azok a magzat fejlődésére, a következő generáció egészségére is veszélyesek.

A felsoroltak tekintetében az eltérő jövedelmű országok között nagy eltérések mutatkoznak, de egy országon belül is jelentősek a kulturális-gazdasági különbségek a városi és vidéki lakosság körében.

## BEAVATKOZÁSI TERÜLETEK ÉS MÓDSZEREK

A szerzők szerint az általános egészségügyi ellátottság a serdülők és fiatal felnőttek körében a legrosszabb a többi korcsoporthoz viszonyítva. Annak ellenére, hogy egyértelműek a fiatalok szükségletei, igényei, a serdülők és fiatal felnőttek gyakran nem veszik igénybe/nem tudják igénybe venni az egészségügyi szolgáltatásokat. Az ajánlás készítői a szexuális magatartáson – ezen belül a fogamzásgátló módszerek elérhetőségén – keresztül szemléltetik, hogy az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele és az irántuk való igény közötti egyensúly milyen

<sup>iii</sup> A cyberbullying definíciója: Az online bántalmazást meghatározhatjuk úgy, mint az internet vagy más digitális technológiák használata mások zaklatására (Tabby Projekt, 2011).

módon bomlik meg. A legtöbb afrikai országban a 15-19 éves házas lányok körében 25%-tól 64%-ig terjed azok aránya, akiknek szüksége lenne valamilyen fogamzásgátlásra, de nem jutnak hozzá. A hajadon, ugyanilyen életkorú lányok esetében általában dupla ez az arány. Továbbá jellemző, hogy a fiatal lányok kisebb arányban használnak különböző fogamzásgátló módszereket az idősebbekhez képest. Ez többek között magyarázható azzal, hogy a fiatalabb korosztály nem érti a teherbeesés veszélyeit, nincs tisztában azzal, hogy milyen védekezési lehetőségek vannak. Továbbá a költség, illetve a társadalom szexualitással kapcsolatos stigmája is szerepet játszhat abban, hogy ezekben az országokban a fiatalok nem élnek a fogamzásgátló módszerekkel. Az általánosabb bevezető után az egészségügyi ellátottság akadályait mutatják be a szerzők, hogy milyen korlátai vannak a serdülők és fiatal felnőttek körében az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésnek. Egyrészt külső akadályokat azonosítanak, mint pl. jogi keretek, költség, attitűd. Másrészt belső akadályokat említene, amelyek elsődlegesen a serdülők fejlődésével kapcsolatos egyéni, pszichológiai és a pszicho-szociális tényezőkkel hozhatóak összefüggésbe.

Az Ajánlás arra is kitér, hogy miként lehet az egészségügyi szolgáltatásokat „serdülőbaráttá”, és ezáltal a célcsoport számára vonzóbbá tenni. Hangsúlyozzák, hogy a komplex, több területre kiterjedő megközelítés bizonyul a leghatékonyabbnak a fiatalok megszólítására és elérésére. A beavatkozásokat a fiatalok, az iskola, a média, a közösségi hálózatok bevonásával lehet legeredményesebben kivitelezni.

A szerzők speciálisabb – a serdülők életvitelének vizsgálata során azonosított, lényeges – területekre mutatnak rá, úgy, mint: szexualitás, termékenység, HIV; fertőzés, oltással megelőzhető betegségek; alultápláltság; sérülés; erőszak; mentális betegségek (öngyilkosság); egészségmagatartás (itt az obezitásra tér ki), rizikómagatartás (dohányzás, alkoholfogyasztás, droghasználat). Mindegyik témát először röviden ismertetik, néhány esetben adatokkal is illusztrálják, végül az egyes területeken meghatározzák a leghatékonyabb beavatkozási módszereket. Az Ajánlásból megtudhatjuk azt is, melyek azok a prevenciószínterek, amelyeken keresztül elérhetőek a fiatalok. A szintereket két nagyobb csoportra – makro- és mikrokörnyezetre – lehet bontani. A makrokörnyezetbe tartozik például a média, a tör-

vények, míg a mikrokörnyezetbe a család, az iskola stb. Itt is bemutatják az egyes szinterekhez tartozó lehetséges beavatkozási módszereket.

A „Beavatkozási területek és módszerek” fejezet egy átfogó táblázattal zárul. A fentebb említett szakterületek (szexualitás, alultápláltság stb.) és prevenciószínterek (média, család stb.) mentén ismertetik a szerzők, hogy milyen beavatkozási lehetőségek vannak. Megtudhatjuk például, hogy alkoholfogyasztás esetében a makro szintéren hatékony módszer lehet többek között az alkohol elérhetőségének korlátozása, az alkoholra adók kivetése; a média szintéren az alkohol reklámozás csökkentése; a mikrokörnyezetenél a család esetében a gyerek-szülő kommunikáció támogatása, az iskola esetében alkoholmentes politika kialakítása. Ezen séma mentén a többi szakterület-szintér kapcsolódást is áttekintheti az olvasó.

## AJÁNLÁSOK

A bevezetőben és az elemzésben leírtak alapján a dokumentum a következő ajánlásokat fogalmazza meg a különböző területek számára.

### Serdülők és fiatalok bevonása („youth engagement”)

A fiatalok bevonásának két irányzata ismert. Az egyik szerint a serdülők és fiatal felnőttek már a rájuk irányuló programok tervezéséhez, végrehajtásához is jelentősen hozzájárulhatnak, és ezen keresztül befolyásolhatják a jóllétükkel kapcsolatos szakmapolitikai döntéseket. A második szerint megfelelő struktúrák, támogatás és folyamatok szükségesek a fiatalok bevonásához. Az ENSZ definíciójában a „youth participation” egy alapvető jog: a fiatalok aktív, jelentős elköteleződése saját és közösségi szintű fejlődésükben, beleértve azt a képességet, hogy a fejlődésüket érintő döntéseket hoznak. A serdülőkorban egyébként is a kortársak felé tolódik az érzelmi hangsúly és kognitív készségeik is lehetővé teszik a fokozottabb közösségi elkötelezettséget. A serdülők idegrendszere neurobiológiai szempontból előhangolt az elköteleződésre, a másokhoz való kapcsolódásra. Hasonlóképpen az antiszociális közösségek irányába is kialakulhat elköteleződés, ugyanakkor a felelősségvállalás hiánya olyan mentá-

lis betegségekhez vezethet, mint pl. a depresszió. A történelemben számos bizonyítékot találunk arra nézve, hogy a fiatalok lelkesedése, energiája komoly társadalmi változásokat indított el (Ázsiában, a Közel Keleten, LMBT<sup>iv</sup> témában vagy a klímaváltozás területén).

### A fiatalok jelentős kiállása az egészség érdekében

A WHO már 20 évvel ezelőtt is azt hangsúlyozta, hogy hatékony ifjúság-egészségügyi programok csak a fiatalok helyi, nemzeti és nemzetközi szintű bevonásával tervezhetők.

Az UNICEF,<sup>v</sup> UNFPA,<sup>vi</sup> UNAIDS,<sup>vii</sup> és számos nemzetközi civil szervezet ezt a gyakorlatot követte és ajánlotta. A Lancet „Fiatalok Egészsége és Jóléte Bizottság”-nak is van két fiatal tagja, akiket egy online verseny során választottak ki. Rajtuk kívül a Bizottság, fiatalok egy nagyobb mintáját is elérte egy online kutatásban, amelyben a megkérdezettek véleményét mérték fel az egészségügyi prioritásokról és arról, szerintük a döntéshozók számára mik lehetnek a kulcsüzenetek. Ebben 89 ország, kb. 500 fiatalja vett részt.

Annak ellenére, hogy az érvek a fiatalok bevonása mellett nagyon erősek, az emellett szóló bizonyítékokról kevés összegzés született. Növekszik ugyanakkor a fiatalok bevonásának lényeges elemeit vizsgáló irodalom. A fiatalok bevonása során el kell utasítani azt az előfeltevést, hogy a felnőttek jobban tudják a megoldásokat és hangsúlyozni kell, a serdülők és fiatalok képesek a felnőttekkel együtt dolgozni. Ez általában kétféle működésmódot igényel: támogatni a fiatalok aktív részvételét, azaz megtanítani őket beszélni, és megtanítani a felnőtteket arra, hogy meghallgassák a fiatalokat. Az ifjúság akkor fog leginkább elköteleződni a programokba, ha ehhez anyagi forrásokat, képzést, folyamatos mentorálást kap és érzékenyítik őket a politikai és vezetői folyamatokhoz. Társadalmi, kulturális, gazdasági és politikai erők befolyásolják a fiatalok bevonásának lehetőségét és a formáját, pl. az egyszerű jutalom-zseton osztásos módszertől a teljes mértékben fiatalok által vezetett modellekig.

Általában minél magasabb a fiatalok kontrolljának szintje, annál magasabb a fiatalok bevonódása, hozzájárulása, akár a saját egészségéről van szó, akár közösségi programokról. Az alábbiakban bemutatunk néhány olyan lehetőséget, ahogy a fiatalok bevonhatók az egészséggel kapcsolatos döntéshozatalba, stratégiakészítésbe és programtervezésbe.

### A fiatalok érdekérvényesítése az egészségügyben

A kortárs-képzés, vagy az egészséges életmód promotálása fiataloknak fiatalok által, a legtöbbet elemzett stratégia az egészségügyi szektorban. Ezek az intervenciók pozitív hatással vannak a programot vezető fiatalokra. A kortársképzőknek magasabb az önértékelésük, jobbak a kommunikációs- és vezetői készségeik, és kevésbé kockáztatják egészségüket, de arról kevesebbet tudunk, hogy mennyire sikeresek az általuk megcélzott szélesebb populációban a viselkedésváltozásra irányuló projektek. A fiatalok bevonásának stratégiája felértékelődött az elmúlt 20 évben, a digitális és közösségi média pedig új perspektívákat nyithat. Ugyanakkor a fiatalok meggyőzése arról, hogy érdemes hallatni a hangjukat, néha akadályokba ütközik. Az egyik probléma, hogy a fiatalok idősödnek és újabb generációk veszik át a helyüket. Másik ilyen nehézség, a felnőttek fiatalok iránti attitűdje, ami gyakran társul a fiatalok bizonytalanságaival. Az attitűdbeli akadály gyakori oka az a kulturális kontextus, amelyben a fiatalok a felnőttekhez képest alacsonyabb rendűnek számítanak. Hasonló korlátozó tényezők: a rugalmatlan bürokrácia, az elégtelen források és a korlátozó politikai gyakorlat. Ezek miatt általában a fiatalok bevonása az egészségügybe egy felülről lefelé irányuló, felnőttek által irányított folyamat. A leghatékonyabb stratégiák a fiatalok bevonására rendszerrel, és protokollokkal is rendelkeznek. Például mentorálás felnőtt és fiatal között, kapacitás, készség és tudás-fejlesztés fiatalok között, új fórumok létrehozása.

<sup>iv</sup> LMBT betűszó a nemzetközi szóhasználatban elterjedt LGBT (GLBT) magyar fordítása. A rövidítés feloldása: Leszbikusok, Melegek, Biszexuálisok és Transzneműek

<sup>v</sup> UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund: Egyesült Nemzetek Nemzetközi Gyermekegyesületje

<sup>vi</sup> UNFPA: United Nations Fund for Population: ENSZ Népesedési Alap

<sup>vii</sup> UNAIDS: [United Nations](#) Programme on HIV and AIDS: Közös ENSZ HIV/AIDS Program

## Elszámoltathatóság

Az újonnan elfogadott 2030 Stratégia (United Nations, 2014)<sup>viii</sup> nemzeti szinten hangsúlyozza a nagyobb elszámoltathatóság szükségességét, ez ugyanis világhosszá teheti a többi szektor bevonásának fontosságát, és a civil részvételt is erősítheti. A fiatalok lendületességük révén képesek megkérdőjelezni a korrupciós vagy más kedvezőtlen folyamatokat is.

## Konzisztens adatbázisok kialakítása

A beavatkozások tervezése pontos adatokat igényel, mely fejlődés-lélektanilag releváns, életkori és nemi bontásban lekérdezhető. A létező adatbázisok azonban koordinálatlanok, inkonzisztensek. Ezért az alacsony vagy közepes gazdasági fejlettségű országok is globális felmérések alapján dolgozzák ki stratégiájukat. A WHO<sup>ix</sup> által kidolgozott „Global Reference List of 100 Core Health” (WHO, 2015)<sup>x</sup> a 100 legfontosabb indikátort tartalmazza, de ebben a listában nem szerepelnek pszichológiai jellegű indikátorok, pl. szerhasználat, erőszak. A nagy adathiány pedig torz helyzetképhez vezethet. Egy adott országban a serdülők egészségének ügyében általában nincs egy mindent kézben tartó koordináló szerv, és ez megnehezíti, hogy a serdülők egészség-szükségletét felmérjék.

## Koordinációs erőfeszítések

A serdülők egészségét és jóllétét megcélzó leghatékonyabb akciók interszektoralisak, több komponensűek, helyi igényekre és kapacitásokra szabottak. Az adathiány megoldása mellett fontos választ találni arra a kérdésre is, hogy melyik szektor koordinálja a beavatkozásokat. Jelenleg a legtöbb országban nincs olyan felelős szervezet, mely összeszedné a cselekvéshez szükséges evidenciákat. A serdülőkör szempontjából releváns adatok különböző szerve-

zeteknél található (WHO, UNICEF, UNAIDS, UNESCO,<sup>xi</sup> UNFPA, World Bank, UNODC<sup>xii</sup> és még néhány civil szervezet). Emiatt megfelelő irányelvek sem állnak rendelkezésre az országok számára. Szükséges a nemzeti szintű technikai kapacitásbővítés, a programok és stratégiák tervezéséhez.

## Kulcselemek

A serdülők egészségét és jóllétét gyorsan változó családi és közösségi hatások, valamint számos globális és helyi szintű tényező befolyásolja. Ugyanakkor a serdülők maguk is aktív alakítói lehetnek saját egészségüknek. Olyan környezetet kell tehát teremteni, amely a fiatalok bevonódását támogatja (pl. ifjúsági szervezetek, egyházi szervezetek stb.), a családokat pedig segíteni abban, hogy döntő szerepük maradjon a kamaszok jóllétében. A fiatalok egészségének javításában ezen kívül szerepe van számos szektornak: a magánszektornak (média, marketing), a felsőoktatási intézményeknek és nemzetközi fejlesztési közösségeknek is (Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health).<sup>xiii</sup> Valójában eddig nem voltak igazán jelentős és jól koordinált erőfeszítések a serdülők egészsége érdekében.

Globális szinten különböző szervezetek felelősek a fiatalok egészségéért, pl. WHO, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, UNESCO, UNODC. Ezek között hatékonyabb koordinációra lenne szükség. Ilyen közvetítő szerepet tölthet be például a Lancet „Fiatalok Egészsége és Jólléte Bizottsága”. A nemzeti szintet tekintve, a gyermekjogi biztosok mintájára kialakítható az „Ifjúsági biztos” pozíciója is, aki felelős lehet a serdülők ügyéért. Amennyiben az elszámoltathatóság szempontját beépítjük és alkalmazzuk, akkor költséghatékonyabbak lesznek a befektetések, és a jelenleg hiányzó területekről is keletkeznek evidenciák. A globális stratégiák (Agenda 2030 és Global Strategy for Women’s, Children’s and Adolescents’ Health) világos indikátorokat és az egészségügyi

<sup>viii</sup> Az Agenda 2030 a fenntartható fejlődési célokat és értékeket rögzítő ENSZ dokumentum: United Nations. The road to dignity by 2030: ending poverty, transforming all lives and protecting the planet. Synthesis report of the Secretary-General on the post-2015 sustainable development agenda. New York, NY: United Nations, 2014.

<sup>ix</sup> WHO: World Health Organisation: Egészségügyi Világszervezet

<sup>x</sup> WHO. Global Reference List of 100 Core Health Indicators. Geneva: World Health Organization, 2015.

<sup>xi</sup> UNESCO: United Nation’s Educational, Scientific and Cultural Organisation: ENSZ Nevelésügyi, Tudományos, és Kulturális Szervezete

<sup>xii</sup> UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime, ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala

<sup>xiii</sup> Nők, Gyermek és Serdülők Egészségének Átfogó Stratégiája: United Nations Secretary-General. The global strategy for women’s, children’s and adolescents health (2016–2030): survive thrive transform. 2015. <http://www.who.int/life-course/partners/globalstrategy/globalstrategyreport2016-2030-lowres.pdf?ua=1> (Elérhető: 2016.07.05.).

rendszer javítását sürgetik. A Fiatalok Egészsége és Jóléte Bizottság elméleti megfontolások és a jelentésben használt mérések alapján, 12 globális indikátort azonosított.

### További megfontolások

Bár sok országban a népesség egyharmadát (globálisan a 10-24 évesek kb. egynegyedét) a serdülők, illetve a fiatalok teszik ki, egészségükkel keveset foglalkozik az egészségügy és a szociális szféra. Az alábbi javaslatokat a serdülőkkel kapcsolatos akciók és befektetések tervezése érdekében fogalmazták meg az Ajánlás készítői.

Újra kell értelmezni a serdülők egészségét és jólétét:

- A serdülők egészségén belül a szexuális és reprodukív egészség tágabb értelmezésére van szükség, amely kiterjed többek közt az alábbiakra: HIV és más fertőzések, a táplálkozás minősége, erőszak és sérülések, krónikus betegségek, mentális zavarok és szerhasználat.
- További korcsoportbontások kellene a serdülőknél belül (pubertás, serdülő, további generációk).
- Fontos a nemi különbségekre szenzitív stratégiák kidolgozása és a serdülők készségeinek kibontakoztatása.
- A serdülőkor, mint a második esély felfogás hangsúlyozása.

Világos célokat kell felállítani nemzeti és helyi igények alapján. Különböző helyeken különböző akciók szükségesek, az alábbi szempontok figyelembevételével:

- Egy ország sem maradhat végleg a többszörös teherrel sújtott országok csoportjában 2030-ig, a megelőzhető betegségek szempontjából.
- Sérülésveszély tekintetében a fokozottan kockázatos országok, és a nem fertőző betegségek szempontjából kiemelt kockázatú ország ese-

tében kitűzendő célok: a társas vagy gazdasági szempontból marginalizált serdülők integrálása (kisebbségi csoportok, fiatalokú elkövetők, LMBT fiatalok stb.).

Az egészségügyi szolgáltatásokat mindenkire ki kell terjeszteni (iskolai és közösségi alapú ellátási platformok) – megfontolandó szempontok:

- Az ellátás hatóköre (nemcsak szexuális betegségek, hanem minden egészségügyi probléma, pl. fertőző betegségek stb.).
- Hatékony korai intervenció.
- Elérhető preventív egészségügyi szolgáltatások.
- Az egészségügyi dolgozók képzése.

Védelmeső és felhatalmaszó társas háló létrehozása interszektorális együttműködésel. A további szektorok fontos hozzájárulásai lehetnek az alábbiak:

- Minőségi középfoóú oktatás.
- Az iskola, mint egészségfejlesztési szintér.
- Tanárok és más szakemberek képzése.
- Jogsabályok, amelyek védenek és egyben saját jogokat is biztosítanak.
- Stratégiák kapcsolódása más szektorokkal.

A fiatalok bevonódásának fokozása – ehhez új struktúrák szükségesek:

- Fiatalok képzése és mentorálása.
- A fiatalok bevonására megfelelő fórumok kiépítése.

Növekvő tudás és kapacitás. A lényeges lépések az alábbiak:

- Nemzeti profilok létrehozása – a nemzeti statisztikai elemzéseknek folyamatosan adatokat kell biztosítania a fiatalok egészségéről, jólétéről, fejlődéséről és ezeket javasolt összehasonlítani a nemzetközi adatokkal.
- A hatékony akciók kidolgozása végett az információhiányt le kell küzdeni.
- Mérhető és fenntartható akciókat kell tervezni.

<sup>1</sup> GC Patton, SM Sawyer, JS Santelli, DA Ross, R Afifi, NB Allen, M Arora, P Azzopardi, W Baldwin, C Bonell, R Kakuma, E Kennedy, J Mahon, T McGovern, AH Mokdad, V Patel, S Petroni, N Reavley, K Taiwo, J Waldfogel, D Wickremarathne, C Barroso, Z Bhutta, AO Fatusi, A Mattoo, J Diers, J Fang, J Ferguson, F Ssewamala, RM Viner Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. The Lancet, 2016;387:2423–2478  
<http://www.thelancet.com/commissions/adolescent-health-and-wellbeing> (Elérve: 2016.07.05.)

# Irányelv bemutató – közösségi szintér – egészség(fejlesztési)terv(ezés)

## Introduction of guideline – community setting – health development planning

Szerzők: Solymosy József Bonifác✉, Koós Tamás  
*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

Beküldve: 2016.06.23.

**Kulcsszavak:** egészségfejlesztés, szintér alapú egészségtervezés, méltányosság, helyi (szak)politika; közösségfejlesztés

**Keywords:** health development, local setting-based health planning, equity, local public policy, community development

### BEVEZETÉS

Az alábbiakban ismertetésre kerülő, röviden csak „közösségi irányelv”-nek nevezett (100 oldalas) szakmai ajánlás teljes címe: „Közösségi egészségtervek, hatékony helyi egészségpolitikák általános szakmai útmutatója, az esélyegyenlőség megvalósulását segítő aktív stratégiák, kommunikációs modellek a közösségi egészségfejlesztési programokban és a helyi politikákban”.

Az irányelv célcsoportja: helyi döntéshozók, szakemberek, véleményvezérek és kulcsszereplők, akik a helyi közösség felhatalmazásával, partnerségi viszony kialakításával és fenntartásával, a meglévő intézményi szolgáltatásokat és a helyi közösséget összehangolják, elsősorban olyan akciók megvalósítására, melyek összességükben összeadódó hatásukkal, az egészségi állapotot javítják.

Ez az irányelv azt támogatja, hogy elsősorban a lakóhely alapján szerveződő/szerveződött közösségek hogyan tehetnek a saját egészségük – jól-létük – érdekében olyan, ciklikus, évente megújítható aktivitásokat, melyek összességükben a közösség tagjainak egészségét szolgálják, fenntartható módon.

Ehhez az irányelv az egészségterv elkészítésének módszertanát ajánlja. Az egészség fejlesztése is egy olyan komplex, tervszerű (indikátorokkal mérhető) folyamat kell hogy legyen, melyben megvalósul a különböző kormányzati- és az egyes helyi szintek, valamint a különböző szektorok együttműködése is. Ennek az összetett, tervszerű folyamatnak az egyik eszköze a különböző szintekre adaptálható egészségtervezés, az egészség(fejlesztési) terv, mely az egészség (optimális jól-ét) érdekében történő széleskörű partnerség kialakításán alapul.

### HÁTTÉR, PROBLÉMA

„Az egészség és a betegség alakulása a legkülönbözőbb jövedelmi szintű országokban is követi a társadalmi ranglétrát: minél alacsonyabb társadalmi-gazdasági pozíciót foglal el valaki, annál rosszabb az egészsége. Ennek nem kell így lennie, és nem helyénvaló, hogy így van. Egyszerűen tisztességtelen a helyzet, ha azt látjuk, hogy a következetesen fennálló egészségbeli különbségek ésszerű lépésekkel elkerülhetők lennének. Ilyenkor beszélünk az egészséggel összefüggő esélyegyenlőtlenségről. A társadalmi igazságosságon múlik, hogy ezeket az esély-



egyenlőtlenségeket – az országok között és azokon belül fennálló óriási és orvosolható egészségbeli különbségeket – helyrehozzuk-e. Az egészséggel összefüggő esélyegyenlőtlenségek mérséklése az Egészség Társadalmi Meghatározói elnevezésű Bizottság (WHO) erkölcsi kötelessége. A társadalmi igazságtalanság emberek tömegeit öli meg.”<sup>1</sup>

A probléma, hogy bár van számos figyelemre méltó helyi és központi egészségfejlesztő kezdeményezés (oktatási, szociális, kulturális, társadalmi felzárkózási, egészségügyi ellátási, környezet-egészségügyi, stb.), összességükben a magyar lakosság egészségi állapotát nem javítják kellő mértékben, mivel – egyénes módszertan hiányában – nincs jelentős szinergikus, azaz egymást kölcsönösen erősítő hatásuk. A lakosság egészsége alapvetően társadalmi jelenség, a társadalmi, és a kulturális viszonyok határozzák meg. A lakosság egészségének fejlesztése osztársadalmi összefogást igényel. Az egyének sokat tehetnek az egészségükért, de hogy tudnak-e tenni és tesznek-e, az döntően a társadalmi körülmények függvénye. Ezek alakítása alapvetően a kormányok felelőssége. Az elmúlt 20 év jelentős fejlődése ellenére, a magyar lakosság egészségi állapota az ország társadalmi és gazdasági fejlettségéhez mérten még mindig igen kedvezőtlen. Ezen állapot hátterében a krónikus nem-fertőző megbetegedések okozta magas korai halálozás és betegségteher áll. E betegségek legfontosabb meghatározó tényezői az életmód és a környezet. Az életmódbeli tényezőket pszicho-szociális és kulturális tényezők befolyásolják. Az országon belül is óriási társadalmi egyenlőtlenségek figyelhetők meg a lakosság egészségében.

## AZ EGÉSZSÉGTERV MÓDSZER

Mivel a helyi adottságok és lehetőségek ismerete mellett, több szakma (szak)tudása ötvöződik egy földrajzi színtérhez kötött egészségtervben, az elkészítés mindenképpen csapatmunka terméke.

- Az egészségterv, mint dokumentum elsősorban a helyzet áttekintését, a problémák súlyozott bemutatását, a hosszú távú stratégiát és a rövidtávú akciótervet, valamint a monitoring, értékelési folyamatok leírását, a ciklikus működést biztosító visszacsatolási mechanizmusokat tartal-

mazza. A közösségi/települési egészségterv dokumentumként információt hordoz egy olyan komplex fejlesztési folyamatról, mely a színtér szereplőinek egészségét mérhető módon javítja, elsősorban belső forrásokra támaszkodva, innovatív működési módok bevezetésével, ciklikus, partnerségen alapuló működtetésével. Egészségterv készülhet lokális színterekre, a színterek összességét magába foglaló közigazgatási egységekre (településre, járásra, megyére, stb.).

- Az egészségterv, mint működési mód azokat a (szervezeti) egységeket, munkacsoportokat, kommunikációs mechanizmusokat, információáramlási irányokat rögzíti, mely a szubszidiaritás és partnerség elveinek érvényesülését biztosítja.
- Az egészségterv egy fejlesztési folyamat is, mely a helyi adottságokhoz alkalmazkodva, reális lépésekre bontva, az egyéni és közösségi magatartásformák, normák egyre egészségesebb irányú változását támogatja.

Általánosságban elmondható, hogy azon komplex egészségfejlesztési tevékenység csökkentheti az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségeket, mely a beavatkozási típusaiban is reagál a célcsoport fent jelzett tagolódására. Vagyis, az intervenció komplex, és egyaránt tartalmaz informálást, képességfejlesztést és az adottságok, körülmények egészségtudatos átalakítását, a célcsoport aktív bevonásával, partneri együttműködésben.

Az egészségterv módszer „haszna” nem kizárólag és talán nem is elsősorban az elkészült dokumentum lesz, hanem a tervezés, megvalósítás, értékelés ciklikus működtetése során kialakult szemléletváltás, munkamódok, együttműködések, koalíciók egymást erősítő, kapcsolódó eredményei. Megvalósul az egészség ügyének napirenden tartása, előtérbe helyezése, mely által nőhet a döntéshozók és egyéb kulcsszereplők egészségtudatossága is. A célcsoport, saját egészségében – jól-létében – aktívan közreműködő, közösségi felelősséggel felruházó kölcsönös tanulási folyamat során, a kompetenciájukba tartozó problémák megoldásával kiaknázatlan helyi erőforrásokat szabadíthat fel a helyi színtereken.

Az egészségtervek elsődleges szerepe, hogy olyan eszköz álljon a helyi közösségek, szervezetek, intézmények, vagy települések rendelkezésre, melynek segítségével:

- a detektált helyi problémák megoldására irányuló akciókat, programelemeket valósítanak meg,
- tudatosan tevékenységük egészségre gyakorolt hatása,
- stratégiai partnerkapcsolatokat építenek ki és tartanak fenn a betegségek megelőzése, az egészség védelme és fejlesztése érdekében,
- valamint egy olyan közös megközelítést hoznak létre, amely informálhatja az összes szektort, illetve kulcsszereplőt arról, hogy munkájukban az egészség és az életminőség hol jelenhet meg.

### AZ EGÉSZSÉGTERVEZÉS ÚJ ALAPJAI

Az új alapokra helyezett egészségtervezés jellemzője, hogy az előkészítési folyamat során az egészségfejlesztéssel kapcsolatos aktuális értékek és alapelvek eljuthatnak a döntéshozói szintekre, ezáltal prioritásokként jelenhetnek meg a különböző cselekvési területek koncepcióiban, távlati terveiben, jövőképében.

Az intézményekhez kötött színterek (pl. iskola, munkahely) mellett, szakmai módszertani szempontból még a lakóhely (földrajzi egység) alapján szerveződött közösségi aktivitásokat magába foglaló színtereket is megkülönböztetünk. Az itt folyó közösségi egészségtervezés elindítása, mint minden más színtér esetében, történhet „alulról/belülről felfelé” és „fölről/kívülről lefelé”, a helyi adottságokhoz és lehetőségekhez igazodva. Az eltérő módszertani indítás ellenére, az éves ciklikus működés során a kétféle módszertan egymást kiegészítve, együttesen teszi lehetővé a fenntartható és hatékony egészségterv megvalósulását. Ez csökkenti az egészségben megnyilvánuló egyenlőtlenségeket és támogatja a lakosság optimális jólétét.

A közösségi egészségtervek esetében kulcskérdés, hogy az érintettek mennyire kerülnek bevonásra és válnak aktív részeseivé a tervezés, megvalósítás és értékelés – ciklikus folyamatának. Az operatív feladatokat ellátó, az egészségtervet megvalósító és működtető munkacsoportok, szakemberek a (bizalom alapuló) közösségi felhatalmazás alapján tevékenykedhetnek.

Az egészségfejlesztési tevékenység során, az egészség előfeltételeinek biztosítása, a célcsoport bevonása, az egészségkultúra ápolása, minden célcsoport szegmens szükségletét kielégítő szinten – különböző hangsúllyal – kap szerepet.

A települési egészségterv ideális esetben a település különböző színtereinek egészségterveire épül, és több település egészségterve alapozza meg a járás egészségtervét. Ez a rétegződés, egymásra épülés egyfelől a szubszidiaritás elvének érvényesülését biztosítja. Másfelől, a lokális színterek összes szereplőjének aktivitása (pl. fórum, falugyűlés) ad közösségi felhatalmazást és támogatást azon delegáltaknak, akik, például egészség-koalícióba tömörülve adják szaktudásukat, munkacsoport-feladatokat látnak el, bevonnak további szakértőket, és képviselik felsőbb szinteken is az adott színtér szereplőinek érdekeit. Harmadsorban ez a rétegződés szolgálja azt, hogy a szintek kompetenciáiba eső problémák megoldását az adott szint erőforrásait mozgósítva kezeljék, a kompetenciába nem tartozó detektált problémák megoldását a felsőbb szintekre delegálják.

Az egészségfejlesztés lényegi eleme a partnerség, ami egyrészt a célcsoport aktív bevonását, az egyén és közösség saját egészsége feletti kontrolljának – életkori adottságoknak megfelelő szintű – elsajátítását, másrészt a különböző szakmák képviselőinek együttműködését és intézmények szolgáltatásainak koordinációját jelenti éppen úgy, mint a különböző szektorok közötti együttműködések. Ezek kultúrában gyökerező, szemléletmód és attitűd függvényű megjelenése, mintát adó „jó gyakorlatainak” elterjedése a bevezetés esélyét jelentősen növelné. A közösségi részvétel biztosítása elősegíti a demokrácia növelését, a kirekesztés elleni küzdelmet, az emberek hatalommal való felruházását az őket érintő ügyekkel kapcsolatban. A közösségekben rejlő tudás és energia fontos erőforrásként is szolgálhat egy-egy projekt kidolgozásához, megvalósításához. A hatékony és fenntartható döntések, projektek elengedhetetlen eleme a részvétel biztosítása, hiszen csak az érintettek bevonásával alakulhat ki a valós igényekre reagáló tervezés.

A kommunikáció lényege nem az egyoldalú közlés, hanem, akár az egyoldalú közléssel megindított folyamatos párbeszéd. Tehát mindig törekedni kell,

nem csak a különböző kommunikációs technikák hatásosságának mérésére, hanem a visszajelzések lehetőségének biztosítására, bővítésére és a transzparenciára.

A legkisebb, közigazgatási szempontból értelmezhető egység, a háziorvosi körzet. Nyilvánvaló, hogy egy körzeten belül akár több helyi szintér is azonosítható. Jelentős szerepe lehet a háziorvosnak, területi védőnőnek a helyi közösségek aktivizálásában, a jól-létet célzó közösségi munkájuk elindításában, támogatásában.

A helyi közösségek egészségtervét maguk a szintér szereplői, illetve a velük szorosan együttműködő (közösségfejlesztő) szakemberek készítik. A szintér szereplőinek, mint közösségnek a fejlettségi állapota meghatározza a kitűzhető rövidtávú célokat. Tervezéskor fontos helyesen belátni, hogy a szintér milyen fejlettségű a közösségi aktivitások tervezése, megvalósítása, értékelése szempontjából. A tervezés, megvalósítás, értékelés lépéseit támogatják az egészséghatás vizsgálatok. Alkalmazásukkal:

- fejleszthető az egészséggel kapcsolatos tudatosság,
- a törvények, programok, projektek, előterjesztések egészségre gyakorolt káros hatásai minimalizálhatók és az előnyök maximalizálhatók,
- a nem közvetlenül az egészséghez kapcsolódó előterjesztésekben is meg tudnak jelenni az egészség szempontjai.

Jelentős előrelépés, hogy a járásokra vonatkoztatva már van törvényi előírás az egészségterv elkészítésére.<sup>2</sup> Ez új lendületet adhat a „kívülről-felülről” történő egészségtervezéshez, ami jó esetben indukálja az „alulról-belülről” történő, helyi szintereken folyó közösség fejlesztést és az egészségterv módszertanának elterjedését.

*Szerkesztőségünk szívesen ad teret a hozzászólásoknak, nem csak az irányelv használhatóságával kapcsolatban, de a közösségi szintéren megvalósított egészségtervek bemutatására is vállalkozunk.*

---

<sup>1</sup> Orosz É, Kollányi Zs. Az egészség-egyenlőtlenségek és az egészség társadalmi meghatározói Magyarországon. Az Egység-egyenlőtlenségek Társadalmi Meghatározói Magyarországon Munkacsoport összefoglaló jelentése.

<sup>2</sup> 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről 152/B. §

# A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016

WHO Report of the Commission on Ending Childhood Obesity, 2016

Szerzők: Henter Izabella✉  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.21.

**Kulcsszavak:** gyermekkori elhízás, egészséges szokások, átfogó programok, család-alapú, érintettek felelőssége

**Keywords:** childhood obesity, healthy habits, family-based, responsibilities for stakeholders

2016. január 25-én a *Commission on Ending Childhood Obesity (ECHO)* Ad hoc Bizottság a WHO főigazgatójának előterjesztette jelentését (*WHO Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*) két éves munkájának eredményéről, a globálisan riasztó méreteket öltő gyermekkori túlsúlyról és elhízásról.<sup>1</sup>

Az ECHO Bizottság azt a feladatot kapta, hogy készítsen összefoglalót arról, mely megközelítések és beavatkozások a leghatékonyabbak a gyermekek és serdülők elhízása kezelésében világszerte. Az ECHO-ban két munkacsoport működött, az egyik a tudományos bizonyítékokat gyűjtötte, a másik a megvalósíthatóságot, az ellenőrzés és a felelősség kérdését vizsgálta.<sup>2</sup> Az ECHO, az összeállított jelentésben javaslatokat tett a kormányok részére, az 5 évnél fiatalabb gyermekek körében egyre növekvő túlsúly és elhízás trendjének visszaszorítására. A javaslatok a WHO főigazgatóján keresztül juthatnak el az Egészségügyi Világszervezet Közgyűlése elé.

A világon az 5 évesnél fiatalabb gyermekek között legalább 41 millió a túlsúlyos vagy elhízott, számuk legintenzívebben az alacsony és közepesen fejlett országokban növekszik. 1990 és 2014 között 4,8%-ról 6,1%-ra emelkedett az érintett gyermekek száma, 31 000 000-ról 41 000 000-ra. Az alacsony és közepes jövedelmű országokban több mint kétszeresére 7 500 000-ról 15 500 000-ra nőtt a túlsúlyos gyermekek száma az adott időszakban. 2014-ben Ázsiában az 5 év alatti gyermekek közel fele, 48%-uk

súlytöbblettel rendelkezett. Afrikában ez az arány 25% volt, és 1990-től közel megduplázódott, 5 400 000-ról 10 300 000-ra.

Határozott, növekvő politikai elköteleződés szükséges a gyermekkori túlsúly és elhízás kihívásainak kezelésére. Az ECHO 6 fő ajánlása a kormányok számára:

## EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS



Elősegíteni az egészséges élelmiszerek preferálását, olyan átfogó programokkal, amelyek csökkentik az egészségtelen élelmiszerek, cukorral édesített italok fogyasztását a gyermekeknél és kamaszoknál. (Egészségtelen ételek: magas telített zsír-, transz-zsír-, hozzáadott cukor és só tartalmú ételek.)

Javaslatok:

- A társadalom minden rétege, felnőttek és gyermekek számára hozzáférhetően, a megfelelő táplálkozásra vonatkozó információk biztosítása egyszerűen és érthetően.
- Hatékony adók alkalmazása a cukros üdítőitalokra.
- Be kell vezetni az ételek és nem alkoholos üdítők gyermekeket és kamaszokat célzó marketingjének szabályozását.

- Történjen meg az egészségtelen ételek és italok tápanyag-profiljának azonosítása és publikálása.
- Legyen a tagállamok között együttműködés nem javasolt ételek, italok határon átnyúló forgalmazásának csökkentése érdekében.
- Szabványos, globális tápanyag címkézési rendszer kialakítása.
- Egészségnevelő táplálkozási információk alkalmazása az élelmiszer-csomagoláson („front-of-pack”).
- Egészséges ételkínálat biztosítása iskolákban, gyermekeket gondozó helyeken, sportlétesítményekben, rendezvényeken.
- Az egészséges élelmiszerhez való hozzáférés növelése a hátrányos helyzetű közösségekben.

## A FIZIKAI AKTIVITÁS ELŐSEGÍTÉSE



A fiatalok 81%-ánál nem teljesül az ajánlott napi 60 perc fizikai aktivitás, ezért átfogó programokra van szükség a mozgásszegény viselkedési forma kialakulásának csökkentése érdekében a gyermekeknél és kamaszoknál.

Javaslatok:

- Iránymutatás a gyermekek, serdülők, a szülők, gondozók, tanárok és egészségügyi szakemberek számára az egészséges testméretek, a fizikai aktivitás, az alvási szokások, és a képernyő előtt töltött megfelelő szórakozást illetően.
- Biztosítani kell a szükséges feltételeket, eszközöket az iskolában, a szabadidőben a nyilvános tereket a fizikai aktivitáshoz minden gyermek számára (beleértve a fogyatékkal élőket), ahol szükséges a nemek számára elkülönített módon.

## GYERMEKVÁLLALÁS



Fő cél a nem fertőző krónikus betegségek megelőzése és kockázatuk csökkentése. Integrált útmutatás biztosítása a várandósságra felkészülés időszakában. A várandósságot és a születést követő gondozásnál kiemelt figyelem a gyermekkori elhízás megelőzésére (alacsony vagy magas születési testtömeg, koraszülés, egyéb szövődmények).

Javaslatok:

- Diagnosztizálni és kezelni kell a hiperglikémiát (magas vércukorszint) és a terhességi magas vérnyomást.
- Nyomon kell követni a várandósság alatti ideális súlygyarapodást és gondoskodni kell róla.
- Megfelelő táplálkozási útmutatással, tanáccsal segíteni a leendő anyákat és apákat a fogamzás előtt és a várandósság alatt.
- Egyértelmű iránymutatást és támogatást nyújtani a helyes, egészséges táplálkozásról és a fizikai aktivitásról, valamint a dohányzás, az alkohol, a kábítószeres és egyéb toxinok kerüléséről.

## KORA GYERMEKKOR



Kora gyermekkori életmódra vonatkozó megfelelő tájékoztatás és támogatás (egészséges táplálkozás, elegendő alvás és testmozgás, egészséges növekedés és a megfelelő szokások kialakítása).

Javaslatok:

- Érvényesíteni kell az anyatejet helyettesítő és követő tápszerek reklámozására vonatkozó nemzetközi szabályozást, a *World Health Assembly* Nemzetközi Marketing Kódexnek megfelelően.<sup>3</sup>
- Javasolt a szülészeten biztosítani a bababarát környezet 10 pontját a sikeres szoptatásért.<sup>4</sup>
- Elő kell segíteni a szülők és közösség ismeretének növelését a szoptatás jótékony hatásairól az anya és gyermeke számára.
- A szoptatás támogatását szabályzó intézkedéseket kell hozni (születési szabadság, szoptatásra idő és felszerelés a munkahelyen).
- A WHO ajánlásainak megfelelően rendelkezni a csecsemők és kisgyermek számára készült nagy zsír-, cukor- és sótartalmú ételek, italok forgalmazásáról.
- Világos útmutatást, támogatást adni a szülők és gondozók számára, hogy bizonyos étel kategóriákat kerüljenek el (pl. cukrozott tejek és gyümölcslevek, energiában gazdag, tápanyagban szegény élelmiszerek), a felesleges súlygyarapodás megelőzése érdekében.
- Egyértelmű iránymutatást készíteni a gondozók, szülők számára a változatos egészséges étrend-

ről, a kornak megfelelő helyes táplálásról és az adag nagyságról/mennyiségről.

- Kizárólag egészséges ételek, italok, kis étkezések biztosítása a gyermekintézményekben.
- A gyermekeket gondozók képzésébe beépíteni az élelmiszer-ismeretet.
- A napi testnevelés beépítése a gyermekintézmények működésébe és a tananyagba.
- Útmutató összeállítása a megfelelő alvási- és képernyő előtt töltött időre, fizikai aktivitásra, illetve az aktív játékra vonatkozóan a 2-5 éves korcsoportban.
- A közösség támogassa a gyermekeket gondozókat, az egészséges életmódra nevelésben.

## ISKOLAI KÖRNYEZET



Egészség, táplálkozás és a fizikai aktivitás az iskoláskorú gyermekeknél.

Átfogó programok segítsék elő az egészséges iskolai környezetet (egészség és táplálkozás területén megfelelő műveltség, olvasásképesség, kellő fizikai aktivitás elérése az iskoláskorúaknál és kamaszoknál, az iskolai étkeztetés szabályozása, testnevelés legyen az alaptantervben).

Javaslatok:

- Legyen rendelkezés az egészségtelen élelmiszerek, pl. a cukorral édesített italok és energiában gazdag, tápanyagban szegény élelmiszerek eltávolítására az iskolai környezetből.
- Ivóvíz biztosítása az iskolákban és sportlétesítményekben.
- Az iskolai alaptantervet ki kell egészíteni az egészség és a táplálkozás oktatásával.
- Az egészséges táplálkozás irányelveinek megfelelő standardok kialakítása az iskolai étkeztetésben (közétkeztetés, büfék, automaták).
- Javítani kell a szülők és gondozók táplálkozási ismereteit, készségeit.
- Főzőtanfolyamok biztosítása a szülők és gyermekek számára.
- Az iskolai tanterv tartalmazza a minőségi testnevelést, támogassa azt kellő szakemberrel, létesítményekkel, eszközökkel.

## TESTTÖMEG KONTROLL



A túlsúlyos és elhízott gyermekek és fiatalok számára az életmód változtatást segítő programok családi alapúak, összetettek, több szereplősek legyenek (civil szféra, kereskedelem, gyártók, döntéshozók, környezet kialakításáért felelősök).

Javaslat:

- A túlsúlyos vagy elhízott gyermekek és serdülők számára megfelelő testtömegkontrollt biztosító „familybased” – szolgáltatás fejlesztése és támogatása (beleértve a táplálkozás, a fizikai aktivitás és a pszichoszociális segítséget) speciálisan képzett szakemberekkel és finanszírozással.

## RÉSZTVEVŐK ÉS FELADATOK

A WHO a felsorolt feladatok végrehajtása miatt javasolja valamennyi, az ügyben illetékes terület bevonását: WHO központ, regionális, és országos hivatalok, tagállamok. Közösösen kell a keretegyeztetést követően az ajánlásokat a gyakorlatba átültetni, a kapacitásokat megerősíteni. A WHO intézkedésekkel támogatja a nemzetközi intézmények, a nemzeti kormányok, és az érdekeltek már meglévő kötelezettségeinek végrehajtását. Globális, regionális és nemzeti szinten a kutatások támogatása és beszámoló készítése az elért eredményekről.

A nemzetközi szervezetek együttműködnek a kapacitásnövelésben és a tagállamok gyermekkori elhízás elleni küzdelmében. A tagállamok részéről elköteleződés és felelős politikai szerepvállalás a gyermekkori elhízás elleni hosszú távú küzdelemben.

- A résztvevők koordinálása minden szektorban (oktatás, élelmiszeripar, mezőgazdaság, kereskedelem, fejlesztés, finanszírozás, sport és szabadidős tevékenység, kommunikáció, környezeti és várostervezési, közlekedési és szociális ügyek).
- A BMI<sup>i</sup> adatgyűjtés minden korosztályban, a gyermek elhízás elleni nemzeti célok kitűzéséhez.

<sup>i</sup> BMI = body mass index (testtömeg-index)

- Irányelvek, ajánlások kidolgozása, politikai intézkedések a megfelelő ágazatokban, beleértve a magánszekort.

A civil szervezetek/NGO<sup>ii</sup>-k feladata:

- A hiteles információ terjesztése, a fogyasztók igényének növelése az egészséges élelmiszerválaszték iránt, valamint közreműködés a végrehajtási, ellenőrző és elszámoltathatósági mechanizmusok kidolgozásában.
- A civil szektor részéről az egészséges étrendbe illeszthető élelmiszerek és alkoholmentes italok termelésének támogatása, a fizikai aktivitáshoz való hozzáférés megkönnyítése.

A karitatív alapítványok ismerjék a gyermekkori elhízást, mint a gyermekek egészségét veszélyeztető faktort, és ebből a szempontból az iskolázottság jelentőségét. Mobilizáljanak költségeket kutatásra, kapacitásépítésre és a szolgáltatásnyújtásra.

A tudományos intézetek feladata a gyermekkori elhízás megelőzéséről készült anyagok, információk terjesztése és beépítése a tananyagba. A hiányzó ismeretek kiegészítése bizonyítékokkal, a politikai döntések végrehajtásához a monitoring és az elszámoltatás támogatása.<sup>5</sup>

Elköteleződés, elhivatottság és közös felelősség nélkül, a jó szándékú és költséghatékony beavatkozások is csak korlátozott elérést és hatást jelentenek.

---

<sup>1</sup> Commission's final report calls for high-level action to address major health challenge <http://www.who.int/end-childhood-obesity/final-report/en/> (Letöltve: 2016.07.08.)

<sup>2</sup> Consideration of the evidence on childhood obesity for the Commission on Ending Childhood Obesity, Report of the Ad hoc Working Group on Science and Evidence for Ending Childhood Obesity 2016 [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206549/1/9789241565332\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206549/1/9789241565332_eng.pdf?ua=1) (Letöltve: 2016.07.08.)

<sup>3</sup> International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes and subsequent World Health Assembly resolutions (1981) [http://www.who.int/nutrition/publications/code\\_english.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf) (Elérve: 2016.07.08.)

<sup>4</sup> HOW TO IMPLEMENT BABY FRIENDLY STANDARDS A guide for maternity settings (2011) [http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby\\_Friendly/Guidance/Implementation%20Guidance/Implementation\\_guidance\\_maternity\\_web.pdf](http://www.unicef.org.uk/Documents/Baby_Friendly/Guidance/Implementation%20Guidance/Implementation_guidance_maternity_web.pdf) (Elérve: 2016.07.08.)

<sup>5</sup> SaniaNinhtar et al. Ending childhood obesity: a time for action Lancet Feb 27, 2016Volume 387Number 10021p817-91e21 [http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(16\)00140-9.pdf](http://thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(16)00140-9.pdf) (Elérve: 2016.07.08.)

---

<sup>ii</sup> NGO = non-governmental organization (civil-, önkéntes vagy nonprofit szervezeteknek)

# Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 – rövid ismertetés

## Dietary Guidelines for Americans 2015-2020 – short summary

Szerzők: Fekete Krisztina✉, Henter Izabella  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.20.

**Kulcsszavak:** élelmiszer-alapú javaslat, Szocio-Ökológiai Modell, OKOSTÁNYÉR®

**Keywords:** food-based proposal, Socio-Ecological Model, SMART PLATE®

Az Egyesület Államok tavalyi évben kiadott, 2020-ig érvényes Táplálkozási Ajánlás (*Dietary Guidelines for Americans 2015-2020*), az Étrendi Irányelvek Tanácsadó Testület (*Dietary Guidelines Advisory Committee, DGAC*) jelentése, amely az USA kormánya számára foglalja össze az egészséges táplálkozással, a betegségek megelőzésével kapcsolatos legújabb ajánlásokat, amelyeket az Amerikai Egyesült Államok Mezőgazdasági- és Egészségügyi Minisztériuma is elismer.<sup>1</sup>

Az Amerikai Táplálkozási Ajánlást 1980 óta ötvenként felülvizsgálják. A szakmai grémium, a legújabb kutatási eredmények, evidenciák, tudományos bizonyítékok figyelembe vételével a dokumentációt folyamatosan frissíti, bővíti, a megvalósításhoz javaslatokat ad lakossági és kormányzati szinten egyaránt. A legújabb, 2015-ben megjelent USA táplálkozási ajánlás 570 oldala 18 hónap alatt készült el, amely a bevezetőn, a köszönetnyilvánításon, és az összefoglalón túl (melyek fő üzenetei az anyagban többször ismétlődnek), 3 fejezetet és 14 igen részletes mellékletet tartalmaz.

A jelenlegi szakmai ajánlás elkészítését többek közt az is indokolta, hogy az amerikai felnőttek felének (117 millió ember) van megelőzhető/elkerülhető krónikus betegsége, pl. elhízás, diabétesz, amely a jelentős egészségügyi kockázat mellett igen nagy gazdasági terhet is ró az országra. 2008-ban, az elhízáshoz kapcsolódó orvosi költségeket 147 milliárd \$-ra becsülték az USA-ban, míg 2012-ben a diagnosztizált diabéteszes betegek ellátása 245 milliárd \$-t igényelt.

A 2015-2020 között érvényes Amerikai Táplálkozási Ajánlásról általánosságban elmondható, hogy segítséget nyújt az egészséges táplálkozás/étrend választáshoz és a táplálkozással összefüggő krónikus megbetegedések megelőzéséhez. Az összeállított szakmai anyag egyik fő újdonsága, hogy szakított az előző kiadások tápanyag-fogyasztási célmeghatározásával, amely nehezebben értelmezhető és kivitelezhető üzeneteket hordozott, helyette közérthetőbb, élelmiszer, élelmiszercsoport alapú javaslatokat tartalmaz, amelyeket gyakorlatias tanácsokkal, részletes és praktikus táblázatokkal egészítettek ki a szerzők. Ez utóbbi táblázatok 13 életkori kategóriában, vagy 12 csoportban – 1000-3200 kcal közötti napi energiaigény szerinti bontásban – adnak tájékoztatást az élelmiszer- illetve bizonyos vitamin- és ásványi-anyag szükségletről. Emellett megjelenik az élelmiszerbiztonság témája is a kézmosástól a megfelelő élelmiszertárolásig. A konkrét élelmiszeralapú mennyiségi és minőségi javaslatokat két étkezési formára – mediterrán és lakto-ovo vegetáriánus – is kidolgozták a szakemberek. [1. ábra]

A megfogalmazott ajánlások adják az alapját a speciális táplálkozási igényű célcsoportok étkezési javaslatának is – csecsemők, kisdedek, gyermekek (30 millió gyermek étkeztetése/nap), idősek, várandós nők.

Nincsenek tiltott ételek, inkább a „kis mértékben” és „túlzott mértékben”, valamint „népegészségügyi kockázatot rejtő” kategóriákba kerülnek az egészségre gyakorolt hatásuk alapján az élelmiszerek,



1. ábra: Mediterrán stílusú étkezésben, a különböző élelmiszercsoportok ajánlott mennyisége, eltérő kalóriaszükségletben (részlet)

Calorie Level of Pattern <sup>a</sup>	1,000	1,200	1,400	1,600	1,800	2,000	2,200
<b>Food Group<sup>b</sup></b>	<b>Daily Amount<sup>c</sup> of Food From Each Group</b> (vegetable and protein foods subgroup amounts are per week)						
<b>Vegetables</b>	1 c-eq	1½ c-eq	1½ c-eq	2 c-eq	2½ c-eq	2½ c-eq	3 c-eq
Dark-green vegetables (c-eq/wk)	½	1	1	1½	1½	1½	2
Red and orange vegetables (c-eq/wk)	2½	3	3	4	5½	5½	6
Legumes (beans and peas) (c-eq/wk)	½	½	½	1	1½	1½	2
Starchy vegetables (c-eq/wk)	2	3½	3½	4	5	5	6
Other vegetables (c-eq/wk)	1½	2½	2½	3½	4	4	5
<b>Fruits</b>	1 c-eq	1 c-eq	1½ c-eq	2 c-eq	2 c-eq	2½ c-eq	2½ c-eq

Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

illetve egyes összetevők, pl. só, cukor. A táplálkozási ajánlás fő üzenete, hogy az egészséges étkezési szokások nem merev előírások, inkább adaptálható keretek. A különböző élelmiszercsoportok rugalmas kombinációjával válik valóra a hétköznapi szintjén

az egyéni igények, preferenciák és kulturális hagyományok figyelembevételével az egészséges táplálkozás, amely illeszkedik a költségvetéshez/büdzséshoz. Az Amerikai Táplálkozási Ajánlás 5 átfogó irányelvet is megfogalmaz, melyek képi „magyarázatokkal” is kiegészülnek [2. ábra]:

2. ábra: Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 áttekintése (részlet)



Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

Az 5 átfogó irányelv:

- Kövesse az egészséges étkezési szokásokat egész életen át. Minden étel- és italválasztás számít. Kövessen egészséges étkezési szokásokat megfelelő energia-bevitellel, az egészséges testtömeg elérése/megtartása végett. Megfelelő táplálékokat fogyasszon, így csökkentve a krónikus betegségek kialakulásának kockázatát.
- Fókuszáljon az élelmiszercsoportokra, azok tápanyagtartalmára, mennyiségére, az adag nagyságára. A kalória határokon belül válogasson a tápanyagokban gazdag élelmiszerek közül, mind egyik élelmiszercsoportból az ajánlott mennyiség szerint.
- Korlátozza a kalóriát a hozzáadott cukorból és a telített zsírokból, csökkentse a só/nátrium-bevitelt. Fogyasszon kevesebb ételt és több folyadékot.
- Törekedjen az egészségesebb étel- és italválasztásra. Keressen tápanyagban gazdag élelmiszereket és italokat minden élelmiszercsoportból a kevésbé egészségesebb helyett. Vegye figyelembe a kulturális és a személyes preferenciákat, hogy a változás elérését és fenntartását megkönnyítse.
- Támogasson minden egészséges étkezési szokást! Mindenkinek van szerepe az egészséges táplálkozási szokások kialakításában és támogatásában országszerte több szinten, a lakóhelytől kezdve, az iskolán és a munkahelyen át, egészen a közösségeig.

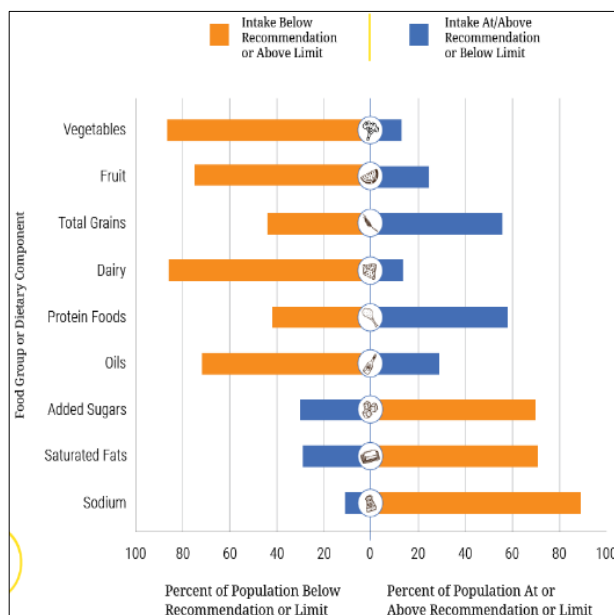
Az ajánlás részletesen kitér a fogyasztásra javasolt élelmiszercsoportok fajtáira és minőségére, az egészséges étrend összetételére, tartalmára:

- többféle zöldség minden alcsoportból – sötétzöld, piros és narancsszínűek, hüvelyesek (bab és borsó),
- gyümölcsök, kifejezetten a teljes gyümölcsök,
- gabonafélék (legalább a fele arányban teljes kiőrlésű gabona),
- zsírmentes vagy kis zsírtartalmú tejtermékek,
- különböző fehérjetartalmú élelmiszerek, beleértve a tengeri halakat, sovány húsokat és baromfit, tojást, hüvelyeseket (bab, borsó), dióféléket, magvakat, szója termékeket,
- olajok.

Ezen élelmiszercsoportok mennyiségi bevétele a felmérések alapján jelenleg még nagymértékben eltér – kevesebb – a javasolttól. [3. ábra] Az Amerikai Táplálkozási Ajánlás kitér a korlátozandó ételek, italok, összetevők – hozzáadott cukor, telített zsír, só, alkohol, koleszterin és koffein – körére is. Az energiaegyensúly témáját és a fizikai aktivitás fontosságát is megemlíti az anyag, egyik melléklete a *Physical Activity Guidelines for Americans*.

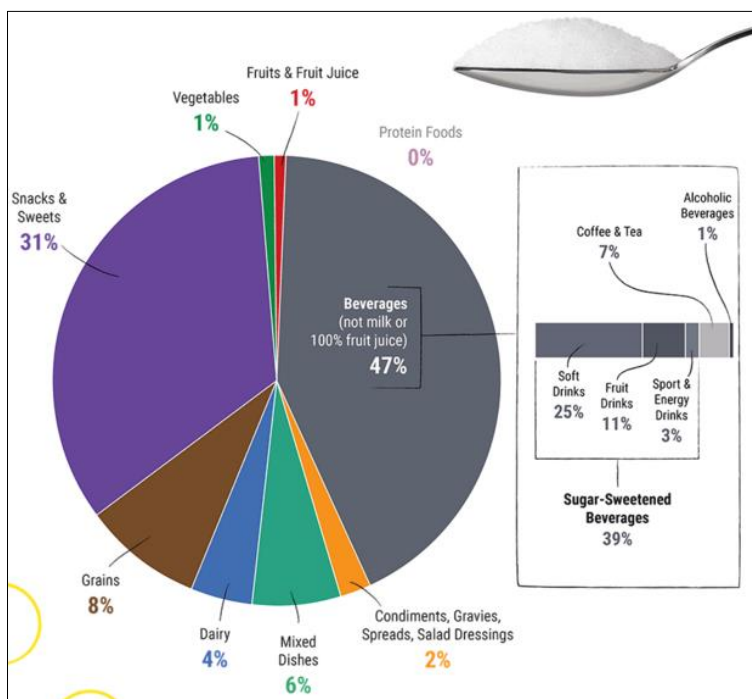
A korlátozandó/kerülendő összetevők közül a cukor, a sóbevitel és a telített zsírbevitel forrásait is elemzi a szakmai irányelv, ezzel is segítve a megfelelő étel- és italválasztást. [4. ábra, 6. ábra, 8. ábra] Érdekesként beillesztettük a hazai OTÁP 2014 évi (Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat) eredményeit, amelyek az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) honlapján elérhetők. [5. ábra, 7. ábra, 9. ábra]<sup>2</sup> A só, cukrot, telített zsírt tartalmazó élelmiszercsoportok fogyasztása esetében, függetlenül az adatfelvétel, az elemzés módjától az amerikai és hazai adatok alapján hasonló eredmények születtek.

3. ábra: Az egészséges táplálkozás ajánlásához képest, hogyan alakul a különböző élelmiszercsoportok valós bevétele



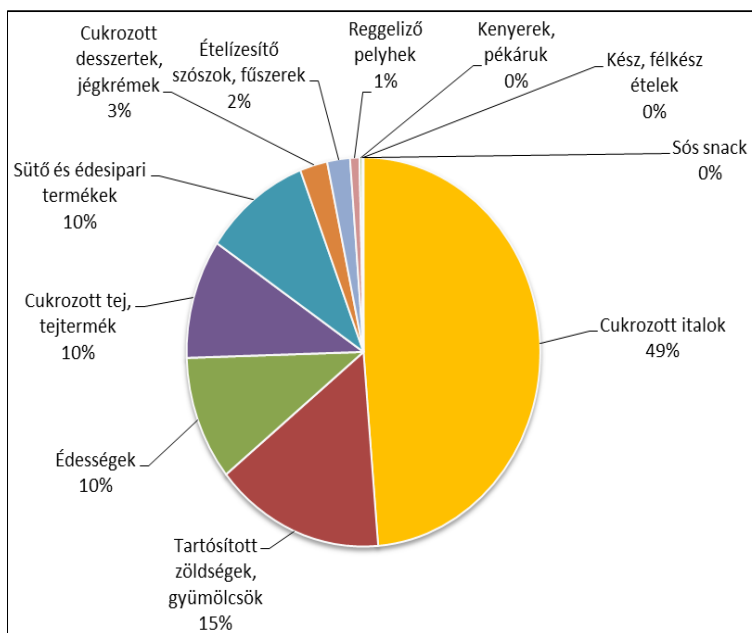
Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

4. ábra: Az USA-ban, a 2 évesnél idősebbek körében fogyasztott, hozzáadott cukrot tartalmazó élelmiszercsoportok forrásai



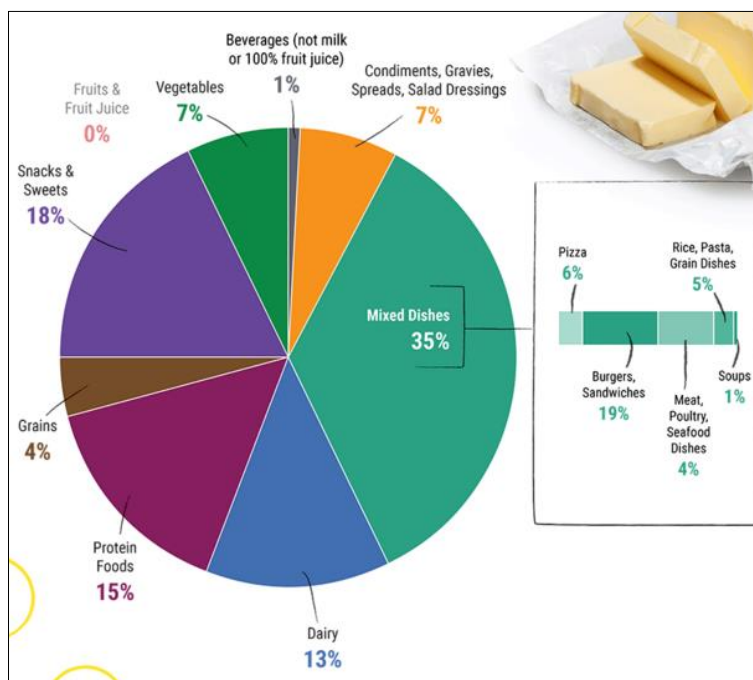
Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

5. ábra: A feldolgozott élelmiszerekből származó napi átlagos hozzáadott cukorbevitel felnőtteknél



Forrás: OTÁP 2014

6. ábra: Az USA-ban, a 2 évesnél idősebbek körében fogyasztott, telített zsírt tartalmazó élelmiszercsoportok forrásai

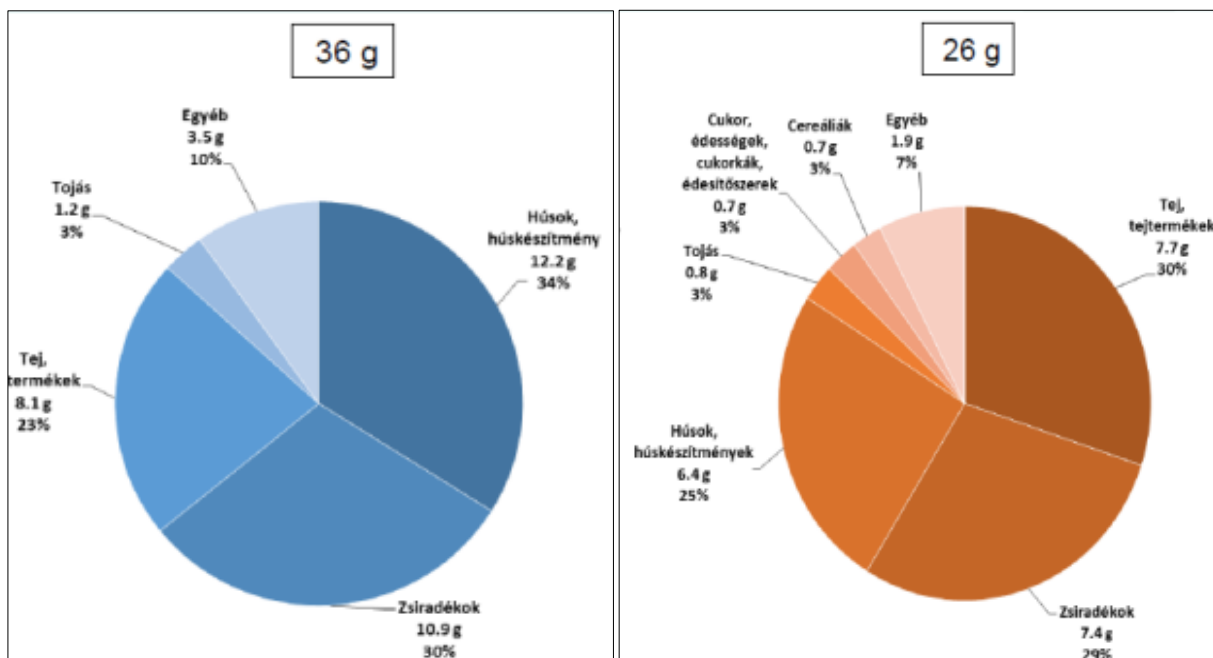


Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

7. ábra: Férfiak és nők telített zsírsavprofilja – OTÁP 2014

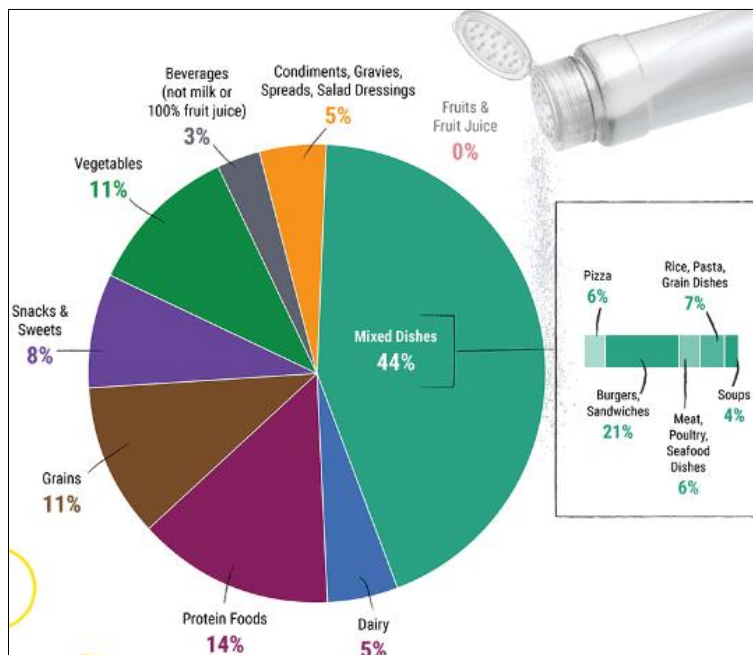
Férfiak

Nők



Forrás: OTÁP 2014

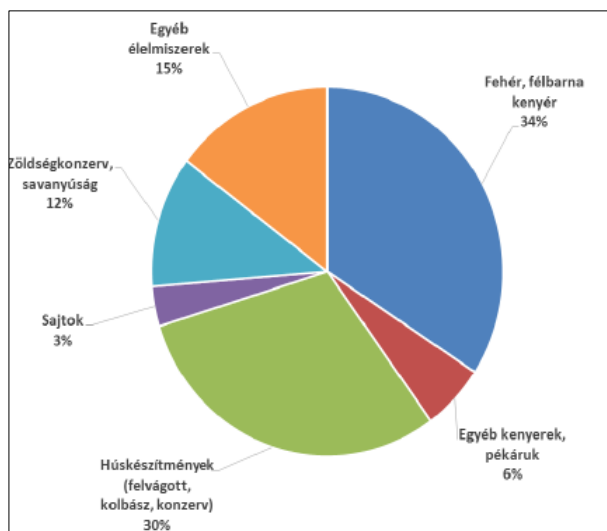
8. ábra: Az USA-ban, a 2 évesnél idősebbek körében fogyasztott, nátriumot tartalmazó élelmiszercsoportok forrásai



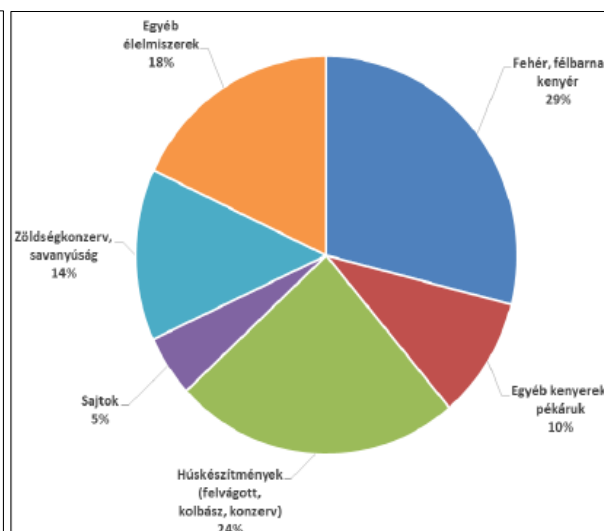
Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

9. ábra: Felnőttek feldolgozott élelmiszerekből származó napi átlagos sóbevitel

Férfiak



Nők



Forrás: OTÁP 2014

Az étel-miszer-alapú javaslatok mellett a táplálkozási ajánlás egy teljes fejezetet szán arra, hogy sorba vegye a beavatkozások szintjeit. Megfogalmazza, hogy olyan kollektív/közös, több szintű beavatkozásokra van szükség, amelyekben az egészséges életmód választása otthon, az iskolában, a munkahelyen és a közösségekben könnyű, hozzáférhető, megfizethető és irányadó. Mindenkinek szerepe van abban, hogy az egyének változtassanak a mindennapi étkezésükben és fizikai aktivitásukban, a táplálkozási ajánlással összhangban. Ehhez a Szocio-Ökológiai Modellt használták az ajánlás összeállítói, amely különböző szinteken hatékony a táplálkozással és fizikai aktivitással kapcsolatos viselkedés fejlesztésében, figyelembe véve a környezetvédelem szempontjait is. [10. ábra]

E mellett áttekinti az anyag, mi korlátozhatja az egyén vagy a család egészséges táplálkozással kapcsolatos választásait, amelyekre megoldási javaslat is él.

- Probléma/nehézség: hozzáférés az élelmiszerekhez, pl.: lakókörnyezet és bolt távolsága, száma; egyéni és helyi erőforrások – jövedelem, közösségi közlekedés, társadalmi-gazdasági státusz, földrajzi helyzet, fogyatékoság
- megoldási javaslatok:
  - élelmiszerboltok ösztönzése – növeljék az egészséges étkezést támogató élelmiszerek elérhetőségét
  - termelői piacok, mobil piacok, élelmiszer bankok, közösségi kertek kialakítása
- Probléma/nehézség: háztartási szinten élelmiszer-elérhetőség/hozzáférés; élelmiszer beszerzéssel és egészséges választással kapcsolatos képesség; biztonságos élelmiszerhez való hozzáférés korlátozott vagy bizonytalan (utóbbi: USA 48 millió embere)
- megoldási javaslatok:
  - ágazati hálózatok kialakítása, együttműködések rászorulóknak elérése végett – könnyebb élelmiszerválasztás
- Probléma/nehézség: az anyaország lakosai és a bevándorlók közötti kulturális különbségek – attitűd, értékek, szokások (táplálkozási), hiedelmek és a viselkedés
- megoldási javaslatok

- az egészséges étkezési mintákat rugalmasra tervezték, a különböző kultúrák ételleinek, étel-miszereinek fogyasztását figyelembe veszik.

Egyéb beavatkozások/javaslatok:

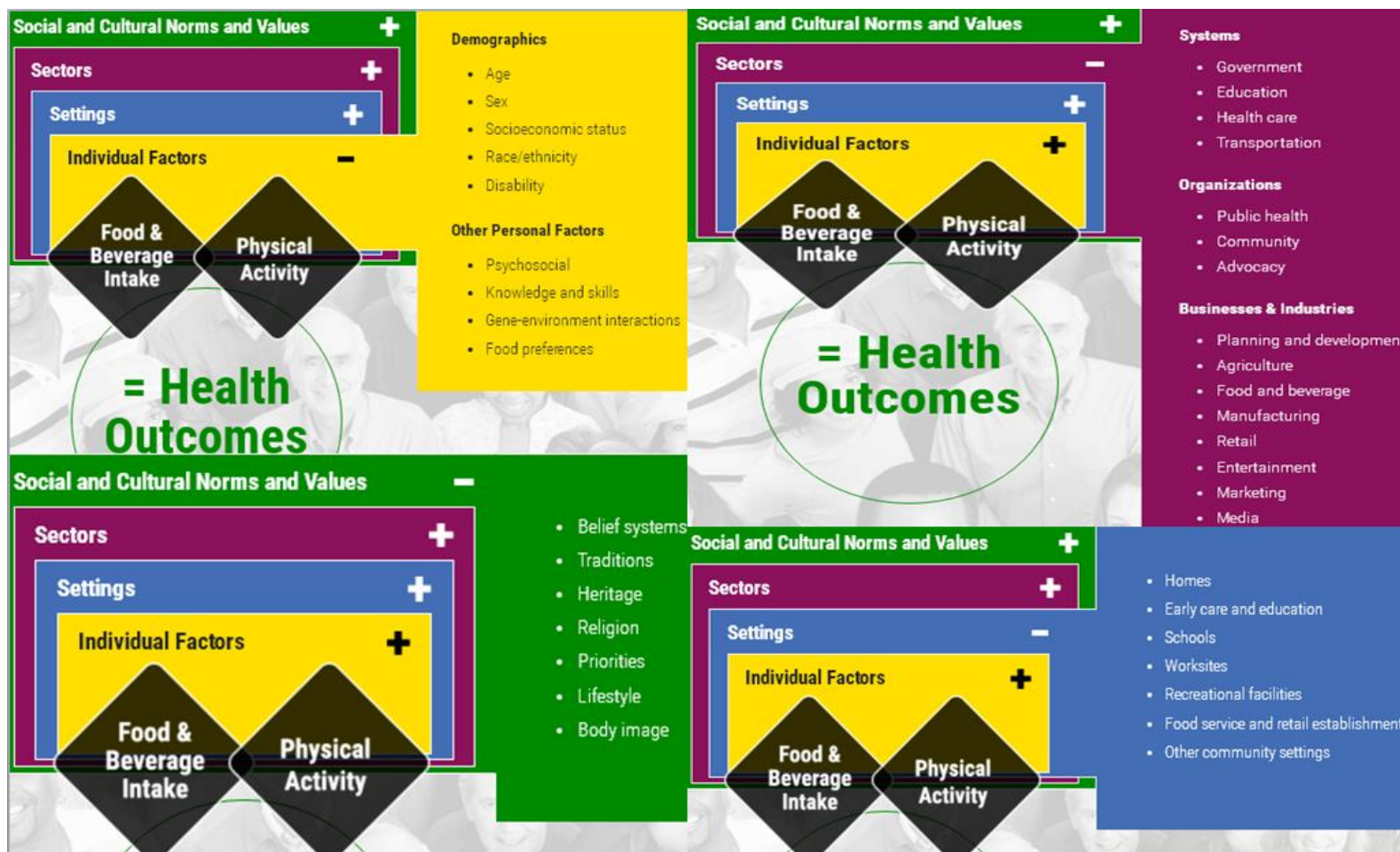
- ágazatok közötti, valamint színtereken végrehajtott beavatkozások (otthon, iskola, munkahely, közösség, élelmiszer kiskereskedelem),
- szakemberek és egyének együttműködése,
- partnerségek elősegítése az élelmiszergyártókkal, beszállítókkal és kereskedőkkel, az olyan élelmiszerek hozzáféréseinek növelése érdekében, amelyek összhangban vannak a táplálkozási ajánlással,
- élelmiszer-termékek fejlesztése és elérhetővé tétele a kiskereskedelemben, amelyek összhangban vannak a táplálkozási ajánlással,
- olyan készségek tanítása, mint kertészkedés, főzés, ételek és étkezések tervezése, étel-miszercímkék olvasása, amelyek segítik az egészséges táplálkozást.

Az Amerikai Táplálkozási Ajánlás tartalma közül emelendő, a(z):

- élelmiszercsoport alapú megközelítés,
- gyakorlatias tanácsok,
- praktikus táblázatok,
- részletes, mindent pontosan definiáló meghatározások, leírások,
- rövid, tömör, könnyen értelmezhető üzenetek,
- a felelősség kérdése,
- élelmiszerbiztonság/élelmiszerhez való hozzáférés témája,
- az irányelv rendszeres frissítése, bővítése.

Hazánkban 2016 év elején jelent meg a Magyar Diétetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) által összeállított, a Magyar Tudományos Akadémia Élelmiszertudományi Tudományos Bizottsága ajánlásával az új magyar táplálkozási ajánlás, az OKOSTÁNYÉR®, amely az amerikai ajánláshoz hasonlóan, az egészséges táplálkozás megvalósításához segítségként élelmiszer-alapú javaslatokat fogalmazott meg. [11. ábra] Az OKOSTÁNYÉR® teljes anyaga letölthető az MDOSZ honlapjáról. <sup>3,4</sup>

10. ábra: Szocio-Ökológiai Modell



Forrás: Dietary Guidelines for Americans 2015-2020

11. ábra: OKOSTÁNYÉR® – Új magyar táplálkozási ajánlás (részlet)



Forrás: MDSZ - OKOSTÁNYÉR®

<sup>1</sup> <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/> (Letöltve: 2016.06.23.)

<sup>2</sup> [https://www.ogyei.gov.hu/otap\\_2014/](https://www.ogyei.gov.hu/otap_2014/) (Letöltve: 2016.06.23.)

<sup>3</sup> <http://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/> (Letöltve: 2016.06.23.)

<sup>4</sup> [http://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2016/05/Taplalkozasi\\_Akademia\\_2016\\_05\\_OKOSTANYER\\_160530.pdf](http://mdosz.hu/hun/wp-content/uploads/2016/05/Taplalkozasi_Akademia_2016_05_OKOSTANYER_160530.pdf) (Letöltve: 2016.06.23.)



# Viselkedésértés – A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban

## Behaviour insights – Applying the results of behaviour sciences to policy making

Szerzők: Taller Ágnes✉, Csizmadia Péter  
*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

Beküldve: 2016.06.21.

**Összefoglaló:** Az elmúlt években a viselkedésértés elmélete fokozatosan elismerésre került a nagy nemzetközi szervezetek (Európai Bizottság, OECD, Világbank) által, mint a szakpolitika kialakításának hatékony eszköze. 2010-ben az Egyesült Királyság kormánya alapított viselkedésértéssel foglalkozó tanácsadó testületet (Behaviour Insights Team), 2015 óta pedig az Amerikai Egyesült Államokban kormányrendelet írja elő, hogy a kormányzerveknek be kell építeniük szakpolitikáikba a Társadalom- és Viselkedéstudományi Csoport (Social and Behavioral Sciences Team) felismeréseit. Különböző intézményesített formában Hollandia, Németország, Franciaország és Dánia is foglalkozik a témával. A közlemény a viselkedésértés elméleti alapjainak áttekintését követően az egészségfejlesztésben való alkalmazás néhány gyakorlati példáját ismerteti. Összességében elmondható, hogy a viselkedésértés alkalmazása hatékonyabbá teheti az intézkedéseket az egészségfejlesztés terén is, azonban egyelőre számos kérdést felvet a legitimitáció, a hatásosság és a tudományos megalapozottság tekintetében. A viselkedésértés átlátható és következetes alkalmazása érdekében a jövőben javasolt az adott beavatkozások hatásosságának vizsgálata, és az ezzel kapcsolatos tapasztalatcsere.

**Kulcsszavak:** viselkedésértés, magatartástudomány, egészségfejlesztés

**Summary:** Behaviour insights are increasingly being recognised in the last years by major international bodies (European Commission, OECD, World Bank) as an efficient tool in policy making. In the United Kingdom, an advisory body was set up by the government in 2010 to study behaviour insights (Behaviour Insights Team) and from 2015, an Executive Order calls for Federal Agencies in the United States of America to design government policies using findings of the Social and Behavioral Sciences Team. The Netherlands, Germany, France and Denmark also address this issue in different institutional structures. This paper reviews the theory of behaviour insights and describes some of its practices in health promotion. To sum it up, applying behaviour insights can improve the efficiency of health promotion measures, as well, however, at the moment there are a number of issues to consider in relation to its legitimacy, effectiveness and scientific foundations. In order to apply behaviour insights in a transparent and consistent way, future evaluation of the interventions' effectiveness as well as exchanging experiences are advised.

**Keywords:** behaviour insights, behaviour sciences, health promotion

## MIT JELENT TULAJDONKÉPPEN A VISELKEDESERTÉS, VALAMINT MILYEN ELMÉLETI ALAPJAI VANNAK?

Az elmúlt években a viselkedésértés elmélete fokozatosan elismerésre került a nagy nemzetközi szervezetek (Európai Bizottság, OECD<sup>1</sup>, Világbank) által, mint a szakpolitika kialakításának hatékony eszköze. 2010-ben az Egyesült Királyság kormánya alapított viselkedésértéssel foglalkozó tanácsadó testületet (*Behaviour Insights Team – a továbbiakban: BIT*), 2015 óta pedig az Amerikai Egyesült Államokban kormányrendelet írja elő, hogy a kormányzerveknek be kell építeniük szakpolitikáikba a Társadalom- és Viselkedéstudományi Csoport (*Social and Behavioral Sciences Team*) felismeréseit. Különböző intézményesített formában Hollandia, Németország, Franciaország és Dánia is foglalkozik a témával.<sup>1</sup>

A viselkedésértés elméleti alapjai kapcsán először is a viselkedési közgazdaságtant (*behavioural economics*) kell megemlítenünk, amely a pszichológia eredményei segítségével magyarázza a gazdasági döntéshozatalt az emberi magatartásban. A viselkedési közgazdaságtan újítása abban áll, hogy a klasszikus, elsősorban racionálisan döntő ember (*homo oeconomicus*) szemléletmódját sok esetben pszichológiai jellemzőkkel, érzelmi motívumokkal egészíti ki.

A teljes racionalitás modelljén a viselkedési közgazdaságtan a korlátozott racionalitás elméletével is puhított, amely kimondja, hogy a gyakorlati döntések meghozatala során az egyén több korláttal is szembesül. Ilyen az alternatívákról rendelkezésre álló információk hiányos volta, az emberi agy kognitív képességeinek behatároltsága és a döntés meghozatalára rendelkezésre álló idő korlátozott mennyisége. Ezen tényezők egymással is összefüggésben állnak.<sup>2</sup>

A viselkedésértés gyakorlati alkalmazása a közgazdaságtan eredményeire építve feltárja, hogy az emberek ténylegesen miként hoznak döntéseket és hozzájárul ahhoz, hogy a kívánt hatás elérése érdekében hatékonyabb intézkedések szülessenek a társadalmi célok megvalósítására. A hagyományos, bürokratikus eljárásmodokat mellőzve a viselkedésértés újszerű megközelítéssel próbálja hatékonyabbá tenni az állami működést.

A viselkedésértéshez kötődő egyes viselkedésbefo-

lyásoló módszereknek 2008 óta gyűjtőfogalma is van. Egy ekkor megjelent könyv nyomán a *nudge* kifejezéssel szokás ezeket említeni.<sup>3</sup> A *nudge* magyarra bökésnek, oldalba bökésnek fordítható, vagyis észrevétlen üzenetek, finom jelzések segítségével történő befolyásolásnak nevezhetjük. A fogalmat bevezető két kutató, Richard Thaler és Cass Sunstein szerint a módszer minden helyzetben alkalmazható, amikor olyan folyamatról van szó, melyben emberek viselkedését előre tervezhető módon befolyásolják, anélkül, hogy közben bármit megtiltanának nekik vagy jelentősen változtatnának az anyagi ösztönzőiken. Annak érdekében, hogy rávegyenek minket az adott döntésre, a befolyásoló (vállalat, vagy egyén) egy sor módon – anélkül, hogy annak tudatában volnánk – befolyásol. Egy új fogalommal leírva eleve megformálják a döntési helyzetet (*choice architecture*), és hol finoman, észrevétlenül, hol harsányan, és nem is rejtegetve meghatározott irányokba terelnek.<sup>4</sup>

A viselkedésértés azonban nem azonos a *nudging* technikákkal, azon túlmenően a szakpolitikai folyamatban felhasználható plusz információt jelent, amely nem garantál egyfajta, meghatározott eredményt, sőt, esetenként erre alapozva éppen hagyományos intézkedések, vagy a beavatkozás hiánya lehet javasolt. A viselkedésértés támogatói tehát nem kínálnak minden helyzetben működő és bevethető csodaszert. Különböző helyzetek vannak, sokféle és sokszor nem racionálisan döntő és cselekvő emberekkel, ahhoz pedig, hogy e köré hatékony kormányzást építsünk, sok kísérletezésre és rugalmasságra van szükség.<sup>1</sup>

A viselkedésértés brit és amerikai gyakorlatát többen támadják, sokan egy manipulációs gépezet kiépítését és az állam túlterjeszkedését látják mind ebben. A politikai jellegű kritikákon túl, egyes szakértők szerint a viselkedésértés gyakorlati eszközei csak rövidtávú, átmeneti segítséget kínálnak olyan problémákra, melyek jóval alaposabban átgondolt, strukturális megoldásokat igényelnének.

A már több mint öt éve futó brit modell eddig ezzel együtt is igazi sikertörténetnek tűnik. A viselkedésértés hatására megnőtt a szervdonorok és a hadseregbe jelentkezők száma, a britek biztonságosabb jelszavakat használnak az interneten és segített viszszerzőtani az adóelkerülést is.

<sup>1</sup> Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD)

Az Egyesült Királyságban, a Miniszterelnöki Hivatalban 2010-ben pszichológusokból és magatartástudománnyal foglalkozó közgazdászokból alakult meg a BIT nevű tanácsadó csoport, eredetileg két évre szóló támogatással, amelyet a sikeres tevékenységre való tekintettel meghosszabbítottak. A BIT azóta is erős politikai támogatást élvez. Tulajdonosa 2014-től csak egyharmad részben az állam, egyharmad részben pedig a NESTA – egy innovációs jótékonyági szervezet – és egyharmad részben az alkalmazottak. Jelenleg több mint 50 szakértővel dolgoznak különböző szakterületekről, éves munkatervüket egy tudományos tanácsadó testület vizsgálja felül. Legutóbbi, 2014-2015-re vonatkozó jelentésük szerint több mint 150 vizsgálatot végeztek, több száz szemináriumot és képzést szerveztek helyi önkormányzatoknak, országos kormányzati szerveknek és egyéb közintézményeknek, azzal a céllal, hogy támogassák őket olyan szakpolitikák és intézkedések kialakításában, amelyek az emberek vélt magatartása helyett a tényleges viselkedést veszik figyelembe.

## VISELKEDÉSERTÉS A GYAKORLATBAN

Az Európai Bizottság friss, 2016-os jelentése kilenc területen tekinti át a viselkedésértés jelenlegi alkalmazási módjait (piaci verseny, fogyasztóvédelem, foglalkoztatás, energiagazdálkodás, környezetvédelem, egészségügy, pénzügy, adózás, közlekedés). A jelentés dokumentumelemzés, egy felmérés eredményei, valamint 32 ország szakembereivel készített interjúk alapján készült, és helyzetképet ad a különböző szakterületeken jelenleg alkalmazott viselkedésértési beavatkozásokról, valamint a néhány országban kiépült, vagy kiépülőben lévő intézményi háttérrel. Fontos megjegyezni, hogy a viselkedésértés kifejezett, szándékolt alkalmazása a bemutatott példákban csak „a jéghegy csúcsát jelenti”. Mindamelllett, hogy a szakpolitikások valóban egyre gyakrabban használják a vonatkozó tudományos kutatások eredményeit az intézkedések tervezésekor, sok beavatkozásban a viselkedési elem nem tudatosan alkalmazott. A példák ezért három kategóriába sorolhatók. Kisebbszámú vannak azok a programok, amelyeket egy célzott kutatás eredményei alapján dolgoztak ki (*behaviourally tested initiatives*). Nagyobb számban pedig olyanok, amelyek korábbi, a viselkedésértés alkalmazására vonatkozó tapasztalatokra építenek (*behaviourally-informed initiatives*), vagy amelyekben felfedezhető viselkedésértési elemek, de nem hagyatkoznak kimondottan ilyen irányú tapasztalatokra (*behaviourally-aligned initiatives*).

A különböző viselkedésértési módszereket a fogyasztóvédelmi, a környezetvédelmi, az adózási és az egészségügyi intézkedésekben használják leggyakrabban, amelyek a következő ösztönzőkkel (*behavioural levers*) ültethetők át a gyakorlatba:

- Egyszerűsítés: leegyszerűsített információátadási/információszolgáltatási mód. Például, az adózás ösztönzésére felhasználóbarát, legördülő menüben előre megadott válaszopciókkal ellátott online adóbevallási nyilatkozat bevezetése.
- Alapértelmezett beállítás módosítása: szerződések vagy nyilatkozatok esetén a nyilatkozat tárgyának megváltoztatása. Például, egyes országokban a szervadományozás kapcsán alapesetben mindenki potenciális donornak számít, és ezzel ellenkező szándék esetén arról kell nyilatkozni, ha az illető nem kíván donor lenni.
- A döntési környezet megváltoztatása: a választási lehetőségeket bemutató „döntési környezet” módosítása, amely lehet virtuális (honlap), vagy fizikai jellegű (az egyes áruk elhelyezése az élelmiszerboltban, az ételek feltüntetése helye az étlapon belül). Konkrét példa, a szelektív szemégyűjtés ösztönzése azáltal, hogy a háztartásokból gyakrabban szállítják el az újrahasznosítható hulladékot, mint a nem újrahasznosíthatót.
- „Tálalás” (*framing*): annak kiaknázása, hogy a kognitív torzítások miatt az emberek egy adott választási lehetőségre másként reagálnak, attól függően, hogy azt miként „tálalják”. Ennek egy negatív példája, amikor a fogyasztókat a referenciaérték megválasztásával vezetik félre, és a 20% zsírtartalmú sajt csomagolásán azt az információt tüntetik fel, hogy 80%-ban zsírtmentes.
- Társadalmi normákra való hivatkozás: pozitív változások előidézése azáltal, hogy az embereket befolyásolja, amit mások tesznek. Az adózási morál javításának egy példája, amikor az emlékeztető levélben úgy szólítják meg az adóbefizetést elmulasztó címzetteket, mint akik a kisebbségbe tartoznak az adót időben befizető több-

séggel szemben.

- Feltűnés: szembeszökő jelek vagy információk alkalmazása, például, gyorshajtás elleni kampány során olyan üzenetek közvetítése, mint: „a halálos kimenetű autóbalesetek 48%-ának okozója a gyorshajtás.”<sup>1</sup>

A szakirodalom rengeteg információval szolgál a viselkedésértéssel kapcsolatban, amelynek áttekintésére és összegzésére született meg az Egyesült Királyságban 2010-ben az ún. MINDSPACE keretrendszer, amelyet a BIT is alkalmaz tevékenysége során. A keretrendszer áttekinthető formában mutatja be, hogy milyen jellemzők mentén vagyunk befolyásolhatók, lehetővé téve a fent említett viselkedésértési módszerek alkalmazását.<sup>5</sup> [1. ábra: Magatartástudomány egyszerűen: A MINDSPACE jelentésben összegzett befolyásoló tényezők]

A racionális döntés elmélete szerint döntéseink során figyelembe vesszük az összes rendelkezésre álló információt, és saját magunk számára előnyös, következetes lépéseket teszünk. A valóságban azonban döntéseinkben hosszú és rövid távú célok ütköznek össze. Például, egyszerre szeretnénk megtakarítással magas nyugdíjat elérni, ezzel egy időben azonban sokat költeni, valamint nemcsak a saját, de mások érdekeit is szem előtt tartjuk (megjelenik a kölcsönösség, valamint az altruizmus elve), túlbecsüljük a nagy horderejű, de valószínűtlen események bekövetkeztét (például, lottónyeremény), és szenvedünk attól, ha túl sok információ birtokában, túl sok lehetőség közül kell választanunk (például, vásárlás során).

1. ábra: Magatartástudomány egyszerűen: A MINDSPACE jelentésben összegzett befolyásoló tényezők

MINDSPACE	
Messenger (az üzenet közvetítője)	Az információt közvetítő személye nagyban befolyásol minket
Incentives (ösztönzők)	Az ösztönzőkre adott válaszreakcióinkat előrelátható mentális torzítások alakítják, mint például, a veszteség elkerülésére való törekvés
Norms (értékek)	Erősen befolyásol bennünket, hogy mit tesznek mások
Defaults (alapértelmezés)	Az előre beállított válaszlehetőségre hagyatkozunk
Salience (feltűnés)	Figyelmünket az új, számunkra relevánsnak tűnő információkra irányítjuk
Priming (előhangolás)	Tetteinket gyakran tudattalan mozgatórugók irányítják
Affect (érzelme)	Érzelmi asszociációink erősen alakítják tetteinket
Commitment (elköteleződés)	Igyekszünk a nyilvánosan tett ígéreteinknek megfelelően cselekedni, valamint viszonzást nyújtani
Ego (én)	Úgy cselekszünk, hogy jól érezzük magunkat

Forrás: Applying behavioural insight to health. Cabinet Office. Behaviour Insights Team. 2010

## A VISELKEDÉSÉRTÉS ALKALMAZÁSA AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBEN

Az egészségfejlesztési beavatkozások napjainkig jellemzően a meggyőződések és attitűdök megváltoztatását célozták információátadás, illetve különböző

ösztönzők segítségével, vagy a tudatos döntésekre próbáltak hatni, kampányok, pénzügyi intézkedések, és hagyományos, életmódra irányuló beavatkozások révén. Ez viszont nem jelenti azt, hogy ezek az intézkedések részben ne építenének a magatartástudomány eredményeire.<sup>7</sup>

Jól tükrözik ezt a már említett bizottsági jelentésben ismertetett, az egészséges táplálkozásra és dohányzás visszaszorítására irányuló, alábbi egészségfejlesztési példák is, amelyek viselkedéserősítő elemeket tartalmaznak, de nem előzte meg őket célzott vizsgálat, vagy más gyakorlatok tapasztalatainak tanulmányozása (*behaviourally-aligned initiatives*).

Lettorszában a Betegségmegelőzési Központ (*Disease Prevention and Control Centre*) és az Egészségügyi Minisztérium 2014-2015 folyamán figyelemfelhívó kampányt folytatott a dohányzás visszaszorítására a fiatalok körében, *Free* („Szabadulj meg”) címmel. A kampány keretében olyan applikációt fejlesztettek, amely a dohányzás csökkentése révén keletkező (napi, havi és éves) megtakarítást kiszámolja és a fiatalok számára vonzó javak képében meg is jeleníti. Például, egy laptop képéhez a következő üzenet társul: „ez csak egyike azoknak a dolgoknak, amit a cigarettára szánt pénzből vehetnél”. A kampány tehát olyan viselkedéserősítő mozgatórugóra épít, mint az információ tárlásának módja, a fiatalok számára figyelemfelhívó képek és üzenetek, és az azonnali jutalomban való részesülés ígérete. Portugáliában az Egészségügyi Minisztérium a passzív dohányzás veszélyeire hívta fel a figyelmet televíziós és rádiós megjelenésekkel, poszterekkel, amelyek az információ tárlási módját és az érzelmekre való hatást alkalmazták eszközként. Például, az egyik rövidfilm 30 másodperben egy alvó csecsemőt mutat, a következő hangalámondással: „A dohányfüst 80%-a láthatatlan, és ha egyvalaki dohányzik, akkor mindenki dohányzik”. Ezt követően a baba füstöt lélegez ki a száján. Lettorszában a terhesség alatti dohányzás megelőzésére hasonló kampányanyag készült, amelyben egy magzat jelenik meg cigarettával a szájában a következő üzenettel: „Ha dohányzol, a gyermeked is dohányzik”.

Az egészséges táplálkozás elősegítése terén olyan gyakorlatokkal találkozhatunk, mint például az a horvátországi projekt, amelynek keretében a 2015/2016-os tanévben 884 általános iskolában ingyen kínálták a zöldséget és a gyümölcsöt az iskolai ebédekhez (*nudging*). Észtországban a kormány online információt szolgáltat az egészséges táplálkozásról a lakosság számára, egyszerűen értelmezhető és használható formában. A napi étkezés optimális sótartalmát többek közt vizuális elemek segítségével lehet kiszámolni, úgy, hogy egy virtuális tányérba pakolhatják a felhasználók az ételeket. A program a

megengedett sómennyiség felső határának elérésekor látványosan jelez és tippet is ad a sómennyiség csökkentésére. Ez a gyakorlat az egyszerűsítésre, a szembeszökő vizuális elemekre és a személyre szabott információk vonzerejére épít. Izlandon pedig egy zöld kulcslyuk ikonnal jelölik a kis zsírsó-, és cukortartalmú élelmiszereket, amellyel feltűnő és egyszerű módon segítik a vásárlót az egészséges termékek megtalálásában.<sup>1</sup>

Szintén izlandi, a BIT által kiadott szakmai anyagban idézett példa a *Lazy Town* („Lusta város”)<sup>8</sup> nevű, az egészséges életmód elősegítésére irányuló televíziós gyermekműsor, amely világszerte ismert, és amelynek 1996-os indulása óta csökkent az elhízott gyermekek száma Izlandon. Az egészséges életmódot a Sportacus nevű szuperhős népszerűsíti a gyermekek körében, és számos kezdeményezés született a műsor jegyében a kormánnyal és a magán-szektorral együttműködésben. Például, a 4-7 éves gyerekeknek egy ún. energia megállapodást (*Energy Contract*) küldtek, amelyet szüleikkel együtt aláírhattak, és amelynek keretében jutalmat érdemeltek az egészséges étkezésért, az aktív időtöltésért vagy a korai lefekvésért. Egy szupermarket láncolat a *Lazy Town* által adott névvel, a „sportcukorka” (*Sports Candy*) jelzővel látta el a gyümölcsöket és zöldségeket, amely 22%-os növekedést eredményezett az eladási arányban.<sup>5</sup>

Az előző példa rávilágít a különböző (helyi) partnerek szerepére a viselkedéserősítés alkalmazásában. A Helyi Önkormányzatok Szövetsége az Egyesült Királyságban esettanulmányokat jelentetett meg 2016-ban a viselkedéserősítés és az egészség témakörében, amelyben a következő 10 tanácsot fogalmazta meg az önkormányzatok számára a viselkedéserősítés elméletének gyakorlatba való átültetéséhez:

- Egy témafelelős kijelölése, és a munkatársak bátorítása, hogy felvállalják a témafelelős szerepét.
- Kormányzati szakemberekkel való kapcsolatfelvétel a viselkedéserősítés témájában – az Egyesült Királyság Egészségügyi Minisztériumának népegészségügyi szerve (*Public Health England*) által működtetett, a tapasztalatcsere elősegítő szakértői hálózatba való bekapcsolódás.
- Helyi szakértelem bevonása, pl. egyetemeken vagy a nonprofit szektoron keresztül.

- A munkatársak képzése a viselkedésértési technikák terén, kiemelten a lakossági beavatkozások vonatkozásában.
- A változtatni kívánt viselkedés pontos meghatározása, a célcsoport és a viselkedési környezet elemzésére alapuló beavatkozások tervezése.
- A változtatni kívánt magatartás tanulmányozásához elméleti keretrendszer, pl. a COM-B modell<sup>ii</sup> felhasználása, központban a viselkedésváltoztatás kerekével.
- Egy beavatkozás tervezésekor minden lehetséges opció átgondolása, a meglévő rendszerek és szolgáltatások fejlesztésétől az új intézkedésekig.
- Annak biztosítása, hogy a viselkedésváltoztatásra irányuló beavatkozások a változás fenntartását is célozzák és ne egyszeri eredményt hozzanak.
- Idő és forrás megteremtése a viselkedésváltoztatásra irányuló beavatkozások megfelelő, rövid-, közép-, és hosszú távú eredményeinek értékelésére.
- Amennyiben lehetséges, a meglévő rendszerekben belül rendelkezésre álló adatforrások felhasználása a kivitelezhetőség és fenntarthatóság érdekében, mivel a viselkedésváltoztatási projektek általában alacsony intenzitású beavatkozások.

Egy, a helyi önkormányzatok által jól kiaknázható lehetőség, amikor az egyes élethelyzetek változása során nyújtanak támogatást az egészségesebb életmód kialakításában a lakosság számára. Kutatási eredmények szerint az emberek jóval nagyobb valószínűséggel változtatnak valamin, amikor megszo-  
kott rutinjukat egy új élethelyzet – például költözés, gyermekszületés, iskolakezdés – megszakítja. Az önkormányzatok ilyen esetekben gyakoribb kapcsolatba kerülnek a lakossággal, ezért London *Borough of Henslow* városrészén az önkormányzat erre alapozva indította el az Európai Bizottság által támogatott SWITCH („VÁLTS”) projektet, az aktív közlekedés elősegítésére. A kampány az iskolakezdés előtt

álló gyermekek családjait célozta meg. A 2015-ös iskolaév kezdetén az önkormányzat kapcsolatba lépett a szülőkkel, és személyre szabott utazási tanácsokkal, térképekkel látta el őket, amely abban segítette, hogy biztonságos és népszerű, gyaloglásra alkalmas útvonalakat mutassanak az iskolába vezető út egy részére vagy egészére. Ezután iskolák közötti verseny indult a már létező, *Beat the Streets* („Győzd le az utcát”) projektre építve. A verseny során a gyerekek kártyaleolvasók segítségével gyűjtettek pontokat egy kártyára, a legyalogolt távolságok után. 21 iskolából több mint 11 300 gyermek vett részt a hat hétig tartó projektben. A versenyt megnyerő iskola igazgatója szerint a projekt óriási hatással volt a közösségre és növelte az iskolába gyalog vagy kerékpárral érkező gyerekek számát. A városrész következő hasonló terve a gyermekek első születésnapjára küldött képeslap, melyben arra buzdítják a szülőket, hogy vigyék el gyermeküket fogorvoshoz.<sup>9</sup>

A viselkedésértés – közvetve vagy közvetlenül – szakpolitikai szinten is megjelenik olyan egészségfejlesztési dokumentumokban, mint az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Globális táplálkozási, fizikai aktivitási és egészségstratégiája<sup>10</sup>, az ENSZ közgyűlésen 2011-ben elfogadott Nem-fertőző megbetegedésekkel kapcsolatos politikai deklaráció<sup>11</sup>, vagy a WHO 2013-as Cselekvési terve a nem-fertőző megbetegedések megelőzésére.<sup>12</sup> A WHO ezekben a dokumentumokban elismeri mind a társadalmi, mind a fizikai környezet szerepét a viselkedésváltozásban, és nem zárja ki a viselkedésértés alkalmazását, konkrét ajánlásokkal azonban nem szolgál arról, hogy ezeket miként lehet átültetni a gyakorlatban az egészségfejlesztésbe.<sup>7</sup>

## ÖSSZEFOGLALÁS

A magatartástudomány eredményei új utakat kínálnak az emberi döntéshozatal folyamatának megértésében, innovatív megoldásokkal segítve a viselkedésváltozást, és az egészségesebb életmódot, a hagyományos intézkedések (pl. törvények, szabályozások, pénzügyi ösztönzők) kiegészítéseként. A viselkedésértés alkalmazása hatékonyabbá teheti az

<sup>ii</sup>Susan Michie és társai által kidolgozott viselkedésváltoztatási keretrendszer. A COM-B modell szerint a képességek (Capability), a körülmények (Opportunity), és a motiváció (Motivation) együttesen befolyásolják a viselkedést (Behaviour) úgy, hogy az egyrészt visszahat a befolyásoló tényezőkre, másrészt a befolyásoló tényezők egymásra is hatnak.

intézkedéseket, azonban számos kérdést is felvet a legitimitás, a hatásosság és a tudományos megalapozottság tekintetében. Míg a paternalista megközelítéssel szemben a szabad választás jogát nem sértve tereli a döntéseket, ennek legitimitása azonban annak függvénye is, hogy a közösség elfogadja-e a tervezők által megalkotott döntési környezetet. A kritika része az is, hogy mennyire lehet tartós a viselkedésértési intézkedés hatása, amennyiben nem tanuláson és személyes, tudatos döntésen alapul. Jelenleg arra vonatkozóan sem állnak rendelkezésre

kutatási eredmények, hogy a viselkedésértés által leírt döntési mechanizmusok miként működnek különböző csoportok körében, a kulturális és társadalmi környezettől függően. Továbbá, kevés viselkedésértési beavatkozás hatását értékelték lakossági szintű és tartós viselkedésváltozás tekintetében, amely hosszú távon egészségnyereséghez vezethetne.<sup>7</sup> A viselkedésértés átlátható és következetes alkalmazása érdekében a jövőben javasolt tehát a beavatkozások hatásosságának vizsgálata, és az ezzel kapcsolatos tapasztalatcsere.

<sup>1</sup> Joana Sousa Lourenço, Emanuele Ciriolo, Sara Rafael Almeida, and Xavier Troussard: Behavioural insights applied to policy: European Report 2016. EUR 27726 EN; doi:10.2760/903938 <https://ec.europa.eu/jrc/en/publication/euro-scientific-and-technical-research-reports/behavioural-insights-applied-policy-european-report-2016> (Elérve: 2016.07.05.)

<sup>2</sup> Golovics József: Korlátozott racionalitás és altruizmus: behaviorizmus a közgazdaság-tudományban, Hítelintézet Szemle, 14. évf. 2. szám, 2015. június, 158–172. o.

<sup>3</sup> Richard H. Thaler, Cass R. Sunstein: Nudge – Jobb döntések egészségről, pénzről és boldogságról – a pénzügyi válság után. Manager Könyvkiadó Kft. 2011

<sup>4</sup> Marosán György: A gazdasági döntés evolúciós elméletének néhány kérdése a döntési helyzet meta- és utóértékelése, mint a döntés alapeleme, Köz-Gazdaság 2011/1.

<sup>5</sup> Applying behavioural insight to health. Cabinet Office. Behaviour Insights Team. 2010 [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/60524/403936\\_BehaviouralInsight\\_acc.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/60524/403936_BehaviouralInsight_acc.pdf) (Elérve: 2016.07.06.)

<sup>7</sup> Alemanno, Alberto, A Behavioural Approach to Health Promotion: Informing the Global NCD Agenda with Behavioural Insights (August 4, 2014). in A. Alemanno – A. Garde, Regulating Lifestyle – Europe, Alcohol, Tobacco and Unhealthy Diets, Cambridge University Press (2014 Forthcoming); HEC Paris Research Paper No. LAW-2014-1054. Available at SSRN: <http://ssrn.com/abstract=2475805> or <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2475805> (Elérve: 2016.06.20.)

<sup>8</sup> <http://www.lazytown.com/> (Elérve: 2016.07.06.)

<sup>9</sup> Behavioural insights and health. Case Studies. Local Government Association. January 2016. <http://www.local.gov.uk/documents/10180/7632544/L16-11+Behavioural+insights/0f9b83a6-cab1-43c2-ba99-2f381c1d2630> (Elérve: 2016.06.19.)

<sup>10</sup> World Health Organisation. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/> (Elérve: 2016.07.05.)

<sup>11</sup> Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. 24 January 2012. [http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/political\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf) (Elérve: 2016.07.05.)

<sup>12</sup> Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. World Health Organisation. 2013. [http://www.who.int/nmh/events/2013/revised\\_draft\\_ncd\\_action\\_plan.pdf](http://www.who.int/nmh/events/2013/revised_draft_ncd_action_plan.pdf) (Elérve: 2016.07.05.)

## Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer<sup>1</sup> segítségével

### Is the positive health impact of school gardens evidence-based? Possible answers deriving from the review method

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

Beküldve: 2016.06.21.

**Összefoglaló:** Egy, a BioMed Central oldalán 2016-ban megjelent cikkben, a szerzők review módszerrel az iskolakertek egészségre gyakorolt jótékony hatására kerestek bizonyítékot. A cikk alapján ízelítőt szeretnénk nyújtani a review készítés módszertanából, bemutatva a lényeges lépéseket. Valamint, beszámolunk a cikkben közölt jelentősebb kutatási eredményekről és következtésekről. Továbbá, megosztjuk gondolatainkat az iskolakertről és vázlatosan áttekintjük a magyarországi kezdeményezéseket, ösztönözve az olvasókat a szakmaközi együttműködés jegyében a folyóiratban való publikálásra, lehetőséget biztosítva ezzel a közös gondolkodásra.

**Kulcsszavak:** iskolakertek egészséghatása, szisztematikus review készítés módszertanának bemutatása, Magyar iskolakert kezdeményezések

**Summary:** In an article published in BioMed Central in 2016 the authors looked for evidence of health benefits of school gardens with the systematic review methodology. Based on the article we would like to offer a glance about the process of the systematic review methodology, by presenting the essential steps. Moreover, reports on significant research results and conclusions are presented in the article. In addition, we share our thoughts on school gardens and provide a short overview of the initiatives in Hungary, encouraging readers in the spirit of inter-professional collaboration to publish in the magazine, in an attempt to give the opportunity to think together.

**Keywords:** health benefits of school gardens, demonstration of the process of the systematic review methodology, innovations of school gardens in Hungary

<sup>1</sup> szisztematikus irodalmi áttekintés



Egy 2016-ban megjelent cikkben, a review módszerrel a szerzők az iskolakertek egészségre gyakorolt jótékony hatására kerestek bizonyítékot. Célunk a következő:

- a nevelő-oktató munka részét képező iskolakert bemutatása;
- betekintés nyújtása a review készítés módszertanába;
- a cikkben közölt kutatási eredmények és következtetések bemutatása;
- a magyarországi kezdeményezések vázlatos áttekintése.<sup>1</sup>

## GONDOLATOK AZ ISKOLAKERTRŐL, MINT A NEVELŐ-OKTATÓ MUNKA RÉSZÉRŐL

Az iskolakert módszer lényege, hogy a gyermekek a tantermen kívül, a szabadban, friss levegőn sajátíthatnak el különböző ismereteket az élményközpontú tanulás során. A tantervben foglaltak mellett az iskolakert lehetőséget nyújt a gyermekeknek az egészséges táplálkozás alapjainak megismerésére is. Szakember bevonásával az osztályok saját felhasználásra is termelhetnek zöldségeket és gyümölcsöket. A kitartó kerti munkák gyümölcsét élvezhetik együtt tanárok, szülők, önkéntesek, gyermekek. A közös munka során elért sikerélmény hatására növekedhet az önbizalmuk, valamint a csapatszellem és szocializációs készségek is fejlődhetnek.

A mozgáshiányos életmódú gyermekeknek a kerti teendők ellátása során lehetősége nyílik fizikumuknak és korosztályuknak megfelelő, változatos mozgásra, ami a tanórák után kikapcsolódást is jelenthet. Mint minden módszer esetében, az iskolakert sikere is attól függ, hogy mennyire motivált és hiteles a szervező pedagógus és mennyire sikerül a gyermekeket, szülőket bevonnia.

A fent ismertetett cikk szerzői ezzel a módszerrel ugyan nem találtak erős, egyértelmű bizonyítékot az iskolakert pozitív egészséghatásáról, de ez eredhet önmagában a módszer hiányosságából is, hiszen ne felejtjük el, hogy a szigorú bekerülési kritériumok alapján számos közlemény kimaradt/kimaradhatott a szakirodalmi áttekintésből. Továbbá, fontos azt is figyelembe venni, hogy előfordulhat: egy remekül működő iskolakertről nem készül publikáció, mert

más szakember kompetens az iskolakert működtetésében és megint másik a publikálásban. Így számos jó kezdeményezés helyi szinten marad, és nem értesülnek róla az érdeklődők. Ezért is javasoljuk a szakmaközi együttműködést az egészségfejlesztési aktivitások tervezése, megvalósítása, értékelése során.

## A REVIEW KÉSZÍTÉS MÓDSZERTANÁNAK BEMUTATÁSA

A szerzőcsapat tagjai – Heather Ohly, Sarah Gentry, Rachel Wigglesworth, Alison Bethel, Rebecca Lovell és Ruth Garside – a következő címmel készítették a *review*-t: *A systematic review of the health and well-being impacts of school gardening: synthesis of quantitative and qualitative evidence (Szisztematikus irodalmi áttekintés az iskolakert egészségre és jóllétre gyakorolt hatásairól: a kvalitatív és kvantitatív bizonyítékok összegzése)*, amely a BioMed Central oldalán jelent meg. Érdemes megjegyezni, hogy az egyik szerzőtársnak, Alison Bethelnek (University of Exeter) az Információ Specialista Csoport tagjaként, a keresési stratégiák kidolgozása és keresések futtatása révén a *review* összeállítása a fő feladata.<sup>ii</sup> A szerzők fele, egy korábbi tanulmányban<sup>2</sup> a közösségi kertek hatékonyságát vizsgálta, amely megalapozta a jelenlegi kutatásuk módszertanát, illetve jelezte a téma iránti elköteleződésüket.

Fontos kihangsúlyozni, hogy a szerzők csak OECD országban megvalósított angol nyelvű publikációval rendelkező kutatásokat vizsgáltak. Így az Egyesült Királyságban, Egyesült Államokban, Portugáliában és Ausztráliában elvégzett kutatásokról végeztek elemzést.

A kutatás módszere a *review* készítés és a kiszűrt cikkek tematikus szintézise.

Lépések:

1. Kereső szoftverek alkalmazása. A hívószavak közé tartozott az iskolai és kertészkedési élmények, és a gyermekkor táplálkozástudománya. A keresés során népszerű adatbázisokban manuálisan, illetve keresőszoftverekkel (ENDNOTE X7, Thomson Reuters) válogattak tanulmányokat. Az intézménytípusok közül a

<sup>ii</sup> A szerzőről az alábbi linken érhetőek el adatok: <http://clahrc-peninsula.nihr.ac.uk/staff/alison-bethel> (Elérve: 2016.06.09.)

gyermekkel 18 éves korig foglalkozó intézményeket választottak ki. A duplikációkat kiszűrve 3442 tanulmányt találtak.

2. A vizsgálandó tanulmányok kiválasztásához összetett kritériumrendszert alakítottak ki. Kvantitatív vizsgálatok esetében feltétel volt a randomizált kontrollcsoportos vizsgálat. Kvalitatív vizsgálatok esetében minden tudományosan igazolt módszertant elfogadtak. Kimeneteli kritérium volt az egészség és a jól-lét mérhetősége. A bevonási kritériumoknak első körben 163 cikk felelt meg.
3. A személyes átolvasások kapcsán a kutatók javaslatai alapján (pl.: bizonyos tanulmányok esetében nem volt elérhető a teljes szöveg) tovább szűkült a kör, 121 tanulmányra.
4. Standardizált értékelőlapot dolgoztak ki, így az értékelők munkája összehasonlítható és megismételhető. A tanulmányokat többen értékelték egymástól függetlenül és a problémás cikkeket a kutatócsoport együtt tisztázta. A kutatók csoportos megbeszélései után az iskolakert-specifikus eredményekre bizonyítékot kereső tanulmányokból végül 40 került bele a vizsgálatba.
5. A tematikus szintézis során a vizsgálandó tanulmányok három csoportba voltak besorolhatóak. A kvantitatív módszertanon alapuló tanulmányok száma 21, a kvalitatív módszertanra alapozóak száma 16 volt. Három tanulmány kevert módszertant alkalmazott.
6. Az értékelés során a kiválasztási hibát (*selection bias*), kutatási elrendezést, zavaró tényezőket, titkosítást (*blinding*), adatgyűjtést, lemorzsolódást is vizsgálták.

## A CIKKBEN KÖZÖLT KUTATÁSI EREDMÉNY BE-MUTATÁSA

A kvantitatív kutatások nem voltak erősek, jelezték a zöldség-gyümölcs fogyasztás emelkedését az iskolakertet megvalósító diákok között (limitált evidencia), de az eredmények többnyire csak önbevalláson alapultak. A kvalitatív kutatások jobb minőségűek voltak és az iskolakert egyértelmű befolyását igazol-

ták hosszabb távon az egészségre és jól-létre. Nyilvánvaló, hogy az osztálytermen kívüli aktivitások vonzóbbak. Kitűnt, hogy az önkéntesek bevonásának is jó eszköze az iskolakert, a helyi közösségformálásban is szerepe van, és a hatása felerősödik, ha az iskolai tananyagba kerül beépítésre.

A következőket érdemes megfontolnia a szakembereknek:

- több robusztus kvantitatív kutatásra lenne szükség, hogy a kvalitatív kutatások által bemutatott pozitív hatások valóban igazoltak lehessenek,
- az iskolakert projektek megtervezése során külön hangsúlyt kell fektetni az eredmények mérhetőségére (önbevalláson alapuló kérdőívek objektív méréssel való kiegészítése) és más kutatásokkal való összehasonlíthatóságára (megfelelő adatok közlése).

## A MAGYARORSZÁGI KEZDEMÉNYEZÉSEK VÁZLATOS ÁTTEKINTÉSE

Egyrészt jelen van civil kezdeményezés ezen a területen is, hiszen számos alapítvány kezdeményez iskolakert programokat a fenti indokokra hivatkozva. Másrészt egyre több for-profit cég a társadalmi felelősségvállalás jegyében indít támogatásokat iskolakertek létrehozására. Európai Unió pályázat is foglalkozott ezzel a témával és nyújtott segítséget a megvalósításban. Az egyik ilyen a TÁMOP-3.3.17-15/1 projekt<sup>iii</sup>, melynek szakmai eredményeiről még nincs elérhető adat. A másik, a Teljes körű Iskolai Egészségfejlesztés támogatását célzó TÁMOP-6.1.2.A-14/1 projekt a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet és a Klebelsberg Intézményfenntartó Központ közreműködésével valósult meg. Ezen belül az egyik nevesített szakmai ajánlás az iskolakertet népszerűsíti (EPSZA<sup>iv</sup> füzetek – Iskolakert). A projekt eszközöket és szakmai módszertant biztosított több megyében annak a 36 iskolának, amelyek ezt a programelemet szerették volna megvalósítani. A programelem célja a gyermekek attitűd- és ismeret változásának elérése volt, így a programelem megkezdése előtt, valamint zárásakor mindkettő szintje felmérésre került a résztvevő diá-

<sup>iii</sup> TÁMOP-3.3.17-15/1 – Iskola a természetben

<sup>iv</sup> EPSZA - egészségfejlesztési programelemekhez kapcsolódó szakmai ajánlások

kok és az őket segítő pedagógusok között. A kertfoglalkozások dokumentálásra kerültek kertnapló formájában, fényképekkel és részletes leírásokkal. A pedagógusoktól kapott visszajelzések alapján elmondható, hogy az Iskolakert programelem népszerű volt a diákok körében, főleg azon diákok esetében, akik a tantermi keretek között nehezen tudtak teljesíteni a tanórák során.

Az EPSZA füzetek a [TIE weboldalon](#) az EPSZA menüpontból érhetőek el.

Végezetül: szívesen fogadunk visszajelzéseket akár a módszertani bemutatóval, akár a magyarországi kezdeményezésekre vonatkozó vázlatos ismertetéssel kapcsolatban.

---

<sup>1</sup> Heather Ohly et al. A systematic review of the health and well-being impacts of school gardening: synthesis of quantitative and qualitative evidence BMC Public Health 2016

<sup>2</sup> Rebecca Lovell et al. What are the health and well-being impacts of community gardening for adults and children: a mixed method systematic review protocol BMC Public Health 2014

# Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése

## Planning behavior change interventions tailored to healthstyles

Szerzők: Járomi Éva✉, Szűcs Erzsébet, Vitrai József  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.24.

**Összefoglaló:** *Háttér:* Hazánkban és a nemzetközi gyakorlatban egyaránt megfigyelhető, hogy az egészségmagatartás megváltoztatását célzó beavatkozások legtöbbször nem érik el céljukat, nem bizonyulnak hatásosnak. Ennek egyik lehetséges oka, hogy a viselkedést többnyire csupán egyetlen ágazat, egyetlen színterén, egyetlen beavatkozás által igyekeznek megváltoztatni, figyelmen kívül hagyva a feladat komplexitását, a viselkedés társadalmi, gazdasági és egyéb környezeti bélyegzettségét. Másfajta megközelítést tesznek lehetővé a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2015-ben megvalósított Egészségstílus Felmérésének eredményei, hiszen a felnőtt és iskolás korosztály körében azonosított egészségstílusokhoz illesztett beavatkozásokra kínálnak lehetőséget. A közlemény célja annak bemutatása, hogy milyen módszer lehet célravezető az egészségstílusokhoz illesztett beavatkozások azonosításához. *Módszer:* A módszertan kidolgozásához a célcsoportot a felmérés alapján azonosított korosztályok közül az 5. évfolyamos tanulók lehangolt, nem motivált, külső örömforrásokat keresők csoportja alkotta. A befolyásolni kívánt viselkedés pedig a gyakori szénsavas üdítőital, egészségtelen ételek fogyasztása volt. Az alkalmazott módszer pedig a „Viselkedésváltoztatás kereké” és az annak alapjául szolgáló COM-B modell, mely utóbbit a szerzők – újszerű módon – a célcsoport viselkedését befolyásoló egyéb társadalmi szereplők viselkedését meghatározó tényezők azonosítására is alkalmazták. *Eredmények:* A fenti módszertan alkalmazásával a kiválasztott célcsoporthoz a szerzők azonosították a viselkedést előidéző és determináló problémákat, az ehhez illeszthető beavatkozásokat, és a hozzájuk kapcsolódó színtereket, valamint a különböző társadalmi szereplőknek a megvalósításban elvárt funkcióit. *Következtetések:* A szerzők által javasolt módszertannal komplex, több szintű és több társadalmi szereplő bevonásával hatásosnak ígérkező beavatkozások jelölhetők ki. A módszertan hatásosságának igazolása további hatásvizsgálatokat igényel.

**Kulcsszavak:** viselkedésváltoztatás, egészségstílus, egészségfejlesztés, beavatkozás, felmérés

**Summary:** *Background:* Both in Hungary and in the international practice, it can be observed that interventions which aim to change health behavior do not reach their goal and do not seem to be effective in most of the cases. One possible reason can be that the behavior is tried to change mostly by a single intervention, only in one setting of a sector without considering the complexity of the task and the embedded nature of the behavior in socio-economic and physical environment. A different approach has been offered by the results of the Healthstyle Survey implemented in 2015 by the National Institute for Health Development, since they offer an opportunity for applying interventions tailored to healthstyles identified among adults and school-age children. The aim of this paper is to present a method which may be useful to identify healthstyles matched interventions. *Method:* 5th grade depressed, not motivated, and sensation seeking students were selected as a target group to demonstrate the method of selecting interventions tailored to healthstyles. The behavior to be change was frequent soda and junk food consumption

(i.e. unhealthy eating habits). The method was based on the „Behavior Change Wheel” from the COM-B model. As a novel approach we also applied these models to identify determinants of those social actors’ behavior who probably affect the target group’s behavior. *Results:* By using this methodology, the authors identified the generating and sustaining factors of behavior, the matching interventions, levels, and the required functions of the different social actors in the implementation. *Conclusions:* Applying the methodology proposed by the authors promises more effective interventions which are complex, multi-level, and involve all the main social actors. In order to proof the efficacy of the methodology, the interventions identified by this methodology need impact assessments in the future.

**Keywords:** behavior change, healthstyle, health promotion, intervention, survey

## HÁTTÉR

Magyarország lakosságának egészségi állapota rosszabb, mint ami a gazdasági fejlettsége alapján várható lenne. A születéskor várható élettartam folyamatosan növekszik, azonban még ennek ellenére is rövidebb, mint az Európai Unióhoz vele egy időben csatlakozott országok (EU13) átlaga. A halálzási adatokat vizsgálva látható, hogy az összhalalozás ötödét képező iszkémiás szívbetegség 2005 óta történt 21%-os csökkenése ellenére 2013-ban a halalozás az EU13 átlagánál közel másfélszer magasabb volt. Az összes halalozás negyedét kitevő rosszindulatú daganatok prevalenciája pedig 25%-kal volt nagyobb Magyarországon, mint az EU13-ban. A lakosság rossz egészségi állapotának gazdasági következményei igen jelentősek: a fenti megbetegedések okozta egészségveszteségek becsült költsége 2010-ben Magyarországon mintegy 2 000 milliárd forint volt, amely a GDP több mint 7%-át tette ki. Az Európai Lakossági Egészségfelmérés eredményei szerint a lakosság nagy részére jellemző az egészségtelen életmód, úgy, mint helytelen táplálkozás, mozgáshiány, dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás.<sup>1</sup>

Hazánkban és a nemzetközi gyakorlatban egyaránt megfigyelhető, hogy az egészségmagatartás megváltoztatását célzó beavatkozások gyakran nem érik el céljukat, ily módon megkérdőjelezve azok hatékonyságát. Ennek egyik lehetséges oka, hogy a viselkedés megváltoztatását célzó beavatkozásokat többnyire csupán egyetlen ágazat, egyetlen színterén, egyetlen beavatkozás által igyekeznek megváltoztatni, figyelmen kívül hagyva annak komplexitását, társadalmi, gazdasági és egyéb környezeti beágyazottságát.

A hazánkra jellemző egészségtelen szokások meg-

változtatása érdekében hatékony beavatkozásokra van szükség, ezért nélkülözhetetlen a különböző célcsoportok azonosítása és az egészségmagatartás megváltoztatása szempontjából fontos jellemzők megismerése.

A 2015-ben végzett Egészségkommunikációs Felmérés (EKF) alapvető célkitűzése a magyar lakosság körében hasonló egészségstílusú személyek csoportjainak azonosítása volt, annak érdekében, hogy a csoportok sajátosságaihoz illesztett beavatkozásokkal az egészségmagatartás hatékony megváltoztatása lehetővé váljon. A tanulókat és a felnőtt lakosságot célzó felmérés kérdőíveit egy multidiszciplináris szakértői csoport dolgozta ki a releváns szakirodalom áttekintését követően. Az irodalomkutatás fókuszában a viselkedést befolyásoló ún. COM-B modellben szereplő tényezőkre vonatkozó kérdések álltak. A fenti modellhez illeszkedő, másoktól átvett vagy adaptált kérdések mellett további kérdések kidolgozására is sor került egyes hiányzó résztémák lefedése érdekében.<sup>2</sup> A viselkedésváltoztatást célzó beavatkozások jelentős része célzott kommunikációt is tartalmaz, ezért az egészségmagatartáson belül a kommunikációs szokásokat részletesebben vizsgálták. A kidolgozott kérdőíveket egy országos szakmai fórumon mutatták be és vitatták meg, majd az elhangzott észrevételek figyelembevételével a kérdőíveket módosították.<sup>3</sup>

Az iskolai adatfelvétel során a mintába került és szülői beegyezéssel rendelkező tanulók egy-egy tanóra keretében töltötték ki az önkitöltős kérdőívet. Összesen 2 326 fő 5., 2 363 fő 7. és 2 745 fő 9. osztályos tanuló – 450 iskolában évfolyamonkénti egy-egy osztály szisztematikus véletlen kiválasztása útján – töltötte ki érvényesen a kérdéssort. (A válaszadási arány 69%, 77%, 67% volt körükben.) A felnőtt-

tek körében végzett többlépcsős, rétegzett eljárással készült mintavételi módszeren alapuló adatgyűjtés során 5 498 fővel készült elemzésre használható kérdőívfelvétel (ez 55%-os válaszadási aránynak felel meg). A rétegzés a főbb demográfiai dimenziókat figyelembe véve (nem, kor, településtípus és földrajzi elhelyezkedés) történt. A felnőttek felmérését tapasztalt kérdezők végezték otthonukban felkeresve a mintába került személyeket, és az interjú során kapott válaszok alapján a kérdezők töltötték ki a papíralapú kérdőívet.

A felmérés eredményei így módon a felnőtt és iskolás korosztály körében azonosított egészségstílusokból leképezett csoportok egyes viselkedési mintázataira irányuló célzott beavatkozásra nyújtanak lehetőséget. Az 5. és a 9. osztályosok körében 5, a felnőtteknél 13 egészségstílust azonosítottak. A 7. osztályosokat azonban nem sikerült megbízhatóan csoportosítani a COM-B modell alapján.

A közlemény célja annak megvizsgálása, hogy a fenti kutatás eredményei alapján egy adott egészségstílussal jellemzett csoport viselkedésének megváltoztatására a népegészségügyi szakembereknek milyen, a korábbiaknál hatásosabb beavatkozási módszereket célszerű választani.

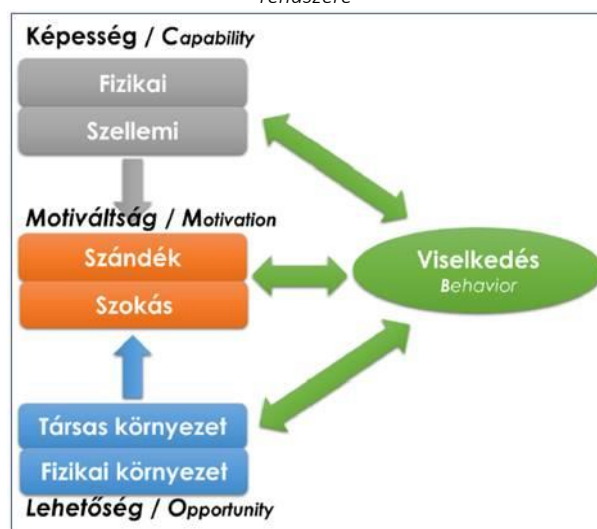
## MÓDSZEREK

A célcsoport kiválasztásánál a szerzők figyelembe vették, hogy nagyobb hatás várható, ha fiatalabb korban történik beavatkozás, és az 5. osztályos tanulók közül a legkedvezőtlenebb egészségmagatartással rendelkezők csoportjának kiválasztása mellett döntöttek. Így módon a közleményben a vizsgált célcsoportot az EKF eredményeiben azonosított egészségstílusok közül az 5. évfolyamos tanulók lehangolt, nem motivált, deprimált, külső örömforrásokat kereső tulajdonságokkal rendelkezők csoportja (a továbbiakban 1. csoport) alkotta. A kiválasztott, befolyásolni kívánt viselkedéseket pedig a gyakori szénsavas üdítőitalok (pl. kóla, energiatital), egészségtelen ételek (pl. chips, gyorséttermi ételek) fogyasztása (továbbiakban egészségtelen táplálkozás) képezte. Az alkalmazott módszer a Viselkedésváltoztatás kereke<sup>4</sup> és az annak alapjául szolgáló – a viselkedésváltoztatásra irányuló pszichológiai modellek szintéziséen alapuló – COM-B modell, valamint

az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló alkotta.<sup>1</sup>

A fent bemutatott felmérés és a közlemény viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezésének kiindulópontja szerint az egészségmagatartást nem csupán az ismeretek, hanem az egyén és társas környezetének egészséggel kapcsolatos attitűdjei és hiedelmei, érték- és normarendszere, az egészségkultúra is befolyásolja. A COM-B modell szerint a képesség (Capability – pszichológiai, fizikai), a körülmények (Opportunity – szociális, anyagi), a motiváció (Motivation – szokások, szándék) együttesen befolyásolják a viselkedést (Behaviour) oly módon, hogy az egyrészt visszahat a befolyásoló tényezőkre, másrészt azok egymásra is hatnak. A 19 pszichológiai elméletet összegző, szakmai konszenzus alapján kidolgozott COM-B modell szerint a viselkedést először is a „Képesség”, azaz az egyénnek vagy a közösségnek a viselkedés megvalósításhoz szükséges testi és lelki készségek szabják meg. A „Motivációt” a cselekvést elindító tudatos döntések, szándékok és automatikusan adott válaszok, szokások alkotják. A cselekvés megvalósulását a „Körülmények”, azaz a fizikai, valamint a szociális-kulturális környezet is nagymértékben meghatározza. Megjegyzendő, hogy a modell szerint a viselkedés visszahat a három befolyásoló tényezőre, és azok egymásra is hatással vannak. [1. ábra: COM-B modell: a viselkedést befolyásoló tényezők rendszere]

1. ábra: COM-B modell: a viselkedést befolyásoló tényezők rendszere<sup>5</sup>



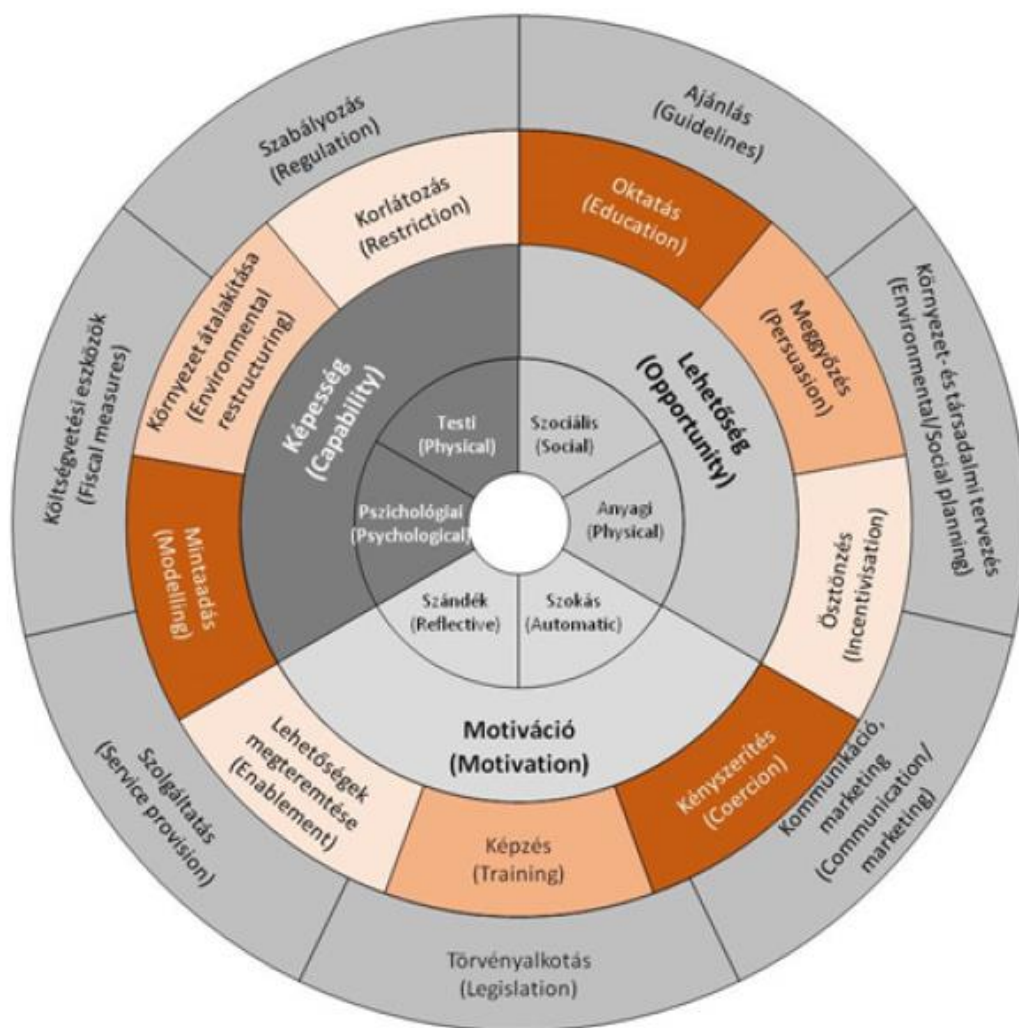
Forrás: Kimmel Zs., Vitrai J. (2015)

A viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezéséhez a szerzők alkalmazták a Michie és munkatársai által kidolgozott Viselkedésváltoztatás kereke modell, melynek alapját a COM-B modell tényezői alkotják. [2. ábra] A fenti tényezők jelentik a viselkedés megváltoztatásához szükséges modell „kerekének” középpontját. Ezeket kilenc intervenciótípus övezi, melyek célja ezen viselkedési minták befolyásolása. A viselkedési minták megváltoztatásával egyúttal az adott egyén és/vagy társadalom viselkedése is befolyásolhatóvá válhat a tudatos és nem tudatos – nem megfigyelhető – rétegek változásának eredményeképpen. A kerék középpontja körül hét szakpolitikai kategória található, melyek ezen beavatkozások megvalósulását befolyásolják és lehetővé teszik. Ez egy nem lineáris modell, egy viselkedési rendszer, amelyben – akárcsak a szakpolitikai

rétegen belül a funkciók és az intervenciók – a komponensek kölcsönhatásban állnak egymással. Annak érdekében, hogy az egyén és/vagy a társadalom egészséget befolyásoló viselkedése, egészségkultúrája pozitívan változzon, többféle intervenció eszközzel és többféle szakpolitikai irányból szükséges beavatkozni.<sup>6</sup>

A következő alkalmazott módszer az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatáshálónak az egészséges táplálkozás kormányzati és egyéb társadalmi szereplők általi támogatásának, szerepének lehetőségeit vizsgálja. Emellett az egészségbarát viselkedés kialakulásában szerepet játszó, a közöttük fennálló főbb kapcsolati irányokat és az azokat pozitív irányba befolyásolni képes hatásokat mutatja be egy ábra segítségével. [3. ábra]

2. ábra: A Viselkedésváltozás kereke modell<sup>4</sup>



Forrás: Michie S, et al (2011)

3. ábra: Egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló



Forrás: Csizmadia P. és mtsi (2014)

Az ábra megértéséhez elengedhetetlen az egészségbarát viselkedés kialakításában résztvevők pontosabb leírása. A kormányzat, törvényalkotás csoportjába nemcsak a központi szereplők, hanem a helyi önkormányzatok és képviselőtestületek is beleértendők. Az intézmények, szervezetek megnevezés főként az államigazgatási, egészségügyi, oktatási intézményeket, és non-profit szervezeteket fedti; a gyártók, termelők, forgalmazók, szolgáltatók (továbbiakban gazdasági szereplők) körébe pedig valamennyi hasonló tevékenységet végző csoport, tehát például az egészségügyi szolgáltatók is beleértendők. A média csoportja valamennyi, kommunikációs tevékenységet végző szereplő összefoglaló megnevezése. Az egyének, csoportok, fogyasztók magukba foglalják például a családot, lakóközösségeket, a munkahelyi- és vallási közösségeket is.

A bemutatott ábra szereplőinek együttes, egy időben, egy irányba ható interakciójával vélhetően rövid idő alatt is számottevő eredményeket lehet elérni az egészségbarát viselkedés kialakításában Magyarországon.<sup>7</sup>

A fent bemutatott modellek és eszközök szintetizálása, valamint annak továbbfejlesztése képezte a közleményben ismertetett viselkedés megváltoztatását célzó beavatkozások tervezésének módszertani alapját a kiválasztott célcsoportra alkalmazva. A módszer újszerűsége abban rejlik, hogy míg a COM-B modellt az eredeti közleményben Michie és munkatársai az egyének és csoportok viselkedésének meghatározó tényezőire alkalmazták, jelen közlemény szerzői azonban kísérletet tesznek azt a fentebb ismertetett hatásháló társadalmi szereplőire is alkalmazni. A szerzők a viselkedés megváltoztatást



célzó beavatkozási irányok tervezését a Michie és munkatársai által összeállított, beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> mentén haladva, valamint azt továbbgondolva, a hatásháló rendszerében elhelyezve igyekeztek megvalósítani.

## EREDMÉNYEK

A fent bemutatott módszertan alkalmazásával a szerzők a kiválasztott célcsoport (5. osztályosok 1. csoportja) illetve azonosították a viselkedésük jellemzőit, a viselkedést előidéző és determináló problémákat, az ehhez illeszthető beavatkozásokat, valamint a hozzájuk kapcsolódó színtereket és a különböző társadalmi szereplőknek a megvalósításban elvárt funkcióit. Ennek eredményeként a szerzők az 5. osztályos tanulók egészségtelenül táplálkozó csoportját, mint életstílust, valamint annak befolyásoló tényezőit helyezték fókuszba, kiegészítve olyan szemponttal, amely számba veszi, hogy milyen változtatásokra, beavatkozásokra van szükség a viselkedés megváltoztatásához, konkrét példákkal, beavatkozási javaslatokkal valamint a megvalósítók megjelölésével.

A célcsoport főbb jellemzői az egészségtelen táplálkozás, sok számítógép és televízió előtt eltöltött idő, az iskolához kapcsolódó negatív attitűd, melynek következtében nem szeretik az iskolához kötődő tevékenységeket és nem tartják hasznosnak az ott tanultakat. Az iskolával kapcsolatos negatív attitűd mellett a szülők alacsony társadalmi-gazdasági státusza és a faluhelyen lévő lakóhely is nehezíti a beavatkozás megfelelő színterének kiválasztását. A célcsoport egészségstílusát figyelembe véve a viselkedés megváltoztatását elősegítő beavatkozások tervezése szempontjából az iskola feltételezhetően megfelelőbb színtér lehet. Annak érdekében, hogy az iskolában megvalósuló egészségfejlesztési programok elérjék céljukat, először a célcsoport iskolával szembeni negatív attitűdjét, iskolához fűződő viszonyát kell pozitívrá változtatni. Tehát olyan beavatkozások tervezésére van szükség, amelyek a tanulók számára az iskolában sikerélményt nyújtanak, növelik önbizalmukat.

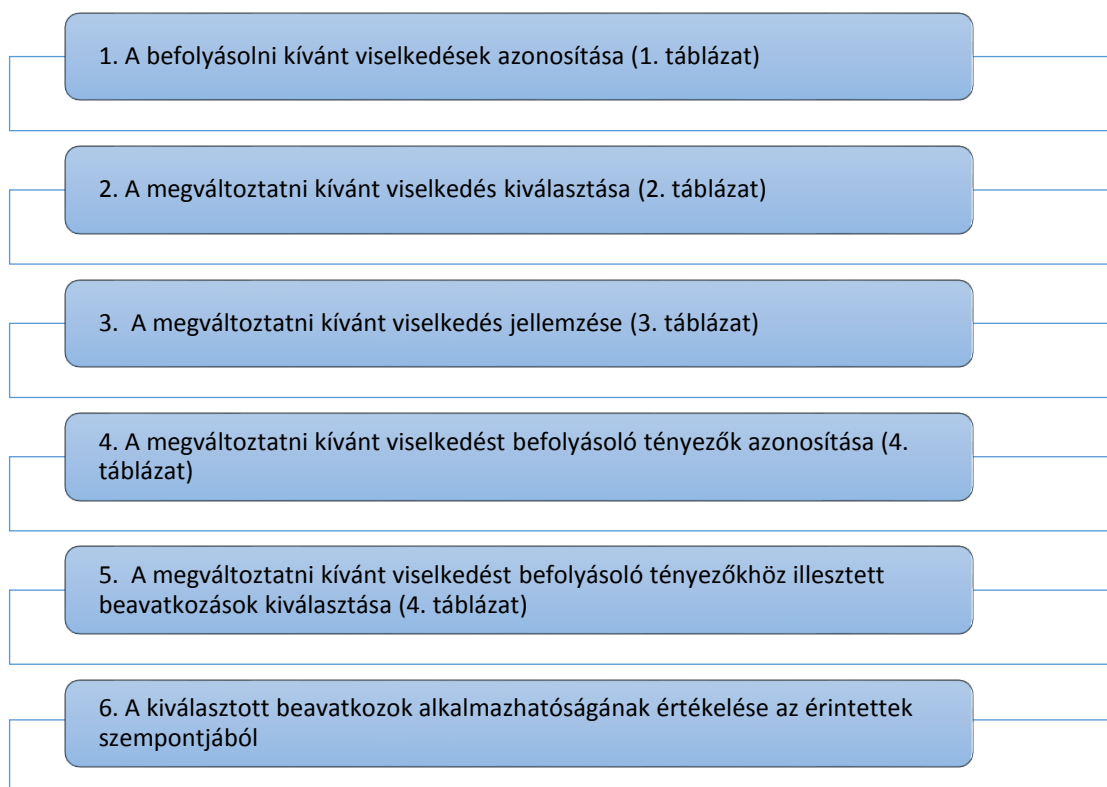
Fontos megjegyezni továbbá, hogy az 5. osztályos tanulók viselkedése – hasonlóan bármely más társadalmi csoportéhoz – mélyen beágyazott, nemcsak a

szülők, a család, hanem más társadalmi szereplők által alkotott tágabb környezetbe is. Ily módon belátható, hogy a tágabb környezet egészségbarát táplálkozást elősegítő viselkedése meghatározó lehet a célcsoport viselkedésére nézve. Emiatt a szerzők a hatáshálóban bemutatott társadalmi szereplők releváns viselkedését és az azt befolyásoló tényezőket is azonosították a COM-B modell alapján. Így tehát egyrészt a célcsoport, másrészt – az annak viselkedésére hatással lévő – társadalmi szereplők viselkedését módosító beavatkozások tervezésére mutatnak be módszertant. Már előljáróban szükséges hangsúlyozni, hogy a javasolt beavatkozások példa jellegűek, tehát semmiképp nem tekinthetők kizárólagosnak, másrészt megvalósításuk nyilvánvaló feltétele az érintettek bevonásával történő részletes kidolgozás.

A bemutatott módszerek segítségével a viselkedés megváltoztatását célzó beavatkozások tervezési lépéseinek megalkotásakor a szerzők nagyban támaszkodtak a Viselkedésváltoztatás kereke elektronikus könyvében foglalt útmutatójára, illetve annak mellékletét képező munkafüzetre.<sup>8</sup> A beavatkozások tervezéséhez a munkafüzet alapján kidolgozott viselkedésváltoztatási módszertan lépéseit a 4. ábra mutatja be. A lépések kidolgozásához az ábrán jelzett segédtablák nyújtanak segítséget.

Az 5. lépést, azaz a beavatkozások kiválasztásának lépését valamennyi társadalmi szereplő (a közintézmények és non-profit szervezetek, a gazdasági szereplők, a média, a kormányzat és a képviselőtestületek) viselkedésének megváltoztatására is alkalmazni szükséges. Azok ugyanis egyrészt közvetlen hatással vannak a vizsgált célcsoport viselkedésére, másrészt a többi társadalmi szereplőn keresztül közvetve is befolyásolják a célcsoport magatartását. A társadalmi szereplők viselkedését befolyásoló tényezők és annak megváltoztatására szolgáló beavatkozások a 4. táblázatban elkülönítve kerültek feltüntetésre. Ezt követően az egészségkockázatot jelentő viselkedések megváltoztatását célzó lehetséges beavatkozási irányok azonosítása történik.

4. ábra: A megváltoztatni kívánt viselkedést célzó beavatkozás tervezési lépései



Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

A beavatkozások tervezésekor az első feladat a megváltoztatni szándékozott magatartás, a szintér és a közvetlenül érintettek körének meghatározása. [1. táblázat]  
 A 2. segédtábla a beavatkozás hatásosságának előzetes értékelését teszi lehetővé, oly módon, hogy a tervezők a megváltoztatni szándékozott viselkedésekre egyenként, négy különböző szempontból, egy

1-4-ig terjedő skálán megbecsülik a várható hatást. Feltételezhetően annak a viselkedésnek a megváltoztatása a legígéretesebb, amelyik az értékelésben a legalacsonyabb pontszámot éri el. [2. táblázat]  
 A következő lépés a fenti módszerrel kiválasztott, megváltoztatni kívánt viselkedés mélyrehatóbb jellemzése. [3. táblázat]

1. táblázat: Segédtábla a befolyásolni kívánt viselkedés kiválasztásához

<b>A befolyásolni kívánt viselkedés megnevezése:</b>	Egészségtelen táplálkozás, túlzott képernyőhasználat, könyvolvasás hiánya
<b>Hol fordul elő ez a viselkedés?</b>	Otthon, iskola
<b>Milyen célcsoport körében fordul elő?</b>	5. osztályos tanulók

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

2. táblázat: Segéd tábla a megváltoztatni kívánt viselkedés kiválasztásához

A megváltoztatni kívánt lehetséges viselkedések listája	A viselkedésváltoztatás hatása (1 – nagyon ígéretes, 2 – ígéretes, 3 – kevésbé ígéretes, de megfontolásra érdemes, 4 – elfogadhatatlan)	A viselkedés megváltozásának valószínűsége (1 – nagyon ígéretes, 2 – ígéretes, 3 – kevésbé ígéretes, de megfontolásra érdemes, 4 – elfogadhatatlan)	Tovagyűrűző hatás (1 – nagyon ígéretes, 2 – ígéretes, 3 – kevésbé ígéretes, de megfontolásra érdemes, 4 – elfogadhatatlan)	Mérhetősége (1 – nagyon ígéretes, 2 – ígéretes, 3 – kevésbé ígéretes, de megfontolásra érdemes, 4 – elfogadhatatlan)
Egészségtelen ételek fogyasztása: (gyakori szénsavas üdítőital-, energiaital-, chips-, gyorséttermi étel-, édességfogyasztás)	2	1	2	1
Televízió nézéssel, számítógépezéssel töltött idő számottevő	3	2	2	1
Könyv olvasás hiánya	2	2	1	2
<b>A kiválasztott viselkedés</b>	Egészségtelen ételek fogyasztása (gyakori szénsavas üdítőital-, energiaital-, chips-, gyorséttermi étel-, édességfogyasztás)			

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

3. táblázat: Segéd tábla a kiválasztott, megváltoztatni kívánt viselkedés jellemzésére

<b>A kiválasztott, megváltoztatni kívánt viselkedés</b>	Egészségtelen ételek fogyasztása: (gyakori szénsavas üdítőital-, energiaital-, chips-, gyorséttermi étel-, édességfogyasztás)
<b>Kiket érint a megváltoztatni kívánt viselkedés?</b>	5. évfolyamos tanulók, szülők, iskola, kormányzati döntéshozók, gyártók, szolgáltatók
<b>Milyen változtatásokra van szükség a kívánt viselkedés eléréséhez?</b>	Ételkínálat javítása; egészségkockázatot jelentő ételek hozzáférhetőségének korlátozása; gyermekek és szüleik egészségesebb választásának ösztönzése
<b>Mikor van szükség a megvalósításra?</b>	Mindenkor
<b>Hol kerülhet sor a megvalósításra?</b>	Iskola, háztartás, közterület, élelmiszerüzletek
<b>Milyen gyakran szükséges beavatkozni?</b>	Állandó jelleggel
<b>Kikre van szükség a megvalósításhoz?</b>	Egyén, kortársak, szülők, tanárok, kormányzat, gyártók, szolgáltatók, intézmények, szervezetek, média

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

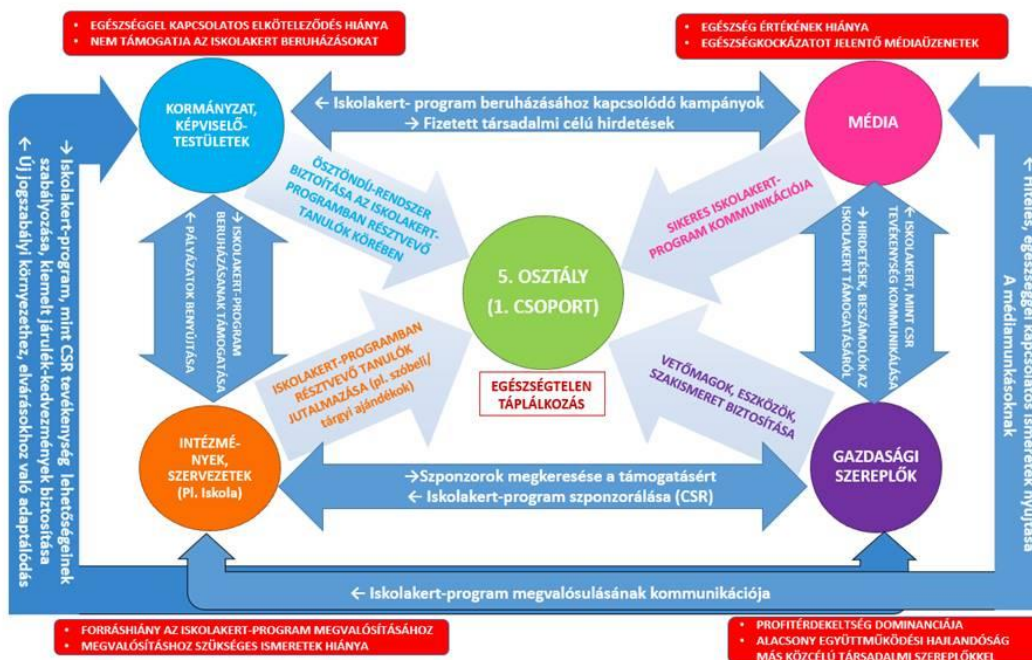
A 4. lépés során a célcsoportra és minden társadalmi szereplőre külön-külön, a COM-B modell alkalmazásával, meghatározzák a megváltoztatni kívánt viselkedésük befolyásoló tényezőit. Ezt követően az 5. lépésben egy konkrét beavatkozási példán keresztül a társadalmi szereplőket, mint befolyásoló tényezőket vizsgálják meg annak érdekében, hogy azonosítsák azokat az egészségkockázatot jelentő/támogató viselkedéseket, melyek a kiválasztott célcsoport egészségstílusát negatív irányba befolyásolják. [5. ábra: Az 5. osztály egészségtelen táplálkozást befolyásoló társadalmi szereplőinek viselkedése és annak megváltoztatására irányuló lehetséges beavatkozási irányok hálója az iskolakert-program példáján keresztül] Az ábra az iskolakert kialakításának példáján keresztül szemlélteti a kiválasztott célcsoport egészségtelen táplálkozását befolyásoló társadalmi szereplők viselkedéseit és azok megváltoztatását célzó iskolakert-beavatkozás többirányú, több társadalmi szereplő bevonásával megvalósuló folyamatának modelljét. Az ábra kulcsszereplői a kör alakzatban elhelyezett különböző társadalmi szereplők, valamint közepén, a kiválasztott célcsoport (5. osztály 1. csoportja), amelynek megváltoztatandó viselkedését (egészségtelen táplálkozás) társadalmi szereplők vi-

selkedésével, illetve beavatkozásával kívánunk megváltoztatni. Minden társadalmi szereplőnél megjelennek az azonosított – adott társadalmi szereplő egészséggel kapcsolatos viselkedését negatívan befolyásoló tényezők. Az ábrán szereplő nyilak a társadalmi szereplők egymásra gyakorolt hatását, befolyását szemléltetik, egy-egy lehetséges beavatkozási tevékenység példájával kiegészítve, amely az azonosított negatív befolyásoló tényezőket igyekszik pozitív irányba befolyásolni. A nyilak – a célcsoport kivételével – kétirányúak, amely azt hivatott jelölni, hogy az adott társadalmi szereplők viselkedésükkel – például társadalmi felelősségvállalással (CSR – *Corporate social responsibility*) – és tevékenységeikkel nem csak az adott célcsoport viselkedését, hanem egymás viselkedését is befolyásolhatják tevékenységeiken keresztül.

Az ábra szerkesztésével a szerzők egy adott viselkedés befolyásoló tényezőinek és azok kezelésének komplexitását/összefüggéseit igyekeztek szemléltetni.

Ezt követően az egészségkockázatot jelentő viselkedések megváltoztatását célzó lehetséges beavatkozási irányok azonosítása történik. [4. táblázat - 9. táblázat]

5. ábra: Az 5. osztály egészségtelen táplálkozást befolyásoló társadalmi szereplőinek viselkedése és annak megváltoztatására irányuló lehetséges beavatkozási irányok hálója az iskolakert-program példáján keresztül



Forrás: Csizmadia P. et al (2014) Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló c. tanulmánya alapján saját szerkesztés

4. táblázat: Segéd tábla az 5. osztályos tanulók 1. csoportjában megváltoztatni kívánt közvetlen viselkedést befolyásoló tényezők és a megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK <sup>i</sup>	MEGVALÓSÍTÓK
Fizikai képesség	n.r. <sup>ii</sup>	n.r.	n.r.
Pszichológiai képesség	Lehangolt érzelmi állapot, alvásproblémák, önbizalomhiány, megküzdési képességek hiányosságai.	Sikerélményt kínáló, bevonó közösségi programok szervezése (pl. iskolakert program kiépítése).	Iskola (kiemelt közintézmény); Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
Fizikai környezet	Hozzáférés az egészségkockázatot jelentő élelmiszerekhez (szénsavas üdítőitalok, chips), otthon, iskolában, üzletekben.	Egészségkockázatot jelentő élelmiszerekhez való hozzáférés korlátozása az iskolában (pl. iskolai büfé és a közétkeztetés kínálatának szabályozása, iskolakert program kialakítása).	Kormányzatok, képviselőtestületek.
Társas környezet	Alacsony társadalmi-gazdasági státusz, negatív szülői és kortárs minta.	Szülők és kortársak oktatása az egészségbarát táplálkozással kapcsolatos ismeretekről (pl. a családdal közösen megoldandó házi feladatok, ismeretterjesztő foglalkozások, előadások).	Iskola (kiemelt közintézmény); Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
Reflektív motiváció	Iskolához kapcsolódó negatív attitűd.	Iskolai sikerélmények biztosítása, önbizalom erősítése (pl. számítógépes verseny, ételkészítési verseny).	Iskola (kiemelt közintézmény); Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
Automatikus motiváció	Önbizalomhiány, megküzdési képességek alacsony szintje.	Támogató, befogadó iskolai légkör kialakítása (pl. önbizalom és megküzdést elősegítő oktatási módszerek alkalmazása).	Iskola (kiemelt közintézmény)

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

<sup>i</sup> A beavatkozás jelen értelmezésében csupán irányokat jelöl ki, amelynek részletes kifejtése és megtervezése a döntéshozók, szakemberek és további érdekhordozók együttműködésén kell alapulnia a továbbiakban.

<sup>ii</sup> n.r. = nem releváns, az adott dimenzióban nem értelmezhető

5. táblázat: Segéd tábla az iskolának (mint kiemelt közintézménynek) az 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló más társadalmi szereplők együttműködésbe való bevonás hiányának megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK	MEGVALÓSÍTÓK
<b>Fizikai képesség</b>	Iskolai étkeztetés infrastruktúrája, iskolai étkeztetés és büfé termékinálata az egészség szempontjából nem megfelelő; Iskolai számítógépes infrastruktúra hiányosságai.	Infrastruktúra fejlesztésének és ételkínálat átalakításának támogatása (pl. tankönyv kialakításához, iskolakert kiépítéséhez anyagi támogatása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek.
<b>Pszichológiai képesség</b>	Pedagógusok egészséggel kapcsolatos ismereteinek hiányosságai; Iskolai egészségkultúra kialakításához szükséges pedagógiai módszertani problémák; Pedagógusok szakmai hiányosságai.	Pedagógusképzés egészség szempontú fejlesztése (pl. egészségbarát táplálkozással, megküzdési képességekkel); Pedagógusok pszichés képességeinek és készségeinek fejlesztése (pl. szupervízió, csoportfoglalkozások); A pedagógusképzés és foglalkoztatás felvételi kritériumának szigorítása (pl. pszichológiai alkalmasság kiemelt súlyozása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.
<b>Fizikai környezet</b>	Környező élelmiszerboltok kínálatának hiányosságai; Külső sportlétesítmények, közösségi terek, helyiségek hiányosságai.	Környező élelmiszerboltok egészségbarát kínálatának kialakítása (pl. termékeknek az üzlet polcain való egészségbarát elhelyezése; szabályozás, adókedvezmények); Külső sportlétesítmények, közösségi terek, helyiségek, eszközök iskolások számára hozzáférhetővé tétele (pl. sportszerek, klubhelyiségek megnyitása az iskola és a lakosság számára).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek.
<b>Társas környezet</b>	Az adott iskola (mint kiemelt közintézmény) és más közintézmények (pl. iskolák), szervezetek, valamint a helyi média és gazdasági szereplők együttműködésének gyengeségei.	Iskolán kívüli társadalmi szereplőkkel való együttműködés fejlesztése (pl. iskolák közötti vetélkedők szervezése, intézménylátogatások); Iskolának a helyi közösségben történő szerepvállalása (pl. számítógép-kezelés oktatása idősebbeknek, könyvtár, tornaterem megnyitása a lakosság számára); Helyi média és az iskolai média közös szerepvállalása (pl. az egészséggel kapcsolatos üzenetek terjesztése, közös kampányok).	Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Reflektív motiváció</b>	Nem érdekelt a másokkal való együttműködésben.	Egészségbarát iskolai kultúra kialakításának és más társadalmi szereplőkkel történő együttműködés ösztönzése (pl. teljes körű iskolai egészségfejlesztési <sup>iii,9</sup> támogató pályázatok kiírása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek
<b>Automatikus motiváció</b>	Más társadalmi szereplőkkel való együttműködés kultúrájának gyengesége.	Együttműködés lehetséges korlátainak lebontása (pl. az iskola nagyobb önállóságának biztosítása szabályozással); Helyi társadalmi szereplők iskolákat támogató tevékenységének ösztönzése (pl. adókedvezmény a helyi gazdasági szereplőknek a közétkeztetésben való részvétellel).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Média.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

<sup>iii</sup> A teljes körű iskolai egészségfejlesztés megvalósítását – összhangban a Teljes Körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptióval (<http://projektek.egeszseg.hu/web/tie/tudastar>) – a tanulók testi és lelki egészségére, a teljes iskolai közösségre, több társadalmi szereplő bevonására vonatkozóan értelmezik.

6. táblázat: Segéd tábla a gazdasági szereplőknek 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló egészségkockázatot jelentő élelmiszer, étel termelésének, gyártásának, forgalmazásának megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK	MEGVALÓSÍTÓK
<b>Fizikai képesség</b>	Egészségkockázatot jelentő élelmiszerek előállítására alkalmas berendezések, eljárások alkalmazása.	Egészségbarát élelmiszer, étel előállításához, kínálatához szükséges infrastruktúra fejlesztése (pl. gyártósor átalakítása, célzott kormányzati pénzügyi ösztönzők alkalmazása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők.
<b>Pszichológiai képesség</b>	Élelmiszerek, ételek egészségkockázati jellemzőinek csökkentéséhez szükséges ismeretek hiányosságai; Az egészségkockázatot jelentő termékek reklámozása, hirdetésének lehetősége és gyakorlata.	Élelmiszerek, ételek egészségkockázati jellemzőinek csökkentéséhez szükséges ismeretek átadása (pl. egészségbarát közétkeztetéssel kapcsolatos előadások tartása, tájékoztató anyagok, ajánlások eljuttatása); Az egészségkockázatot jelentő termékek reklámozásának, hirdetésének korlátozása (pl. médiatörvény vonatkozó rendelkezéseinek szigorítása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.
<b>Fizikai környezet</b>	Egészségbarát élelmiszerek, ételek hozzáférhetőségeinek nehézségei, ill. ilyeneket előállító, forgalmazó, szolgáltató gazdasági szereplők hiánya.	Egészségbarát élelmiszerek, ételek hozzáférhetőségeinek növelése (pl. adókedvezmények biztosítása a magas tápértékű élelmiszerek előállításához).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők.
<b>Társas környezet</b>	Egészségbarát élelmiszereket, ételeket előállító, forgalmazók, szolgáltatók gazdasági versenytársainak hiánya; Egészségtudatos lakosság hiánya.	Egészségbarát élelmiszereket előállító, forgalmazók, szolgáltatók közötti gazdasági verseny előmozdítása (pl. egészségbarát technológiát alkalmazó vállalkozások indításának támogatása); Egészségtudatosság növelése oktatás, képzés, kommunikációs kampányok által.	Kormányzatok, képviselőtestületek; Gazdasági szereplők; Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Reflektív motiváció</b>	A termelők, gyártók, forgalmazók, szolgáltatók nem érdekeltek eléggé az egészségbarát szempontoknak való megfelelésben.	A gyártók, termelők, forgalmazók, szolgáltatók támogatása az egészségbarát élelmiszerek, ételek hozzáféréseinek növelése érdekében (pl. adópolitika, beruházás támogatása); A verseny növelésének elősegítése az egészségbarát élelmiszerek, ételek piacán (pl. kormányzati szabályozás); Fogyasztói elvárások, igények növekedésének elősegítése (pl. média kampányok, közintézmények állásfoglalásai).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Automatikus motiváció</b>	Az egészség értékének a vállalkozási kultúrában megfigyelhető hiánya.	Az egészség értékének vállalkozási kultúrában történő érvényesülésének elősegítése (pl. a fogyasztók egészségét még inkább szem előtt tartó élelmiszer-címkék jogszabályi előírása <sup>iv</sup> ).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Gazdasági szereplők; Média.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

<sup>iv</sup> A jogszabály az egészség megőrzését támogatja, ezáltal az adott kultúrában élők, így a gazdasági döntéshozók gondolkodását és viselkedését is befolyásolja.

7. táblázat: Segéd táblázat a kormányzat és képviselőtestületek 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló jogszabályalkotási és finanszírozási tevékenységének megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK	MEGVALÓSÍTÓK
<b>Fizikai képesség</b>	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Pszichológiai képesség</b>	Egészségkockázatot jelentő élelmi-szerekhez, ételekhez és az egészségbarát táplálkozáshoz kapcsolódó ismeretek hiányosságai.	Az egészségbarát táplálkozás előmozdításához szükséges döntéshozókat célzó ismeretek biztosítása, ajánlások előállítása, eljuttatása (pl. döntéshozó-kutató találkozók szervezése).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.
<b>Fizikai környezet</b>	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Társas környezet</b>	Az együttműködés hiányosságai az egészségbarát táplálkozásban érintett más társadalmi szereplőkkel a döntéshozás során; Gazdasági szereplők egészségkockázatot növelő lobbitevékenysége.	Más társadalmi szereplők, ágazatok bevonása a döntés-előkészítésbe (pl. egészségügyi szaktanácsadók alkalmazása a döntés-előkészítésben); A döntés-előkészítés nyilvánosságának biztosítása (pl. nyílt egyeztetések, nyilvános szerződések).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Gazdasági szereplők; Média.
<b>Reflektív motiváció</b>	A döntéshozók számára nem feltétlenül elsőrendű érdek az egészségbarát táplálkozás előmozdítása.	A döntés-előkészítésben és döntéshozásban résztvevők egészségbarát táplálkozással kapcsolatos attitűdjének kedvező irányú változtatása (pl. médiakampány az élelmiszercímkezés javításáért).	Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Automatikus motiváció</b>	Az egészség értékének a döntéshozás kultúrájában megfigyelhető hiányosságai.	Az egészség értékének a döntéshozás kultúrájában történő növelése (pl. jogszabály az egészségügyi ágazati szereplők bevonására, szakértők alkalmazására a döntés-előkészítésbe).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés



8. táblázat: Segéd táblázat a közintézmények, szervezetek 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló tudás-előállító és átadó tevékenységének megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

A MEGVÁLTOZTATNI KÍVÁNT VISELKEDÉST BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK		VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK	MEGVALÓSÍTÓK
<b>Fizikai képesség</b>	Hiányos az infrastruktúra, anyagi és humán erőforrás az egészségbarát táplálkozás előmozdításához szükséges vizsgálatok elvégzéséhez.	Infrastruktúra, anyagi és humán erőforrás fejlesztése az egészségbarát táplálkozás előmozdításához szükséges vizsgálatok elvégzéséhez (pl. költségvetési keret növelése, kutatások megrendelése, projektek kiírása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.
<b>Pszichológiai képesség</b>	Egészségbarát táplálkozás előmozdításával kapcsolatos és a tudásátadás módszereire vonatkozó ismeretek hiányossá-gai.	Egészségbarát táplálkozás előmozdításával kapcsolatos és a tudásátadás módszereire vonatkozó ismeretek fejlesztése (pl. szakmai fórumok rendezése, továbbképzések tartása, interdiszciplináris munkacsoportok kialakítása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Gazdasági szereplők.
<b>Fizikai környezet</b>	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Társas környezet</b>	Más társadalmi szereplők szakmai elismerésének, bizalmának hiánya.	Szakmai elismerés, bizalom növelését célzó tudományos tevékenységek támogatása (pl. tájékoztatás tudományos sikerekről, részvétel más társadalmi szereplők problémáinak megoldásában).	Közintézmények, szervezetek; Média.
<b>Reflektív motiváció</b>	Más társadalmi szereplőkkel való együttműködés egészségbarát témában előforduló érdekellentétei; Szakmai konszenzus hiánya.	Az egészséget támogató együttműködés érdekeltiségeinek megteremtése (pl. együttműködési kötelezettség jogszabályban történő lefektetése); Szakmai álláspontok közelítését célzó egyeztetések szervezése (pl. kerekasztal beszélgetések szervezése).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek; Gazdasági szereplők.
<b>Automatikus motiváció</b>	A szakmai igényesség, más társadalmi szereplőkkel való együttműködés kultúrájának gyengesége.	Szakmai verseny és együttműködés előmozdítását célzó intézkedések (pl. szakmai minősítési rendszer bevezetése, élethosszon át történő tanulás előmozdítása; együttműködés lehetséges korlátainak lebontása (pl. nagyobb önállóság biztosítása).	Kormányzatok, képviselőtestületek; Közintézmények, szervezetek.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

9. táblázat: Segéd táblázat a média 5. osztályos tanulók 1. csoportjának egészségtelen táplálkozását befolyásoló kommunikációs tevékenységének megváltoztatására irányuló beavatkozások azonosítására

	MEGVÁLTOZT KÍVÁNT VISELKEDÉS	VÁLASZTOTT BEAVATKOZÁSOK MILYEN BEAVATKOZÁSOKRA VAN SZÜKSÉG?	MEGVALÓSÍTÓK
<b>Fizikai képesség</b>	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Pszichológiai képesség</b>	A médiamunkások nem megfelelő, kevésbé hiteles forrásból származó egészséggel kapcsolatos ismeretei.	Hiteles egészséggel kapcsolatos ismeretek nyújtása a médiamunkásoknak (pl. speciális képzések, rendszeres sajtóreggelik, háttérbeszélgetések); Hiteles egészséggel kapcsolatos üzenetek biztosításának szabályozása.	Közintézmények, szervezetek; Kormányzatok, képviselőtestületek; Média.
<b>Fizikai környezet</b>	n.r.	n.r.	n.r.
<b>Társas környezet</b>	Gazdasági szereplők egészségkockázatot jelentő hirdetései; Gazdasági szereplők lobbijének köszönhető hirdetéseket nem eléggé korlátozó szabályozás; Nem eléggé egészségbarát fogyasztói elvárások.	Egészségbarát hirdetési szabályozás bevezetése (pl. jogszabályok szigorítása, adópolitika); A lakosság egészségkultúrájának fejlesztése (pl. közpénzből támogatott tv műsorok, iskolakeretek, tankönyhák).	Közintézmények, szervezetek; Kormányzatok, képviselőtestületek; Média.
<b>Reflektív motiváció</b>	Nem eléggé érdekeltek az egészségbarát táplálkozással kapcsolatos kommunikációban.	Egészségbarát táplálkozásra ösztönző médiatevékenységekre pályázati források biztosítása.	Közintézmények, szervezetek; Kormányzatok, képviselőtestületek; Média.
<b>Automatikus motiváció</b>	Az egészség értékének a média kultúrában megfigyelhető hiányosságai.	Az egészségbarát médiakultúra kialakulásának előmozdítása, a média belső változási igényének megteremtése (pl. a lakosság egészségét még inkább szem előtt tartó tartalmak előállítása).	Gazdasági szereplők; Média.

Forrás: Michie S. et al (2014) által összeállított beavatkozások tervezéséhez készült útmutató<sup>8</sup> alapján, saját szerkesztés

A következő és egyben a beavatkozás megvalósítását megelőző további lépés az intervenciók funkciók ún. APEASE kritériumoknak, úgy, mint *affordability* (megfizethetőség), *practicability* (alkalmazhatóság), *effectiveness* és *cost-effectiveness* (hatékonyság, költség-hatékonyság), *acceptability* (elfogadhatóság); *side-effects/safety* (mellékhatások/biztonság), *equity* (igazságosság) való megfelelés-vizsgálata. Utóbbi minden társadalmi szereplő által érintett beavatkozás tervezésének folyamatába illetve szükséges szem előtt tartani.

A fenti táblázatban szereplő iskolakert kiépítésének – mint egy lehetséges jövőben kidolgozásra váró beavatkozási irány – példáját kiragadva, a teljeskörűség és kidolgozottság igénye nélkül, az APEASE kritériumok érvényesülését vizsgálták a szerzők az alábbiak szerint:

- a megfizethetőség szempontja abban az esetben teljesülhet, ha erre a célra megtörténik a forrásallokáció (pl. kormányzati infrastruktúra-beruházás útján);
- az alkalmazhatóság teljes mértékben megfelelőnek tűnik, mivel iskolakertek országsszerte több település iskolájában sikeresen megvalósultak már és működnek napjainkban is;
- a hatékonyság és költség-hatékonyság szempontjának érvényesülésére azonban nem állnak rendelkezésre adatok;
- az elfogadhatóságát előre láthatólag nem akadályozza a lakosság, sem pedig szakmai, politikai érdekek;
- nem mutatható ki összeférhetetlenség a hatályos jogszabályokkal és szakmai irányelvekkel sem;
- az esetlegesen felmerülő mellékhatások és biztonságosság tekintetében, az iskolakert művelése közben előforduló sérülés és baleset kockázata reális, bekövetkezése nem zárható ki;
- a beavatkozás méltányossággal kapcsolatos elvárásai maradéktalanul megvalósulnak, ugyanis az iskolakert a különböző társadalmi-gazdasági státuszú gyermekek ismereteit, társas készségeit, fizikai és lelki képességeit (testi és lelki egészségét) egyaránt fejlesztheti.

## MEGBESZÉLÉS

A jelenleg felvázolt módszer egy viszonylag újszerű megközelítés, amely a hatékony beavatkozások ki-fejlesztése érdekében a tervezéshez kapcsolódó gondolkodást vezetheti. Az alkalmazott modell integrálja az elmúlt évtizedek magatartás megváltoztatására vonatkozó számos elméletét.<sup>10,11</sup> A modell kidolgozására az elméleti és az alkalmazott pszichológia neves szakembereinek egy csoportja vállalkozott a 2000-es évek elején.<sup>12</sup> Az áttekintett elméletek összegzésével Michie és munkatársai megalkották a COM-B modellt, amely leírja az egészségmagatartás és az azt befolyásoló tényezők összetett hatásrendszerét.<sup>13</sup> Az eredeti közleményben egyénekre és közösségekre tervezték, a szerzők azonban ettől eltérően kitágították értelmezési keretét a társadalmi szereplőkre is. Azonban az így kifejlesztett módszer alkalmazásának működésképeségével és hatásosságával kapcsolatos mérések jelen közlemény keretein túlmutatnak. Az ily módon tervezett beavatkozások megközelítésének helyességét a továbbiakban hatásvizsgálatokkal lehet igazolni.

A szerzők által javasolt módszertannal komplex, több szintű és több társadalmi szereplő bevonásával hatásosnak ígérkező beavatkozások jelölhetők ki a társadalmi szereplők döntéshozói számára.

Fenti megállapításhoz csatlakozik Ban Ki-moon ENSZ főtitkár álláspontjával összhangban lévő, a Lancet folyóiratban közölt bizottsági közlemény<sup>14</sup> is. A közlemény szerint a legerőteljesebb beavatkozásnak a serdülők egészsége és jólléte érdekében ágazatközzinek, többszintűnek, valamint több alkotóelemmel rendelkezőnek kell lennie. Emellett a fiatalokat el kell kötelezni és képessé kell tenni arra, hogy részt vegyenek a felelősségvállalásban és a változás elérésében. Az új megközelítés strukturális, média, közösségi, online, iskolai elemeket valamint megelőző és egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó szolgáltatásokat tartalmaz. A Globális Stratégia szintén hangsúlyozza a felelősségvállalás fontosságát, az innovatív finanszírozás szükségességét és legfőképpen a – jelen közleményben társadalmi szereplőknek nevezett – érdekhordozók összehozását, beleértve magukat a serdülőket, mint a változás ügynökeit. Annak érdekében, hogy hatékonyan munkálkodjunk a serdülőkért a serdülőkkel, fontos az egészségügyi, oktatási, foglalkoztatási, kormányzati

és egyéb ágazatok érdekhordozóinak elkötelezése.<sup>15</sup>

Fontos megjegyezni, hogy egy adott célcsoport/társadalmi szereplő megváltoztatni kívánt viselkedését befolyásoló tényezők azonosítása során alkalmazott COM-B módszer tényezői – különös tekintettel a reflektív és automatikus motivációra – szintén hatással vannak egymásra. A társas környezet motivációs tényezői (pl. kulturális különbségek, hiányosságok az egészséges táplálkozást illetően) befolyásolják az egyén automatikus motivációját és visszahatnak arra, amely meghatározza a viselkedésüket, szokásaikat. Ha a társas motivációt képesek vagyunk befolyásolni, azzal elősegíthetjük az egyén automatikus, önmagára irányuló motivációjának (pozitív) változását is.

A társas motivációra hatással van a kultúra (szokások, elfogadott szerepek, normák, szabályok) me-

lyet akkor lehet a leghatékonyabban megváltoztatni – az egészséges táplálkozás tekintetében is –, ha a társadalom többi szereplőjét bevonva, azok rendelkezésre álló eszközeinek alkalmazásával történik a beavatkozás, ily módon megvalósítva a többszintű, több irányból történő beavatkozás igényét.

Jelen közlemény az egészségstílusokhoz illesztett beavatkozások azonosításához igyekszik segítséget nyújtani a népegészségügy szakemberei számára, annak érdekében, hogy a jövőben jól átgondolt, megtervezett beavatkozások kerüljenek megvalósításra több szinten, több ágazat, több társadalmi szereplőjének bevonásával. A népegészségügyi szakembereknek kulcsfontosságú szerepe van – módszertani, döntéstámogató szerepük mellett – a fenti szereplők párbeszédének elindításában, valamint a komplex beavatkozások körülményeit megtervezésének és megvalósításának menedzselésében.

<sup>1</sup> Eszter Balku et al. Egészségjelentés2015. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2015, Budapest.

[http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/asssets/files/news/egeszsegjelent-es-2015.pdf](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/asssets/files/news/egeszsegjelent-es-2015.pdf) (Elérve: 2016.06.09.)

<sup>2</sup> Balku E et al. Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I. – Felnőtt felmérés. Egészségfejlesztés, 57. évf. 2. szám (2016)

<sup>3</sup> Balku E et al. Healthstyle survey for segmenting Hungarian schoolchildren and adults – Methodology. Journal of Public Health (közlésre megküldve)

<sup>4</sup> Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Sci. 2011; 6: 42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42

<sup>5</sup> Kimmel Zs., Vitrai J: Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elegendőek-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. Egészségtudomány, IIX. Évfolyam, 2015. 3. szám

<sup>6</sup> Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J: Az egészségkultúra fogalma, vizsgálatának lehetőségei a köznevelési intézményekben. Egészségfejlesztés. Budapest. 2015/5-6. 2-13. oldal.

<sup>7</sup> Csizmadia P, Dr. Varsányi P, Ferencz M, Vitrai J. Az egészségbarát viselkedést befolyásoló hatásháló, Egészségfejlesztés, 2014;5-6:10-14

<sup>8</sup> Michie S, Atkins L, West R The Behaviour Change Wheel. A Guide to Designing Interventions (2014) Silverback Publishing <http://www.behaviourchangewheel.com/> (Elérve: 2016.06.10.)

<sup>9</sup> Teljes Körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptióval <http://projektek.egeszseg.hu/web/tie/tudastar> (Elérve: 2016.07.12)

<sup>10</sup> Glanz K, Rimer BK. Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice. Heal San Fr. 2005;83:52. doi: 10.1128/MCB.25.21.9532

<sup>11</sup> Morris et al. 2012 Applies Soil Ecology Elsevier, Volume 60. 2012. September

<sup>12</sup> Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. Qual Saf Health Care, 2005;14:26–33. doi: 10.1136/qshc.2004.011155

<sup>13</sup> Michie S, Abraham C. Interventions to change health behaviours: evidence-based or evidence-inspired? Psychol Health. 2004;19:29–49. doi: 10.1080/0887044031000141199

<sup>14</sup> Patton GC et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. The Lancet. 2016;387:2423–2478.

<sup>15</sup> Ban Ki-moon. Sustainability—engaging future generations now. The Lancet. 2016;387:2356–2358, 11  
DOI: 10.1016/S0140-6736(16)30271-9

# Az erősebb a gyengébb nem?

## Which is the stronger sex?

Szerzők: Csizmadia Péter✉, Balku Eszter  
*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

Beküldve: 2016.06.01.

**Összefoglaló:** A cikkben a nemek közötti egészséggel kapcsolatos különbségek kerülnek bemutatásra a nemzetközi és a hazai adatgyűjtések alapján. A férfiak halálzási és halandósági adatai világszerte, így hazánkban is kedvezőtlenek, amely adatok összefüggésben állnak a férfiakkal szemben támasztott társadalmi elvárásokkal. A férfiak egészségének javításához egy új egészségügyi és egészség prevenció szemléletre van szükség, amely igyekszik megváltoztatni a férfiak egészségmagatartását, növelve a szándékukat az egészségügyi szolgáltatások igénybevételére és csökkentve a rizikófaktorokat az egészségükkel kapcsolatban.

**Kulcsszavak:** nemek, férfi, nő, különbég, egészség

**Summary:** This article is an introduction which provides a concise overview of men, maleness and masculinity. We analyse national and international health data on the male population and provide a reviewing men's lifestyles, preventable risk factors, men's health behaviours. We present the overall state of men's health. We state the men's health is unnecessarily worse than can be expected. Finally we mention some good practices that can improve men's health.

**Keywords:** gender, man, woman, difference, health

## BEVEZETŐ

A férfiak és a nők egészsége közti eltérések okainak vizsgálata a nyolcvanas években került a népegészségügy figyelmébe, elsősorban az angolszász országokban. A téma hazánkban sem ismeretlen, hiszen Métneki János és Simon Tamás tollából több cikk megjelent az Egészségfejlesztés folyóiratban 2003-2005 között. A jelen anyagban leírtak nagymértékben támaszkodnak ezekre az előzményekre, azokat naprakész adatokkal frissítve.<sup>1,2</sup>

A nők és a férfiak különböznek egymástól, ez vitathatatlan és szemmel látható tény. Beszélhetünk megfigyelhető, elsődleges, elsősorban biológiai determinált különbségekről, illetve másodlagos jellegű, társadalmilag, kulturálisan meghatározott eltérésekről. E két tényezőt gyakran nem könnyű el-

különíteni egymástól, ennek megfelelően a kutatók véleménye eltér abban, hogy a nemi különbségeket elsősorban biológiai vagy inkább társadalmi, kulturális meghatározottságúnak tekintik. A nemi különbségek közül számos velünk született tulajdonság. Nemünk kromoszómáisan meghatározott, és az intrauterin fejlődésben kialakult nemi státusszal születünk. A férfiak és a nők viselkedését és nemi szerepeit lényeges módon alakítják a biológiai diszpozíciók (anatómia, hormonrendszer, agyi lateralizáció<sup>1</sup>).

A biológiai háttér hatással van a kulturális szerepekre is, és részt vesz a társadalmi szintű különbségek, a nemi szerepek, elvárások létrehozásában, a kulturális előírások és szabályok kialakításában, amelyek meghatározzák a társadalomban élő emberek szexuális attitűdjeit, szokásait.

<sup>1</sup> Szó szerint „oldalivá válás”, azaz a különböző funkciók, mint például a beszéd, az olvasás, az írás, vagy a számolás valamelyik agyféltekéhez köthetők. Ez a féltekei elrendeződés a lateralizáció.

## MÓDSZERTAN

A nemek közötti egészséggel kapcsolatos különbségek bemutatásához a nemzetközi és a hazai adatgyűjtések, illetve felmérések eredményeit összegeztük ebben a cikkben.

## EREDMÉNYEK

### Demográfiai különbségek

A nemek szerinti különbségek között kell említenünk az emberi népességekben rendszeresen megfigyelhető fiúszületési többletet. Születéskor a fiúk aránya általában meghaladja a lányokét, de a férfi túlsúly egy idő után eltűnik. Magyarországon a 2011-ben született csecsemők között 4%-kal több volt a fiú, mint a lány (100 csecsemőből 58 fiú és 42 lány), azonban ez a különbség a két nem között a kor előrehaladtával csökken, 40 éves kortól ez az arány megfordul, és női többlet jellemzi a magyar társadalmat. [1. ábra<sup>4</sup>]

Ugyanezt a folyamatot egy másik adattal az özvegyi családi státusz változásával is érzékeltethetjük. A 40 évesnél idősebb korcsoportokban az özvegyek elsősorban a nők közül kerülnek ki, amely adat a férfiak korai halálzására utal. [2. ábra<sup>4</sup>]

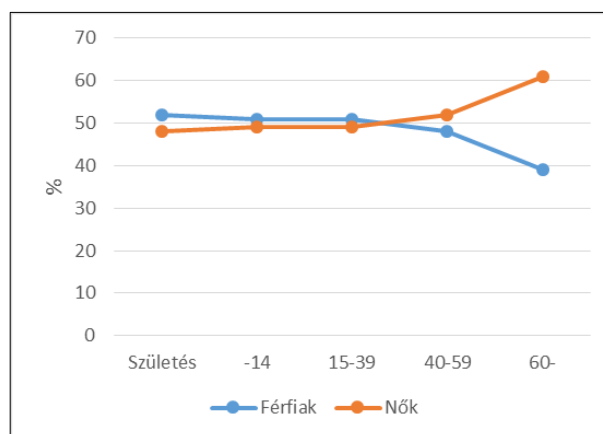
Mi lehet az oka ennek a változásnak? Napjaink társadalomtudományi diskurzusa a nemi szerepek különbségei kapcsán általában a nők hátrányára megnyilvánuló esélyegyenlőtlenségekre fókuszál, pedig van olyan terület, ahol a férfiak szorulnak nagyobb segítségre, ez pedig az egészség.

A statisztikai felmérések, de a közvetlen tapasztalatok is azt mutatják, hogy a házi- és a szakorvosi rendeléseken jóval kevesebb férfi jelentkezik egészségi problémáival, illetve kevesebben vesznek részt a szűrővizsgálatokban, mint a nők. Ebből arra is lehetne következtetni, hogy a férfiak egészségesebbek, kevesebb közöttük a beteg, mint a nők körében. A demográfiai és az egészségstatisztikai adatok viszont egyáltalán nem igazolják a férfiak jobb egészségi állapotát. Például a születéskor várható életkor adata, amely az egyik alapvető tájékoztató szám a lakosság egészségi állapotáról, világszerte és

így Magyarországon is, a férfi lakosság több éves hátrányát mutatja a nőkkel szemben. [3. ábra]

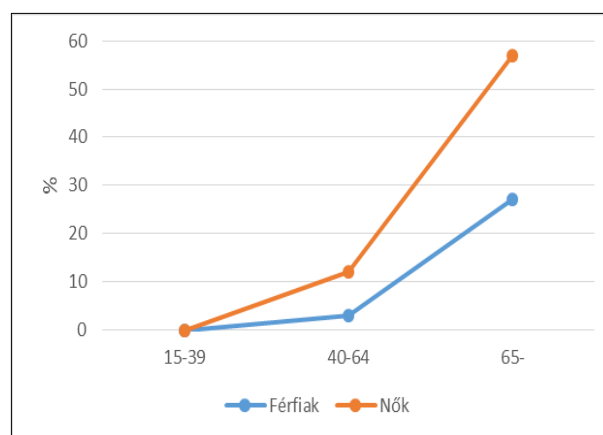
A várható élettartamban mutatkozó különbségeknek részben biológiai okai vannak. Például a tesztoszteron, a férfi nemi hormon túltengése esetén fokozódik az agresszív viselkedés, míg a női nemi hormonnak, az ösztrogénnek számos egészségvédő hatása van. Az ösztrogén védi az érfalakat, így csökken a kardiovaszkuláris megbetegedések kialakulásának esélye. Ez magyarázatul szolgálhat arra, hogy a kardiovaszkuláris megbetegedések miatt fordulnak elő nagyobb arányban általában a férfiak között.<sup>3</sup>

1. ábra: A nemek arányának változása az életkor növekedésével<sup>4</sup>



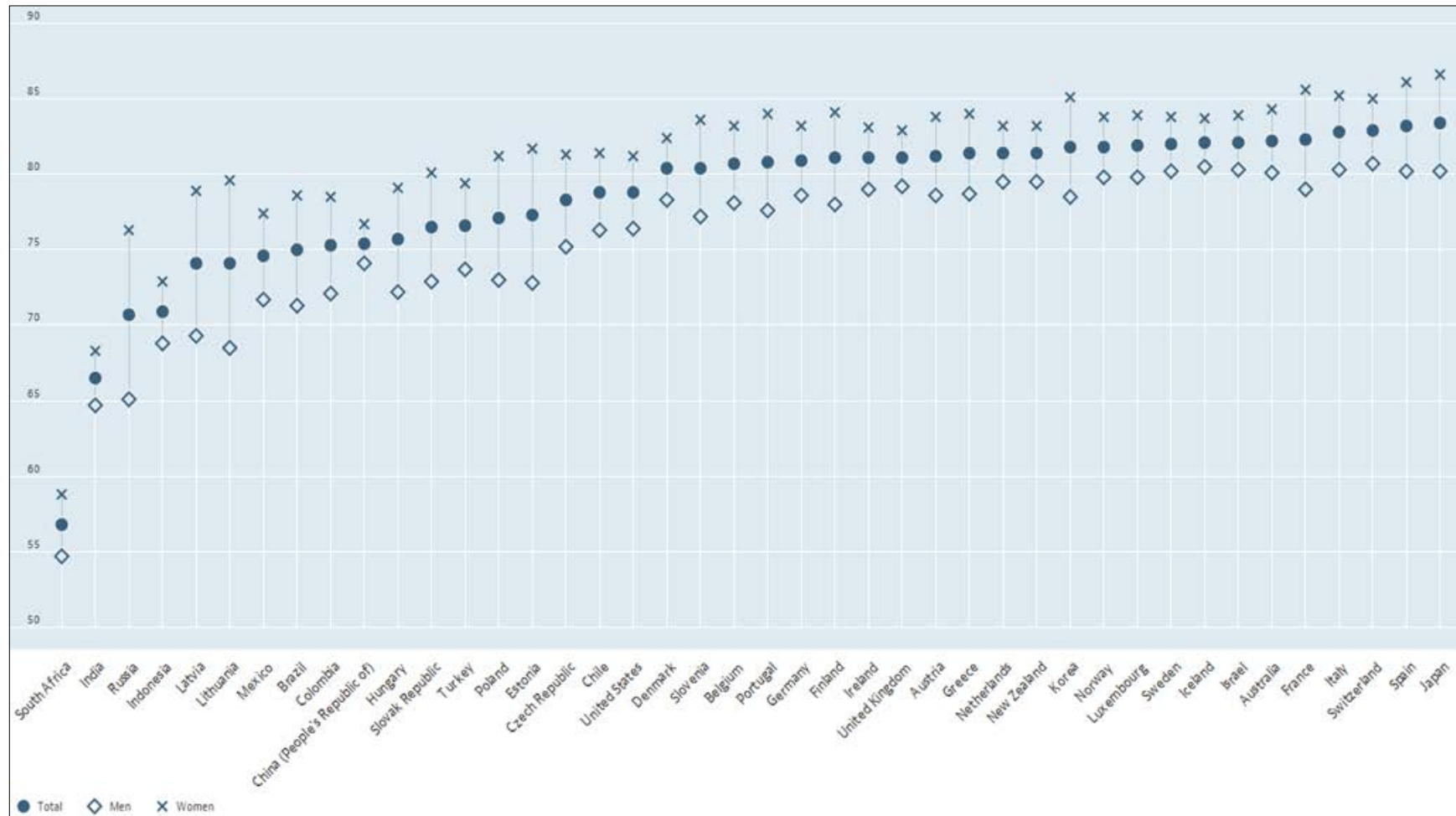
Forrás: KSH, Népszámlálás 2011

2. ábra: Az özvegyek arányának változása az életkor előrehaladtával<sup>4</sup>



Forrás: KSH, Népszámlálás 2011

3. ábra: Várható élettartam alakulása az OECD országokban, 2013<sup>5</sup>



Forrás: OECD, Gender Data Portal

A női nemi hormon protektív hatást fejt ki a bőrre, a nyálkahártyára.<sup>6,7</sup>

A férfiak és a nők szervezete között különbség van az immunválasz tekintetében is, mivel az ösztrogén stimulálja az immunválaszt, míg a tesztoszteron immunszuppresszív.<sup>8</sup> Ez a hatás hajlamosabbá teheti a férfiakat a fertőző megbetegedésekre, amely a férfiak életstílusából s az egészségmagatartásából fakadó tényezők miatt növelheti az egészségügyi problémák kialakulásának kockázatát.

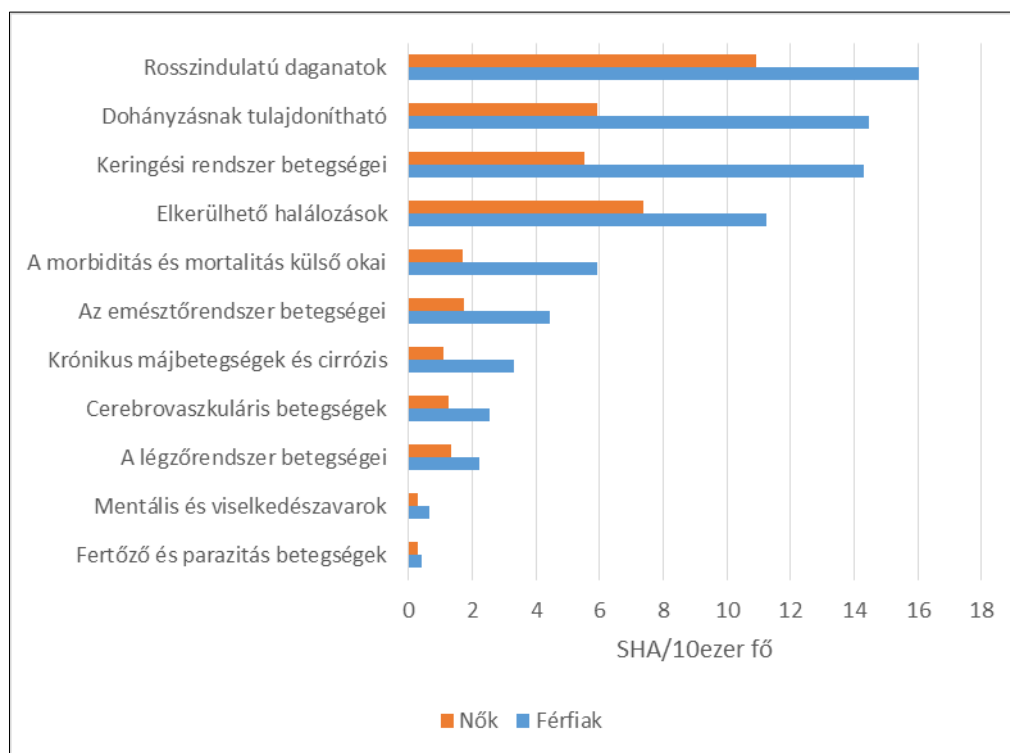
Részben szintén a biológia az oka annak is, hogy a nők gyakrabban találkoznak egészségügyi szakemberekkel, hiszen a fogamzásgátlás, a gyerekvállalás miatt sűrűbben kell orvoshoz, védőnőhöz fordulniuk.

Amennyiben a 65 év előtt bekövetkezett, a korai

standardizált halálozás nemenkénti eloszlását vizsgáljuk, akkor szintén arra jutunk, hogy a férfiak gyakrabban esnek áldozatul a daganatos, a szív- és érrendszeri megbetegedéseknek, a légzőrendszer kóros elváltozásainak, de gyakoribb a dohányzásnak tulajdonítható és külső okok miatti halálozás is, mint pl. a közlekedési balesetek. Lényegesen gyakoribb a férfiak körében az elkerülhető halálozások száma is, amely a megfelelő egészségügyi ellátás igénybevételével megelőzhető lenne. [4. ábra]

A halálozási adatokban mutatkozó éles eltérések magyarázatául, a pusztán biológiai indoklások elégtelenek. Az okok keresésében a szakemberek körében mindinkább a társadalmilag meghatározott nemi szerep, a gender vizsgálata került előtérbe.

4. ábra: Korai standardizált halálozás alakulása (SHA) nemenként, 2013<sup>9</sup>



Forrás: NEFI, Halandósági adatbázis

### Egészséggel kapcsolatos viselkedés

Fentiek értelmében a férfiak egészsége jelentősebb mértékben egyéni, magatartási, illetve társadalmi, környezeti tényezők által befolyásolt, mint a nőké.

A férfi társadalmi, és ebből adódóan önképét a magabiztosság, a kemény helyállás, a siker, a fizikai és lelki erő jellemzi. Ennek bizonyítására hajlamos akár az egészségét veszélyeztető helyzetek keresésére.<sup>10</sup> A férfiak például többen dohányoznak, mint a nők,



mindegy, hogy naponta, vagy alkalmanként gyűjtanak csak rá. [1. táblázat]

1. táblázat: Dohányzási státuszok megoszlása nemek között<sup>11</sup>

%	Férfi	Nő
<b>Naponta</b>	32,3	23,6
<b>Alkalmi</b>	1,5	1,1

Forrás: OEFI, Felnőtt Dohányzás Felmérés 2012

Már a fiúgyermek szocializálásában is elfogadott az előbb említett jellemvonások kialakítása, akár úgy is, hogy az a gyermek egészségét veszélyeztető helyzetekkel párosul. Ebbe a képbe a testi és a lelki bajok, a gyengeség, a betegség nem illenek bele, férfiatlannak minősülnek, kudarcként átéltek.<sup>12</sup> A férfiassággal kapcsolatos hiedelmek erősen befolyásolják a férfiakat az egészséggel kapcsolatos szolgáltatások igénybevételekor.<sup>13</sup> Például egy hosszú távú követéses vizsgálat feltárta, hogy azok a fiatal férfiak, akiknek tradicionális hiedelmek voltak a férfiasságról, szignifikánsabban ritkábban fordultak orvoshoz.<sup>14</sup> Ez az egyik fő oka annak, hogy a férfiak ritkán, és legtöbbször későn fordulnak orvoshoz, illetve veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat. Az orvosi rendelési időbeosztás, a hosszú várakozási idő, ennek a munkaidővel való ütközése, nehezíti a szolgáltatások igénybevételét, és elriasztja a férfiak jelentős részét.<sup>15-16</sup>

Kutatások kiemelik az orvos és a férfi kliensek közti kommunikáció javításának jelentőségét.<sup>17</sup> Ráadásul figyelembe kell venni, hogy a maszkulinitás ideológiája befolyásolhatja a férfi egészségügyi dolgozókat is, amelyből következően hajlamosak figyelmen kívül hagyni a férfi páciensek panaszait.<sup>18</sup> Magyar adatok is megerősítik, hogy a férfiak ritkábban járnak házi- és szakorvoshoz, illetve fogorvoshoz, mint a nők. 100 nőből 80 volt háziorvosnál, 66 szakorvosnál, 40 fogorvosnál az elmúlt egy évben, míg 100 férfiból 71 volt háziorvosnál, 52 szakorvosnál és 35 fogorvosnál.<sup>19</sup> Ezt a viselkedést támasztja alá a fentebb bemutatott elkerülhető halálozás alakulása is.

A betegség látszatát, az orvoshoz járkálást pedig sokan szintén a munkaalkalmasságuk bizonyítása miatt kerülik. Hasonló feszültséget jelent a munkahely megtartásáért folyó feszített, a férfiakat nagyobb mértékben érintő, egészséget is felőrlő helyzet, amely ugyanakkor még a betegség látszatának kerülnését is megköveteli.

Ebből adódik az is, hogy a javasolt és indokolt életmódi változtatást nehezen fogadják el a férfiak. A tapasztalatok szerint nagyrészt tájékozatlanok testi és lelki egészségi problémáik megoldási lehetőségeiről, és ezért szkeptikusak ezeket illetően.

A férfiak életmódja is sok vonatkozásban különbözik a nőkéétől. A táplálék mennyiségében, megválasztásában már az ifjúkortól egészségtelenebb szokásokat vesznek föl, amely abból adódhat, hogy a férfiak étkezéssel kapcsolatos ismeretei jóval korlátozottabbak, mint a nőké.<sup>20</sup> Mindez a korán jelentkező túlsúlyhoz és ezzel együtt járó betegségekhez vezethet. A 2. táblázatban látható, a férfiak és a nők a túlsúly eloszlása.

2. táblázat: Túlsúly eloszlása<sup>21</sup>

%	Férfi	Nő
<b>Túlsúly és elhízás</b>	63	61

Forrás: OÉTI, OTÁPii 2009

A 2009-es ELEF<sup>iii</sup> kutatás adatai közül a férfiak egészségtelenebb táplálkozását azzal szemléltethetjük, hogy ritkábban fogyasztanak zöldséget, de főként gyümölcsöt, mint a nők. [3. táblázat<sup>20</sup>; 4. táblázat<sup>20</sup>]

A férfiaknak be kell tölteniük a férji, az apai, a munkahelyi szerepet, valamint vállalniuk az anyagi biztonságért a felelősséget.<sup>22</sup> Ez a teher nem egyszer súlyos pszichés állapothoz, depresszióhoz, alkoholizmushoz vezethet.<sup>23</sup> A magyar adatok is igazolják, a férfiak gyakrabban fogyasztanak alkoholt, mint a nők. A férfiak 7,3%-a tartozik a nagyivók közé, míg a nőknek csak a 0,3%-a. [5. táblázat]

<sup>ii</sup> Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat

<sup>iii</sup> Európai Lakossági Egészségfelmérés

3. táblázat: Zöldség fogyasztásának gyakorisága<sup>20</sup>

%	Férfi	Nő
Napi két vagy több alkalommal	13,2	17,8
Naponta egyszer	35,2	38,6
Legalább hetente négyszer	25,4	22,3
Legalább hetente egyszer	19,6	16,3
Ritkábban, mint hetente egyszer	5,7	4,2
Soha	0,9	0,8

Forrás: KSH, ELEF 2009

4. táblázat: Gyümölcs fogyasztásának gyakorisága<sup>20</sup>

%	Férfi	Nő
Napi két vagy több alkalommal	25,8	35,3
Naponta egyszer	35,4	39,1
Legalább hetente négyszer	18,5	13,0
Legalább hetente egyszer	14,3	7,9
Ritkábban, mint hetente egyszer	5,4	4,1
Soha	0,6	0,4

Forrás: KSH, ELEF 2009

5. táblázat: Alkohol fogyasztás arányának megoszlása nemek között

%	Férfi	Nő
Nem fogyaszt	25,2	52,3
Alkalmi ivó	41,8	43,4
Mérsékelt ivó	24,2	3,9
Nagyivó	7,3	0,3
Mértéktelen ivó	1,5	0

Forrás: KSH, ELEF 2009

A férfiakra nehezedő eltérő elvárásokat Spéder Zsolt a következőképpen mutatja be:

„A közvélemény a férfiakkal szemben egyfajta ket-tős elvárásrendszert fogalmaz meg: egyidejűleg tartja szükségesnek a hagyományos kenyérkereső szerep betöltését, ugyanakkor részvételét is a gyermeknevelésben. ... Az a tény azonban, hogy interjú-alanyaink fele nem tartja lényegesnek, hogy az apák aktívan részt vállaljanak a gyermekgondozásban, arra utal, hogy a modern apai vonások mégsem terjedtek el markánsan, és a hagyományos kenyérkereső férfi/apa képe mélyen beívódott a magyar társadalomba.”<sup>23</sup>

A hagyományos férfiképből adódó munkahelyi szerepek egészségi rizikóhelyzetet jelentenek egyes, elsősorban férfiakat foglalkoztató munkahelyeken, mint például az építőipar, a gyáripar és a raktározás, valamint a közlekedés, és a bányászat. Statisztikai adatok szerint a munkahelyi halálos baleseteknek 95%-ban a férfiak az áldozatai, míg a nem halálos balesetek 76%-ban sújtják a férfiakat.<sup>13</sup>

#### Javasolt beavatkozás

A cikkben taglalt, a férfiakat hátrányosan érintő egészségterhek megszüntetésére a következőket javasoljuk:

- A férfiak egészségi állapotának sokoldalú feltárása.
- A férfiak tudatosságának megerősítése saját egészségükről, fizikai és pszichés problémáiknak kezelhetőségéről.
- Az egészségügyi szolgáltatások igénybevételeben és az életmódi változtatásokban jelentkező visszahúzó, ellenző férfi magatartásnak a megváltoztatása.
- Az egészségügyi szolgáltatásokban, elsősorban az alapellátásban fokozott figyelem biztosítása a férfiak egészségi problémáinak kezelésére.
- A maszkulinitás nyomatékosítása helyett az egészségtudatosság hangsúlyozása, az egészségtudatosság legyen része a férfi kultúrának.

A fentiek megvalósíthatóságára már nemzetközi jó gyakorlatok állnak rendelkezésre. Az Egyesült Királyságban a professzionális labdarúgó klubok részt vesznek olyan egészségintervenciókban, amelyek javíthatják a férfiak mentális egészségét. Ezek a beavatkozások sok esetben a fizikai aktivitás fokozásá-

val igyekeznek hatást kiváltani, a labdarúgás népszerűségét kihasználva, a szurkolók labdarúgó klubokhoz való szoros kötődésére építve igyekeznek a lelki egészséget támogatni. Kutatások bizonyítják, hogy a labdarúgó klubok segíthetnek a lelki egészséghez kapcsolódó ellátásokhoz való hozzáférésben, különösen a fiatal férfiaknál, akik között az ilyen jellegű segítség elfogadása stigmatizáló lehet.<sup>24</sup> A férfiak fizikai aktivitásának fokozására Skóciában egy 12, hetes magatartás változtatásra koncentrált programot alakítottak ki, amely az egészséges életmód elemei között elsősorban a testsúlycsökkentés és a fizikai aktivitás népszerűsítésére összpontosított. A program hatékonyságát egy tudományos vizsgálat alátámasztotta.<sup>25</sup>

## ÖSSZEGZÉS

A statisztikai adatok azt mutatják, a férfiak ritkábban veszik igénybe az egészségügyi szolgáltatásokat, de

ez nem jelenti azt, hogy egészségesebbek, mint a nők. A férfiak rosszabb egészségi állapota magatartási, illetve társadalmi- és környezeti tényezők által meghatározott szerepükből adódik.

A férfiak szocializációja olyan, hogy eleve rizikóvalalóbbak, és ez a szocializációs folyamat eredményezi, hogy részt vesznek veszélyes viselkedésmódozó keresésében, amilyen a gyorsított, vagy a túlzott alkoholfogyasztás. Amikor a férfiak betegek lesznek – az elvárás miatt, amelynek megfelelően kell mutatkozniuk –, nem keresik a szakmai egészségügyi tanácsadást, vagy a segítséget. Ennek következményei tragikusak lehetnek. Egy új egészségügyi és egészségprevenció szemléletre van szükség, amely számításba veszi a férfi nemi szerepét, és azt figyelembe véve igyekszik megváltoztatni a férfiak egészségmagatartását, nem utolsósorban abban a vonatkozásban, hogy növeljék a szándékukat az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele, és csökkentsék az egészségüket veszélyeztető rizikófaktorokat

<sup>1</sup> Simon T. A gyengébb nem... Egészségfejlesztés, 2005, 4. szám; 7-9.

<sup>2</sup> Métneki J. Nemzetközi összefogás a férfiak egészségéért. Egészségfejlesztés. 2004, 3. szám; 5-7.

<sup>3</sup> Nadkarni, Suchita, Cooper, Dianne; Brancialeone, Vincenzo; Activation of the Annexin A1 Pathway Underlies the Protective Effects Exerted by Estrogen in Polymorphonuclear Leukocytes. [Arterioscler Thromb Vasc Biol.](#) 2011 Nov;31(11):2749-59.

<sup>4</sup> Központi Statisztikai Hivatal Népszámlálás 2011, <http://www.ksh.hu/nepszamlalas/> (Elérve: 2016.06.27)

<sup>5</sup> <http://www.oecd.org/gender/data/> (Elérve: 2016.06.27)

<sup>6</sup> Stevenson S, Thornton J. Effect of estrogens on skin aging and the potential role of SERMs. *Clinical Interventions in Aging.* 2007;2(3):283-297.

<sup>7</sup> Diebel M.E., Diebel L.N., Liberati D.M. Gender dimorphism in the gut: mucosal protection by estrogen stimulation of IgA transcytosis. *J Trauma.* 2011;71:474-479.

<sup>8</sup> Kovacs E.J., Messingham K.A.N. Influence of Alcohol and Gender on Immune Response National Institute on National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2003

<sup>9</sup> Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Halandósági adatbázisa: [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldalak/oldal/adatbazisok/adatbazisok-halalozas-adatbazis/](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/oldal/adatbazisok/adatbazisok-halalozas-adatbazis/) (Elérve: 2016.06.27)

<sup>10</sup> Brody LR. The socialization of gender differences in emotional expression: Display rules, infant temperament, and differentiation. In: Fischer AH. (ed). *Gender and Emotion: Social Psychological Perspectives.* (pp.24-47), New York, Cambridge University Press, 2000

<sup>11</sup> Balku E., Demjén T., Vámos M., et al. Felnőtt Dohányzás Felmérés 2012, Budapest

<sup>12</sup> Ed. Alan White The State of Men's Health in Europe. Extended Report. 2011.

<sup>13</sup> Addis ME, Mahalik JR. Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist* 2003, 58:5-14.

<sup>14</sup> Marcell A.V., Ford C.A., Pleck J.H., et al. Masculine beliefs, parental communication, and male adolescents' health care use. *Paediatrics* 2007, 119:966-975.

<sup>15</sup> Piper S. The limitations of well men clinics for health education. *Nursing Standard* 1997, 11(30):47-49

<sup>16</sup> Leishman J., Dalziel A. Taking action to improve the health of Scottish Men. *Men's Health Journal* 2003, 2(3):90-93

<sup>17</sup> Dubé CE, Fuller BK, Rosen RK et al. Men's experiences of physical exams and cancer screening tests: a qualitative study. *Preventive Medicine* 2005, 40(6):628-635

<sup>18</sup> Moller-Leimkuhler A.M. Barriers to help seeking in men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders* 2002, 71:1-3, 1-9

<sup>19</sup> Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009, <http://www.ksh.hu/elef> (Elérve: 2016.06.27)

<sup>20</sup> Kiefer I, Rathmanner T, Kunze M Eating and dieting differences in men and women. *Journal of Men's Health & Gender* 2013 2(2):194-201

<sup>21</sup> <http://www.oeti.hu/?m1id=16&m2id=169> (Elérve: 2016.06.27)

<sup>22</sup> Spéder Zs. [Ellentmondó elvárások között... Családi férfiszerepek, apaképek a mai Magyarországon](#). In Pongrácz Marietta – Nagy Ildikó (eds.): *Szerepváltozások. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*. TÁRKI, Budapest, 2011, 207–228.

<sup>23</sup> Freund P.E.S, McGuire M , Podhurst L.S.) *Health, Illness, and the Social Body*. Prentice, 1991

<sup>24</sup> Curran K., Rosenbaum S. , Parnell D., et. al. *Tackling mental health: the role of professional football clubs*, Sport in Society, 2016

<sup>25</sup> Hunt K., Wyke S., Gray C.M., et al. A gender-sensitised weight loss and healthy living programme for overweight and obese men delivered by Scottish Premier League football clubs (FFIT): a pragmatic randomised controlled trial *Lancet* 2014; 383: 1211–21

# A vakcináció „10 parancsolata” felnőttek védőoltásaihoz

## The ten commandments of vaccination as regards preventive adult immunization

Szerző: Mészner Zsófia✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Egyesített Szent István és Szent László Kórház Rendelőintézet, Védőoltási Tanácsadás*

Beküldve: 2016.06.27.

**Összefoglaló:** A specifikus prevenció fontos eszközei, a védőoltások adása a legutóbbi időkig mind a laikus, mind a gyermekekkel közvetlenül nem foglalkozó egészségügyi szakemberek szemében is elsősorban az egészségesek számára fontos beavatkozásoknak számítottak. Az utóbbi évtizedben kezd elfogadottá válni az a szemlélet, hogy a vakcináció nyújtotta egészségelőnyökből a krónikus betegek, a bármilyen okból sérült immunitásúak, a csontvelő átültetésen, szervátültetésen átesettek, a biológiai ágensekkel kezelték, valamint az idősek sem helyes, ha kimaradnak. Ahhoz azonban, hogy mindezen csoportok aktuális állapotuknak és élethelyzetüknek megfelelően védőoltásokhoz juthassanak, az őket gondozó alapellátó orvosokat kell segíteni a vakcinológia gyors fejlődéséből adódó új ismeretek minél könnyebb megszerzésében. A Medscape Infectious Diseases weboldalon a közelmúltban megjelent, "A felnőttkori vakcináció 10 parancsolata" tömören összegzi a legfontosabb alapismereteket a témakörben. A szerző ezek ismertetését saját, a védőoltási tanácsadásban évtizedek alatt összegyűlt tapasztalataival kiegészítve tárja az olvasó elé.

**Kulcsszavak:** immunizáció, felnőttek oltásai, oltási ellenjavallatok, tojásallergia

**Summary:** Immunization, as an important tool of specific prevention has been considered for decades by the lay public and the health care specialists not involved in childcare as an important intervention only for otherwise healthy individuals. The new approach has been gradually accepted during the recent decade: it is not fair to deprive the chronically ill, the immunocompromised people regardless of its origin, the BMT and organ transplant patients, the ones needed treatment with a new biological and the elderly of the health advantages related to immunization. Access to immunization according to the actual health status and life stage in these groups depends on the continuously updated knowledge of primary care physicians, which should be promoted by new educational tools, such as the recently published "10 commandments of adult vaccination" by Medscape Infectious Diseases. The author interprets each topic of the educational material adding her own experiences, as a vaccination consultant.

**Keywords:** immunisation, adult immunisation, vaccination contraindication, allergy to eggs

## BEVEZETÉS

A védőoltásokat, mint a specifikus prevenció leginkább hatékony és költséghatékony eszközeit mind a laikus, mind a szakmai közvélemény a kezdetektől főleg egészséges gyermekek számára tekintette ajánlottnak. Az utóbbi évtized paradigmaváltása annak felismerése, hogy a védőoltások nyújtotta prevenció előnyből sem a felnőtteket, sem a bármilyen okból sérült immunitásúakat, krónikus betegeket nem érdemes kirekeszteni – ellenkezőleg, az ő bevonásuk is eredményes és ajánlott lehet, mégpedig életkor és élethelyzet szerint differenciált módon. Ezt a gondolatsort fogalmazták át a felnőttek védőoltásaival kapcsolatban a mindennapi gyakorlat számára is kézzelfogható, praktikus „10 parancsolattá” Oldfield és mtsai nemrég a *Medscape Infectious Diseases* honlapján is megjelent munkájukban.<sup>1,2</sup>

Védőoltási szaktanácsadással évtizedek óta foglalkozó gyermekinfektológusként személyesen is tapasztalom, mennyire igényük van az alapellátásban dolgozó kollégáknak a védőoltásokkal kapcsolatos ismeretek bővítésére. Évente két alkalommal is van lehetőség egynapos képzésen („A gyakorlati vakcinológia alapjai – Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Fodor terem) a legfontosabb immunizációs kérdésekről részletesen is tájékozódni, valamint 2015-ben házi orvosoknak szánt kézikönyv is megjelent, amely tematikusan végigveszi a felnőttek oltásaira vonatkozó alapismereteket.<sup>3</sup> Reményeim szerint a „10 parancsolat” ismertetése is beleillik ebbe a sorba, és az Egészségfejlesztés folyóirat olvasói részéről is érdeklődésre tarthat számot.

Munkatársammal, dr. Kulcsár Andreával a házi orvosok egyik igen aktív, orvostovábbképzéssel is foglalkozó weboldala, a [Medukátor](#) felkérésére esettanulmányok keretében feldolgoztunk 4-4 „parancsolatot”, célul tűzve ki a leírt elvek gyakorlati alkalmazásának megkönnyítését.

## A 10 VEDŐOLTÁSI PARANCSOLAT

### 1. parancsolat: Védőoltás igen ritkán abszolút ellenjavallott.

Egyetértés van azt illetően, hogy védőoltás beadását követően kialakult – szerencsére extrém ritka – anaphylaxia abszolút ellenjavallata ugyanazon vakcina ismételt adásának. Az oltóanyagok egy része

több komponensű, ennek következtében az ilyen esetekben nincs reális lehetőség annak kivizsgálására, hogy melyik komponens miatt alakult ki a súlyos, intenzív ellátást igénylő állapot, tehát nagy felelősség annak kimondása, hogy az illető ilyen oltóanyaggal többet nem oltható.

Az anaphylaxia azonnali, I. típusú, hiperszenzitivitáson alapuló reakció. IgE mediált, főként hízósejtekből és basophil granulocytákból származó mediátorok (hisztamin) váltják ki, melyek az életfontosságú szervek keringését károsítják. A robbanásszerűen progresszív folyamat beavatkozás nélkül halálhoz vezet. Spontán nem múlik el, ellátásában kulcsszerepe az adrenalin adásának van (0,5 ml felnőtteknek, 0,3 ml gyermekeknek) a shock-állapot megfelelő ellátása mellett.

Védőoltások beadása kapcsán az utóbbi évtizedek során ilyen okból haláleset nem fordult elő. Anaphylaxiát leggyakrabban egyes gyógyszerek (pl. penicillin, cephalosporinok, kemoterápiás szerek, izomrelaxánsok), bizonyos élelmiszerek (földimogyoró és más olajos magvak, tojás, tej, tengeri ételek stb.) rovarcsípések (főként méh, darázs), kontrasztanyagok, stb. válthatnak ki.

Abszolút ellenjavallott a súlyos kombinált immundefektusban szenvedők immunizálása – ám ez a felnőttek oltásaival kapcsolatban inkább elméleti, mint gyakorlati kérdés.

Időleges – relatív – ellenjavallat lehet például aktuálisan zajló lázas betegség, folyamatban lévő kivizsgálás, várandósság. Mind az abszolút, mind a relatív ellenjavallat megállapításában segítséget kaphat az oltó orvos a védőoltási szaktanácsadóktól.<sup>4</sup>

### 2. parancsolat: A szamárköhögést nemcsak gyermekkorban érdemes megelőzni.

A pertusszisz a légutak heveny fertőző betegsége, az egész világon endémiás, magas kontagiozitású (>90%) fertőzés jelenleg is. Incidenciája még a magas átoltottságú országokban is növekvő, meglepően széles skálán mozgó – 1/100 000-120/100 000 közötti. Az előfordulási gyakoriság valószínűtlen, hogy ennyire eltérő lenne – akár egyes, szomszédos európai országok között. Sokkal inkább arról lehet szó, hogy a betegségre ritkán gondolnak, a kevésbé tipikus tünetek – például pár héten át, láz nélkül zajló köhögés felnőttekben – ritkán vezetnek diagnosztikus vizsgálatokhoz.

A figyelem azért terelődött ismét erre a fertőzésre,

mert az elmúlt évtizedekben világszerte megfigyelhető volt a csecsemőkori, súlyos lefolyású esetek ismételt megjelenése. Észak-Amerikában, Dél-Amerikában, az Egyesült Királyságban még halálesetekről is beszámoltak, mivel fiatal csecsemőkben a számarköhögésre jellemző rohamok akár légzésleállást is provokálhatnak, ami megfelelő ellátás nélkül végzetes lehet.

Ma már tudjuk, hogy több, nem is teljes mértékben ismert tényező áll a pertusszisz ismételt megjelenése hátterében. Egyik fő oka a védőoltással létrehozott immunitás természetes csökkenése, mivel a világ legtöbb országában a legutóbbi időig csak 4-6 éves korban kaptak pertusszisz ellen is védő oltóanyagot a gyermekek. Vélhetően 5-10 évvel az utolsó oltás után már adódhattak az oltottakban is nem típusos, emiatt fel sem ismert esetek. A teljes sejtes – wP<sup>i</sup> – vakcinák erőteljesebb immunválaszt generáltak, ám fokozottabb reaktogenitásuk miatt világszerte a sokkal jobban tolerálható, acelluláris – aP – változat terjedt el. Nem is várható, hogy ez változzon. Egyes vélemények felvetik magának a kórokozónak a változását is. Kimutattak mutáció révén pertactin (a pertusszisz baktérium egyik virulencia faktora) negatív törzseket, illetve van adat a pertusszisz toxin változására is. Egy biztos: maga a kórokozó, annak ellenére, hogy csak embereket képes megbetegíteni, távolról sem eradikálódott a védőoltási programok klinikai sikere ellenére sem – a fertőződés nem, csak a betegség kialakulása akadályozható meg védőoltással.

A ma hatvanas éveikben járó, Magyarországon élő és itt felnőtt emberek például már minimum öt alkalommal kellett, hogy számarköhögés ellen is védőoltást kapjanak kombinált oltóanyaggal (DPT=diftéria-pertusszisz-tetanusz), utoljára hat évesen. Az epidemiológiai vizsgálatok során hazánkban is kiderült, hogy a csecsemők többnyire a saját családtagjaiktól fertőződtek meg, akik köhögéssel járó, nem típusos betegsége kapcsán senki nem gyanakodott pertussziszra. Az utóbbi évtizedben végzett hazai felmérések is igazolják, hogy az enyhe, atípusos kórformák gyakoribbak, mint azt korábban vélték, különösen érvényes ez az oltottak, a serdülők és a fiatal felnőttek vonatkozásában. Utóbbiak fertőző forrásként szerepelnek, a nem oltott csecsemők és fiatal

gyermekek megbetegedései többnyire ezekből a fel nem ismert esetekből származnak.

Az elmúlt évtized során a pertusszisz esetek ismételt megjelenése miatt a világ számos országában változott a korábbi oltási gyakorlat. Az életkor szerinti oltási rendben 2009 óta Magyarországon is felváltotta a 11 évesek dt (diftéria-tetanusz) oltását a dapT vakcina. Javasolt továbbá minden felnőtt számára is a 10 évente esedékes tetanusz emlékeztetőoltást pertusszisz ellen is védő – dapT – oltóanyaggal végezni.

A fészekimmunizációt (*cocoon immunization*), mely viszonylag új fogalom, elsőként a számarköhögés elleni védelem érdekében definiálták. A fiatal, még nem oltott, vagy csak részben oltott csecsemők kiemelt veszélyeztetettségét felismerve gondoltak arra, hogy az újszülött édesanyját, illetve a környezetében élőket – családtagokat, egészségügyi dolgozókat, bölcsődei gondozókat – oltva lehet biztonságos „fészket” kialakítani. Ennek több útja is lehetséges: oltható a családtervező pár még a fogantatás előtt, illetve van nemzetközi ajánlás (CDC,<sup>ii</sup> WHO,<sup>iii</sup> Egyesült Királyság) a várandósság második-harmadik trimeszterében a leendő anya, az egészségügyben gyermekellátásban dolgozók dapT oltására is.<sup>5</sup> (A várandósok dapT oltása ezen országokban is az orvos felelősségére történik, az oltóanyagok alkalmazási előírásában még nem szerepel). Ha az anya sem a várandóssága előtt, sem alatta nem volt oltott, dapT oltását a szülést követően közvetlenül ajánlják.

### 3. parancsolat: Tojásallergiások is kaphatnak inaktivált influenza elleni oltást.

A tojásallergiásoknak ellenjavallott volt korábban több, az előállítás során tojással kapcsolatba kerülő oltóanyag adása. Az oltóanyag-fejlesztés fejlődésével olyan mértékben tisztított influenza vakcinák állnak rendelkezésre, amelyekben érdemi mennyiségben (ng/ml nagyságrend) ovalbumin már nincs. Ennek köszönhetően a helyzet jelentősen megváltozott, ellenjavallatot kizárólag a kórelőzményben ovalbumin kiváltotta anaphylaxia jelent, az ún. alimentáris tojásallergia (például, tojásevés kiváltotta csalánkiütések) nem.<sup>6</sup>

<sup>i</sup> whole cell pertussis

<sup>ii</sup> Centers for Disease Control and Prevention

<sup>iii</sup> World Health Organisation

Az influenzaoltások hatásosságában kétségkívül nagy szerep jut az átoltottságnak, a magas kockázatúak környezetének oltásában – ugyanis mindenki a saját családjában betegedhet meg legkönnyebben. A „fészekimmunizáció” az egyik módja lehet a leginkább sérülékenyek védelmének.

Sokat vitatott kérdés – melyet nem könnyű tudományos módszerekkel megbízhatóan megválaszolni –, hogy mennyire hatékony az évente adott szezonális influenza oltás a szezonális járvány befolyásolásában, és hogy mennyire eredményesek az orvosi vizitek, valamint a hospitalizáció a komplikációk és az influenzával kapcsolatba hozható halálozás csökkentésében. Magyarországon – más országokhoz hasonlóan – eleve kórokozóra vonatkozó etiológiai diagnózis csak a súlyos, kórházi, esetleg intenzív ellátást is igénylő komplikált esetekben történik. A legtöbb influenzás beteget a megállapított járványos időszakban a jellemzőnek tartott, ám nem igazán tipikus klinikai tünetek alapján jelentik („influenzaszerű” tünetek) a házi orvosok. Érdemi hazai tanulmány arról, hogy az évente oltott több mint egy millió honfitársunk közül mennyien betegedtek meg, jelenleg sajnos még nem készült – ám fontos volna legalább regionális szinten erre irányuló felmérést tervezni.

#### 4. parancsolat: Ajánlott az egyébként egészséges, 65 évesnél idősebbek pneumococcus fertőzés elleni immunizálása konjugált és polysaccharid pneumococcus vakcinával egyaránt.

A *Streptococcus pneumoniae* okozta fertőzések napjainkban sem vesztek jelentőségükből. A fertőzés iránti fogékonyság általános, bár életkoronként és alapbetegségtől függően a fertőzés lefolyása és kimenetele jelentősen különbözhet. Mind a nagy halálozással (10-12%) járó invazív pneumococcus betegség (IPD), mind a kisgyermekkorban gyakoribb pneumococcus otitis, illetve a bármely életkorban, de leginkább idősekben kifejlődő pneumococcus pneumóniák ma is jelentős morbiditással és következményeiben sok emberi szenvedéssel, szövődményekkel, esetenként halálos kimenetellel járó betegségek, melyek költségei sem elhanyagolhatóak. Bár a pneumococcus fertőzés diagnosztizálására és gyógyítására megfelelő eszközök állnak rendelkezésre, a fertőzés invazív, hyperakut jellege, illetve a rezisztencia viszonyok kedvezőtlen változásai a specifikus

prevenció jelentőségét húzzák alá.

Az invazív pneumococcus betegség aktív immunizációval történő megelőzésére jelenleg kétféle – polysaccharid és konjugált – vakcinatípussal van lehetőség. A polysaccharid vakcinák az emberben leggyakrabban bacteriaemiát okozó 23 szerotípus tokjának immunogenitásért felelős részét tartalmazzák, a konjugált vakcinák pedig a gyermekkorban invazív betegséget leggyakrabban okozó szerotípusok tokjának polysaccharidját fehérjéhez konjugálva. A konjugált vakcinák hatására immunmemória alakul ki és az általuk biztosított immunitás tartós. Jelenleg Magyarországon egy konjugált és egy polysaccharid vakcina szerezhető be a gyógyszerboltokból.

A pneumococcus elleni védőoltás 2 éves kor alatt és 50 éves kor felett mindenkinek javasolt. Életkortól függetlenül a krónikus betegek – tüdő (COPD, asztma)-, szív-, vese-, máj- és cukorbeteg, immunszupprimáltak – számára is javasolt, akik alapbetegségük miatt fogékonyabbak a súlyos pneumococcus fertőzésre. Életkortól, betegségtől függetlenül fokozott pneumococcus kockázatot jelent a dohányzás. Fokozott a kockázata a belsőfül műtéten átesetteknek valamint a koponyasérülteknek és a léphiányosoknak.

A 23-valens polysaccharid vakcina (PPV-23) minden 0,5 ml-es adagja 25 µg-ot tartalmaz a *Streptococcus pneumoniae* 23 szerotípusa – 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, 33F – tokjának mindegyikéből. A konjugált polysaccharid oltóanyag (13-valens pneumococcus konjugált vakcina, PCV-13.) 6 hetes kortól adható. A *Streptococcus pneumoniae* 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F, 19A és 23F szerotípusa által okozott megbetegedés (beleértve a sepsist, meningitist, pneumóniát, bacteriaemiát és akut otitis mediát) megelőzésére szolgál. A PPV-23 2 éveseknél fiatalabbaknak nem adható és nem generál immunmemóriát, míg a PCV-13 már fiatal csecsemőkortól immunogén és a kiváltott immunmemória előhívható (boosterelhető).

A világ sok országához hasonlóan Magyarországon is már csecsemőkortól része az életkor szerinti Nemzeti Immunizációs Programnak (NIP) a pneumococcus prevenció, melynek eszköze a PCV-13. A hazai ajánlás a felnőttek pneumococcus prevenciójára vonatkozóan is állást foglal és már 50 évesnél idősebbeknek ajánlja a pneumococcus fertőzés megelőzését, első alkalommal PCV-13, majd



egy évvel azt követően a PPV-23 oltóanyagokkal. Az ajánlás azért vonatkozik az amerikai ajánlásnál fiatalabbakra (65 éves kor helyett már 50 éves kortól), mert figyelembe veszi az immunológiai öregedést, az immunszeneszcenciát is, így több esélyt ad a későbbi életkorokban a memóriasejtek segítségével előhívható védettségére.<sup>7</sup>

A két különböző oltóanyag alkalmazásakor az alábbiak megfontolása javasolt:

- Akik korábban még nem részesültek pneumococcus elleni védelemben, azoknak az oltását a 13 szerotípust tartalmazó konjugált oltóanyaggal javasolt kezdeni. A védelmet – legalább 2 hónap eltelte után – ki lehet szélesíteni a 23 szerotípust tartalmazó polyszacharid vakcinával.
- A 65 éves kor felettieknek a 23 szerotípust tartalmazó polyszacharid oltóanyagból 1 emlékeztető oltás javasolt, ha legalább 5 év telt el az előző polyszacharid oltás óta.
- Aki korábban polyszacharid oltóanyaggal kapott védőoltást, 1 év múlva a 13 szerotípust tartalmazó konjugált oltóanyagot is megkaphatja, egy alkalommal.
- Sérült immunitásúak (daganatos betegek, szervátültetettek, stb.) és léphiányosok ismételt oltásairól kezelőorvos és/vagy védőoltási szaktanácsadó dönt.
- A pneumococcus elleni védőoltás bármely más oltóanyaggal (pl. influenza) egy időben, vagy bármilyen időközzel adhatók.

##### 5. [A meningococcus profilaxis fontos a rizikó csoportba tartozó 18 évesnél idősebbeknek is.](#)

A *Neisseria meningitidis* fertőzés ritka, ám járványos terjedésre is képes, okkal rettegett, hyperakut, esetenként halálos kimenetelű infekció. Jellemző a hirtelen kialakuló magas láz, melyhez órákon belül társulnak a véráramfertőzés jeleként a testszerte rohamosan szaporodó bőrvérzések, petechiák. A hyperacut lefolyású esetekben a fertőzés első jeleitől számítva akár 24 órán belül is elveszítjük a beteget, ha nem kerül mihamarabb intenzív ellátásra képes fekvőbeteg intézménybe, és nem kap mihamarabb antibiotikumot. A meningococcus sepsis ugyanis időfaktoros, sürgősségi eset, melyben az első észlelő orvos felelőssége óriási: a shock korai szakában adott béta laktám antibiotikummal (optimálisan ceftriaxonnal) ugyanis minden második be-

teg élete megmenthető lehetne. Minden erőfeszítés ellenére is a kórkép halálozási rátája kiemelten magas, mintegy 10% körüli annak ellenére, hogy a fertőzés antimikrobás kezelésében nem kell számottevő rezisztenciával számolni. A gyógyulás sem mindig komplikációmentes – a petechiák még elmúlhatnak, de a kiterjedt suffuziók szövethaláshoz, maradandó, esetenként kiterjedt lágyrészek durva heges gyógyulásához vezethetnek, az ujjak, szerencsétlen esetben akár végtagok végleges elvesztésével vagy maradandó funkciókárosodásával. A meningococcus meningitis jó gyógyhajlamú általában, de epilepszia, maradandó agyidegsérülés így is adódhat.

A fogékonyság a fertőzésre minden életkorban jellemző, mégis megkülönböztetünk két, kiemelt korosztályt – a 2 éven aluliakat – közöttük főként a csecsemőket – és a kamasz, valamint fiatal felnőttek (11-25 évesek) korcsoportját. Nagyobb kockázata van továbbá meningococcus sepsisre a léphiánnyal élőknek, a véralvadási rendszer veleszületett zavarával születetteknek. Fokozott a kockázata a kollégistáknak. Tagadhatatlanul nagyobb kockázatnak vannak kitéve az egészségügyben dolgozók, különösen azok, akik a meningococcus fertőzésben szenvedők ellátásában közvetlenül részt vesznek. Kockázatot jelent még az ismert endémiás területre utazás is.

Jelenleg összesen öt meningococcus szerocsoport ellen van immunizációs lehetőség. A monovalens, meningococcus C ellen immunizáló, konjugált polyszacharid vakcinák már csecsemőkortól adhatók. A 4-valens, meningococcus ACYW-135 konjugált vakcina 2 évesnél idősebbeknek adható. Új fejlesztésként van már lehetőség meningococcus B ellen is immunizálni, ez az oltóanyag is adható már csecsemőkortól bárkinek. Magyarországon elsősorban meningococcus B és C fertőzéseket jelentenek, de a többi megelőzhető fertőzés is bármikor behurcolható. A fiatal, egyébként egészséges kamaszoknak és fiatal felnőtteknek a meningococcus B és a négykomponensű konjugált oltóanyag javasolt két alkalommal, öt éves időközzel, míg az alapbetegség miatt fokozott kockázatnak kitetteknek öt évente az emlékeztető oltások is javasoltak.<sup>8,9</sup>

##### 6. [A hepatitis B fertőzés optimális megelőzése érdekében a kiemelt kockázatúaknak ellenanyag-titer ellenőrzésre és emlékeztető oltásokra is szükségük lehet.](#)

A hepatitis B fertőzés elleni oltóanyagok kifejlesztésével nyílt meg az út a védőoltással potenciálisan megelőzhető rosszindulatú betegségek – ez esetben a májrák megelőzése – felé. A világban élő, becsülten több mint 300 millió hepatitis B vírus hordozó a fertőző forrás, ezért a világ számos országában – így hazánkban is, a hepatitis B prevenció már az életkori védőoltási program része is.

Magyarországon teljes körűen megtörténik a várandósok HBsAg szűrése a vertikális transzmisszió megelőzése érdekében. Sok éve a várandósok kevesebb, mint 1%-a vírus hordozó, az ő újszülötteik a születéskor mind passzív (hepatitis B hyperimmun globulin) mind aktív prevencióban (hepatitis B oltási sor, a harmadik oltás után 4 héttel titer ellenőrzés) részesülnek. Az alacsony átfertőzöttségnek köszönhetően került Magyarországon a hepatitis B védőoltás az iskolai oltási rendbe, 13 éves korúaknak. Ők két oltást kapnak minimálisan 4 hó időközzel, mivel a 11-15 évesek ily módon még eredményesebben immunizálhatóak, mint három dózissal. Sok más országban már fiatal csecsemőkortól oltják a gyermekeket hepatitis B ellen – ennek az előnye az, hogy a kórokozó fokozatosan kiszorítható a felnövő korosztályból.

Egészséges felnőttek hepatitis B immunizációját (0, 1, 6-12 hó oltási séma szerint) követően sem titer ellenőrzésre, sem emlékeztető oltásokra nincs szükség. A bármilyen okból fokozott kockázatúak esetén azonban a védettség folyamatos fenntartása érdekében mind a titer ellenőrzés, mind az emlékeztető oltás szóba jön.<sup>10</sup>

Fokozott kockázatúak a bármilyen eredetű krónikus májbetegségben szenvedők, a dialízis programban résztvevők, az immunkompromittáltak és a krónikus hepatitis B vírus hordozókkal egy háztartásban, velük szexuális kapcsolatban állók is. Újabban adódó lehetőség egyes autoimmun kórképekben immunmoduláló szerek alkalmazása – ám ezek adásának egyik feltétele is a dokumentálható hepatitis B védettség.

Választható alternatív prevenciók lehetősége a hepatitis A és B fertőzés ellen immunizáló kombinált oltóanyag is – szintén három oltásból álló oltási sossal (0, 1, 6-12 hó).

7. A tetanusz ellen még nem immunizált felnőttek védetté tehetők egy éven belül adott három dTap oltással.

A tetanusz még megfelelő intenzív ellátás mellett is potenciálisan halálos kimenetű, toxin mediált, ám védőoltással megelőzhető fertőzés. A kórokozó, a Clostridium tetani a környezetünkben jelen lévő, ún. ubiquiter patogén, ennek köszönhetően nyájimmunitásra nem lehet számítani, mindenkinek saját magának kell védetté válnia ahhoz, hogy ne betegedhessen meg, ha megsérül. Tetanusz fertőzésre gyanús minden földdel szennyezett, vagy szúrt, harapott, vagy égési sérülés – a releváns módszertani leírásban leírtaknak megfelelően.

Magyarországon több, mint fél évszázada része az oltási rendnek a tetanusz megelőzése is – mindenki, aki 1940. december 31. után született, elvileg minimum 5-6 alkalommal oltott kell legyen, többnyire a diftéria-pertusszisz-tetanusz (DPT) kombinált oltóanyagok valamelyikével. Rendelkezik arról is a hazai irányelv, hogyan lehet a még oltatlan felnőtteket immunizálni tetanusz toxoiddal (két oltás minimum 4-6 hét időközzel és egy harmadik 6-12 hónappal később). Ennek az oltási sémának egy ajánlott alternatívája dTap oltóanyaggal végzett oltási sor, mely egyúttal torokgyík és szamárköhögés ellen is nyújt megelőzést. Ezt az oltóanyagot a 11 éveseknél az iskolai oltási programban alkalmazzuk, de gyógyszer-tári forgalomban is hozzáférhető, van inaktivált polio komponenssel kiegészített változata is.

8. A Human Immunodeficiencia Vírussal (HIV) fertőzöttek legnagyobb többsége is oltható még élő gyengített kórokozót tartalmazó oltóanyagokkal is.

Magyarország nem tartozik a HIV fertőzés szempontjából kiemelten érintett országok közé, de a fertőzés előfordul, így fontos annak tudatában lenni, hogy ez a betegcsoport sem kell, hogy kimaradjon a védőoltások nyújtotta védelem előnyeiből. Speciális, erre kijelölt központokban folyik a HIV fertőzöttek gondozása, ott készül számukra egyedi oltási javaslat is. A jelenlegi kezelési lehetőségek jó életminőséget, tartós túlélést jelentenek a HIV fertőzöttek legtöbbszörének, ők olthatóak is, ha a CD4 limfocitaszámuk 200/ml feletti. Fontos alapellátási feladat, hogy minél több HIV fertőzött mihamarabb kezeléshez juthasson, ennek kulcsa a rizikó magatartású egyének szűrővizsgálatra irányítása.<sup>11,12</sup>

## 9. Nemcsak utazóknak előnyös a hepatitis A prevenció

A járványos májgyulladás okozó hepatitis A vírus (HAV) fertőzés általában fekál-orál terjedéssel, de éppen fertőzött élelmiszer útján is képes Magyarországon is kisebb-nagyobb helyi járványokat okozni, ezért érdemes a megelőzésének figyelmet szentelni. Bár maga a HAV fertőzés lefolyásában jóindulatú, ritka, fulmináns kórforma, krónikus fertőzés, malignus transformáció nem jellemző. Azonban a bármilyen etiológiájú krónikus májbetegség HAV fertőzése fulmináns módon, akár fatális kimenetellel is járhat, továbbá súlyos lefolyású lehet a sérült immunitásúak fertőzése is. Fokozott a kockázat nehezen gyógyuló HAV fertőzésre a homoszexuális férfiak körében is. Érdemes tehát tudni a kockázatról és felajánlani a két oltásból álló oltási sort (0, 6-60 hó) bárkinek, aki védett szeretne lenni, de a fokozott kockázatúaknak mindenképpen.<sup>13,14</sup>

## 10. Általánosságban leszögezhető, hogy az oltási sor megszakadása esetén sem kell az oltásokat újratekinteni

A Védőoltási Tanácsadóba érkező egyik leggyakoribb kérdés az, mi történjen a félbeszakadt oltási sorozattal. Többnyire a kullancsvírus fertőzés, hepatitis A és B és a humán papillómavírus fertőzés elleni oltásait felejtik el az ajánlott időpontokban az oltandók és hónapokkal, évekkel később jelennek meg, mint az oltási ajánlásokban leírt időközök. Fontos információ, hogy az oltási sémákban megadott időközök minimumok, több idő mindig eltelhet, csak kevesebb nem, az immunmemóriára általában lehet számítani. Más kérdés a kemoterápia, szervátültetés miatt félbeszakadt oltási sor – az ilyen páciensek számára a Védőoltási Tanácsadók orvosai készítenek felmérést, és egyedi oltási tervet.

<sup>1</sup> Benjamin J. Oldfield, MD; Rosalyn W. Stewart, MD, MS10 Practice Recommendations in Adult Vaccination Administration. South Med J. 2016;109(2):87-90.

<sup>2</sup> [http://www.medscape.com/viewarticle/859390\\_10](http://www.medscape.com/viewarticle/859390_10) (Elérve: 2016.07.11.)

<sup>3</sup> Mészner Zs.: Felnőttkori védőoltások kézikönyve, Medicina 2015.

<sup>4</sup> Országos Epidemiológiai Központ, Módszertani levél a 2016. évi védőoltásokról. Epinfo, 23. évf. 1. különszám.

<sup>5</sup> <http://www.cdc.gov/Vaccines/vpd-vac/pertussis/default.htm> (Elérve: 2016.07.11.)

<sup>6</sup> James JM, Zeiger RS, Lester MR, Fasano MB, Gern JE, Mansfield LE, et al. Safe administration of influenza vaccine to patients with egg allergy. J Pediatr. 1998;133:624–8.

<sup>7</sup> Kobayashi M, Bennett NM, Gierke R, Almendares O, Moore MR, Whitney CG, et al. Intervals between PCV13 and PPSV23 vaccines: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR. 2015;64(34):944-7.

<sup>8</sup> A B szerocsoportú Neisseria meningitidis által okozott megbetegedések előfordulása Magyarországon, 1988-2013. Epinfo, 2014, 21. évf, 45. szám, 545.

<sup>9</sup> A meningitis epidemica járványügyi helyzete a 2013-14. epidemiológiai évben. <http://www.oek.hu/oekfile.pl?fid=6102>

<sup>10</sup> Bauer T, JilgW. Hepatitis B surface antigen-specific T and B cell memory in individuals who had lost protective antibodies after hepatitis B vaccination. Vaccine 2006;24:572–577.

<sup>11</sup> Centers for Disease Control and Prevention. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. 13th ed. Hamborsky J, Kroger A, Wolfe S, eds. Washington, DC: Public Health Foundation; 2015:341–352.

<sup>12</sup> Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, et al. Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV: 2013 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis 2014;58:e1–e34.

<sup>13</sup> Az első, igazoltan élelmiszer által terjedő hepatitis A járvány Magyarországon. Epinfo, 20016, 23. évf.7. szám 85.

<sup>14</sup> Advisory Committee on Immunization Practices, Fiore AE, Wasley A, et al. Prevention of hepatitis A through active or passive immunization: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep 2006;55(RR-7):1–23.

# Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I. – Felnőtt felmérés

## Results of the Health Communication Survey I. – Adult Survey

Szerzők: Balku Eszter✉, Vitrai József  
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.10. Elfogadva: 2016.07.14.

**Összefoglaló:** *Bevezetés:* A magyar lakosság egészségi állapota sokkal rosszabb annál, mint amilyen a hasonló fejlettségű országokban tapasztaltak alapján elvárható lenne. Ennek egyik fő oka a Magyarországon gyakori egészségtelen életmód, azaz a helytelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás. Az Egészségkommunikációs Felmérés célja az volt, hogy feltérképezze az egészséggel kapcsolatos viselkedést és az ezeket meghatározó egészséggel kapcsolatos képességeket, motivációt és környezetet, valamint meghatározza a tervezett beavatkozásokhoz szükséges kommunikációs csatornákat. *Módszerek:* Az országos, kétlépcsős mintavétellel nyert reprezentatív mintán, kérdőíves felmérésben közel 5500 otthonában kérdezett felnőtt vett részt. A kérdőív a viselkedésváltoztatás egy integratív modelljére épült, amely szerint a viselkedést a testi és pszichés képességek, a motivációk valamint a társas és fizikai környezet által biztosított lehetőségek befolyásolják. A kérdések lefedték az egészséggel kapcsolatos ismereteket, attitűdöket, motivációkat, a testi, a lelki és a vélt egészséget, a pszichológiai tulajdonságokat, az egészségmagatartást, a társas támogatottságot, a kommunikációs szokásokat, az egészséggel kapcsolatos információkeresést valamint a kérdezett társadalmi-gazdasági jellemzőit. *Eredmények:* A felmérés leíró statisztikai elemzésének eredményeit a szerzők a viselkedésváltoztatási modellelemeknek megfelelő bontásban mutatják be. Az egészségmagatartásra vonatkozóan például kiderül, hogy minden 9. magyar felnőtt „szuper egészséges”, azaz elegendő zöldséget és gyümölcsöt fogyaszt, elegendő fizikai aktivitást végez, nem dohányozik, legfeljebb mérsékelten fogyaszt alkoholt és testtömege normális tartományban van. *Összegzés:* Az eredmények alátámasztják, hogy az egészségmagatartás megváltoztatásához nem elegendő az ismeretátadás, egyaránt fontos a motiváció és a támogató környezet is. A magyar felnőttek fizikai-pszichikai képességeire, motivációira, társas illetve fizikai környezetére és viselkedésére vonatkozó leíró eredmények hasznosak lehetnek az egészségfejlesztés különböző területein tevékenykedő szakemberek számára.

**Kulcsszavak:** felmérés, egészségkommunikáció, egészség, testmozgás, médiafogyasztás

**Summary:** *Background:* The health of the Hungarian population is much poorer than expected compared to that of countries with a similar level of development. One of its main reasons is unhealthy lifestyle, that is, unhealthy nutrition, low level of physical activity, smoking and alcohol abuse. The aim of the Health Communication Survey was to map health related behavior and health related skills, motivation and environment, as its determinants, and to identify communication channels to be used in the planned interventions. *Methods:* Nationally representative two-stage samples of adults were drawn and about 5500 respondents were questioned at home. The questionnaire was built on an integrative model of behavioral change, which states that health behavior is determined by physical and psychical capabilities, motivations, and opportunities provided by physical and social environment. The questions cover

knowledge about and attitude to health, somatic and mental health status, subjective well-being, psychological characteristics, health behaviors, social support, media consumption, health-related information seeking, and socio-demographic characteristics. *Results:* Results of the descriptive statistical analysis are presented in blocks according to the elements of the behavior change model used. For health behavior it turns out that every 9th Hungarian adult is “super healthy” since eats sufficient amount vegetables and fruit, is physically active enough, doesn’t smoke and drink too much alcohol, and has body mass index in normal range. *Summary:* These results, relating to the physical-mental skills, motivation, social and physical environment of the Hungarian population might be useful for professionals working in the different fields of health promotion.

**Keywords:** survey, health communication, health, physical activity, media consumption

## BEVEZETÉS

Magyarországon a lakosság egészségi állapota rosszabb, mint ami az ország fejlettsége alapján elvárható lenne.<sup>1</sup> Ennek oka lehet többek között a helytelen táplálkozás, a mozgásszegény életmód, a túlzott alkoholfogyasztás, a dohányzás és általában az egészségtudatosság alacsony szintje. Az Egészségkommunikációs Felmérés (EKF) célja az volt, hogy feltérképezze ezeknek a kockázati magatartásoknak a hátterét oly módon, hogy felméri a magyar lakosok egészséggel kapcsolatos ismereteit, attitűdjét és a viselkedését befolyásoló környezetet, továbbá a felmérés eredményei által tervezett új megközelítésű beavatkozásokhoz meghatározza a megfelelő kommunikációs csatornákat. A közlemény bemutatja a felnőtt EKF leíró statisztikai elemzésének eredményeit.

## MÓDSZERTAN

A felmérés tervezése során olyan elméleti alapra, modellre volt szükség, amely jól leírja a magatartásváltoztatás elméletét. Ilyen elméletek tucatjai születtek az elmúlt évtizedekben,<sup>2</sup> amelyek áttekintésére, összegzésére az elméleti és alkalmazott pszichológia neves szakembereinek egy csoportja vállalkozott a 2000-es évek elején.<sup>3</sup> Az áttekintett elméletek integrálásával Michie és munkatársai megalkották az ún. COM-B<sup>1</sup> modellt, amely leírja az egészségmagatartás és az azt befolyásoló tényezők összetett hatásrendszerét.<sup>4,5</sup> A kitűzött célok eléréséhez az EKF ezt a modellt vette alapul, és használta fel a kérdőív kialakítása

során.<sup>ii</sup> A 19 pszichológiai elméletet összegző, szakmai konszenzus alapján kidolgozott COM-B modell szerint a viselkedést először is a „Képesség”, azaz az egyénnek vagy a közösségnek a viselkedés megvalósításához szükséges testi és lelki készségei szabják meg.<sup>6</sup> A „Motivációt” a cselekvést elindító tudatos döntések, szándékok és automatikusan adott válaszok, szokások alkotják. A cselekvés megvalósulását a „Körülmények”, azaz a fizikai valamint a szociális-kulturális környezet is nagymértékben meghatározza. Megjegyzendő, hogy a modell szerint a viselkedés visszahat a három befolyásoló tényezőre, és azok egymásra is hatással vannak. [1. ábra]

1. ábra: COM-B modell: a viselkedés és azt befolyásoló tényezők rendszere



Forrás: Baluku E, Berki J, Csizmadia P, et al (2015) Health Report. National Institute for Health Development

<sup>i</sup> A mozaikszó az angol *Capability*, *Opportunity*, *Motivation* és a *Behaviour* kifejezések kezdőbetűiből származik

<sup>ii</sup> A kérdőív a közlemény mellékletében elérhető.

A COM-B modell nem csak a felmérés elméleti hátterét és céljait határozza meg, hanem a felmérésben használt kérdőív témakörei is a modell alapján az 1. táblázatban található módon kerültek meghatározásra és kidolgozásra.

A felmérés 10 ezer fős mintája kétlépcsős mintavételi eljárással készült, a felmérés adatainak súlyozása a teljes populációs sokasági jellemzőkre nézve került ki-

alakításra, illetőleg az adatok belső homogenitását figyelembe vevő, a design hatást korrigálendő másodlagos súlyozás is készült, ahol a súlyok iteratív eljárást alkalmazva kerültek meghatározásra. Az eredmények bemutatása több bontási szempontból is indokolt lehet, azonban az egyszerűség elvét követve, a közleményben csak a teljes lakosságra vannak bemutatva az eredmények és csak egyes, érdekesnek vélt eredmény esetében kerül sor további bontásokra.<sup>iii</sup>

1. táblázat: A felmérés kérdőívének témakörei és a témakörökhöz tartozó kérdések száma

COM-B elemei	Témakörök	Kérdések száma
Viselkedés	Egészségmagatartás <sup>7,8,9,10,11,12</sup>	19
	Médiafogyasztás <sup>13,14</sup>	6
	Egészséginformáció keresés <sup>15</sup>	10
Képesség	Egyéni jellemzők <sup>7</sup>	10
	Egészségi állapot <sup>16,17</sup>	16
	Hiedelem <sup>18</sup>	16
	Viszony a változáshoz <sup>19</sup>	12
	Énhatékonyosság <sup>20</sup>	7
	Személyiségvonás <sup>21</sup>	15
Motiváltság	Változtatási szándék	5
	Testkép <sup>22</sup>	1
	Egészséghez való viszony <sup>23</sup>	12
	Egészségmagatartáshoz való viszony <sup>24,25,26</sup>	10
	Akadályozottság	8
	Élettel való elégedettség <sup>27</sup>	1
	Életcél <sup>28</sup>	9
	Élménykeresés <sup>16,29</sup>	10
	Választott hipotetikus egészséginformáció-forrás <sup>28</sup>	10
Környezet	Háztartási jellemzők <sup>16,30</sup>	5
	Elvárás	6
	Kifogás egészségmagatartás-változtatással szemben	3
	Társas támogatottság	3
Összesen:		194

<sup>iii</sup> A felmérés illetve az adatelemzés módszertanát részletesebben ismertető kézirat a *Journal of Public Health* folyóirathoz került benyújtásra 2016.06.15.-én.

## EREDMÉNYEK

A 2015 tavaszán végzett felmérés során 5498 fővel készült elemzésre használható kérdőívfelvétel (vá-

laszarány: 55%). A minta és a magyar felnőtt lakosság életkori csoportok és nem szerinti összehasonlítását a 2. táblázat, a lakóhely régió és nem szerinti összehasonlítását a 3. táblázat mutatja be.

2. táblázat: A felmérés megvalósult mintájának valamint a magyar népesség korcsoportos és nem szerinti megoszlása

Korcsoport (év)	MINTA						MAGYAR NÉPESSÉG 2011 (KSH)					
	Nők		Férfiak		Együtt		Nők		Férfiak		Együtt	
18-24	273	5%	276	5%	549	10%	421 334	5%	443 131	5%	864 465	11%
25-34	408	7%	374	7%	782	14%	680 477	8%	696 141	9%	1 376 618	17%
35-44	527	10%	492	9%	1019	19%	759 571	9%	770 546	9%	1 530 117	19%
45-54	422	8%	421	8%	843	15%	646 865	8%	612 378	8%	1 259 243	15%
55-64	535	10%	460	8%	995	18%	777 603	10%	657 499	8%	1 435 102	18%
65-74	447	8%	309	6%	756	14%	562 001	7%	384 814	5%	946 815	12%
75+	381	7%	173	3%	554	10%	497 563	6%	232 742	3%	730 305	9%
Együtt	2993	54%	2505	46%	5498	100%	4 345 414	53%	3 797 251	47%	8 142 665	100%

3. táblázat: A felmérés megvalósult mintájának valamint a magyar népesség lakóhely régiója és nem szerinti megoszlása

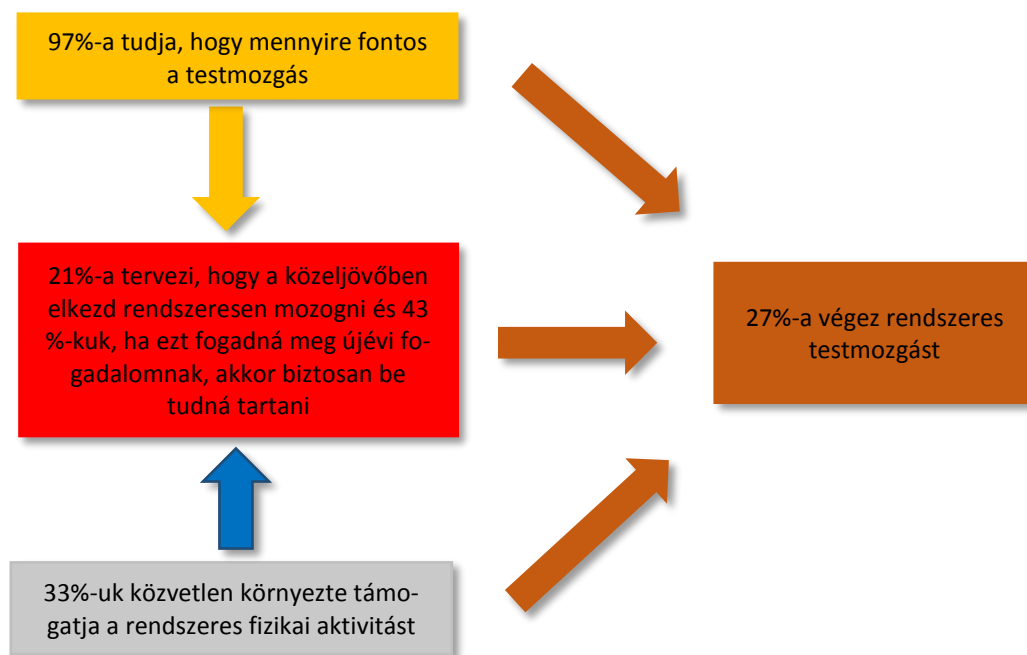
Régió	MINTA						MAGYAR NÉPESSÉG 2011 (KSH)					
	Nők		Férfiak		Együtt		Nők		Férfiak		Együtt	
Dél-Alföld	405	7%	346	6%	751	14%	568 248	7%	498 497	6%	1 066 745	13%
Dél-Dunántúl	280	5%	231	4%	511	9%	410 477	5%	357 233	4%	767 710	9%
Észak-Alföld	464	8%	409	7%	873	16%	631 648	8%	560 070	7%	1 191 718	15%
Észak-Magyarország	359	7%	298	5%	657	12%	515 262	6%	449 274	6%	964 536	12%
Közép-Dunántúl	329	6%	284	5%	613	11%	465 750	6%	423 929	5%	889 679	11%
Közép-Magyarország	854	16%	648	12%	1502	27%	1 324 788	16%	1 120 537	14%	2 445 325	30%
Nyugat-Dunántúl	302	5%	289	5%	591	11%	429 241	5%	387 711	5%	816 952	10%
Együtt	2993	54%	2505	46%	5498	100%	4 345 414	53%	3 797 251	47%	8 142 665	100%

A táblázatok alapján megállapítható, hogy az alacsony válaszarány ellenére a megvalósult minta nem tér el jelentősen a népszámláláskor rögzített adatok alapján számított megoszlásoktól. A súlyozással kiigazított adatok elemzésével nyert eredmények a teljes magyar felnőtt lakosságra reprezentatívnak tekinthetők.

Elsőként a fizikai aktivitásra vonatkozó eredményekkel célszerű demonstrálni, hogy miért fontos a COM-B modell alkalmazása a viselkedés változtatását célzó beavatkozások tervezésekor. A magyar felnőttek 97%-a tudja, hogy mennyire fontos a testmozgás (képesség), azonban csak 27%-uk végez

rendszeres testmozgást (viselkedés). A motivációt vizsgálva megállapítható, hogy a felnőttek 21%-a tervezi a rendszeres testmozgás elkezdését a közeljövőben, de csak kevesebb, mint fele (43%) gondolja úgy, hogyha újkor megfogadná, hogy hetente háromszor fog mozogni, akkor biztosan be is tudná tartani. A rendszeres fizikai aktivitás alacsony szintjének egyik magyarázata lehet az, hogy csak minden harmadik felnőtt környezete támogatja ezt a magatartást. [2. ábra] Ez a példa is rávilágít, hogy az egészségmagatartás megváltoztatásához nem elegendő az ismeretátadás, egyaránt fontos a motiváció és a támogató környezet is.

2. ábra: A nem megfelelő fizikai aktivitás viselkedés, valamint a COM-B modell szerinti viselkedést befolyásoló tényezők megoszlása a felnőtt lakosságban



A felmérés további eredményei az elméleti modell 4 eleme szerint, tagolva kerülnek bemutatásra.

## VISELKEDÉS

A felnőtt magyar lakosság 11%-a tekinthető „szuper egészségesnek”, azaz elegendő zöldséget és gyümölcsöt fogyaszt, elegendő fizikai aktivitást végez, nem dohányzik, egyáltalán nem, vagy mérsékelten fogyaszt alkoholt és a testtömegindexe<sup>iv</sup> (TTI) szerint normális a testsúlya. Azokat tekintjük „szuper egészségtelenek”, akik nem fogyasztanak elegendő a zöldséget és gyümölcsöt, fizikailag inaktívak, dohányoznak, és túlzott mértékben fogyasztanak alkoholt, illetve a TTI alapján túlsúlyosak vagy elhízottak. Ebbe a csoportba a magyar lakosok csupán 0,3%-a tartozik.

Az egészséges táplálkozás jellemzésére a zöldség- és gyümölcsfogyasztást választottuk indikátornak, és az eredmények alapján a magyar felnőttek kicsivel több, mint fele (56%) fogyaszt napi rendszerességgel zöldséget és/vagy gyümölcsöt.

Az egészséges életmód elengedhetetlen eleme a rendszeres fizikai aktivitás, emiatt fontos elemezni részletesebben a magyar felnőttek testmozgását.

Az eredmények azt mutatják, hogy a felnőttek 41%-a soha nem végez testmozgást szabadidejében, 55%-uk még 10 percet sem kerékpározik egy héten, 31%-uk kevesebb, mint napi húsz percet sétál és 73%-uk nem végez rendszeres testedzést, vagyis nem jár aerobicra, nem kocog vagy úszik.

A dohányzásra és alkoholfogyasztásra vonatkozó válaszok alapján megállapítható, hogy a felnőtt lakosság 31%-a használ valamilyen rendszerességgel dohányterméket, a lakosok fele soha nem fogyaszt alkoholt, kicsivel több, mint 5%-a pedig a nagyivók közé tartozik.<sup>v</sup>

Az orvoshoz fordulás mind a megelőzés, mind a gyógyulás szempontjából kiemelten fontos és vizsgálandó egészségmagatartás. Az előző egy évben a magyar felnőttek 71%-a találkozott a háziorvosával, 48%-a szakorvossal és csak 18%-a találkozott más egészségügyi szolgáltatást nyújtó szakemberrel.

A médiafogyasztási szokások vizsgálata alapján a televízió a legnépszerűbb médium, második a rádió és csak a harmadik az internet. [4. táblázat]

<sup>iv</sup> A TTI a kg-ban megadott testtömeg osztva a testmagasság méterben kifejezett értékének négyzetével.

<sup>v</sup> Nagyivónak neveztük azokat a nőket, akik a kérdezést megelőző héten összesen több mint 7, illetve azokat a férfiakat, akik több mint 14 egységnyi alkoholt fogyasztottak, valamint azokat, akik egy alkalommal 6 vagy több italt fogyasztanak. Egy ital/alkoholegység egy korsó sörnek, 2 dl bornak vagy 0,5 dl röviditalnak felel meg, azaz 1 dl sör 0,2 itálnak, 1 dl bor 0,5 itálnak és 0,1 dl rövidital 0,2 itálnak számít.



4. táblázat: Médiafogyasztási szokások megoszlása

Médiumok	Néz, hallgat, használ, olvas (%)
TV	94,3
Rádió	61,7
Internet	58,9
Újság	56,2

5. táblázat: Internet használók internetes tevékenységeinek megoszlása

Internetes tevékenységek	Azok aránya, akik végzik (%)
Közösségi oldalak látogatása (passzív)	87,6
Közösségi oldalak látogatása (aktív)	72,5
Hírportálok, on-line újságok, blogok olvasása	87,8
Szakmai oldalak olvasása	67,3

Korcsoportonként vizsgálva kiderül, hogy a fiatalok (18-35 évesek) körében az internet az első helyre kerül és a tv nézés gyakoriságával egyenlő (91-91%). Az idősebbek a fiataloknál jóval kisebb arányban használják az internetet, a 36-65 évesek 63%-a, a 65 év felettiak csupán 11%-a. A rendszeres internet-használók leggyakrabban a közösségi oldalakat látogatják, de nem osztanak meg tartalmakat (passzívak), és a hírportálok, on-line újságokat olvassák a legszívesebben. [5. táblázat]

A magyar felnőtt lakosság az egészséggel összefüggő információk közül a betegséggel kapcsolatos témákban keres aktívan, mint például, hogy hová le-

het fordulni egy egészségproblémával, de még így is csak kevesebb, mint a lakosok fele keres információt ebben a témakörben. A legtöbb témában a szakembereket jelölték meg elsődleges hipotetikus információforrásként (vagyis akit megkeresnének, ha kérdésük merülne fel), kivéve az életvezetés és családi élet témáját, mert e téren a családtagot jelölték meg legkompetensebb személynek. [

6. táblázat] A keresett témák sorrendje és az elsődlegesen megjelölt források korcsoportonként változnak; például a fiatalok a testápolás és az alternatív gyógyászat témában már az internetet jelölik meg elsődleges forrásnak.

6. táblázat: Egyes egészséggel kapcsolatos témákban információt keresők aránya és az ahhoz elsődlegesen megjelölt információforrás

Témakörök	Az adott témában információt keresők aránya <sup>vi</sup> (%)	Elsődlegesen megjelölt hipotetikus információforrás
betegséggel kapcsolatban hova lehet fordulni	39,2	szakember
egészségi problémák, betegségek	38,7	szakember
egészségügyi szűrések	33,6	szakember
testápolás, a fog, bőr, haj, és köröm egészségével kapcsolatos kérdések	27,9	szakember
életvezetés és családi élet, emberi kapcsolatok	22,8	családtag
védőoltások	22	szakember
lelki egészség problémái, mint például, stressz, depresszió vagy alvásprobléma	21,8	szakember
alternatív gyógyászat és egészségmegőrzés, mint például, homeopátia, akupunktúra, léböjt-kúra	21,3	szakember
egészségtelen szokások, mint például, dohányzás, kevés testmozgás, túlzott alkoholfogyasztás	16,3	szakember
gyerekvállalás, várandósság, gyereknevelés, a gyerekek egészsége	15,1	szakember

<sup>vi</sup> Az adott témakörben való információkeresést a válaszolók 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették magukra vonatkozóan jellemzőnek. Információkeresőnek számítottak azok, akik a skálán 4-est vagy 5-öst választottak.

## KÉPESSÉG

A magyar lakosok 51%-a véli jónak vagy nagyon jónak egészségi állapotát. 36%-uknak van valamilyen hosszan tartó betegsége vagy egészségügyi problémája, amely 8%-ukat súlyosan korlátozza a mindennapi tevékenységekben.

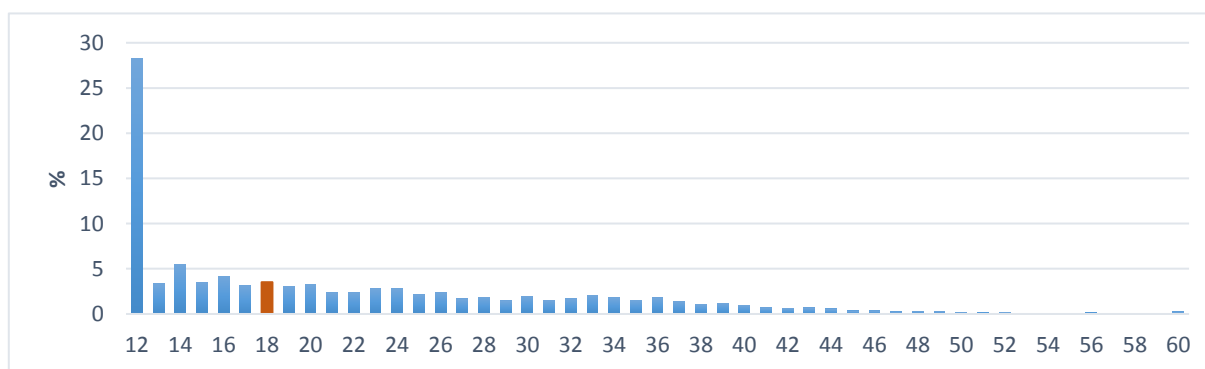
A depresszió meghatározásra használt *Patient Health Questionnaire (PHQ)*<sup>31</sup> kérdőív kérdései alapján kidolgozott 12 állítást a válaszadók 1-től 5-ig értékelték magukra jellemzőként úgy, hogy a magasabb érték a depresszió nagyobb mértékére utalt.<sup>vii</sup> [7.

táblázat: A depresszió mérésére alkalmazott PHQ kérdésekre adott válaszok átlaga] A 12 állításra adott válaszok összege így minimálisan 12, azaz egyik állítás sem jellemző a válaszolóra, a maximum pedig 60, ami azt jelenti, hogy minden állítás teljes mértékben igaz a válaszolóra. A minimális 12 pont a felnőttek 28%-ára, a maximális 60 pont a teljes felnőtt lakosság 0,3%-ára volt jellemző. A magyar lakosok fele 18 vagy annál kevesebb pontot ért el és az átlag pontszám 21,4 volt. [3. ábra: A PHQ skálával mért depresszió mértékének alakulása a magyar felnőtt lakosok körében]

7. táblázat: A depresszió mérésére alkalmazott PHQ kérdésekre adott válaszok átlaga

Depresszió mérésére vonatkozó állítások	Válaszok átlaga
Egész nap fáradtnak érezte magát.	2,2
Gondjai voltak az alvással.	2,0
Úgy érezte, hogy nem érdekes, amit csinál.	1,9
Úgy érezte, nem okoz örömet, amit csinál.	1,9
Alig tudott figyelni arra, amit csinált.	1,8
Szomorú volt, depressziósnak érezte magát.	1,8
Túlzottan nyugtalannak érezte magát.	1,8
Túlságosan nyugodt, lelassult volt.	1,7
Gondjai voltak az étvágyával.	1,6
Úgy érezte, csalódást okozott családjának.	1,6
Úgy érezte, csalódást okozott önmagának.	1,6
Arra gondolt, hogy legjobb lenne meghalni.	1,4

3. ábra: A PHQ skálával mért depresszió mértékének alakulása a magyar felnőtt lakosok körében



<sup>vii</sup> A PHQ kérdőívnek az eredetihez képest módosított formában való használata miatt a válaszok csak a megszokottól eltérően értékelhetők.

A testi képességek kiemelten fontos jellemzője a tápláltsági állapot, aminek mérésére általában a TTI mutatót használják. A testtömegindex alapján a felnőtt lakosság 61%-a túlsúlyosnak vagy elhízottnak számít. Közülük csak 45%-uk véli azt, hogy a kellenél nagyobb a testsúlya, és testalkatát is túlsúlyosként jellemzi.

Az egészséggel kapcsolatos ismeretek a pszichés képességek meghatározó részét alkotják. A 8. táblázat

arról tájékoztat, hogy miként oszlanak meg az egészséggel kapcsolatos ismeretek a magyar felnőttek körében. A testmozgás jótékony hatása a lakosok 80%-a által ismert, és közel 70%-uk úgy véli, az nemcsak az elhízás ellen hatásos. A gyógyszeresedésre vonatkozó ismeretek a felnőttek kétharmadánál hiányosak, mert 60%-uk úgy gondolja, hogy a receptre felírt orvosságot addig kell szedni, amíg a panaszok el nem múlnak.

8. táblázat: Egészséggel kapcsolatos állításokkal egyetértők aránya és a válaszok átlaga

Egészséggel kapcsolatos állítás	Az adott állítással egyet értők vagy teljes mértékben egyet értők aránya <sup>viii</sup> (%)	Válaszok átlaga
A terhesség alatti dohányzás árt a magzatnak.	90,5	4,5
Mások dohányfüstjének beszívása is káros egészségünkre.	88,6	4,4
A dohányzást azért is nehéz abbahagyni, mert a dohányos szervezete hozzászokott a nikotinhoz, és folyamatosan kívánja.	81,7	4,2
Aki sok zöldséget, gyümölcsöt eszik, annak ellenállóbb a szervezete a betegségekkel szemben.	81,2	4,3
A testmozgás csökkentheti a krónikus betegségek (pl. cukorbetegség) kialakulásának esélyét.	80,0	4,2
A testmozgás a krónikus betegségekben (pl. egyes szívbetegségekben, magas vérnyomásban) szenvedők számára jótékony hatású.	80,0	4,2
Sok mozgásra azért van szükség, hogy az ember ne hízzon el, vagy, hogy lefogjon.	68,4	3,9
Sok idő és sok pénz kell az egészséges ételek elkészítéséhez.	62,5	3,8
Receptre felírt orvosságot addig kell szedni, amíg a panaszok el nem múlnak.	60,2	3,6
Amikor valaki energiatalt és alkoholt együtt fogyaszt, nehezen veszi észre, ha a kellenél többet ivott.	58,9	3,7
A dohányzó szülő gyereke nagyobb eséllyel fog dohányozni.	52,5	3,5
Igazából nem lehet tudni, melyik étel egészséges, mert a szakértők sem értenek egyet.	50,6	3,4
Az elektronikus cigaretta (e-cigi) ártalmatlan az egészségre.	41,2	3,1
A terhesség alatt alkalmanként fogyasztott alkohol (pl. 1 pohár bor) nem árt a magzatnak.	35,0	2,9
Az elfogyasztott alkohol átmelegít, véd a kihűlés, a megfagyás ellen.	26,5	2,7
Csak a szülőktől örökölt tulajdonságokon múlik, hogy milyen betegségünk lesz életünk során.	22,5	2,7

<sup>viii</sup> Az adott, egészséggel kapcsolatos állítással való egyetértés erősségét a válaszolók 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették. Egyetértőnek számítottak azok, akik a skálán 4-est vagy 5-öst választottak.

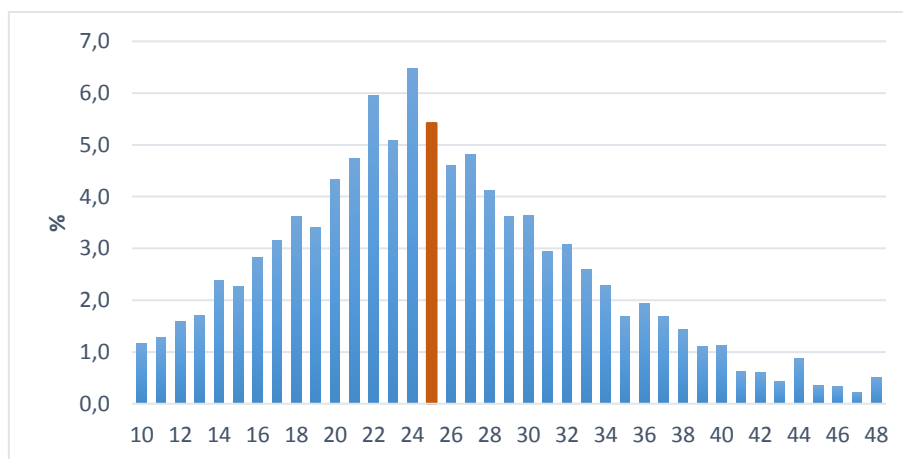
A kitartás, az eltökéltség a pszichés képességek fontos elemei. A magyar felnőttek szerint, ha elhatároznák, hogy megváltoztatják viselkedésüket, a 9. táblázatban található sorrendben tudnák betartani a viselkedésváltozásra vonatkozó újívi fogadalmakat.

Legtöbbsen a szakemberhez való fordulással kapcsolatos fogadalmat tudnák betartani, legkevesebben pedig a rendszeres testmozgásra vonatkozó fogadalmat.

9. táblázat: Az egészséggel kapcsolatos fogadalmak vélt betartásának megoszlása és a válaszok átlaga

Egészséggel kapcsolatos fogadalmak	Azon lakosok aránya, akik, ha megfogadnák, biztosan betartanák az adott fogadalmat <sup>ix</sup> (%)	Válaszok átlaga
Szakemberhez fordulni, ha egészségével kapcsolatban valamilyen probléma merül fel	74,3	3,9
Egészségesebben táplálkozni	57,9	3,5
Több időt biztosítani kikapcsolódásra, lazításra, feltöltődésre	55,6	3,4
Abbahagyni az alkoholfogyasztást	54,8	2,9
Abbahagyni a dohányzást	43,1	2,55
Lefogni néhány kilót	43,0	2,8
Hetente legalább 3 napon komolyabb testmozgást végezni	42,8	2,8

4. ábra: A változással szembeni ellenállást mérő skála értékeinek megoszlása



A pszichés képességeknek a viselkedésváltoztatással kapcsolatban kiemelten fontos összetevője a változáshoz való viszony. A változással szembeni ellenállás felmérésre használt 12 kérdés alapján a pontszámok a 4. ábraán látható módon oszlanak meg a felnőttek körében. A pontszám képzése az 1-től 5-ig adott válaszok összeadásával került kiszámításra, ki-

véve a 4. és 10. állítás esetében, mert azok pontszáma kivonásra került az ellentétes megfogalmazás miatt. A nagyobb érték a változással szembeni nagyobb ellenállást jelzi. A minimum pontszám 10, amely a lakosok 0,5%-ára volt jellemző, tehát ők voltak leginkább nyitottak a változásra, míg a maximum elérhető 48 pont a lakosok 1,2%-ára volt jel-

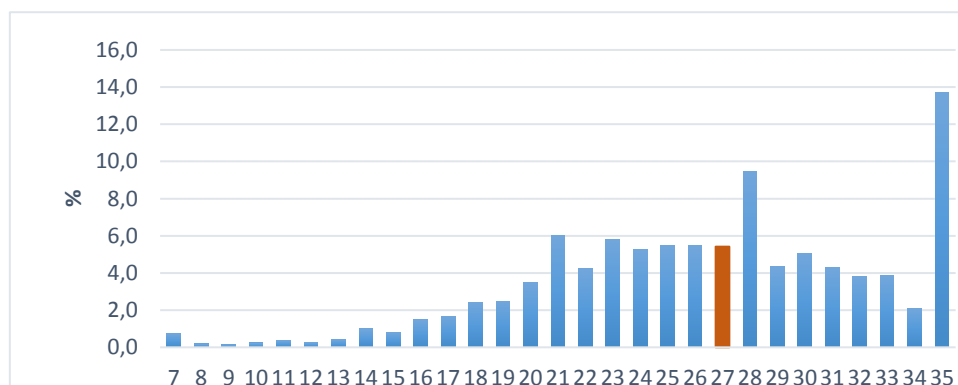
<sup>ix</sup> A válaszolók 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették, mennyire biztosak abban, hogy egy egészséggel kapcsolatos fogadalmat be tudna tartani. Egy fogadalmat biztosan betartónak számítottak azok, akik a skálán 4-est vagy 5-öst választottak.

lemző, ők azok, akik a legkevésbé képesek a változásra. A magyar lakosok fele 25 vagy annál kevesebb pontot ért el, az átlagos pontszám 25,3.

Az énhatékonyság mértékének meghatározásához használt 7 kérdésre 1-től 5-ig adható válaszok alapján a magyar lakosok pontszámainak eloszlása az 5. ábra található. Minél magasabb a pontszám, annál

nagyobb az énhatékonyság mértéke. A magyar felnőtt lakosság felét 27 vagy annál nagyobb pontszám jellemzi, az átlagos pontszám 26,3. Mivel az ábrán látható kiugró értékek azt jelenthetik, hogy többen valamennyi kérdésre ugyanazt a választ adták (pl. mindegyikre 5-öst), ezért célszerűnek látszik bemutatni tételenként a válaszok átlagait is. [10. táblázat]

5. ábra: Az énhatékonyság mértékének megoszlása



10. táblázat: Énhatékonyságra vonatkozó kérdések válaszainak átlaga

Énhatékonyságra vonatkozó állítások	Válaszok átlaga
Ha akadályokkal szembesülök, megtalálom az újtát-módját annak, hogy leküzdjem őket.	3,9
A nehéz problémák megoldása is sikerül, ha nagyon sokat foglalkozom velük.	3,8
Váratlan helyzetben is megállom a helyem.	3,8
Ha problémákkal szembesülök, saját erőmből megoldom azokat.	3,7
Nem jelent problémát számomra, hogy megvalósítsam elképzeléseimet, céljaimat.	3,6
Nehéz helyzetben is nyugodt maradok, mert bízom magamban.	3,6
Ha új dologgal szembesülök, tudom, hogyan kezdjek a megoldáshoz.	3,6

## MOTIVÁLTÁS

Az egészség több aspektusból is fontos lehet az egyén számára. A magyar felnőtteknek legnagyobb arányban azért fontos az egészség, hogy ne fájjon semmije, ne szenvedjen betegségtől, és legkevésbé azért fontos, hogy jól nézzen ki és vonzóbb legyen. [11. táblázat]

A felnőtt lakosság fele gondol csak úgy a testmozgásra, mint kikapcsolódás, a másik fele fárasztónak ítéli meg, inkább a passzív pihenést részesítené előnyben. Ha betegségről van szó, a felnőttek fele

először otthon próbálja meg kikúrálni magát, és ha nem sikerül, csak akkor megy orvoshoz, azonban a gyógyszereszedést csupán az egytizedük alapozza a barátok és ismerősek ajánlására. Az egészséges étel-ek a felnőtt lakosság egyötödének nem ízlenek, és egyharmadukat csak az érdekli, hogy annyit ehessen, amennyivel jóllakik. A passzív dohányzást kedvezően megítélők aránya nagyon alacsony a magyar felnőttek körében és kicsivel több, mint felük úgy ítéli meg, hogy az alkoholfogyasztást a társas környezet nagyban befolyásolja. [12. táblázat]

11. táblázat: Az egészség fontosságára vonatkozó válaszok megoszlása és a válaszok átlaga

Azért fontos az egészség, mert...	Azok aránya, akiknek fontos* (%)	Válaszok átlaga
jól érzi magát, nem fáj semmije, nem szenved valamilyen betegségtől	88,8	4,6
nem kell sok időt az orvosnál töltenie	87,9	4,5
nem kell orvosra, gyógyszerre költenie	87,8	4,5
jobban tud gondoskodni arról, akinek szüksége van rá	86,9	4,5
jobban el tudja látni magát, könnyebben tudja a dolgait intézni	86,8	4,5
több időt tud együtt tölteni azokkal, akik fontosak számára	85,2	4,5
olyasmivel tud foglalkozni, ami kikapcsolja, felüdíti, szórakoztatja, feltölti energiával	84,2	4,4
jobban tud dolgozni és pénzt keresni	83,0	4,4
hosszabb ideig élhet	81,3	4,4
több helyre eljuthat, több dologban részt vehet	79,4	4,3
többet tud másokon segíteni	78,2	4,3
jobban néz ki, vonzóbb	76,0	4,2

12. táblázat: Egyes egészségmagatartásra vonatkozó állításokkal való egyetértés aránya és a válaszok átlaga

Egységmagatartásra vonatkozó állítások	Azok aránya, akik egyet értenek <sup>xi</sup> (%)	Válaszok átlaga
Dohányozhat, aki akar, de ahhoz nincs joga, hogy másokat a füstje belélegzésére kényszerítsen.	81,1	4,3
A testedzés hozzásegít, hogy az ember jobban nézzen ki.	68,4	3,9
Sokan a társaság miatt isznak.	56,2	3,6
A testedzés, a sport segít kikapcsolódni, a feszültséget levezetni.	54,4	3,5
Ha megbetegszem, akkor először megpróbálom magam kikúrálni, és csak ha nem sikerül, akkor megyek orvoshoz.	54,2	3,6
A testedzés számomra fárasztó, én inkább pihenni szeretek a szabadidőmben.	43,1	3,1
Amikor eszem, engem főként az érdekel, hogy annyit ehessenek, amennyivel jól lakom.	39,6	3,1
Az egészségesnek tartott ételek általában nekem nem ízlenek.	21,8	2,4
Én csak olyan gyógyszert szedek, amiket ismerőseim a saját tapasztalataik alapján ajánlanak.	13,5	2,1
Nem fontos, hogy a dohányzás káros az egészségre és a környezetben élők egészségére, ha örömet okoz.	13,2	1,9

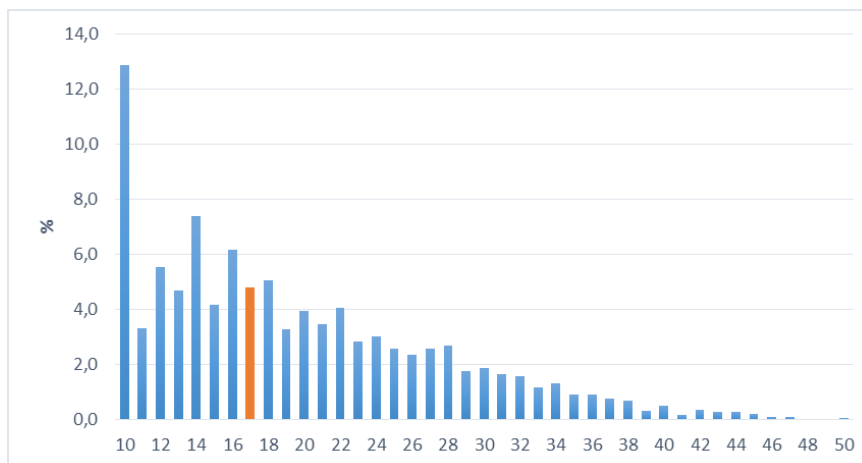
\* Az egészség fontosságát 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették meg a válaszadók. Fontosnak tekintettük egy indoklást azoknál, akik a skálán 4-est vagy 5-öst választottak.

<sup>xi</sup> Az egészségmagatartással kapcsolatos állítással való egyetértés erősségét a válaszolók 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették. Egyetértőnek számítottak azok, akik a skálán 4-est vagy 5-öst választottak.

Egy 10 kérdésből álló skála szolgált az élménykeresési attitűd felmérésére.<sup>xii</sup> A kérdésekre 1-től 5-ig adható válaszok összege mutatja az élménykeresési attitűdnek a magyar felnőttekre jellemző, 6. ábraán látható megoszlását. A magasabb pontszám kifeje-

zettebb élménykeresési attitűdöt jelez, az elérhető legkisebb pontszám 10, a legnagyobb 50. A magyar lakosok felét 17 vagy annál kisebb pontszám jellemzi, az átlagosan elért pontszám 19,6.

6. ábra: Az élménykeresés mértékének megoszlása



13. táblázat: Élménykeresés mértékére vonatkozó kérdésekre adott válaszok átlaga

Élménykeresésre vonatkozó állítások	Válaszok átlaga
Szeretnék felfedezni idegen helyeket.	3,3
Jobban szeretem azokat a barátokat, akik meglepetést okoznak nekem.	2,4
Szeretnék úgy utazni, hogy nincs előre megtervezett útirány vagy menetrend.	2,4
Nyugtalan leszek, ha túl sok időt töltök otthon.	2,0
Szeretek kockáztatni.	1,8
Szeretném kipróbálni a kötélugrást (bungee jumping) vagy a vadvízi evezést.	1,8
Szeretek ijesztő dolgokat csinálni.	1,6
Szeretnék új és izgalmas élményeket megtapasztalni, még akkor is, ha ezek révén törvényt szegek.	1,6
Szeretem a vad bulikat.	1,5
A szórakozás kedvéért megéri, hogy bajba kerüljek.	1,3

A helytelennek tartott magatartás megváltoztatásának elkerülését legtöbbször különféle kifogásokkal indokolják. A magyar felnőtt lakosság leggyakrabban felhozott kifogása az, hogy nagyon nehezen szánja

rá magát, a második leggyakoribb kifogás szerint pedig az illető csak nem akar változtatni, vagyis hiányzik az elhatározás, a motiváció. A családi és baráti ellenzés, mint hátráltató társas környezet a felnőttek alig 4%-ára jellemző. [14. táblázat: A helytelenek

<sup>xii</sup> A 10 tételes szenzoros élménykeresés kérdőívre nem volt található magyar, standard értékelési eljárás, így a szerzők egyszerű leíró statisztikát alkalmaztak.

tartott magatartás megváltoztatásának elkerülésére vonatkozó kifogások aránya és a válaszok átlaga]

14. táblázat: A helytelennek tartott magatartás megváltoztatásának elkerülésére vonatkozó kifogások aránya és a válaszok átlaga

Azért nem változtatok azon, ahogy élek, mert...	Azok aránya, akikre igaz <sup>xiii</sup> (%)	Válaszok átlaga
nagyon nehéz rászánnom magam.	34,5	2,8
egyszerűen csak nem akarok.	32,6	2,7
nincs elegendő pénzem hozzá.	27,1	2,5
már túl öreg vagyok én ahhoz.	21,8	2,2
nem érek rá ilyesmire.	17,1	2,2
már megpróbáltam, de nem sikerült.	16,9	2,2
igazából nem rajtam múlik.	12,8	2,0
akkor sokkal idegesebb, feszültebb lennék.	12,7	2,0
túl sokat kellene gyalogolnom vagy utaznom miatta.	11,4	1,9
jó nekem így is, úgysem szeretnék sokáig élni.	8,5	1,7
ellenzi a családom, vagy, mert a barátaim, az ismerőseim megszólnának érte.	3,7	1,5

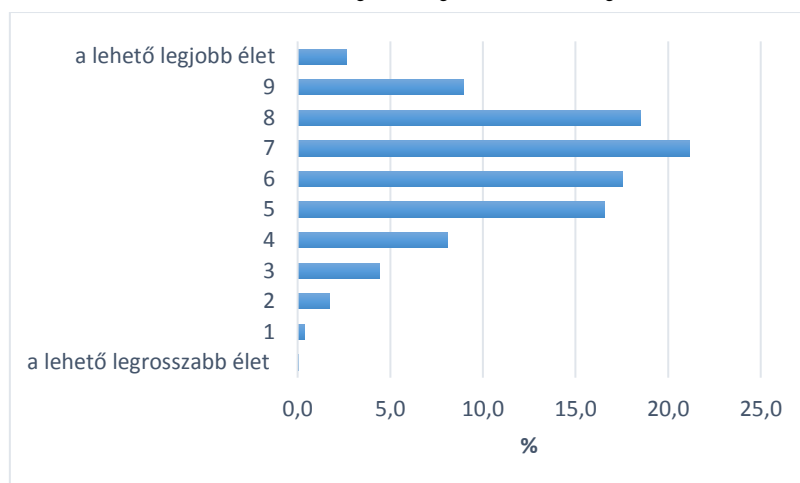
Az, hogy valaki hogyan ítéli meg a saját életét, mennyire elégedett azzal, az a viselkedésváltoztatás szempontjából fontos motivációs tényezőnek tekinthető. A felnőtt lakosság életével való elégedettségét a 7. ábra mutatja. A válaszoló egy 11 fokú skála (0-tól 10-ig összesen 11 válaszlehetőség) jelölte meg, hogy milyennek tartja életét. A magyar felnőttek átlagosan a 7. fokot választották.

A felmérésben adott válaszok alapján a felnőtt lakosság több mint 90%-ának az a legfontosabb életcélja, hogy elkerüljék a betegségek. [15. táblázat] Hasonló arányban, a második legfontosabb cél, hogy legyenek olyanok az életükben, akik szeretik, és akiket szerethetnek. A választható kilenc életcél közül utolsóként, csak minden 8. felnőtt számára fontos az, hogy híres legyen.

<sup>xiii</sup> A helytelennek tartott magatartás megváltoztatásának elkerülésére vonatkozó kifogást 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették magukra vonatkozóan jellemzőnek. Egy kifogás igaznak számított azoknál, akik a skálán 4-est vagy 5-öst választottak.



7. ábra: Élettel való elégedettség mértékének megoszlása



15. táblázat: Egyes életcélokat fontosnak tartók aránya és a válaszok átlaga

Mennyire fontos az Ön számára, hogy elérje ezeket a célokat?	Azok aránya, aki fontosnak tartja <sup>xiv</sup> (%)	Válaszok átlaga
elkerüljék a betegségek	91,4	4,6
legyenek olyanok, akik szeretik, és akiket Ön szerethet	87,6	4,6
ismerje és elfogadja önmagát	78,4	4,2
sok ember tisztelje	61,1	3,7
hozzájáruljon, hogy a világ jobb legyen	58,1	3,7
új dolgokat tanuljon	52,5	3,4
gazdag legyen	44,4	3,3
vonzónak tartsák	43,0	3,2
híres legyen	12,6	2,0

## KÖRNYEZET

A magyar felnőttek 12%-a érzi igaznak vagy teljes mértékben igaznak magára azt az állítást, hogy azért nem változtat helytelennek tartott magatartásán, mert túl sokat kellene gyalogolnia, vagy utaznia miatta. A felnőtt lakosok 27%-a pedig a változtatás akadályaként a nem elegendő anyagi forrást azonosította.

A felnőtt lakosság kétharmada szerint társas környezetére jellemző, hogy természetesnek tartják a sok zöldség- és gyümölcsfogyasztást, és hogy a testi tünetekkel járó betegségekkel szakemberhez kell fordulni. [16. táblázat] A testmozgás azonban már

nem élvez ilyen magas arányú támogatást, csupán a felnőttek egyharmadának környezetében elvárás a rendszeres sport.

A társas támogatottság egyik jellemzőjének tekinthető a barátoknak tartott személyek száma. A felnőtt magyar lakosoknak legnagyobb arányban legalább 3-5 barátja van, és a felnőttek csupán 3%-ára jellemző, hogy egyetlen barátja sincs. [8. ábra]

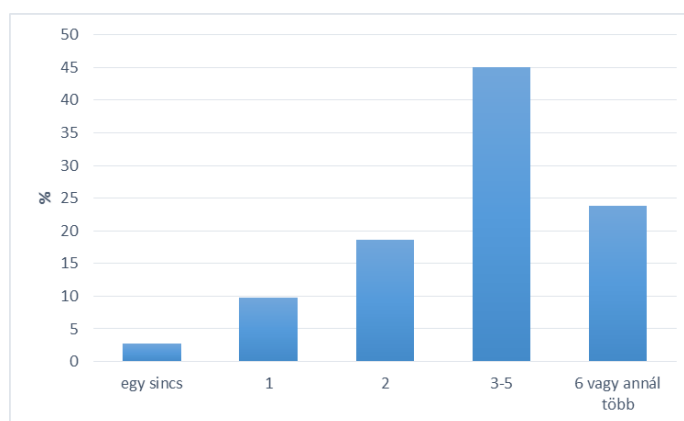
A társas támogatottságra vonatkozó további kérdések alapján megállapítható, hogy a felnőttek közel 80%-a úgy véli, a környezetük megfelelően törődik velük, és 61%-uk biztos abban, hogy szükség esetén könnyen kapna segítséget a szomszédjától.

<sup>xiv</sup> A választható életcélok fontosságát 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették meg a válaszadók. Fontosnak tekintettük egy életcélt azoknál, akik a skálán 4-est vagy 5-öst választottak.

16. táblázat: A társas környezet elvárását jellemzőnek tartók aránya és a válaszok átlaga

Önhöz közel álló személyek...	Azok aránya, akiknek jellemző a környezetére (%) <sup>xv</sup>	Válaszok átlaga
természetesnek tartják, hogy sok zöldséget, gyümölcsöt kell enni.	69,1	3,9
körében az az elvárás, hogy mindenki sokat mozogjon, sportoljon.	33,2	2,9
körében elfogadott, ha valaki többet iszik a kelleténél.	14,4	2,1
körében elfogadott, ha valaki dohányzik.	28,7	2,7
körében az a természetes, hogy a testi tünetekkel járó betegséggel minél gyorsabban szakemberhez kell fordulni.	69,1	3,9
körében az a természetes, hogy lelki problémákkal minél gyorsabban szakemberhez kell fordulni.	53,9	3,6

8. ábra: A barátoknak tartott személyek számának megoszlása



## ÖSSZEGZÉS

Az EKF COM-B modell alapján összeállított kérdésekre kapott, a közleményben ismertetett válaszok lehetőséget nyújtanak az egészségfejlesztés különböző területein tevékenykedő szakemberek számára, hogy a magyar felnőtt lakosság fizikai-pszichikai képességeire, motivációira, társas illetve fizikai környezetére és viselkedésére vonatkozó eredményeket saját munkájukhoz hasznosítsák. A közleményben bemutatott egyszerű, leíró statisztikai eredmények nem feltétlenül illeszkednek a szakemberek különféle speciális kérdésfelvetéséhez, de mivel a vizsgálok hozzáférhetővé tették a felmérés adatbázisát, a válaszok további, részletesebb elemzése elvégezhető a letöltött adatokon.<sup>32</sup> Ezáltal lehetőség nyílik az adott kérdésfelvetéshez illeszkedő

különböző ismérvek, mint életkor, nem, iskolázottság szerinti tetszőleges bontásokra, mélyebb összefüggések értékelésére.

A válaszok elemzésekor, az eredmények értelmezésekor feltétlenül figyelembe kell venni, hogy az EKF-ben alkalmazott kérdőív egészében nem tekinthető validáltnak, hiszen az jó néhány saját fejlesztésű kérdésből vagy a nemzetközi szakirodalomból átvett skálából vagy annak részletéből lett összeállítva. Az EKF kérdőívének kifejlesztésekor ugyanis a cél a COM-B modellnek megfelelő minél több információ összegyűjtése volt, ezért a vizsgálatnak ebben az exploratív szakaszában a kutatók a „próba-szerencse” megközelítéssel minél több kérdést alkalmaztak az egyének egészségszélus csoportokba sorolásához. A vizsgálat következő, konfirmatív fázisában a

<sup>xv</sup> Az állításokkal való egyetértés mértékét 1-től 5-ig tartó skálán jelölhették meg a válaszadók. Jellemzőnek számított, ha a válaszoló a skálán 4-est vagy 5-öst választotta.

kérdések közül már ki lehet választani azokat, amelyek valóban fontosak voltak az egyének egészségstílusokba csoportosításához. Az EKF kérdőívvel nyert adatok tehát korlátozottan alkalmasak más célú elemzések, vagy más felmérések eredményeivel történő összevetésre.

A bemutatott leíró statisztikai eredmények értelmezésekor feltétlenül figyelembe kell venni, hogy egy-egy fentiekben ismertetett eredmény önmagában korlátozottan felhasználható, inkább csak tájékoztatóra alkalmas. A szakemberek számára fontos

hangsúlyozni, hogy az adatok alapján egy adott társadalmi csoport esetében kizárólag a négy tényezőt (képesség, motiváció, környezet, viselkedés) együttesen, összefüggéseiben kezelő, az un. egészségstílusok ismeretében lehet hatásos beavatkozásokat tervezni és megvalósítani. A felmérés eredményei alapján képzett egészségstílusok bemutatására egy következő, angol nyelvű közleményben kerül sor, mivel a viselkedésváltoztatás területén innovatívnak számító megközelítés nemzetközi érdeklődésre tarthat számot.

<sup>1</sup> Balku E, Berki J, Csizmadia P, Csohán Á, Horváth G, Kurcz A, Melles M, Bakacs M, Boros J, Györke J, Páztorné Stokker E, Szabó KZs. Egészségjelentés2015. Varsányi P, Vitrai J (szerk). Nemzeti Egészségfejlesztés Intézet, Budapest, 2015.

<sup>2</sup> Morris J, Marzano M, Dandy N, O'Brien L. Theories and models of behaviour and behaviour change. *For Sustain Behav Behav Chang Theor.* 2012;1–27.

<sup>3</sup> Michie S, Johnston M, Abraham C, Lawton R, Parker D, Walker A. Making psychological theory useful for implementing evidence based practice: a consensus approach. *Qual Saf Health Care.* 2005;14(1):26–33. doi:10.1136/qshc.2004.011155.

<sup>4</sup> Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci.* 2011;6:42. doi:10.1186/1748-5908-6-42.

<sup>5</sup> Michie S, Atkins L, West R. *The Behaviour Change Wheel. A Guide to Designing Interventions.* <http://www.behaviourchangewheel.com/> (Elérve: 2016.07.14.)

<sup>6</sup> Kimmel Z, Vitrai J. Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elegendőek-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. *Egészségtudomány.* 2015;(3):71–78.

<sup>7</sup> Eurostat. *European Health Interview Survey (EHIS wave 2).*; 2013.

<http://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926729/KS-RA-13-018-EN.PDF/26c7ea80-01d8-420e-bdc6-e9d5f6578e7c> (Elérve: 2016.07.14.)

<sup>8</sup> World Health Organization. Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ). 2013;1–3. <http://www.who.int/chp/steps/GPAQ/en/> (Elérve: 2016.07.14.)

<sup>9</sup> World Health Organization. Global Adult Tobacco Survey (GATS). 2007. <http://www.who.int/tobacco/surveillance/survey/gats/en/> (Elérve: 2016.07.14.)

<sup>10</sup> Utility C, Properties P. AUDIT-C Questionnaire. *Intern Med.* 2003;163(April):2–3.

<sup>11</sup> Lenus, The Irish Health Repository. Alcohol: public knowledge, attitudes and behaviours. 2012. <http://hse.openrepository.com/hse/handle/10147/234315> (Elérve: 2016.07.14.)

<sup>12</sup> Bush, Kristen; Kivlahan, Daniel R.; McDonell, Mary B.; Fihn, Stephan D.; Bradley KA. The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C): An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Arch Intern Med.* 1998;158(16):1789–1795. doi:10.1001/archinte.158.16.1789.

<sup>13</sup> Networks C. E-Communications Household Survey. 2013; (November).

<sup>14</sup> Majerszki N. *The Z Generation of the Twenty First Century.* Verpelét; 2014.

[http://www.norria.hu/files/1029/Peabo\\_Media\\_Kft\\_Z\\_generáció\\_és\\_a\\_közösségi\\_média.pdf](http://www.norria.hu/files/1029/Peabo_Media_Kft_Z_generáció_és_a_közösségi_média.pdf) (Elérve: 2016.07.14.)

<sup>15</sup> Központi Statisztikai Hivatal. Európai lakossági egészségfelmérés, 2014, *Statisztikai tükör*; 2015;29:1-9.

<sup>16</sup> Weber EU, Blais A-R, Betz NE. A domain-specific risk-attitude scale: Measuring risk perceptions and risk behaviors. *J Behav Decis Mak.* 2002;15(August):263–290. doi:10.1002/bdm.414.

<sup>17</sup> Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med.* 1979;9:139–145. doi:10.1017/S0033291700021644.

<sup>18</sup> Wardle AJ, Steptoe A, Wardle J. Socioeconomic Differences in Attitudes and Beliefs about Healthy Lifestyles. *Epidemiol Community Health.* 2003;57(6):440–443.

<sup>19</sup> Oreg S. Resistance to change: Developing an individual differences measure. *J Appl Psychol.* 2003;88(4):680–693. doi:10.1037/0021-9010.88.4.680.

<sup>20</sup> Schwarzer, R., & Jerusalem M. General Self-efficacy Scale. *Meas Heal Psychol A user's portfolio Causal Control beliefs.* 1995;(2008):35–37. doi:10.1037/t00393-000.

- <sup>21</sup> Gosling SD, Rentfrow PJ, Swann WB. A very brief measure of the Big-Five personality domains. *J Res Pers.* 2003;37(6):504–528. doi:10.1016/S0092-6566(03)00046-1.
- <sup>22</sup> Semmelweis University Budapest. Hungarostudy. 2013. <http://www.hungarostudy.hu/index.php/2014-04-07-17-21-12/hungarostudy-2013> (Elérve: 2016.07.14.)
- <sup>23</sup> Craig R, Shelton N. *Health Survey for England 2007, Healthy lifestyles : knowledge , attitudes and behaviour.* Köt 1. London; 2008.
- <sup>24</sup> Abbott R, Macdonald D, Stubbs C, Lee A, Harper C, Davies P. *Healthy Kids Queensland Survey 2006 - Full Report.*; 2008. <http://www.health.qld.gov.au/ph/documents/hpu/healthykidsgld2006.pdf> (Elérve: 2016.07.14.)
- <sup>25</sup> EU. *Sport and physical activity -- Special Eurobarometer.*; 2014. doi:10.2766/73002.
- <sup>26</sup> European Commission. *A Pan-EU Survey on Consumer Attitudes to Physical Activity, Body-weight and Health.*; 1999.
- <sup>27</sup> Cantril H. *The pattern of human concerns.* Köt Rutgers Un. New Brunswick, New Jersey, USA; 1965.
- <sup>28</sup> Kasser T, Ryan RM. Further Examining the American Dream: Differential Correlates of Intrinsic and Extrinsic Goals. *Personal Soc Psychol Bull.* 1996;22(3):280–287. doi:10.1177/0146167296223006.
- <sup>29</sup> Hoyle RH, Stephenson MT, Palmgreen P, Lorch EP, Donohew RL. Reliability and validity of a brief measure of sensation seeking. *Pers Individ Dif.* 2002;32(3):401–414. doi:10.1016/S0191-8869(01)00032-0.
- <sup>30</sup> Eurostat. SILC. 2015. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/overview> (Elérve: 2016.07.14.)
- <sup>31</sup> Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9 : A New Depression Measure. *Psychiatr Ann.* 2002;32(9):509–515. doi:170553651.
- <sup>32</sup> EKF szakmai anyagok. [http://www.egeszseg.hu/szakmai\\_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-egeszsegkommunikacios-felmeres/](http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-egeszsegkommunikacios-felmeres/) (Elérve: 2016.07.14.)

# Impresszum

## KIADÓ

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet  
1113 Budapest, Diószegi út 64.

A kiadásért felel: Török Krisztina  
A szerkesztésért felel: Vitrai József  
Honlap: [www.nefi.hu](http://www.nefi.hu)

## SZERKESZTŐSÉGI TAGOK

Főszerkesztő:  
Török Krisztina

Felelős szerkesztő:  
Vitrai József

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

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

## KAPCSOLAT

Levelezési cím: 1113 Budapest, Diószegi út 64.  
Email cím: [folyoirat@nefi.hu](mailto:folyoirat@nefi.hu)

ISSN 2498-6666 (online kiadás)

## Olvasásra ajánljuk

### Suggested readings

**Kulcsszavak:** prevenció, esésmegelőzés, halálozási egyenlőtlenségek, egészségügyi adatok

## Tartalom

A primer prevenció és a rizikófaktorok csökkentésének hatása a szívkoszorúér okozta halálozás alakulására a munkaképes korú nőknél és férfiaknál Észak-Finnországban.....	99
Esésmegelőzési prevenció programok hatásvizsgálata .....	100
A tradicionális koleszterincsökkentő diéta újraértékelése .....	102
Halálozási egyenlőtlenségekben bekövetkezett változás az elmúlt 20 évben .....	103
Az elektronikus egészségügyi adatok fejlődésének, felhasználásának és alkalmazásának története .....	104
Kezelések hatása klinikai vizsgálatok és rutinszerűen gyűjtött egészségügyi adatok alapján .....	105

## A primer prevenció és a rizikófaktorok csökkentésének hatása a szívkoszorúér okozta halálozás alakulására a munkaképes korú nőknél és férfiaknál Észak-Finnországban

### Primary prevention and risk factor reduction in coronary heart disease mortality among working aged men and women in eastern Finland over 40 years: population based observational study

Pekka Jousilahti, research professor, Tiina Laatikainen, professor, Markku Peltonen, research professor, Katja Borodulin, senior researcher, Satu Männistö, academy research fellow, Antti Jula, research professor, Veikko Salomaa, research professor, Kennet Harald, statistician, Pekka Puska, director general emeritus, Erkki Vartiainen, director  
BMJ 2016; 352, [forrás](#)

Ismertető: Balku Eszter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

### ÖSSZEFOGLALÁS

A közleményben egy populációs alapú vizsgálat kerül bemutatásra, amelynek célja, hogy megvizsgálja a primer prevenció és a rizikófaktorok csökkentésének hatását a szívkoszorúér okozta halálozás alakulására a munkaképes korú nőknél és férfiaknál Észak-Finnországban. A megfigyelt időszak 40 év. A vizsgált tényezők a dohányzás prevalenciája, a szérumkoleszterin szint, a szisztolés vérnyomás és a munkaképes korban, szívkoszorúér betegség miatt bekövetkezett halálozás. Az eredmények szerint Észak-Finnországban 40 év leforgása alatt 82%-kal csökkent a szívkoszorúér okozta halálozás. Ezzel összefüggésben a populációs szintű beavatkozásoknak köszönhetően csökkent a dohányzás, csökkent

a magas koleszterinszintre gyógyszert szedők aránya és csökkent azok száma, akiknél magas szisztolés vérnyomást diagnosztizáltak. Az ilyen típusú halálozás kedvező csökkenésének 2/3-áért felelős a vizsgált 3 rizikótényező csökkentése, 1/3-áért pedig egyéb kedvező tényezők felelhetnek. A közlemény konklúziója szerint a rizikófaktorok populációs szintű beavatkozásokkal történő csökkentése hozzájárul a szívkoszorúér betegségek okozta halálozás csökkenéséhez. Emellett ugyan a másodlagos megelőzés és a kezelési protokollok sokat fejlődtek az elmúlt 40 évben, mégis a primer prevenció a legfontosabb beavatkozási szint.

### KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A rizikófaktorok populációs szintű beavatkozásokkal történő csökkentése hozzájárul a szívkoszorúér betegségek okozta halálozás csökkenéséhez.

## Esésmegelőzési prevenció programok hatásvizsgálata

### A fizikai aktivitás szerepe az időskori esések megelőzésében (LIFE Study)

Effect of structured physical activity on prevention of serious fall injuries in adults aged 70-89: randomized clinical trial (LIFE Study)

Thomas M Gill, Marco Pahor, Jack M Guralnik, et al.

2016; 352, [forrás](#) (Published 03 February 2016) Cite this as: BMJ 2016;352:i245

Ismertető: Dr. Varsányi Péter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

#### ÖSSZEFOGLALÁS

A kutatók egy hosszú távú, fizikai aktivitásra épülő és egy hagyományos, ismeretátadásra épülő esésmegelőzési program hatásosságát hasonlították össze 70-89 éves korú idősök körében. Az összehasonlítást 1635 személy részvételével, vak, randomizált, három éves követéses vizsgálattal végezték. A vizsgálatba kerülés előfeltétele volt, hogy az egyes személyek képesek legyenek 400 métert önállóan, külső segítség nélkül megtenni. A beválogatáskor további, fizikai aktivitásra vonatkozó méréseket is végeztek, így biztosítva, hogy csak hasonló állapotú személyek kerüljenek be a kutatásba. A fizikai aktivitásra épülő vizsgálatban 818 személy heti kétszer, egy központban előre meghatározott gyakorlatokat végzett, amelyeket heti 3-4 alkalommal

otthonukban, önállóan is meg kellett ismételni. A gyakorlatok között volt erősítő, egyensúlyt fejlesztő, és rugalmasságot növelő gyakorlat is. Az oktatáson alapuló vizsgálatban szereplő 817 személy az időskori sérülésekkel foglalkozó üléseken vett részt, ahol a témába illő előadásokat hallgattak és néha nyújtó gyakorlatokat is végeztek. Összehasonlítva a két programot, a három éves követés során előforduló esések gyakoriságában nem volt kimutatható különbség a két módszer között; életkorra, nemre, és egyéb demográfiai mutatókra korrigálva sem. Ugyanakkor némi bizonyítékot találtak arra, hogy férfiak esetében a fizikai aktivitáson alapuló program hatásaként csökkent az esések következtében bekövetkező törések gyakorisága.



## Egy kórházi esések megelőzését célzó prevenciós program (6-PACK) hatás-vizsgálata

6-PACK programme to decrease fall injuries in acute hospitals: cluster randomised controlled trial

Anna L Barker, Renata T Morello, Rory Wolfe et al

BMJ 2016; 352, [forrás](#) (Published 26 January 2016)

Ismertető: Dr. Varsányi Péter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

### ÖSSZEFOGLALÁS

A vizsgálat célja az volt, hogy megállapítsák a kórházban előforduló esések megelőzésére bevezetett „6-PACK” program hatásosságát. A 6 komponensű program kialakításakor különös figyelmet szenteltek arra, hogy csak jó gyakorlatként, máshol már bevált beavatkozások tapasztalatait használják fel. A vizsgálat megkezdése előtt a szakemberek felmérték a kórházi esések megelőzése vonatkozásában rendelkezésre álló evidenciákat, de nem találtak bizonyítottan hatásos prevenciós beavatkozásokat a témában. Ezt a hiányosságot próbálja ez a kutatás pótolni. A vizsgálatba 6 ausztrál kórház 24 osztályát vonták be, kontrollként olyan osztályokat választottak, ahol még nem került bevezetésre a program, azaz csak a hatályos ausztrál előírásoknak megfelelő

esésmegelőzési eljárásokat alkalmaztak. Az egy éves követéses vizsgálatban összesen 46245 kórházi elbocsátást elemeztek. A két vizsgált – 6-PACK-os és kontroll – csoport tagjainak betegség típusa és egyéb, a vizsgálatot befolyásoló tulajdonságai megegyeztek. Az összehasonlítás eredményként megállapították, hogy a kórházakban pozitív változás történt az esések, sérülések megelőzésének vonatkozásában, azonban nem találtak elegendő bizonyítékot a vizsgált program előnyeire, hatásosságára vonatkozóan a hagyományos megelőzési eljárásokkal szemben. A kutatók mindezek mellett is felhívják a figyelmet a kórházakban bekövetkező esések egyre növekvő gyakoriságára és további vizsgálatokat javasolnak, más megelőző programok bevonásával.

### KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A két cikk felhívja az olvasó figyelmét, hogy a sokszor jó gyakorlatként használt beavatkozások sem minden esetben állják ki a tudományos evidenciák megállapításához szükséges, megfelelő módszertannal végzett hatásvizsgálatok próbáját. Mindkét kutatás eredménye összhangban állt az adott témában a Cochrane adatbázisban szereplő bizonyítékokkal. Abban az esetben tehát, amennyiben nem áll módunkban egy-egy beavatkozáshoz megfelelő hatásvizsgálatot készíteni, célszerűnek látszik, ha a Cochrane adatbázis eredményei alapján ítéljük meg az egyes beavatkozások hatásosságát – még ha az sok esetben a hétköznapi gondolkodással és tapasztalatokkal szemben is áll.

## A tradicionális koleszterincsökkentő diéta újraértékelése

### Re-evaluation of the traditional diet-heart hypothesis: analysis of recovered data from Minnesota Coronary Experiment (1968-73)

Christopher E Ramsden, medical investigator, Daisy Zamora, epidemiologist, Sharon Majchrzak-Hong, research chemist, Keturah R Faurot, epidemiologist, Steven K Broste, retired statistician, Robert P Frantz, professor of medicine, John M Davis, professor of psychiatry, Amit Ringel, guest researcher, Chirayath M Suchindran, senior biostatistician, Joseph R Hibbeln, senior clinical investigator

International Journal of Public Health, November 2015, Volume 60, Issue 7, pp 799-813, First online: 23 August 2015, BMJ 2016; 353, [forrás](#) (Published 12 April 2016)

Ismertető: Balku Eszter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

### ÖSSZEFOGLALÁS

A közleményben egy kettős vak vizsgálat kerül bemutatásra, illetve a vizsgált témához kapcsolódó meta-analízis. A szerzők arra keresik a választ, van-e összefüggés a telített zsírsavak bevitelének csökkentése és a szív- és érrendszeri megbetegedések, illetve a betegségek okozta halálozás között. A kettős vak vizsgálat során az intervenciós csoportban növényi eredetű, alacsony telített zsírsav tartalmú étrendet kaptak a résztvevők, míg a kontroll csoportban állati eredetű zsiradékokban gazdag táplálékot fogyasztottak. A vizsgálat eredményei alapján

az intervenciós csoportban csökkent a szérumszint, de nem mutatott előnyt a halálozás tekintetében a kontroll csoporthoz képest. A további meta-analízisek is erre az eredményre jutottak. A közlemény konklúziója szerint a rendelkezésre álló bizonyítékok alapján az, hogy a telített zsírsavakat telítetlenre cseréljük, valóban csökkenti a szérumszintet, de nem támasztja alá azt a hipotézist, hogy ezáltal csökkenne a szív- és érrendszeri megbetegedés miatti halálozás.

### KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A telített zsírsavak bevitelének csökkentése kapcsolatban áll a szérumszint csökkenésével, azonban nincs összefüggésben a szív- és érrendszeri megbetegedések okozta halálozás csökkenésével.

## Halálzási egyenlőtlenségekben bekövetkezett változás az elmúlt 20 évben

### Changes in mortality inequalities over two decades: register based study of European countries

Johan P Mackenbach, head of department, Ivana Kulhánová, postdoctoral fellow, Barbara Artnik, assistant professor, Matthias Bopp, senior researcher, Carme Borrell, executive director, Tom Clemens, research fellow, Giuseppe Costa, professor, Chris Dibben, professor, Ramune Kalediene, dean, Olle Lundberg, professor, Pekka Martikainen, professor, Gwenn Menvielle, senior investigator, Olof Östergren, PhD student, Remigijus Prochorskas, senior investigator, Maica Rodríguez-Sanz, public health technician, Bjørn Heine Strand, senior investigator, Caspar W N Looman, statistician, Rianne de Gelder, postdoctoral researcher

BMJ 2016; 353, [forrás](#)

Ismertető: Balku Eszter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

### ÖSSZEFOGLALÁS

A közlemény 11 európai ország regiszter alapú vizsgálati eredményei alapján foglalja össze a halálzási egyenlőtlenségekben az elmúlt 20 évben bekövetkezett esetleges változásokat. A szerzők úgy gondolják, ahhoz, hogy a kormányzatok megfelelő intézkedéseket tegyenek, ismerniük kell az eddigi egyenlőtlenségcsökkentő törekvések eredményeit és a halálzási egyenlőtlenségek mértékét a különböző társadalmi és gazdasági csoportokban. 20 év halálzási adatait tekintették át nem, iskolai végzettség és gazdasági aktivitás szerint, ezen belül a legmagasabb és

legalacsonyabb társadalmi-gazdasági csoportot hasonlították össze nemenként. Abszolút és relatív egyenlőtlenségeket vizsgáltak. Az eredmények alapján elmondható, hogy a halálzási egyenlőtlenségek kedvezőbbek, mint amilyenek a vizsgálat elején gondolták. Azonban a szerzők úgy vélik, ez a pozitív változás inkább az egyének viselkedés változásának és a prevenció beavatkozásainak köszönhető, nem pedig a kormányok egyenlőtlenségcsökkentő koncepciójának. Ahhoz, hogy biztosat tudjanak mondani a szakemberek, sokkal részletesebb elemzésre lenne szükség.

### KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Ahhoz, hogy a kormányzatok egyenlőtlenségek csökkentésre irányuló tevékenységeinek hatása jól monitorozható legyen, sokkal több adatra és részletesebb elemzésre lenne szükség.

## Az elektronikus egészségügyi adatok fejlődésének, felhasználásának és alkalmazásának története

### Time for a Patient-Driven Health Information Economy?

Kenneth D. Mandl, M.D., M.P.H., and Isaac S. Kohane, M.D., Ph.D.  
N Engl J Med 2016; 374:205-208 January 21, 2016, [forrás](#)

Ismertető: Balku Eszter ✉

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

### ÖSSZEFOGLALÁS

A cikk szerzői egy rövid áttekintést adnak az elektronikus egészségügyi adatok felhasználásának, alkalmazásának fejlődéséről az USA-ban, megvilágítva az előnyöket és a hátrányokat. Előnyként mutatják be, hogy a ritka betegségben szenvedő páciens adatai segíthetnek akár egy másik földrészen élő, de hasonló betegségben szenvedő diagnosztizálásában, vagy azt, hogy a páciens maga is könnyen hozzáférhet az adataihoz, ezáltal magasabb szintre emelheti

az orvos-beteg kommunikációt. Azonban problémaként vetítik fel, hogy az ilyen típusú – elektronikus – adatokat feltörhetik, vagy az egészségügyi szolgáltatókról olyan információk derülhetnek ki, ami nem lenne előnyös számukra. Az elektronikus egészségügyi adatok felhasználásának és alkalmazásának fejlődése 1994-ben indult el és mai napig sem teljesen kiforrott még ez a technológia.

### KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A páciens és az orvos számára könnyen elérhető és felhasználható egészségügyi adatok a hatékonyabb ellátás jövőjét jelentik.

## Kezelések hatása klinikai vizsgálatok és rutinszerűen gyűjtött egészségügyi adatok alapján

### Agreement of treatment effects for mortality from routinely collected data and subsequent randomized trials: meta-epidemiological survey

Lars G Hemkens, senior researcher, Despina G Contopoulos-Ioannidis, clinical associate professor, John P A Ioannidis, professor

[forrás](#)

Ismertető: Balku Eszter 

*Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet*

### ÖSSZEFOGLALÁS

A közleményben egy meta-epidemiológiai vizsgálat kerül bemutatásra, amely célja, hogy összehasonlítsa ugyanarra a kezelésre vonatkozó randomizált kontrollált vizsgálatot és az egészségügyi adatok elemzéseinek eredményeit. A randomizált kontrollált vizsgálatoknak korábban kellett történni, mint a vizsgált egészségügyi adatok időszaka. 16, rutinszerűen gyűjtött egészségügyi adatelemzésről szóló közleményt, és ugyanezekre a kezelésekre vonat-

kozó 36 randomizált, kontrollált vizsgálatot hasonlítottak össze. Az eredmények alapján a rutinszerűen gyűjtött adatok kedvezőbb képet mutatnak egy kezelés hatásosságáról, mint a klinikai vizsgálatok. A cikk szerzői az eredmények alapján óvatosságra intik a klinikai döntéshozókat, azt javasolják, mielőtt egy kezelés bevezetése mellett döntenek, érdemes mind a két típusú vizsgálat eredményeit figyelembe venni.

### KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A rutinszerűen gyűjtött egészségügyi adatok túlbecsülik a kezelések hatását a randomizált klinikai vizsgálatokhoz képest.