

Konszenzuson alapuló népegészségügyi megközelítések

Consensual approaches in public health

A WHO szakértői által készített európai egészségstratégia, az Egészség2020 megállapítja, hogy a fejlettség országok egészségügyi kiadásai évről-évre, sokszor a gazdasági növekedést meghaladó mértékben emelkednek. A dokumentum felhívja ugyanakkor a szakemberek figyelmét, hogy megfelelő stratégiát követve a korlátozott erőforrások ellenére is komoly egészségnyereség érhető el. „Egyre több gazdasági evidencia szól amellett, hogy megelőzéssel az egészségügyi kiadások visszafoghatók akkor, ha egyidejűleg a társadalmi helyzet szerinti egyenlőtlenségeket csökkentik és támogatják a legsérülékenyebb csoportokat.”^{1 (12.o.)} Mivel Magyarországon a népegészségügyi rendszer komoly változások előtt áll, érdemes „kitekinteni”, milyen megközelítések, elvek adaptálása célszerű a hazai népegészségügyi megújításakor. A népegészségügy jelenlegi nemzetközi trendjeit áttekintve az alábbi 6 alapvető megközelítés emelhető ki.

1. Megelőzés elsődlegessége

Az Egészség2020 és számos más szakdokumentum is kifejti, milyen intézkedések jöhetnek számításba az elsődleges megelőzés fókuszba emeléséhez. Az ezekben ismertetett elveken túl, gyakorlati tapasztalatok is rendelkezésre állnak, hiszen az Egyesült Államokban összkormányzati irányítással 2011 óta folyik a Nemzeti Megelőzési Stratégia² megvalósítása. A megelőzés elsődlegességéhez kapcsolódóan, például a védőoltásokról az előző lapszámban [itt](#) olvashattak.

2. Társadalmi meghatározottság

Elsősorban az egészségyenlőtlenségek csökkentésére irányuló kutatások tették nyilvánvalóvá, hogy a társadalmon belül egyenlőtlenül megoszló egészségproblémák megoldása esélytelen a társadalmi egyenlőtlenségek mérséklése nélkül.³ A társadalmi meghatározottság egyik aspektusa, hogy az egészségmagatartást — beleértve az orvoshoz fordulást is — döntően az egyének egészségműveltsége^{1,4} tágabban értelmezve az adott társadalmi csoportra

jellemző egészségkultúra⁵ befolyásolja. Az egészségműveltséggel (health literacy), vagy más kifejezéssel az egészségértéssel e lapszámban több közlemény is foglalkozik. Ugyancsak egyre több stratégiai dokumentum hangsúlyozza, hogy az egyén fizikai és társas környezete erős hatással van az egészségmagatartásra^{1,6} és így az egészségre is. Mindezekből következik, hogy a lakosság egészsége csakis az „egész kormányzat – egész társadalom” elve alapján valamennyi társadalmi szereplő rendszer szinten összehangolt tevékenysége következtében javulhat.^{1,7}

3. Teljes élethossz

Egyértelműen megállapítható, hogy a népegészségügyi beavatkozások nem korlátozódhatnak egy-egy korosztályra. Amint azt az Egészség2020 is kiemeli: „Egészséges gyermekek jobban tanulnak, egészséges felnőttek produktívabbak, és az egészséges idősök tovább képesek tevékenységükkel hozzájárulni a társadalmi jóléthez.”^{1 (16.o.)}

4. Lakosságközpontú egészségügyi rendszer

Az Egészség2020 négy népegészségügyi prioritása közül az egyik az egészségügyi rendszer megerősítése, azaz „az egészségügyi rendszer olyan átalakítása, amely elsőbbséget ad a betegségek megelőzésének, előmozdítja az állandó minőségjavítást és a szolgáltatások integrációját, biztosítja az ellátás folyamatoságát, támogatja a betegek öngondoskodását, és a szolgáltatásokat a lakóhelyhez olyan közel telepíti, amennyire csak biztonságos és költséghatékony.”^{1 (18.o.)} Az amerikai megelőzési stratégia ugyancsak fókuszba helyezi az ellátás lakosság-centrikus áthangolását: „Míg a megelőző szolgáltatásokat hagyományosan a kórházakban lehet elérni, jó pár nyújtható a közösségben, a munkahelyen, az iskolákban, a rendelőintézetekben vagy az otthonokban.”^{2 (18.o.)} A témához kapcsolódóan egy korábbi lapszámunkban az Egészségfejlesztési Irodák hálózatairól olvashattak [itt](#) az érdeklődők.

5. Egyének és közösségek képességeinek fejlesztése

„Akkor tekinthetjük egészséges életre képesnek a lakosságot, ha megvan hozzá a tudásuk, lehetőségük, erőforrásuk és motivációjuk felismerni és választani az egészséget, ebben az esetben képesek aktív szerepet vállalni egészségük fejlesztésében, támogatni családjukat, barátaikat és az egész közösséget az egészség választásában.”² (22.o.) Ez a megközelítés ráirányítja a figyelmet a környezet egészségben játszott alapvető szerepére, és a környezeti kockázatok csökkentése mellett a társas és fizikai környezet egészséges életmódot támogató átalakítását is sürgeti.¹ (20.o.) Az épített környezet életmódot befolyásoló szerepéről az előző lapszámban [itt](#) található rövid összefoglaló.

6. Egészségmonitorozás, népegészségügyi kutatások

„Az egészséginformáció fogalma az egészségre és az azt meghatározó tényezőkre vonatkozó adatot, információt, bizonyítékot jelenti, amely nélkülözhetetlen a sikeres egészségpolitikához. Az egészséginformáció a szakpolitika olyan erőforrása, mely elen-

gedhetetlen az egészségtervezéshez, a megvalósításhoz és az értékeléshez.”⁸ (3.o.) Az Egészség2020 stratégia megvalósításának feltételeként rögzítettek az anyagban a monitorozás, az értékelés és a népegészségügyi kutatások elsődlegességét: „A kutatások során gyűjtött egészséginformáció az ellátási szükségletek felméréséhez, az egészségügyi rendszer működésének, hatásosságának, hatékonyságának és eredményeinek értékeléséhez elengedhetetlen.”¹ (151.o.) Korábbi lapszámunkban a hazai egészségmonitorozás javasolt koncepciójáról [itt](#) olvasható összegzés.

A fenti alapvető megközelítések hangsúlyozásával és fókuszba helyezésével, a népegészségügyi fejlődés nemzetközi tapasztalatainak bemutatásával az Egészségfejlesztés folyóirat szerkesztősége bízik abban, hogy aktívan hozzá tud járulni a magyar népegészségügyi rendszer élvonalhoz való felzárkózásához.

Vitrai József
felelős szerkesztő

¹ Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization 2013.; http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1 (Elérve: 2016.09.04.)

² National Prevention Council, National Prevention Strategy, Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 2011.

³ CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization 2008. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43943/1/9789241563703_eng.pdf (Elérve: 2016.09.04.)

⁴ HLS-EU Consortium (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU (First revised and extended version, Date July 5th, 2013) http://media.wix.com/ugd/76600e_81f8001e7ddc4df198e023c8473ac9f9.pdf (Elérve: 2016.09.04.)

⁵ Davies SC, Winpenny E, Ball S, Fowler T, Rubin J, Nolte E: For debate: a new wave in public health improvement: Lancet, 2014.; DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62341-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62341-7)

⁶ Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization 2010. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf (Elérve: 2016.09.04.)

⁷ Balku E, Berki J, Csizmadia P et al. Egészségjelentés 2015. Varsányi P, Vitrai J (szerk). Nemzeti Egészségfejlesztés Intézet, Budapest, 2015.; http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/asssets/files/news/egeszsegjelentes-2015.pdf (Elérve: 2016.09.04.)

⁸ European Health Information Initiative. World Health Organization Regional Office for Europe, 2015 http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/287275/EHII_Booklet_EN_rev1.pdf?ua=1 (Elérve: 2016.09.04.)

Impresszum

KIADÓ

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet
1113 Budapest, Diószegi út 64.

A kiadásért felel: Surján Orsolya
A szerkesztésért felel: Vitrai József
Honlap: www.nefi.hu

SZERKESZTŐSÉGI TAGOK

Főszerkesztő:
Surján Orsolya

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

ISSN 2498-6666 (online kiadás)

Olvasásra ajánljuk

Suggested readings

Kulcsszavak: koherenciaérzés, stigmatizáltság, boldogságérzés, inaktivitás, viselkedésváltozást célzó beavatkozások, rendszerszintű gondolkodást segítő együttműködések, biztonságos kerékpáros közlekedés

Tartalom

Bizonyíték a mentális egészséggel kapcsolatos stigma és diszkrimináció elleni hatékony beavatkozásokra	83
Egészség és boldogság	84
Az inaktivitás és fizikai aktivitás objektív mérése és a vélt egészségi állapot összefüggései a 7-14 éves finn gyerekek körében.....	85
Fit for School: 10 héten keresztül zajló, általános iskolai tanulók egészséges testsúlyának elérését célzó iskolai pilot beavatkozás eredményei	86
Élelmiszer, egészség és komplexitás: úton az együttműködésen alapuló népegészségügyi intézkedések fogalmi keretének megértése felé.....	87
A kerékpározási jártasság-tréning hatása a kerékpározáshoz köthető viselkedésre és balesetekre a serdülők körében: megállapítások az egyesült királyságbeli <i>Alspac</i> című, longitudinális kohorsz vizsgálat kapcsán	88

Bizonyíték a mentális egészséggel kapcsolatos stigma és diszkrimináció elleni hatékony beavatkozásokra

Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination

Graham Thornicroft, Nisha Mehta, Sarah Evans-Lacko, Mary Doherty, Diana Rose, Mirja Koschorke, Rahul Shidhaye, Claire O'Reilly, Claire Henderson

Lancet, 2016. 387:1123-1132, Published: online, 23. sept. 2015.

Ismertető: Kis Nóra ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

A legtöbb szakirodalom, amely a mentális betegséggel összefüggő stigmatizációra és diszkriminációra fókuszál, magát az állapotot írja le és inkább a mentálisan beteg emberekhez való hozzáállásra koncentrálnak, mintsem a stigmatizáltság csökkentését szolgáló beavatkozásokra. Jelen áttekintés összefoglalja azokat a beavatkozástípusokat, amelyek a mentális betegségekhez kapcsolódó stigmatizáltságot és diszkriminációt szándékoztak csökkenteni.

A fő megállapítások: (1) Összslakossági szinten a hozzáállás pozitív irányú változása (negatív megítélés csökkenése, empátiaszint növelése) és a tudásalapú fejlődés rövid távú előnyeinek konzisztens sémája rajzolódik ki. (2) A mentálisan beteg emberek körében végzett néhány, csoportszintű, stigmaellenes beavatkozás (sorstársak támogatása, sorstárs csoportok) ígéretesnek mutatkozik és további kutatások elvégzésére ösztönöz. (3) Egyes célcsoportok esetén, mint például a tanulók, a szociális kapcsolat

létesítésén alapuló beavatkozások általában rövid távú attitűdváltozást érnek el és ritkábban eredményeznek ismeretalapú változást. (4) Szükség van hosszú távú, követéses vizsgálatokra ahhoz, hogy látható legyen, vajon a kezdeti változás (ismeretben, attitűdben mért pozitív változás) meddig érzeti hatását és szükség van-e egyéb beavatkozásokra a fejlődés fenntartására. (5) Kevés tanulmány fókuszál nemzetközi szinten a stigmatizáltságra, a stigmatizáltság folyamataira és a diszkriminációra, vagy az azzal kapcsolatos viselkedésváltozás témakörére, mind a szakemberek szemszögéből, mind a mentális betegséggel rendelkező vagy mentálisan egészséges (*sine morbo*) egyének tekintetében. A cikk alapján, összefoglalva elmondható, hogy a szociális kapcsolatok erősítése a leghatékonyabb beavatkozási mód, amely rövidtávon a stigmatizáltsággal kapcsolatos tudás és attitűdök pozitív irányú változását szolgálja.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Október 10-e a Lelki Egészség Világnapja, amely nap a stigmatizáció elleni küzdelmet tűzte céljaként zászlójára. Fontos, hogy a stigma és diszkrimináció elleni hatékony tevékenységekre, aktivitásokra ne küzdelemként tekintünk, hanem a beavatkozásoknak az integráló, együttműködő és elfogadó jellegét hangsúlyozzuk.

Egészség és boldogság

Health and Happiness, For the World Happiness report, Editorial letter 2016.

Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2016). World Happiness Report 2016.

The Lancet, Volume 387, No. 10025, p1251, Published: 26 March 2016.

Ismertető: Kis Nóra ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

A cikk az egyének és egyes országok boldogságának vizsgálatára és az ezzel összefüggő tényezőkre fókuszál; az egyének és nemzetek boldogságával, jóllétével kapcsolatos kutatásokat és mérési módszereket mutatja be. A 2016-os kutatás 157 ország részvételével zajlott, minden ország 1000 lakossal járult hozzá a kutatás sikerességéhez. Egy 0–10-ig terjedő skálán kellett értékelnie az embereknek saját életükkel való elégedettségüket (Cantril-skála). Ezzel együtt megvizsgálták a nemzetek közötti különbségeket az élettel való elégedettséget tekintve, az alábbi változók fényében: egy főre jutó GDP, társas

támogatás, egészséges életbe vetett hit, döntési szabadság, nagylelkűség és a korrupcióval kapcsolatos megítélés. A leggyakoribb válasz az 5-ös érték volt világszerte. A skandináv országok vezették a listát a legmagasabb értékekkel, és Burundi volt a legutolsó helyen a legalacsonyabb értékekkel. Az adott nemzetre vonatkozó átlagos „boldogságpontszám” erős korrelációt mutatott a GDP-vel és az egészséges életbe vetett hittel. Az viszont nem teljesen világos, hogy mely tényezők befolyásolják az országokban az átlagos élettel való elégedettséget.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A cikk megállapításai eszközül szolgálhatnak hosszabb kutatási folyamatok beindításához. A kutatás eredménye szerint a boldogságpontszámok erősen korreláltak az egészséges jövőbe vetett hittel, ami már egy pozitív jövőképet vetít elő, azonban más kutatások alapján elmondható, hogy a boldogság a jövőbe vetett hiten kívül más tényezőkkel is összefügg, úgymint az egészségérzet és életmód.

Az inaktivitás és fizikai aktivitás objektív mérése és a vélt egészségi állapot összefüggései a 7-14 éves finn gyerekek körében

Objectively measured sedentary behavior and physical activity of Finnish 7- to 14-year-old children – associations with perceived health status: a cross-sectional study

Pauliina Husu, Henri Vähä-Ypyä and Tommi Vasankari

BMC Public Health (2016) 16:338, DOI: 10.1186/s12889-016-3006-0

Ismertető: Járomi Éva ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

A tanulmány a The Move projekt keretében, egy finn iskolákban megvalósult program inaktivitásra, fizikai aktivitásra, fittsége gyakorolt hatását vizsgáló objektív (Hookie AM 20-accelerometer eszközzel történő) mérés és az azt kiegészítő kérdőív eredményeit, valamint a vélt egészségi állapot és az inaktivitás összefüggéseit ismerteti a régió minden gyermekére vonatkoztatva. A program 12 iskola 1-7. évfolyamainak (n= 1029) részvételével, 2013 tavaszától ősziig zajlott. Eredmények: a lányok és a fiúk esetében az inaktivitás tekintetében nincs szignifikáns különbség. Megfigyelhető volt, hogy a legidősebb vizsgált korosztály mozog a legkevesebbet és végez könnyű vagy közepes fizikai aktivitást. A fiúk több közepes és/vagy intenzív fizikai aktivitást végeznek, valamint magasabb a lépésszámuk, a lányok többet állnak egy helyben minden korcsoportban, azonban többször szakítják meg az inaktivitásból töltött periódusukat. A könnyű fizikai aktivitásban

nem figyelhető meg jelentős különbség a nemek között. Azok a gyermekek vélték kiválóan a saját egészségi állapotukat, akik átlagos lépésszáma magasabb, és inaktivitásból töltött idejük kevesebb volt. Nem találtak azonban összefüggést az egészségi állapot és az állva töltött idő, vagy a könnyű fizikai aktivitás között. Szignifikáns összefüggés mutatható ki a vélt egészségi állapot, a nem és az évfolyamcsoportok között. Az iskolás gyerekek ébren töltött idejük több mint felét mozgás nélkül töltik, közepes és/vagy intenzív fizikai aktivitást csak nagyon kis százalékban végeznek.

Következtetés: az erősen mozgásszegény életmód a kiváló vélt egészségi állapot esélyét csökkenti. Méréselni kell az inaktivitást a napi lépésszámok növelésével. További kutatásokra van azonban szükség a fizikai aktivitás, az inaktivitás és az egészséggel kapcsolatos eredmények összefüggéseinek vizsgálatához.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Iskolai szinten történő beavatkozásoknál javasolt a kifejezetten lányokat célzó, az ő érdeklődésük felkeltésére alkalmas fizikai aktivitási programok kidolgozása. Ajánlott a kötelező mindennapos testnevelési órák eredményességének javítása, módszertani ajánlások megfogalmazása.

Fit for School: 10 héten keresztül zajló, általános iskolai tanulók egészséges testsúlyának elérését célzó iskolai pilot beavatkozás eredményei

Fit for School: results of a 10-week school-based child healthy weight pilot intervention for primary school students

Elise C. Browne, Duncan S. Buchanb, Jonathan Cavanac, Julien S. Bakerb, Frank B. Wyattd and Jimmy L. Kilgore
International Journal of Health Promotion and Education, 2016 <http://dx.doi.org/10.1080/14635240.2016.1157511> Published: 21 March 2016.

Ismertető: Járomi Éva ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

A gyermekkori elhízás globális probléma, amely számos egészségproblémával összefügg (hipertónia, diszlipidémia, felnőttkori szív- és érrendszeri betegségek kialakulásának kockázata) és felnőttkori elhízáshoz vezethet. A *Fit for School* program (Lanarkshire, Skócia) keretében, iskolai szinten végzett *Child Healthy Weight* című pilot beavatkozás célja a fent említett program hatékonyságának, valamint tartós hatásának vizsgálata. A kutatásban 3 290 fő, reprezentatív mintavétellel kiválasztott 1-7. évfolyamos tanuló vett részt (Délnyugat-Skóciából). A beavatkozás az egészségértés/műveltség fejlesztéséből, egészséges táplálkozási ismeretek oktatásából, élvezetes fizikai aktivitási lehetőségek biztosításából, a szülők bevonásából és az ő szerepmódeltségük hangsúlyozásából, valamint egyéb viselkedésváltoztatást célzó elemekből állt (pl. coach-ok motivációs interjúi, osztály-kérdőívek felvétele, éhhatékony tréning, ön-reflexiós eszközök), amelyek különböző – egészségnevelési keretbe ágyazott

– viselkedésváltoztatási modelleken alapultak a pozitív motiváció elősegítése érdekében. Az intervenció hatásosságát az első és a tizedik héten mért testsúlyból és testmagasságból számított testtömeg-index (TTI) segítségével mérték.

Eredmények: a fiatalabb fiúknál és lányoknál, valamint az idősebb fiúknál megfigyelhető volt a TTI csökkenése, míg az idősebb lányoknál nem. A lányok feltehetően kevésbé érzik kompetensnek magukat a fizikai aktivitásban, ennek következtében kevésbé aktívak. Hosszú távú utánkövetésben azonban már nem volt megfigyelhető szignifikáns változás.

Következtetések: számos, több komponensű beavatkozás sikeresnek bizonyul az elhízás csökkentésében az iskolások körében, rövidtávon. Ezeknek a beavatkozásoknak a hosszú távú hatását azonban csak néhány kutatás vizsgálja. Az iskola ideális színtér lehet az egészséget támogató viselkedés elmélyítésére a gyermekek körében.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Komplex, több társadalmi szereplő bevonásával történő, hosszú távú pozitív viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezésére van szükség. Elengedhetetlenek a kifejezetten a lányok fizikai aktivitását elősegítő, motíváló intervenciók.

Élelmiszer, egészség és komplexitás: úton az együttműködésen alapuló népegészségügyi intézkedések fogalmi keretének megértése felé

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

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

BMC Public Health BMC series – open, inclusive and trusted 2016. 16:487 DOI: 10.1186/s12889-016-3142-6 Published: 8 June 2016

Ismertető: Járomi Éva ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

Az elfogyasztott ételek hatással vannak az egészségünkre (pl. élelmiszer-eredetű megbetegedéseknek, allergéneknek, környezetszennyezésnek való kitettség). A társadalmi, gazdasági, biológiai, pszichológiai tényezők és más, élelmiszerekkel kapcsolatos népegészségügyi problémák, valamint az elhízás komplex hálót alkotnak. A táplálkozást számos tényező befolyásolja: társadalmi-gazdasági státusz, élelmiszerbiztonság, egyéni preferenciák, kultúra, politika, gazdaság, kereskedelem, ipar, jogalkotás, természetes és épített környezet. Fontos figyelembe venni, hogy egy adott ágazaton belül történő beavatkozás nem várt következményekkel járhat. Egy probléma megoldása egy másik területen újabb problémákat generálhat (pl.: a városi kertek kiépítésével együtt járhat a környezetszennyezés növekedése).

A tanulmány bizonyítékokon alapuló szisztematikus

irodalomkutatás, valamint egy úgynevezett komplex adaptív rendszer segítségével kívánta megvizsgálni egy adott populáció egészségi állapotának és/vagy problémáinak összefüggő tényezőit, úgymint politikai, környezeti, társadalmi, biológiai és egyéb tényezők. Öt, élelmiszerekhez kapcsolódó egészség-problémát vizsgáltak: élelmiszereredetű megbetegedések, élelmiszerbiztonság, élelmiszert szennyező anyagok, elhízás, ételallergia.

Következtetések: rendszerszintű gondolkodást segítő együttműködések kialakítása szükséges a jövőben a körültekintő beavatkozások, valamint a kevésbé nyilvánvaló hatások és következmények azonosítása érdekében. A tényezők széleskörű hatásának figyelembevételével egyes egészségproblémák speciális kontextusba helyezhetőek (ipar, közösségi csoportok és egyéb érdekhordozók), új beavatkozási lehetőségeket kínálva ezzel.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Körültekintő probléma-azonosításra van szükség. Az egészségi állapot javítását célzó beavatkozások tervezésekor a jövőben több társadalmi szereplő, több szinten történő bevonására, valamint hálózatos együttműködésük kialakítására van szükség.

A kerékpározási jártasság-tréning hatása a kerékpározáshoz köthető viselkedésre és balesetekre a serdülők körében: megállapítások az egyesült királyságbeli *Alspac*ⁱ című, longitudinális kohorsz vizsgálat kapcsán

The impact of cycle proficiency training on cycle-related behaviours and accidents in adolescence: findings from ALSPAC, a UK longitudinal cohort

Teyhan A, Cornish R, Boyd A, Sissons Joshi M, Macleod J

BMC Public Health 2016, 16:469 (9 June 2016)

Ismertető: Kovács Piroska Anna ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

Az Egyesült Királyságban egyre szélesebb körben terjed a *Bikeability*ⁱⁱ (a gyermekek biztonságos kerékpáros közlekedését elősegítő program). A program hatásosságának vizsgálatáról számol be az alább ismertetett cikk.

Az eredmények:

- inkább a fiúknak van biciklijük, de náluk is a kor előrehaladtával csökken ez az arány,
- a fiatalabb gyermekek inkább gyakrabban és rövidebb ideig bicikliznek, mint az idősebb társaik,
- azoknak, akiknek van saját biciklijük és bukósisajkjuk, csak 40%-a viselt (önbevallás szerint) a legutóbbi biciklizés alkalmával bukósisakot és kevesebb, mint a fele vett részt biciklis oktatáson,
- az oktatáson résztvevők között gyakoribb a bukósisakkal rendelkezők és az azt használók száma.

A szerzők hangsúlyozzák, hogy a gyermekektől csak azt kérdezték meg, vettek-e részt egy adott típusú kerékpáros tréningen, annak módszeréről és sikerességéről nincs adatuk, így ennek fényében kell a kutatás eredményét is értelmezni.

A biztonságos közlekedés promóciója továbbra is kiemelt feladat a gyermekek védelme érdekében. Azonban nem elegendő kizárólag a gyermekek felkészítése a biztonságos közlekedésre valamint a védőfelszerelés és láthatósági öltözet használatára, mert az autóvezetők viselkedését ez nem feltétlenül javítja. További lehetőségeket a szerzők az autóktól elválasztott biciklis közlekedés elterjedésében látnak. A bukósisakot használók aránya azokban az országokban is alacsony, ahol a kerékpározók aránya magasⁱⁱⁱ viszont ezekben az országokban fokozott figyelmet fordítanak az autóktól elválasztott kerékpáros közlekedésre. Emellett olyan beavatkozásokra van szükség, amelyek hatékonyan ösztönzik a lányok aktív közlekedését.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Ahhoz, hogy megfelelő beavatkozásokat tervezzünk, fontos megvizsgálni a kerékpározók készségét, motivációját és viselkedését, mivel lehetőségeiket tekintve nagy különbség van a nagyvárosi egészségtudatos életmódot folytatók és a kistélepülés hétköznapi rutinja keretében kerékpározók között.

ⁱ Avon Longitudinal Study of Parents and Children

ⁱⁱ korábbi nevén Nemzeti Kerékpározási Jártasság Terv (*National Cycle Proficiency Scheme – NCPS*), részletesebb információ: <https://bikeability.org.uk/> [Elérve: 2016.07.05.]

ⁱⁱⁱ Dánia, Hollandia

Portré Dr. Török Krisztináról a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet távozó főigazgatójáról

Portrait of Dr. Krisztina Török the former director general of National Institute for Health Development

Szerző: Pári Mónika ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.09.28.

Kulcsszavak: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, egészségfejlesztés, Dr. Török Krisztina, népegészségügy

Keywords: National Institute for Health Development, health promotion, Dr. Krisztina Török, public health

Miről szól egy portré? Az emberről magáról, vagy az intézményről, amit vezetett? Talán a kettő nem elválasztható. Egy olyan szakasz zárult most le a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet életében, ahol a személyiség változást hozott, nyomot hagyott az intézmény életében, melynek egy meghatározó szakasza Dr. Török Krisztina nevéhez fűződik.

A Főigazgató asszony azzal a misszióval jött intézetünkbe 2014-ben, hogy egy olyan egyedülálló népegészségügyi hálózatot építünk, egy olyan központi irányító intézménnyel, mely az Egészségfejlesztési Irodákat koordinálja, segíti módszertanokkal, disszeminál és kommunikál.

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI) előlétele kellően terhelt volt, hogy mindez valódi kihívást jelentsen egy olyan ember számára, aki már két intézmény vezetője volt itteni kinevezése előtt. Az OEFI tevékenysége nem kis részben összefonódott a magyarországi népegészségügy megítélésével, támogatottságával. Az intézet egyik kiemelkedő szakmai és szervezeti időszak dr. Vokó Zoltán vezetése alatt volt. Krisztina korábbi együttműködései során, és azóta is mindig nagyra tartotta őt, mint embert, szakmailag pedig kétség sem férhet a zsenialitásához. Amikor ő vezette az intézményt tudott egy

olyan szakmai célt adni a kollégáknak, ami valódi csapatszellemet kovácsolt, sikerült uniós pályázati források felhasználásával jövőképet adni az OEFI-nek. Az ő távozása után ezt a szakmai fellendülést nem táplálta tovább újabb irányvonalak kijelölése, hanyatlásnak indult az intézmény hírneve is. Ebben az időpillanatban belépni egy intézmény élére menedzsment szemlélettel az erősen szakmavezérelt környezetbe, kihívás volt.

„Amit a legnagyobb fájdalomként élek meg, hogy a projektek sikeres lezárása után nem volt lehetőségem a korábbi TÁMOP-os projekteken dolgozóknak, főként a fiataloknak, akik korábban egy célállomásnak tekintették az OEFI-t, munkát és lehetőséget adni. Aki népegészségügyi projekteken dolgozott, mindenki ide akart jönni. Borzasztó csalódás volt azt megélni, hogy nem tudtuk felvenni őket. Az intézetben dolgozóknak pedig forráshiány okán nem tudtunk szakmai elköteleződést, innovatív irányokat, kihívást adni.”

Ha arról kérdezem Főigazgató asszonyt, hogy mi volt mégis mindezek ellenére a legjobb az itt töltött időben nem gondolkodik túl sokat a válaszon:

„Vannak személyes és intézményi pozitívumok is. Sikernek élem meg, hogy a szakma újra kedvezően

nyilatkozik a NEFI-ről, hogy az intézet újra jó irányban halad. Legfontosabbnak mégis azt tartom, amikor iskolák írnak személyes levelekben, civil szervezetek vagy éppen az Országos Mentőszolgálat csatlakozik a Fuss magadért egy kört kampányhoz, amikor települések jelzik, hogy országos szervezettség nélkül is megtartják a Mozgás Éjszakáját (több tízezret megmozgató országos kampány 2014-ben és 2015-ben. a Szerk.), mert fontosnak gondolják a programot. Ezért lenne lényeges megérteni a szakértő kollégáknak, hogy ez is a munkánk lényege, ez az intézetünk valódi küldetése: hogy szemléletet formáljunk. Ha csak 100 embernél sikerült valamit elérnünk idén, akkor jövőre majd többen lesznek, hogy a valódi változások eléréséhez nem csupán a kutatások szükségesek, hanem, hogy elmenjünk az emberek közé, hogy megérezzük, a bőrünkön megtapasztaljuk, hogy lássuk, hogy hány ember lesz boldogabb, egészségesebb és aktívabb egyénileg és közösségben a munkánk eredményeként. Ez ad inspirációt, ez ad pozitív motivációt, erre lehet büszke valójában egy szakember.”

„Személyes életemben pedig valódi változást hozott ez az inspiráló környezet. Én élsportoló voltam, de megadtam magamnak a kifogáskeresés luxusát, hogy úgyszincs időm a sportra. De az intézet nagyon megtanított rá, hogy minél tovább húzom ezt, annál nehezebb elérni, hogy tényleg jól érezzem magam a bőrömben. Ezzel együtt rájöttem mekkora felelőssége van ebben az embernek, az egyénnek. Azóta futok, odafigyelek az étkezésemre és a megfelelő pihenésre.”

Az intézmény életében is hasonlóan inspiratív változások tették, teszik élhetőbbé a környezetet. Működik a „Boszorkánykonyha”, ahol dietetikus vezetéssel a kollégák egészséges, könnyen elkészíthető ételekkel ismerkedhetnek, van film-klub, és csikung elemekkel tarkított reggeli torna kétszer egy héten, valamint, a lehetőségekhez mérten rendszeres, szervezett kirándulások. Mindezen túl, Krisztina továbbra is kitart amellett, hogy bár a felsorolt események közösségépítők, hasznosak a testi-lelki egészségünk szempontjából, de munkahelyi, szakmai csapatot csak a közös a munka tud igazán kovácsolni. A fentiekből már láthatunk egy képet Dr. Török Krisztina vezetői attitűdjéről, emberközpontúságáról, elköteleződéséről. Mégis, ami a NEFI életében

valódi újítást jelentett személyében, az a menedzsment szemlélet. Népszerű védekezési taktika a közgazdaságban, hogy pénzügyi hiány miatt nem lehet ezt a fajta vezetési stílust maradéktalanul meghonosítani egy közintézményben. Krisztina ezzel sosem értett egyet. Valóban a három legnagyobb kihívás ilyen környezetben a pénzügyi hiány, a menedzsment eszközök hiánya (motivációs eszközök), HR frissítés, és ezek következményeként: a szervezet-átalakítás lehetősége. A menedzsment szemlélettel, amit hozott, amit a közgazdaságban ugyanúgy lehet alkalmazni, arra próbálta érzékenyíteni a kollégákat, hogy szükséges eredményorientáltan gondolkodni, innovatívan cselekedni, kezdeményezőnek lenni.

„Rossz volt, hogy egy ostornak éreztem magam, főleg, hogy védekezésképpen próbálták a szakmát elhatárolni a menedzsmenttől, de valójában nem szabad különválasztani e két dolgot: egy menedzsernek az a dolga, hogy jól koordinálja a szakmát. Megtanítsa a kollégákat a változásra való készségre. Remélem ez részben sikerült.”

„Hogy milyen érzéssel távozom? Úgy érzem az intézetből sokan úgy élték meg, mint egy újabb vezető távozását, mint egy újabb állomást, ahonnan úgyszincs tovább megyünk. A magam részéről úgy érzem számos konfliktust nem tudtam feloldani. A seniorok közötti tudományos konfliktusokat nem sikerült elrendezni, ez talán nem is az én dolgom lett volna, de mindenesetre segítette volna a közös munkát, ha ebben sikerül kompromisszumot kötni. Mégis úgy gondolom, hogy egy olyan csapatot ismertem meg, akik erkölcsileg nagyon magasan állnak, ugyanakkor elfáradtak. Elfáradtak abban, amiben én is talán: a nem támogató környezetben, a folyamatos bizonytalanságban alkotni.

Mégis, ha üzenhetnék, vagy tanácsolhatnék valamit nekik, az mindenképpen az lenne, hogy tanulják, szokják meg a változáshoz való alkalmazkodást, a toleranciát, az egymás véleményének elfogadását, az emberközpontúságot a tudományközpontúság mellett. Mert megvalósulni az a módszertan tud, ami figyelembe veszi a környezetet, ahová adaptálni kívánjuk, ami figyelembe veszi a befogadó készséget és figyeli a reakciókat. A változás mindig alulról jön, mindig kicsiben indul el. Meg kell tanulni örülni a legapróbb sikereknek is. Ezen a területen dolgozni, sosem gyors sikertörténet. Meg kell találni szemé-

lyesen azt a spirituszt, azt a pluszt, ami mindenkiben benne van. Ezt keressék, ha hosszútávon élvezni akarják, amit csinálnak, annak ez a záloga.”

Jelenleg nem tudjuk, nem látjuk, hogy a változó intézményi és politikai környezetben a NEFI-nek, vagy akár a népegészségügynek hol és milyen szerepe

lesz. Az viszont kétségtelen, hogy Dr. Török Krisztina vezetésével tanulóképesebbé, nyitottabbá és innovatívabbá váltunk. Intézményi szinten és talán többek esetében személyesen is. Addig is: várjuk a változást, amihez már reméljük, jobban tudunk alkalmazkodni.

A szexuális életre nevelő könyv ajánlója 81 évvel ezelőttről

Recommendation for a book about sexual education from 81 years before

Szerző: Solymosy József Bonifác, Kárpáti Tímea ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.09.01.

Kulcsszavak: szexuális életre nevelés; köznevelés; nőnevelés

Egészség XLIX. 475-6. füzet szept.- okt. 1935. 9-10. füzet 117-118. oldal

Az „Egészség” című folyóiratból eredeti helyesírással digitalizálva.

„Csaba Margit dr.: Amit a fiatalasszonynak tudnia kell.

Az ifjúság nevelésének mindmáig megoldatlan kérdése: a szexuális életre nevelés, mindkét nembeli ifjúságnak, a házaset élettanába és lélektanába való bevezetése. Az iskola, melynek nyilvánossága legtöbbször nem tudja kiküszöbölni a tárgyhoz szükséges bensőséges komolyság profanizálását, - de meg legtöbbször az erre való tanerő hiánya miatt is: alig alkalmas arra, hogy a nevelésnek ezt a nem nélkülözhető részét megadja. Így a családnak jut ez a feladat, s a családi élet bizalmas levegője valóban alkalmasabb is a kérdés megoldására. Egy ponton azonban megakad a családi nevelés lehetősége. - Az ifjúságot, különösen pedig a művelt ifjúságot igen igényes szellemi nívón nevelték. Ezért a szellemi és testi világnak azokat a jelenségeit, melyek vele bármiképp is kapcsolatba kerülnek, nem veszi egyszerűen tudomásul, mint megmásíthatatlan adottságokat, hanem igyekszik lényegüket megismerni s beilleszteni abba a gondolat- és ismeretrendszerbe melyet önmagának tudatosan megalkotott. A szexuális élet és a házasság sem olyan egyszerű tények többé a ma ifjúsága számára, amit folytatni kell, mert eleink is így csinálták, hanem olyan jelenségek, melyek a természetes életfunkciók síkjain kívül etikai, gazdasági, társadalmi és világnézeti síkokat is érintenek. Éppen ezért nem elégszik meg azzal a <felvilágosítással> amit a család - kivételektől eltekintve - e téren nyújtani tud, hanem szükségét látja

olyan forrásnak, melyből igényeinek megfelelő nívón szerezheti meg ismereteit.

Ezt a - nevelés, közelebbről nőnevelés terén mutató - szükségletet elégíti ki Csaba dr. könyve, mely logikus folytatása eddigi köteteinek: <<Amit a nagylánynak tudnia kell>>

Legújabb írásában Csaba Margit dr. magyarázattal és tanáccsal szolgál mindazokra az ismerethiányokra, problémákra és kétségekre, melyek a fiatalasszony életében sorra kerülhetnek. Beavat a fejlődés tan nehezen megközelíthető törvényébe: az ember születésének történetébe, a sejtek oszlásától az új ember világrajöveteléig. Bemutatja azoknak a babonás módszereknek hiábavalóságát, melyek a megszületendő gyermek nemét kívánnák előre meghatározni. A gyermek neme, s ezzel a férfiak - nők közel egyenlő aránya a társadalomban: olyan alappillére az emberiség békéjének és fejlődésének, hogy annak alakulásába nem engedhet beleszólást az Úristen. Hiábavaló tehát minden kísérlet: a társadalomélet megmásíthatatlan törvénye, hogy körülbelül ugyanannyi leány születik, mint fiú.

A biológiai kérdések tárgyalása mellett nagy figyelmet szentel Csaba dr. könyvében a lelki élet, a házastársak közötti harmónia problémáinak. Figyelmezteti a fiatalasszonyokat: nehogy azt higgyék, hogy csak addig kell gondot viselniük külsejükre, míg azt a férjük meghódítására akarják fegyverül használni. Aki házasságban él, arra különösen érvényes, hogy nem elég csupán a lelki szépséget gondozni, s a gondozott külsőről akkor sem szabad lemondani a fiatalasszonyoknak, mikor ránézve még oly nagyjelentőségű élmény tölti is be lelkét, mint a gyermekvárás, vagy a babagondozás. Lehetőleg kerülendőnek tartja, hogy az asszony a házi köteles-

ségeinek ellátásán felül egyéb hivatalt is vállaljon. Nem előnyös ez azért, mert lehetetlen két úrnak a kenyéradó gazdának és a háztartásnak, gyermeknek egyformán jól szolgálni. De a férj önérzetét is sérti az a tudat, hogy a család eltartásában a feleség segítségére is rászorul.

A legnagyobb hangsúllyal és a legféltebb gonddal a házasság élet etikájáról beszél Csaba dr. E szempontból valósággal a gyermek és az anyaság kultusza ez a könyv, mint Tóth Tihamér professzor előszavában mondja: Minden sora mögött ott érzik az ifjúság: a házasság csak úgy lehet kedves és Isten és emberek előtt, ha betölti a hivatását: a gyermek világra hozatalát és felnevelését. Ezt kívánják az Isten kinyilatkoztatott törvényei és ezt az igaz értelemben vett hazafiság íratlan parancsai. Nem megoldás tehát, ha mesterségesen akadályozzák meg a gyermekáldást, mert a sok művi vetélés tönkre teszi az anyát testi egészségében és lelkiileg-idegileg egyaránt. Mert lelkiismeretes ember nem tudja sokáig ép lélekkel viselni a gyermekgyilkosság szörnyű lelkiismereti vádját - s azt a veszedelmet, melyet az állam törvényes rendelkezéseinek megszegése jelent. Van azért kivezető út is ebből a nehéz kérdésből. A szerző ezt is megmondja. Ha ugyanis a házastársak egészségi állapota úgy kívánja, hogy ne szülessék a házasságukból utód, vagy ha alapos lelkiismeret vizsgálat után úgy látják, hogy a gazdasági helyzetük miatt nem képesek több gyermek eltartására: a katolikus egyház által is elfogadott Knaus - Ogino - Smüldess - féle módszert alkalmazhatják, mely kiküszöböl minden mesterséges eszközt, s pusztán a minden tekintetben kívánatos időnkénti önmegtartóztatás útján tudja a célt: a gyermekáldás megakadályozását szolgálni. Ennek a módszernek az alkalmazása természetesen lelkiismereti kérdés, s éppen ezért csak addig tarthat, amíg a gyermek születést akadályozó okok fennállanak.

Csaba Margit dr. könyve minden vonatkozásban számol a vallás és erkölcs igazságaival, és a komoly ismeretekre, kétkedéseik eloszlatására vágyó fiatalasszonyok igényeivel. Írása tehát jeles munka, a nőnevelés terén eddig mutatkozott hézagok kiküszöbölésére mindenképpen alkalmas.”

Nyolc évtized alatt a téma jelentősége nem változott, viszont a megközelítése sokat bővült. Napjainkban a párkapcsolatok, házasságok növekvő labilitásának, felbomlásának jelentős gazdasági és társadalmi következményei ismeretében alapvető társadalompolitikai célnak tekinthető a családi élet minőségének és stabilitásának javítása. A HBSC felmérések szerint az a tendencia tapasztalható a fiatalok körében, hogy egyre korábbi élet évekre tevődik a párkapcsolat kialakulása és az első szexuális kapcsolat, ami az adott társadalom normáihoz igazodó szexuális kultúrához, a szexualitással kapcsolatos ismeretek elsajátításához, az érzelmi érettség és a felelősségtudatos viselkedési attitűd kialakulásához is kapcsolódik.¹

Éppen ezért mind a családi-, mind a szexuális életre nevelés egyre nagyobb hangsúllyal kerül előtérbe. A kiegyensúlyozott és érték közvetítő családi életet a családban lehet igazán megtanulni, hiszen ez a személyes kötődések elsődleges szintje. A nevelési-oktatási intézmények és a velük együttműködő családok közös feladata a gyermekek nevelése minden téren, legyen az a családi életre nevelés vagy a szexuális kultúra.

A köznevelésről szóló törvényben illetve a Nemzeti Alaptanterv alkalmazásáról szóló rendeletekben mindkét témakört érintik a köznevelési intézmények nevesített feladatai között.^{2,3} A családi életre nevelés, a szexuális kultúra és nevelés fogalmak gyakran jelennek meg együtt, hiszen ezek szorosan összefüggnek, egymásra épülnek.

A nevelés erősen kapcsolódik a diákok (fiúk, lányok egyaránt) környezetéhez, az életkorukhoz, sajátos tapasztalataikhoz. Az életkor, a nemi szerep, a szociális háttér, a szexuális érdeklődés, a diákok fejlettségi állapota és egyéni kapacitása is erősen befolyásoló tényezők, tehát a korcsoport igényeinek, tudásának és fejlettségének megfelelő szinten, személyi központú megközelítéssel minél hamarabb, már óvodás korban, vagy az általános iskola alsó tagozatában – tehát nem a kamasz korban – lenne érdemes elkezdni a szexuális nevelést. A skandináv országokban az alapfokú oktatás teljes ideje vagy egy része alatt heti egy órában oktatnak szexualitással, családtervezéssel kapcsolatos ismereteket.

A család (követendő, vagy elutasítandó) mintát nyújtó szerepe mellett az iskolai környezetre hárul a feladat, hogy felelős párkapcsolatok kialakítását, a családi életben felmerülő konfliktusok kezelését

megalapozó képességeket készséggé fejlessze. Az ismeretek átadásán túl, az attitűdformálás is csak kontextus-orientált szemlélettű pedagógiai munkával lehetséges.

„A szexuális nevelésben szerepet vállaló tanárnak gondolkodásában rugalmasnak, módszereiben pedig korszerűnek kell lennie. Szinte évről évre változtatni szükséges a módszereket és a témákat. A diákok egyre korábban kezdenek érdeklődni, hiszen információforrásaik bővülnek a technika fejlődésével, az akceleráció (emiatt is) egyre jellemzőbb.”⁴ Ennek

a naprakész, rugalmas attitűdnek a szükségességét nem csak az e-alapú (nem feltétlenül életkor specifikus, korrekt) információk szélesedő elérhetősége indokolja. A (népegészségügyi) szakembereknek kihívást jelent a nemzetközi szinten is erősödő „gender és sex” szakmai hangsúlyainak differenciálása, a klasszikus család-modellektől eltérő minták elterjedése, ami a sztereotípiák megváltoztatásának szükségességét is felveti. Erre egy érdekes példa a bécsi közlekedési lámpák figuráinak kísérleti jelleggel való bevezetése néhány kerületben.⁵ [1. ábra]

1. ábra: Gyalogos-átkelést irányító közlekedési lámpák piktogramjai Bécsben



Forrás: <http://www.österreich.at/chronik/Wiener-Ampelpaerchen-ab-jetzt-zu-zweit/188004220>

A pedagógusképzés tantárgyi struktúrája és az Oktatási Hivatalban akkreditált pedagógus továbbképzések közül ebben a témában elérhető programok minimális száma és óraszama, valamint a kérdéskör érzékenysége miatt még mindig jellemző, hogy a pedagógusok kevésbé felkészültek és motiváltak. Általános megoldás az intézményekben, hogy a témát akció jelleggel dolgozzák fel, akár úgy, hogy „fehér köpenyes” külső előadót hívnak meg, egy-egy

felvilágosító osztályfőnöki vagy biológia tanóra keretében, és mint elvégzett tevékenységet, kipipálják a feladatot.

Ezt a problémát ismerték fel és igyekeznek kezelni például azok a civil kezdeményezések is, amelyek a hagyományos iskolai programokon túlmutatnak. Egy ilyen példa, a speciális nevelési igényűekre is fókuszáló kiadvány-sorozat, mely segíti a pedagógusok munkáját, a szülőket és a gyermekeket, hogy a

felnövekvő generáció kiegyensúlyozott, tartós, biztonságos és boldog családi élet kialakítására legyen képes.^{1,6}

Az Egészséges Magyarország 2014-2020 stratégia keretében kiemelt részterületként került meghatározásra a lakosság lelki egészségének fejlesztése, fenntartása.⁷ Ennek keretében külön nevesített cél, hogy a vágyott és tervezett gyermekek nagyobb száma szülessen meg és nőjön fel szeretetteljes családban. Ehhez elengedhetetlen feladat, hogy a lelki egészséggel kontextusba helyezve kerüljön sor a szex-educációra.

Ma már egyértelmű, hogy a fiatalok szexuális nevelése kapcsán nem elégséges csak a fogamzásgátlásra, a nemi élethez kapcsolódó betegségekre, a szervek működésére illetve a higiénés tennivalókra

szorítkozni, ám napjainkban leginkább ez jellemzi az intézmények gyakorlatát. A szexualitás lelki-, mentális-, szociális aspektusaira is szükséges a nevelés során különös hangsúlyt fektetni, hogy a fiatalok az elvárt társas-, társadalmi szerepeik betöltésére alkalmassá váljanak és autonóm, felnőtt életre legyenek képesek.⁸

Tehát, amikor jelezzük, hogy a nyolc évtized alatt a téma jelentősége nem változott, viszont a megközelítése jelentősen bővült, akkor azt úgy értjük, hogy a „régii” módszertanok, megközelítések folyamatos átgondolására, aktualizálására is szükség van, melyhez a népegészségügyi szakemberek, egészségfejlesztők is hozzá tudnak járulni, segítve a pedagógusok nevelő munkáját.

¹http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalok/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf (Elérve: 2016.08.25.)

²http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=139880.321413 (Elérve: 2016.08.26.)

³http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=149257.256438 (Elérve: 2016.08.26.)

⁴ Fábrián Róbert–Dr. Simich Rita: Meglévő és működő modellprogramok, valamint az iskolai szexeducációs események értékelése. HIV/AIDS-prevenió. Az ifjúság biztonságos szexuális életre nevelése. OEFI. 2006.

<http://mek.oszk.hu/08100/08125/08125.pdf> (Elérve: 2016.08.26.)

⁵<http://www.xn--sterreich-z7a.at/chronik/Wiener-Ampelpaerchen-ab-jetzt-zu-zweit/188004220> (Elérve: 2016.08.26.)

⁶<http://sexeducatio.hu/index.php?subpage=celcsoportok3> (Elérve: 2016.08.26.)

⁷http://www.kormany.hu/download/e/a4/30000/Eg%C3%A9szs%C3%A9ges_Magyarorsz%C3%A1g_e%C3%BC_strat%C3%A9gia_.pdf (Elérve: 2016.08.26.)

⁸ Nemzeti Lelki Egészség Stratégia (tervezet): http://www.pef.hu/pef/resources/documents/nemzeti_lelki_egeszseg_strategia_tervezet_pef_kiegésziteseikkel.pdf (Elérve: 2016. 08.26.)

ⁱ 2003-ban az Oktatási Minisztérium hivatalos tankönyvvé nyilvánította a tankönyvcsaládot, mely tanári és diák-munkafüzetekből áll:

1. Forrai Judit: értelmi sérültek érzelmi, szexuális élete és nevelése (tanári útmutató)
2. Forrai Judit, Lengyel Adél: Én-kép-kirakó/alsó tagozatos tanulóknak,
3. Forrai Judit, Lengyel Adél: Felnőttország-járás/felső tagozatos tanulóknak)

Beszámoló a 2016-os Európai Allergológus kongresszusról

Report on the 2016 Congress of the European Allergologists

Szerző: Réthy Lajos Attila✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.09.05.

Kulcsszavak: kongresszus, Európai Allergológiai- és Klinikai Immunológiai Akadémia, immunterápia, molekuláris allergia-diagnosztika, egészségfejlesztés

Keywords: congress, European Academy of Allergology and Clinical Immunology, immunotherapies, molecular allergy diagnostics, health development

BEVEZETÉS

Az allergia a „fejlett” világ egyik népbetegsége. Tanácsadói adat, hogy Európa, Észak-Amerika, Ausztrália népességének közel 30%-a allergiás. Az allergológiai diagnosztika és terápia az utóbbi években robbanásszerű fejlődésen ment keresztül, különös tekintettel a molekuláris alapú diagnosztikára és az immár oki kezelés lehetőségét nyújtó specifikus szublingvális immunterápiára. Mindezek különösen indokoltá teszik, hogy az allergológia eme korszerű módszereivel tisztában legyen minden egészségfejlesztéssel foglalkozó szakember is. A lehetőségek ismertetésére jó alapot nyújthatnak az európai Allergológiai és Klinikai Immunológiai Akadémia (EAACI) jubileumi, 60. éves kongresszusán elhangzott előadások eredményei.

A kongresszusra 2016. június 12-15 között került sor Bécsben, közel 7400 delegált részvételével. A szekciók párhuzamosan zajlottak az új kiállítási és kongresszusi központban közel húsz helyszínen. A témakörök főként a gyakorlati allergológia, kisebb részben a klinikai immunológia illetve a kísérletes immunológia területeit ölelték fel.¹ A kongresszus mottójának - „Valcer allergénnel” - megfelelően, színes „táncrendben” a tisztított allergén-komponensekkel kapcsolatos legkorszerűbb diagnosztikai és immunterápiás lehetőségeket, eredményeket ismer-

hettük meg. A kongresszus fő témaköreinek megfelelően tekintsük át részletesebben az új trendeket az allergológiai diagnosztika- és terápia területén!

Az allergiás nátha kezelése - jelen és közeljövő

Jelen: Az allergiás nátha klasszikus kezelése A „klasszikus” terápia alapvetően tüneti kezelést jelent, főként antihisztamin készítmények bázisán. Ezek alkalmazása során az allergén kiváltotta hisztamin és más biológiailag aktív molekulák felszabadulásának gátlásával az előidézett tünetek visszaszorulnak. A régebbi antihisztamin készítményeket komoly mellékhatás-spektrum kísérte, elsősorban az álmoság.² A korszerű, második generációs antihisztaminoknál ez a mellékhatás már egyáltalán nem jelentkezik.³ Azonban az antihisztamin terápiát gyakran ki kell egészíteni az orr nyálkahártya gyulladást tartósan csökkenteni képes, szteroid alapú gyulladáscsökkentő orrspray-vel, illetve antihisztamin tartalmú szemcseppel.⁴

Jelen és közeljövő: Az allergia oki kezelése, az allergén specifikus immunterápia (AIT)

Az allergén specifikus immunterápia (AIT) lényege a kiváltó allergénnel történő *immuntolerancia-indukció*, ami az allergia oki kezelését jelenheti. Ilyenkor az allergiát kiváltó anyag időben fokozatosan emel-

kedő adagú kivonatát injekciós formában vagy nyelv alá cseppentve szoktatják hozzá az immunrendszert az adott anyag tolerálásához. Ennek során kedvező változás áll be a kórosan fokozott immunválaszban: az allergiás Th2 immunválasz eltolódik a reguláló T sejtek (T reg) dominanciájának irányába. Mindez következményes hízósejt és bazofil aktivitás csökkenéssel, fokozott specifikus IgG4 termeléssel és végül a specifikus IgE szintek csökkenésével jár. 3-5 egymást követő szezonnyi kezeléssel hosszú távú (10-12 éves) tünetmentesség is elérhető. A terápia azt is megakadályozhatja, hogy a szénanátha mellett asztma is kialakuljon, illetve hogy a betegek más anyagra legyenek allergiásak.^{5,6}

Az AIT története

Az első sikeres allergén-specifikus immunterápiát szénanátha ellen az első világháború előtti években végezték *szubkután* (bőr alatti) pázsitfű extraktummal.^{7,8} A szubkután immunterápia (SCIT) későbbi elterjedését az injekciós kezelés nehézsége mellett az alkalmankénti *anafilaxiás* halálesetek is gátolták.^{1,7}

Szublingvális immunterápia (SLIT)

Az 1980-as években adtak hírt először sikeres szublingvális (nyelv alatti) immunterápiáról (SLIT) poratkára allergiás betegeknél.⁷ Az elvégzett metaanalízisek szerint a SLIT hatékony lehet allergiás náthában illetve asztmában is. A Világ Allergológiai Társaság (WAO) és az Európai Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság (EAACI) a SCIT és SLIT indikációját lényegileg azonosnak minősítette.^{5,6,9} Ugyanakkor fontos kiemelni, hogy egyenrangúságuk mellett a SLIT biztonságossága és tolerálhatósága kedvezőbb spektrumú, mint a SCIT-é. A SLIT esetében lényegesen kevesebb, enyhébb mellékhatásokkal kell csak számolni, emellett alkalmazása során anafilaxiás reakcióból származó halálesetet nem írtak le. A ritka helyi mellékhatások (pl. enyhe égető vagy diszkomfort érzés a szájban) mellett a kezelést nem kell félbeszakítani, orális antihisztamin általában elegendő a tünetekre. Az esetleg fellépő *gasztorintesztinális* (gyomor-bélrendszeri) panaszok esetén az oldatot lenyelés he-

lyett érdemes kiköpní a bevételt követő pár perc leletével. Felléphetnek még az allergia szezonra jellemző szénanáthás, asztmás tünetek is. Kontrollált asztma nem ellenjavallata a kezelésnek. Az eddig alkalmazott SLIT kezelések mellett anafilaxiás halálesetet eddig több millió a világon folytatott SLIT kezelés ellenére sem regisztráltak. Előzetes anafilaxia más allergénre, illetve megelőző szubkután immunterápia esetén mindazonáltal óvatosságra inthet, ez lehet relatív kontraindikáció.¹⁰

SLIT-ellenjavallatok

Dekompenzált, nem kontrollált asztma, béta blokkoló kezelés, láz, akut fertőző betegség, kifejezetten intenzív fizikai aktivitás a dózis beadása utáni órákban. A kezelés halasztását indokolhatja akut szájszűkületi beavatkozás, nyílt seb a szájüregben. Autoimmun betegség inkább csak elvi ellenjavallat, egyensúlyban lévő autoimmun betegeknél a kezelés általában nem jelent problémát. Várandósság esetén célszerű a kezelőorvossal konzultálni a módszer alkalmazásáról.^{5,6}

SLIT- hozzáférhetőség

Jelenleg több jó minőségű szublingvális immunterápiás készítmény is rendelkezésre áll, mind a különböző pollenallergiák, mind egyéb inhalatív allergének okozta allergiák (pl. poratka, állati szőrök, stb.) kezelésére.

TB-támogatás sajnos egyelőre nincsen a készítményeken. A receptre kapható, törzskönyvezett készítmények mellett egyedi igénylésre rendelhető termékek is hozzáférhetőek az országban. Az utóbbiak esetében a kezelőorvos javaslata alapján az Országos Gyógyszerészeti Intézet (OGYÉI) engedélyezi az alkalmazást. Fontos gyakorlati újdonság, hogy az OGYÉI engedély és a recept birtokában immár közvetlenül a nagykereskedőtől is rendelhet bármelyik gyógyszertár egyedi engedélyhez kötött szublingvális immunterápiás készítményt.

A szublingvális immunterápia igazolt hatékonysága alapján számos európai országban élvez társadalombiztosítási támogatást (házánkban egyelőre még nincs így).

¹ Az anafilaxia az allergia legsúlyosabb tünetegyüttese, életveszélyes klinikai állapotot jelent. Lényege, hogy az allergiás egyén szervezetébe jutó allergén hatására nagy mennyiségben szabadulnak fel gyulladáskeltő kémiai anyagok a sejtekből és a szövetekből. Ezek az anyagok, a hisztamin és az ahhoz hasonló ún. biogén aminok olyan súlyos keringési és légzési zavart okoznak, amely eszméletvesztéshez, sürgős orvosi ellátás hiányában halálhoz vezet.

Korszerű, molekuláris (komponens alapú) allergia-diagnosztika az immunterápia hatékonyságának növelése érdekében.

A legújabb nemzetközi ajánlások légúti allergiákban a szublingvális immunterápia (SLIT) elvégzése előtt a molekuláris (komponens alapú) allergia tesztelést (Component-Resolved Diagnosis: CRD) ajánlják.¹¹

A pollenek, a poratka, de más allergiát okozó anyagok, így egyes ételek, rovarmérgek stb. is több, allergiát okozó molekulát (komponenseket) tartalmaznak. Amíg a hagyományos allergiatesztek az allergiát kiváltó anyag (allergén komplex) teljes kivonatával szemben mérik a specifikus IgE szintet, addig a komponens alapú vizsgálat célja annak igazolása, hogy kimutatható-e emelkedett IgE szint az allergén komplex egyes komponenseire vonatkozólag.¹²

Az immunterápia a jelenleg rendelkezésre álló készítményekkel akkor lehet a leginkább hatékony, ha az allergia a fő komponensre áll fenn és mellék-komponensekre nem. Utóbbiak ellen nem igazán hatékony az immunterápia, ezért ilyen esetekben a terápia kimenetele kétségesebb. Nyírallergia, fűkeverék-allergia, parlagfű-allergia, fekete üröm allergia esetén tervezett immunterápia előtt mindenképpen ajánlott tehát a CRD alkalmazása.¹¹

Pollen allergiáknál gyakran megfigyelhető hogy a fő allergén-komponens(ek) mellett vagy helyett, egy vagy több olyan mellék-komponens is kivált specifikus IgE választ, ami más pollenekben, vagy éppen gyümölcsökben is előfordulhat. Utóbbiak lehetnek felelősek a pollen-étel keresztallergiák, orális allergia szindrómák kialakulásáért (pl. nyír-barack, parlagfű-dinnye stb.). Porakta allergiáknál hasonló jelenség figyelhető meg rák fogyasztás kapcsán, közös atka-rák komponensek miatt.¹³

A CRD diagnosztikát táplálék allergiák és méh/darázs allergia esetében is sikeresen alkalmazzák Európa szerte. Alkalmazásával megbecsülhető egy étel- vagy rovarméreg allergia várható jövőbeni viselkedése, az allergiás reakció szempontjából koc-

kázatosabb illetve ártalmatlanabb komponensekre termelt IgE ellenanyag jelenléte/hiánya alapján. Például a földimogyoró ara h2 komponensre kimutatott specifikus IgE jelenléte jelezheti az anafilaxia-veszélyt.¹³ A CRD Magyarországon is elérhető már néhány allergia centrumban, igaz sajnos egyelőre csupán térítés ellenében, akárcsak maga a szublingvális immunterápia. Azonban egy 3-5 évig terjedő SLIT terápia jelenlegi viszonylag magas költségei miatt kifizetődőbb előre megvizsgálni, hogy várható-e elfogadható eredmény a több éves immunterápiától.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az allergiás megbetegedések közel harminc százalékos prevalenciája a teljes népesség körében indokoltá teszi, hogy az egészségfejlesztésben dolgozó szakemberek is megismerkedjenek az allergológiai diagnosztika és terápia korszerű lehetőségeivel. Az elmúlt évek robbanásszerű fejlődése tette lehetővé a molekuláris - komponens alapú - allergia diagnosztika (CRD) és a szublingvális immunterápia (SLIT) elterjedését. Mindezen lehetőségek legfrissebb nemzetközi ismertetésére az Európai Allergológiai és Klinikai Immunológiai Akadémia (EAACI) jubileumi, 60. éves kongresszusán került sor 2016 nyarán.

A SLIT az allergiák oki kezelését jelenti a klasszikus tüneti kezeléshez képest. A CRD allergia-diagnosztika alkalmazásával fokozható a SLIT terápiás eredményessége, kimutathatóak kereszt-allergiák és megbecsülhető a táplálék- és rovarméreg allergiák várható jövőbeni súlyossága is.

Mindezek áttörést jelentenek az eddigi, hagyományos diagnosztikai és terápiás lehetőségekhez képest. Az új módszerek ismerete, propagálása mind szakmai, mind társadalmi szinten segíthet a költséghatékony szakmapolitikai döntések meghozatalában éppúgy, mint a társadalmi egészségismeretek elmélyítésében, az egészségtudatosság további fejlesztésében.

¹ Scientific Programme | EAACI Congress 2016 Available from: <http://www.eaaci2016.org/scientific-programme/> (Elérve: 2016. 08. 17.)

² Kalpaklioglu F, Baccioglu A. Efficacy and safety of H1-antihistamines: an update. *Anti-Inflamm Anti-Allergy Agents Med Chem.* 2012;11(3):230–7.

³ Riechelmann H. [Oral second generation antihistamines in allergic rhinitis]. *Laryngorhinootologie.* 2005 Jan;84(1):30–41.

-
- ⁴ Braido F, Sclifò F, Ferrando M, Canonica GW. New therapies for allergic rhinitis. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2014 Apr;14(4):422.
- ⁵ EAACI - Consensus Documents Available from: <http://www.eaaci.org/resources/scientific-collaborations/consensus-documents.html> (Élérve: 2016. 08. 17.)
- ⁶ Canonica GW, Cox L, Pawankar R, Baena-Cagnani CE, Blaiss M, Bonini S, et al. Sublingual immunotherapy: World Allergy Organization position paper 2013 update. *World Allergy Organ J* Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1939-4551-7-6> (Élérve: 2016. 08. 17.)
- ⁷ Ring J, Gutermuth J. 100 years of hyposensitization: history of allergen-specific immunotherapy (ASIT). *Allergy.* 2011 Jun;66(6):713–24.
- ⁸ Noon L. Prophylactic inoculations against hay fever. *Lancet* 1911;1:1572–1573.
- ⁹ Jutel M, Agache I, Bonini S, Burks AW, Calderon M, Canonica W, et al. International consensus on allergy immunotherapy. *J Allergy Clin Immunol.* 2015 Sep;136(3):556–68.
- ¹⁰ SLIT with prior anaphylaxis | AAAAI The American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. Available from: <http://www.aaaai.org/ask-the-expert/slit-anaphylaxis> (Élérve: 2016. 08. 17.)
- ¹¹ Pfaar O, Bachert C, Bufe A, Buhl R, Ebner C, Eng P, et al. Guideline on allergen-specific immunotherapy in IgE-mediated allergic diseases: S2k Guideline of the German Society for Allergology and Clinical Immunology (DGAKI), the Society for Pediatric Allergy and Environmental Medicine (GPA), the Medical Association of German Allergologists (AeDA), the Austrian Society for Allergy and Immunology (ÖGAI), the Swiss Society for Allergy and Immunology (SGAI), the German Society of Dermatology (DDG), the German Society of Oto- Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery (DGHNO-KHC), the German Society of Pediatrics and Adolescent Medicine (DGKJ), the Society for Pediatric Pneumology (GPP), the German Respiratory Society (DGP), the German Association of ENT Surgeons (BV-HNO), the Professional Federation of Paediatricians and Youth Doctors (BVKJ), the Federal Association of Pulmonologists (BDP) and the German Dermatologists Association (BVDD). *Allergo J Int.* 2014;23(8):282–319.
- ¹² Eigenmann PA, Atanaskovic-Markovic M, O'B Hourihane J, Lack G, Lau S, Matricardi PM, et al. Testing children for allergies: why, how, who and when: an updated statement of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) Section on Pediatrics and the EAACI-Clemens von Pirquet Foundation. *Pediatr Allergy Immunol Off Publ Eur Soc Pediatr Allergy Immunol.* 2013 Mar;24(2):195–209.
- ¹³ Matricardi PM, Kleine-Tebbe J, Hoffmann HJ, Valenta R, Hilger C, Hofmaier S, et al. EAACI Molecular Allergology User's Guide. *Pediatr Allergy Immunol Off Publ Eur Soc Pediatr Allergy Immunol.* 2016 May;27 Suppl 23:1–250.

Egészségedre! Mókuserék helyett! – Beszámoló a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet munkahelyi kampányáról

A report on the workplace health promotion campaign organized by the National Institute for Health Development

Szerzők: Köteles Gábor✉, Kutai Orsolya
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.08.29.

Kulcsszavak: munkahelyi egészségfejlesztés, fizikai aktivitás, egészséges táplálkozás

Keywords: workplace health promotion, physical activity, healthy eating

A munkahelyi egészségfejlesztés (MEF) olyan modern vállalati stratégia, amely megcélozza, hogy a betegségeket a munkahelyen előzzék meg, növeljék az egészségesség lehetőségeit és a munkahelyi jól-létet. E célok elérése érdekében szélesebb eszköztárat kell bevetni mint a hagyományos munkavédelem, nevezetesen a munkaszervezet ez irányba történő orientálását és a személyiségfejlesztést. A MEF magában foglalja az összes olyan, az alkalmazottak, a munkaadók és a civil szervezetek által közösen hozott intézkedést, amelyek a dolgozók egészségét és jóllétét szolgálják.

Magyarországon az emberek egészsége jóval elmarad az ország gazdasági fejlettsége alapján várhatótól. Ma már számos kutatás bizonyítja, hogy a munkavállalók egészségének fejlesztése jócskán megtérülő befektetés, ugyanakkor azt is fontos hangsúlyozni, hogy az egészségükért a munkavállalók maguk tehetnek a legtöbbet.¹

A munkahely kitüntetett helyszíne lehet az egészségfejlesztési programoknak, egyrészt a célcsoport itt könnyen, könnyebben mozgósítható, másrészt a munkavállalók a hagyományos egészségügy által a legnehezebben elérhetők, ugyanakkor több súlyos betegség szempontjából a legvesélyeztetettebbek. A részvétel valószínűségét az is növeli, hogy munkaidőben és helyben zajlanak az egészségfejlesztési programok. Az ilyen események hatékonyságát tovább fokozza, hogy a szervezéshez felhasználhatóak a munkahelyen már működő, létező kommunikációs csatornák, a munkatársak közti kapcsolatok. A munkahelyen töltjük el éber óráink túlnyomó ré-

szét. A munkahely tehát nagymértékben befolyásolja egészségünket és jól-létünket. Ezen a szinten baleseteket és betegségeket lehet megelőzni, egészséges és biztonságos környezetet lehet kialakítani, olyan késztetések, ismeretek és módszerek terjeszthetők, amelyek az egészségtudatos magatartást és életmódot segítik megvalósítani. Közismert tény, a munkahelyen befolyásolt egészségtudat az élet más színterein is hatni fog.

A munkahelyi egészségfejlesztés a munkavállalókra irányul, de előnyei szerteágazóak: csökkennek a betegségekhez kapcsolódó kiadások, nő a vállalat termelékenysége. A munkahelyi egészségfejlesztés – bizonyítható módon – egyértelműen kifizetődő tevékenység. Hasznából a vállalat (a munkáltató), a munkavállaló és a szociális ellátórendszer egyaránt részesül. A vállalati előny – a betegállományi statisztika hosszú távú javulásán túl – abban is jelentkezik, hogy rugalmasabbá válik a vállalkozás. Az egészséges, képzett és motivált munkaerővel ugyanis nö-

vekszik az innovációs készség és a termelékenység. A jól végzett munkahelyi egészségfejlesztés javítja a vállalati képet az ügyfelek körében és a munkaerő piacon egyaránt. A pozitív munkahelyi környezet növeli a munkahelyi jól-létet és a munka iránti motiváltságot. Kiteljesedik az egészségtudat és ez előbb-utóbb hat a munkavállaló családi, baráti és lakóközösségére is. A munkavállalók elsősorban abból profitálnak, hogy a csökkenő megterhelés következtében ritkábban lépnek fel egészségi állapotra vonatkozó panaszok, vagy egészségkárosodásra utaló tünetek. Társadalmi haszonként a szociális ellátórendszerben is jelentkeznek előnyök. Csökkennek az egészségügyi és rehabilitációs kiadások, nő a munkában töltött évek száma, stb.

A KAMPÁNY BEMUTATÁSA

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2015. április 1 és június 30 között a TÁMOP-6.1.3.B Népegészségügyi kommunikáció fejlesztése című projekt keretein belül ingyenes munkahelyi egészségfejlesztési kampányt indított - Egészségedre! Mókuserék helyett néven -, amelyben a munkavállalói csapatokat játékos formában kívánta ösztönözni az egészségesebb életmódra.

A program célja volt minél több emberben tudatosítani, hogy a mindennapokba könnyen beépíthető, apró, szórakoztató lépésekkel is sokat javíthat a közérzetén, egészségi állapotán. Emellett fontos cél volt, hogy a résztvevők a közösség támogató erejét is tapasztalják meg a kampány során. A program célcsoportja a többnyire ülőmunkát végző, szellemi foglalkozású munkavállalók voltak, de bárki jelentkezhetett, 3-7 fős munkahelyi csapatban. A részvétel mind a munkavállalók, mind a munkáltatók számára ingyenes volt.

Mivel tervezéskor tudható volt, hogy az időkorlátok miatt hosszútávon életmódváltás nem lesz elérhető a résztvevőknél, így a fentiekén túl a programmal elsősorban egyfajta érzékenyítés, egy későbbi hosszabb kampány megalapozása volt a cél.

A résztvevők 14 héten keresztül hétről hétre olyan könnyed, hasznos, az egészséges életmód kialakítását segítő, csapatban teljesítendő heti kihívásokat kaptak, amelyekkel általában több testmozgásra és egészségesebb táplálkozásra ösztönözték őket a szervezők. Például: „Díszítsétek ki a lépcsőházat és írjátok meg hány kalóriát égettetek el lépcsőzéssel a héten”. A feladatok szakmai alátámasztása, indokoltsága - jelen esetben, hogy a lépcsőhasználók száma megnő abban az esetben, ha a lépcsőház gondozott és motiváló környezetet biztosít - a résztvevők számára a program blog oldalán minden esetben elérhető volt.^{2,3}

A heti megmérettetések mellett a csapatok havi egy, a heti feladatoknál több előkészületet igénylő kihívást teljesítettek (például különböző sportágakban céges aktivitás szervezése). A havi feladatok között a lelki egészség témája is megjelent. A heti kihívások 80 százalékát kellett a csapatoknak teljesíteni, havi kihívásokból minden hónapban egyet.

Heti kihívásokra 1-1 példa

- Motiváld képekké a munkatársaidat! - Készítsetek olyan képet, rajzot, infografikát, montázst, stb., amelyet a munkahelyi étkezőbe vagy büfé közelébe kitéve, az egészséges táplálkozásra ösztönzi a többi kollégát.
- Ülőgimnasztika - Csináljátok végig X-szer az alábbi gimnasztikát. Hajrá!
- Lépcsőzzetek! Szépítsétek ki a lépcsőházat! - Tegyétek minél vonzóbbá munkahelyeteken a lépcsőházat, és érétek el, hogy kollégáitok minél többet használják a lift helyett. Használjátok magatok is a lépcsőt, amennyit csak lehet. Írjátok meg, hány kalóriát égettetek így el.¹
- Vágj és szeletelj! - A héten minden nap tisztítatok meg és vágjatok fel legalább fejenként egy gyümölcsöt és egy zöldséget. Kínáljátok meg a nem csapattag kollégákat is és egyétek meg közösen. [1. ábra]

¹ A kihívással csatlakoztunk az Európai Liftmentes Naphoz (No Elevators Day) június 5-én. A programunknak köszönhetően Magyarország volt az egyik legaktívabb a tagállamok közül.

Havi kihívásokra 1-1 példa:

- A jó dolgok csak jönnek! - Írjátok össze egy hétig minden nap, hogy milyen jó dolgok történtek veletek. Akár személy szerint, akár a csapattal.
- Egészséges ebéd. - Szerezték meg a menzának a következő heti menüsorát. Nézzétek át a választékot, és a fogások felhasználásával minden napra állítsatok össze egy zsírszegény, egészséges ebédvariációt.
- Házi bajnokság - Fontos az egészséges versenyszellem! Szervezzétek házi bajnokságot vagy kupát egymás között. Minél többen vagytok, annál jobb. Hogy milyen sport legyen? Azt rátok bízunk!

A kampány ideje alatt, a dohányzó csapattagok a program részeként, egy 90 napos online dohányzás leszokás támogatáson vehettek részt. Akik regisztráltak, 3 hónapon keresztül naponta hírlevelet kaptak, melyek segítségével könnyebben próbálkozhattak a leszokással. A leszokás támogatás három fő fázisának megfelelően – „Felkészülés a cigaretta letételére”, „A Függetlenség napja”, „A Függetlenség napja utáni új időszak” – tartalmaztak az e-mailek motivációs üzeneteket, tippeket a dohányzás abbahagyásához.

1. ábra: Vágj és szeletelj!



Forrás: „Egészségedre! Mókuserék helyett” facebook oldal

2. ábra: Sétáló meeting gimnasztikával



Forrás: „Egészségedre! Mókuserék helyett” facebook oldal

Fentiekén túl egyéb célzott információkat is kaptak a résztvevők, pl. egészségügyi szűrésekre szóló ajánlásokat olvashattak, de megtudhatták, még mi mindent tehetnek egészségükért.

A kommunikációhoz több csatornát használtak a szervezők. A program kezdetén elindult az „Egészségedre! Mókuserék helyett” blog, amelyen a résztvevők a kampány során folyamatosan inspiráló cikkeket és ötleteket találtak a kihívásokhoz és az egészségtudatosabb élet kialakításához. A csapatka-

pitányok hetente email-ben kapták meg a feladatokat, és a hasznos tippet az egészség megőrzéséhez. A kihívások teljesítését fényképpel, videóval dokumentálták a csapatok. [2. ábra és 3. ábra] A kétirányú kommunikáció támogatására, az ötletek, jó gyakorlatok megosztására egy interaktív facebook felület létrehozása volt a megoldás.⁴ A program kommunikációs partnere, a Juventus Rádió folyamatosan beszámolt az aktuális témákról, valamint saját csapatának felkészüléséről.

3. ábra: Egészség frissítve, kattints rá!



Forrás: „Egészségedre! Mókuserék helyett” facebook oldal

EREDMÉNYEK

Az „Egészségedre! Mókuserék helyett” programban 200 csapat, és közel 1500 fő vett részt az ország minden tájáról. Összesen 1455 kihívást teljesítettek a csapatok, közülük 80 mindegyiket sikeresen megoldotta. A feladatok végrehajtása során, a résztvevőkön keresztül közvetetten több mint 7500 embert értünk el, így a kampány egészségfejlesztési üzenetei számottevően nagyobb csoporthoz jutottak el, a közvetlenül megszólított csapattagoknál. A résztvevők amellest, hogy számos közös élménnyel és új információval gazdagodtak, jelentős lépéseket tettek az egészségtudatosabb életmód felé. Amennyiben a csapatok sikeresen végrehajtották a kihívások több mint 80 százalékát, oklevelet kaptak és nyereményeket sorsoltak ki közöttük a szervezők,

de díjban részesültek a legkreatívabb megvalósítók is.

Az összes kihívás, illetve a csapatoktól kapott 22 GB-nyi beszámoló fotó és videó formájában megtalálható a kampány web és facebook oldalán.

A program folytatásaként a résztvevők közül 38 fő munkahelyi egészségkövet képzést kapott. A kétnapos kurzus célja volt, hogy az elsajátított elméleti és gyakorlati oktatásnak köszönhetően rá tudják majd venni az egészségkövetek munkatársaikat, hogy egészségesebben éljenek, fel tudják majd hívni munkahelyi környezetük figyelmét arra, a jobb közérzet elérése nem lehetetlen, csupán az első, apró lépéseket kell megtenni.

A program sikerességét jelzik a résztvevőktől kapott visszajelzések, ezekből néhány példa:

„...gondoltam beszámolok arról, hogy mióta megy a mókuskerék, azóta bevezettük a munkahelyen a napi 10 perces tornát minden nap 10.30-kor.”

„Heti egyszer megtartjuk a gyümölcs és zöldség napunkat, minden alkalommal megkínáljuk a többi munkatársunkat is!”

„...továbbra is sétálómeetingelünk, a főnökünket is meggyőzte a kezdeményezés.”

„Régen rendszeresen relaxáltam, de már egy ideje nem teszem. Milyen jó, hogy felelevenítettétek! Azóta minden nap csinálom és a kollégákkal is leülünk heti egyszer.”

„A liftmentes nap óta kizárólag lépcsőn járok, csak akkor használom a liftet, ha ügyfelek jönnek hozzám és őket kell kísérni.”

¹ SANDERS, D.; CROWE, S. (1996). Overview of health promotion in the workplace. In: Health Promotion. Professional Perspectives. Ed. By: Scriven, A.; Orme, J. Macmillan Press Ltd., 199-211 p.

² www.mokuskerekhelyett.blog.hu (Elérve 2016.08.30.)

³ http://www.cdc.gov/physicalactivity/worksites-pa/toolkits/stairwell/motivational_signs.htm (Elérve 2016.08.30.)

⁴ <https://www.facebook.com/mokuskerekhelyett> (Elérve 2016.08.30.)

Az értés fél egészség

Understanding is Half of the Success to Health

Szerző: Borjádi Györgyi✉
AIPM, Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete

Beküldve: 2016.08.30.

Kulcsszavak: egészségértés, egészségműveltség, egészségfejlesztés

Keywords: health literacy, health promotion

Az emberek egészségértési szintje szorosabb összefüggést mutat az egészségi állapotukkal, mint a jövedelmük, hogy van-e munkahelyük, vagy akár az iskolázottsági szintjük. Magyarországon sajnos minden második embernek korlátozott az egészségértése, ami a hazai kedvezőtlen egészségügyi mutatókban is nagy szerepet játszhat. Ezért döntött úgy az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (AIPM), hogy felkarolja az egészségértés problémáját és meghirdeti az első Egységértés díjat Magyarországon, Nekem Szól! címmel.

MIT ÉRTÜNK EGÉSZSÉGÉRTÉS ALATT?

Az egészségértés európai kutatásával foglalkozó fő szervezet, a Health Literacy Europe hálózat¹ 2012-ben megalkotta az egészségértés igen alapos és részletes definícióját:

„Az egészségértés azt jelenti, hogy az emberek mennyire képesek az életük különböző szakaszaiban az életminőségük fenntartása vagy javítása érdekében az egészségüggyel, betegségmegelőzéssel vagy egészségfejlesztéssel kapcsolatosan véleményt formálni és megfelelő döntéseket hozni, megvan-e az ehhez szükséges egészségügyi tudásszintjük, rendelkeznek-e a szükséges képességekkel, illetve mennyire motiváltak az egészségügyi információkhoz való hozzájutásban, ezek megértésében,

értékelésében és alkalmazásában.”²

Nehéz olyan magyar szót találni, amely pontosan kifejezi a health literacy szó jelentését. A szakemberek Magyarországon az egészségértés kifejezés mellett többek között használják az egészségműveltség, egészségtudatosság, vagy akár az egészségjártasság kifejezést is. Ebben a cikkben egészségértésnek nevezzük az angol health literacy kifejezést.

A MEGFELELŐ EGÉSZSÉGÉRTÉS ALAPVETŐEN MEGHATÁROZZA AZ EGÉSZSÉGET

A jó egészségértés egyik alapvető előnye a megfelelő időben és helyen elvégzett szűrés, melynek segítségével a korai stádiumban felismert betegség könnyebben kezelhető, gyógyítható. Ma már közhely, hogy a hatékony orvos-beteg kommunikáció milyen nagy jelentőségű a terápia során. Ha ez jól működik, akkor a páciens a megfelelő helyre megy a kezelés során, vagyis nem „veszik el” a rendszerben. A megfelelően tájékozott betegnek más a hozzáállása, és ez jelentősen kihat a terápia hatékonyságára, végső soron a gyógyulásra. Csak az képes aktív szerepet játszani saját gyógyulásában, aki megérti és használja ezt a tudást, ezzel segíti az orvos munkáját és – ami a legfontosabb – ezáltal nagyobb eséllyel gyógyul meg.

Amit tudunk:

1. Az emberek egészségértése a társadalom számára is előnyös. A megfelelő egészségértésű emberek aktívabban hozzá tudnak járulni a gazdasági fejlődéshez, magasabb a jövedelmük, tanultabbak, tájékozottabbak, nagyobb valószínűséggel vesznek részt a közösségi tevékenységekben és jobb egészségnek örvendenek.
2. Az alacsonyabb egészségértési szint jelentős háttással van az egyén egészségére. Akiknek nem megfelelő az egészségértése, kevésbé vesznek részt egészségfejlesztési-, vagy szűrőprogramokban, egészségtelenebbül élnek (magasabb köztük a dohányosok aránya), több a munkahelyi balesetük, rosszabbul kezelik a krónikus betegségeket (például: diabetes, HIV fertőzés vagy asztma), kevésbé tartják be a gyógyszerek használati útmutatójában foglaltakat, gyakrabban kerülnek kórházba, esetükben gyakoribb a korai halálozás.
3. A rossz egészségértés összefüggésben van a szociális helyzettel valamint az életkorral és tovább mélyítheti a létező különbségeket. Az alacsony egészségértésű embereknek általában alacsonyabb az iskolázottsági szintje, idősebbek, és szociális ellátásra szorulnak.
4. Az egészségértési képességek fejlesztése egy életen át tartó folyamat. Nincs olyan ember, akinek tökéletes lenne az egészségértése. Még a magasan képzett emberek számára is túl bonyolultnak tűnhetnek az egészségügyi rendszerek, különösen, ha az egészségi állapotuk miatt érzékenyebbek.
5. Az egészségértéssel összefüggő kompetenciák változóak a körülmények és a kulturális környezet függvényében. Az egészségértést egyéni és rendszerszintű tényezők befolyásolják. Ilyen például a kommunikációs képesség, az egészségügyi témák ismerete, a helyi egészségügy sajátosságai. Amikor ezek a rendszerek olyan tudást, vagy nyelvi képességeket igényelnek a használóiktól, melyeket túl nehéznek érznek, akkor az negatív hatással lehet az egészségre.
6. Az alacsony egészségértés magasabb egészségügyi kiadásokkal jár. Az egészségértés nem megfelelő színvonalra miatti egészségügyi kiadások a kanadai egészségügyi költségvetés 3-5%-át tették ki 2009-ben. Az alacsony egészségértés az

európai jóléti államok egészségügyi rendszereinek forrásait is jelentősen terhelik.

Amit tehetünk:

1. Az egészségértés holisztikus kormányzati és szociális megközelítése. Az egészségértés fejlesztése nem csak az egyén, a politikus, vagy az egészségügyi szakember felelőssége, hanem több szakma és ágazat együttműködésével valósulhat csak meg. Az egészségértés fejlesztését célzó programoknak a hétköznapiakba kell illeszkedniük.
2. Egyszerű nyelvezetet használó kezdeményezések kifejlesztése. Az egyszerű nyelvezet azt jelenti, hogy a hallgató, vagy az olvasó első hallás vagy olvasás után megérti, amit hall vagy olvas. Például, az Egyesült Királyságban, Finnországban vagy Svédországban olyan kezdeményezések vagy szabályozók működnek, melyek célja, hogy a különböző hatóságok, intézmények a lakossággal való kommunikáció során egyszerű nyelvezetet használjanak.
3. A kutatásba és a mérésbe való befektetés. Fontos kutatásokat végezni az emberek egészségértési szintjéről, és arról, hogy a környezet mennyire támogatja az egészségértést. Elkészült az Európai Egységértés Felmérés (European Health Literacy Survey³) nemzetközi kutatássorozat, melyhez 2015-ben Magyarország is csatlakozott, így aktuális hazai információink is vannak erről a területről. A kutatást érdemes lenne még több országra is kiterjeszteni és rendszeresen megismételni.

HAZÁNKBAN MINDEN MÁSODIK EMBERNEK KORLÁTOZOTT AZ EGÉSZSÉGÉRTÉSE!

Az Európai Egységértés Felmérés (HLS-EU 47 kérdőív) célja az volt, hogy az egyes országokban felmérje, mennyire érzi az egyén könnyűnek vagy nehéznek a különböző egészségügyhöz köthető feladatok vagy szituációk megoldását, mint például:

- megérteni mit mond az orvos;
- eldönteni, hogy a tömegmédiumból szerzett egészségügyi információ mennyire megbízható;
- információt találni arról, hogy mit tegyen olyan mentális problémák jelentkezésekor, mint a

- stressz vagy a depresszió;
- megérteni az élelmiszerek csomagolásán található információt;
- részt venni egészségfejlesztést célzó helyi tevékenységekben.

Az országonként 1000 fő bevonásával készült kutatásban első körben 8 ország vett részt: Ausztria, Németország, Görögország, Írország, Hollandia, Lengyelország, Spanyolország és Bulgária. 2015-ben a kutatás az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete jóvoltából elkészült Magyarországon is, majd további európai országokban. A magyarországi eredményekből kiderült, hogy az egészségértési szint a magyar társadalom 20%-ában elégtelen, 32%-ában problémás, és csupán 49%-ában elégséges, vagy kitűnő. Tehát hazánkban minden második emberek korlátozott az egészségértése! Számukra nehézséget jelenthet például annak eldöntése, hogy mikor, milyen betegség, panasz esetén kell háziorvoshoz, szakorvoshoz fordulni, vagy esetleg mentőt hívni, ezért magas számban vesznek igénybe nem megfelelő szintű ellátást. Mindez aránytalanul megterheli az egészségügyi ellátórendszert és indokolatlan párhuzamosságokat hoz létre. (A Szinapszis Kft. tudományos igénnyel megírt kutatási beszámolóját megtalálja a folyóirat e számában, illetve a részletes eredmények letölthetők a következő linken: www.aipm.hu/hu/egeszsegertes.)

Egy követendő példa:

Ausztriában, ahol az egészségértéssel szintén rendszerszintű problémák tapasztalhatók, 2012-ben az egészségpolitika 10 célkitűzése közé sorolták az egészségértés fejlesztését és 2015-ben megalakították az „Egészségértés Platformot”, melynek céljait a következőkben foglalták össze:

1. Elősegíteni az egészségértés javítását hosszú távon.
2. Elősegíteni a cél eléréséhez szükséges szervezetek és szereplők kapcsolatának kialakítását, a köztük való együttműködés platformjait, a hatékony tudáscserét és közös tanulást.
3. Kialakítani és koordinálni a politikai és társadalmi szereplők együttműködését.
4. Létrehozni a közös tudást, megértést és innovációt.
5. Kialakítani egy monitoring rendszert, növelni az átláthatóságot és a minőséget.⁴

Érdeemes lenne itthon is létrehozni egy hasonló platformot, hogy a különböző szakterületek összehangolják tevékenységeiket és az egészségértés fejlesztése mérhető módon, az együttműködésre alapozva és egyfajta tervezett koncepció mentén haladjon.

EGÉSZSÉGÉRTÉS DÍJ AZ EGÉSZSÉGÉRTÉS FEJLESZTÉSÉÉRT

Az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete (AIPM) fontosnak tartja az egészségértés magyarországi fejlesztését, ezért 2016. június 1-én meghirdette a „Nekem Szól! Egészségértés Díj 2016” című pályázatot, melynek fődíja 400.000 Ft. [1. ábra] A pályázat célja, hogy feltérképezze, és a közvéleménnyel megossza a legjobb egészségértést, egészségtudatosságot fejlesztő hazai programokat és gyakorlatokat. A pályázat során 4 kategóriában lehet beküldeni a nevezéseket. Olyan elkötelezett orvosok, újságírók, betegek, gyógyszerészek, ügynökségek, intézmények és egyéb szervezetek jelentkezését várjuk, akik valóban tesznek azért, hogy az emberek megértsék és hasznosítsák az egészségügyi információkat, így végső soron jobban kezükbe vegyék a sorsukat.

Pályázók köre:

Az Egészségértés Díjra pályázhat minden Magyarországon tartózkodó magánszemély, természetes és jogi személy, civil szervezet és állami szerv.

Pályázati kategóriák:

- Egészségügyi intézmények
Bármilyen egészségügyi intézmény (például, orvosi rendelő, gyógyszerész, kórház, egyéb rendelőintézet) által indított, az egészségértés javítását szolgáló projektek.
- Egészségügyi szakemberek
Bármilyen egészségügyi szakember (háziorvos, szakorvos, gyógyszerész, szakápoló, védőnő, más egészségügyi végzettségű szakember) által indított, az egészségértés javítását szolgáló projektek.
- Betegszervezetek
Betegszervezetek által indított, az egészségértés javítását szolgáló projektek.
- Közvetlen lakossági kommunikáció

Bármilyen, a lakosságot közvetlenül elérő, az egészségértést támogató kommunikáció (például, újságírók által írt cikkek, egészségügyi applikációk, pályázatok, versenyek, stb.)

A zsűri tagjai:

- dr. Pilling János, a zsűri elnöke (a SOTE Magatartástudományi Intézetének docense, az orvosi kommunikáció oktatás vezetője)
- Nógrádi Tóth Erzsébet (MÚOSZ Egészségügyi Szakosztály, elnök)
- Virányi Mariann (OGYÉI, főosztályvezető helyettes)
- Horváth-Sziklai Attila (Magyar Gyógyszerészi Kamara, hivatalvezető)
- dr. Pásztélyi Zsolt (MEDICINA 2000 – Poliklinikai és Járóbeteg Szakellátási Szövetség, leköszönő elnök)
- Torda Júlia (Kórházszövetség, kommunikációs vezető)
- Koltay Tünde (BEMOSZ, Betegszervezetek Országos Szövetsége, elnök)

gos Szövetsége, elnök)

- Borjádi Györgyi (AIPM, Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete kommunikációs menedzser)

A pályázatra 2016. január 1. és 2016. október 14. között Magyarországon futó, egészségértést támogató projektek, kezdeményezések nevezhetők. A pályázati lapok és nevezési feltételek letölthetők a www.aipm.hu honlapról. A hiánytalanul kitöltött és aláírt pályázati lapot és a benyújtandó anyagokat elektronikus úton a nekemszol@vmkomm.hu címre kérjük elküldeni 2016. október 14. 24:00 óráig. Valamennyi érvényes pályázati anyagot szakértő zsűri bírálja el. A Nekem Szól! Egészségértés Díj 2016 eredményhirdetése 2016. november 11-én lesz, a nyertesek neveit közzé tesszük a www.aipm.hu oldalon. A díj hivatalos átadására 2016. december 1-én kerül majd sor.

A részletes pályázati kiírás, valamint további részletek megtalálhatóak a www.aipm.hu honlapon.

1. ábra: Pályázati felhívás

Forrás: www.aipm.hu

¹ Health Literacy Europe. <http://www.healthliteracyeurope.net/> (Elérve: 2016.08.31.)

² Health Literacy, the Solid Facts. (eds.) Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F, Tsouros AD. World Health Organization 2013

³ HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report of Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU (First Revised and Extended Version, Date July 5th, 2013), Online Publication: <http://www.health-literacy.eu> (Elérve: 2016.08.31.)

⁴ Pelikan J. Az egészségértés helyzete Magyarországon. „Nekem szól! egészségértés pályázatot bevezető konferencia”. Budapest, 2016. május 30.

Alapellátás új minőségben

Renewed primary health care in Hungary

Szerző: Gutási Éva✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.08.29.

Kulcsszavak: alapellátás, gyermekek, svájci hozzájárulás, egészségfejlesztés, köznevelés

Keywords: primary care, children, swiss contribution, health promotion, public education

Az orvoslás az elmúlt két évtizedben jelentős fejlődésen ment keresztül, a magyar alapellátás működése azonban sok esetben elmarad ettől és nem követi a trendeket. A cél meghatározni azt, hogy milyen változtatásokra, fejlesztésekre van szükség a következő évtizedben.

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, amely nagy hangsúlyt fektet a prevencióra, betegségmegelőzési programok, szűrések, tanácsadási és egészségfejlesztési szolgáltatások szervezésére 4 kistérségben valósul meg, 16 észak- és kelet-magyarországi településen.¹ A praxisközösségi szakdolgozók együttműködésével egy komplex, magasabb szintre emelt ellátási forma jött létre, mely az alapellátásból eddig teljesen hiányzott. Eközben szoros kapcsolat alakult ki a helyi önkormányzatokkal, oktatási és szociális intézményekkel és civil szervezetekkel. A közösségi szintereken rendezett programok a lakosság egy részében felkeltették és fenntartják az egészségtudatos életszemléletet, melynek hosszú távon is pozitív hatásai várhatók.

A praxisközösség szó a magyar egészségügyben eddig ismeretlen fogalomnak számított: maga a Modellprogram alkotta, a házi orvosok, házi gyermekorvosok, védőnők és az ő munkájukat segítő további egészségügyi szakemberek (népegészségügyi szakemberek, dietetikusok, egészségpszichológusok, gyógytornászok és praxisközösségi nővérek) csoportjának az elnevezésére, akik a modellprogram céljai megvalósítása érdekében működnek együtt. A szakemberek munkáját orvosonként két segéd-

egészségőr is támogatja, akik a helyi közösségből kerültek ki, és ezáltal könnyen, könnyebben szót tudnak érteni a lakosokkal, segítve így például a szűréseken való megjelenést, a különböző egészségprogramok népszerűsítését.

Az Alapellátás-fejlesztési Modellprogramban 2016. június 30-ig 22.000 felnőtt egészségi állapot felmérését végezték el a szűrést lebonyolító dolgozók, és több mint 9.000 gyermek rizikó- és szülői kérdőívét vették fel a védőnők. A praxisközösség munkatársai elemezték a kliensek egészségi állapotát, megbecsülték rizikófaktorait, feltárták a korábban nem ismert betegségeiket. A program – az új lakossági szolgáltatások bevezetésének köszönhetően – jelentős számban fedezett fel a páciensek által eddig nem ismert betegségeket, elváltozásokat: többek között magas vérnyomást, cukorbetegséget, kóros vérzsír értékeket, látászavart, mozgásszervi eltéréseket és depressziót. A szakemberek segítségével 15%-kal csökkent a szakellátásba történő továbbutalások száma, valamint nőtt a krónikus beteg gondozást igénylők körében a feltétlenül szükséges gyógyszerek kiváltásának az aránya.

A Modellprogram megvalósítása során koordinátorként arra törekszünk, hogy a praxisközösségek teljes lakosságát, így a legkisebbeket is elérjük egészségfejlesztő, prevenció programjainkkal. Területünkön több mint tízezer gyermek él és huszonnyolc védőnő segíti a munkánkat, hogy az arra rászoruló a legmegfelelőbb segítséget kaphassák. A Projekt megvalósulása során eddig védőnőink a gyermek ri-

zikó és szülői kérdőív felvételén túl, több mint hét-száz várandósnál végezték el az állapotfelmérést. A helyi önkormányzatokkal, intézményekkel és civil szervezetekkel együttműködési megállapodásokat kötöttünk, így közösségeink részt vehetett többek között a helyi iskolai és óvodai egészségnapokon, falunapokon, sportnapokon, valamint gyereknapokon. A cél az, hogy az egészség fontosságával és az egészséges életmóddal kapcsolatos információkat,

tudnivalókat a gyermekek ne csak megismerjék az egyes programokon, hanem tudásuk hosszútávon a mindennapi tevékenységeikbe is beépüljön. Szintén e célból jelent meg a „Minden napra egy alma” címet viselő egészségnevelő könyv is.² A verseket, meséket olvasgatva a gyerekek akár magukra is ismerhetnek, mialatt észrevétlenül tanulnak az egészséges táplálkozásról, mozgásról, életmódról. [1. ábra és 2. ábra]

1. ábra: Óvodások a Minden napra egy alma mesekönyvvel



Forrás: Alapellátás-fejlesztési Modellprogram

2. ábra: Óvodások a Minden napra egy alma mesekönyvvel



Forrás: Alapellátás-fejlesztési Modellprogram

A Modellprogram keretében decemberben megjelenő következő, iskolásoknak szóló egészségnevelő verses-meskönyvhöz további gyermekeket célzó kezdeményezések is kapcsolódnak, mint például a „Rajzolj te is ÁBÉCÉ-t” rajzpályázat alsós iskolások-

nak, iskolás csoportoknak.³ A rajzpályázat célja, hogy a praxisközösségek iskoláiba járók képeivel illusztrálhassuk a Modellprogram új egészségnevelő könyvét. A pályázat eredményhirdetése 2016. október 12-én lesz.

¹ Svájci-Magyar Alapellátás-fejlesztési Modellprogram honlapja: <http://www.alapellatasimodell.hu> (Elérve: 2016.09.30.)

² A „Minden napra egy alma” egészségnevelő könyv az alábbi linken érhető el: <http://online.fliphtml5.com/dhac/qlif/#p=1> (Elérve: 2016.09.30.)

³ „Rajzolj te is ÁBÉCÉ-t” rajzpályázat az alábbi linken érhető el:

https://www.facebook.com/alapellatasimodell/photos/?tab=album&album_id=1080557652039928 (Elérve: 2016.09.30.)

Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára - összefoglalás

New Guideline against Childbuse for Health Professionals - Summary

Szerzők: Scheiber Dóra^a,^a Katonáné Pehr Erika,^b Bíróné Asbóth Katalin,^a Tománé Mészáros Andrea,^a Várnai Dóra,^a Kovács Zsuzsanna,^c Mészner Zsófia^a
a: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, b: Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar, c: Palánta Gyermekorvosi Rendelő Budapest XIII. kerület

Beküldve: 2016.08.24.

Kulcsszavak: veszélyeztetett gyermekek, gyermekközpontú igazságszolgáltatás, irányelv, jelzőrendszer

Keywords: endangered children, child in the focus justice, guideline, signal system

BEVEZETÉS

2016. május óta hatályos, „Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve”.¹

A WHO meghatározása szerint a gyermek bántalmazása és elhanyagolása (rossz bánásmód) magában foglalja a fizikai és/vagy érzelmi rossz bánásmód, a szexuális visszaélés, az elhanyagolás vagy hanyag bánásmód, a kereskedelmi vagy egyéb kizsákmányolás minden formáját, amely a gyermek egészségének, túlélésének, fejlődésének vagy méltóságának tényleges vagy potenciális sérelmét eredményezi, egy olyan kapcsolat keretében, amely a felelősségen, bizalmon vagy hatalmon alapul. Ezen WHO elvet követve, a 2012. évi C. törvény a Büntető törvénykönyvről XX. fejezet 208. §- szerint, az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról (Gyermekvédelmi Törvény) a zéró tolerancia elvét fogalmazza meg a 6.§ (5) bekezdésében. Eszerint: „A gyermeknek joga van emberi méltósága tiszteletben tartásához, a bántalmazással - fizikai, szexuális vagy lelki erőszakkal -, az el-

hanyagolással és az információs ártalommal szembeni védelemhez. A gyermek nem vethető alá kínzásnak, testi fenyegetésnek és más kegyetlen, embertelen vagy megalázó büntetésnek, illetve bánásmódnak.”

2012. évi C. törvény a Büntető törvénykönyvről XX. fejezet 208. § (1) bekezdés szerint, „A kiskorú nevelésére, felügyeletére vagy gondozására köteles személy - ideértve a szülői felügyeletet gyakorló szülő, illetve gyám élettársát, továbbá a szülői felügyeleti jogától megfosztott szülőt is, ha a kiskorúval közös háztartásban vagy egy lakásban él -, aki e feladatából eredő kötelességét súlyosan megszegi, és ezzel a kiskorú testi, értelmi, erkölcsi vagy érzelmi fejlődését veszélyezteti, büntetett miatt egy évtől öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő.” A 2012. évi C. törvény a Büntető törvénykönyvről XX. fejezet 208. §- szerint büntetendő az a tizennyolcadik életévét betöltött személy is, aki tizennyolcadik életévét be nem töltött személyt bűncselekmény vagy szabálysértés elkövetésére, illetve züllött életmód folytatására rábír vagy rábírti törekszik, bűncselekmény elkövetéséhez felajánl.

2012-ben a gyermekbarát és gyermekközpontú igazságszolgáltatás évében Magyarországon több nemzetközi egyezménynek és állásfoglalásnak megfelelően, számos törvénymódosítás lépett érvénybe. A hazai szabályozások a következő felsorolt európai és nemzetközi dokumentumokkal vannak összhangban:

- Európa Tanács R(2008)11. sz. ajánlása a fiatalkorúak esetében alkalmazható büntetések és intézkedések európai szabályairól,
- Európa Tanács R(2010)1.sz. ajánlása a tagállamok számára az Európa Tanács Pártfogási Szabályairól,
- Az Európa Tanács Miniszteri Bizottságának - 2010. november 17-én elfogadott - iránymutatása a gyermekbarát igazságszolgáltatásról,
- az ENSZ Gyermekjogi Egyezmény (1991.évi LXIV tv.) 40. cikke, amely kimondja, a bűncselekményekben érintett gyermekek a koruknak és helyzetüknek megfelelő bánásmódra jogosultak,
- „Pekingi Szabályok” – a fiatalkorúak igazságszolgáltatásában alkalmazandó általános minimumkövetelményekről szóló 1985. november 29-én kelt 40/33-as ENSZ közgyűlési határozata,
- „Havannai Szabályok” – a szabadságuktól megfosztott fiatalkorúak védelmének szabályairól szóló 1990. december 14-én elfogadott 45/113-as számú ENSZ közgyűlési határozat,
- „Rijadi Iránymutatások” – a fiatalkorú bűnözés megelőzéséről szóló 1990. december 14-én elfogadott 45/112-es számú ENSZ közgyűlési határozat,
- „Tokiói Szabályok” – a szabadságelvonással nem járó szankciók minimumszabályairól szóló, 1990-ben született 45/110-es ENSZ közgyűlési ajánlás,
- ENSZ Gyermekjogi Bizottságának „Gyermekek jogok a fiatalkorúak igazságszolgáltatásában” című, 10. Általános Kommentárja,
- Európa Tanács Miniszteri Bizottságának 2010. november 17-én elfogadott, Gyermekbarát igazságszolgáltatásról szóló Iránymutatása,
- 2012. február 15-én az Európa Tanács Miniszteri Bizottsága elfogadta a Gyermekjogi Stratégiát (2010- 2015), benne a gyermekbarát szolgáltatás terjesztését is,
- 2016. április 4-én elfogadott, az Európa Tanács új Gyermekjogi Stratégiája (2016-2021), melynek egyik prioritása továbbra is a gyermekbarát igazságszolgáltatás,
- Európai Parlament és a Tanács 2016. május hó 11. napján létrehozott a büntetőeljárás során gyanúsított vagy vádlott gyermekek részére nyújtandó eljárási biztosítékokról szóló 2016/800. számú irányelve.

A törvényi változtatások hatására hazánkban a szexuális bántalmazás elévülési ideje nagykorúság betöltését követő 5 év. Elkövetők tekintetében a büntethetőség korhatára általánosságban 14 év, de az emberölést, életveszélyt vagy halált okozó testi sértést, rablást, illetve kifosztást elkövető, 12. évüket betöltő gyermekek is büntethetők lettek, ha megfelelő belátási képességgel rendelkeznek. Legsúlyosabb büntetésük 1-től 4 évig tartó javítóintézeti nevelés lehet. A 2012-es törvénymódosítás óta, szándékos emberölésnek minősül a 14 év alatt öngyilkosságra való befolyás. A gyermekközpontú igazságszolgáltatás értelmében a pénzbírság helyett a közérdekű munka került előtérbe, kiskorúak esetében a zárt tárgyalások élveznek előnyt, kiemeltebb figyelmet kap a gyermekkorúak tájékoztatása az igazságügyi, gyámügyi eljárások, a meghallgatások során.

2015. év januárjától a megelőző pártfogó felügyelet bevezetésével kiszélesedett a pártfogó felügyelők munkája. A gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. Törvény 68/D. § (1) bekezdése értelmében a gyámhatóság a bűncselekmény vagy az elzárással is sújtható szabálysértés elkövetése miatt indult védelembe vétel iránti eljárásban, vagy a már fennálló védelembe vétel mellett megkeresi a pártfogó felügyelői szolgálatot, hogy járjon el, készítsen környezetanulmányt, illetve a megelőző pártfogó felügyeletet hajtja végre. A megelőző pártfogó felügyelet célja, hogy azok a gyermekek (fiatalok), akik környezetük, vagy más hatására közel kerültek ahhoz, hogy elinduljanak egy bűnelkövetői életforma irányába, megforduljanak és különböző módszerek segítségével helyes irányba fejlődjenek. Ebben a munkában szoros együttműködésre van szükség a gyermekvédelmi szakemberekkel és gyámhivatalokkal.

MÓDSZERTAN

Az Országos Rendőr-főkapitányság 2016. 08. 17-én elérhető Bűnmegelőzési statisztikája szerint, közel 39 ezer 1-3 éves korú, hozzávetőleg 45 ezer 4-17 év közötti, míg a 18-24 éves korosztályban 84 ezer körüli volt a sértettek száma.²

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2016-ban elektronikus felmérést indított védőnők, iskola védőnők, házi gyermekorvosok, iskolaorvosok és iskolapszichológusok között, mely kérdőívet közel 1000 szakember töltötte ki. A felmérés elsősorban a 2011 óta létező www.gyermekbantalmazas.hu weboldal és annak Facebook felületének kihasználtságára vonatkozott. A másik kiemelt terület a bántalmazott csecsemők egy nagyon szűk speciális csoportjára fókuszált, a megrázott csecsemőkre. A válaszadók kevesebb, mint 10%-a találkozott a problémával, és ugyanennyien voltak, akikben felmerült a gyanú, hogy gondozóik megrázták a csecsemőt. A 2 év alattiak koponyasérülése, az 1 év alattiak végtagtörései hátterében gyakrabban áll bántalmazás és/vagy elhanyagolás. A megkérdezettek kicsit több mint 15%-a számolt be arról, hogy 2 év alatti koponyasérült gyermek volt a praxisában, míg 1 év alatti gyermekek végtagtörése 5% körül mozgott. Ugyanakkor az Állampolgári Jogok Országgyűlési Biztosa (ombudsman) által 2009-ben végzett vizsgálat adatai szerint az egészségügyben dolgozók igen alacsony arányban (védőnők 13%, egyéb egészségügyi alkalmazottak kevesebb, mint 5%, házi orvosok és házi gyermekorvosok csupán 0,2%) tettek eleget a törvény által előírt jelzőrendszeri kötelezettségüknek. A kedvezőtlen jelzési mutatók és számos precedens eset miatt egy konszenzus anyag készült, amely a „A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése c. módszertani levél” továbbfejlesztett változata.^{3,4} Ez a szakdokumentum, „Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve.”⁵

Az irányelv tartalmában íróként és véleményezőként több egészségügyi szakmai kollégiumi tagozat, illetve szervezet vett részt.¹

EREDMÉNYEK

Az irányelv által érintettek köre minden egészségügyi ellátásban részesülő 0-18 éves gyermek, akinél felmerül a gyanú bántalmazásra vagy elhanyagolásra. Az irányelv 42 egészségügyi ellátó tevékenységét érinti. [1. táblázat]

Az irányelv korábbiakhoz képest megfogalmazott legfontosabb része, hogy kijelöli az egészségügyi ellátók számára az egyes súlyossági fokozatok esetén milyen ellátási és jelzési útvonal javasolt. [1. ábra] Az irányelv leírja az egyes bántalmazási formák jellemzőit, a felismerés lehetőségeit, kiemeli a megelőzés, dokumentálás, mérlegelés, jelzés menetét. A megelőzés szempontjából hangsúlyozza a kezdeti problémák, életvezetési nehézségek időben történő felismerését. Megerősíti, hogy a pontosságra törekvő dokumentáció meghatározó a körülmények feltárásakor. Leírja, hogy a súlyosság mérlegelése határozza meg a további intézkedések láncolatát. Bemutatja, hogy a mérlegelést követően a megadott algoritmus szerint hogyan indokolt a jelzési kötelezettséggel élni. Kifejti, hogy a kommunikáció során számolni kell azzal, hogy a gyermek bántalmazása/elhanyagolása igen érzékeny, érzelmekkel telt helyzet, amit a kötődési viszonyok erősen befolyásolnak, és ezt minden esetben tiszteletben kell tartani. A gyermekek büntudatát feltétlenül enyhíteni kell, és ez a szexuális bántalmazás esetén kiemelten igaz. Felhívja a figyelmet a disszociációra, mikor a bántalmazott kívülállóként viszonyul saját sérelmeihez, bemutatja a Stockholm szindrómát, amikor a bántalmazott az elkövetőt bizonyos szempontból felmenti vétsége alól. Az irányelv hangsúlyozza, hogy meg kell erősíteni a szülőt abban, hogy gyermekével együtt segítségre szorul, ami feltételezi a társzakták közötti együttműködést.

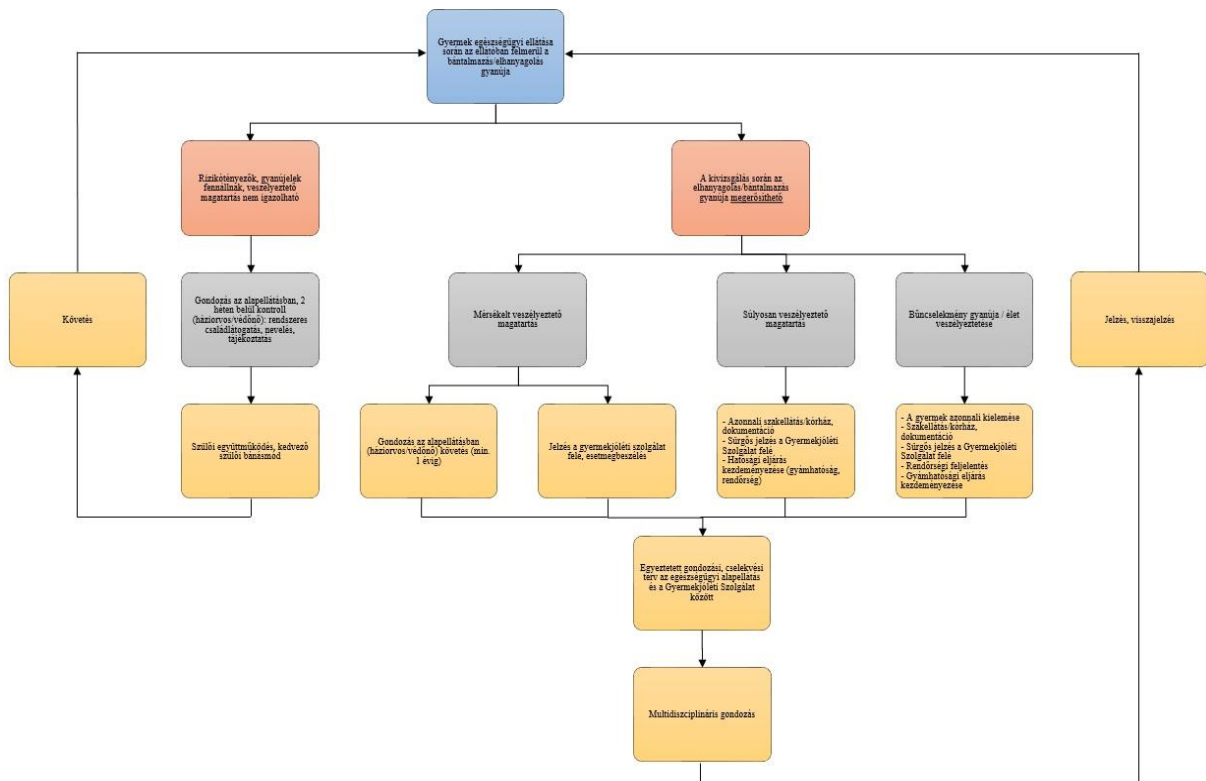
¹ Az irányelv tartalomért felelősök köre a Gyermek alapellátás (házi-gyermekorvoson, Ifjúsági és iskolaorvoslás, védőnő) Tagozat mellett kiterjed az Igazságügyi orvostan, orvosszakértés és biztosítási orvostan Tagozatra, Gyermekpszichiátria Tagozatra, Szülészeti és nőgyógyászati, asszisztált reprodukció Tagozatra és a Traumatológia és kézsebészet Tagozatra. Emellett véleményezték az Égés- és plasztikai sebészet, Házi orvostan, a Megelőző és népegészségügy, kórház higiénia orvostan, a Nukleáris medicina, az Oxyológia - sürgősségi orvostan, toxikológia, honvéd és katasztrófa orvostan, a Transzfúziológia és hematológia Tagozatok és egyéb szervezetek, mint Család Gyermek Ifjúság Kiemelkedően Közhasznú Egyesület, Kék-Vonal Gyermekkrízis Alapítvány, Budapest Főváros Kormányhivatala XV. Kerületi Gyámhivatal.

1. táblázat: Az érintett ellátók köre

0200 sebészet 0400 szülészet-nőgyógyászat 0500 csecsemő-és gyermekgyógyászat 0501 neonatológia 0502 PIC 0506 gyermeksebészet 0507 gyermeknőgyógyászat 0508 gyermek szemészet 0509 csecsemő és gyermek fül- orr- gégegyógyászat 0510 gyermekradiológia 0511 gyermekneurológia 0515 csecsemő- és gyermekgyógyászati intenzív terápia 0521 fejlődésneurológia 0700 szemészet 0800 bőr- és nemibeteg-ellátás 0900 neurológia 1002 traumatológia 1100 urológia 1300 fogászati ellátás 1304 gyermekfogászat 1800 pszichiátria	1801 addiktológia 2002 gyermek plasztikai és égéssebészet 2300 gyermek- és ifjúságpszichiátria 2302 gyermek- és ifjúságaddiktológia 4602 sürgősségi betegellátó egységben szervezett szakellátás 5100 röntgendiagnosztika 6101 transzfúziológia 6200 mentés 6201 koraszülött mentés és -szállítás 6302 házi gyermekorvosi ellátás 6303 felnőtt- és gyermek (vegyes) háziorvosi ellátás 6306 iskola- és ifjúságorvoslás 6500 izotópdiaagnosztika 7101 klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia 7303 csecsemő- és gyermek szakápolás 7600 diétetika 7901 területi védőnői ellátás 7902 iskolai védőnői ellátás 7903 családvédelmi szolgálatnál nyújtott ellátás 9400 megelőző orvostan és népegészségtan 9500 igazságügyi orvostan
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Forrás: Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve

1. ábra: Algoritmus az egészségügyi ellátók teendőiről a veszélyeztetettség észlelése esetén



Forrás: Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve

Az együttműködés alapelveit és a jogi szabályozás kereteit „A gyermekvédelmi észlelő- és jelzőrendszer működtetése kapcsán a gyermek bántalmazásának felismerésére és megszüntetésére irányuló szektorsemleges egységes elvek és módszertan” c. módszertani útmutató foglalja össze.⁶

A jelzőrendszer jelenlegi legnagyobb hiányossága, hogy amennyiben nem az egészségügy felől érkezik az elsődleges jelzés, úgy az egészségügyi ellátók nem kapnak kielégítő tájékoztatást a veszélyeztetés okáról, amik lehetnek:

1. Anyagi, egzisztenciális nehézségek;
2. Gyermeknevelési problémák;
3. Családi krízishelyzet:
 - a. válás
 - b. munkanélküliség
 - c. gyász
 - d. szülő betegsége, fogyatékossága
4. Szülők vagy a család életvitele:
 - a. szenvedélybetegség(ek): alkohol, drog, játékkülfüggőség,
 - b. és szenvedélybeteg személy: gyermek, testvér, apa, anya, egyéb gondviselő,
 - c. vándorló életmód,
 - d. bűnöző életmód,
 - e. *promiszkuitás*ⁱⁱ, prostitúció
5. Elhanyagolás;
6. Családon belüli bántalmazás vagy annak gyanúja;
 - a. szülők közötti,
 - b. gyerekre irányuló,
 - c. testvére vagy más közös háztartásban élőre irányuló
7. Krónikus betegség, fogyatékkal élő gyermek vagy testvér;
8. Indokolatlan iskolai hiányzás;
9. Iskolai konfliktus;
10. Ideiglenesen vagy tartósan családjából kiemelt gyermek.

A veszélyeztetés okainak részletezése szükséges, mert differenciálhatja az egészségügyi szolgáltató ellátási formáját. Ugyancsak elengedhetetlen a jelzésre történő visszajelzés, hiszen ez jelenti a további

összehangolt lépések, hosszabb távú együttműködés alapját.

A különleges szükségletű gyermekek különösképp ki vannak téve a bántalmazásnak, elhanyagolásnak, alapvetően a rossz bánásmódnak. Különleges szükségletűnek tartjuk azt a gyermeket, aki tartósan beteg, illetve fogyatékos, továbbá életkoruk miatt a 3 év alatti gyermekeket. A Központi Statisztikai Hivatal 2016. augusztusi adatai alapján 7942 fő a különleges szükségletű gyermekek száma, ebből a 3 év alatti 2965 fő. A csoport 39%-a él gyermekotthonokban.⁷

Speciális szükségletű az a gyermek, aki súlyos személyiségfejlődési zavarokkal küzd, illetve súlyos pszichotikus vagy neurotikus tüneteket mutat, vagy súlyos beilleszkedési zavarokat vagy súlyos antiszociális magatartást tanúsító gyermekkorú elkövető, illetve aki alkohol, drog és egyéb pszichoaktív szerek használatának problémájával küzd. A Központi Statisztikai Hivatal 2016-os adatai alapján a speciális szükségletű gyermekek száma 507 fő – az összes ellátottak 2,5%-a, és közülük 27 él nevelőszülőnél. A kettős szükségletű, azaz egyidejűleg speciális és különleges szükségletű gyerekek színvonalas ellátása sajátos igényeket támaszt, és nagyon magas szakmai követelményeket feltételez. Magyarországon 2011-ben 177, 2012-ben 220, 2015-ben 243 főt fedett ez a csoport.⁸

Mindezen rizikófaktorok azért elgondolkodtatóak, mert pl. a tököli fiatalok fogvatartottak 78%-a speciális nevelési igényű, 15%-uk él ADHDⁱⁱⁱ-vel (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), 35%-a alacsonyabb IQ-val rendelkezik az átlagnál. Ezért a speciális szükségletű gyerekek felismerése, célzott ellátása és fokozott védelme az összes ellátórendszer minden szintjén nélkülözhetetlen a bűnelkövetés és áldozattá válás megelőzése szempontjából is.⁸

Az elkövetők nézőpontjából a gyermekkorúak és fiatalok esetében a jóléti védelem elve kerül előtérbe, amit a bevezetőben felsorolt nemzetközi dokumentumok szabályoznak. A jóléti elv esetén az elsődleges kérdés kideríteni, miért követte el az adott

ⁱⁱ promiszkuitás = alkalmi, nem tartós, válogatott partnerrel való nemi érintkezés

ⁱⁱⁱ Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD =figyelemhiányos hiperaktivitás-zavar. Neurológiai természetű veleszületett vagy fejlődési rendellenesség, melynek vezető tünete a figyelemzavar, kísérő tünetei a hiperaktivitás, feledékenység és a gyenge impulzuskontroll.

személy a bűncselekményt. Az ellátás célja az egyéni szükségletre való reagálás, a magatartásváltozás elérése, lehetőség szerint a helyreállítást tartva szem előtt.

A Nemzetközi Gyermekjogi Hálózat álláspontja szerint a felelősség és a kriminalizálás szétválasztása szükséges. Ennek érdekében minden kétséget kizáróan meg kell tudni mi történt, milyen tényezők, indokok álltak a háttérben, és tisztázni kell a környezet és a szülők szerepét. Fel kell mérni, hogyan lehetett volna megelőzni az elkövetést, a gyermeknek milyen kezelésre, oktatásra, támogatásra van szüksége a bűnisméltés megelőzése, teljes rehabilitációja érdekében.

Az Európa Tanács Miniszteri Bizottság Rec 2006/19 sz. ajánlása a tagállamok részére a pozitív szülői magatartás támogatásának politikájáról szól.⁸ A „Pozitív szülői magatartás” alatt a gyermek alapvető érdekein alapuló olyan szülői magatartás értendő, amely nevel, képességet fejleszt, erős szakmentes, eligazítást ad és irányt mutat, megszabja a határokat, és lehetővé teszi a gyermek teljes körű fejlődését. Eszerint a gyermekek érdekében külön hangsúlyt kell helyezni a szülők jogaira, így a szülői feladatok ellátásához az állami hatóságok részéről biztosítandó megfelelő támogatáshoz való jogra is. A szülők részéről a gyermekek iránt viselt egyenlő és közös felelősség járul leginkább hozzá a gyermekek személyiségének harmonikus fejlődéséhez. Külön figyelmet kell fordítani az apák szerepének fontosságára gyermekek gondozásában és nevelésében, különösen figyelembe véve a nemek közötti egyenlőség elvét, a munka és a családi élet összeegyeztetését és a család szétszakadását, ami gyakran azzal jár együtt, hogy az apák gyermekeiktől külön élnek. Mindezek biztosítása érdekében az állami kötelezettségeket hangsúlyozza a Bizottság - hivatkozással az európai családügyi miniszterek 28. ülészakán (Portugália, Lisszabon, 2006. május 16-17.) kiadott záróközleményre és politikai nyilatkozatra -, különösen:

- „...elismerve, hogy - bár a szülői magatartás a család magánügye - azt közügynek kell tekinteni, és minden szükséges intézkedést meg kell tenni a szülők támogatására és a pozitív szülői

magatartáshoz szükséges feltételek megteremtésére; emlékeztetve arra, hogy az Európa Tanács keretében kötelesek közös európai politikát támogatni és megvalósítani a családügyek és a gyermekek jogai terén;

- elismerve, hogy a gyermek jogokkal bíró személy, beleértve a védelemre és részvételre, véleményük kifejezésére, meghallgatásukra és a véleményük figyelembe vételére irányuló jogukat is;
- emlékeztetve arra, hogy az állami hatóságoknak rendkívül fontos szerepet kell játszaniuk általában a családok, és különösen a szülők támogatásában, amelynek a családpolitika három alapelemén keresztül kell kifejeződniük: állami juttatások és adózás, a munka és a családi élet közötti egyensúly megteremtése, gyermekgondozás és egyéb szolgáltatások;
- figyelembe véve, hogy a család a társadalom legfontosabb egysége, és a szülői magatartás alapvető szerepet játszik a társadalomban és annak jövőjében;
- tudatában annak a sok változásnak és kihívásnak, amellyel a családok manapság találkoznak, és amelyek megkövetelik, hogy a szülői szerep nagyobb figyelmet és jobb támogatást kapjon, figyelembe véve, hogy az ilyen támogatás elengedhetetlen a gyermekek, a szülők és a társadalom egésze számára; felismerve, hogy a társadalom minden szintjének szerepet kell játszania a gyermekek, szülők és családok támogatásában;
- figyelembe véve, hogy az állami hatóságok - a gazdasági és társadalmi szervekkel és a civil társadalommal karöltve -, a szülői szerep támogatására tett intézkedések révén segíthetik a társadalom egészségesebb és sikeresebb jövőjét, valamint a családi élet javítását célzó törekvéseket;
- tudomásul véve, hogy ágazatokon átnyúló és összehangolt megközelítésre van szükség;
- azon eltökélt szándéktól vezérelve, hogy a szülők támogatásának elengedhetetlen részeként, és a gyermekek jogai tiszteletben tartása és megvalósítása biztosításának eszközeként segítse a pozitív szülői magatartást.”

ÖSSZEFOGLALÁS

A veszélyeztetett gyermekek ellátása komplex feladat. Az elmúlt 5 évben számos intézkedés történt, mely ezen gyermekek magasabb színvonalú ellátását tűzte ki célul. Az egészségügyi jelzőrendszer hatékonyabb működése érdekében új irányelv került elfogadásra "Az egészségügyi ellátók feladatairól gyermekek bántalmazásának, elhanyagolásának gyanúja esetén Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve" címen. A veszélyeztetett gyermekek egyaránt lehetnek áldozatok és elkövetők, nemritkán áldozatok és elkövetők egyidejűleg. Emiatt az egészségügyi ellátóknak mindkét csoport ellátására fel kell készülniük. A lelki egészség megőrzésének, a harmonikus testi – lelki - szexuális fejlődésnek az egyén életében hosszú távú, mondhatjuk élethosszig tartó hatása van, a kiteljesedést, egészségben megélt éveket tekintve. Míg az ellenkezője is igaz: a gyermekkorból örökölt traumák hatását, még gyógyító és támogató segítségekkel is életem át hurcolhatják az áldozatok. Ezért kell minden lehetséges eszközzel, minden lehetséges szinten küzdenünk a bántalmazás valamennyi formája ellen, időben megelőzni azt. Ezért ajánljuk figyelmébe a cikket és magát az irányelvet, a gyermekekkel foglalkozó egészségügyi szakembereknek.

Köszönetnyilvánítás

A szakmai irányelv egy konszenzus anyagon alapul, mely „A gyermekbántalmazás és elhanyagolás megelőzése, felismerése és kezelése c. módszertani level”, továbbfejlesztett változata.

Ezúton köszönet illeti mindazon szervezeteket és intézményeket, akik a konszenzus anyag előkészítésében közreműködtek: Közigazgatási és Igazságügyi Minisztérium, Nemzeti Erőforrások Minisztériuma, Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat, UNICEF, Alapvető Jogok Biztosának Hivatal, Országos Rendőr-főkapitányság, Nemzeti Közszerződési Egyetem, Igazságügyi Orvostani Intézet, Család Gyermek Ifjúság Egyesület, Magyar Védőnők Egyesülete, Házi Gyermekorvosok Egyesület, Kék-vonal Gyermekkrízis Alapítvány, Gyermekjóléti Központok, Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen (NAVE) Egyesület, Értelmi Fogyatékosok és Segítőik Országos Érdekvédelmi Szövetsége (ÉFOÉSZ), Mental Disability Advocacy Centre (MDAC)^{iv}, Jogismeret Alapítvány, Magyar Bírónők Egyesülete, Kézenfogva Alapítvány, Mérei Ferenc Fővárosi Pedagógiai és Pályaválasztási Tanácsadó, Független Média Központ Pandora Box, Pécsi Tudományegyetem (PTE), Nevelési Tanácsadók Egyesülete, Osztályfőnökök Egyesülete.

¹ http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2339/fajlok/EEM_szakami_iranyelve.pdf (Elérve: 2016.08.17.)

² <http://www.police.hu/a-rendorsegrol/statisztikak/bunugyi-statisztikak> (Elérve: 2016.08.17.)

³ http://www.ogyei.hu/upload/files/gyermekb_modszertani_ajanlas.pdf (Elérve: 2016.08.17.)

⁴ <http://www.ogyei.hu/upload/files/A%20gyermekbantalmazas.pdf> (Elérve: 2016.08.18.)

⁵ http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2339/fajlok/EEM_szakami_iranyelve.pdf (Elérve: 2016.08.18.)

⁶ <http://klik.gov.hu/download/e/60/c0000/A%20gyermek%20b%3%A1ntalmaz%3%A1s%3%A1nak%20felismer%3%A9s%3%A9re%20C%3%A9s%20megsz%3BCntet%3%A9s%3%A9re%20ir%3%A1nyul%3%B3%20egys%3%A9ges%20elvek%20C%3%A9s%20m%3%B3dszertan.pdf> (Elérve: 2016.08.19.)

⁷ https://www.ksh.hu/szocialis_vedelem (Elérve: 2016.08.20.)

⁸A Miniszteri Bizottság Rec 2006/19 sz. ajánlása a tagállamok részére a pozitív szülői magatartás támogatásának politikájáról Elfogadta a Miniszteri Bizottság 2006. december 13-án a miniszterhelyettesek 983. ülésén -

https://issuu.com/csaygi/docs/csaygi_2010_6 (Elérve:2016.09.12)

^{iv} Mental Disability Advocacy Centre (MDAC)= Mentális rendellenességek Érdekvédelmi Központ

Összefoglaló „A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutató”-ról

Summary of the Professional Guideline on the organizational implementation of health promotion in workplaces

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

Beküldve: 2016.08.26.

Kulcsszavak: munkahelyi egészségfejlesztés, egészséges munkahely, ajánlások a bizonyítékok erejének explicit megjelölésével

Keywords: health promotion workplaces, healthy workplaces, recommendations indicating the level of scientific evidence

„A szakmai irányelveknek négy fő típusa különíthető el attól függően, hogy az irányelvben szereplő ajánlások kialakítása milyen módszer alapján történt. Így lehetnek: informális konszenzuson alapuló irányelvek, formális konszenzuson alapuló irányelvek, bizonyítékokon alapuló irányelvek, explicit kritériumokon alapuló irányelvek.”¹

A bemutatott szakmai anyag, típusát tekintve, leginkább olyan bizonyítékokon alapuló irányelvnek tekinthető, mely nem keverendő össze, az államigazgatási szervek által kiadott, kötelezően követendő irányelvekkel.

Az útmutató a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet megbízásából, a TÁMOP-6.1.1-12/1-2013-0001 számú, Szakmai-módszertani anyagok elkészítése-egészségfejlesztési programok szakmai irányelvei keretén belül készült.

A munkahelyi egészségfejlesztő stratégia magában foglalja a munkáltatók, a munkahelyi vezetők, a munkavállalók, a munkahelyi egészségfejlesztésben érintettek közös tevékenységét, a vállalat egészséget támogató feladataiban, a munkahelyi egészség determinánsok figyelembevételével. A módszer

épít az egészségfejlesztési tevékenységet támogató erőforrásokra, igyekszik kiküszöbölni a gátló folyamatokat, megfelelő infrastruktúrát, marketing- és kommunikációs stratégiát alakít ki a gyakorlati megvalósításhoz és a kedvező folyamatok fenntartásához. A stratégia végrehajtói lokális, regionális, nemzeti és európai szintek harmonizálásán keresztül folyamatos innovációval igyekeznek megvalósítani az egyén egészségi állapotának fejlesztését a munkahelyen és a munkahelyen kívüli élet során is.

Az egészséges munkahely és munkavégzés összetett társadalmi folyamat, a munkahelyen belüli és azon kívüli érdekcsoportok együttműködésének eredménye.

Az egészséges munkahelyek, a munkavállalók egészségének és jóllétének növekedése produktívabb munkavégzéshez, kompetitívabb vállalkozásokhoz, a gazdasági helyzet javulásához vezet. A munkahelyi egészségfejlesztő programok kulcsfontosságú lépései: a célok világos megjelölése és összekapcsolása a vállalat/vállalkozás üzleti célkitűzéseivel, a munkáltatók és a menedzsment támogatásának megnyerése, a munkavállalók részvétele az

egészségfejlesztési program valamennyi szintjén, támogató környezet kialakítása és a programok társadalmi normákhoz történő igazítása. Az ígéretes egészségfejlesztő gyakorlat lényeges elemei:

- az egészségfejlesztő program integrálása a vállalat működésében,
- egyéni-, környezeti-, vállalatpolitikai- és kulturális egészséggel és termelékenységgel kapcsolatos célkitűzések,
- egyidejűleg több, egészséggel kapcsolatos terület kijelölése,
- a programok helyi igényekhez történő adaptálása,
- nagy részvételi arány elérése (a munkavállalók és képviselőik bevonása az egészségfejlesztő programok előkészítésébe és végrehajtásába növeli a munkavállalók részvételi arányát),
- a programok érdemi értékelése,
- az érdekeltek tájékoztatása a sikerekről, eredményekről, a megvalósított célokról.

Az egészséges munkahely kialakítását célzó programok átfogó, a munkahelyi érdekcsoportok mind-egyikét bevonó szervezeti intervención, széleskörű részvételen és képességfejlesztésen, multidiszciplináris együttműködésen alapulnak. Több egészséget meghatározó tényező javítását tűzik ki célul, többféle belső szervezeti egység és szakember bevonásával. A programok figyelembe veszik a munkaszervezetben dolgozók egészségi állapotát, szociális helyzetét, foglalkoztatotti státuszát, a kisebbségi csoportok különbözőségeit. Az elért változásokat a szervezet vezetése beépíti a vállalati működésbe és kultúrába a fenntarthatóság érdekében. A programok folyamatos nyomon követése, a hatások értékelése és az eredmények visszacsatolása szükséges a ciklikus működés, működtetés során.

A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutató alfejezetei:

- A probléma háttere, magyarországi helyzetkép.
- Az irányelv fejlesztés szükségességének indoklása a jelenlegi gyakorlat és az optimális/elvárható gyakorlat közötti eltérések és hatásainak bemutatása.

- Az irányelv bevezetésével elérhető eredmények, várható egészségnyereség.
- Az irányelv gyakorlati bevezethetőségének esélyei, feltételei, a jelenlegi gyakorlat megváltoztatásának esélyei.
- Az adott egészségfejlesztési területre jellemző adatforrások, eszközök, módszerek, humán erőforrás igény, kompetencia összegyűjtése.
- Az egészségfejlesztési program sikerességének meghatározása, mérésére használt módszerek bemutatása, a meglévő sikeresség-értékelő és eredményesség-meghatározási gyakorlatok előnyeinek, és gyengeségeinek bemutatása.
- Az egészségfejlesztési program tervezésének és megvalósításának, sikerességének legfontosabb tényezői a szakirodalom alapján.
- Az egészségfejlesztési programok tervezése és megvalósítása során az érvényesített horizontális kritériumok: interszektoralitás, kommunikáció, a részvétel kérdése, a felhasználók/kezdvezményezettek/célcsoport véleményének figyelembe vétele, a megvalósításban résztvevők képzettsége, készségei, stb.
- A főbb ajánlások, az állításokat alátámasztó bizonyítékok és az ajánlások erejének explicit megjelölésével. Ennek összefoglalóját, a jelentősége miatt, az alábbiakban mutatjuk be.

A főbb ajánlások, az állításokat alátámasztó bizonyítékok és az ajánlások erejének explicit megjelölésével:

(Az irányelv készítői az útmutatásokat és ajánlásokat elemezték az evidenciák erőssége, az ajánlások elfogadottságának elterjedtsége és a hazai megvalósíthatóság szempontjából: („A” – egyértelmű; „B” – jelentős; „C” – hangsúlyos). [1. Táblázat]

A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutató teljes anyaga elérhető [itt](#) „Munkahelyi egészségfejlesztési irányelv” címen.

1. Táblázat: Az ajánlások összefoglalása

Ajánlások	Evidenciák erőssége
Valamennyi munkahely számára ajánlott munkahelyi egészségterv kialakítása.	A
Valamennyi munkahely számára javasolt a munkahelyi egészségterv alapján kialakított egészségfejlesztési stratégia kidolgozása.	A
A munkahelyi egészségfejlesztés hatékony tevékenység a munkavállalók egészségi állapotának javítására.	A
Az egészséges munkahely és munkavégzés kedvező hatással van mind a munkahelyi mind a munkahelyen kívüli életminőségre és hozzájárul a népesség egészségének védelméhez.	A
Az egészséges munkahelyek és a munkahelyi egészségfejlesztés kedvező hatást gyakorol a vállalkozások teljesítményére, versenyképességére, társadalmi és gazdasági helyzetének javulására.	A
A munkáltatók számára ajánlott a munkahelyi egészségterv és egészségfejlesztési stratégia beépítése a vezetői döntésekbe és gyakorlatba.	A
Ajánlott az egészségfejlesztés elveinek és céljainak tisztázása a tervezéskor	A
Ajánlott az egészségfejlesztési stratégia folyamatos alakítása az érdekcsoportokkal történő folyamatos egyeztetés alapján.	A
Ajánlott az alapvető prioritások meghatározása az egészségfejlesztési stratégia kialakításakor.	A
Ajánlott a munkahelyeken az egészségfejlesztéssel kapcsolatos intézkedések megvalósítását koordináló bizottság létrehozása az érdekcsoportok képviselőiből.	B
Az egészségfejlesztés gyakorlati megvalósítása során ajánlott a gátló és a támogató tényezők azonosítása, a gátló tényezők kiküszöbölése, a támogató tényezők erősítése.	A
Az egészségfejlesztés megvalósítása során javasolt az egyenlőtlenségek csökkentésére irányuló törekvés.	A
Az egészségfejlesztés során javasolt az érdekcsoportok társadalmi felelősségvállalásának növelése.	A
Az egészségfejlesztés gyakorlati megvalósítása során ajánlott az érdekcsoportok együttműködésének fokozása.	A
Ajánlott, hogy az egészségfejlesztési stratégiák növeljék az egyének és a munkavállalói csoportok lehetőségeit és képességeit, az egészségi állapot kockázati tényezőinek csökkentésére.	A
A foglalkozás-egészségügyi és egészségfejlesztő szakembereknek jelentős szerepe van az egészségfejlesztő stratégiák kialakításában.	B
Az egyének számára javasolt a megelőző gondolkodás elsajátítása, az életmódjukkal kapcsolatos kockázati tényezők megismerése, személyes elköteleződés és célkitűzések kialakítása egészségi állapotuk javítására.	B
Ajánlott az egészségfejlesztéssel kapcsolatos jó munkahelyi gyakorlatok megismerése és követése.	A
Ajánlott a munkahelyi egészségfejlesztéssel kapcsolatos hatékony útmutatók kialakítása és a meglévő ajánlások követése.	A
Javasolt a munkahelyi egészségfejlesztés összehangolása a vállalati politikával, vállalati célkitűzésekkel, munkaszervezéssel.	B
Ajánlott a munkavállalók önkéntes alapon történő aktív széleskörű bevonása a munkahelyi egészségterv és munkahelyi egészségfejlesztési stratégia minden szakaszába.	A
Javasolt a magatartásváltozásra fogékony emberek kiválasztása, egyénre szóló akcióterv készítése és közösségi, társas támogatás az intervenció megvalósításához.	B
Javasolt a társadalmi környezet figyelembe vétele a programok kidolgozása során.	B
A megfelelő eredmény elérése érdekében a munkavállalók tudatosságát növelő kampányokat következetesen kombinálni célszerű más beavatkozási formákkal, a nagyobb hatékonyság érdekében.	B
Javasolt a munkahelyi egészségfejlesztő intervenciók hatására létrejövő változások nyomon követése, a visszajelzések értékelése és megküzdési tervek kidolgozása a visszaesések megelőzésére.	A
Ajánlott az egyes szektorok jellemzőinek figyelembevétele a munkahelyi egészségfejlesztő programok kidolgozásakor, beleértve az új szolgáltatói szektorokat.	B

Ajánlott az atípusos munkaszerződések, részállású, időszakos, változó munkaidőben történő alkalmazás következményeinek figyelembevétele a munkahelyi egészségfejlesztő programok tervezésénél.	B
Ajánlott az életmódi változtatások során a visszaesésekkel történő megküzdés stratégiáinak gyakorlati oktatása.	B
Ajánlott a munkavállalók munkába való visszatérésének támogatása baleseteket és betegségeket követően.	B
Ajánlott a munkavállalók folyamatos tájékoztatása a munkahelyeken zajló egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységről és programokról.	B
Ajánlott a célkitűzésekhez képest az előrehaladás időről időre történő ellenőrzése. Ha az elért eredmények nem megfelelőek, ajánlatos a javításra irányuló stratégiák kidolgozása és gyakorlati alkalmazása.	A
A népesség jelentős részében fennálló krónikus, nem fertőző betegségek előfordulási gyakorisága csökkenthető egészséges étrend alkalmazásával és megfelelő fizikai aktivitás végzésével.	A
Ajánlott a közhatóságok számára a népegészségügyi, egészségfejlesztési programok népszerűsítéséhez szükséges kompetenciákkal rendelkező szakterületek azonosítása, és szakmai szerepvállalásuk ösztönzése.	B
Az egészségfejlesztő programok befejezése után ajánlott az elért eredmények megőrzését biztosító stratégiák kialakítása.	B
Különböző közösségi színtereken, így a munkahelyeken is ajánlott a táplálkozással, a fizikai aktivitással, alkohollal, szerhasználattal, dohányzással kapcsolatos ismeretek bővítése.	A
Ajánlott az egészségügyi szakemberek tanácsai alapján az egészségi kockázat folyamatos értékelése és önértékelése valamint személyre szóló megelőzési célú életmód változtatás kialakítása.	B
Az egészségfejlesztő programok legyenek mindenki számára elérhetőek és kapjanak megfelelő publicitást.	A

Forrás: A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutató

¹ http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Szakmai_ir%C3%A1nyelv (Elérve: 2016.09.08.)

Testi és társadalmi nem, szexuális orientáció

Body and gender identity, sexual orientation

Szerzők: Vitrai Sára✉

Beküldve: 2016.09.05.

Összefoglaló: A szexuális nevelés témájában gyakran felmerülnek a nemi szerepekhez, szexuális orientációhoz hasonló kifejezések, amelyeknek rövid magyarázatát adja ez a cikk. Az emberek szexuális vágyai és adottságai sokfélék lehetnek, amit fontos észben tartanunk, amikor szexuális nevelésről beszélünk. Amennyiben csak cisznemű, heteroszexuális és monogám emberekről ejtünk szót, sok fiatal kívülállónak érezheti magát, vagy úgy gondolhatja, az elhangzott tájékoztatás nem vonatkozik rá, esetleg a számára releváns információ nem is hangzik el.

Kulcsszavak: testi identitás, társadalmi nemi identitás, nemi szerepek, szexuális orientáció, szexuális gyakorlat

Summary: In relation to the topic of sexual health terms like gender roles, sexual orientation are often mentioned. A short glossary of these terms are given in this article. People's sexual desires and attributes can vary to a great degree which is important to keep in mind when talking about sexual education. If we only talk about cisgender, heterosexual and monogamous people, many young people might feel that they don't belong, think that the information given does not concern them or the information that they need might not even be voiced at all.

Keywords: body identity, gender identity, gender roles, sexual orientation, sexual practice

A szexuális nevelés témájában gyakran felmerülnek a nemi szerepekhez, szexuális orientációhoz hasonló fogalmak. Ezekkel a kifejezésekkel azért fontos tisztában lennünk, mert a fiatalok szexuális oktatásával foglalkozó szakembereknek ezek fényében kell megfelelő információt átadni az érintett fiataloknak.

„Mi az a „gender”?

Először is, a sokat emlegetett *gender*, maga egy társadalom- és politikatudományi fogalom, amit magyarul társadalmi nemi szerepek vagy társadalmi nemnek szokás fordítani. A gender fogalma a feminizmusban arra szolgál, hogy rávilágítson, a nemi szerepek nem „természetes”, biológiailag adott jellemzők, nem veleszületettek és adottak, tehát a biológiai nemtől különálló fogalomra van szükség a leírásukra. Szemben a genderrel, a biológiai nemünk

– az, hogy milyen kromoszómákkal és nemi szervekkel születünk – adott. A biológiai és társadalmi nem úgy kapcsolódik egymáshoz, hogy az alapján nevelődünk, szocializálódunk és kezeltetünk a társadalomban nőként illetve férfiként, hogy milyen nemi szervekkel (milyen biológiai nemmel) születünk.

De a nemi szerepek nem biológiailag adottak és megváltoztathatatlanok, hanem – legalábbis a legtöbb feminista irányzat szerint – az, amit „nőnek” és „nőiesnek”/„femininnek”, illetve amit „férfinak” és „férfiasnak”/„maszkulinnak” gondolunk, olyan társadalmilag konstruált kategóriák, amelyeket nevelkedésünk, szocializációnk folyamán sajátítunk el. Általában próbálunk ezeknek a nemi szerep-elvárásoknak többé-kevésbé megfelelni, illetve kompenzálni, ha valamilyen szempontból eltérünk attól. Ez főként azért van, mert ha nem felelünk meg nekik, vagy legalábbis valaki úgy találja, hogy nem felelünk

meg nekik, akkor negatív visszajelzéseket, „büntetéseket” kapunk; ezek lehetnek például a kortárs csoportban tapasztalt lenézés és beszólások, de megtestesülhetnek akár fizikai erőszak formájában is a szülők, partner, kortársak vagy idegenek részéről.”¹

Ebből a néhány bekezdésből kiindulva nézzük végig, hogy hogyan viszonyul egymáshoz a testi identitás, társadalmi nem és szexuális orientáció.

Először is van mindenkinek egy testi identitása, ami arra vonatkozik, hogy fizikailag milyen a testi felépítése. Lehetnek valakinek férfi vagy női nemi szervei, hormonjai, kromoszómái és ezeknek valamilyen kevert kombinációja is. *Interszexnek* nevezzük azokat az embereket, akiknek férfi és női nemi szervei vagy hormonjai, vagy kromoszómái is vannak. Például külsőre férfinak néz ki, de van méhe. Célszerű egy számegeyenest elképzelnünk, amelynek az egyik felén vannak a biológiailag 100% férfiak, a másik végén pedig a biológiailag 100% nők.

A társadalmi nemi identitás vagy gender összefügg, de nem feltétlenül egyezik a testi identitással (ahogy ez a fenti idézetből is kiderül). Valakinek a társadalmi nemi identitásához tartozik az öltözködése, viselkedése (hogy mennyire határozott, együttműködő stb.), hogy mit gondolunk a számára megfelelő munkának, vagy mennyire szeretnénk, hogy részt vegyen a gyereknevelésben. Az ilyen jellegű társadalmi elvárások kultúránként és koronként változnak. Gender-ből sem csak férfi és nő van, mint ahogy gyerekkorunkban megtanították (szoknya=lány, nadrág=fiú). Az emberek általában a férfi-asnak és nőiesnek tartott tulajdonságok valamilyen kombinációját fejezik ki. Amennyiben ismét egy számegeyenest képzelünk el, vannak akik az egyik vagy másik végén érzik jól magukat; valakik mozognak ezen az egyenesen (*gender fluid, non-binary*); mások pedig egyáltalán nem szeretnék ezen egyenes alapján meghatározni önmagukat (*gender non-conforming*). Azokat, akiknek egyezik a testi és társadalmi nemi identitása (pl. női testi identitás + női gender) nevezzük *ciszneműeknek*, akiknek nem egyezik, ők a *transzneműek* (nem összekeverendő azokkal az emberekkel, akik kedvtelésből öltöznek be az ellenkező nemnek: *crossdresser*).

Az eddig említett fogalmak még csak arról szóltak, hogy az egyén hogyan érzi magát, fejezi ki magát, de

még nem határoztuk meg, hogy hogyan/kikkel lépkapcsolatba. Ezt dönti el a szexuális orientáció. *Heteroszexuális* az, aki a vele ellenkező neműekhez, míg *homoszexuális* az, aki a vele azonos neműekhez vonzódik, és itt sem annyira egyszerű a helyzet, ahogy gondolnánk. Vannak *biszexuálisok*, akik a hozzájuk hasonló és a tőlük eltérő neműek iránt is éreznek vonzalmat (akár azonos, akár különböző mértékben). *Pánszexuálisnak* hívják magukat azokat, akik nem testi vagy társadalmi nemi identitáshoz „kapcsolják” vonzalmukat, hanem ezt kizárólag az egyes emberek személyiségtől teszik függővé. Ezen felül nem csak szexuális, hanem romantikus vonzalmat is élhetünk meg mások iránt, és ezek nem feltétlenül járnak együtt. Például lehet valaki heteroszexuális, de *biromantikus*, vagyis szexuálisan az ellenkező neműekhez vonzódik, de képes szerelembe esni a vele azonos neműekkel is. Ne feledkezzünk meg arról sem, hogy nem mindenki érez szexuális vonzalmat mások iránt, vagy ez az átlagosnál gyengébb/kevesebb, ők az *aszexuálisok*. (A szexuális vonzalom mértéke is rávetíthető egy számegeyenésre az egyik végén az aszexuálisokkal a másik végén a *hiperszexuálisokkal*. Ennek a mértéke is változhat egy ember élete során.) Még az orientáció kérdésköréhez tartozik, hogy vannak, akik egyszerre több ember iránt képesek szexuális és/vagy romantikus vonzalmat táplálni, ők a *poliamor* emberek. Fontos tisztázni, hogy ebben a kapcsolati berendezkedésben minden résztvevő tisztában van a helyzettel és beleegyezik, tehát nem egyenlő a megcsalással. Nem összekeverendő a poliamoria a *poligámiával*, amely a több mint két ember közti házasságot jelenti. Ezek általában egy gazdasági/vallási megállapodáson alapulnak és nem feltétlenül a résztvevők szabad választásán.

Gondoljunk bele, aki nem cisznemű, heteroszexuális és monogám, sokszor nehezen talál magának párt, mivel preferenciái nem egyeznek a jelen társadalmunkban „normálisnak” tartott gyakorlattal. Ezért fontos tisztázni, valakinek a szexuális orientációja nem mindig egyezik a szexuális gyakorlatával. Például néhány évtizeddel ezelőtt a homoszexualitás büntetendő volt, ezért akkoriban gyakran előfordult, hogy egy meleg férfi heteroszexuális házasságban élt, és egész életében nem volt férfi partnere. Ez esetben az ő szexuális gyakorlata nem egyezett szexuális orientációjával.

Amint látjuk, a fentiek alapján az emberek szexuális vágyai és adottságai nagyon sokfélék lehetnek. Ezt fontos szem előtt tartanunk, amikor szexuális nevelésről beszélünk, mert ha csak cisznemű, heterosze-

xuális és monogám emberekről ejtünk szót, sok fiatal kívülállónak érezheti magát, vagy úgy gondolhatja, az elhangzott információ nem vonatkozik rá, esetleg számára releváns tartalmat nem is hall.

¹ Nogradi W Noa. Genderőrületi gyorstalpaló 1. – gender, szexizmus, patriarchátus. Kettős Mércse, 2016. http://kettosmerce.blog.hu/2016/01/31/genderoruleti_gyorstalpalo_1_gender_szexizmus_patriarchatus); (Elérve: 2016.09.12.)

Az egészségműveltség definíciói

Definitions of Health Literacy

Szerző: Csizmadia Péter✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.09.07.

Összefoglaló: Az egészségműveltség azokkal a kompetenciákkal és tudással foglalkozik, amelyek ahhoz szükségesek, hogy egy személy megfeleljen az egészség által támasztott követelményeknek egy modern társadalomban. A fogalom fontossága fokozatosan került elismerésre, azonban még nincs egyetértés az egészségműveltség definíciójáról, amely behatárolja mérhetősége és összehasonlíthatósága esélyeit. A cikk célja röviden áttekinteni az egészségműveltséghez kapcsolódó definíciókat, és bemutatni az egészségműveltség integrált modelljét, amely alapként szolgálhat e terület fejlesztését célzó intervenciók számára.

Kulcsszavak: egészségműveltség, egészségértés, kompetencia, egészségfejlesztés

Summary: Health literacy concerns the knowledge and competences of persons to meet the complex demands of health in modern society. Although its importance is increasingly recognised, there is no consensus about the definition of health literacy or about its conceptual dimensions, which limits the possibilities for measurement and comparison. The aim of the study is to review definitions and models on health literacy and to show an integrated definition of health literacy. This model can serve as a basis for developing health literacy enhancing interventions.

Keywords: health literacy, competence, health promotion

AZ EGÉSZSÉGműVELTSÉG FOGALMÁNAK MEGJELENÉSE ÉS DEFINÍCIÓI

Az egészségműveltség kifejezés 1970-es években jelent meg és nyert folyamatos jelentőséget a nép-egészségügyben és az egészségügyi ellátásban.

Egy tanulmány, amely áttekintette az egészségműveltség szakirodalmát nem kevesebb, mint 17 különböző definíciót számlált össze.¹ Ebből az egyik leggyakrabban idézett a WHO meghatározása, amely szerint az egészségműveltség „az emberek kognitív és szociális készsége (*skills*), amely meghatározza az egyének motivációját és az egyének képességét (*ability*), amely segítségével hozzáférnek, megértik és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik és fenntartják jó egészségüket.”²

Nemrégiben jelent meg folyóiratunkban, „Az egészségműveltség értelmezése és fő kihívásai a mai ma-

gyar társadalomban” című cikk, amely a WHO 7. Globális Egészségfejlesztési Konferenciájának megállapításaiból idézi (Nairobi 2008). Eszerint „Az egészségműveltség olyan kognitív és szociális készségek halmaza, amelyek meghatározzák az egyes emberek motivációját és képességét, hogy hozzáférjenek, megértsék és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik a jó egészség fenntartását és fejlesztését. Az egészségműveltség többet jelent, mint kiadványok olvasását vagy sikeres vizitek lebonyolítását. Az egészségműveltségnek az egészséggel kapcsolatos információ hozzáférése és felhasználási képességének javítása révén döntő szerepe van az egyén egészség feletti kontrolljában.”³

A konferencia által ilyen módon értelmezett egészségműveltség messze túllép az egészségnevelés szűkebb értelmezésén, az egyéni magatartásra

összpontosító kommunikáción, és – például az egészséggel kapcsolatos információk hozzáféréseinek javítása révén – azokra a környezeti, politikai és társadalmi tényezőkre is irányul, amelyek az egészség meghatározói.

Az egészségműveltség populáció szintű megközelítését támogató elméletek közül fontos megemlíteni Nutbeam modelljét, amely az egészségműveltség három típusát vázolja fel. Az első a funkcionális egészségműveltség, az alapkészségeket tartalmazza az írás és olvasás tekintetében, amelyek szükségesek a hatékonysághoz a mindennapi helyzetekben. Az interaktív egészségműveltségről fejlettebb kognitív és műveltségi készségek esetén beszélhetünk, amit a szociális készségekkel együtt, aktívan lehet használni változó körülmények között, a társas helyzetekben, információszerezésnél, vagy éppen a különböző kommunikációs formák megértésénél. A kritikai egészségműveltségnél olyan kognitív készségek kerülnek alkalmazásra a társas készségekkel együtt, amelyek révén az információk kritikus elemzésére kerül sor, és azokat a saját élet, élethelyzetek feletti kontroll megszerzésére használják az emberek.⁴

Kickbusch és szerzőtársai egészségműveltségről szóló definitív cikke a kompetenciák négy nagy csoportját állította fel az egészségműveltséggel kapcsolatban:

1. Alapvető egészségkompetenciák: az egészségvédő, betegségmegelőző és egészségfejlesztő magatartás képességei, az öngyógyítás (öngyógyszerezés, az egészség orvosi segítség nélküli visszanyerési képessége).
2. Páciens kompetenciák: az egészségügyi rendszerben az eligazodás képessége, aktív tárgyalópartnerként történő fellépés az egészségügyi szakemberekkel való kapcsolatban.
3. Fogyasztói kompetenciák: egészséget támogató döntések képessége a javak és szolgáltatások megvásárlása során, és ha szükséges, a fogyasztói jogok érdekérvényesítése.
4. Állampolgári kompetenciák: tudatos szavazói magatartás, az egészséggel kapcsolatos jogok ismerete és azok érdekében fellépés, részvétel egészséget támogató- vagy betegszervezetekben.⁵

AZ EGÉSZSÉG MŰVELTSÉG INTEGRÁLT MODELLE

2012-ben Sorensen és munkatársai az egészségműveltség szakirodalmát áttekintő tanulmány összegzőképpen az egészségműveltség integrált modelljét igyekeztek megalkotni.⁶ A szerzők véleménye szerint a létező modellek nagy része statikus és nem veszi figyelembe az egészségműveltség folyamat jellegét, amely magában foglalja a hozzáférést, a megértést, és az információátadást.

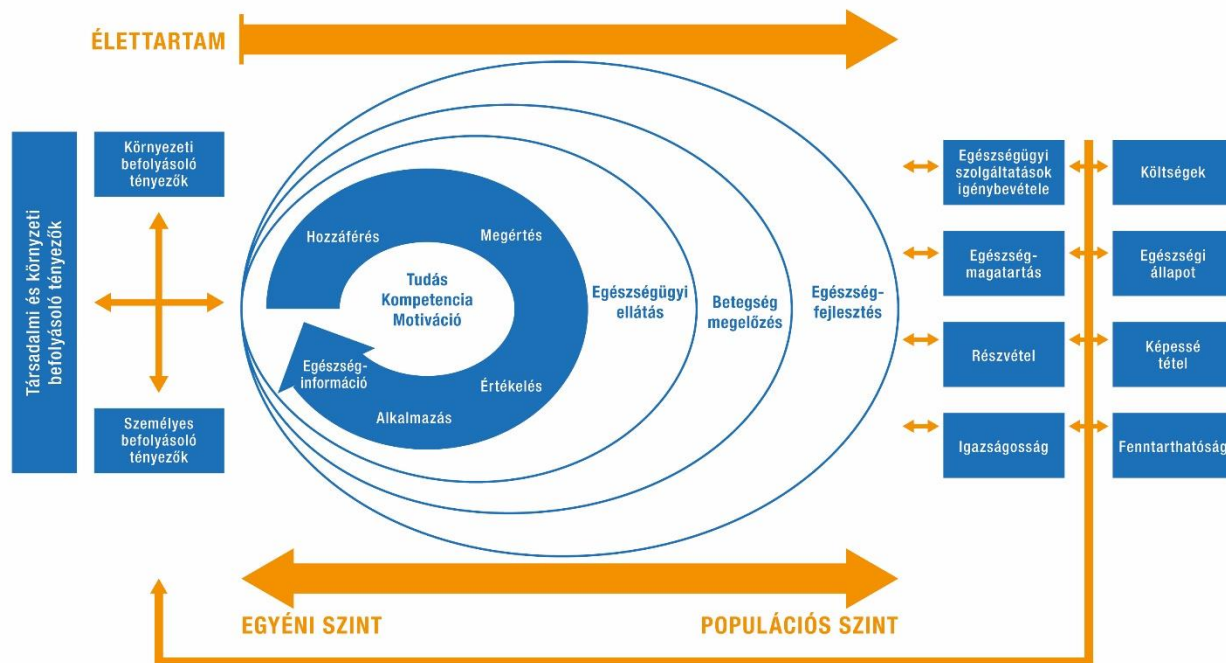
Az integrált modell a következő meghatározásra épül: „Az egészségműveltség kapcsolatban áll a műveltséggel és hozzájárul ahhoz, hogy az emberek tudása, motivációja és kompetenciája alkalmassá váljon az egészség információkhoz való hozzáféréshez, azok megértéséhez, értékeléséhez (*appraise*) és alkalmazásukhoz a mindennapi életben bekövetkező véleményalkotás és döntéshozatal idején az egészségügyi ellátás, a prevenció és az egészségfejlesztés területén, annak érdekében, hogy fenntartsuk vagy javítsuk az életminőséget életünk során.” [1. ábra]

A konstrukció középpontjában az egészségműveltség folyamata áll, amely négy kompetenciát igényel:

1. A hozzáférés arra a képességre vonatkozik, hogy kérünk, keresünk és hozzájutunk egészséginformációhoz.
2. A megértés azt a képességet takarja, amellyel megértjük a kapott egészséginformációt.
3. Az értékelés olyan képesség, amely interpretálja, szűri, megítéli és értékeli a kapott egészséginformációt.
4. Az alkalmazás arra a képességre vonatkozik, amellyel kommunikáljuk és használjuk az információt, döntést hozunk annak érdekében, hogy fenntartsuk vagy javítsuk az egészségünket.

Ez a folyamat ismeretet és jártasságot eredményez, amely képessé teszi a személyt, hogy eligazodjon az egészség folyamat három fő területén, az egészségügyi ellátásban, a prevenció és az egészségfejlesztés rendszerében. Mindezt úgy, hogy figyelembe veszi, hogy az egyén a munkahely, az oktatási rendszer, a politika és a gazdaság szereplője. A modell ugyanis magában foglalja azokat a tényezőket is, amelyek hatnak az egészségműveltségre, azaz a társadalmi és környezeti meghatározókat, mint például a demográfiai helyzetet, a kultúrát, a nyelvet, vagy a politikai helyzetet.

1. ábra: Az egészségműveltség integrált modellje



Forrás: Sorensen et. al. Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012, 12:80

Az egészségműveltség folyamata során mindhárom terület segíti az embereket, hogy befolyást gyakoroljanak a saját egészségük felett, alkalmazzák az általános műveltségüket, a matematikai képességeiket, hogy beszerezzék a szükséges egészség információkat, megértsék, kritikusán elemezzék és értékeljék azokat, hogy önállóan cselekedjenek, valamint hogy legyőzzék az egészség személyes, strukturális, társadalmi és gazdasági akadályait. Ahogy a környezeti kihívások, úgy az egyének képessége is időről időre változik, hogy eligazodjon az egészségügyi rendszerben. Az egészségműveltség tehát függ a kognitív és a pszichoszociális fejlődéstől, illetve a korábbi és jelenlegi tapasztalatoktól. Az egészségműveltségben való jártasság és a kompetenciák fejlődnek az életpálya folyamán, így élethosszig tartó tanulásként is értelmezhetők. Az egészségműveltség tehát egy eszköznek tekinthető, amely támogatja a képessé tétel folyamatát az ellátás, a preven-

ció és az egészségfejlesztés területén. Ez a tágabb értelmezés nem csak az egyéni életmóddal kapcsolatos döntéseket hangsúlyozza, hanem tudatosítja az egészség meghatározóinak szerepét és bátorítja a meghatározók kedvező irányú változását elősegítő egyéni és közösségi akciókat olyan módszerekkel, amelyek túllépnek az információterjesztésen és ösztönzik az interakciót, a részvételt és a kritikai elemzést. Így az egészségműveltség egyéni és társadalmi hasznot eredményez, mint a hatékony közösségi akcióra való felkészítést és a társadalmi tőke növeléséhez való hozzájárulást. Egyéni szinten az alacsony egészségműveltségből fakadó nem hatékony kommunikáció rossz minőségű szolgáltatást és a páciensek biztonságát veszélyeztető helyzeteket eredményezhet az egészségügyi ellátásban. Az egészségműveltség befolyásolja az egészségmagatartást és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét, ezáltal hat a társadalom

egészségi állapotára és az egészségre fordított költségekre, populációs szinten hozzájárul a méltányosság elősegítéséhez, a népegészségügy fenntarthatóságához. A magas egészségműveltség segíti a nagyobb autonómiát, a személyes képessé tételt, ami egyfajta fejlődésként fogható fel egy jobb életminőség felé. Emellett a magas egészségműveltséggel rendelkező személyek képesek arra, hogy részt vegyenek a magán- és közbeszédben az egészségről, a gyógyszerekről, a tudományos eredményekről, a kultúráról folyó diskurzusokban. Ezen a módon az egészségműveltség pozitív hatást gyakorol a háztartásokra, a munkahelyekre, a társadalomra és a kultúrára is.

AZ EGÉSZSÉGműVELTSÉG HAZAI DEFINIÁLÁSA

A nemzetközi definíciós kísérletek után néhány szót a hazai helyzetről is szükséges ejteni. Az egészségműveltség kifejezés természetesen hazánkban is megjelent és a hazai szakirodalomban gondot okoz

a *health literacy* kifejezés magyarra fordítása. Sokan a műveltség helyett az egészségértés kifejezés használatát javasolják. Véleményem szerint azonban az értés kifejezés csak a műveltség egy szeletére fókuszál, nem eléggé hangsúlyozza az egészségműveltség folyamat jellegét, interaktivitását. Az egészségműveltség alternatívájaként az egészségjártasság szó is felbukkan szakmai anyagokban. Az online magyar értelmező szótár a jártasságot, megszerzett szaktudás, illetve gyakorlottság néven határozza meg. Úgy vélem ez a szinonima is inkább szűkíti a műveltség szó jelentését, hiszen a befejezettséget hangsúlyozza. Ezért — ameddig nem áll rendelkezésre jobb — az egészségműveltség kifejezést célszerű használni.

Az egészségműveltség integrált modellje hozzájárulhat az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának javításához, a prevenció és az egészségfejlesztés hangsúlyozásával pedig az egészségi állapot tartós javulásához.

¹ Sorensen et. al. Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012, 12:80

² Nutbeam, D. Health promotion glossary. Health Promotion International, 13, 349-364. 1998.

³ Taller Á et al. Az egészségműveltség értelmezése és fő kihívásai a mai magyar társadalomban. Egészségfejlesztés. 2015.1-2. szám és 2015. 3 szám.

⁴ Nutbeam D: Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000, 15(3):259-267

⁵ Kickbusch I., Wait S., Maag D.: Navigating Health. The role of Health Literacy. London: Alliance for Health and the Future, 2006

⁶ Sorensen et. al. Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012, 12:80

Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés

Results of the School Health Communication Survey I. – Student Survey

Szerzők: Zsíros Emese✉, Balku Eszter, Vitrai József
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.06.23.

Összefoglaló: Az iskolai Egészségkommunikációs Felmérés célja, hogy feltérképezze a 5., 7. és 9. osztályos magyar tanulók egészségmagatartását és az azt befolyásoló tényezőket. Módszertan: jelen elemzést országosan reprezentatív mintán végeztük, amely többlépcsős, rétegzett mintavételi eljárással készült. Az adatfelvétel az iskolai osztályokban, anonim módon, önkitöltős kérdőív segítségével és képzett kérdezőbiztosok irányítása mellett zajlott. A megvalósult mintát 7443 megfelelően kitöltött kérdőív alkotja. A kérdések lefedték az egészséggel kapcsolatos ismereteket, attitűdöket, motivációkat, a testi, és lelki egészséget, a pszichológiai tulajdonságokat, az egészségmagatartást, a társas támogatottságot, a kommunikációs szokásokat, az egészséggel kapcsolatos információkeresést valamint a megkérdezettek társadalmi-gazdasági jellemzőit. Eredmények: jelen cikkben bemutatjuk a vizsgálat leíró eredményeit. Összegzés: az egészséggel kapcsolatos viselkedés és az ezeket meghatározó képességek, motiváció és környezet ismeretében lehetővé válik a beavatkozások tervezése és a szükséges kommunikációs csatornák azonosítása.

Kulcsszavak: iskoláskorúak, egészségkommunikáció, viselkedésváltoztatás, COM-B modell

Summary: The School Health Communication Survey was planned to map the Hungarian 5th, 7th and 9th grade students' health behavior and the factors influencing it. Method: the current analysis was done within the Hungarian nationally representative sample which was drawn by the use of multi-stage, stratified cluster sampling technique. Data collection was carried out in classrooms, using anonymous self-reported questionnaires under the control of trained personnel. The cleaned sample contains 7443 questionnaires, filled in appropriately. The questions cover knowledge about and attitude to health, somatic and mental health status, psychological characteristics, health behaviors, social support, media consumption, health related information seeking, and socio-demographic characteristics. Results: this article presents the descriptive results of the survey. Discussion: in the light of information available on health-related behavior and its influencing factors such as capability, motivation and opportunity it is possible to plan interventions and to identify necessary communication channels.

Keywords: school-aged children, health communication, behavior change, COM-B model

BEVEZETÉS

Az iskoláskorúak az egészségfejlesztés kiemelt jelentőségű célcsoportját képezik.¹ A serdülőkort hagyományosan olyan életszakasznak tekintik, amelyben az intenzív testi-lelki-szociális változások mel-

lett folytatódik a különböző magatartásformák, szokások, életmód és egészségkultúra formálódása, megszilárdulása.² Az egészségükkel kapcsolatos viselkedések gyakoriságának figyelemmel követése segít meghatározni az egészségjavító beavatkozások célterületeinek kijelölését.

A magyar fiatalok egészségi állapotára és egészségmagatartására vonatkozó vizsgálatok eredményei összességében nem adnak okot elégedettségre. Az iskoláskorú gyermekek fizikai aktivitása nem kielégítő mértékű.³ A képernyő előtt eltöltött (passzív) idő növekedésével párhuzamosan a testmozgás rendszeressége és a ráfordított idő mennyisége nem változott jelentősen az utóbbi években. Az egészséges táplálkozás nem választható el az egészséges mértékű fizikai aktivitástól. A túlsúly kialakulását elősegítő életmódbeli tényező a magas kalóriatartalmú, de alacsony tápértékű élelmiszerek gyakori fogyasztása. A táplálkozási szokásokban tapasztalt változások jó irányba mutatnak a 2014-es HBSC vizsgálat eredményei szerint: a zöldségfogyasztás terén növekvő, a gyümölcsfogyasztás terén stagnáló tendencia figyelhető meg, de a táplálékösszetételre vonatkozó adatok még mindig nagyon kedvezőtlennek mondhatók. Magas az édességet és a cukrozott üdítő italt rendszeresen fogyasztók aránya.

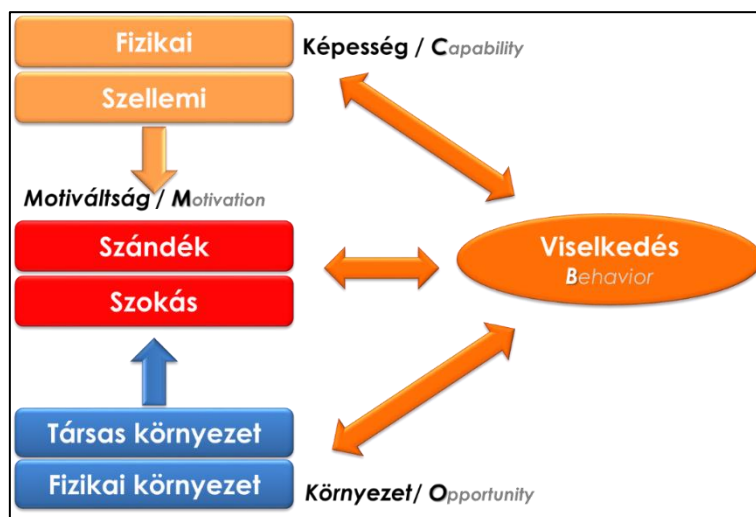
A serdülőkor az egészségkockázati magatartásformák, a különböző szerek kipróbálásnak normatív időszaka. Az egészséget veszélyeztető magatartások – többek között az alkohol és drogfogyasztási szokások – terén sem figyelhetők meg biztató tendenciák.² Az adott viselkedések és a háttértényezők közötti összefüggések feltárása útmutatást nyújthat

abban, hogy hogyan, milyen beavatkozásokkal lehetne a felsorolt területeken kedvező változásokat elérni. Jelen közlemény célja, hogy bemutassa az Egészségkommunikációs Felmérés 5., 7. és 9.-es osztályos tanulóokra vonatkozó leíró eredményeit.

MÓDSZERTAN

A felmérés tervezése során a felsorolt magatartásformák változtatására kidolgozott elméleti modellek szolgáltak alapul. Az áttekintett elméletek integrálásával Michie és munkatársai összegezték az egészségmagatartás és az azt befolyásoló tényezők összetett hatásrendszerét.⁴ Modelljük, a „viselkedésváltoztatás kereké” három meghatározó komponenst tartalmaz. A viselkedést befolyásoló „képesség” (Capability), azaz az egyénnek vagy a közösségnek a viselkedés megvalósításhoz szükséges testi és lelki készségei szabják meg. Az ún. „motiváció” (Motivation), amelyet a cselekvést elindító tudatos döntések, szándékok és automatikusan adott válaszok, szokások alkotnak. A cselekvés megvalósulását a „körülmények” (Opportunity), azaz a fizikai valamint a szociális-kulturális környezet is meghatározza. A COM-B modell szerint a viselkedés visszahat a három befolyásoló tényezőre, és azok egymásra is hatással vannak. [

1. ábra]



1. ábra: A viselkedés és az azt befolyásoló tényezők (COM-B modell)⁵

Forrás: Balku E, et al, (2015)

¹ A mozaikszó az angol Capability, Opportunity, Motivation és a Behaviour kifejezések kezdőbetűiből származik.

A minta kiválasztása az Oktatási Hivatal oktatási intézményeket tartalmazó nyilvántartása alapján, véletlen, klaszter-alapú eljárással történt. A mintegy 150 településen véletlenszerűen kijelölt 450 iskola egy-egy osztályából összesen körülbelül 9000 gyerek került a mintába, reprezentálva a 2014/2015-ös tanévben 5., 7. és 9. évfolyamon tanuló magyar iskolásokat. A kérdéssort a kérdezőbiztosok jelenlétében 7443 tanuló anonim módon töltötte ki egy tanóra alatt. [1. táblázat] Az adatok súlyozása, reflektálva elsődlegesen a területi arányokra, a csoportos mintavételre, valamint a csoportok belső homogenitására, iteratív módon történt.

A kérdőívⁱⁱ kidolgozása több lépcsőben, kvantitatív (kérdőívek kitöltése tanulók kisebb csoportjával) és kvalitatív elővizsgálatokkal (fókuszcsoportok) zajlott. A felmérést szervező és végző munkacsoport az érintett korosztállyal foglalkozó szélesebb szakmai közeg bevonásával egyeztetéseket, nyílt fórumokat szervezett, ahol a szakemberek véleményezték a kérdőívet és javaslatot tehetek annak tartalmára. Az iskolai felmérés kérdőívének elméleti háttere a felnőtt felméréshez⁶ hasonló. A változók témaköreit a COM-B modell négy komponense mentén foglaltuk össze. [2. táblázat]

1. táblázat: A tervezett és megvalósult mintaelemszám évfolyam szerint

Évfolyam	Minta	Válaszadók száma	Megvalósult minta Válaszadási arány
5. osztály	3383	2326	69%
7. osztály	3088	2363	77%
9. osztály	4068	2754	68%
Összesen	10539	7443	71%

2. táblázat: táblázat: Iskolai felmérés kérdőívének témakörei és az egyes témakörök kérdéseinek száma a COM-B modell alapjánⁱⁱⁱ

COM-B elem	Témakör	Kérdések száma		
		5. évfolyam	7. évfolyam	9. évfolyam
Viselkedés	Egészségtelen táplálkozás ³	8	8	8
	Rizikómagatartások ^{3,7,8,9}	5	5	8
	Médiafogyasztás ³	9	9	9
	Információkeresés ¹⁰	6	6	10
Képesség	Szubjektív egészségi állapot ³	1	1	1
	Egészségprobléma	1	1	1
	Lelki egészség ^{11,12}	12	12	12
	Énhatékonyság ¹³	-	7	7
	Ismeretek ^{14,15}	6	6	8
Motiváció	Külső megjelenés	1	1	1
	Egészséggel való viszony ^{16,17,18}	6	6	6
	Egészségmagatartáshoz való viszony	3	3	5
	Élettel való elégedettség ⁸	1	1	1
	Szenzoros élménykeresés ⁹	-	10	10
	Értékrend ^{19,20,21}	-	7	7
	Egészséggel kapcsolatos információforrás ²¹	6	6	10
	Tanulmányi teljesítmény ²¹	1	1	1
	Iskolai kötődés ²²	8	8	8
Egészséggel kapcsolatos tanulás ²³	5	5	5	

ⁱⁱ A kérdőív a közlemény mellékletében elérhető.

ⁱⁱⁱ A saját szerkesztésű kérdések mellett hivatkozást nem tüntettünk fel.

Környezet	Családi jómódúság ³	24	24	24
	Családi idő ^{24,25,26}	10	10	10
	Szülői kontroll	7	7	7
	Szülői kapcsolat ²⁷	7	7	7
	Szerep, modell ^{8,28}	12	23	23
	Társas támogatás ¹⁰	6	6	6
	Összesen:	150	186	201

Cikkünkben a legfőbb eredményeket mutatjuk be gyakorisági eloszlások, illetve évfolyam szerinti bontásban.

EREDMÉNYEK

Az eredményeket az áttekinthetőség érdekében a felmérés alapját adó COM-B modell eleme alapján tagoljuk.

Viselkedés

Egészségtelen táplálkozás

A kérdőívben a diákokat a koffeintartalmú italok és az egészségkockázatot jelentő élelmiszerek fogyasztásáról kérdeztük. Az 5. osztályos tanulók a koffei-

nes italok közül legnagyobb arányban teát fogyasztanak legalább hetente egyszer, de közel a felük minden nap fogyaszt valamilyen koffeintartalmú italt (kávét, teát, kólát, vagy energiaitalt). [3. táblázat] A 7. és 9. osztályos tanulók esetében is a tea a leggyakrabban fogyasztott koffeintartalmú ital, magasabb életkorban nagyobb azok aránya, akik naponta fogyasztanak valamilyen koffeintartalmú italt. A megkérdezett gyerekek az egészségkockázatot jelentő ételek közül legmagasabb arányban legalább hetente egyszer édességet fogyasztanak, az egyharmaduk minden nap fogyaszt valamilyen egészségkockázatot jelentő élelmiszert, azaz édességet, chipset, vagy valamilyen gyorséttermi ételt. [4. táblázat] Az egészségkockázatot jelentő élelmiszerek esetében is az édesség a leggyakrabban fogyasztott egészségkockázatot jelentő élelmiszer.

3. táblázat: A koffeintartalmú italok és az egészségkockázatot jelentő élelmiszerek heti fogyasztási gyakorisága (%)

Legalább hetente egyszer fogyaszt...			
Fogyasztási gyakoriság %	5. osztály	7. osztály	9. osztály
Kávét	13,4	21,9	40,7
Teát	67,2	70,3	67,3
Kólát	38,2	46,8	42,4
Energiaitalt	9,1	20,9	28,7
Édességet	68,9	74,6	71,7
Chipset	55,4	58,0	51,8
Gyorséttermi ételt	18,4	16,6	17,5

4. táblázat: A koffeintartalmú italok és az egészségkockázatot jelentő élelmiszerek napi fogyasztási gyakorisága (%)

Naponta fogyaszt legalább egy...			
Fogyasztási gyakoriság %	5. osztály	7. osztály	9. osztály
Koffeintartalmú italt (a teát is beleértve)	47,6	51,4	55,4
Egészségtelen élelmiszert	32,9	36,8	33,7

Testsúlykontrolláló magatartás

A tanulók egyharmada már 5.-es korában fogyókúrázott vagy próbált valamilyen módon lefogyni. Ez a hányad stabilan tartja magát az idősebb évfolyamokon is.

Rizikómagatartások

A diákokat a dohánytermékek használatáról, valamint az alkohol-, illetve drogfogyasztásról kérdeztük. A megkérdezett 5. osztályosok 4%-a próbálta már ki a dohányzást^{iv} és 2%-uk dohányzott is valamilyen rendszerességgel az elmúlt 30 napban. A 7. osztályosok 22%-a gyújtott már rá valaha életében, és közel 10%-uk gyújtott rá valamilyen rendszerességgel az elmúlt 30 napban. A 9. osztályosok több mint fele kipróbálta már és 33%-a az elmúlt 30 napban dohányzott is valamilyen rendszerességgel. [5.

táblázat] Az 5. osztályosok 22%-a, a 7. osztályosok 44%-a, a 9. osztályosok 79%-a ivott már valaha egy-két kortynál több alkoholt. Az ötödikesek 2%-a, a hetedikesek 10%-a és a kilencedikesek 19%-a ivott alkoholt az elmúlt 30 napban. A káros egészségi, szociális és jogi következmények miatt kívánatos, hogy az iskolások minél kisebb hányada ismerkedjen meg a pszichoaktív szerekkel. A 9. osztályosoktól megkérdeztük, hogy fogyasztottak-e már valaha drogot^v életükben (életprevalencia). 11%-uk legalább egyszer fogyasztott már valamilyen drogot. Az egészségüket veszélyeztető magatartásforma a védekezés nélküli és a korai szexuális élet. A megkérdezett 9. osztályosok 27%-ának volt már szexuális kapcsolata. A legutóbbi alkalommal 78%-uk használt valamilyen fogamzásgátló módszert.

5. táblázat: Dohányzás és alkoholfogyasztás gyakorisága (%)

Évfolyam	Dohányzás Az elmúlt 30 napban dohányzott (%)	Alkohol Az elmúlt 30 napban egy-két kortynál több alkoholt ivott (%)
5. osztály	2	2
7. osztály	10	10
9. osztály	33	19

Médiafogyasztás

A tévézés és a számítógépezés (játék és internethasználat) napi időtartamát kérdeztük a diákoktól, külön a tanítási és a hétvégi napokra vonatkozóan. Minden tevékenység esetében elmondható, hogy a hétköznapihoz képest a hétvégén jóval több időt töltenek ezekkel a fiatalok. A diákok többnyire legfeljebb 2 órát néznek tévét a hétköznapiakon (52,7%), ugyanakkor közel negyedük (23,9%) jelezte, hogy soha nem néznek tévét tanítási napokon. Mintegy 6% azoknak az aránya, akik azonban 5 vagy több órát töltenek naponta tévézéssel hét közben. Hétvégén a nem tévézők aránya erősen lecsökken (9,7%), és ugyanez mondható el a legfeljebb 2 órát tévét nézőkről is (34,3%). Legnagyobb arányú a hétvégi napokon naponta 3-4 órás tévézés (36,2%), de minden ötödik (19,8%) fiatal ennél is

többet, legalább 5 órát néz tévét naponta hétvégén. A diákoknak közel fele (47,5%) egyáltalán nem játszik számítógépen tanítási napokon, és több mint harmaduk (37,6%) legfeljebb 2 órát foglalkozik ezzel naponta. Csekély a tanítási napokon legalább napi 5 órát játszó aránya (4,6%). Hétvégén a napi legfeljebb 2 órát játszó hányada (32,1%) a legmagasabb, és legkisebb – bár jóval nagyobb a hétköznapihoz – a naponta legalább 5 órát számítógépes játékkal töltőké (17,6%). Ugyanakkor a tanulóknak több mint egynegyede (27,5%) hétvégén soha nem játszik számítógépen. Az internethasználat (pl. email, facebook, honlapok, YouTube) jóval jellemzőbb a fiatalok körében, mint a játék. Tanítási napokon csak közel minden ötödik (18,7%) diák számolt be arról, hogy egyáltalán nem internetezik. Legtöbbjük (46,6%) 2 óránál többet nem tölt ezzel na-

^{iv} Dohányzás alatt értjük akár cigareta, szivar, szivarka, pipa, vízpipa vagy elektronikus cigareta szívását.

^v Droგ alatt értjük például a következők legalább egyikét: marihuána, hasis (fű, spangli); ecstasy, MDMA (diszko tableta); amfetamin (speed, spuri, gyorsító); alkohol gyógyszerrel együtt; gyógyszer, hogy feldobjon; ragasztó, oldószer (szipu); mágikus gomba; növényi drogok; dizájner drogok; egyéb drogok.

ponta. Legkisebb a naponta legalább 5 órát internetezők aránya (14,5%). Hétvégéken a fiataloknak csak 7,5%-a nem használja az internetet. Hasonló arányban vannak a naponta legfeljebb 2 órát (34,0%), a 3-4 órát (29,4%) és a legalább 5 órát (29,0%) a világhálón töltők. A megkérdezett tanulók kétharmada soha nem hallgat rádiót hétköznap (67%) és valamivel több, mint felük hétvégén sem (56%). Ez az arány viszonylag állandó mindhárom korosztálynál. [19. táblázat] Az iskolai munkán túl a diákok 68%-a hétköznap és 72%-a hétvégén is olvas könyvet. Könyvet és újságot az idősebb korosztályban kisebb arányban olvasnak. Míg az 5. osztályosok egyharmada havonta legalább egy könyvet olvas, addig ugyanezt csak a 9. osztályosok 24%-a választotta. Újságot, magazint több mint felük olvas, jellemzően inkább hétvégén (62%), mint hétköznap (57%).

Információkeresés

Az 5., 7. és 9. osztályos tanulók az egészséggel kapcsolatos témák közül leggyakrabban a mozgás, testedzés témakörben keresnek információt. Az információt keresők aránya az életkor növekedésével nő, vagyis a 9.-es tanulók nagyobb arányban keresnek információt az egészséggel kapcsolatos témákban, mint az 5.-esek. Évfolyamtól függetlenül majdnem minden témában a családot tartják a legnagyobb arányban hiteles és elsődleges információforrásnak. A 9.-es diákok közül a mozgás, testedzés, valamint a párkapcsolat és szerelem témakörben jelöltek meg más elsődleges forrást, az előbbi esetében az internetet, az utóbbi esetében a barátokat tartják elsődleges forrásnak a legnagyobb arányban. [6. táblázat]

6. táblázat: Információt keresők aránya és a legnépszerűbb információforrás

Témák	5. osztály		7. osztály		9. osztály	
	Keresők aránya (%)	Legnépszerűbb forrás	Keresők aránya (%)	Legnépszerűbb forrás	Keresők aránya (%)	Legnépszerűbb forrás
Étkezés, ételek, diétázás, fogyókúrázás	13,7	Család	17,2	Család	22,8	Család
Mozgás, testedzés, sportok	54,0	Család	48,2	Család	46,3	Internet
Dohányzás	2,8	Család	4,3	Család	9,6	Család
Alkoholfogyasztás	2,7	Család	3,7	Család	7,7	Család
Családi, baráti probléma, konfliktus	11,3	Család	13,2	Család	17,9	Család
Iskolai probléma (szekálás osztálytársak vagy tanárok részéről, stressz)	13,6	Család	15,6	Család	14,7	Család
Nemi szervek, működésük, szex, fogamzásgátlás	-	-	-	-	11,9	Család
Szexuális úton terjedő betegségek, HPV oltás	-	-	-	-	8,2	Család
Párpapcsolat, szerelem	-	-	-	-	31,9	Barátok
Drogok és hatásaik	-	-	-	-	7,4	Család

Képesség

Vélt egészségi állapot és tartós egészségprobléma

Az 5. osztályos tanulók közel háromnegyede (73%) jónak vagy kitűnőnek értékelte egészségét, ez az

arány a magasabb évfolyamokon rendre alacsonyabb, 68% és 65%. A megkérdezettek nem elhanyagolható kisebbsége, 7%-a él olyan tartós betegséggel vagy egészségi problémával, ami befolyásolja iskolába járását, iskolai munkában való részvételét.

Tápláltsági állapot

A testtömeg-indexet – angolul *body mass index*, ismert rövidítéssel BMI – a testmagasságból és a testsúlyból számítottuk ki.^{vi} Az 5. osztályosok 22%-a, a 7. osztályosok 26%-a és a 9. osztályosok 29%-a túlsúlyos vagy elhízott.

Lelki egészség

A mentális egészség mérésére az általános egészség-kérdőívet (*General Health Questionnaire – GHQ-12*) kérdőívet használtuk.^{xi} A lelki egészség zavarainak szűrésére használt, 12 tételes kérdőív a pszichiátriai-morbiditás globális komponenseire koncentrált, különösen a hangulati/szorongásos és az érzelmi zavarokkal járó mentális egészségproblémákra. Minél gyakrabban észleli a kitöltő a felsorolt tüneteket, annál nagyobb a valószínűsége a mentális funkcionális csökkenésének. Ezek jelenléte nem diagnosztikus értékű, de a serdülőkorúak esetében jelentős pszichológiai distresszt jelentenek, és az életvitelt jelentős mértékben akadályozhatják.^{xii} A GHQ skála átlaga a teljes mintán 2,20 (SD=2,92).^{xiii} Az összesített eredmények alapján a 11-15 éves tanulók 18,7%-a veszélyeztetett,^{xiv} vagyis túlzott mértékű pszichés stresszről számolt be. Az 5. évfolyamosok 17%-a, és már minden ötödik 9.-es elérte a kritikus értéket.

Énhatékonyság

E fogalom konstruktuma a személy optimista, saját magába vetett hitét tükrözi.^{xv} Ha egy személy magas énhatékonysággal bír, hisz abban, hogy képes újszerű vagy nehéz feladattal is megbirkózni, illetve a csapásokkal szembenézni az élet különböző területein. Ez pszichés védelmünk egyik pozitív erőforrása; megkönnyíti a célok kitűzését, az erőfeszítést, kitartást az akadályokkal szemben és a felépülést a kudarcok után. A kérdőív tíz tételét úgy fejlesztették ki, hogy minden eleme a sikeres megküzdésre és a siker belső, stabil attribúciójára vonatkozik. A 9. osztályosok átlagpontszáma 24,2 (SD= 4,9).^{xvi}

Ismeretek

A megkérdezett tanulók közel fele tartja az egészséget természetesnek gyermekkorban. Túlnyomó többségük igaznak tartja az állítást, hogy a mozgás segít az egészség megőrzésében, többségük egyetért az alkohol fogyasztás káros hatásával és a reggelizés fontosságával is. A diákok csupán 23%-a gondolta, hogy ha az ember egyszer-kétszer rágyújt, akkor azzal még nem veszélyezteti az egészségét. A 9. osztályosok 86%-a nem értett egyet azzal, hogy a drog kipróbálása még nem károsítja az egészséget és 13%-uk gondolta, hogy a különböző fogamzásgátló módszerek egyformán hatásosak. [7. táblázat]

7. táblázat: Egészséggel kapcsolatos állítások megítélésének megoszlási aránya (%)

Egészséggel kapcsolatos állítások	Igaznak vagy nagyon igaznak tartja (%)		
	5. osztály	7. osztály	9. osztály
Gyerekkorban még természetes az egészség.	55	52	50
Fontos, hogy a diákok mindig reggelizzenek, mielőtt iskolába mennek.	80	75	69
Ha az ember egyszer-kétszer rágyújt, azzal nem veszélyezteti az egészségét.	24	21	23
A sok mozgás segít az egészség megőrzésében.	93	93	92
Az emberek kockáztatják az egészségüket, amikor alkoholt fogyasztanak.	86	71	57
A lelki egészség azt jelenti, hogy az ember nem problémázik, idegeskedik dolgokon, és többnyire elégedett.	61	64	66
A drog kipróbálása még nem veszélyezteti az ember egészségét.	-	-	14
A különböző fogamzásgátló módszerek egyformán biztonságosak.	-	-	13

^{vi} A túlsúly megállapításához a Magyar Védőnők Egyesülete által kiadott „3. sz. Módszertani levél; Útmutató és táblázatok a gyermekkori tápláltság megítéléséhez” c. szakanyag került felhasználásra. Forrás: <http://www.ogyei.hu/upload/files/gyermekkoriTaplaltsag.pdf> (Elérve: 2016.09.24.)

^{vii} A skála terjedelme: 0-12 pont.

^{viii} 5 vagy annál magasabb pontszámot ért el.

^{ix} A skála terjedelme: 10-40 pont.

Motiváltság

Különböző egészségmagatartási formák fontosságának megítélése

A felsorolt viselkedési területek közül a mozgás, sportolás, testedzés megítélésben volt a legnagyobb egyetértés a diákok között, 88%-uk tartja ezt fontosnak. Közel 35%-uk számára fontos vagy nagyon fontos a passzív időtöltés, a számítógépezés, elektromos játékok használata és a tévézés is. [8. táblázat] A különböző évfolyamokon tanulók véleménye eltér az egészség fontosságát illetően. Míg a

megkérdezett 5. osztályosok 84%-a tartja fontosnak, hogy különbséget tegyen egészséges és nem egészséges között, addig a 9.-esek már csak 62%-ára igaz ugyanez. Hasonlóan egyre kisebb köztük az egészségtelen (túl zsíros vagy sok cukrot tartalmazó) ételek kerülésével egyetértők aránya. A lelki egészség megóvását szolgálja, ha a fiatal úgy érzi, beszélhet valakivel a környezetében akár gondjairól, akár az őt foglalkoztató kérdésekről. Ezt életkortól függetlenül a diákok körülbelül kétharmada (64%) tartotta fontosnak.

8. táblázat: Különböző egészségmagatartási formák fontosságának megoszlási aránya (%)

Egységmagatartással kapcsolatos állítások	Fontosnak vagy nagyon fontosnak tartók aránya (%)		
	5. osztály	7. osztály	9. osztály
Mennyire fontos, hogy mi egészséges és mi nem.	84	72	62
...kerüld az egészségtelen, mint pl. túl zsíros vagy sok cukrot tartalmazó ételeket	67	56	45
... inkább cukormentes üdítőket, mint cukrosakat igyál	54	40	35
... számítógépez, elektronikus játékokat játsz, tévét néz	34	34	37
... mozogj, sportolj, testedzést végezz	92	89	83
... beszélj valakinek a gondjaidról, a téged foglalkoztató kérdésekről	62	62	67

Attitűd

A diákok igen kis százaléka értett egyet azzal, hogy a cigizés menő (3%). [9. táblázat] Ennél többen értettek egyet azzal (5%), hogy a drog segít jól érezni magukat a buliban és életkoronként egyre nagyobb mértékben értenek egyet abban, hogy az alkohol segít ellazulni. Az 5. osztályosokhoz képest a 9.-esek közül négyszer annyian értettek egyet ezzel az állí-

tással (5% vs. 23%). A megkérdezettek 15%-a gondolja gyengeségnek a panaszkodást.

Életcélok, értékek

A 7. és 9. osztályos tanulók az életcélok fontosságát tekintve hasonlóan gondolkoznak, mindkét életkorban a fiatalok a három legfontosabb életcélként tartják a karriert, a szerelmet és az önmegvalósítást tartják. [10. táblázat]

9. táblázat: Az egészséggel kapcsolatos attitűd megítélése (%)

	Egyet ért vagy teljes mértékben egyet ért (%)		
	5. osztály	7. osztály	9. osztály
A panaszkodás a gyengeség jele.	17	14	14
Aki cigizik, az menő.	3	3	3
Az alkohol segít ellazulni, felszabadulttá tesz.	5	9	23
A drog segít, hogy jól érezd magad a buliban.	-	-	8
Ciki óvszert vásárolni.	-	-	11

10. táblázat: Az életcélok fontosságának megoszlás aránya (%)

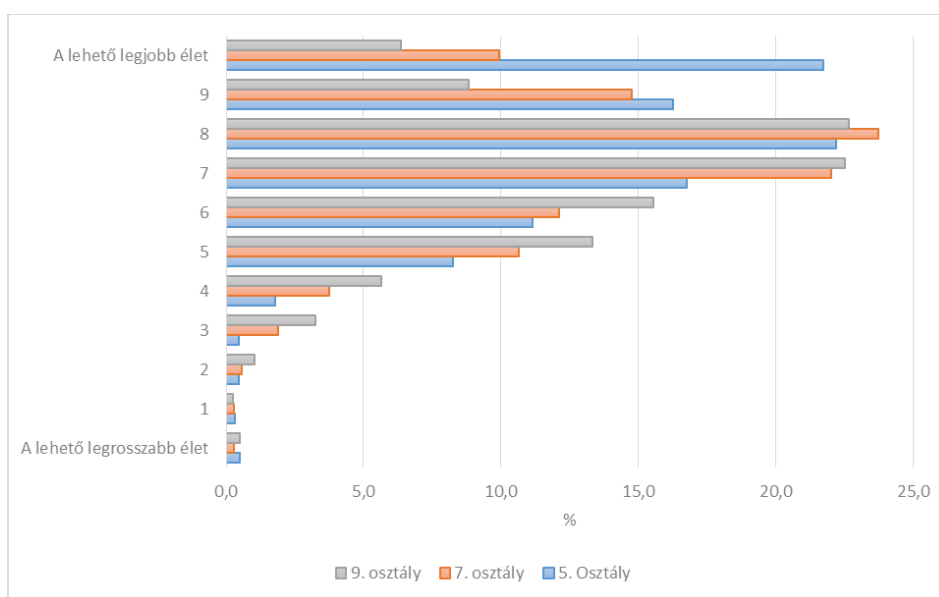
Életcél	7. osztály (%)	9. osztály (%)
Szerelem	76,2	84,5
Karrier	76,4	81,7
Önmegvalósítás	74,1	77,8
Pénz	64,6	67,9
Mások tisztelete	62,5	70,3
Népszerűség	31,6	33,3
Hatalom	21,0	27,7

Élettel való elégedettség

A jóllét globális értékelésére vonatkozó mutató az élettel való elégedettség. A 0-tól 10-ig terjedő skála két végpontja a lehető legjobb és legrosszabb életet szimbolizálja.¹⁷ A diákok így a tizenegy válaszlehető-

séget kínáló skálán jelölhették, mennyire elégedettek életükkel. Az 5. osztályosok átlagosan 7,8 (SD=1,8), a 7. osztályosok 7,2 (SD=1,8), míg a 9. osztályosok 6,8 (SD=1,8) pontra értékelték. [2. ábra]

2. ábra: 5.,7.,9. osztályos tanulók élettel való elégedettsége



Szenzoros élménykeresés

A szenzoros élménykeresés, mint személyiségvonás, a változatos és új ingerek keresésére való hajlamot jelenti.³⁰ A magas szenzoros élménykereséssel jellemezhetőek szívesebben választanak olyan tevékenységeket, amelyek segítségével intenzív és komplex élmények, érzések érhetik őket, még akkor is, ha ezek valamilyen szempontból kockázatosak.¹² A kérdéssort csak a két idősebb évfolyamon tanulók kérdőíve tartalmazta. A skála terjedelme 0-40 pont, a 7. évfolyamosok átlagpontszáma 16,2 (SD=8,3), a

9.-eseké 18,5 (SD=8,3).

Iskolai kötődés

Az iskolához való viszony alatt azt értjük, hogy a gyermek szereti, várja az iskolát, az ott tanultakat kíváncsisággal, érdeklődéssel fogadja. A 11-15 éves diákok majdnem fele (47%) átlagos módon viszonyul iskolájához, negyedük (27%) kevésbé érzi jól magát az iskolájában. Az utóbbi megállapítás aránya életkorral nő. [11. táblázat]

11. táblázat: Iskolai kötődés megoszlási aránya (%)

Iskolai kötődés szintje	5. osztály (%)	7. osztály (%)	9. osztály (%)
Alacsony	19	25	29
Normál	42	49	51
Magas	39	36	20

Motivációk az egészséggel kapcsolatos ismeretek elsajátítására

Az egészséggel kapcsolatos tantárgyak iránti érdeklődés területén jobban szórnak a vélemények. Az 5. osztályos tanulók 48%-a, a 7.-esek 40%-a és a 9.-esek 39%-a nagyon motivált, hogy az emberi test felépítéséről, működéséről, egészségéről és a betegségekről többet hallhasson az iskolában. Minden harmadik diák azonban kevésbé élvezi, ha ilyen témákban kap új információt. [12. táblázat]

Testkép

A fizikai megjelenéssel való elégedettség fontos összetevője a serdülőkorúak szubjektív jóllétének. Az intenzív testi változások időszakában fokozottá válik a megjelenés iránti érdeklődés, a kulturális és társadalmi normák és elvárások pedig tovább árnyalják a külsejükkel kialakított érzelmi viszonyulást. A tanulók legnagyobb arányban átlagosan jól néznek ki (48%), 21%-uk szerint nem, vagy egyáltalán nem néznek ki jól. [13. táblázat]

12. táblázat: A tanulók egészséggel kapcsolatos tanulásmotivációjának megoszlási aránya (%)

Egészségről való tanulás iránti motiváció szintje	5. osztály (%)	7. osztály (%)	9. osztály (%)
Alacsony	31	34	34
Normál	21	26	27
Magas	48	40	39

13. táblázat: Külső megjelenéshez való viszony megoszlása 9. osztályosok körében (%)

Nagyon jól nézek ki (%)	Elég jól nézek ki (%)	Átlagosan jól nézek ki (%)	Nem nagyon jól nézek ki (%)	Egyáltalán nem nézek ki jól (%)
11	19	48	15	6

Környezet

Minőségi idő a családdal

Két kérdéscsoporttal vizsgáltuk, hogy a tanulók mennyi időt töltenek együtt szüleikkel. Az első, hat tételből álló csoportban a tanulók arra válaszoltak, hogy a hét napján végeznek-e szüleikkel otthoni vagy a ház körüli, mindennapi tevékenységeket. Szakirodalmi adatok alapján a heti gyakoriságnál ritkább együttlét egyértelműen kedvezőtlen egészségi hatásokkal jár.³¹ A szülőkkel való közös aktivitások gyakoriság szerinti sorrendje: vacsorázás (a tanulók 55,3%-a, tehát több mint fele vacsorázik együtt legalább a hét 5 napján szüleivel) közös tévézés, kultúrafogyasztás (41,1%), közösen végzett házimunka (33,4%), közös tanulás (23%), együttes játék, spor-

tolás (18,7%), együtt végzett kerti munka (17,2%). A közös aktivitások másik kérdéscsoportja olyan aktivitásokra vonatkozik, amelyek az otthontól viszonylag távol zajlanak, nem minden nap történnek. Ezeknél a lehetséges válaszkategóriák nem a heti gyakoriságra vonatkoznak, hanem a „soha” lehetőségtől a „hetente többször”-ig terjednek. Itt nem áll rendelkezésünkre előzetes szakirodalmi adat az egyes gyakoriságokkal társuló egészségről, de – az előbbi kérdéscsoport analógiájára – feltételezhetjük, hogy a „soha” és „évente” lehetőségek egyértelműen kedvezőtlen, míg a „körülbelül havonta” és „hetente többször” egyértelműen kedvező egészségi kimenettel függenek össze. A nem ház körüli tevékenységeknek^x az arányában nagy a változatosság. A tanulók mintegy háromnegyede (72,4%) számol be ar-

^x A szülőkkel együtt végzett ház körüli és extramurális (az otthon „falain” kívüli) tevékenységek gyakoriságának értelmezésénél nem szabad figyelmen kívül hagyni a nemi különbségek és a család jómódúságának hatását.

ról, hogy legalább havonta együtt vásárolnak a szülővel; mintegy harmaduk (29,6%) vesz részt a szülővel aktív kikapcsolódást nyújtó programban. Negyedük vesz részt legalább havonta kulturális eseményen (24,8%), és tizedük megy nyaralni vagy történelmi látványosságokat megtekinteni szülőjével vagy szüleivel (10,1%).

Szülői kapcsolat

A szülői kapcsolat minőségét a serdülő problémáinak, az őt érdeklő és foglalkoztató dolgok megosztása fémjelzi. A társas támogatás erre kialakított kérdéssora kiterjed többek között az iskolai és tár-

sas problémákra, konfliktusokra, és a jövőbeli tervekre is. Általában elmondható, hogy minél idősebb a tanuló, annál ritkábban fordul bizonyos témák mentén szüleihez.^{xi} A különböző témák közül a baráti konfliktusok nehézségét és az alkohol, drogok kapcsán felmerült kérdéseket osztják meg a legritkábban. A leginkább a jövőbeli tervek kapcsán és a házi feladat kapcsán fordulnak szüleikhez. Körülbelül azonos azok aránya, akik szinte sohasem fordulnak szüleikhez akkor, ha igazán mérgesek, vagy kiborultak valami miatt (15%) illetve, ha rosszul érzik magukat, büntudatuk van (17%). [14. táblázat; részletesebben lásd 20. táblázat]

14. táblázat: Szülői kapcsolatok megítélésnek megoszlása (%)

	Szinte soha nem fordul elő, hogy az alábbi helyzetekben szüleihez (nevelőszüleihez) fordul (%)		
	5. osztály	7. osztály	9. osztály
nehézségeid lennének a házi feladattal,	9	14	25
szeretnél találni egy jó könyvet vagy filmet,	12	20	30
a jövőbeli terveiden gondolkoznál,	13	7	9
összevesznének a legjobb barátoddal,	36	40	40
szeretnél valamit megtudni az alkoholról vagy drogokról,	72	55	49
igazán mérges lennél vagy kiborulnál valami miatt,	11	16	19
valami miatt rosszul éreznéd magad vagy büntudatod lenne	13	17	22

Szülői kontroll

A tanulók 96%-a szerint szülei tudnak a tévézésről és internetezéssel töltött idejük mennyiségéről. Abban viszont különböznek a szülők, hogy ezt rábízák-e gyermekükre vagy korlátozzák, esetleg tiltják is azt. Az adatokból látható, hogy míg az 5. osztályosok szülei inkább korlátozzák, a 7. és 9. osztályosok szülei már inkább gyermekükre bízják a döntést. A hazaérkezés időpontját illetően csak a 9. osztályosok között válik hasonlóvá a korlátozó és megengedő szülők aránya (47% vs. 49%), alacsonyabb életkorban inkább a kontrollálás és tiltás jellemző. Az édességfogyasztásról a szülők 91%-a tud, az 5. évfo-

lyamos tanulók szüleinek 51%-a még korlátozza, míg a 7.-esek 33%, a 9.-esek 15%-a korlátozza. A szülők 90%-a tud arról, hogy kikkel barátkozik, és mivel tölti a szabadidejét gyermekük. Ebben a két kérdésben függetlenül a gyermek életkorától jellemzőbb, hogy gyermekeikre bízják a döntést. A dohányzás és alkoholfogyasztás alacsonyabb életkorban elenyésző. A szülők inkább korlátozzák vagy tiltják ezeket, a legidősebbek 9-10%-ának szülei nem is tudnak róla. A serdülők 2%-a úgy gondolja, hogy szüleit nem is érdekli, ha gyermekük dohányzik vagy alkoholt fogyaszt.

^{xi} Fontos, hogy bizonyos rizikómagatartások előfordulása életkori jellemző. Vagyis egy adott téma kapcsán előfordulhat, hogy adott életkorban még nem volt megosztanivalója szüleiével a gyermeknek.

Családi minta

Minden második 11-15 éves diák családjában van olyan fontos személy, aki tartós betegséggel él. 56%-uk környezetében van rendszeresen dohányzó, 10%-uk környezetében alkoholproblémával küzdő, 15%-ukéban gyakran lehangolt, depressziós

személy. A diákok 42%-a szerint családjában van fogyókúrász. A pozitív minták nagy arányban vannak jelen a családokban, 69%-uk találkozik rendszeresen sportoló, 79%-uk egészségesen táplálkozó családtaggal. [15. táblázat; részletesebben lásd 21. táblázat]

15. táblázat: Családi minta megoszlása

Minta	Azok aránya, akinek van ilyen személy a családjában (%)		
	5. osztály	7. osztály	9. osztály
Tartós betegséggel vagy más egészségügyi problémával, mint pl. cukorbetegséggel, szívbetegséggel, mozgásszervi betegséggel, asztmával vagy szénanáthával él?	49	50	56
Rendszeresen dohányzik?	48	57	63
Alkoholproblémái vannak?	7	10	13
Fogyókúrázik?	46	42	39
Rendszeresen sportol?	74	70	64
Odafigyel arra, hogy egészségesen táplálkozzon?	88	78	70
Gyakran lehangolt, depressziós?	12	12	21

Baráti és osztálytársi kapcsolatok

A kérdőívben a közeli barátok számát és a tőlük kapott társas támogatás mértékét kérdeztük. Évfolyamtól függetlenül az 5., 7. és 9. osztályosok 99%-nak legalább 1 barátja van. A tanulók több, mint fele (55%) szerint szinte mindig érdekli a barátait, hogy mit gondol, és hogyan érez. [16. táblázat] Az idősebb tanulók magasabb arányban észlelik társaik érdeklődését, odafordulását.

osztályosok 43%-ának van olyan kortársa, akinek már volt valaha szexuális kapcsolata. A 7. osztályosok között 4%, a 9. osztályosok között 9% a marihuánát fogyasztó barátokról vagy osztálytársakról beszámoló aránya. A növekvő tendenciát a rizikómagatartások előfordulási gyakorisága is magyarázza. A sportoló barátok és osztálytársak magas száma mindhárom korosztályra jellemző. A 7. évfolyamosok háromnegyedének (78%) van olyan barátja vagy osztálytársa, aki rendszeresen sportol. Az egészségesen táplálkozó kortársak aránya az életkorral csökken, az 5. osztályosok fele (51%) rendelkezik ilyen társal, a 9.-esek között már csak egyharmaduk (36%).

Baráti minta

A tanulókat baráti és osztálytársi környezetükben lévő magatartásáról, illetve annak észleléséről kérdeztük. Míg az 5. osztályos diákok társai között 1-2% dohányzik vagy iszik alkoholt, addig a 7. osztályosok között ennek tízszerese (14% és 11%), 9. osztályra pedig közel kétharmaduk (62% és 60%) érintett. Kiseb mértékű emelkedést mutat az életkor előrehaladtával a fogyókúrász kortársak aránya. [17. táblázat] A megkérdezett 7. osztályosok 8%-ának, a 9.

Osztálylégkör

A diákok 92%-a szerint az osztálylégkör nagyon kedvező, vagyis osztálytársai szívesen vannak együtt, többségük segítőkész és elfogadják őt, olyannak amilyen. [18. táblázat]

16. táblázat: Társas támogatás megoszlása (%)

Milyen gyakran érdekli a barátait, hogy mit gondol, hogyan érez?	5. osztály	7. osztály	9. osztály
Szinte mindig	45	56	66
Néha	40	34	28
Nagyon ritkán	15	11	6

17. táblázat: Baráti és osztálytársi minta

	Azok aránya, akiknek van a baráti, osztálytársai között olyan, aki...		
	5. osztály (%)	7. osztály (%)	9. osztály (%)
Dohányzik	2	14	62
Alkoholt fogyaszt	1	11	60
Hetente legalább egyszer részeg	1	4	29
Fogyókúrázik	7	17	19
Rendszeresen sportol	65	78	70
Odafigyel arra, hogy egészségesen táplálkozzon	51	47	36
Marihuánát, hasist, füvet, füves cigit, zöldet, dzsangát, spanglit fogyaszt	-	4	9
Már volt szexuális kapcsolata (lefelejt valakivel)	-	8	43

18. táblázat: Osztálylétkör megítélésének megoszlása (%)

Az osztálylétkör megítélése	5. osztály (%)	7. osztály (%)	9. osztály (%)
Negatív	2	2	3
Átlagos	4	6	6
Nagyon kedvező	94	92	91

ÖSSZEGRÉS

Az iskolai egészségkommunikációs felmérés úttörő jellegű, hiszen a Michie és munkatársai által kidolgozott COM-B modellt alkalmazta a 11-15 évesek tanulók egészségének és egészségmagatartásának vizsgálatában.³¹ E szemlélet tükrében a kérdőív tartalmaz olyan hazai vonatkozásban kevésbé vizsgált szegmenseket, mint a diákok egészséggel kapcsolatos ismeretei, hiedelmei, attitűdje, a viselkedést befolyásoló társas környezet részletes jellemzése, továbbá a különböző kommunikációs csatornák használatára vonatkozó információk. Ezen információk segíthetnek a homogén tanulókból álló csoportok profiljának, azaz egészségstílusának meghatározásában.

A válaszok elemzésekor, az eredmények értelmezéskor feltétlenül figyelembe kell venni, hogy az Egészségkommunikációs Felmérésében alkalmazott kérdőív egészében nem tekinthető validáltnak, hiszen azt jó néhány saját fejlesztésű kérdésemből vagy a nemzetközi szakirodalomból átvett skálából illetve annak részleteiből állítottuk össze.

A táplálkozás minőségének jó mutatója a különböző ételféleségek aránya az étrendben. Az édességek, a szénsavas, cukortartalmú üdítőitalok (kóla, tonik

stb.) és az energiatalok kalóriában és/vagy élénkítő anyagokban gazdag, de egyéb tápanyagokban szegény élelmiszerek, melyek gátolják a táplálékos élelmiszerek fogyasztását. A megkérdezett tanulók esetében a tea a leggyakrabban fogyasztott koffein tartalmú ital, az egészségkockázatot jelentő élelmiszerek esetében az édesség a leggyakrabban fogyasztott egészségkockázatot jelentő élelmiszer.

A diákok több mint fele (52,7%) legfeljebb 2 órát tévéznek hétköznap. A hétvégi napokon naponta 3-4 órás tévézés a leginkább jellemző (36,2%), de minden ötödik fiatal ennél is többet, legalább 5 órát néz tévét naponta hétvégén.

Az EKF kérdőíve tehát korlátozottan alkalmas más célú elemzések, más felmérések eredményeivel történő összevetésre, többek között a rizikómagatartásokra vonatkozó kérdésseltevés is eltér és módszertanilag különbözik a magyar serdülők között végzett epidemiológiai vizsgálatoktól. Az alapadatok tekintetében mégis elmondható, hogy a 9. évfolyamosok dohányzás életprevalenciája³² hasonló a 2014-es

HBSC^{xii} felmérésben, és a 2013-as GYTS^{xiii} felmérésben a 13-15 éveseknél mért adatokhoz.^{31,33} Valamint, kismértékben, de alacsonyabb az ESPAD^{xiv} 2011-ben mért eredményéhez képest, amely szerint a 8–10. évfolyamosok kétharmada dohányzott már életében.⁹ Az egészségkommunikációs felmérés szerint a 9. osztályosok 79%-a ivott már valaha egy-két kortynál több alkoholt. Ennél magasabbak a legutóbbi HBSC 9. évfolyamosokra (életprevalencia 82,6%) és az ESPAD életprevalenciára vonatkozó eredményei (91%). A 9. osztályosok 11%-a legalább egyszer fogyasztott már valamilyen drogot. Sajnálatos módon még ennél is magasabb arányt mértek az ismétlődő, nemzetközi kutatások (HBSC: 18,2%, ESPAD: 19,5%).

Az egészséggel kapcsolatos témák közül leggyakrabban a mozgás, testedzés témakörben keresnek információt a tanulók. A keresők aránya az életkor növekedésével nő. Évfolyamtól függetlenül majdnem minden témában a családot tartják a legnagyobb arányban hiteles és elsődleges információforrásnak. Általában elmondható, hogy minél idősebb a tanuló, annál ritkábban fordul bizonyos témák kapcsán szüleikhez. A leginkább a jövőbeli terveket és a házi feladatot illetően fordulnak szüleikhez. A különböző témák közül a baráti konfliktusok nehézségét és az alkohol, drogok kapcsán felmerült kérdéseket osztják meg a legritkábban. Eredményeink felhívják

a figyelmet a további elemzés szükségességére annak részletes feltárására, hogy a szülői kapcsolatok minősége hogyan befolyásolja a serdülőkorúak egészségét és a jóllétének alakulását.

A serdülőkor a társas viszonyok átrendeződésének időszaka. A szülőktől távol, a kortársakkal együtt töltött idő növekedésében tetten érhető a serdülők személyes autonómiájának gyakorlása és identitásuk kialakítása. A kortársak ebben az életkorban fontos modellt nyújtanak és kölcsönösen befolyásolhatják egymás viselkedését, életmódját. Az osztálytársakkal kialakított viszony, a légkör fontos része a fiatalok mindennapjainak, hiszen ebben a közösségben töltik idejük nagy részét az iskolán belül. A rizikómagatartások előfordulási gyakorisága az idősebb tanulók között növekvő tendenciát mutat. A sportoló barátok és osztálytársak magas száma mindhárom korosztályra jellemző, míg az egészségesen táplálkozó kortársak aránya az életkorral csökken.

A bemutatott leíró statisztikai eredmények értelmezésekor feltétlenül figyelembe kell venni, hogy azok önmagukban korlátozottan felhasználhatóak, elsődleges céljuk a széleskörű tájékoztatás. A felmérés adatainak mélyrehatóbb és innovatív elemzésére további publikációkat tervezünk.

^{xii} Health Behaviour in School-aged Children

^{xiii} Global Youth Tobacco Survey

^{xiv} European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

FÜGGELÉK

Viselkedéses

19. táblázat: Médiafogyasztás

5. osztály					
Médiумok	Semennyit	Legfeljebb 2 órát	3-4 órát	5 vagy több órát	
Tv hétköznap	21	55	16	8	
TV hétvégén	7	34	37	22	
Számítógépes játék hétköznap	46	43	8	3	
Számítógépes játék hétvégén	18	43	25	14	
Internet hétköznap	39	45	11	5	
Internet hétvégén	16	44	25	15	
Rádiót hallgat hétköznap	68	27	3	2	
Rádiót hallgat hétvégén	55	34	7	4	
	Soha	Nagyon ritkán (évente)	Időnkén (negyedévente)	Rendszeresen (Havonta legalább 1-et)	
Könyvet olvas hétköznap	27	19	22	33	
Könyvet olvas hétvégén	23	18	24	35	
	Soha	Ritkábban, mint hetente	Hetente 1-2 napon	Heti 2-4 napon	Minden nap
Újságot olvas hétköznap	50	24	14	7	5
Újságot olvas hétvégén	44	29	15	7	5
7. osztály					
Médiумok	Semennyit	Legfeljebb 2 órát	3-4 órát	5 vagy több órát	
Tv hétköznap	18	55	19	8	
TV hétvégén	7	34	37	22	
Számítógépes játék hétköznap	41	42	12	5	
Számítógépes játék hétvégén	24	32	24	20	
Internet hétköznap	16	52	20	13	
Internet hétvégén	6	35	31	28	
Rádiót hallgat hétköznap	66	29	3	2	
Rádiót hallgat hétvégén	56	33	7	4	
	Soha	Nagyon ritkán (évente)	Időnkén (negyedévente)	Rendszeresen (Havonta legalább 1-et)	
Könyvet olvas hétköznap	32	20	24	25	
Könyvet olvas hétvégén	29	19	23	29	
	Soha	Ritkábban, mint hetente	Hetente 1-2 napon	Heti 2-4 napon	Minden nap
Újságot olvas hétköznap	39	31	18	7	5
Újságot olvas hétvégén	35	45	27	9	5

9. osztály					
Médiumok	Semennyit	Legfeljebb 2 órát	3-4 órát	5 vagy több órát	
Tv hétköznap	32	44	19	5	
TV hétvégén	14	34	34	18	
Számítógépes játék hétköznap	52	30	12	6	
Számítógépes játék hétvégén	38	22	20	20	
Internet hétköznap	6	41	29	25	
Internet hétvégén	3	23	32	43	
Rádiót hallgat hétköznap	68	28	3	2	
Rádiót hallgat hétvégén	57	32	8	3	
	Soha	Nagyon ritkán (évente)	Időnkén (negyedévente)	Rendszeresen (Havonta legalább 1-et)	
Könyvet olvas hétköznap	36	21	22	21	
Könyvet olvas hétvégén	32	21	23	24	
	Soha	Ritkábban, mint hetente	Hetente 1-2 napon	Heti 2-4 napon	Minden nap
Újságot olvas hétköznap	39	35	16	5	4
Újságot olvas hétvégén	35	39	16	6	4

Környezet

20. táblázat: Szülői kapcsolatok megítélésének megoszlása (%)

5. osztály					
	Szinte soha	Nem gyakran	Néha	Gyakran	Szinte mindig
nehézségeid lennének a házi feladattal,	9	14	41	21	15
szeretnél találni egy jó könyvet vagy filmet,	12	15	30	27	16
a jövőbeli terveiden gondolkodnál,	13	17	25	22	22
összevesznének a legjobb barátoddal,	36	19	21	12	12
szeretnél valamit megtudni az alkoholról vagy drogokról,	72	8	8	4	8
igazán mérges lennél vagy kiborulnál valami miatt,	11	24	30	19	16
valami miatt rosszul éreznéd magad vagy büntudatod lenne.	13	18	29	20	20
7. osztály					
	Szinte soha	Nem gyakran	Néha	Gyakran	Szinte mindig
nehézségeid lennének a házi feladattal,	14	18	40	18	10
szeretnél találni egy jó könyvet vagy filmet,	20	20	29	24	7

a jövőbeli terveiden gondolkodnál,	7	11	25	34	22
összevesznének a legjobb barátoddal,	40	21	20	11	8
szeretnél valamit megtudni az alkohorról vagy drogokról,	55	16	14	7	8
igazán mérges lennél vagy kiborulnál valami miatt,	16	20	30	21	13
valami miatt rosszul éreznéd magad vagy büntudatod lenne.	17	20	28	20	16
9. osztály					
	Szinte soha	Nem gyakran	Néha	Gyakran	Szinte mindig
nehézségeid lennének a házi feladattal,	25	23	36	11	6
szeretnél találni egy jó könyvet vagy filmet,	30	23	25	16	6
a jövőbeli terveiden gondolkodnál,	9	13	29	31	17
összevesznének a legjobb barátoddal,	40	18	18	14	10
szeretnél valamit megtudni az alkohorról vagy drogokról,	49	19	16	9	7
igazán mérges lennél vagy kiborulnál valami miatt,	19	21	25	20	15
valami miatt rosszul éreznéd magad vagy büntudatod lenne.	22	21	25	17	15

21. táblázat: Szülői kontroll megítélésének megoszlása (%)

5. osztály					
	Nem szoktam ilyet csinálni	Nem is tudnak róla	Tudnak róla, de nem érdekli őket	Tudnak róla, de rám bízzák a döntést	Tudnak róla és korlátozzák vagy tiltják
mikor és mennyit tévézel, internetezel	3	2	5	40	51
mikorra kell hazaérned	0	2	4	37	56
mennyi édességet eszel	6	3	7	33	52
mivel töltöd a szabadidődet	0	3	8	72	17
kikkel barátkozol	0	2	8	74	16
mennyit dohányzol	94	1	0	1	4
mennyi alkoholt fogyasztasz	92	0	0	1	6
7. osztály					
	Nem szoktam ilyet csinálni	Nem is tudnak róla	Tudnak róla, de nem érdekli őket	Tudnak róla, de rám bízzák a döntést	Tudnak róla és korlátozzák vagy tiltják
mikor és mennyit tévézel, internetezel	3	1	5	54	38
mikorra kell hazaérned	0	1	2	38	58

mennyi édességet eszel	6	3	8	51	33
mivel töltöd a szabadidődöt	0	3	9	75	13
kikkel barátkozol	0	3	7	76	13
mennyit dohányzol	90	3	0	2	5
mennyi alkoholt fogyasztasz	85	3	0	3	9
9. osztály					
	Nem szoktam ilyet csinálni	Nem is tudnak róla	Tudnak róla, de nem érdekli őket	Tudnak róla, de rám bízzák a döntést	Tudnak róla és korlátozzák vagy tiltják
mikor és mennyit tévézel, internetezel	3	1	7	70	19
mikorra kell hazaérned	0	1	3	47	49
mennyi édességet eszel	7	2	16	60	15
mivel töltöd a szabadidődöt	0	4	8	77	12
kikkel barátkozol	0	4	8	81	8
mennyit dohányzol	72	9	2	10	7
mennyi alkoholt fogyasztasz	54	10	2	18	17

¹ Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015-2020. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe. 2014

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/253729/64wd12e_InvestCAHstrategy_140440.pdf?ua=1
(Elérve: 2016.08.29.)

² Inchley J, Currie D. (2013). Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2013-2014 Survey

³ Németh Á, Költő A. (Szerk.), Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet.

http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldalak/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf (Elérve: 2016.08.29.)

⁴ [Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implement Science. 2011;6:42. doi:10.1186/1748-5908-6-42](#)

⁵ [Balku E, Berki J, Csizmadia P, et al \(2015\) Health Riport. National Institute for Health Development](#)

⁶ [Balku E, Vitrai J \(2016\) Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I.–Felnőtt felmérés. Egészségfejlesztés, 57. évf. 2. szám \(2016\)](#)

⁷ World Health Organization. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. Geneva, Switzerland. World Health Organization. 2013

⁸ ESPAD 2011: Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L.. The 2011 ESPAD report. 2012

⁹ Elekes Zs.: Egy változó kor változó ifjúsága: Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon. ESPAD 2007. L'Harmattan. Budapest. 2009.

¹⁰ Bui ER, Daley EM, Fuhrmann HJ, Smith S. An observational study of how young people search for online sexual health information. J Am Coll Health 2009;58:101–11. doi: 10.1080/07448480903221236

¹¹ Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychol Med 1979; 9:139–145. doi: 10.1017/S0033291700021644

¹² Örkényi Á, Kökönyei Gy. Szenzoros élménykeresés. In: Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Budapest, 2011. Országos Gyermekegészségügyi Intézet.

¹³ Schwarzer R, Jerusalem M. In: Wright JWS, Johnston M. Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs. Windsor, UK: NFER-NELSON 1995: 35–37. doi: 10.1037/t00393-000 Macías YF, Glasauer P. Guidelines for assessing nutrition-related Knowledge, Attitudes and Practices. Food and Agriculture Organization of the United Nations. Rome. 2014

¹⁴ Abbott R, Macdonald D, Stubbs C, et al. Healthy Kids Queensland Survey 2006 – Full Report, 2008

¹⁵ Smolak L, Levine MP. Toward an Empirical Basis for Primary Prevention of Eating Problems with Elementary School Children. Eat Disord J Treat Prev 1994; 2:293–307. doi: 10.1080/10640269408249128

¹⁶ Cantril H. The pattern of human concerns. Rutgers Un. New Brunswick, New Jersey, USA. 1965

¹⁷ Urbán R, Czeglédi E, Kovács K, Kelemen A. A szenzoros élménykeresés összefüggése az alkoholfogyasztással és az alkohollal kapcsolatos elvárásokkal középiskolások körében. Magyar Pszichológiai Szemle. 2008; 63(3): 499-518.

¹⁸ Rokeach M. Rokeach Values Survey, 1973.

¹⁹ Píró B. Value orientation and health behavior in adolescents. Iskolakultúra 2008: 62–86.

²⁰ Kasser T, Ryan RM. Further Examining the American Dream: Differential Correlates of Intrinsic and Extrinsic Goals. Personal Soc Psychol Bull 1996; 22:280–287. doi: 10.1177/0146167296223006

²¹ Huebner E, Laughlin JE, Ash C, Gilman R. Further validation of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale. J Psychoeduc Assess 1998; 16:118–134. doi: 10.1177/073428299801600202

²² OECD (2009) PISA 2006 Technical Report

²³ Zabriskie RB, McCormick BP. The influences of family leisure patterns on perceptions of family functioning. Fam Relat 2001; 50:281–289. doi: 10.1111/j.1741-3729.2001.00281.x

²⁴ Israel AC, Roderick H A, Ivanova MY. A measure of the stability of activities in a family environment. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2002; 24, 85–95.

²⁵ Sillars A, Koerner A, Fitzpatrick MA. Communication and understanding in parent-adolescent relationships. Hum. Commun. Res. 2005; 31:102–128.

²⁶ Jessor R, In Bonino S, Cattelino E, Ciairano S. Adolescents and Risk: Behaviors, Functions, and Protective Factors. New York. 2005.

²⁷ Costa FM, Jessor R, Turbin MS, et al. The Role of Social Contexts in Adolescence: Context Protection and Context Risk in the United States and China. *Appl Dev Sci* 2005; 9:67–85. doi: 10.1207/s1532480xads0902_3

²⁸ Zuckerman M. Behavioral expressions and biosocial bases of sensation seeking. Cambridge university press. Elgar FJ, Craig W, Trites S J. (2013). Family dinners, communication, and mental health in Canadian adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 1994; 52(4): 433-438.

²⁹ Eriksson I, Cater Å Andershed AK, Andershed H. What protects youths from externalising and internalising problems? A critical review of research findings and implications for practice. *Australian Journal of Guidance and Counselling*. 2011; 21(2):113–125.

³⁰ Michie S, van Stralen M, West R The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*. 2011; 6:42.

³¹ Arnold P. Rizikómagatartások. In Németh Á. & Költő A. (Szerk.), *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. Budapest. 2016.

³² Balku E, Demjén T, Kimmel Zs, Vitrai J. *Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés Egészségügyi Világszervezet. Dohányzás Fókuszpont, Országos Egészségfejlesztési Intézet. Budapest. 2013.*

³³ http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalak/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-egeszsegkommunikacios-felmeres/ (Elérve: 2016.08.29.)

A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban

Hungarian health literacy in international comparison

Szerzők: Koltai Júlia Anna✉^a, Kun Eszter^b

a: Magyar Tudományos Akadémia, Társadalomtudományi Kutatóközpont, Szociológiai Intézet valamint Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Budapest, b: Szinapszis Piackutató és Tanácsadó Kft, Debrecen

Beküldve: 2016.08.31.

Összefoglaló: A tanulmány a gyakorlati egészségértés egy innovatív mérésének eredményét mutatja be nemzetközi kontextusban. A magyar kutatás előzményét és a nemzetközi összehasonlító adatokat az azonos módszertannal készült, 8 országot lefedő Európai Egészségértés Felmérés (*European Health Literacy Survey – HLS-EU*) kutatás adja. Ahogy minden korábban bevont országban, Magyarországon is 1000 fős országos reprezentatív mintán vizsgáltuk a lakosság egészségértését és az egészséggel kapcsolatos információ megszerzésének, megértésének, feldolgozásának és alkalmazásának készségeit, képességeit. A kutatáshoz a HLS-EU konzorcium által kidolgozott és validált HLS-EU 47 kérdőívet és index-számítási módszertant használtuk. A nemzetközileg validált küszöbértékeket alkalmazva azt találtuk, hogy a 16 évesnél idősebb magyar felnőttek több mint fele csupán korlátozott egészségértési képességekkel rendelkezik – egyedül Bulgáriában bizonyult a magyar eredményeknél szignifikánsan alacsonyabbnak az összesített egészségértés index átlaga. A magyar válaszadók a három fő mérőindex (egészségügyi, a prevenció és az egészségfejlesztési kompetencia) mindegyikében rendkívül alacsony arányban értek el kiváló szintet, míg a nem megfelelő pontszámot elérők aránya nemzetközi összehasonlításban az egyik legmagasabb. Jelen tanulmány célja bemutatni, hogy a magyar társadalom egészségértése milyen mértékű és hol helyezkedik el nemzetközi összehasonlításban, valamint kijelölni a hosszú távon leginkább fejlesztésre szoruló területeket. Az egészségértési készségek hiányosságait a hatékony orvosi/gyógyszerészeti tanácsadás konkrét szituációkban kiküszöbölheti, ha az alkalmazkodik a befogadó ismereteihez, képességeihez. Ehhez differenciált tájékoztatási megközelítés és eszközök szükségesek, amelyek kifejlesztéséhez, reméljük, indíttatást adhat tanulmányunk.

Kulcsszavak: egészségértés, felmérések és kérdőívek, önértékelés, egészségfejlesztés, prevenció

Summary: This study presents the results of an innovative measurement of practical health literacy in an international context. Objective: To present the extent of the practical health literacy in the Hungarian society and its place in international comparison. The prelude to the Hungarian research, as well as the data for international comparison, was provided by HLS-EU (European Health Literacy Survey), a study covering 8 countries using identical methodology. As in all previously involved countries, we measured health literacy, the ability to acquire, understand, process and use health related information on an n= 1000 national representative sample of Hungary. We used the HLS-EU 47 questionnaire and index calculation methods, developed and validated by the HLS-EU Consortium. Using the internationally validated threshold levels for the general health literacy index, we found that more than half of Hungary's 16 or older population has only limited health literacy – Bulgaria was the only country, where the average of the general health literacy index was significantly lower than in Hungary. In each of the three main indices (health care, pre-

vention and health promotion), very low proportions of Hungarian respondents achieved an excellent level of health literacy, while the proportion of those with inadequate health literacy is among the highest in international comparison. The present study aims to describe the health literacy levels in Hungary, and how Hungarians fare in an international comparison, as well as point out areas most in need of development in the long run. Deficiencies in health literacy skills can be overcome in specific situations through effective consulting with physicians/pharmacists, if the consulting is adapted to the knowledge level and skills of the informed. To achieve this, differentiated approach and specific tools to information giving are necessary. We hope that this research study will inspire such efforts.

Keywords: health literacy, surveys and questionnaires, self-evaluation, health promotion, prevention

I. BEVEZETÉS

Jelen tanulmány egy olyan kutatásra épül, amely az egészségértést mérte Magyarországon.^{1,2} A kutatás mind tartalmi, mind módszertani szempontból nem előzmény nélküli, mivel egy nemzetközi összehasonlító kutatássorozat magyarországi állomásának tekinthető. A nemzetközi kutatás előkészítését és lebonyolítását egy kifejezetten erre a témára létrejött konzorciumi kutatócsoport végezte, amelynek tagjai az Európai Unió 8 különböző országából érkeztek. A résztvevő országok a következők voltak: Ausztria, Bulgária, Görögország, Írország, Hollandia, Lengyelország, Németország (azon belül csak Észak-Rajna Vesztfália¹) és Spanyolország.

A kutatócsoport először elvégezte az egészségértés konceptualizációját, majd erre építve kvantitatív módszerekhez tervezve, zárt kérdésekkel operacionalizálták a konceptuális modellt. Az operacionalizálás során létrejött kérdőívet végül mind a nyolc országban országos reprezentatívⁱⁱ, nagyjából ezer fős mintán kérdezték le, melynek módszertanát és mintavételét az Eurobarometer kutatássorozat standardjai alapján alakították ki. A kutatássorozat eredményeit többek között egy zárójelentésben publikálták, mely tartalmazza az országok összehasonlító eredményeit. A magyar kutatás elsődleges célja az ezen kutatással való összeha-

sonlíthatóság volt, így jelen kutatás során mind a kérdőív, mind a módszertani és mintavételi szempontok teljes mértékben megegyeztek a konzorcium által megállapítottakkal.³

Az egészségértés mérésére összeállt konzorcium abból a definícióból indul ki, hogy az emberek képességei mennyire felelnek meg az egészséggel kapcsolatos komplex igényeknek a modern társadalomban.⁴⁽¹⁴⁷¹⁾

A konzorcium – ahogy azt a korábbiakban említettük – elsőként elvégezte ennek a meglehetősen komplex és sokféleképp definiált fogalomnak a konceptualizálását oly módon, hogy áttekintették a korábbi szakirodalmi definíciókat és konceptuális modelleket. Ezek feldolgozásával és integrálásával hozták létre az egészségértés nemzetközi kutatássorozatban alkalmazott konceptuális modelljét, melynek összefoglalása az alábbi táblázatban látható.⁴ [1. táblázat]

Az integrált modellben az egészségértés tizenkét dimenzióját különböztették meg, amelyeket összesen 47 kérdéssel mértek, és amelyek két tengely mentén írhatók le. Az egyik tengelyt az egészséggel kapcsolatos témák, úgy, mint az egészségügy, a prevenció és az egészségfejlesztés teszik ki. A másikat az egészséggel kapcsolatos információk birtoklása, feldolgozása alkotja, úgy, mint az elérés, a megértés, az értékelés és az alkalmazás.⁴

ⁱ Fontos megjegyeznünk, hogy amikor a tanulmányban Németországra hivatkozunk, ezt csak a könnyebb átláthatóság miatt tesszük, azonban az adatok mind kizárólag erre a tartományra vonatkoznak.

ⁱⁱ Németországban csak Észak-Rajna-Vesztfália tartományra reprezentatív a felmérés.

1. táblázat: Az egészségértés integrált konceptuális modelljének összefoglalása

	Hozzájutni egészség- gel kapcsolatos infor- mációhoz	Megérteni egészség- gel kapcsolatos infor- mációkat	Feldolgozni, értékelni egészséggel kapcsola- tos információkat	Alkalmazni, felhasz- nálni egészséggel kap- csolatos információ- kat
Egészségügyi rend- szerrel kapcsolatos kompetencia 	Képesség az orvosi vagy kórházi informá- ciókhoz való hozzáju- tásra	Képesség, hogy meg- értsen és értelmezzen orvostól származó in- formációkat	Képesség, hogy értel- mezze és értékelje az orvosi információkat	Képesség, hogy orvosi ügyekben megalapo- zott döntéseket hoz- zon
Prevenció 	Képesség az egész- ségügyi rizikóténye- zőkkel kapcsolatos in- formációkhoz való hozzájutásra	Képesség, hogy meg- értsen és értelmezzen rizikófaktorokkal kap- csolatos információ- kat	Képesség, hogy értel- mezze és értékelje az egészségügyi rizikó- faktorokat	Képesség, hogy egészségügyi rizikó- faktorokkal kapcsolat- ban megalapozott döntéseket hozzon
Egészségfejlesztés 	Képesség, hogy nap- rakész legyen a társas és pszichés környe- zetben a meghatá- rozó egészségügyi in- formációkkal kapcso- latban	Képesség, hogy a tár- sas és pszichés kör- nyezetben megértse és értelmezze az egészséggel kapcsola- tos meghatározó in- formációkat	Képesség, hogy a tár- sas és pszichés kör- nyezetben értelmezze és értékelje az egész- séggel kapcsolatos meghatározó infor- mációkat	Képesség, hogy a tár- sas és pszichés kör- nyezetben megalapo- zott döntéseket hoz- zon az egészséggel kapcsolatos meghatá- rozó információkról

Forrás: Sorensen et al. 2012⁴

II. AZ EGÉSZSÉGÉRTÉS MÉRÉSÉNEK MÓDSZERTANA

A fenti módon definiált egészségértés konceptuális modellje tehát három egészséggel kapcsolatos területet (egészségügy, prevenció, egészségfejlesztés) és négy információfeldolgozási szintet (elérés, megértés, értékelés, alkalmazás) különböztet meg, amelyek az egészséggel kapcsolatos döntésekben szerepet játszhatnak. Ezen területek és szintek mindegyike egy-egy alindexben foglalható össze, melyek közül jelen tanulmányban az egészséggel kapcsolatos területek alindexeire koncentrálnak.

A konceptuális modell alapján létrehozható egy általános egészségértés index, hét alindex (a sorok és oszlopok mentén), továbbá a tizenkét al-alindex (az egyes cellákban) kialakításának módszertana az ösz-

szehasonlíthatóság érdekében meglehetősen hasonló. [1. táblázat] Az indexek és az alindexek csak azon válaszadók esetében hozhatók létre, akik az indexhez tartozó kérdések legalább 80 százalékára érvényes választ adtak.

Az összesített index 47 kérdése közül legalább 43-ra érvényes választ kellett adni.ⁱⁱⁱ Az egészségértés és a prevenció alindex esetében legfeljebb egy-egy, az egészségfejlesztés alindexnél pedig legfeljebb két kérdésnél volt elfogadható az, ha valaki nem választott érvényesen.³⁽²¹⁻²²⁾ Ezen alapelvek mentén a magyarországi mintából az összesített egészségértés indexbe a kérdezettek 95 százaléka került be. Ugyanez az érték az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia esetén szintén 95 százalék, a prevenciónál 96 százalék, az egészségfejlesztésnél pedig 95 százalék. Látható tehát, hogy az alindexek

iii Volt lehetőség „nem tudom” választ is megadni; ez a válasz az index-számítás szempontjából nem számít érvényesnek.

létrehozásában a minta tagjai nagyon magas arányban vettek részt, a kihagyott válaszadók aránya megnyugtatóan alacsony. Ezek az arányok nagyjából megfelelnek a nemzetközi kutatásban tapasztalt összesített arányoknak.

Az indexeket és alindexeket egy 0-tól 50-ig terjedő skálán standardizálták az alábbi képlet alapján:

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

melyben:

átlag: az indexet alkotó itemek (kérdések) empirikus átlaga

1: az indexek átlagának elméleti minimuma

50: a standardizált mérőszám választott maximuma

3: az átlag elméleti terjedelme (RANGE-e)

Az így létrejött index és alindexek magas értékei nagyobb egészségértést fejeznek ki.

Forrás: Pelikan et al. 2014⁵

III. EREDMÉNYEK

Ahogy azt a korábbiakban már jeleztük, tanulmányunkban az összesített egészségértés indexet és az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia, a prevenció és az egészségfejlesztés alindexeket elemezzük. Az alábbiakban tehát bemutatjuk a magyar társadalom egészségértését ezen indexek mentén és összehasonlítjuk azokat más, a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő országok eredményeivel. Az indexek leíró jellemzőin túl azt is megvizsgáljuk, hogy hogyan hatnak a kérdezettek jellemzői az egészségértésük különböző aspektusaira. Ahol pedig erre lehetőség nyílik, szintén összevetjük az eredményeket más országokban tapasztaltakkal. Fontos azonban megjegyezni, hogy a már említett nemzetközi kutatás adatbázisa nem állt rendelkezésünkre, így az eredményeket csak a publikációkban közölt eredményekkel tudjuk összehasonlítani, amely korlátozott mértékben tartalmazott országok közti összehasonlító szignifikancia-teszteket. Az országok közötti eredmények eltéréseinek elemzésekor emiatt szignifikanciák számítására csak korlátozottan volt lehetőségünk.

III.1. Az egészségértés méréséhez használt kérdések deskriptív bemutatása

Az egészségértést tehát a Sorensen és munkatársai (2012) által kifejlesztett módszertan szerint egy negyvenhét kérdőív kérdés alapján kialakított indexrendszer alapján mértük. Ezen kérdések az egészségértés különböző aspektusait mérik és az összesített egészségértés indexen felül hét alindex hozható létre belőlük, melyek közül jelen tanulmányban hárommal foglalkozunk részletesebben. Annak érdekében, hogy a későbbi elemzésekkor a vizsgált indexek interpretálását megkönnyítsük, az alábbiakban bemutatjuk az ezen kérdésekre adott válaszok alapvető jellemzőit, az eloszlásuk és az érvényes válaszok alapján számolt átlaguk alapján.^{iv}

Az egészségértésre vonatkozó kérdésekre a kérdezettek nagyon magas arányban válaszoltak. Egy kivételével legfeljebb ötszázalékos a választ adni nem tudók aránya. Az egyetlen kivételt ez alól az a kérdés képezi, amely arra kérdez rá, hogy mennyire könnyű, illetve nehéz értesülni az egészség előmozdítására irányuló intézkedésekről a munkahelyen. Ennek oka az, hogy erre a kérdésre azok adtak magas arányban nem tudja választ, akik jelenleg nem dolgoznak, vagy nem elsődlegesen a munka teszi ki életük nagy részét (tanulnak, nyugdíjasok, munkanélküliek, stb.).^v

A skálára adott érvényes válaszok átlaga minden esetben eléri, de inkább meghaladja a skála elméleti közepét jelentő 2,5-es értéket, egy esetben sem múlja alul azt. A négy válaszlehetőséget figyelembe véve ez azt jelenti, hogy a kérdezettek az egyes egészséggel kapcsolatos feladatokat nem tartották kifejezetten nehéznek. Fontos azonban kiemelni, hogy ez az eredmény azt sem foglalja magában, hogy minden esetben könnyűnek érezték megvalósításukat, illetve fontos szem előtt tartani, hogy a válaszadók önmagukat értékelték.

Legmagasabb átlagértékekkel (3,2-3,3-es átlagok) azon kérdések bírnak, melyek a gyógyszerésztől vagy orvostól kapott utasításokkal kapcsolatosak. A gyógyszerészek és orvosok utasításait tehát a válaszadók saját bevallásuk alapján könnyen megérthetőnek tartják, amely ezen utasítások jó megfogalmazására, kommunikációjára utal. Szintén könnyű-

^{iv} A részletes táblázatot lásd a függelékben: 12. táblázat: Az egészségértést mérő kérdésekre adott válaszok eloszlásai és átlagai (százalékok és átlag 1-4 skálán)

^v Ezen kérdésnél a nem tudja választ adók 84 százaléka került ki azon emberek csoportjából, akinek elsődleges foglalkozási státusa nem megbízási szerződés, teljes munkaidő vagy részmunkaidő, tehát elsősorban nem dolgozik.

nek ítélték a válaszadók a szűrővizsgálatok szükségességére vonatkozó megértést és a mentő hívására vonatkozó képességüket is. Megjegyzendő azonban, hogy jelen kutatás szerint a lakosság 2 százaléka számára nagy nehézséget jelentene mentőt hívni, további 15 százalék pedig inkább nehéznek ítélte meg ezt a helyzetet, amely adatok a magas átlag ellenére azt mutatják, hogy a lakosság egy nem elhanyagolható része vészhelyzetben nehezen tenné meg az egyik legalapvetőbb intézkedést is.

A legalacsonyabb átlagértékkel (2,5-2,6-es átlagok) rendelkező kérdések főként az információk megbízhatóságának megítéléséről szólnak, például második szakvélemény kérésének, betegségekkel kapcsolatos információk vagy egészségügyi kockázatok megbízhatóságának megítélésére vonatkozóan. A források, vélemények megbízhatóságának megítélése tehát az a dimenzió, amely nagyobb problémát jelent a magyar lakosságban. A viszonylag alacsonyabb átlaggal rendelkező kérdések közé tartozik még az a kérdés, amely arra vonatkozik, hogy mennyire könnyű vagy nehéz a kérdezett számára értesülni olyan politikai változásokról, amelyek befolyással lehetnek az egészségére. A kérdezőbiztos jelen kérdésre való visszakérdezés vagy értetlenség esetén olyan példákat mondhatott, mint a törvények, új szűrővizsgálati programok, kormányváltás, egészségügyi szolgáltatások átalakítása, stb. Az itt tapasztalható alacsonyabb válaszok a Magyarországon általánosan tapasztalható politikai passzivitással lehetnek összefüggésben, nevezetesen, hogy a lakosság egy jelentős része nem követi a politikai híreket, eseményeket, így számukra nehezebb is lehet értesülni ilyen jellegű változásokról.

Az alacsony átlagértékek kapcsán fontos még kiemelni, hogy ha az egyes kérdések összesített értékeit nézzük, akkor a válaszadók egynegyede nagyon nehéznek, vagy inkább nehéznek ítélte meg az egyes kérdésekben szereplő egészséggel kapcsolatos feladatokat, amit úgy értékelhetünk, hogy a magyar társadalom egészségértésén még van mit fejleszteni.

III.2. Az egészségértést mérő indexek jellemzői

A 12. táblázatban bemutatott és fent röviden jellemzett 47 kérdés együttesen adja ki a korábbiakban már bemutatott módon az összesített egészségértés indexet. Az első 16 kérdés önmagában az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia

alindexet képezi, az ezeket követő 15 kérdés (17-31-ig) a prevenció alindexet adja ki, az utolsó 16 kérdésből (32-47-ig) pedig az egészségfejlesztési alindex hozható létre. Az összesített egészségértést és ezen három aspektusát vizsgáljuk meg a most következő fejezetekben, különös tekintettel arra, hogy ezek eredménye milyen hasonlóságokat vagy különbségeket mutat más európai országok eredményeivel.

III.2.1. A négy fő index elemzése

III.2.1.1. Az összesített egészségértés index és a három alindex validálása a magyarországi országos reprezentatív mintán

Az összesített index és az alindexek validálását azok belső konzisztenciájának tesztelésével végeztük el. Arra voltunk kíváncsiak, hogy a magyar társadalom által adott válaszokban is fennáll-e az indexek belső konzisztenciája, hogy az itemek (kérdések) megfelelőképp járulnak-e hozzá az index létrehozásához (és ezáltal mennyire tekinthetők empirikus szempontból érvényesnek azon dimenziók, melyeket az indexek leképeznek). Az indexek belső konzisztenciáját mérő *Cronbach Alpha* mérőszámok értékeit az alábbiakban foglaltuk össze. [2. táblázat]

Az összesített index és három alindexének magyar mintán való validálása sikeresnek mondható, mivel a *Cronbach Alpha* értékei kifejezetten magasak: az összes index esetében meghaladják a 0,9-et. A magyarországi értékek többi országgal való összehasonlítása alapján azt mondhatjuk, hogy az indexek Magyarországon tapasztalt nagymértékű belső konzisztenciája kifejezetten hasonló a más országokban tapasztaltakkal.

2. táblázat: Az összesített egészségértés index és a három alindex belső konzisztenciája Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (Cronbach Alpha értékek)

	HU	AT	BG	GER	GRE	ES	IR	NL	PL
Összesített egészségértés index	0,97	0,96	0,97	0,96	0,97	0,96	0,97	0,95	0,98
N	954	979	925	1045	998	974	959	993	921
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex	0,92	0,9	0,93	0,91	0,92	0,89	0,91	0,88	0,94
N	961	996	995	1041	998	981	972	993	946
Prevenáció alindex	0,92	0,9	0,93	0,91	0,92	0,89	0,91	0,87	0,94
N	964	982	925	1048	993	986	948	996	920
Egészségfejlesztési alindex	0,93	0,9	0,93	0,9	0,93	0,89	0,93	0,88	0,95
N	954	951	902	1009	994	953	961	976	894

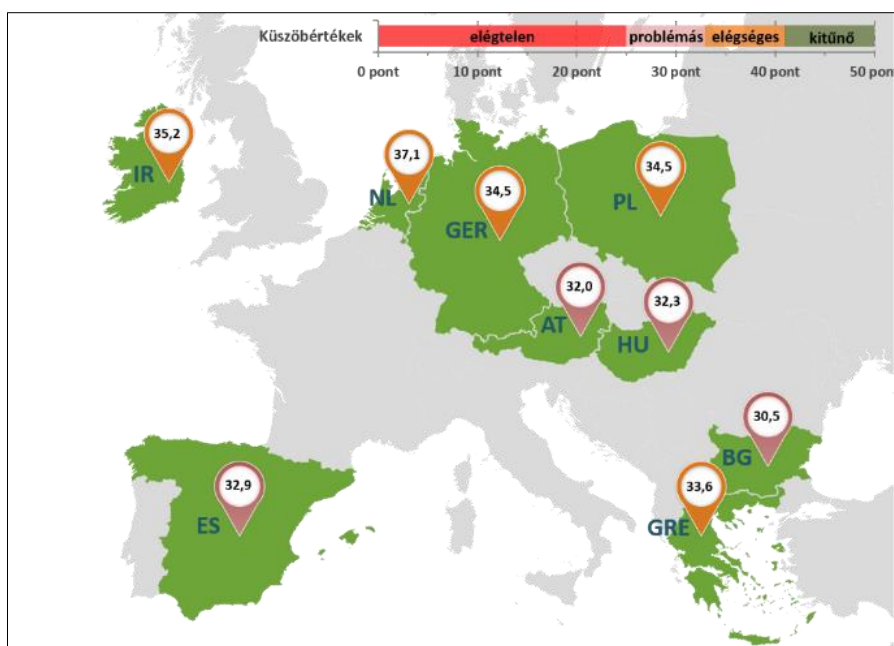
A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

III.2.1.2. Az összesített egészségértés index és a három alindex jellemzőinek deskriptív elemzése

Az egészségértés szempontjából a leglényegesebb kérdés, hogy milyennek tekinthető Magyarországon az emberek egészségértése és ezen belül az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia, a prevencióval kapcsolatos kompetencia, továbbá az

egészségfejlesztési kompetencia. Ezen dimenziókat a korábbiakban részletesen leírt módon az összesített egészségértés indexszel és annak három alindexével operacionalizáltuk, így a most következőkben ezen indexek leíró értékeit mutatjuk be annak érdekében, hogy képet kapjunk a magyar társadalom egészségértéséről. Az értékek kontextusba helyezését itt is a nemzetközi összehasonlítással támogattuk meg.

1. ábra: Az összesített egészségértés index átlagai a kutatásba bevont országokban



3. táblázat: Az összesített egészségértés index és a három alindex leíró statisztikái Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (átlagok és szórások 0-50 skálán)^{vi}

		HU	AT	BG	GER	GRE	ES	IR	NL	PL	EU8
Összesített egészségértés index	átlag	32,3	32	30,5	34,5	33,6	32,9	35,2	37,1	34,5	33,8
	szórás	7,8	7,6	9,2	7,9	8,5	6,1	7,8	6,4	8	8
	N	954	979	925	1045	998	974	959	993	921	7795
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex	átlag	34,4	32,8	32,8	34,8	34,1	33,2	36,3	38	35,4	34,7
	szórás	8,4	8,3	9,5	8,5	8,7	6,7	7,8	6,8	8,1	8,3
	N	961	996	955	1041	998	981	972	993	946	7883
Prevenció alindex	átlag	32,1	32,6	30,4	35,8	34	33,2	35,1	37,7	34,1	34,2
	szórás	8,4	8,5	10,1	8,8	9,1	6,7	8,5	7,1	9	8,8
	N	964	982	925	1048	993	986	948	996	920	7799
Egészségfejlesztési alindex	átlag	31,2	30,5	27,9	32,9	32,7	32,2	34	35,7	33,8	32,5
	szórás	8,6	8,8	10,2	8,9	9,6	6,9	9,7	7,6	8,8	9,1
	N	954	951	902	1009	994	953	961	976	894	7643

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

Az adatok alapján Magyarországon az összesített egészségértés szintje a kutatásba bevont többi európai országhoz hasonlóan igen szomorú képet mutat. A 0-tól 50-ig terjedő skálán, melyen a korlátozott egészségértési szint meghaladásához több, mint 33 pontot kell elérni, a magyar válaszadók átlagosan 32 pontot értek el. Egyáltalán nem találtunk szignifikáns különbséget az osztrák és a spanyol adatokhoz képest, Bulgária kivételével pedig az összes többi országnál alacsonyabbnak mondható a magyar átlagérték. A legjobb eredményt Hollandia érte el, 37 átlagos pontszámmal.

Az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex átlaga valamivel meghaladja az összesített egészségértés index átlagát: a magyar lakosság a 0-50-es skálán átlagosan 34-es értéket ért el, így az egészségértésen belül az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetenciájuk elégségesnek mondható. Ez az érték is illeszkedik a többi ország-

nál látható trendekbe. A magyarországi érték szignifikánsan alacsonyabb a Németországban, Írországban, Hollandiában és Lengyelországban tapasztaltnál. Ezen országok közül a holland adatok ismét kiemelkedőek (38-as átlag). A prevenció alindexének magyarországi átlaga – amely megegyezik az összesített egészségértés indexével – csupán a bulgáriai átlagnál jobb szignifikánsan és statisztikailag nem különbözik az Ausztriában mértéktől. Minden más ország esetében a magyarországinál jóval magasabb átlagot láthatunk. Mindez jól mutatja azt a trendet, hogy Magyarország más uniós országokhoz képest viszonylag le van maradva a megelőzés terén. Az egészségfejlesztési alindex átlaga egy kicsivel az összesített egészségértés index alatt van (31-es átlag). Az egészségfejlesztés szempontjából Magyarországhoz képest Németországban, Írországban és Hollandiában tapasztalhatunk magasabb átlagértéket. Ezekben az országok-

^{vi} Félkövérrel kiemelve láthatók a táblázatban azon országok átlagértékei, melyek a magyarországi mintához képest szignifikánsan különböznek. (2-oldalú Dunnet T-teszt, 5%-os szignifikanciaszinttel számolva).

ban tehát az emberek egészségfejlesztéssel kapcsolatos átlagos kompetenciája Magyarországhoz képest magasabb mértékűnek mondható.

Az egyes indexek átlagai az index elméleti közepénél tehát valamivel magasabbak Magyarországon, azonban lényeges, hogy ezt az eredményt nem interpretálhatjuk kifejezetten jónak. Ahogy arról a későbbiekben (lásd II.2.1.4-es fejezet) is írunk, a skála elméleti közepe azt fejezi ki, hogy egy válaszadó legalább az adott indexbe tartozó kérdések felénél jelölte úgy, hogy nagyon vagy inkább nehéz számára az adott szituáció. Az egészségértés index és a három alindex 31-34 pont közötti értékei tehát azt mutatják, hogy a kérdezettek átlagosan a kérdések nagyjából egyharmadát ítélték nehéznek, ami arra utal, hogy vannak olyan kérdéskörök, amelyekkel kapcsolatosan a magyar társadalom egészségértése fejlesztésre szorul. Ezt erősíti az is, hogy a nemzetközi küszöbértékek (lásd részletesebben a III.2.1.4-es fejezetben) alapján ezen átlagok közül három a „problémás” egészségértés kategóriájába esik. A nemzetközi kutatássorozat országai közül Bulgária az egyetlen, amelyhez képest minden dimenzió mentén jobb magyarországi átlagokat láthatunk. Azon országok pedig, amelyek minden dimenzióban jobb értékeket mutatnak a magyar átlagoknál, a következők: Németország, Írország, Hollandia és Lengyelország.

III.2.1.3. Az összesített egészségértés index és a három alindex összefüggése

Az indexek közötti kapcsolatok vizsgálatából az látszik, hogy az összesített egészségértés indexnek van a legerősebb kapcsolata az egyes alindexekkel (0,9-es vagy afölötti korrelációs együtthatók). Ez az eredmény egyáltalán nem meglepő, tekintve, hogy az alindexek kérdései átfedésben vannak az összesített indexszel, amely minden kérdést magába foglal. Ezen összefüggéseket tehát az előbb említett okok miatt figyelmen kívül hagyva, a legerősebb összefüggés a prevenció és az egészségfejlesztési alindex között volt (0,83-as). Ennél valamivel gyengébb, azonban még mindig nagyon erős kapcsolat van az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia és a prevenció, valamint az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia és az egészségfejlesztési alindex között. Az egészségértés különböző aspektusai tehát empirikusan is erős összefüggést mutatnak, ami megerősíti a konceptuális keret érvényességét. Az indexek közötti összefüggést mérő korrelációs együtthatók magyarországi adatai szinte századra pontosan megegyeznek a nemzetközi kutatás összesített eredményeivel, az egészségértés különböző dimenzióinak kapcsolata (pontosabban azok erőssége és iránya) tehát azonos a többi uniós országban talált összefüggésekkel.

4. táblázat: Az összesített egészségértés index és a három alindex első konzisztenciája Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban teljes mintája esetén (Pearson féle korrelációs együtthatók)

		Magyarország	EU minta
Összesített egészségértés index vs. Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex	r	0,90	0,90
	N	932	nem ismert
Összesített egészségértés index vs. Prevenció alindex	r	0,94	0,93
	N	947	nem ismert
Összesített egészségértés index vs. Egészségfejlesztési alindex	r	0,92	0,92
	N	939	nem ismert
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex vs. Prevenció alindex	r	0,77	0,77
	N	932	nem ismert
Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex vs. Egészségfejlesztési alindex	r	0,72	0,70
	N	919	nem ismert
Prevenció alindex vs. Egészségfejlesztési alindex	r	0,83	0,80
	N	938	nem ismert

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

III.2.1.4. Az egészségértés különböző aspektusainak interpretációja

A nemzetközi kutatócsoport az eredmények alapján kidolgozott olyan küszöbértékeket, amelyek alapján a folytonos indexeket kategoriálissá alakítva könnyebben interpretálhatóvá tették azokat. Ezen küszöbértékek megállapítása azért is fontos, hogy pontosabban meghatározhatóvá váljanak azon csoportok, amelyek az egészségértés szempontjából problémákkal vagy hátrányokkal küzdenek. A küszöbértékek megállapítása annak becslésére épül, hogy valaki milyen valószínűséggel érzel nehéznek egészséggel kapcsolatos szituációkat és feladatokat. Eszerint négy csoportot hoztak létre: elégtelen, problémás, elégséges és kitűnő egészségértést. Az első két kategóriát együttesen kezelve korlátozott egészségértésről beszélhetünk. Annak érdekében, hogy az így létrehozott kategóriák összehasonlíthatóak legyenek, az összesített egészségértés indexre és az alindexekre azonos küszöbértékeket határoztak meg (amit megkönnyített az, hogy mindegyik index és alindex azonos, 0-tól 50-ig tartó skálára van standardizálva). Az elégtelen egészségértés kategória felső határát a 0-tól 50-ig tartó skálán 25-

nél határozták meg, amely azt jelenti, hogy a kérdezett, aki ebbe a kategóriába kerül, legalább az adott indexbe tartozó kérdések felénél jelölte meg azt, hogy nagyon vagy inkább nehéz számára az adott szituáció. A problémás kategória felső határát 33 pontban fixálták, amely nagyjából az elérhető 50 pont kétharmadát jelenti. (Ahogy a korábbiakban azt jeleztük, a vizsgált 4 indexből 3 átlaga ezen határérték alatt van és egy éppen hogy meghaladja azt Magyarországon.) Végül az elégséges kategória felső határa 42 pontban lett megállapítva, amely hozzávetőlegesen a maximális pontszám negyötöde. Az előlötti pontszámot elérőket sorolták a kitűnő egészségértést mutató csoportba.³⁽³⁰⁻³¹⁾

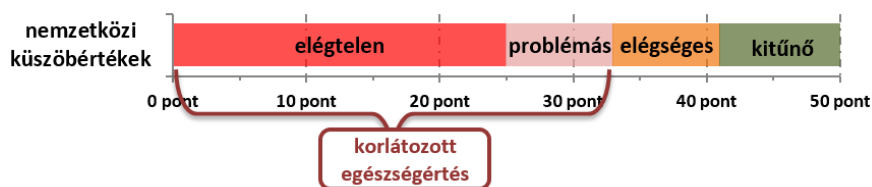
Ezen küszöbértékek alkalmazásával tehát besorolhatjuk a válaszadókat a fenti csoportokba, amely nagyban megkönnyíti a problémás csoportok detektálását és a különböző társadalmak egészségértésének nemzetközi összehasonlítását is. Az alábbiakban sorra vesszük az összesített egészségértés index és a három alindex ilyen csoportok mentén való eloszlását és ennek keretében összehasonlítjuk a magyar társadalom egészségértését a nemzetközi kutatásban résztvevő többi országgal.

5. táblázat: Az összesített egészségértés index eloszlása a küszöbértékek menti kategóriákban Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (sorszázalékok)

	elégtelen	problémás	elégséges	kitűnő	N
Magyarország	19	33	38	10	954
Ausztria	18	38	34	10	979
Bulgária	27	35	27	11	925
Németország	11	35	34	20	1045
Görögország	14	31	40	16	998
Spanyolország	8	51	33	9	974
Írország	10	30	39	21	959
Hollandia	2	27	46	25	993
Lengyelország	10	34	36	20	921
EU8	12	35	36	17	7795

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

2. ábra: Az egészségértési indexek nemzetközi küszöbértékei



Forrás: HLS-EU Consortium (2012)³

Magyarországon a kérdezettek majdnem egyötöde elégtelen egészségértéssel rendelkezik, egyharmaduk pedig a problémás kategóriába került. [5. táblázat] Azt mondhatjuk tehát, hogy a magyar társadalom több mint fele korlátozott egészségértési kompetenciával rendelkezik. A válaszadók 38 százaléka elégséges, tizedük pedig kitűnő mértékű egészségértéssel bír. Ezek az értékek a 8 uniós országot magában foglaló nemzetközi kutatás összesített adataihoz képest valamivel rosszabbak. Amennyiben nemzetközi összehasonlításban nézzük az eredményeket, azt láthatjuk, hogy a vizsgált országok közül legrosszabb helyzetben Bulgária van, ott ugyanis kiemelkedően magas (27 százalékos) az elégtelen mértékű egészségértéssel rendelkezők aránya. Ma-

gyarországhoz hasonló eredményeket láthatunk Ausztriában és Spanyolországban, bár ez utóbbiban inkább a problémás és elégséges – tehát a két középső – kategóriában oszlik meg a válaszok nagy része, míg előbbieken esetén az elégtelen kategóriába esők aránya is viszonylag magas. A német és a görög társadalomban valamivel jobb mértékű egészségértésről számolhatunk be a kategóriák alapján. Leginkább azonban Írország, Lengyelország és főként Hollandia esetén mondható magasnak azok aránya, akik inkább „egészségértők” (az elégséges vagy kitűnő kategóriába estek). Ezen országokban a korlátozott egészségértéssel rendelkezők aránya legfeljebb 44 százalék.

6. táblázat: Az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex eloszlása a küszöbértékek menti kategóriákban Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (sorszázalékok)

	elégtelen	problémás	elégséges	kitűnő	N
Magyarország	18	27	40	15	961
Ausztria	18	31	39	13	996
Bulgária	22	27	34	17	955
Németország	13	29	37	21	1041
Görögország	15	28	38	19	998
Spanyolország	10	43	37	11	981
Írország	8	25	42	26	972
Hollandia	3	22	45	31	993
Lengyelország	9	27	42	22	946
EU minta	12	29	39	20	7883

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

A magyar társadalom az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia szempontjából jobb helyzetben van, mint ha az összesített egészségértést tekintjük – azonban ez elmondható a kutatásba bevont minden ország esetében is. [6. táblázat] A kérdezettek hasonló aránya (majdnem egyötöde) esik az elégtelen mértékű egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetenciával rendelkezők körébe, mint az összesített egészségértés esetében, azonban a problémás kategóriába soroltak aránya valamivel alacsonyabb (majdnem minden negyedik magyarországi tartozik ide), az elégséges és kitűnő egészségértéssel rendelkezők aránya pedig magasabb. Összességében a magyar társadalom kevesebb, mint fele mondható korlátozottan kompetensnek az egészségügyi rendszerrel kapcsolatban. Ezek az értékek a többi uniós ország összesített adataihoz képest valamivel rosszabbak, azonban a különbség

nem számottevő. Az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia szempontjából Magyarországnál valamivel rosszabb helyzetben van Bulgária (főként az elégséges egészségértési szintűek alacsonyabb aránya miatt). Az osztrák eredmények ebben az alindexben is hasonlóak a magyarokhoz. Németország és Görögország értékei az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia szempontjából jobbnak mondhatók, ahogy Spanyolország értékei is, azonban fontos felhívni a figyelmet arra, hogy ez utóbbi országnál ez főként a válaszadók két középső kategóriában való sűrűsödésének köszönhető. Az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia szempontjából a nemzetközi adatok szerint a legjobb helyzetben Írország, Hollandia és Lengyelország van, melyek közül Hollandia értékei kiemelkedőnek mondhatók.

7. táblázat: A prevenció alindex eloszlása a küszöbértékek menti kategóriákban Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (sorszázalékok)

	elégtelen	problémás	elégséges	kitűnő	N
Magyarország	21	30	36	13	964
Ausztria	19	30	36	15	982
Bulgária	30	29	26	15	925
Németország	12	25	33	30	1048
Görögország	14	29	37	21	993
Spanyolország	9	41	38	12	986
Írország	10	30	38	23	948
Hollandia	3	23	43	32	996
Lengyelország	14	27	37	22	920
EU minta	14	29	36	21	7799

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

Magyarországon a lakosság egyötöde elégtelen, majdnem egyharmada pedig problémás mértékben kompetens a prevenciót illetően. [7. táblázat] A kérdezettek így valamivel több, mint fele tartozik a korlátozottan egészségértésű kategóriába a megelőzés

szempontjából. Több mint a válaszadók egyharmada elégséges egészségértéssel bír a prevenció kapcsán, 13 százalékuk pedig kitűnő kompetenciával rendelkezik. Ezek az értékek a 8 ország összesített értékeihez képest valamivel rosszabbak, ami el-

sősorban az elégtelen kategóriába esők magasabb, és a kitűnő kategóriába esők alacsonyabb arányának köszönhető. Nemzetközi összehasonlításban Bulgária van a legrosszabb helyzetben a lakosság prevencióval kapcsolatos eloszlását tekintve, amely főként a korlátozottan kompetens csoportok magas arányának tudható be. Bulgáriához képest Magyarország és Ausztria jobb helyzetben van, Görögország, Írország és Lengyelország pedig még ezeknél is

jobb értékeket tud felmutatni a prevencióval kapcsolatos kompetencia terén. Spanyolország társadalma ebben az esetben is főként a középső két kategóriában található, Németország pedig a prevenció tekintetében az egészségértés más szempontjaihoz képest jobb helyzetben van. A prevenció szempontjából a legkompetensebb társadalomnak ismét a holland mondható.

8. táblázat: Az egészségfejlesztési alindex eloszlása a küszöbértékek menti kategóriákban Magyarországon és a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő 8 ország esetén (sorszázalékok)

	elégtelen	problémás	elégséges	kitűnő	N
Magyarország	25	29	35	11	954
Ausztria	28	33	27	11	951
Bulgária	42	28	20	10	902
Németország	20	32	30	17	1009
Görögország	17	29	38	15	994
Spanyolország	13	43	34	9	953
Írország	17	23	37	22	961
Hollandia	9	28	42	22	976
Lengyelország	15	29	38	18	894
EU minta	20	31	34	16	7643

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

A kutatás alapján a magyar társadalom egynegyede elégtelen mértékű egészségértéssel rendelkezik az egészségfejlesztés szempontjából, minden 10 emberből pedig 3 problémásnak mondható a vizsgált index szerint. [8. táblázat] A válaszadók több mint egyharmada elégséges, egytizede pedig kitűnő mértékű egészségfejlesztési kompetenciával bír. Ezen adatok az elégtelen kategóriába esők magasabb és a kitűnő kategóriába esők alacsonyabb arányai miatt rosszabbak, mint a 8 ország összesített adatai. Nemzetközi összehasonlításban tehát Magyarország valamivel a többi uniós országnál rosszabb helyzetben van. A többi alindexhez képest minden ország lakossága gyengébb eredményeket tudott felmutatni az egészségfejlesztés terén saját maguk-

hoz viszonyítva – kivételt ez alól csak az írek képeztek. Az összes vizsgált ország közül ezen szempont szerint is Bulgária van a legrosszabb helyzetben: 10-ből 6 bolgár megkérdezett ugyanis csak korlátozott kompetenciával bír az egészségfejlesztéssel kapcsolatban. Magyarország és Ausztria értékei ismét együtt mozognak. Ezen országoknál valamivel jobb értékeket láthatunk Németország, Görögország és Lengyelország esetében. Írország egy árnyalattal jobb értékekkel rendelkezik még náluk is, a spanyol kérdezettek pedig ismét főként a középső két kategóriában helyezkednek el. Az egészségfejlesztés szempontjából a legjobb helyzetben ismét a holland társadalom van.

III.3. Egészségértés a különböző társadalmi-demográfiai csoportokban

Annak érdekében, hogy megvizsgáljuk, a különböző társadalmi-demográfiai csoportokban milyen módon jelenik meg az összesített egészségértés és annak három alkotórésze, többváltozós regresszióelemzést alkalmaztunk. Azért döntöttünk ezen módszer alkalmazása mellett, mert a kétváltozós összefüggésekhez képest nagy előnye, hogy a regressziós együtthatókat parciálisan mutatja meg. Ez azt jelenti, hogy úgy láthatjuk egy adott társadalmi-demográfiai változó egészségértésre gyakorolt hatását, hogy abból már ki van szűrve a modellben lévő összes többi változó hatása, amelyek torzíthatnák az összefüggést. Az összesített egészségértés indexre és a három alindexre külön-külön regressziós modelleket futtattunk. A modellek független változói minden esetben a következők voltak: nem (0 – férfi, 1 – nő), életkor, legmagasabb befejezett iskolai végzettség, anyagi depriváció^{vii} és társadalmi státus^{viii}. A független változókat úgy választottuk ki, hogy a modellek megfeleljenek a nemzetközi kutatócsoport által közölt modellekkel, annak érdekében, hogy összevethessük a magyarországi eredményeket a nemzetközi kutatás eredményeivel.

A magyarországi eredmények alapján az egészségértés 15 százalékát magyarázzák a modellbe beépített magyarázóváltozók. Azt mondhatjuk, hogy a nők, a fiatalabbak, a magasabb végzettségűek és az anyagilag jobb helyzetben lévők azok, akiknek az egészségértési szintje magasabb. A szubjektív társadalmi státus nem hat szignifikáns mértékben az egészségértésre. Nemzetközi összehasonlításban azt mondhatjuk, hogy azon országokban, amelyekben a kérdezettek neme szignifikáns különbségeket mutatott az összesített egészségértés terén, a nők

egészségértése bizonyult magasabb szintűnek. Fontos viszont, hogy Bulgáriában, Görögországban és Spanyolországban nincs kapcsolat a nem és az egészségértés között. Azon országokban, ahol az életkor szignifikáns magyarázóváltozónak bizonyult, a fiatalabbak egészségértési szintje magasabb. Nem hat viszont az életkor az egészségértésre Németországban, Írországban és Hollandiában. Az iskolai végzettség növekedése növeli az egészségértést minden országban, kivéve Ausztriában és Írországban, ahol nem találtunk szignifikáns kapcsolatot e két tényező között. Az anyagi depriváció volt az egyetlen magyarázóváltozó, amely minden vizsgált országban szignifikánsnak bizonyult és minden országban azonos – nem meglepő – irányba hatott: a kevésbé depriváltak, tehát a jobb anyagi helyzetben lévők azok, akik egészségértési szintje magasabb. A szubjektív társadalmi státus Magyarországon kívül még Németországban nem befolyásolta az egészségértés mértékét. A többi vizsgált országban – melyekben szignifikánsan hatott – azt mondhatjuk, hogy a magasabb státus nagyobb egészségértéssel jár együtt. Az adjusztált R-négyzeteket, mint a megmagyarázott hányad nagyságát tekintve elmondható, hogy a modellbe beépített független változók leginkább Bulgáriában (25 százalék), Görögországban (29 százalék) és Lengyelországban (21 százalék) befolyásolják az egészségértést. Valamivel kevésbé Írországban (19 százalék) és Magyarországon (15 százalék) és még ezeknél is gyengébb a modell magyarázóereje Ausztriában (10 százalék), Németországban (8 százalék), Spanyolországban (9 százalék) és Hollandiában (8 százalék). Az egyén társadalmi-demográfiai determináltsága az egészségértés szempontjából tehát a vizsgált országok közül Görögországban a legerősebb és Németországban, továbbá Hollandiában a leggyengébb.

^{vii} Az anyagi deprivációt a konzorcium által közölt elemzésnek megfelelően három változóból képzett főkomponenssel hoztuk létre. A három változó a következő volt: Mennyire tudja fedezni gyógyszerköltségeit, amennyiben az szükséges a saját egészsége érdekében?; Mennyire engedheti meg magának, hogy elmenjen az orvoshoz? (Instrukciók: idő, egészségbiztosítás, költségek, utazás); Akadtak nehézségei számlái kifizetésével a hó végén az utóbbi 12 hónap során?³⁽⁴³⁾

^{viii} A társadalmi státust a következő kérdéssel mértük a konzorcium által közölt elemzéseknek megfelelően: A következő skála 1-es pontja a "társadalom legalsó szintje", a 10-es pont pedig "a társadalom legfelső szintje". Ön melyik szintre helyezné saját magát?³⁽⁴¹⁾

9. táblázat: Az összesített egészségértés magyarázata lineáris regressziós modellben társadalmi-demográfiai független változókkal (standardizált regressziós együtthatók)

	HU	AT	BG	GER	GRE	ES	IR	NL	PL	EU8
Nem (0 - férfi; 1 - nő)	0,08	0,08	0,05	0,09	0,03	0,02	0,07	0,12	0,09	0,06
Életkor	-0,10	-0,15	-0,14	-0,02	-0,17	-0,15	-0,02	0,03	-0,10	-0,09
Legmagasabb befejezett iskolai végzettség	0,15	0,06	0,11	0,10	0,22	0,14	0,05	0,11	0,08	0,13
Anyagi depriváció	-0,24	-0,23	-0,31	-0,23	-0,23	-0,07	-0,28	-0,14	-0,35	-0,24
Társadalmi státus	0,08	0,04	0,11	0,00	0,11	0,07	0,23	0,12	0,07	0,14
Adjusztált R ²	0,15	0,10	0,25	0,08	0,29	0,09	0,19	0,08	0,21	0,17
N	865	838	840	939	961	916	847	930	814	7085

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

10. táblázat: Az egészségértés három alindexének magyarázata lineáris regressziós modellben társadalmi-demográfiai független változókkal (standardizált regressziós együtthatók)

	Egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex	Prevenció alindex	Egészségfejlesztési alindex
Nem (0 - férfi; 1 - nő)	0,05	0,09	0,09
Életkor	-0,10	-0,07	-0,14
Legmagasabb befejezett iskolai végzettség	0,11	0,12	0,17
Anyagi depriváció	-0,22	-0,20	-0,22
Társadalmi státus	0,07	0,06	0,10
Adjusztált R ²	0,12	0,10	0,17
N	865	869,00	862,00

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

A nem szignifikáns eredményeket szürkével jelöltük. Minden más korreláció szignifikáns 0,05-os szinten. Az egészségértés három alindexe esetében nem volt módunk nemzetközi összehasonlításra, csak a magyarországi adatok elemzésére, mivel ilyen modelleket nem publikáltak a konzorcium tagjai. Ettől még azonban fontosnak tartottuk megvizsgálni azt, hogy a korábbi modellben már bemutatott független változók milyen módon hatnak az egészségértés különböző aspektusaira. [10. táblázat] A kérdezett-

tek neme nem befolyásolja az egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetenciát, azonban a prevenciót és az egészségfejlesztést igen. Ez utóbbi alindexeknél azt mondhatjuk, hogy a nők magasabb egészségértési kompetenciát mutatnak a prevenciót és az egészségfejlesztést illetően, mint a férfiak. Az életkor a prevenciót nem befolyásolja szignifikáns mértékben, a másik két alindexre viszont fordított irányban hat. Az eredmények alapján minél fiatalabb valaki, annál inkább kompetens az egészség-

üggyel kapcsolatos ügyekben és az egészségfejlesztéssel kapcsolatban is. Mivel az indexek alapját képező teszt önbevalláson alapul, az eredmények értelmezésekor nem hagyható figyelmen kívül, hogy a fiatalabb válaszadók többsége feltehetően még nem került szembe olyan kihívással, amely az egészségügyi rendszerben való összetett problémamegoldást, eligazodást kívánt volna – így ez is hozzájárulhat ahhoz, hogy kompetensebbnek érzik magukat. A társadalmi státus kizárólag az egészségfejlesztésre hat szignifikánsan, méghozzá oly módon, hogy a magasabb státusúak kompetensebbek az egészségfejlesztésükre, mint az alacsonyabb státusúak. Az anyagi depriváció és az iskolai végzettség mindhárom alindexre szignifikánsan hatottak. Mindhárom esetben azt figyelhetjük meg, hogy a magasabb végzettség és a jobb anyagi helyzet nagyobb mértékű egészségértést valószínűsít. A modellek megmagyarázott hányada 10 és 17 százalék között mozgott, amely értékek – figyelembe véve,

hogy a modellben csak társadalmi-demográfiai „kemény” változókat alkalmaztunk – elfogadhatónak mondhatók.

III.4. Az egészségértés összefüggése a saját egészség percepciójával, a tartós betegség meglétével és a korlátozottsággal

Az egészségértés alakulása természetesen nem csak társadalmi és demográfiai jellemzők mentén változhat. Sokkal inkább hatással vannak rá az egyének egészséggel kapcsolatos jellemzői. Az alábbiakban az egészségértés összetett indexét három ilyen jellemzővel elemezzük, melyek a következők: saját egészség percepciója, tartós betegség megléte és korlátozottság.^{ix} Jelen eredmények bemutatásakor is nemzetközi kontextusba helyezzük a magyarországi adatokat.

11. táblázat: Az összesített egészségértés index kapcsolata a kérdezettek egészség-percepciójával (Spearman féle Rho korrelációk)^x

		HU	AT	BG	GER	GRE	ES	IR	NL	PL	EU8
Saját egészség percepciója vs. Összesített egészségértés index	r	-0,33	-0,31	-0,28	-0,23	-0,31	-0,28	-0,24	-0,15	-0,33	-0,27
	N	954	1002	1002	1159	1043	1009	972	990	1041	8218
Tartós betegség vs. Összesített egészségértés index	r	0,14	0,23	0,26	0,14	0,26	0,13	0,09	0,05	0,21	0,16
	N	951	994	1002	1159	1043	1004	969	989	1037	8197
Korlátozottság vs. Összesített egészségértés index	r	0,27	0,28	0,2	0,08	0,32	0,21	0,12	0,09	0,15	0,17
	N	299	360	351	452	289	323	291	413	453	2932

A nem magyarországi adatok forrása: HLS-EU Consortium (2012)³

A magyar adatok azt mutatják, hogy minél jobbnak látja valaki saját egészségi állapotát, minél kevésbé van tartós betegsége és minél kevésbé érzi azt, hogy egészségi állapota korlátozza őt, annál magasabb szintű az egészségértése. Érdekes eredmény tehát,

hogy a tartós betegség és az azzal járó korlátozottság negatívan hatnak az egészségértésre. Felmerül az az értelmezési lehetőség, hogy azok, akik e két tényezővel kénytelenek együtt élni, azok komolyabb, összetettebb kihívásokkal találkoznak egész-

^{ix} A saját egészségükről a kérdezetteknek egy ötfokú skálán kellett nyilatkozniuk, mely a 'nagyon jó'-tól a 'nagyon rossz'-ig terjedt. A tartós betegségekre vonatkozó kérdésnél arra kérdezték rá, hogy van-e a kérdezettnek tartósan elhúzódó (legalább 6 hónapig tartó) betegsége vagy egészségügyi problémája. A válaszok között azok körében, akiknek van ilyen jellegű betegsége, külön kezelték azokat, akiknek több ilyen problémája is van, azoktól, akiknek csak egy. Akiknek volt valamilyen tartós betegsége, azt is megkérdezték, hogy mennyire korlátozták az egészségügyi problémái az elmúlt hat hónapban. Erre a kérdésre egy háromfokú skálán adhatták meg válaszaikat a kérdezettek, mely skála értékei a következők voltak: súlyosan korlátoztak; korlátoztak, de nem súlyosan; egyáltalán nem korlátoztak.

^x A nem szignifikáns eredményeket szürkével jelöltük. Minden más korreláció szignifikáns 0,05-os szinten.

ségük és az egészségügy kapcsán, így inkább volt lehetőségük szembesülni kompetenciájuk korlátaival. Az egészségértésre a három tényező közül legerősebben a saját egészség percepciója hat (a közepesnél valamivel gyengébb mértékben: 0,33-os abszolút Rho érték), második legerősebben a korlátozottság (szintén a közepesnél valamivel gyengébben: 0,27-os Rho érték), leggyengébben pedig a tartós betegség megléte (gyenge kapcsolat: 0,14-os Rho érték). A kérdezettek egészségével kapcsolatos jellemzők minden vizsgált országban a magyarországival azonos irányban hatnak az egészségértésre. A tartós betegség megléte viszont nem függ össze az egészségértéssel Hollandiában, és úgyszintén nem függ össze vele a korlátozottság sem Hollandiában, sem Németországban. A saját egészség percepciója hasonló mértékben (a közepesnél gyengébben, 0,24 és 0,33 közötti abszolút Rho értékekkel jellemezve) befolyásolja az egészségértést az összes vizsgált országban, Hollandiát kivéve, ahol ez a kapcsolat nagyon gyenge (0,15-os abszolút Rho érték). A többi ország közül legerősebben éppen Magyarországon és Lengyelországban hat. A tartós betegség hatása az egészségértésre a vizsgált országok közül erősebbnek mondható Ausztriában, Bulgáriában, Görögországban és Lengyelországban, azonban még ezen országoknál is alacsonyabb, mint közepes erősségű ez az összefüggés (0,21 és 0,26 közötti Rho értékek). Az említetteknél még alacsonyabb értékeket láthatunk Magyarország, Németország, Spanyolország és Írország esetében (0,09-os és 0,14-os Rho értékek), Hollandiában pedig nem függ össze szignifikánsan ez a két változó egymással. A korlátozottság legerősebben Görögországban, Ausztriában és Magyarországon függ össze az egészségértéssel (0,32-os, 0,28-os és 0,27-os Rho értékek). A többi vizsgált országban ennél gyengébb erősségű összefüggésekről számolhatunk be, Írországban és Hollandiában pedig nem is szignifikáns ez az összefüggés.

IV. ÖSSZEGZÉS

Az eredmények alapján azt mondhatjuk, hogy Magyarországon az egészségértés ugyan tendenciájában hasonlít a más európai országokban jelenlévő

trendekben tapasztalhatókkal, azonban mértéke valamelyest alacsonyabb annál. Annak ellenére, hogy a magyar eredmények az elemzések nagy részében a nemzetközi kutatássorozatban résztvevő országok összesített eredményeihez hasonlóak voltak, egy kevéssel mindig alulmúlták azokat. Ha az országokat egyenként vesszük, azt mondhatjuk, hogy a vizsgált országok közül Magyarországnál csak Bulgária van rosszabb helyzetben az egészségértés szempontjából. Fontos még kiemelnünk, hogy a magyarországi eredmények a legtöbb esetben majdnem teljesen megegyeztek az Ausztriában mértékekkel, amiből arra következtethetünk, hogy Magyarországon az egészségértés helyzete jelenleg az Ausztriában jelenlévő helyzethez hasonlít a legjobban – hasonló kihívások előtt állunk. Összességében tehát az eredmények rossz képet mutatnak az egészségértésről Magyarországon, azonban több más vizsgált ország eredményei azt mutatják, hogy egész Európában van még lehetőség előrelépni a témában. A magyar orvostársadalom számára legfontosabb konklúzió az lehet, hogy nagy valószínűséggel az ellátott személyek nagy része csupán segítséggel képes az orvosától kapott tájékoztatást, utasítást megfelelően értelmezni és azok alapján cselekedni. Hasznos segítség lehet a szakmai tartalom laikus nyelvre lefordítása, és annak elmagyarázása, hogy mindez hogyan vonatkoztatható az ő mindennapi életére, hogyan váltható át a mindennapjaiban cselekvésre.

V. TÁMOGATÁSOK

A kutatás magyarországi megvalósulását az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete anyagilag támogatta. A cikk megírásáért anyagi támogatásban a szerzők nem részesültek. Az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete anyagilag támogatta a szerzők megjelenését a 2015-ben rendezett, 3. Európai Egységértés Konferencián (*The 3rd European Health Literacy Conference*) ahol a magyarországi eredményekből készült előzetes elemzés bemutatásra került.

FÜGGELÉK

12. táblázat: Az egészségértést mérő kérdésekre adott válaszok eloszlásai és átlagai (százalékok és átlag 1-4 skálán)
Mennyire könnyű, illetve nehéz...

		Nagyon nehéz	Inkább nehéz	Inkább könnyű	Nagyon könnyű	Nem tudja	Átlag
1	információt találni olyan betegségek tüneteiről, amelyek érintik Önt?	2%	15%	50%	30%	4%	3,1
2	információt találni olyan betegségek kezeléséről, amelyek érintik Önt?	2%	21%	48%	25%	4%	3,0
3	megtudni, hogy mi a teendő, ha valaki sürgős orvosi ellátásra szorul?	4%	24%	46%	26%	1%	3,0
4	megtudni, hol kaphat szakmai segítséget, ha beteg?	3%	19%	53%	25%	1%	3,0
5	megérteni, amit az orvosa mond Önnek?	3%	16%	50%	31%	0%	3,1
6	megérteni a gyógyszerhez kapott betegtájékoztatót?	3%	19%	47%	32%	1%	3,1
7	megérteni, hogy mi a teendő, ha valaki sürgős orvosi ellátásra szorul?	2%	22%	48%	28%	1%	3,0
8	megérteni az orvosa, vagy gyógyszerésze által adott utasításokat arra vonatkozóan, hogy hogyan kell szedni a felírt gyógyszert?	1%	11%	52%	36%	0%	3,2
9	megítélni, hogy hogyan vonatkoznak Önre az orvostól kapott információk?	1%	17%	54%	27%	1%	3,1
10	megítélni a különféle kezelési lehetőségek előnyeit és hátrányait?	3%	32%	43%	20%	1%	2,8
11	megítélni, mikor lehet szüksége második szakvéleményre egy másik orvostól?	9%	38%	36%	15%	3%	2,6
12	megítélni, hogy a médiából szerzett, betegséggel kapcsolatos információk megbízhatóak-e?	11%	38%	37%	14%	2%	2,5
13	felhasználni az orvosától kapott információkat arra, hogy döntéseket hozzon a betegségével kapcsolatban?	4%	29%	48%	18%	1%	2,8
14	követni a gyógyszerrel kapcsolatos utasításokat?	1%	9%	51%	38%	1%	3,3
15	mentőt hívni vészhelyzet esetén?	2%	15%	42%	41%	0%	3,2
16	követni az orvosa, illetve gyógyszerésze utasításait?	1%	8%	49%	40%	1%	3,3
17	információt találni az olyan egészségtelen szokások kezeléséről, mint a dohányzás, kevés testmozgás, vagy túl sok alkohol fogyasztása?	1%	14%	49%	35%	1%	3,2
18	információt találni olyan mentális egészségügyi problémák kezeléséről, mint a stressz vagy a depresszió?	2%	27%	44%	23%	3%	2,9
19	információt találni a szükséges védőoltásokkal és szűrővizsgálatokkal kapcsolatban?	2%	23%	51%	21%	3%	2,9
20	információt találni arról, hogy hogyan lehet megelőzni vagy kezelni az olyan állapotokat, mint az elhízás, magas vérnyomás vagy magas koleszterinszint?	2%	19%	52%	25%	2%	3,0
21	megérteni az egészségvédő figyelmeztetéseket olyan szokásokról, mint a dohányzás, kevés testmozgás és túl sok alkohol fogyasztása?	2%	15%	53%	29%	1%	3,1
22	megérteni, hogy miért van szüksége védőoltásokra?	1%	20%	55%	23%	1%	3,0
23	megérteni, hogy miért van szüksége szűrővizsgálatokra?	1%	14%	54%	31%	0%	3,2
24	megítélni, hogy mennyire megbízhatóak az egészségi állapotával kapcsolatos figyelmeztetések a dohányzás, kevés testmozgás, illetve túlzott alkoholfogyasztás miatt?	2%	22%	51%	23%	2%	3,0
25	megítélni, mikor szükséges elmennie orvosi vizsgálatra?	2%	22%	49%	27%	1%	3,0

26	megítélni, mely védőoltásokra lehet szüksége?	3%	32%	45%	18%	1%	2,8
27	megítélni melyik szűrővizsgálatokra lenne szüksége?	2%	24%	51%	22%	1%	2,9
28	megítélni, hogy a médiából kapott információ az egészségügyi kockázatokról megbízható-e?	8%	37%	42%	12%	2%	2,6
29	eldönteni, hogy szüksége van-e influenza elleni védőoltásra?	4%	31%	45%	19%	2%	2,8
30	eldönteni, hogy védekezhet a betegségek ellen a családjától, illetve barátaitól kapott tanácsok alapján?	3%	24%	53%	19%	1%	2,9
31	eldönteni, hogy védekezhet a betegségek ellen a médiából szerzett információk alapján?	5%	33%	48%	13%	2%	2,7
32	információt találni olyan egészséges tevékenységekről, mint a testmozgás, egészséges ételek és táplálkozás?	2%	17%	49%	32%	1%	3,1
33	többet megtudni olyan tevékenységekről, amelyek jót tesznek az Ön szellemi egészségének?	2%	19%	54%	24%	1%	3,0
34	információt találni arról, hogy hogyan tehetné környezetét egészségbarátabbá?	4%	24%	48%	22%	2%	2,9
35	értesülni olyan politikai változásokról, amelyek befolyásolhatják az egészséget?	10%	34%	37%	13%	5%	2,6
36	értesülni az egészsége előmozdításáról szóló intézkedésekről a munkahelyen?	7%	23%	44%	13%	13%	2,7
37	megérteni a családtól vagy barátoktól kapott tanácsokat az egészséggel kapcsolatban?	1%	14%	60%	24%	1%	3,1
38	megérteni az élelmiszerek csomagolásán olvasható információkat?	10%	32%	42%	16%	1%	2,7
39	megérteni a médiából kapott információt arról, hogy hogyan lehetünk egészségesebbek?	3%	23%	55%	18%	1%	2,9
40	megérteni az arra vonatkozó információt, hogy hogyan tartsa egészségesen elméjét?	3%	21%	55%	19%	2%	2,9
41	megítélni, hogy mennyire befolyásolja a lakóhelye egészségét és közérzetét?	3%	23%	53%	18%	3%	2,9
42	megítélni, hogy mennyire járulnak hozzá az Ön lakáskörülményei ahhoz, hogy egészséges maradjon?	2%	20%	54%	22%	3%	3,0
43	megítélni, hogy mely mindennapi tevékenységek vannak hatással egészségére?	2%	18%	53%	26%	1%	3,0
44	egészségének javítására vonatkozó döntéseket hozni?	5%	27%	50%	17%	1%	2,8
45	belépni egy sportklubba vagy edzőterembe, ha szeretne?	7%	22%	47%	21%	4%	2,8
46	befolyásolni azon életkörülményeit, amelyek hatással vannak az egészségére és jólétére?	6%	28%	47%	18%	1%	2,8
47	saját közösségében részt venni olyan tevékenységekben, amelyek javítják egészségét és jólétét?	5%	24%	51%	16%	4%	2,8

N=1008

¹ Koltai J, Kun E: Az egészségértés gyakorlati mérése Magyarországon és nemzetközi összehasonlításban, Orvosi Hetilap, 2016; megjelenés alatt

² Egységértés Magyarországon a nemzetközi eredmények tükrében. Orvostovábbképző Szemle, 2016;23(9): 77-80.

³ HLS-EU Consortium (2012): Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU (first revised and extended version, date July 5th, 2013), online publication: <http://www.health-literacy.eu> (Elérve: 2016.01.16.)

⁴ Sorensen, Kristine – Van den Broucke, Stephan – Fullam, James – Doyle, Gerardine – Pelikan, Jürgen – Slonska, Zofia – Brand, Helmut (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12(80): 1471-2458.

⁵ Pelikan, Jürgen M. – Röthlin, Florian – Ganahl, Kristin – Peer, Sandra (2014): Measuring comprehensive health literacy in general populations – the HLS-EU instruments. The Second International Conference of Health Literacy and Health Promotion. Oct. 6-8, 2014, Taipei / Taiwan (p.22)