

Eddig és ezután - Folyóiratunk megújításával kapcsolatos ideai tapasztalatok, valamint jövőbeni terveink bemutatása

Till now and after this - This year's experiences related to our renewed journal and our plan for the future

Honnan indultunk?

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) szakmai folyóirata, az Egészségfejlesztés 2016. évben megjelenő, 57. évfolyammal kezdődően megújult. A változás célja volt, hogy a lap mind megjelenésében, mind tartalmában jobban illeszkedjen a megváltozott népegészségügyi kihívásokhoz. Ennek érdekében – a hazai népegészségügy területén az elsők között – csak szakbírálaton átesett (*peer-reviewed*) eredeti közlemények kerülhetnek közlésre a lapban, ezzel is előmozdítva, hogy szakmai körökben is elismertté és idézetté váljon az Egészségfejlesztés. A megújulás részeként intézetünk folyóirata elektronikusan jelenik meg, és ingyenesen elérhető.

A lap kiadásának célja a NEFI egészségfejlesztés szakterületen betöltött módszertani szerepének erősítése, a szakterületen dolgozók, az érdeklődők megfelelő minőségű szakmai tájékoztatása a területet érintő hazai és nemzetközi tevékenységekről, eredményekről, valamint szakmai fórum biztosítása az eltérő álláspontok, vélemények ütköztetésére. Az

Egészségfejlesztés a jelenleg és a jövőben egészségfejlesztéssel foglalkozó, vagy azzal kapcsolatba kerülő szakemberek számára készül. A széleskörű célközönségből adódóan a megújított folyóiratban egyaránt megjelenhetnek szakbírálók által minőségbiztosított tudományos publikációk, szakmai beszélgetések, az egészségfejlesztés területéről származó legfrissebb hírek, fejlesztések, érdekességek, vélemények is.

Hova jutottunk?

Az Egészségfejlesztés című folyóirat elektronikus formában továbbra is negyedévente jelenik meg. Az elektronikus megjelenés támogatásához, szerkesztőségünk az erre a célra kifejlesztett *Open Journal Systems* informatikai rendszert használja, amely garantálja a nemzetközi gyakorlatnak megfelelő anonim szakbírálatok nyomon követhetőségét, a magas színvonalú, átlátható szerkesztőségi munkát. Az új feladathoz a folyóirat szerkesztősége és Tanácsadó Testülete is átalakult.

1. ábra: Korábbi lapszám



2. ábra: Megújult, elektronikus lapszám



Mint minden változás, a folyóirat megújítása is számos nehézséggel járt, amelyek közül a legnagyobb kihívást a szerkesztés minőségének javítását célzó új munkafolyamatokra való átállás és az elektronikus megjelenést támogató szoftver alkalmazása jelentette. A rendszer használatát nemcsak a szerkesztőknek, hanem a szerzőknek és szakbírálóknak is meg kellett ismerniük, ehhez honlapon elérhető részletes információt, valamint – kérésre – technikai támogatást nyújtottunk. A változás az előfizetőink és olvasóink számára is néha problémát jelentett, azonban reméljük, hogy az év végére az elektronikus és ingyenes elérhetőség előnyei feledtetik ezt. A folyóirat megújítása – természetesen – intenzív munkát követelt és követel a szerkesztőktől, amelyhez a motivációt, a kitartást a szakmai elkötelezettség, a színvonal emelésére irányuló közös szándék adta és adja. A megújulás elképzelhetetlen lett volna az Intézet sok munkatársának lelkesedése nélkül, hiszen ők szerzőként járultak hozzá a közös sikerhez. Külön köszönet illeti önkéntes munkájukért az eredeti közlemények szakbírálóit: Brys Zoltánt, Formanek-Balku Esztert, Péntes Melindát, Simon Tamást, Solymosy József Bonifácot, Terebessy Andrást és Vandlik Erikát.

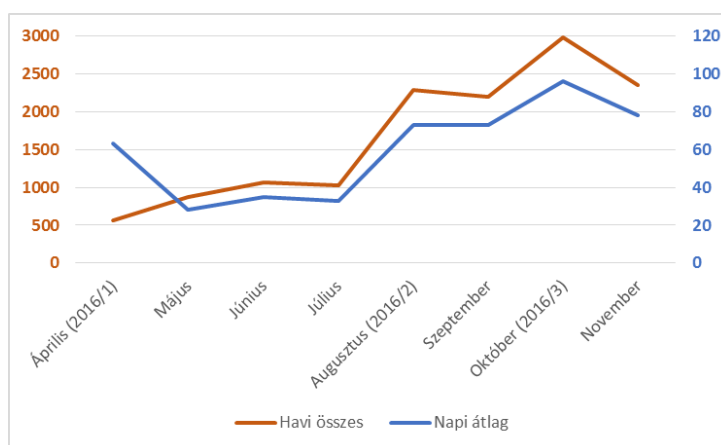
Folyóiratunk 57. évfolyama a terveknek megfelelően időben, 4 számmal jelent meg, több mint ötven közleménnyel. A megújult folyóirat honlapjának látogatottsági statisztikájából egyértelműen kiderül, hogy az első elektronikus megjelenés óta folyamatosan növekszik az Egészségfejlesztés olvasottsága.

Bizakodásra adhat okot, hogy novemberig az érdeklődők több mint 13000-szer keresték fel a szaklap honlapját. [3. ábra] Az eddigi legolvasottabb közlemények az első lapszámban megjelenő Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatást, valamint az Egészségjelentés2015 tanulmányt bemutató írások voltak; mindkettőt közel 180-szor tekintették meg.

Hova tartunk?

A szerkesztőség terveiben szerepel a külső szerzők által beküldött közlemények számának növelése, ebben különösképp számítunk a Tanácsadó Testület tagjainak közbenjárására. Az egészségfejlesztés területéhez kapcsolódó egyetemeket és doktori iskolákat is megkeressük, hogy bátorítsák szakembereiket, kutatóikat az Egészségfejlesztésbe való közlésre, továbbá, hogy folyóiratunk felkerülhessen az oktatási intézmények által javasolt és elfogadott szakmai kiadványok listájára. Ehhez megtettük az első lépéseket: a közeli jövőben cikkeinket a nemzetközi gyakorlatban elterjedt DOI azonosító számmal látjuk el. Hamarosan elindítjuk azt az eljárást is, amelynek eredményeképpen folyóiratunk a legnagyobb nemzetközi adatbázisokban is kereshetővé válik. A szerkesztőség mindent megtesz annak érdekében, hogy a megújult folyóirat további megjelenéséhez szükséges feltételek a minisztériumi háttérintézmények átalakítását követően is rendelkezésre álljanak majd, hogy a lap a jövőben is betelje-síthesse küldetését.

3. ábra: az Egészségfejlesztés folyóirat honlapjának napi átlagos és havonkénti összesített látogatóinak száma (2016. április-november)



Forrás: saját szerkesztés

Vitrai József
felelős szerkesztő

Hálózat kutatás a népegészségügy területén – áttekintő közlemény

Network analysis in the field of public health – review

Szerzők: Varsányi Péter^{a,b}✉, Vokó Zoltán^c

a: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, b: ELTE TáTK Szociológia Doktori Iskola, c: ELTE TáTK Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék

Beküldve: 2016.11.02.

Összefoglaló: A közlemény célja, hogy áttekintse az utóbbi években egyre több területen elfogadottá váló hálózat kutatási módszerek népegészségügy területén történő alkalmazásának lehetőségeit és tapasztalatait, valamint hogy bátorítsa a szakembereket és kutatókat a módszer minél szélesebb körben való felhasználására. A bemutatott közleményeket áttekintve egyértelműnek látszik, hogy ennek az újfajta elemzési módszernek helye van a modern népegészségügyben. Az így keletkező információk fontos segítséget nyújthatnak a szakembereknek a lakosság egészségmagatartásának megértésében és ezáltal hatásos népegészségügyi beavatkozások megvalósításában.

Kulcsszavak: hálózat kutatás, rendszertudomány, összetett rendszerek, népegészségügy, viselkedésváltoztatás

Summary: The aim of this publication is to review the opportunities and experiences of using network science in the field of public health, and to encourage professionals and researchers to use this method as widely as possible. The reviewed publications prove that this new method has a place in modern public health, the results of network analyses can be used to help public health professionals to understand health behaviour more, therefore, to plan more effective public health interventions.

Keywords: network analysis, systems science, complex systems, public health, behaviour change

BEVEZETÉS

Az összetett rendszerekben (*complex systems*) nagyszámú, különböző szereplő lép kölcsönhatásba egymással és környezetükkel, amelynek következtében sokszor az eredeti hatásoktól eltérő új hatást hoznak létre.¹ Ilyen összetett rendszerként lehet értelmezni egy társadalmat, egy egészségügyi rendszert vagy akár az egyének egészséggel kapcsolatos viselkedését is.² Az ilyen rendszerek egyes aspektusainak elemzéséhez nem felelnek meg a korábban széles körben elterjedt elemzési módszerek, újfajta megközelítések szükségesek. A hagyományos megközelítések leegyszerűsítő szemléletűek, főként a

változók közötti lineáris, egyszintű kapcsolatokat vizsgálják, míg az újfajta megközelítések lehetőséget adnak a holisztikus, az elemek közötti nem-lineáris, több szinten is érvényesülő, dinamikai elemzések elvégzésére. Ilyen rendszertudományi (*systems science*) módszerek a hálózat kutatás vagy társadalmi kapcsolatháló elemzés (*social network analysis*), az ágens alapú modellezés (*agent based modeling*) és a rendszerdinamikai vizsgálat (*system dynamics*).³ Jelen közlemény fókuszában a hálózat kutatási módszer (nép)egészségügyi célú felhasználása áll, azonban elkerülhetetlen, hogy némely esetben megemlézésre kerüljenek egyéb rendszertudományi módszerekből szerzett tapasztalatok.

A HÁLÓZATKUTATÁSRÓL

A hálózat kutatás egy adott rendszer elemeit és az elemek közötti kapcsolatokat, interakciókat vizsgáló tudományterület. Ha a társadalmat alkotó egyének között kialakuló kapcsolatok, valamint azok kialakulásának következményei kerülnek vizsgálatra, szokás a módszert társadalmi kapcsolatháló elemzésnek is nevezni.⁴ Freeman 2004-es áttekintése alapján a hálózat kutatásnak négy fontos ismérve van: (1) az egész hálózati struktúrát figyelembe veszi, (2) vizsgálja, hogyan hat a hálózat szerkezete az egyén viselkedésére, (3) vizuális megjelenítést használ, (4) matematikai képletekkel leírható módszereken alapul.⁵ A hálózat kutatás egyik – a népegészségügy területén leginkább használható – területe az egyének és csoportok kapcsolatainak azok viselkedésre kifejtett hatásának vizsgálata.⁶ A hálózat kutatási szemlélet viselkedés megváltoztatásban játszott szerepének elterjedését nagyban segítette, hogy a kutatók a hagyományos módszerek segítségével nem kaptak megfelelő válaszokat az egyének magatartásának változásával kapcsolatban felvetett kérdéseikre.⁷ A módszer előnyeiről egy 2013-as hazai tanulmányban azt olvashatjuk, hogy egyre népszerűbb problémamegközelítési forma, amely „módszertanilag is a hagyományos elemzési lehetőségeknél is többet nyújt. (...) lehetővé teszi számunkra, hogy a fiatalok kapcsolati hálóját, barátait, népszerűségi szintjüket az osztályon belül mélyebben és részletesebben megismerjük (egyirányú és kétirányú kapcsolatok egyes attribútumok függvényében, stb.) (...) Ezzel a megközelítéssel vizsgálhatunk kisebb csoportokat, megfigyelhetünk különböző csoportok és egyének között zajló mechanizmusokat és összefüggéseket is.”⁸ A megfigyelt struktúrák és kapcsolatok hatásainak vizsgálata teszik a hálózat kutatást a többi módszerrel szemben különlegessé, és ez magyarázza egyre nagyobb térnyerését is.⁹ A hálózat kutatási módszerek alkalmazásának lehetősége és előnye az utóbbi években egyre több szakterületen nyert bizonyítást, nem kivétel ez alól az egészségügy területe sem.¹⁰ Bár ezen a területen a legtöbbször gyógyszerek bevezetésével és alkalmazásával, valamint ellátási kapacitások tervezésével kapcsolatban jelentek meg hálózat kutatási elemzések, a módszer népegészségügyi alkalmazásával kapcsolatban is egyre több ígéretes eredményt érnek el.

Fontos ugyanakkor megemlíteni, hogy a hálózat kutatás egyre több – gyakran inkább a társadalomtudományokhoz kapcsolódó – szakterületen való megjelenésével párhuzamosan az azzal kapcsolatos kritikus hangok is felerősödtek.¹¹ A főként szociológusok, antropológusok, pszichológusok kritikáinak középpontjában legtöbbször nem is a módszer, hanem a segítségével levont következtetések újszerűsége áll.¹² Abban egyetértenek, hogy az egyre növekvő adatmennyiség sikeres feldolgozásához a hálózat kutatáshoz hasonló újfajta módszerek szükségesek, azonban azok elemzéséhez már szoros együttműködést tartanak szükségesnek a természettudósok és társadalomtudósok között.¹³

HÁLÓZATKUTATÁS A NÉPEGÉSZSÉGÜGYBEN

Az előbb bemutatott meghatározások is egyértelművé teszik, hogy minden olyan rendszer megértésében és fejlesztésében helye van a hálózat kutatásnak, ahol az egyének viselkedése, magatartása kulcsszerepet játszik. Így nem lehet kérdéses, hogy a népegészségügy területén is hasznosítani lehet ezt az újfajta megközelítési módot. Ahogyan arra Luke és Stamatakis közleménye is felhívja a figyelmet, a népegészségügy területét számos komplex rendszer alkotja, így azok megértéséhez elengedhetetlen az újfajta, hálózattudományoknak megfelelő elemzési módszerek alkalmazása.³ Közleményük bemutatja e módszerek felhasználási lehetőségeit és kitér azok korlátaira is. Az utóbbi években számos közlemény foglalkozott részletesebben a hálózat kutatás népegészségügyi kutatásokban, fejlesztésekben betöltött szerepével. Karl Blanchet és Philip James szerint a hálózat kutatás egy olyan újfajta kutatási módszer, amely megfelelő képet biztosít a kutatóknak a népegészségügy szereplőinek kapcsolatáról és a döntéshozók abban betöltött szerepéről.¹⁴ Luke és Herris egy áttekintő közleménye alapján a hálózat kutatás három fő területen kapcsolódhat a népegészségüghöz: (1) a hálózaton belüli átvitelek (főként fertőzések és információ) megismerésén keresztül, (2) a társas hálózatok vizsgálatán keresztül, amely magában foglalja a társas támogatás és az egészségmagatartás szerepét is, (3) valamint a népegészségügyi intézményi hálózatok vizsgálatán keresztül.¹⁵ A csoportosításból is jól látható, hogy habár a területek jelentős átfedést mutathatnak, a há-

lőzat kutatási módszerekkel megválaszolható kérdések jól elkülöníthetők és célirányosak. Az áttekintés célja, hogy felhívja a népegészségügy területén dolgozó szakemberek figyelmét a hálózat kutatásban rejlő lehetőségekre és elősegítse annak széleskörű elterjedését. Mint ahogyan a szerzők említik, a hálózat kutatásnak nem szabad egy különálló, csak kevesek által értett és preferált megközelítésnek lennie, hanem egy szélesebb körben elterjedt, a szakemberek képzésébe szervesen beépített szemléletmód elterjedése a cél.

FERTŐZŐ BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSE

Az egyik legelső terület, ahol a társas kapcsolatok és az egészség (illetve betegség) összefüggésének vizsgálata egyértelműen szükségessé vált, a fertőző betegségek terjedésének megértése volt. A társas kapcsolatok hálózatos elemzése vitathatatlan szerepet játszott a fertőző betegségek terjedésének részletesebb megismerésében és így azok megelőzésének hatásosabbá tételében. A módszer előnyeiről és annak alkalmazási lehetőségeiről egy addig alig ismert fertőzés kapcsán (HIV/AIDS) már 1985-ben tanulmány készült.¹⁶ A szexuális úton terjedő betegségek – azon belül is főként a HIV/AIDS – terjedéséről, valamint a társas kapcsolatok hálózati sajátosságait felhasználó megelőzési programokról azóta is számos közlemény született.^{17,18,19} Egyéb fertőzések megértésében is bevett gyakorlattá vált a hálózat kutatási módszerek alkalmazása, mint ahogy azt például a TBC²⁰, a száj- és körömfájás²¹ vagy az influenza kapcsán lejegyezték.²² A járványügy területén azonban nemcsak a hálózat kutatás, hanem szinte valamennyi rendszertudományi módszer alkalmazása elfogadottá vált. Epstein 2009-es közleményében hívja fel a szakemberek figyelmét, hogy az ágens alapú modellezés milyen határos szerepet játszhat a fertőző betegségek (például a H1N1 járvány) megfékezésében.²³ Az ágens alapú számítógépes modellek ugyanis integrálni tudják az egyének irracionális viselkedését, a komplex társadalmi hálózatokat és a járvány terjedésének globális méretét is – az összes létfontosságú dolgot, ami a H1N1-gyel való szembeszálláshoz kell. Az ehhez hasonló szemlélet elterjedésének köszönhető, hogy 2009-ben a H1N1 járvány volt az első, amelynek terjedését és lefolyását hónapokkal a járvány tetőzése előtt háló-

zat kutatási módszerekkel előre jelezték és így fontos segítséget nyújtottak a modellek a járvány megfékezésében.²⁴ Jól látható tehát, hogy míg korábban a fertőző betegségek megelőzéséhez a térbeli modellek voltak általánosan használtak, amelyekben a fertőzés feltétele, hogy azonos fizikai térben tartózkodjanak a személyek, mára a hálózatos gondolkodás került előtérbe, amelynek legfontosabb újítása a járványok előre jelzésének lehetősége. Mint ahogyan Barabási Albert-László könyvében is olvashatjuk: „Manapság a hálózat kutatás egyik legaktívabb alkalmazási területe a járványtani előrejelzés.”²⁵

NEM FERTŐZŐ BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSE

A fejlett országok egészségadatai alapján megállapítható, hogy ezekben az országokban a legnagyobb egészségvesztéseket a nem fertőző betegségek okozzák, amelyek kialakulásában a lakosság egészségtelen magatartása játszik döntő szerepet.²⁶ Ezek jelentős része megelőzhető, vagy megjelenésük időben eltolható az egyének egészségmagatartásának megváltoztatásával. Ehhez azonban a korábban megszokottól eltérő szemléletre és gyakorlatra van szükség. Mint ahogyan azt az előzőekben is láthattuk, ez a felismert szükség volt a rendszertudományi módszerek térnyerésének egyik előmozdítója. A gyakorló szakemberek számára valószínűleg korábban is ismert volt az a jelenség, hogy egy egyén bizonyos magatartási szokásait nagyban befolyásolja a családtagok, barátok viselkedése. Ezzel kapcsolatos empirikus adatok és közlemények azonban csak az utóbbi évtizedekben, a hálózat kutatás elterjedésével váltak elérhetővé.²⁷ Az egyik legismertebb kutatás Christakis és Fowler nevéhez fűződik, akik hálózat kutatási módszerekkel vizsgálták az elhízás és a szociális kapcsolatok összefüggését, az elhízást egyfajta „fertőző járványként” azonosítva.²⁸ Vizsgálatukban a *Framingham Heart Study*-ban²⁹ résztvevő több mint 12 ezer személy testtömeg-indexének és társas kapcsolatainak alakulását vizsgálták 1971 és 2003 között. Kutatásuk főbb megállapítása volt, hogy az egyén testsúlyának alakulása szoros összefüggésben áll a hozzá közelálló személyek testtömegével. Azaz, egy személy elhízásra való kockázata 57%-kal nőtt meg, ha egy közeli barátja, és 37%-kal, ha házastársa volt elhízott. A megfigyelt hatások sokkal erőteljesebben mutatkoztak azonos neműek

esetében, mint különböző neműek esetén. Míg a barátság erőssége befolyásolta az elhízásra való kockázat kialakulását, a földrajzi elhelyezkedés nem volt hatással az egyén elhízására. Christakis és Fowler elemzésével – főként annak statisztikai megalapozottságával – kapcsolatban számos kritika is megjelent. Cohen-Cole és Fletcher³⁰ a fizikai környezet és a homofília (azaz, hogy az emberek általában velük hasonló személyekkel barátkoznak) zavaró hatására hívták fel a szerzőpáros figyelmét, míg Lyons³¹ ezeken túl a vizsgálathoz használt statisztikai modell hiányosságai alapján vonta kétségbe a levont következtetések megbízhatóságát és hívta fel a megfelelő statisztikai módszerek fontosságára a kutatók figyelmét. Az elhízás és a társas kapcsolatok összefüggéseit azonban több egymástól különálló kutatócsoport is igazolta.^{32,33,34} Mulvaney-Day és munkatársai szintén az elhízás hálózat kutatási módszerekkel történő vizsgálata kapcsán jutottak arra a megállapításra, hogy nem az egyéni szempontok, hanem a társas kapcsolatok megértése nyújthat csak megfelelő segítséget a viselkedés megváltoztatásához.³⁵ Egy 2013-ban készített kutatás a rendszertudományi szemlélet meglétét vizsgálta az elhízás visszaszorítását célzó beavatkozásokban.³⁶ Ennek ellenére, hogy az áttekintett vizsgálatok a viselkedésváltoztatás elméletére alapultak és céljaik között szerepelt a társas támogatás erősítése, alig tekintettek az egyén szintjén túl. A szerzők következtetésként levonták, hogy a társas kapcsolatok bevonása még igen elhanyagolt az elhízás megelőzésben, pedig ennek erősítése kiemelt feladat kellene, hogy legyen. Egy szintén 2013-ban készített, a gyermekkori elhízás és a rendszertudomány kapcsolatát vizsgáló áttekintés is megerősíti a rendszertudományi megközelítés szerepét az elhízás megelőzésében.³⁷ Az áttekintés szerint a gyermekkori elhízás felnőttkori következményeinek rendszertudományi eszközökkel történő modellezésétől várható, hogy a szakemberek megfelelő segítséget kaphassanak megelőző tevékenységeik fejlesztéséhez.

Az elhízással szoros kapcsolatot mutató fizikai aktivitás társas kapcsolatokkal való összefüggését is számos esetben vizsgálták, kiemelten iskoláskorúak esetében.^{38,39,40} Ilyen volt például Sawka és munkatársai serdülők fizikai aktivitását és ülő életmódját vizsgáló kutatása is.⁴¹ A hálózat kutatási szemléletet tükröző kutatás során megállapították, hogy a fizi-

kailag aktív barátok aránya összefüggést mutat az egyén fizikai aktivitásával, azaz minél több aktív barátja van egy diáknak, annál nagyobb a valószínűsége, hogy ő is fizikailag aktív lesz. A baráti kapcsolatok sűrűsége azonban az ülő életmóddal mutatott összefüggést, azaz minél sűrűbb volt egy egyén baráti hálózata, annál nagyobb volt az esélye, hogy 2 órát meghaladó ülő tevékenységet folytasson. Ezen ismeretek felhasználása fontos támogatást jelenthetnek az iskolai egészségfejlesztésben dolgozó szakemberek számára. Az iskoláskorúak esetében a legjobb barát fizikai aktivitása szorosan összefügg az egyén viselkedésével, ahogyan azt Lopes és munkatársai hálózat kutatási módszerekkel végzett vizsgálata is alátámasztja.⁴² Következtetések szerint a legjobb barát neme és kora fontos meghatározó tényezőnek bizonyul, azonban a barátság kölcsönössége nem. Hasonló megállapításra jutottak Gasell és munkatársai is 2012-es tanulmányukban, amelyben a fizikai aktivitás és a tanítás utáni barátságok kapcsolatát vizsgálták.⁴³ Kimutatták, hogy az iskolán kívüli barátság szerepe meghatározó a fizikai aktivitásban, azonban eredményeik alapján a gyermekek neme egyáltalán nem, az egyének elhízása pedig csak kis hatással volt a fizikai aktivitásra. Tanulmányukból arra lehet következtetni, hogy az egyének fizikai aktivitási szintjei befolyásolhatók a társas kapcsolataik – leginkább a közvetlen barátok – fizikai aktivitásán keresztül. Ez alapján megállapítható a hálózat alapú beavatkozások szükségessége az iskoláskorúak fizikai aktivitásának növelésében is.

Az elhízás mellett a dohányzás a leggyakoribb kockázati magatartás, amelynek kutatásában régóta használnak rendszertudományi módszereket.⁴⁴ Christakis és Fowler az elhízással kapcsolatos megfigyelésüket a dohányzással kapcsolatban is igazolták.⁴⁵ Az ugyanazon a mintán végzett vizsgálat eredményei alapján a dohányzásról való leszokás esetében is megfigyelhetők hálózati sajátosságok, azaz a házastárs dohányzásról való leszokása 67%-kal, egy közeli baráté 36%-kal, egy testvére 25%-kal növelte egy egyén ilyen jellegű viselkedését. Megállapították továbbá, hogy a leszokás legtöbbször több egyénnel összehangoltan szokott megtörténni, és hogy a dohányosok általában a társas hálózat periferiájára szorulnak. A talált összefüggésekben csak az egyének társas kapcsolata és hálózatban betöltött szerepe volt meghatározó, az függetlenek bi-

zonyult az egyének valós fizikai elhelyezkedésétől. Számos hálózat kutatási szemléletet alkalmazó kutatás készült a serdülőkori dohányzás vonatkozásában is. Ilyen például Alexander és munkatársai 2001-es kutatása, amely kimutatta, hogy kétszer nagyobb valószínűséggel lesz dohányzó az a serdülő, akinek barátai között többségben vannak a dohányosok.⁴⁶ Mandácskó és Panyik vizsgálata kimutatta, hogy a baráti körök nagysága és a népszerűség is szerepet játszik a dohányzás kialakulásában iskoláskorban, mint ahogy a diákok neme, iskolai teljesítménye, alkoholfogyasztása és az iskola képzéstípusa is.⁸ Szintén ezt a területet érintette Valente 2005-ös tanulmánya, amely a dohányzás és a népszerűség kapcsolatát vizsgálta 6.-7. osztályosok körében.⁴⁷ Eredményei alapján megállapította egyrészt, hogy a népszerűbb diákok nagyobb eséllyel válnak később dohányzóvá, másrészt, hogy az izolált diákokra is jellemzőbb a dohányzás, nemcsak azokra, akik dohányzó csoport tagjai. Ezen megfigyeléseket számos további kutatás eredményei is igazolják.^{44,48,49,50,51} A dohányzással kapcsolatban a rendszertudományi megközelítések igen széles körben használtak és elfogadottak, mint ahogyan azt az Egyesült Államokban 2007-ben kiadott összefoglaló tanulmány is bizonyítja.⁵² A tanulmány célja támogatni a rendszertudományi szemlélet elterjedését a dohányzás szabályozás területén. A kiadványban többek között kidolgozásra került egy rendszerdinamikai modell, amely azóta is a dohányzás szabályozással kapcsolatos beavatkozások kiinduló pontja, a szakpolitikai döntéshozatal támogató eszköze. Hasonló célt szolgál a 2012-ben Luke és munkatársai által kidolgozott Tobacco Town elnevezésű ágens-alapú modell is, amely az Egyesült Államokban a dohánytermékek vásárlásának visszaszorítását célzó jogszabály előkészítésében segített a tervezet hatásainak előrejelzésében és így az informált szakpolitikai döntéshozatalban.⁵³

A dohányzás mellett az alkoholfogyasztás és a kábítószer fogyasztás jellemzőit is próbálják hálózat kutatási módszerekkel vizsgálni, azonban ezekről a területekről jellegükből fakadóan sokkal kevesebb megbízható adat áll rendelkezésre. Valente és munkatársai 2004-ben meglévő dohányzási, alkohol- és drogfogyasztási adatok egy mesterségesen előállított hálózaton történő vizsgálatával próbálták felhívni az ezeken a szakterületeken dolgozó nép-

egészségügyi szakemberek figyelmét a módszer előnyeire.⁶ Korlátozott számban, de rendelkezésre állnak valós adatokat és hálózatokat elemző kutatások is,⁵⁴ több esetben ezek a drogfogyasztás és a fertőző betegségek terjedésének kapcsolatát vizsgálják.^{55,56} Lorant és munkatársai 2013-ban az egyetemisták alkoholfogyasztási szokásait vizsgálták hálózat kutatási módszerekkel és kimutatták, hogy minél inkább ki volt téve egy diák az egyetem környezeti hatásának (pl. kollégista, többedmagával lakik a kampuszon) annál nagyobb volt az esélye, hogy nagyivóvá váljon.⁵⁷ Az eredmények alapján a kutatók felhívták a szakemberek figyelmét az oktatási intézmények felelősségére az alkoholfogyasztási szokások befolyásolásában. A szerhasználat, mint kockázati tényező, szoros összefüggésben áll az egyén lelki egészségével, így az ezzel kapcsolatos jellemzők rendszertudományi vizsgálata is érdekes lehet a nem fertőző betegségek megelőzésével kapcsolatban. Bearman és Moody az öngyilkosság és barátság összefüggéseit vizsgálták serdülők körében és megállapították, hogy akinek egy barátja öngyilkosságot követett el, annál nagyobb a valószínűség, hogy ő is hasonló cselekszik.⁵⁸ Eredményeik alapján lány serdülők esetében szignifikánsan megnőtt az öngyilkos gondolatok valószínűsége, ha izolált egyénről volt szó, vagy ha a barátai nem voltak barátai egymásnak. Bearmanékkal ellentétben Christakis és Fowler — az elhízás és a dohányzás mellett — a lelki egészség egy másik aspektusát, a boldogság hálózati beágyazottságát is vizsgálta, és megállapította, hogy az egyének boldogsága szoros összefüggésben áll a közvetlen kapcsolataik boldogságával.⁵⁹ Az előzőekben bemutatott főbb kockázati magatartások mellett számtalan egyéb, a nem fertőző betegségekkel kapcsolatos területen lehet fontos szerepe a társas kapcsolatok részletesebb felderítésének és megértésének, ahogyan azt a területtel kapcsolatos közlemények egyre növekvő száma is bizonyítja.

NÉPEGÉSZSÉGÜGYI BEAVATKOZÁSOK FEJLESZTÉSE

A népegészségügyi számára kiemelten fontos a megvalósult prevenciós programok eredményének mérése és a megelőző beavatkozások hatásosságának növelése.⁶⁰ Ennek elérése érdekében számos elmélet született, amelyekről Karen Glanz és munka-

társai készítettek áttekintő jelentést.⁶¹ A jelentésben bemutatásra került egy, a többszintű beavatkozásokat részletező elmélet is, amely a környezet és a viselkedés megváltoztatásának kettőségekben látta a beavatkozások hatásosságának megoldását. Valente és Fosados 2006-os közleményében a szexuális úton terjedő betegségek megelőzését modellezve bizonyította, hogy a hálózat kutatás segítségével pontosabb és hatásosabb prevenciós beavatkozásokat lehet tervezni.⁶² Ennek eléréséhez az egyik leggyakrabban választott megoldás a véleményvezérek azonosítása és egyfajta „változás ügynökként” való felhasználása.^{63,64} Egy másik megközelítés szerint kisebb csoportok, klikkek azonosítása és közvetlen programokkal való elérése vezethet sikerre⁶⁵, míg megint más megközelítés szerint először ki kell jelölni vezéreket és körük kell építeni egy csoportot, amelynek véleményvezére lehetnek.⁶⁶ Bármelyik megközelítést is kívánják a szakemberek választani, elengedhetetlennek látszik az adott közösség társas szerkezetének feltérképezése, amelyhez a társadalmi kapcsolatháló elemzés szolgáltathatja a megfelelő módszertant. A rendszertudományi megközelítések azonban nem csak a célzottabb beavatkozások tervezésében nyújthatnak segítséget, hanem a rendelkezésre álló szűkös erőforrások elosztásában is. David Bishai és munkatársai 2014-es közleménye rendszerdinamikai modellezés segítségével vizsgálta az egészségügyi rendszer forrásallokációit egy gyógyítható és kezeléssel lerövidíthető, és egy halálos, de megelőzhető betegség vonatkozásában. Vizsgálatukkal felhívták a döntéshozók figyelmét, hogy a kuratív ellátásra fordított összegek mind pénzügyileg, mind szakpolitikailag beszűkítik a lakosság szintű megelőzési programok lehetőségeit.⁶⁷

KÖVETKEZTETÉS

Az áttekintés során igyekeztünk átfogó képet nyújtani a rendszertudományos szemlélet, a hálózatos gondolkodás népegészségügyi területen hasznosítható előnyeiről a meglévő tapasztalatok alapján. Az áttekintett közleményekből egyértelműen kitűnik, hogy az igen széles körben felhasználható rendszer-

tudományi szemlélet eddig még nem tett szert széleskörű elismerésre és nem nyert elfogadást a népegészségügyi szakemberek körében, holott a módszer és a használatához szükséges valamennyi információ mindenki számára elérhető. Ezen a helyzeten hivatott változtatni Thomas W. Valente 2010-ben megjelent kézikönyve a hálózat kutatás (nép)egészségügyi területén való alkalmazásának módszeréről. A könyv először a hálózat kutatás alapjait, a kiindulási modelleket mutatja be, majd részletes leírást tartalmaz a hálózat kutatás során alkalmazható módszerekről, majd ezek felhasználásának lehetőségeit taglalja. Célja, hogy minél több népegészségügyi szakember megismerje és használja a hálózat kutatást mindennapi munkája során.⁷ Valente kézikönyvének egyik kiinduló pontja az egészségmagatartás, a viselkedés megváltoztatásának megismerése, amelyre az utóbbi időben egyre nagyobb figyelem fordul a nemzetközi szervezetek és fejlett országok szakpolitikájában is.^{68,69} A viselkedésértés (*behaviour insight*) egy újfajta szemlélet, amely a viselkedés pszichológiai jellemzőit, mozgatórugóit tudatosan használja fel a döntéshozatal befolyásolására, a (szak)politikai célok eléréséhez.⁷⁰ Ennek hatékony műveléséhez azonban elengedhetetlen az egyének viselkedésének minél részletesebb megismerése, amelynek egyik újfajta eszköze lehet a hálózat kutatás is. Az újfajta módszerek új lehetőségeket is magukkal hoznak, amelyek elvesztegetése nehezen magyarázható és még nehezebben behozható hátrányba hozzák az adott szakterületet. Derek Yach és Chris Calitz a megelőzésben lehetséges újfajta lehetőségeket összegző közleményében is erre hívja fel a döntéshozók és a szakemberek figyelmét.⁷¹ A szerzők szerint a megelőzéssel kapcsolatos kutatásba fektetett elégtelen forrás egy elszalasztott lehetőség arra, hogy növeljük a betegségek megelőzésével kapcsolatos tudást és így közvetve a lakosság egészségét. Felhívják a figyelmet, hogy több erőforrást és figyelmet kell a megelőzésre fordítani, mert csak így csökkenthető az egészségvesztés és javítható a lakosság egészsége. Jelen áttekintés is ezt a célt hivatott szolgálni a hálózat kutatás, mint újfajta módszer és szemléletmód népegészségügyi tapasztalatainak és lehetőségeinek bemutatásával.

- ¹ Gallagher R, Appenzeller T. Beyond reductionism. *Science*, 1999; 284: 79.
- ² Csermely P. A rejtett hálózatok ereje. Vince Kiadó, 2005
- ³ Luke DA, Stamatakis KA. Systems Science Methods in Public Health: Dynamics, Networks, and Agents. *Annual Review of Public Health*, 2012; Vol. 33: 357-376. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101222
- ⁴ Roberts J. A brief introduction to social network analysis. <http://web.mit.edu/vdb/www/6.977/l-jenn.pdf> (Elérve: 2016.11.02.)
- ⁵ Freeman L. The development of social network analysis: A study in the sociology of science. Vancouver, BC, Canada: Empirical Press. 2004.
- ⁶ Valente TW, Mouttapa M, Gallaher M. Social network analysis for understanding substance abuse: A transdisciplinary perspective. *Substance Use & Misuse*, 2004; 39: 1685-1712.
- ⁷ Valente TW. *Social Networks and Health: Models, Methods, and Applications*. Oxford University Press, New York, 2010.
- ⁸ Mandácskó E, Panyik B. „Mindenki dohányzik, én miért ne tenném? Nálunk a menők cigiznek.”(Tudományos diákköri dolgozat) Corvinus Egyetem, 2013
- ⁹ Grunspan DZ, Wiggins BL, Goodreau SM. Understanding Classrooms through Social Network Analysis: A Primer for Social Network Analysis in Education Research. *CBE Life Sci Educ*, 2014; 13:167-178. doi: 10.1187/cbe.13-08-0162
- ¹⁰ Brys, Z, Buda, B, Pluhár. Hálózatok kutatás a medicinában és határterületein. *LAM*, 2012; 22: 445–449.
- ¹¹ http://www.elitmed.hu/ilam/halozatkutatas/villanosok_kritikai_reflexioban_10045/ (Elérve: 2011.11.09.)
- ¹² Buda B. Kapcsolathálózatok. *LAM*, 2011; 21(5):402-403.
- ¹³ Szántó Z, SYI. Fizikusok, bélyeggyűjtők, emberjárás-jelentők. BUKSZ, 2010.
- ¹⁴ Blanchet K, James P. How to do (or not to do)...a social network analysis in health systems research. *Health Policy Plan*, 2012; 27 (5): 438-446. doi: 10.1093/heapol/czr055
- ¹⁵ Luke DA, Harris JK. Network Analysis in Public Health: History, Methods, and Applications. *Annual Review of Public Health*, 2007; 28: 69-93. doi: 10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144132
- ¹⁶ Klodahl AS. Social networks and the spread of infectious diseases: the AIDS example. *Soc Sci Med*, 1985; 21(11): 1203-16.
- ¹⁷ Heckathorn DD, Broadhead RS, Anthony DL et al. Aids and Social Networks: HIV Prevention Through Network Mobilization. *Sociological Focus*, 1999; 32(2) doi: 10.1080/00380237.1999.10571133
- ¹⁸ Klodahl AS, Poterat JJ, Woodhouse DE et al. Social networks and infectious disease: the Colorado Springs study. *Social Science & Medicine*, 1994; 38(1):79-88. doi:10.1016/0277-9536(94) 90302-6
- ¹⁹ Bearman PS, Moody J, Stovel K. Chains of affection: the structure of adolescent romantic and sexual networks. *AJS*, 2004; 110: 44–91.
- ²⁰ Andre M, Ijaz K, Tillinghast JD et al. Transmission network analysis to complement routine tuberculosis contact investigations. *AJPH*, 2007; 97:470–477. doi: 10.2105/AJPH.2005.071936
- ²¹ Kao RR, Green DM, Johnson J et al. Disease dynamics over very different time-scales: foot- and-mouth disease and scrapie on the network of live- stock movements in the UK. *J. R. Soc. Interface*, 2007; 4: 907–916. doi:10.1098/rsif.2007.1129
- ²² Eames KTD, Webb, C, Thomas K et al. Analysing the role of contact tracing in a suspected H7N2 influenza - A outbreak in humans in Wales. *BMC Infect. Dis.*, 2010; 10: 141. doi:10.1186/1471-2334-10-141
- ²³ Epstein JM. Modelling to contain pandemics. *Nature*, 2009; 460:687 doi: 10.1038/460687a
- ²⁴ Balcan D, Hu H, Goncalves B et al. Seasonal transmission potential and activity peaks of the new influenza A(H1N1): a Monte Carlo likelihood analysis based on human mobility. *BMC Med.*, 2009; 10,7:45. doi: 10.1186/1741-7015-7-45.
- ²⁵ Barabási Albert-László. *A hálózatok tudománya*. Libri, Budapest, 2016. p.47
- ²⁶ Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century. World Health Organization 2013. p.55
- ²⁷ Hoffman B, Sussman S, Rohrbach L et al. Peer influence on adolescent smoking: A theoretical review of the literature. *Substance Use & Misuse*, 2006; 41:103-155.
- ²⁸ Christakis NA, Fowler JH. The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 Years. *N Engl J Med*, 2007; 357:370-379. doi: 10.1056/NEJMsa066082
- ²⁹ www.framinghamheartstudy.org (Elérve: 2016.11.02.)
- ³⁰ Cohen-Cole E, Fletcher JM. Detecting implausible social network effects in acne, height, and headaches: longitudinal analysis. *BMJ*, 2008. doi:10.1136/bmj.a2533
- ³¹ Lyons R. The Spread of Evidence-Poor Medicine via Flawed Social-Network Analysis. *Statistics, Politics, and Policy*, 2011. doi: 10.2202/2151-7509.1024
- ³² de la Haye K, Robins G, Mohr P et al. Obesity-related behaviors in adolescent friendship networks. *Soc Networks*, 2010; 32(3):161–167. doi: 10.1016/j.socnet.2009.09.001

- ³³ Bahr DB, Browning RC, Wyatt HR et al. Exploiting social networks to mitigate the obesity epidemic. *Obesity*, 2009; 17(4):723–728. doi: 10.1038/oby.2008.615
- ³⁴ Valente TW, Fujimoto K, Chou CP et al. Adolescent affiliations and adiposity: a social network analysis of friendships and obesity. *J Adolesc Health*, 2009; 45(2):202–204. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.01.007
- ³⁵ Mulvaney-Day N, Womack CA. Obesity, Identity and Community: Leveraging Social Networks for Behavior Change in Public Health. *Public Health Ethics*, 2009; 2(3): 250-260. doi: 10.1093/phe/php022
- ³⁶ Leroux JS, Moore S, Dubé L. Beyond the “I” in the Obesity Epidemic: A Review of Social Relational and Network Interventions on Obesity. *Journal of Obesity*, 2013. doi:10.1155/2013/348249
- ³⁷ Skinner AC, Foster EM. Systems science and childhood obesity: A systematic review and new directions. *Journal of Obesity*, 2013. doi:10.1155/2013/129193
- ³⁸ Macdonald-Wallis K, Russell J, Page AS et al. School-based friendship networks and children's physical activity: A spatial analytical approach. *Soc Sci Med*, 2011; 73(1): 6–12. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.04.018
- ³⁹ Russell J, MacDonald-Wallis K, Thompson JL et al. Better with a Buddy: Influence of Best Friends on Children's Physical Activity. *Medicine and science in sports and exercise*, 2011; 43(2):259-65. doi: 10.1249/MSS.0b013e3181edefaa
- ⁴⁰ de la Haye K, Robins G, Mohr P et al. How physical activity shapes, and is shaped by, adolescent friendships. *Social Science & Medicine*, 2011; 73,5: 719-728. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.06.023
- ⁴¹ Sawka KJ, McCormack GR, Nettel-Aguirre A et al. Associations between aspects of friendship networks, physical activity, and sedentary behaviour among adolescents. *Journal of Obesity*, 2014. doi: 10.1155/2014/632689
- ⁴² Lopes VP, Gabbard C, Rodrigues LP. Physical activity in adolescents: Examining influence of the best friend dyad. *Journal of Adolescent Health*, 2013; 52(6). doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.12.004
- ⁴³ Gesell SB, Tesdahl E, Ruchman E. The Distribution of Physical Activity in an After-school Friendship Network. *Pediatrics*, 2012; peds.2011-2567. doi: 10.1542/peds.2011-2567
- ⁴⁴ Ennett ST, Bauman KE. Peer group structure and adolescent cigarette smoking: A social network analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 1993; 34: 226-236
- ⁴⁵ Christakis NA, Fowler JH. The Collective Dynamics of Smoking in a Large Social Network. *N Engl J Med*, 2008; 358:2249-2258. doi: 10.1056/NEJMsa0706154
- ⁴⁶ Alexander C, Piazza M, Mekos D et al. Peer networks and adolescent cigarette smoking: An analysis of the national longitudinal study of adolescent health. *Journal of Adolescent Health*, 2001; 29, 22-30.
- ⁴⁷ Valente TW, Unger JB, Johnson CA. Do popular students smoke? The association between popularity and smoking among middle school students. *J Adolesc Health*, 2005; 37(4):323-9. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.10.016
- ⁴⁸ Urberg KA, Degirmencioglu SM, Pilgrim C. Close friend and group influence on adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Developmental Psychology*, 1997; 33: 834-844.
- ⁴⁹ Kirke DM. Chain reactions in adolescents' cigarette, alcohol, and drug use: Similarity through peer influence or the patterning of ties in peer networks? *Social Networks*, 2004; 26:3-28. doi: 10.1016/j.socnet.2003.12.001
- ⁵⁰ Kirke DM. Teenagers and substance use: Social networks and peer influence. Palgrave, New York, 2006.
- ⁵¹ Ennett ST, Bauman KE. The contribution of influence and selection to adolescent peer group homogeneity: The case of adolescent cigarette smoking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994; 67:653-663. doi: 10.1037/0022-3514.67.4.653
- ⁵² Best A, Clark PI, Leischow SJ et al. (eds.) Greater than the Sum: Systems Thinking in Tobacco Control. . National Cancer Institute. 2007. (http://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/18/m18_complete.pdf Elérve: 2016.11.02.)
- ⁵³ Luke DA. Systems Science & Tobacco control - Bringing it all together (Tobacco Town) 2012 <http://studylib.net/doc/11669812/systems-science-andamp%3B-tobacco-control-bringing-it-all-tog...> (Elérve:2016.11.01.)
- ⁵⁴ Windle, M. Parental, sibling, and peer influences on adolescent substance use and alcohol problems. *Applied Developmental Science*, 2000; 4:98-110. doi: 10.1207/S1532480XADS0402_5
- ⁵⁵ Neaigus A, Friedman SR, Curtis R et al. The relevance of drug injectors' social and risk networks for understanding and preventing HIV infection. *Social Science & Medicine*, 1994; 38:67-78.
- ⁵⁶ Friedman SR, Jose B, Deren S et al. Risk factors for HIV seroconversion among out-of-treatment drug injectors in high- and low-seroprevalence cities. *American Journal of Epidemiology*, 1995; 142: 864-874.
- ⁵⁷ Lorant V, Nicaise P, Soto VE et al. Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles. *BMC Public Health*, 2013; 13:615. doi: 10.1186/1471-2458-13-615
- ⁵⁸ Bearman, PS, Moody J. Suicide and friendships among American adolescents. *American Journal of Public Health*, 2004; 94:89-95.
- ⁵⁹ Fowler JH, Christakis NA. Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *BMJ*, 2008; 337. doi: 10.1136/bmj.a2338
- ⁶⁰ Retrum JH, Chapman CL, Varda DM. Implications of Network Structure on Public Health Collaboratives. *Health Educ Behav*, 2013; 40:13S-23S. doi: 10.1177/1090198113492759

⁶¹ Rimer B, Glanz K. Theory at a Glance. A Guide For Health Promotion Practice (2nd Edition). National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services. 2005

⁶² Valente TW, Fosados R. Diffusion of innovations and network segmentation: The part played by people in the promotion of health. *Journal of Sexually Transmitted Diseases*, 2006; 33:S23-S31. doi: 10.1097/01.olq.0000221018.32533.6d

⁶³ Lomas J, Enkin M, Anderson GM et al. Opinion leaders vs. audit feedback to implement practice guidelines: Delivery after previous cesarean section. *Journal of American Medical Association*, 1991; 265: 2202-2207.

⁶⁴ Valente TW, Pumpuang P. Identifying opinion leaders to promote behavior change. *Health Education & Behavior*, 2007; 34:881-896. doi: 10.1177/1090198106297855

⁶⁵ Buller DB, Morrill C, Taren D et al. Randomized trial testing the effect of a peer education at increasing fruit and vegetable intake. *Journal of the National Cancer Institute*, 1999; 91:1491-1500.

⁶⁶ Valente TW, Davis RL. Accelerating the diffusion of innovations using opinion leaders. *The Annals of the American Academy of the Political and Social Sciences*, 1999; 566: 55-67. doi: 10.1177/000271629956600105

⁶⁷ Bishai D, Paina L, Li Q et al. Advancing the application of systems thinking in health: why cure crowds out prevention. *Health Research Policy and Systems*, 2014; 12:28.

⁶⁸ OECD Applications of Complexity Science for Public Policy: New Tools for Finding Unanticipated Consequences and Unrealized Opportunities. 2009. (<https://www.oecd.org/science/sci-tech/43891980.pdf> Elérve: 2016.11.02.)

⁶⁹ Lourenço JS, Ciriolo E, Almeida SR et al. Behavioural insights applied to policy: European Report 2016. EUR 27726 EN; doi:10.2760/903938

⁷⁰ Taller Á, Csizmadia P. Viselkedésértés - A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásában. *Egészségfejlesztés*, 2016; 57(2): 55-61.

⁷¹ Yach D, Calitz C. New Opportunities in the Changing Landscape of Prevention. *JAMA*, 2014; 312(8):791-792. doi: 10.1001/jama.2014.8900

A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma

Bullying as a public health issue

Szerzők: Várnai Dóra, Zsíros Emese, Németh Ágnes ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.11.07.

Összefoglaló: A kortársbántalmazás az iskolában vagy kortárs közösségekben gyakran előforduló jelenség, fontos ismérve a szándékosság, az ismétlődés és az egyenlőtlen erőviszonyok. Magyar nyelven nincs megfelelő fordítása a bullying szónak, mely számos módszertani kérdést vet fel. Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (HBSC) című nemzetközi kutatás keretein belül kvalitatív módszerrel validációs vizsgálatot végeztünk iskoláskorúak körében, hogy megismerjük a fogalommal kapcsolatos tanulói értelmezéseket. A különböző nagymintás vizsgálatok (pl. HBSC, ESPAD, Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet vizsgálata) némileg eltérő prevalencia értékeket találtak a vizsgálat fókuszától, az alkalmazott módszertantól és a bevont célcsoportoktól függően: a rendszeres bántalmazottság aránya 5-15% között mozog. Ennél jóval magasabb az alkalmanként, illetve a nem közvetlenül, hanem szemtanúként, megfigyelőként érintett tanulók aránya. A bullyingban való érintettség hatással van az egészségre: mind az áldozatok, mind az elkövetők rizikócsoportnak tekinthetők elsősorban a mentális problémák szempontjából. A legrosszabb pszichológiai mutatókkal azonban a bántalmazó-áldozatok csoportja rendelkezik. A hatások nemcsak aktuálisan, hanem a fiatal felnőttkorban és a felnőttkorban is érzékelhetőek. A vizsgálatok mellett számos prevenció kezdeményezés is zajlik hazánkban.

Kulcsszavak: kortársbántalmazás, bullying, HBSC, ESPAD, antibullying program

Summary: Bullying is a widespread phenomena in schools and peer groups. Its main characteristics are intentionality, repeatedness and power imbalance. There is no proper Hungarian translation for the word bullying that implies some methodological concerns. Within the frame of the Health Behaviour in School Aged Children Study a qualitative validation study was carried out in students' focus groups to assess their concepts and interpretation of bullying. Different large scale studies (e.g. HBSC, ESPAD or a national study led by the Educational Research and Development Institute) found somewhat different prevalence of bullying depending on the focus of the data collection, the applied methodology and the involved target groups: the prevalence of chronic victimization was found to be between 5% and 15%. The prevalence of occasional victimization and the involvement as a bystander is even higher. Bullying involvement has a strong impact on health: both victims and bullies have higher risk of mental health problems. The highest risk of psychological symptoms is in the bully-victims. The health impact is not only temporary, it effects both young adulthood and adulthood as well. Besides data collections, several prevention initiations are taking place too in Hungary.

Keywords: peer violence, bullying, HBSC, ESPAD, antibullying program

BEVEZETÉS

Az elmúlt évtizedekben az iskolai vagy kortársbántalmazás jelensége élénk tudományos és társadalmi érdeklődést váltott ki.¹ A kortársbántalmazás (vagy *bullying*) egy másik személy feletti agresszív hatalomgyakorlás.^{2,1} Fontos ismérve, hogy szándékos, ismétlődő jelenség, valamint az elkövető és az áldozat közötti egyenlőtlen erőviszony jellemzi. Az áldozat általában védtelen a bántalmazással szemben, ezért stresszt, negatív érzéseket élhet át.^{3,4} Az ismételt bántalmazás során a hatalmi viszonyok rögzülnek: a bántalmazó hatalma nő, az áldozaté pedig csökken. A kortársbántalmazásnak számos formája van: leggyakrabban fizikai, verbális, kapcsolati, illetve online típusról beszélhetünk. Ez utóbbit meghatározhatjuk úgy, mint az internet vagy más digitális technológiák használata mások zaklatására, a többi bántalmazásformával részben átfedő jelenség.⁵

Bullying minden iskolában előfordulhat, gyakorisága, valamint az érintettekre való következményei alapján multiszektorális, a gyermekek jóllétét befolyásoló, népegészségügyi problémának tekinthető. Ennek ellenére viszonylag keveset hallunk a kortársbántalmazásról népegészségügyi vonatkozásban, az iskolai prevenciók kínálatban kevés antibullying program szerepel. A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézethez, az elmúlt években szakmai ajánlás minősítésére benyújtott programok között a bántalmazás megelőzésére irányuló önálló program egyáltalán nem szerepelt, komplex tevékenység részeként is csak néhány esetben.

Jelen tanulmányunkban az iskolai kortársbántalmazás fogalmát, előfordulását, egészségre gyakorolt hatását és a prevenció legfontosabb szempontjait mutatjuk be azzal a céllal, hogy a kortársbántalmazás problematikáját beemeljük a népegészségügy célterületei és feladatai közé. Fontosnak tartjuk a tradicionális (*face-to-face*) bullying és a *cyberbullying* (internetes bántalmazás) jelenségeinek, valamint a kettő közti átfedések ismeretét, ugyanakkor terjedelmi okok miatt jelen írásunkban csak a hagyományos osztálytermi bántalmazással

foglalkozunk, az internetes bántalmazásról később közlünk ismertetést.

A BULLYING SZÓ HASZNÁLATA

A jelenséget először skandináv nyelvterületen kezdték el kutatni, és itt fejlesztették ki a leghatékonyabb prevenciók programokat is, a tudományos kutatás pedig legnagyobb részben angol nyelven folyik.^{6,7} A bullying szó magyarra fordítása nehézkes: a különböző hazai kutatócsoportok eltérő kifejezéseket használnak a jelenség leírására (pl. zaklatás, basáskodás, bántalmazás). Ehhez képest is eltérő a diákok nyelvhasználata.⁸ A bullying kifejezéssel kapcsolatos értelmezési problémákat kvalitatív adatgyűjtés keretében vizsgáltuk. Az úgynevezett bullying validációs vizsgálat protokollját az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása (*Health Behaviour in School Aged Children*, röviden HBSC) kutatás nemzetközi kutatócsoportjának „*Violence and Injury Prevention Group*”ⁱⁱ nevű fókuszcsoporthoz állította össze.⁹ A fókuszcsoporthoz tartozó 130, 5-9-es tanuló vett részt, 14 fiú-, lány- illetve többségében vegyes csoportban. A csoportmoderátorok előzetesen felkészített egyetemi hallgatók voltak, akik az ország különböző pontjain lévő, általuk ismert általános- vagy középiskolában vették fel az adatokat. A tanulócsoportokban az iskolások szógyűjtéseket végeztek, nyitott kérdésekre válaszoltak. A moderátor-hallgatók írásos jegyzeteket készítettek a beszélgetésekről. A feldolgozott válaszok alapján a diákok 73 különböző kifejezést használtak a kortársbántalmazás jelenségére - legtöbbször a csúfolódás, zaklatás, kiközösítés, verés, fenyegetés, sértés szavakat. A szavak között előfordultak a fizikai és lelki bántalmazás szinonimái, bűncselekményekre, szexuális bűncselekményre utaló kifejezések és érzelmi állapotok megfogalmazásai.⁸

Az Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet (OFI) vizsgálata szintén megkísérelte felderíteni, hogy milyen nyelvi formákat használnak a magyar diákok a zaklatás körébe tartozó viselkedés leírására.¹⁰ A diákok legnagyobb gyakorisággal a következő szavakat je-

ⁱ A kortársbántalmazás (vagy bullying) nemcsak iskolai környezetben fordulhat elő, de a jelen tanulmányban illetve az itt bemutatott vizsgálatban kortársbántalmazás alatt a tanulók (iskolátársak, osztálytársak) egymás közt előforduló bántását, zaklatását értjük.

ⁱⁱ Erőszak és Sérülés-megelőzés Fókuszcsoporthoz (HBSC Nemzetközi Kutatócsoport)

lőtték meg a bántalmazás szinonimájaként: sértegetés, erőszakoskodás, zaklatás, lealázás, terrorizálás. A szóhasználatlalt kapcsolatos bizonytalanságok nehezítik a kutatások tervezését, a szakmai párbeszédet és a kortársbántalmazásról való egységes gondolkodást.

A BULLYING PREVALENCIÁJA

Az UNICEFⁱⁱⁱ 2013-as jelentésében, a vizsgált 29 fejlett országban a résztvevő tanulók 11-53%-át legalább egyszer bántották már társai az adatfelvételt megelőző hónapokban.¹¹ Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása nemzetközi vizsgálat 2014-es adatai alapján a vizsgálatba bevont 42 országban a tanulók 1–36%-a legalább kétszer bántott másokat az adatfelvételt megelőző hónapokban.¹² Minden összehasonlító tanulmány (így a fent említett kutatások) eredménye szerint, a gyakoriságban nagy különbségek vannak nemzetek, régiók és iskolák között. Az eltéréseket kulturális különbségek is magyarázhatják, illetve a bullying szó jelentése és konnotációja változhat különböző nyelvekben.¹³

Az alábbiakban az elmúlt években zajlott nagymintás iskolai vizsgálatok bullying prevalencia értékeit szeretnénk bemutatni. Ezekben a felmérésekben kérdőíves módszerrel vizsgálták a bántalmazás elterjedtségét. Felhívánk a figyelmet arra, hogy a bullying gyakorisága nemcsak országokként, hanem a kutatás fókuszára, az alkalmazott módszer és az adatforrások szerint is különbségeket mutat.⁸

A kérdőíves eljárás egyik nehézsége, hogy amint fent is említettük, a magyar nyelvben nincs egységes, mindenki által elfogadott szó a kortársbántalmazásra, ezért nem lehetünk biztosak abban, hogy a megkérdezettek ugyanúgy értelmezik a bullyinggal kapcsolatos kérdéseket. Az adatgyűjtés szempontjából az egyik lehetőség, hogy mielőtt rákérdezzünk az áldozattá válás vagy bántalmazás elkövetésének gyakoriságára, pontos definíciót adunk a válaszadóknak arra vonatkozóan, hogyan értel-

mezzék a kortársbántalmazást. Ezt a módszert alkalmazza az Iskoláskorúak Egészségmagatartása Kutatás, és ennek módszertanát követi az ESPAD^{iv} kutatás is.^{9,14} A másik megközelítés szerint inkább listát készítenek a kortársbántalmazás különböző megnyilvánulásairól, és azok bekövetkezését kell megítélniük a válaszadóknak.¹⁵

1. Az Iskoláskorúak Egészségmagatartása Kutatás^v

Az Iskoláskorú Gyermekek Egészségmagatartása nemzetközi kutatás az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben folyik már több mint harminc éve, jelenleg 44 ország (köztünk hazánk) részvételével.⁹ A kutatás legfőbb célja, hogy feltérképezze a serdülőkorú ifjúság egészségi állapotát és egészséget meghatározó szokásait, vagyis egészségmagatartását, valamint mindezeket kontextusban értelmezze. A vizsgálat keretében a legutóbbi országosan reprezentatív adatgyűjtés 2014-ben zajlott le az 5., 7., 9. és 11. osztályos diákok körében. A tisztított, statisztikailag feldolgozott mintanagyság 6 153 fő. A minta a korábbi évekhez hasonlóan rétegzett mintavételi eljárással készült az országos reprezentativitás (minden iskola- és településtípus, valamint minden földrajzi régió megfelelő arányú képviselése) érdekében. Az adatok elemzésébe csak a legutóbbi felmérés adatait vontuk be. A kutatás során iskolai tanórák keretében, anonim, kérdőíves adatgyűjtést végeztünk.

A kortársbántalmazás^{vi} meghatározása után két kérdésünk vonatkozott annak, az iskolában zajló elmúlt néhány hónapban történő előfordulására és gyakoriságára:

- Az elmúlt néhány hónapban milyen gyakran bántalmaztak így téged az iskolában? (Lehetséges válaszok: Az elmúlt hónapokban egyszer sem bántalmaztak az iskolában / Előfordult 1-2-szer / Havonta 2-3-szor / Kb. hetente / Hetente többször is.)

ⁱⁱⁱ UNICEF: United Nations Children's Emergency Fund - Egyesült Nemzetek Nemzetközi Gyermek Gyorsségélyalapja

^{iv} ESPAD: European School Survey on Alcohol and other Drugs - Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól

^v Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, HBSC kutatócsoport, kapcsolattartó: Várnai Dóra, varnai.dora@nefi.hu

^{vi} A kortársbántalmazás fogalmát meghatároztuk a tanulók számára: Akkor mondjuk, hogy egy tanulót bántalmaznak, ha egy másik tanuló vagy tanulók egy csoportja durva és kellemetlen dolgokat mond neki vagy tesz vele. Az is bántalmazás, ha ismétlődően bántóan gúnyolnak, ugratnak valakit vagy szándékosan kihagyják dolgokból. Nem számít bántalmazásnak, ha két kb. egyformán erős fiatal vitatkozik, vagy verekszik, vagy ha barátságosan, játékosan ugratják egymást.

- Az elmúlt néhány hónapban te milyen gyakran vettél részt tanulótársaid bántalmazásában? (Lehetséges válaszok: Az elmúlt hónapokban egyszer sem vettem részt mások bántalmazásában / Előfordult 1-2-szer / Havonta 2-3-szor / Kb. hetente / Hetente többször is).

Az eredmények szerint a diákok legnagyobb része, 75%-a egyszer sem vált kortársbántalmazás áldozatává, 17,3%-ával ez egyszer-kétszer, 2,6%-ával pedig havonta 2-3 alkalommal megtörtént. A rendszeres (hetente vagy hetente többször bekövetkező) áldozattá válás aránya a mintában 5,1%. [1. ábra]

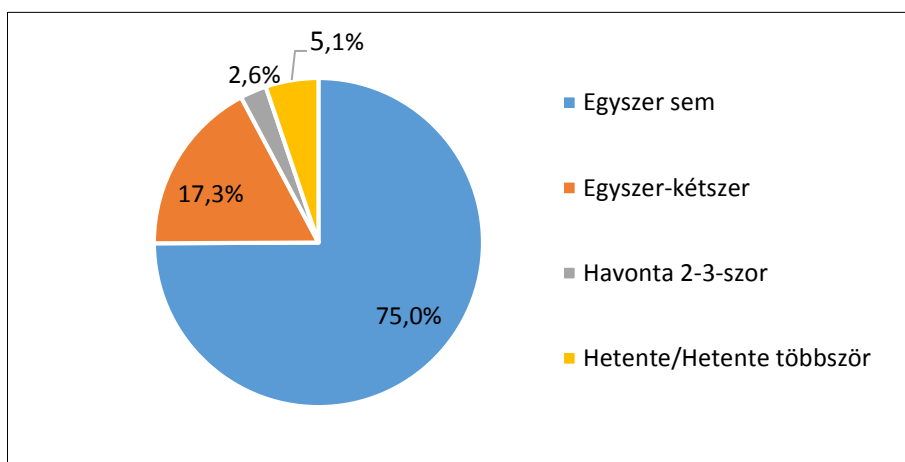
A fiúk és a lányok áldozattá válásának gyakoriságában nincs szignifikáns különbség. [2. ábra]

A bántalmazás elkövetését tekintve a tanulók háromnegyede (76,9%) egyszer sem bántott másokat. A válaszadók közel egy ötöde egyszer-kétszer bántott másokat, 1,7%-uk havonta 2-3 alkalommal tett így. A rendszeres (hetente vagy hetente több alkalommal előforduló) bántalmazás aránya a mintában 3%. [3. ábra]

A fiúkhoz képest a lányok közt szignifikánsan magasabb azoknak az aránya, akik egyszer sem vettek részt bántalmazásban. A fiúk körében a bántalmazásban részt vevők (elkövetők) aránya minden gyakorisági kategóriában magasabb. [4. ábra]

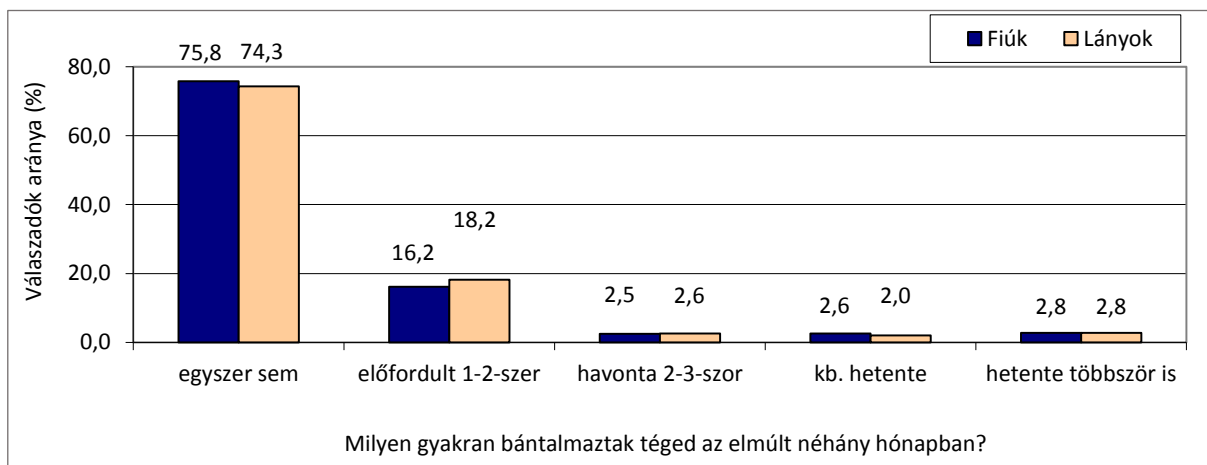
A gyakorisági eloszlás felhasználásával a bántalmazásban való érintettség négy típusát határoztuk meg. Elkövetőnek tekintettük azokat, akik másokat legalább egyszer-kétszer bántalmaztak, de őket nem bántalmazták, arányuk a mintában 12,2%. Áldozatnak számítanak, akiket legalább egyszer-kétszer zaklattak, de ők senkit sem bántalmaztak (14,2%). Elkövető-áldozat az olyan tanuló, akit legalább egyszer-kétszer bántalmaztak és ő is legalább egy-két alkalommal részt vett tanulótársai zaklatásában. Ez a diákok 10,8%-ra igaz. A bántalmazásban (közvetlenül) nem érintettek, akik másokat sem bántalmaztak és őket sem bántották egyszer sem. Az adatok alapján a tanulók közel kétharmada közvetlenül nem érintett (ez vagy azt jelenti, hogy az adott közösségben nincs bántalmazás, illetve nem tudnak róla; vagy azt, hogy bár nem közvetlenül érintettek, de bántalmazás passzív szemtanúi). [5. ábra]

1. ábra: Az áldozattá válás gyakorisága HBSC adatok alapján (N=6046)



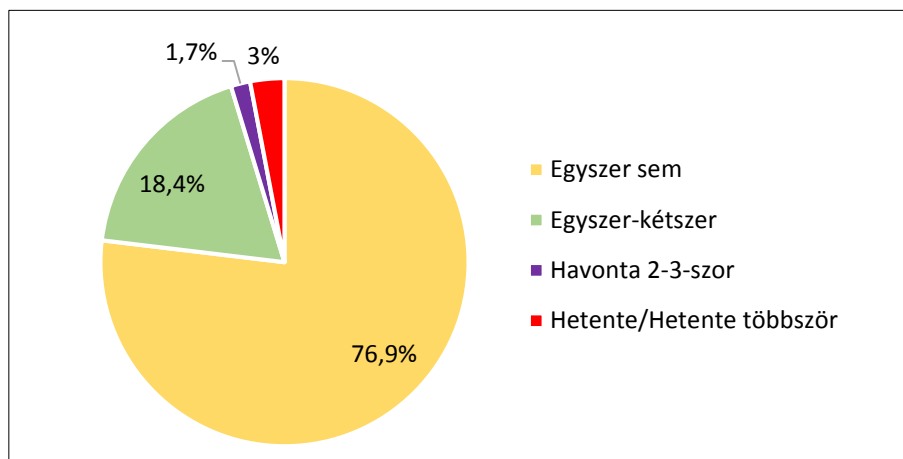
Forrás: Iskoláskorúak Egészségmagatartása Kutatás

2. ábra: A bántalmazottság gyakorisága nem szerint az 5–11. osztályos tanulók körében (N=6038)



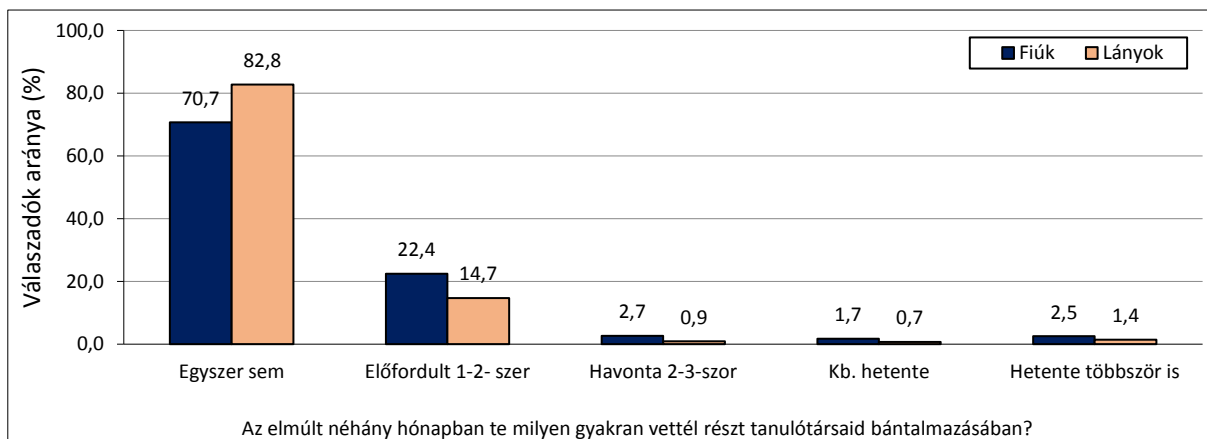
Forrás: Iskoláskorúak Egészségmagatartása Kutatás

3. ábra: Bántalmazás elkövetése HBSC adatok alapján (N=6036)



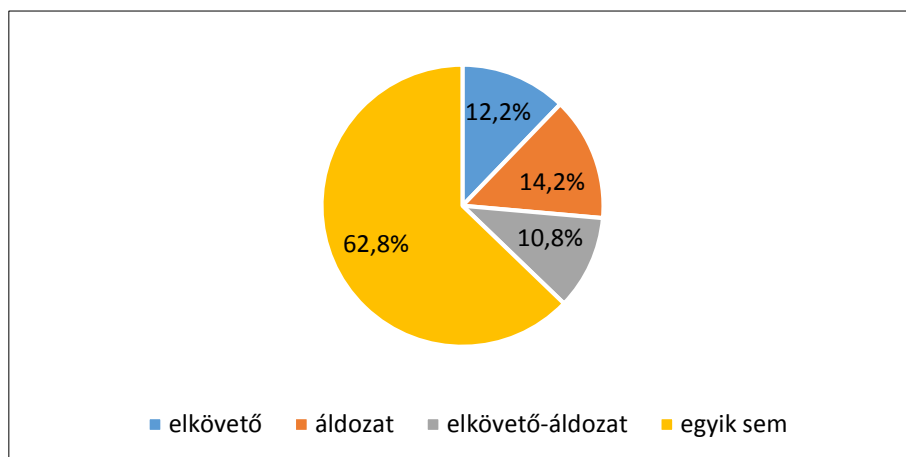
Forrás: Iskoláskorúak Egészségmagatartása Kutatás

4. ábra: A bántalmazásban való részvétel gyakorisága nem szerint az 5–11. osztályos tanulók körében (N=6042)



Forrás: Iskoláskorúak Egészségmagatartása Kutatás

5. ábra: Kortársbántalmazásban való érintettség típusainak megoszlása (N = 6014)



Forrás: Iskoláskorúak Egészségmagatartása Kutatás

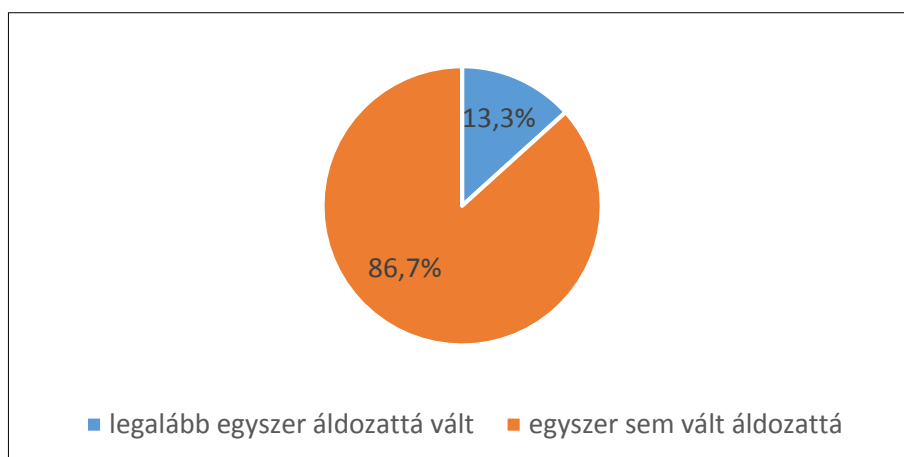
2. Az ESPAD vizsgálat

Az ESPAD vizsgálat fókuszja a szerhasználat.¹⁴ A kutatás országosan reprezentatív, célcsoportja az adatfelvétel évében 16. életévüket betöltő, iskolában tanuló fiatalok. A teljes mintanagyság a legutóbbi, 2015-ös adatfelvételkor 6 664 fő volt. Bár a kutatás kérdéseinek többsége a szerhasználattal kapcsolatos, az adatfelvétel során a 2014. évi HBSC kutatásban használt iskolai bántalmazásra vonat-

kozó kérdésblokk néhány kérdését is feltették a tanulóknak.¹⁴

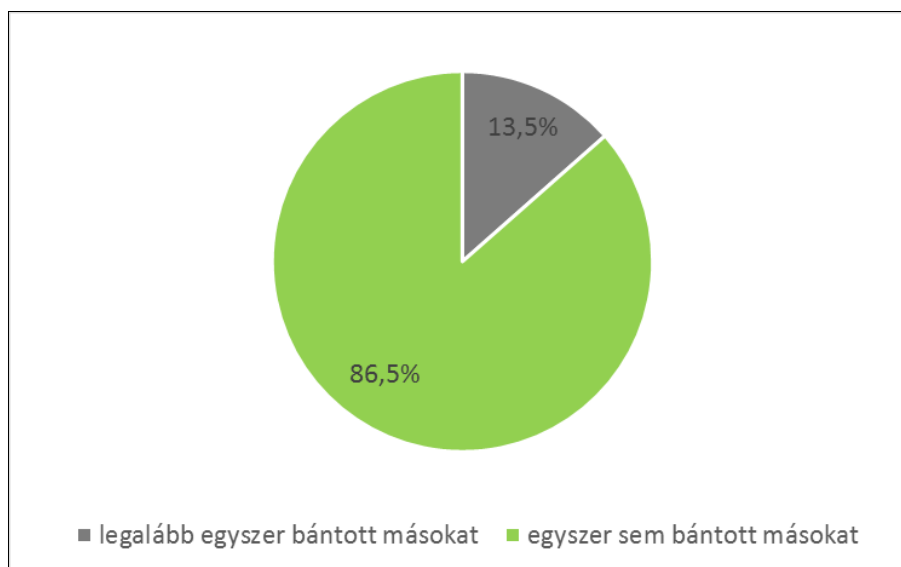
Az eredmények szerint a diákok 13,3% válaszolta azt, hogy az elmúlt néhány hónapban előfordult, bántalmazták őt az iskolában valamilyen gyakorisággal. Többségük 1-2 ilyen alkalmat említett. [6. ábra] Nagyon hasonlóak mások bántalmazásának arányai: a diákok 13,5%-a legalább egyszer bántott másokat. [7. ábra]

6. ábra: Áldozattá vált tanulók aránya az ESPAD vizsgálatban (N=6664)



Forrás: Iskoláskorúak Egészségmagatartása Kutatás

7. ábra: Másokat bántalmazó tanulók aránya az ESPAD vizsgálatban (N=6664)



Forrás: Iskoláskorúak Egészségmagatartása Kutatás

3 „Az Iskolai agresszió, online és hagyományos zaklatás vizsgálata az iskolai közérzet alakulásával és az alkalmazott pedagógiai és konfliktuskezelési eszközökkel összefüggésben” című kutatásról

A kutatás, az Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet 5-8. osztályos általános iskolások részvételével zajló, kifejezetten a bullying feltárására tervezett vizsgálata.^{10,15} Az adatfelvétel online történt 2015-ben, reprezentatív mintavétellel, a teljes mintanagyság 2 960-3 000 fő közötti volt. A felmérés módszertanában eltér a HBSC és ESPAD kutatásoktól: nem alkalmazza a kortársbántalmazás definícióját, hanem 13 eseményt sorol fel, amelyek között a zaklatás tipikus eseményei jelennek meg, valamint adatforrásként a diákok mellett a tanárok is szerepelnek. A HBSC vizsgálatban használt bántalmazás gyakoriságára vonatkozó kérdés szerepel a kérdőívben, de csak az 1-2-szer előforduló bántalmazásnál gyakoribb választ tekintették kortársbántalmazásnak. Bár erről a kutatásról a rögzített, nemzetközi módszertanú kutatásokhoz hasonló jelentés (illetve az alkalmazott kérdőív) nem áll rendelkezésre, a legfontosabb hozzáférhető adatokat, az elérhető tanulmány alapján bemutatjuk.

Eredményeik szerint a diákok által leggyakoribbnak jelzett bántalmazástípus előfordulása a következőképpen alakul: a válaszadók 32,2%-ával nem fordult elő bántalmazás, 36,7%-ukkal egyszer-kétszer, 16%-uk néhányszor, 5,3%-uk hetente, 9,9%-uk pedig hetente többször vált áldozattá.¹⁰ Vagyis a HBSC kutatásban alkalmazott kritériumrendszerénél szigorúbb feltételek szerint is a diákok 15%-a tekinthető bántalmazottnak. A nemzetközi eredményekkel összehangban ebből a kutatásból is az derült ki, hogy a tanárok jelentősen alábecsülik a zaklatás gyakoriságát, ugyanakkor a konkrét eseményeket súlyosabbnak ítélik, mint a diákok.¹⁰

A BULLYING EGÉSZSÉGRE GYAKOROLT HATÁSAI

A bántalmazás egyik lehetséges értelmezési kerete az úgynevezett ökológiai modell, mely szerint individuális, családi, iskolai-társas, társadalmi és kulturális tényezők komplexen hatnak a gyermekek viselkedésére és bántalmazásban való érintettségére.¹⁶ Minden szinten számos, a bántalmazást befolyásoló tényező vizsgálatára terveztek kutatásokat, elemzéseket. Első körben számos individuális tényezővel - így az egyén egészségével - is kapcsolatot mutat a

kortársbántalmazás, bár esetenként nehéz eldönteni az ok-okozati összefüggés irányát.

ÁLDOZATOK

A kortárs bántalmazás áldozatai általában visszahúzódoak, esetükben előfordulhat depresszió, szorongás (ami szélsőséges esetben öngyilkossággal is végződhet), illetve változatos iskolai problémák, például a társak elutasítása, alacsony iskolai teljesítmény, és hiányzás.^{3,17} A bántalmazott gyermekek nehezebben barátkoznak, az áldozattá válás összefügg a magányossággal, pszichoszomatikus tünetekkel, alacsonyabb önértékeléssel, kedvezőtlenebb testképpel, valamint gyakoribb szerfogyasztással.^{18,19,20,21} Egy korábbi HBSC vizsgálat adatainak elemzése során azt találtuk, hogy a BMI alapján alultáplált vagy elhízott tanulók arányai nem különböznek a bántalmazásban való érintettség kategóriái szerint, az áldozatok között nincsen több kövér vagy sovány diák, mint az egyéb csoportokban.²⁰ Ugyanakkor a szubjektív testtömeget tekintve azt találjuk, hogy a bántalmazottak és a bántalmazó-áldozatok között a legkisebb a saját tömegüket megfelelőnek tartók aránya, és a legmagasabb az önmagukat kövérnek vagy soványnak tartók aránya. Ez azért is érdekes, mert - ahogy már említettük - az objektív tápláltsági állapot ezt nem támasztja alá. A testtel kapcsolatos elégedettség csökkenti a bántalmazottá, illetve bántalmazó-áldozattá válás valószínűségét fiúk és lányok esetében is.²⁰ A bántalmazásnak kitett tanulók esetében ugyanakkor valószínűbb a fizikai inaktivitás.²²

A kortársbántalmazásnak nemcsak rövid távú következményei vannak az áldozatok jóllétére. Követéses vizsgálatokban azt találták, hogy a gyermekkorban elszenvedett kortársbántalmazás összefügg a felnőttként diagnosztizált pszichopatológiai problémákkal, depresszióval, alacsony önértékeléssel, valamint felnőttkorban a mentális egészségügyi ellátás igénybevételével.^{3,23,24,25} A gyermek- vagy fiatal korban bántalmazottak felnőtt férfiként gyakrabban szenvednek pszichoszociális és szexuális kapcsolati zavarokban (pl. nagyfokú gátlátosság).²⁶ Extrém esetben az áldozatok bosszút állhatnak az elkövetőn, ami emberölésig is fajulhat.²⁷ A korábbi áldozatok szülőként túlreagálhatják a gyermeküket érő társas ingereket, meggátolva ezzel, hogy a gyerekek

kialakítsák a megfelelő problémamegoldó készségeket.²⁸

BÁNTALMAZÓK

Az iskolai kortársbántalmazásnak nemcsak az áldozatai, de az elkövetői is rizikócsoportnak számítanak az egészség szempontjából. A bántalmazókra szintén gyakrabban jellemzőek mentális egészségügyi problémák, leggyakrabban figyelemzavar, depresszió, oppozíciós viselkedészavar, hiperaktivitás.^{29,30} A bántalmazók körében magasabb a kockázat olyan egészségkárosító magatartásokra, mint a dohányzás, a nagyívás, a szerhasználat, a verekedés, illetve ennek következtében szerzett sérülés.^{18,31,32} Az iskolai bántalmazás és a drogfogyasztás összefüggéseit vizsgálva látható, hogy inkább az elkövetőkre jellemző a szerfogyasztás, különösen a designer drogok használata. Ugyanakkor, míg a tiltott és a designer drogok esetén az elkövetők körében többszörös a szerhasználat prevalenciája az áldozatok szerfogyasztásához képest, addig a legális szerek esetén a különbség lényegesen kisebb.¹⁴

A másokat bántalmazó gyermekek szüleikkel való kapcsolatukat kevésbé bensőségesnek írják le, és nem kedvelik az iskolájukat sem.³³ Hatalomgyakorlás és erőszak alkalmazása kortárs helyzetekben (úgynevezett játszótéri zaklatás) előrejelzője lehet a későbbi szexuális zaklatásnak, házastársi erőszaknak, gyermekek és idősek bántalmazásának és egyéb deviáns viselkedésformáknak (pl. közlekedési kihágás, súlyos munkahelyi konfliktusok).^{34,35,36} Követéses vizsgálatok eredményei szerint a bántalmazók gyermekei is nagyobb eséllyel válnak majd bántalmazóvá.²⁷

BÁNTALMAZÓ-ÁLDOZATOK

A kedvezőtlen egészségre gyakorolt hatások szempontjából a bántalmazást egy személyben elkövető, illetve elszenvedő, azaz a bántalmazó-áldozatok csoportja a leginkább veszélyeztetett. A legtöbb elkövető-áldozat alacsony önértékelésű, negatív az énképe, esetükben jellemzőbb az oppozíciós viselkedészavar, a depresszió és figyelemzavar.³⁰ Az elkövető-áldozatoknál az oppozíciós viselkedészavar és depresszió gyakoribb, mint a csak elkövető gye-

rekeknél. Esetükben jellemzőbb a szorongás, az evészavarok és a társuló mentális problémák, mint akár az elkövető, akár az áldozat gyerekeknél.³¹

Az iskolában zajló kortársbántalmazásra a diákok többsége felfigyel, sőt szemtanúja is annak. Mivel az elkövetőt gyakran a csoportban betöltött magasabb státusz és domináns pozíció elérése motiválja, szüksége van közönségre, amely erősíti figyelmével. Bár a jelenségben a mindkét oldalról érintett elkövető-áldozat típus a leginkább veszélyeztetett, nemzetközi és hazai kutatások azt is igazolták, hogy a kortársbántalmazás az áldozat- vagy elkövető-szerepben lévő tanulók és a szemtanúk egészségmutatóira is károsan hat.^{37,38}

A fent említett összefüggések mellett meg kell jegyeznünk, hogy a bullying számos családi, iskolai és tágabb tényezővel kapcsolatot mutat, amelyekre jelen tanulmányunkban csak említés szintjén térünk ki. A családi változók közül, például a családszerkezet szignifikáns kapcsolatot mutat a bántalmazással: mind a bántalmazottak, mind a bántalmazók jellemzően csonka családban élnek. A legnagyobb megóvó ereje pedig a teljes családnak van.¹⁴ Számos bizonyíték mutat arra, hogy az olyan tényezőknek, mint az iskola klímája, az iskola megítélése, a diákok, a tanárok jellemzői és bántalmazáshoz való attitűdje erős kapcsolatot mutatnak az iskolában előforduló bántalmazás gyakoriságával.^{34,20,39,40,41}

A társadalmi-kulturális tényezők közül markáns vonalat képvisel a médiafogyasztási szokások és az iskolai bántalmazás összefüggéseinek feltárása.⁴² Ugyanakkor az az elképzelés is népszerű, hogy az elkövetőket és áldozatokat a szocio-ökonómiai különbségek „termelik ki”. Ezen a területen is találunk ellentmondásos adatokat. A HBSC vizsgálatban a legutóbbi adatgyűjtésben részt vevő 42 ország adatait elemezve azt találták, hogy néhány országban és régióban az áldozattá válás összefügg a családi jómódúsággal, leginkább úgy, hogy a jómódúbb családok gyermekei ritkábban válnak kortársbántalmazás áldozatává. A bántalmazás elkövetése és a család anyagi helyzete kevés országban mutat összefüggést, amennyiben igen, ott a jómódúbb lányokról elmondható, hogy kevesebbet bántalmaznak tanuló társaikat.¹² Általánosságban elmondhatjuk, hogy a kulturális és társadalmi tényezők – az osztálytermi csoportfolyamatok és egyéni faktorok vizsgálata nélkül – hozzájárulnak a bántalmazáshoz,

de önmagukban nem kulcstényezői a bullying kialakulásának és fennmaradásának.¹³

A PREVENCIÓS JÓ GYAKORLATOK

Terjedelmi okok miatt nincs lehetőségünk a kortársbántalmazás megelőzésére irányuló programok hatékonyságáról teljes áttekintést adni. Mindenesetre számos prevenció elképzelés született hazai és nemzetközi szinten is: kisebb hatáskörű kezdeményezések ugyanúgy, mint átfogó, többemű, több iskolában is kipróbált programok.⁴³ Ttofi és Farrington 44 tanulmány metaanalízisével vizsgálta a bullying témájú prevenció programok hatékonyságát.⁴⁴ Eredményeik szerint az átfogó iskolai prevenció programok hatékonyak lehetnek: általánosságban 20-23%-kal csökkentették a bántalmazás elkövetését, 17-20%-kal pedig az áldozattá válást. Az intenzívebb, több programelemet (pl. szülőkkel való találkozások, felnőtt felügyelet a játszótéren stb.) beépítő programok hatékonyabbnak bizonyultak. A kortársak bevonásának bizonyos formái (pl. kortárs segítők formájában) az áldozattá válás emelkedésével függenek össze, más formái (pl. az áldozat megvédésében a kortársak aktív közreműködése) csökkentik az iskolai erőszakot.⁴⁵ Egyes programok (mint például az *Olweus Bullying* Prevenció Program Norvégiában vagy a Kiva Finnországban) hatására az iskolai bántalmazás akár 40-50%-kal is csökkenhet bizonyos korcsoportokban.⁴⁶ A hatékony prevenció programok általános iskola alsó tagozatában vagy még korábban kezdődnek.^{47,48} Bizonyítékok utalnak arra is, hogy a resztoratív szemlélet bevezetése és használata eredményes az iskolai konfliktusok kezelésében.⁴⁵ Az egyes kortárs szerepek és helyzetek gyakorlása, bizonyos kortárs reakciók lejátszása, modellezése - akár számítógépes játék formájában is - segíti az empátia fejlődését és a kortársbántalmazás következményeinek ismeretét.⁴⁹ Az iskola figyelmelési gyakorlatának pedig a korcsoporttól, a bántalmazás körülményeitől függően lehet jelentősége.⁴⁵

A leghatékonyabb antibullying programok jellemzői, hogy:

- a teljes iskolára kiterjednek,
- több korcsoportot vonnak be a prevenció foglalkozásokba,

- változatos tevékenységformákat alkalmaznak (csoportfoglalkozások, projekt hét, számítógépes játék stb.)
- a társas készségek fejlesztése mellett explicit ismereteket is átadnak a bullyingról (a jelentéséről, formáiról, következményeiről),
- az áldozat védelmében a passzív kívülállók bevonódását hangsúlyozzák,
- a pedagógusoknak kulcsszerepet tulajdonítanak a bántalmazás kezelésében,
- a bántalmazást elutasító csoport- és iskolai norma kialakítását célozzák,
- bántalmazás esetén a segítségkérés lehetőségére is felhívják a figyelmet, illetve arra lehetőséget kínálnak,
- a prevenció tevékenységet monitorozzák.^{6,7}

Hazánkban az Oktatási és Kulturális Minisztérium 2008-ban létrehozta az „Iskola Biztonságáért” Bizottságot, és felkérte az Oktatáskutató és Fejlesztő Intézetet a „Biztonságos Iskolákért” program kidolgozására. Ennek folytatásaként 2015-ben pályázati keretből létrejött az Iskolai Konfliktusok Tudásközpont, mely kutatási jelentést, iskolai jó-gyakorlat gyűjteményt és egyéb fontos szakmai anyagokat foglal magában.⁵⁰ 2016-ban pedig szintén az Oktatáskutató és Fejlesztő Intézet megkezdte a Kiva program hazai adaptációját.⁵⁰

A bullying népegészségügyi problémaként való értelmezése magával vonja annak kérdését, hogy a bullyinggal kapcsolatos (egészség-) üzenetek, hogyan érik el leghatékonyabban a célcsoportokat és hogyan érdemes erről a nyilvánossággal kommunikálni. Online felületek mediakutatási módszertannal végzett elemzésében Edgerton és munkatársai arra a megállapításra jutottak, hogy a bullyinggal kapcsolatos üzenetek közvetítésében (más népegészségügyi témákhoz hasonlóan) a szakmai üzenetek és a laikus beszélgetések sokszor eltérő nyelvezetet használnak, valamint a szakmai felületek nem elég vizuálisak, interaktívak a felhasználók számára.⁵¹ A kortársbántalmazással foglalkozó szakembereknek azt tanácsolják a mediakutatók, úgy próbáljanak a laikus és szakmai tartalmak között hidat képezni, hogy a laikus nyelvezetet használják, infografikákat alkalmazzanak, érthető statisztikai adatokat közöljenek. Emellett hasznos lehet a rendszeres aktivitás közösségi média felületeken (események kommentelése, megosztása, véleményformálók követése stb.).⁵¹

ÖSSZEFOGLALÁS

A korábban bemutatott három kutatás eltérő szakmai céllal, módszertannal készült, különböző korcsoportokban: a HBSC egészségmagatartás-kutatás az 5-11. osztályosok körében; az ESPAD a fiatalok szerhasználatára koncentrált 16 évesnél idősebb iskolások részvételével; az OFI felmérése pedig kifejezetten a kortársbántalmazással foglalkozik 5-8. osztályosok megkérdezésével.^{9,10,14} Az eltérő prevalenciák egyrészt arra utalnak, hogy érdemes a hazai kutatások módszertanát tovább fejleszteni, másrészt valószínű, hogy a bántalmazás természete az életkor növekedésével változik és erről a változásról még keveset tudunk. Ha pusztán a rendelkezésünkre álló kvantitatív adatokból indulunk ki, akkor azt láthatjuk, az áldozattá válás az általános iskolások körében gyakoribb, mint a középiskolás osztályokban, vagyis az életkor növekedésével szignifikánsan csökken.⁵² Kvalitatív adatokból azonban arra következtethetünk, hogy leginkább a bántalmazás formái, súlyossága, körülményei változnak, de maga a jelenség továbbra is jelen van az osztályközösségekben.⁸ A nemi különbségek tekintetében pedig elmondható, hogy a fiúkhoz képest a lányok közt szignifikánsan magasabb azoknak az aránya, akik egyszer sem vettek részt bántalmazásban. A fiúk körében a bántalmazásban részt vevők (elkövetők) aránya minden gyakorisági kategóriában magasabb.⁵²

Amennyiben az ESPAD vizsgálatban eredményként kapott, legalacsonyabb prevalenciákból indulunk ki, akkor is minden tizedik gyermeket közvetlenül is érint a bántalmazás.¹⁴ A HBSC adatokat tekintve mindamelllett, hogy a kortársbántalmazásban való érintettséget a legalacsonyabb gyakoriság (legalább 1-2-szer előfordult) küszöbértékével határoztuk meg, a gyerekek több mint egyharmada nyilatkozott úgy, hogy valamilyen gyakorisággal az iskolai bántalmazás közvetlenül is érinti.⁵² A többi tanuló ugyan nem tekinti magát sem áldozatnak, sem elkövetőnek, mégsem mondhatjuk, hogy nem érintettek az iskolai bántalmazásban, mivel szemtanúi, figyelői lehetnek mások zaklatásának. Ahogy a bevezetésben kiemeltük, az internetes bántalmazás eseményeit jelen elemzésbe nem vontuk be, ahogy az iskolai agresszió egyéb megnyilvánulási formáit sem (pl. verekedés). Ezeket is figyelembe véve a tanulók közel 40%-a valamilyen gyakorisággal közvetlenül is érintett a kortárs erőszak különböző formáiban, tehát a

kortársbántalmazást indokolt népegészségügyi szempontból fontos problémaként kezelni. Ezt nemcsak az előfordulás gyakorisága, hanem a bántalmazás érintettekre való következményei is alátámasztják. Láthattuk, hogy az elkövetők, áldozatok és leghangsúlyosabban az elkövető-áldozatok számos, elsősorban mentális-kapcsolati zavarban szenvedhetnek nemcsak az aktuális bántalmazás közvetlen következményeként, hanem hosszútávon is.²⁴ Fontos megemlítenünk, hogy a HBSC vizsgálat kapcsán lehetőségünk van a hazai adatok nemzetközi kontextusban való értelmezésére, mely szerint Magyarország 42 ország viszonylatában kortársbántalmazás szempontjából a kedvezőbb helyzetű országok közé sorolható.¹²

Eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy a kortárs bántalmazás területén fontos univerzális pre-

venziós gyakorlatot kialakítani és azt alapprogramként működtetni.⁵⁰ Az elsősorban intervenciós vagy terápiás hangsúlyú antibullying programok pedig az adott iskola bullyingban való érintettsége szerint alakíthatók ki. A társadalmi egyenlőtlenségek kezelése, egyéb népegészségügyi problémákhoz hasonlóan, kedvezően hathat a kortársbántalmazás szempontjából is. A prevenciós tevékenység mellett a szakemberek feladata a nyilvánosság megfelelő tájékoztatása is, ami megfelelő módszerek és közösségi média-aktivitás mellett nagyon informatív és hatékony lehet.

A bullying problémája népegészségügyi szempontból is jelentős. Mivel azonban iskoláskorú gyermekek jóllétéről van szó, a népegészségügy mellett további szektorok együttműködése elengedhetetlen a kortársbántalmazás prevenciója és kezelése szempontjából.

¹ Currie C, Zanotti C, Morgan A, et al. (eds.). Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey, Copenhagen: World Health Organization, 2012, 185-190.

² Pepler D, Craig W. Making a difference in bullying. Toronto: LaMarsh Centre for Research on Violence and Conflict Resolution, York University, 2000.

³ Olweus D. Bully/victim problems among school children: some basic facts and effects of a school based intervention program. In D. Pepler, & K. Rubin (Eds.), The development and treatment of childhood aggression, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1991, 411-448.

⁴ Pepler DJ, Craig WM. A peek behind the fence: Naturalistic observations of aggressive children with remote audiovisual recording. Dev Psychol, 1995, 31(4), 548-553.

⁵ Tabby Projekt (2011). Online bullying: Kézikönyv pedagógusoknak. http://hun.tabby.eu/uploads/1/6/8/6/16865702/booklet_hun.pdf (Elérve: 2016.10.22.)

⁶ Olweus D, Limber S. Bullying in school: Evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program, Am J Orthopsychiatry, 2010, 80 (1), 124-134.

⁷ Salmivalli C, Kärnä A, Poskiparta E. Counteracting bullying in Finland: The KiVa program and its effects on different forms of being bullied. Int J Behav Dev, 2011,35, 405-411.

⁸ Várnai D, Jármí É. Bullying kutatás módszertani műhely, Magyar Pszichológiai Társaság Nagygyűlése, Budapest, 2016. június 4.

⁹ Németh Á, Költő A. (Szerk.) Egészség és Egészségmagatartás Iskoláskorban 2014. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2016.

¹⁰ Simon D, Zerinváry B, Velkey G. Zárótanulmány a TÁMOP-3.1.1-11/1-2012-0001 „Iskolai agresszió, online és hagyományos zaklatás vizsgálata az iskolai közérzet alakulásával és az alkalmazott pedagógiai és konfliktuskezelési eszközökkel összefüggésben” c. projekthez. Kézirat. Budapest: Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, 2015. http://iskon.opkm.hu/admin/upload/Osszegzo_tanulmany.pdf (Elérve: 2016.10.21.)

¹¹ Adamson P. Child Well-being in Rich Countries: A comparative overview, Innocenti Report Card no. 11, 2013.

¹² Inchley J, Currie D, Young T et al. (eds.) Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being, Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) Study, 2016.

¹³ Stassen-Berger K. Update on Bullying at School: Science Forgotten? Dev Review, 2007, 27(1), 90-126.

- ¹⁴ Elekes Zs. (szerk.) Európai iskolavizsgálat az alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015, Magyarországi eredmények, Budapest, 2016.
- ¹⁵ Buda, M. Online kutatás – értelmezési kísérlet hazai és nemzetközi kontextusban http://iskon.opkm.hu/admin/upload/Buda%20Mariann_Online%20kutat%C3%A1s%20E2%80%93%20%C3%A9rtelmez%C3%A9si%20k%C3%ADs%C3%A9rlet%20hazai%20%C3%A9s%20nemzetk%C3%B6zi%20kontextusban.pdf (Elérve: 2016.10.21.)
- ¹⁶ Espelage DL, Swearer SM (eds.) *Bullying in American School. Socila-Ecological Perspective of Prevention and Intervention*. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Assiates, 2004.
- ¹⁷ Craig W. The relationship among bullying, victimization, depression, anxiety and aggression in elementary school children. *Pers Indiv Differ*, 1998, 24(1), 123–130.
- ¹⁸ Nansel TR, Overpeck M, Pilla RA et al. Bullying behaviour among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment, *JAMA*, 2001, 285(16), 2094–2100.
- ¹⁹ Due P, Holstein B, Lynch J et al. Bullying and symptoms among school aged children. International comparative cross sectional study in 28 countries, *Eur J Pub Health*, 2005, 15(2), 128-132.
- ²⁰ Várnai D, Németh Á, Zakariás I. *Kortárs bántalmazás és verekedés a magyar iskoláskorúak körében*. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet, 2009.
- ²¹ Molcho M, Harel Y, Lash D. The co-morbidity of substance use and youth violence among Israeli school children. *Int J Adolesc Med Health*, 2004, 16(3), 223–251
- ²² Henriksen PW, Rayce SB, Melkevik O et al. Social background, bullying, and physical inactivity: National Study of 11- to 15-year-olds. *Scan J Med Sci Sports*, 2015, 10, 1249-55.
- ²³ Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ et al. School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathologic behavior? *Arch Gen Psychiatry*. 2006, 63(9), 1035-41
- ²⁴ Ttofi M, Farrington D, Lösel F. School bullying as a predictor of violence later in life: A systematic review and meta-analysis of prospective longitudinal studies, *Aggr Viol Behav*, 2012, 17, 405–418.
- ²⁵ Evans-Lacko S, Takizawa R, Brimblecombe N et al. Childhood bullying victimization is associated with use of mental health services over five decades: a longitudinal nationally representative cohort study, *Psychol Med*, 2016, September 28, 1-9.
- ²⁶ Gilmartin BG. Peer group antecedents of severe love-shyness in males. *J Pers*, 1987, 55, 467– 489.
- ²⁷ Carney AG, Merrell KW. Bullying in schools: Perspectives on understanding and preventing an international problem. *School Psychol Int*, 2001, 22, 364–382.
- ²⁸ McNamara B, McNamara F. *Keys to dealing with bullies*. Hauppauge, NY: Barron's. 1997
- ²⁹ Smokowski PR, Kopasz KH. Bullying in School: An Overview of Types, Effects, Family Characteristics, and Intervention Strategies. *Child Schools*, 2005, 27 (2) 101-110.
- ³⁰ Kumpulainen K, Rasanen E. Children involved in bullying at elementary and school age: Their psychiatric symptoms and deviance in adolescence. *Child Abuse Negl*, 2000, 24, 1567–1577.
- ³¹ Kaltiala-Heino R, Rimpela PR, Rimpela A. Bullying at school: An indicator of adolescents at risk for mental disorders. *J Adolesc*, 2000, 23, 661–674.
- ³² Nansel TR, Overpeck M, Haynie DL., et al. Relationship between bullying and violence among US youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2003, 157(4), 348–353.
- ³³ Harel YF. A cross-national study of youth violence in Europe. *Int J Adolesc Med Health*, 1999, 11, 121-134
- ³⁴ Glew GM, Fan MY, Katon W. Bullying and school safety. *J Pediatr*, 2008, 152(1), 123–128
- ³⁵ Roberts WB. The bully as victim. *Prof School Couns*, 2000, 4, 148–156.
- ³⁶ Olweus D. Bullying at school and later criminality: Findings from three Swedish community samples of males. *Crim Behav Ment Health*, 2011, 21(2), 151-156.
- ³⁷ Nishina A, Juvonen J. Daily reports of witnessing and experiencing peer harassment in middle school. *Child Dev*, 2005, 76(2), 435–440.
- ³⁸ Zsiros E, Arnold P, Huhn Zs, et al. Egészség és társas kapcsolatok kamasz korban: Az iskola, a kortársak és a család szerepe a magyar serdülők életmódjában. *Kapocs*, 2013, 12(4), 22-39.
- ³⁹ Buda M. Közérzet és zaklatás az iskolában. *Habilitációs értekezés*. Kézirat. 2010.
- ⁴⁰ Buda M, Szirmai E. School Bullying in the Primary School. Report of a Research Hajdú-Bihar County (Hungary). *J Social Res Policy*, 1, 49-68.
- ⁴¹ Oldenburg B, Duyijn MV, Sentyse M. Teacher Characteristics and Peer Victimization in Elementary Schools: A Classroom-Level Perspective. *J Abnorm Child Psychol*, 2015, 43(1), 33– 44.
- ⁴² Zimmerman FJ, Glew GM, Christakis DA et al. Early Cognitive Stimulation, Emotional Support, and Television Watching as Predictors of Subsequent Bullying among Grade-School Children. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2005, 159, 4, 384–88.
- ⁴³ Spiel C, Salmivalli C, Smith PK. Translational research: national strategies for violence prevention in school. *Int J Behav Dev*, 2011, 35, 381–382.

- ⁴⁴ Ttofi M, Farrington D. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a systematic and meta-analytic review, *J Exp Crim*, 2011, 7, 27–56
- ⁴⁵ Thompson F, Smith PK. The use and effectiveness of anti-bullying strategies in schools. Research Brief DFE-RB098., 2011, <https://www.education.gov.uk/publications/RSG/AllRsgPublications/Page10/DFE-RR098>. (Elérve: 2016.10.24)
- ⁴⁶ Smith PK, Salmivalli C, Cowie H. Effectiveness of school-based programs to reduce bullying: a commentary. *J Exp Crim*, 2012, 8, 433–441.
- ⁴⁷ Kärnä A, Voeten M, Little T et al. Effectiveness of the KiVa antibullying program: Grades 1–3 and 7–9. *J Edu Psychol*, 2013, 105(2), 535-551.
- ⁴⁸ Monks CP. Peer victimisation in preschool. In C. Monks & I. Coyne (Eds.), *Bullying in different contexts*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011, 12-35.
- ⁴⁹ Poskiparta E, Kaukiainen A, Pöyhönen V et al. Anti-bullying computer game as part of the KiVa program: Students' perceptions of the game. In A. Costabile & B. Spears (Eds.), *The impact of technology on relationships in educational settings: International perspectives*. New York: Routledge, 2012.
- ⁵⁰ Jármí É, Péter-Szarka Sz, Fehérpataky B. (2015). A KiVa-program hazai adaptálásának lehetőségei. Budapest: Oktatás-kutató és Fejlesztő Intézet. http://iskon.opkm.hu/admin/upload/KIVA_adaptacios_tanulmany.pdf (Elérve: 2016.10.23.)
- ⁵¹ Edgerton E, Reiney E, Mueller, S et al. Identifying New Strategies to Assess and Promote Online Health Communication and Social Media Outreach: An Application in Bullying Prevention, *Health Promotion Practice*, 2016, 17, 3, 448–456.
- ⁵² Várnai D, Zsiros E. Kortársbántalmazás In. Németh, Á. és Költő A. (Szerk.), *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban*, 2014. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2016.

A mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarok okozta betegségteher kezelése: a Megbetegedések elleni küzdelem prioritásainak (Disease Control Priorities) kulcsüzenetei, 3. kiadás – ismertetés

Addressing the burden of mental, neurological and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition – summary

Szerzők: Kis Nóra ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.08.31.

Összefoglaló: A mentális és idegrendszeri rendellenességek, valamint a szerhasználat zavarok előfordulása 41%-kal nőtt 1990 és 2010 között, ami napjainkban a világ betegségterhének egyik meghatározó okává vált. Ez a kijózanító statisztika nem veszi figyelembe a fenti betegségek esetén keletkező jelentős mortalitási többletet, sem a fent említett zavarok által érintett személyek, gondozóik, és a társadalom szintjén jelentkező társadalmi és gazdasági következményeket. A sokféle hatékony beavatkozás, beleértve a gyógyszeres kezelést, a pszichológiai és szociális intervenciókat, a lakossági valamint közösségi szintű beavatkozásokat, megelőzhetővé és kezelhetővé teszik a rendellenességeket. A lakosság szintjén megvalósítható hatékony beavatkozás például, a hozzáférés korlátozása jogszabályi intézkedésekkel az önkárosító eszközökre vonatkozóan, továbbá a rendelkezésre álló alkohol és az arra való kereslet csökkentése. A közösség szintjén megvalósítható bevált gyakorlat például, a szociális és emocionális kompetenciák fejlesztése az iskolákban. Az egyénre irányuló ellátás szintjén pedig a következő beavatkozási típusokat ajánlják: öngondozás, szülői készségek fejlesztése, speciális mentális betegségtípusok esetében hatékony ellátási szolgáltatások (csomagok), a folyamatos ellátás biztosítása és a későbbi, előre tervezett nyomon követés. A szerzők megállapítják, hogy végső soron a cél összetett, költséghatékony, több szintű, egymással párhuzamosan megvalósítható beavatkozások megtervezése és alkalmazása.

Kulcsszavak: mentális betegségteher, szerhasználati zavarok, pszichoszociális fókuszú beavatkozás, mentális fókuszú megelőző tevékenység, mentális ellátás

Summary: The prevalence of mental, neurological, and substance use (MNS) disorders increased by 41% between 1990 and 2010 and became to date one of the fundamental causes of the global disease burden. This sobering statistic does not take into account the substantial excess mortality associated with these disorders or the social and economic consequences of MNS disorders on affected persons, their caregivers, and society. A wide variety of effective interventions, including drugs, psychological treatments, social interventions, as well as population- and community level interventions can prevent and treat MNS disorders. At the population-level platform of service delivery, effective interventions include legislative measures to restrict access to means of self-harm or suicide and to reduce the availability of and demand for alcohol. At the community-level platform, best practices include life-skills training in schools to build social and emotional competencies. At individual level, the following types of interventions are offered: self-management,

parenting skills development, providing efficient supply services (packages) for specific types of mental illnesses and ensuring continuous care and subsequent pre-planned follow-up.

The authors conclude that ultimately, the goal is to plan and apply complex, cost-effective, multi-level interventions that can be implemented in parallel.

Keywords: burden of mental disease, substance use disorder, psychosocial interventions, mental health-focused preventive intervention, mental care

BEVEZETÉS

A WHO 1997-es előrejelzése szerint a 2000 utáni évtizedben az egészségügy legsúlyosabb problémái a lelki betegségek, ezen belül is a depresszió és annak következményei lesznek. Az ezredfordulón közel 450 millióra becsülték a mentális betegségben szenvedők számát. Ennyi ember szenved élete során valamilyen, az életminőséget jelentősen rontó lelki betegségben. A munkaképesség-csökkenés leggyakoribb oka a depresszió, ez a megbetegedés ma negyedik a tíz legnagyobb társadalmi terhet jelentő betegség közül, de az előrejelzések szerint 20 éven belül a második helyre fog kerülni a sorban. Az egész világon közel 70 millió ember és környezete szenved alkoholfüggőségben, 10-20 millió ember kísérel meg öngyilkosságot évente, közülük egy millióan – köztük serdülők és fiatalok – halnak meg öngyilkosság miatt.¹

A cikk abból a tényből indul ki, hogy a Globális betegségteher (*Global Burden of Disease 2010 – GBD*) c. tanulmány a mentális, idegrendszeri és szerhasználati rendellenességeket a világ betegségterhének jelentős okaként azonosította. 1990 és 2010 között 182 millió főről 258 millióra, vagyis 41%-kal nőtt a mentális, idegrendszeri és a szerhasználat okozta abszolút fogyatékossgal élők száma. A GBD szakértői a 2010-es adatbázis adatain regressziós módszert végeztek az előfordulások modellezésére országoként, régióként, életkor és nem alapján.²

A MEGBETEGEDÉSEK ELLENI KÜZDELEM PRIORITÁSAIBÓL KÖVETKEZŐ MEGÁLLAPÍTÁSOK

A „Megbetegedések elleni küzdelem prioritásai” (*Disease Control Priorities*) egy tanulmány, melyet a Világbank először 1993-ban adott ki. Célja, hogy összefoglalja a konkrét egészségügyi rendellenessé-

gekből adódó betegségterheket, továbbá, hogy bizonyítsa a beavatkozások relatív hatékonyságát és költséghatékonyságát a döntéshozók számára.³ A tanulmány szerint 2010-ben az elvesztett egészséges életévek (*disability-adjusted life years – DALY*) 10,4%-át, a korai halálozás miatt elvesztett életévek (*years of life lost due to premature mortality – YLL*) 2,3%-át és a korlátozottsággal leélt életévek (*years lived with disability – YLDs*) 28,5%-át a mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarok (alkohol, drog) tették ki a világon. Ez a kijózanító statisztika azonban nem veszi figyelembe a jelentős mortalitási többletet a fenti betegségekből adódóan vagy a betegség társadalmi és gazdasági következményeit az érintett személyeknél, a gondozóiknál, és a társadalomban. A szerzők szerint a népesség növekedése és öregedése is hozzájárulhat a mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarok következményeként megjelenő korai halálozás vagy korlátozottsággal leélt életévek számának nagymértékű emelkedéshez, de kitérnek arra is, hogy a szerhasználati rendellenességek növekedése annak köszönhető, hogy az idő előrehaladtával nagyobb lett a szerhasználat gyakorisága, ami 2010-ben legnagyobb mértékben a 15-49 éves korosztályban fordult elő. Ebben az életkori csoportban jellemzően a mentális és szerhasználati zavarok képezték a betegségteher kialakulásának legfőbb okát, az idegrendszeri rendellenességek inkább az idősebb korosztálynál voltak megfigyelhetőek. A cikk említést tesz a nemi különbségekről is: a férfiak 48,1%-ánál, a nők 51,9%-ánál fordulnak elő a mentális és idegrendszeri zavarok, melyeket a férfiaknál jellemzően gyermekkori eredetű zavarok, skizofrénia, Parkinson-kór vagy epilepszia okozhat, míg a nők körében egyéb mentális zavarok az elterjedtek. A rendellenességek okozta betegségterhek általában a magas jövedelmű országokban 1,6-szer magasabbak, mint az alacsony jövedelmű országokban, mert utóbbiakban viszonylag gyakrabban fordulnak elő más egész-

ségügyi problémák is, mint például különböző fertőzések vagy perinatális betegségek. A szerzők szerint számos társadalmi tényező is befolyásolja a mentális és idegrendszeri, valamint szerhasználati zavarok hatását és kimenetelét, különösen a következők: demográfiai változók (kor, nem, etnikum), szocio-ökonomiai státusz (alacsony jövedelem, munkanélküliség, alacsony iskolázottság, alacsony társadalmi támogatás), környezeti események (természeti katasztrófák, háború, klímaváltozás, migráció), és társadalmi változások, melyek a jövedelem változását is előidézik (urbanizáció, környezeti degradáció). Az elemzők megállapították azt is, hogy a mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarokkal élők szegénységbe csúsznak a megnövekedett egészségügyi költségeik, a fogyatékoságból adódó csökkent gazdasági produktivitásuk, valamint a betegséggel kapcsolatos stigma (megbélyegzés) és diszkrimináció miatt. A szegénység csökkentésére irányuló beavatkozásoknak a mentális egészségre gyakorolt előnyeit alátámasztó bizonyíték még kétséges, de egyre nő az erre irányuló törekvések száma. A cikk alapvetése és kulcsüzenete, hogy a mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarok megelőzésével és kezelésével járó egyéni és társadalmi szintű előnyök meggyőző bizonyítéka érvként szolgál a prevenció beavatkozásainak fontossága mellett. A szerzők megállapítják, hogy nagyobb hangsúlyt kell fektetni a fent említett zavarok speciális kezelésére és megelőzésére, különösen fiatal korban. Fontosnak tartják, hogy ne diszkriminálják a betegségben szenvedőket és a politika is hajlandó legyen foglalkozni velük, például: költséghatékony beavatkozások kidolgozásával, illetve a szükséges kutatások támogatásával a jobb megelőzés és kezelések kifejlesztésének érdekében.

A szerzők a cikkben összefoglalják és ajánlást tesznek a mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarok esetében lehetséges primer prevenció és intervenció tevékenységekre, a lakosságra és a közösségre irányuló prevenció és intervenció tevékenységekre, továbbá az egyénre irányuló ellátás lehetőségeire.

A fentiek alapján a következő, lakossági szintű beavatkozásokat fogalmazták meg: a lakosság szintjén legjobb gyakorlat közé tartozik az önkárosító eszközökre vonatkozó hozzáférés korlátozása jogszabályi intézkedések segítségével (önkárosítást és öngyilk-

kosságot elősegítő eszközök hozzáféréseinek tekintetében), a rendelkezésre álló alkohol és az arra való kereslet csökkentése, a mentális egészség fontosságára figyelmet felhívó kampányok szervezése és a stigmatizáció elleni hatékony intézkedések megalkotása.

A közösségi szinten bevált gyakorlat gyermekeknél, fejlődési és mentális zavarok esetén a szociális és emocionális kompetenciák fejlesztése az iskolákban (az élethez szükséges készségek elsajátítása az oktatásban, amely hozzájárul a szociális és emocionális kompetenciák kiépítéséhez), a szülők támogatása, edukációja a gyermek korai fejlődésével kapcsolatban, valamint a gyermekek életképességeinek fejlesztése és identitásfejlődésük támogatása. Felnőtt célcsoport esetében a munkahelyen megvalósuló programokat, stresszkezelési tréningeket javasolnak.

A szerzők minden mentális, neurológiai és szerhasználati zavarok esetén hangsúlyozzák a kapuőr funkcióval rendelkező segítők – például, szociális munkások, rendőrök, tanárok – képzését. Az egyénre irányuló ellátás szintjén elsőként az öngondoskodás szerepét emelik ki. Felnőtt célcsoport esetében a zavarok megelőzése érdekében felhívják a figyelmet a fizikai aktivitás szerepére, a relaxációs technikákra, és külön kitérnek az interneten és okos telefonok alkalmazásain keresztül elérhető pszichológiai terápiák hatékonyságára, ami mind gyermekek, mind felnőttek esetében egyaránt ajánlható.

A cikk írói az alapellátás szintjén kiemelik a betegség felismerésének (diagnózis) és az ellátás folyamatos jellegének fontosságát, továbbá a beteg nyomon követését a rendszerben. A szakellátás szintjén a szerzők kitérnek a különböző mentális zavarok gyógyszeres terápiájára és arra is, hogy egyes speciális tünetek esetében (pl. önkárosítási formák, öngyilkosság) hatékony ellátási csomagot javasolnak. Az elemzők a pszichiátriai szakellátás szintjén is hangsúlyozzák a speciális ellátási csomag szerepét, ezen kívül speciális terápiákat ajánlanak, például, elektrosokk-terápiát, vagy kognitív viselkedésterápiát.

A megelőző tevékenységek módszerei közül, hangulat- és szorongásos zavarokra kognitív viselkedésterápiát, míg magatartászavarokra a szülői készségek fejlesztését célzó, valamint szociális és emocionális jóllétet és kompetenciákat fejlesztő tréninget javasolnak. Pszichoszociális intervenciók közül szintén a

kognitív viselkedést és a személyközi terápiát, skizofrénia esetén a család és a közösségi alapú rehabilitációt és az önsegítő, támogató csoportokat ajánlják. Magatartás- és fejlődési zavarok esetében a szülői készségek fejlesztését célozzák, szorongásos zavarok esetében a kognitív viselkedésterápiát, alkohol és drogfüggőség esetében a pszichoszociális beavatkozások közül a család segítségét, az önsegítő csoportokat és a leszokás támogatását tartják célravezetőnek, melyek egyaránt hozzájárulhatnak a

rendellenességek megelőzéséhez és kezeléséhez. A szerzők megállapítják, hogy végső soron a cél biztosítani a mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarokkal küzdő emberek hozzáférését a szükséges segítséghez a diszkrimináció és elszegényedés terhe nélkül, ezzel is hozzájárulva az optimális egészségügyi és társadalmi eredmények eléréséhez. Ehhez pedig összetett, költséghatékony, több szintű, egymással párhuzamosan megvalósítható beavatkozásokra van szükség.

¹ Kopp, Skrabski 2006: Magyar lelkiállapot az ezredforduló után http://www.tavlatok.hu/86/86kopp_skrabski.pdf (Elérve: 2016.11.29.)

² Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J. et al. Global Burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 382:1575-86. In Patel, Chisholm, Parikh et al. *Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities*, 3rd edition 2015. *Lancet* 2016; 387:1672-85.

³ Jamison DT. *Disease Control Priorities*, 3rd edition: improving health and reducing poverty. *Lancet* 2015. In Patel, Chisholm, Parikh et al. *Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities*, 3rd edition 2015. *Lancet* 2016; 387:1672-85.

„Egészség-konyha” – Munkahelyi egészségfejlesztési programelem a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben

"Healthy kitchen" – Workplace health promotion programme element in the National Institute for Health Development

Szerző: Fekete Krisztina✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.10.26.

Összefoglaló: A munkahelyi egészségfejlesztés egy olyan folyamatos, tervezett tevékenység, amelynek során egészségesebbé alakulnak a munka- és életkörülmények, illetve a munkavállalók megtanulják, hogyan vegyenek részt saját egészségük fejlesztésében, szemléletük formálódik. Elsődleges cél a munkavállalók fizikai, szellemi és szociális közérzetének javítása-fejlesztése, az elkerülhető megbetegedések és balesetek megelőzése munkahelyi egészségfejlesztési programok formájában, a döntéshozók és a munkavállalók aktív részvételére alapozva. A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben 2016 őszén több, egymásra épülő egészségfejlesztési programelem valósult meg, illetve valósul meg a mai napig. Ennek egyike, az intézetben dolgozó dietetikus által vezetett „Egészség-konyha”. Ez a program az egészséges táplálkozás ismereteinek átadására fókuszál, ötvözve a rövid hiteles szakmai tájékoztatást az ételkészítési bemutatóval és kóstoltatással, a kollégák aktív bevonása mellett.

Kulcsszavak: munkahelyi egészségfejlesztés, egészséges táplálkozás, egészség-konyha, gyakorlati bemutató, kóstolás

Summary: Workplace health promotion is a continuous and planned activity which makes working and living conditions healthier and enables employees to take part in the promotion of their own health. The primary aim is to improve and develop the physical, mental and social well-being of employees, to prevent avoidable diseases and mortality through workplace health promotion programmes, based on the active participation of decision makers and employees. In autumn 2016, several successive health promotion programme elements have been implemented, and are still under implementation at the moment, including “Healthy kitchen” led by a dietician of the Institute. This programme focuses on knowledge transfer about healthy diet, by providing brief and credible professional information, and at the same time, presenting how to prepare meals, actively involving participants into the preparations and tasting.

Keywords: workplace health promotion, healthy diet, healthy kitchen, practical presentation, tasting

E cikk tartalma egyrészt kiegészítése az Egészségfejlesztés folyóirat előző lapszámában megjelent két szakmai írásnak¹, másrészt a munkahelyi egészségfejlesztés témájának továbbgondolása intézetünk, a

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) azonos elnevezésű tevékenységében programelemként megvalósuló „Egészség konyha” ismertetésén keresztül.

¹ Egészségedre! Mókuserék helyett! – Beszámoló a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet munkahelyi kampányáról, valamint Összefoglaló „A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutatóról”

MUNKAHELY, MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Egy egyén egészségi állapotát egyrészt az öröklött, másrészt a szerzett testi-lelki tulajdonságai, harmadrészt az adott személy ön- és világgépe határozza meg. Egy személy tulajdonságait, mint például egészségi állapotát, valamint magatartását természetesen a rajta kívüli világ is erősen befolyásolja. Az egészségi állapot meghatározottsága szempontjából az egészségügyi, a gazdasági, a pszichoszociális, a társadalmi-politikai és a fizikai környezet hatása igen fontos. A fizikai környezet az egészséget közvetlenül befolyásoló lakó- és munkahely fizikai, kémiai és biológiai jellemzőin, az egészséges életmódhoz szükséges, az azt támogató színterek, eszközök, termékek és szolgáltatások, továbbá az információ és értékeket közvetítő médiatermékek hozzáférhetőségén keresztül fejt ki hatását.¹ (72-73. o.)

A munkahelyi egészségfejlesztés egy olyan folyamatos, tervezett tevékenység, amelynek során egészségesebbé alakulnak a munka- és életkörülmények, illetve a munkavállalók megtanulják, többek között közösségépítő, élményt adó programokon keresztül, hogyan vegyenek részt saját egészségük fejlesztésében.

Miért érdemes befektetni a munkahelyi egészségfejlesztésbe? A sikeres szervezet a támogató környezetben dolgozó, egészséges munkavállalókon alapul. Mivel a munkahelyi egészségfejlesztésnek köszönhetően a munkavállalóknak jobb a közérzetük, és egészségesebbnek érzik magukat, csökken a munkahelyi távolmaradás, erősödik a motiváció, javul a termelékenység, könnyebbé válik a toborzás, csökken a munkavállalók cserélődése. Kutatások bizonyítják, hogy a munkahelyi egészségfejlesztésbe fektetett minden egyes euró 2,5–4,8 euró megtérülést jelent, amely csökkent távolmaradási költségekben jelentkezik.²

Munkahelyi egészségfejlesztési tevékenység lehet például:

- az egészség megóvása: rendszeres egészségügyi felülvizsgálat biztosítása a vérnyomás, a koleszterinszint és a vércukorszint ellenőrzésére;

- baleset- és munkavédelem;
- a testmozgás támogatása: a munkán kívüli testmozgás, például, sport- vagy szabadidőklubtagság költségeinek támogatása (például túra-klub); szervezeten belüli sportesemények, kirándulások szervezése; a munkavállalók sarkalása arra, hogy a lift helyett a lépcsőt használják;
- az egészséges életmód ösztönzése, például az egészséges étkezéssel való tájékoztatás; az elmélet gyakorlatba való átültetéséhez megfelelő szolgáltatások biztosítása, többek közt az étterem/büfé/automaták kínálatának a hazai táplálkozási ajánláshoz való igazítása.^{3,4}

Jelen cikk tartalma nem terjed ki a fentebb felsorolt összes munkahelyi egészségfejlesztési területre, csupán egy elemére fókuszál, az egészséges táplálkozásra.

AZ EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁS

A megfelelő táplálkozás hatása az egészségre a születéstől az idős korig vitathatatlan az optimális fejlődés, a testi-lelki egészség, a jó szellemi, és fizikai teljesítőképesség megőrzése szempontjából, hiánya számos kockázatot rejt magában. A jelenlegi, hazai táplálkozással összefüggő helyzetképet és az azokkal kapcsolatos legfontosabb megállapításokat az 1. táblázat és a 2. táblázat mutatja be.

Nagyobb mérvű szemléletváltásra, egészségváltás elérésére – az egészséges táplálkozás területén is –, a jelenlegi, főként csak hagyományos ismeretátadáson (pl. előadás, írott tájékoztatók) alapuló hazai egészségfejlesztési programok és egészségkommunikációs módszerek egymagukban nem elegendők. Olyan módszertani áttörést jelentő megközelítésre van szükség, amely figyelembe veszi, hogy az egészségmagatartást az ismeretek túl az egészséggel kapcsolatos attitűd és hiedelmek, gyakorlati készségek, az érték- és normarendszer, azaz az egészségkultúra határozza meg, valamint magatartásformáló eszközként használja a korszerű kommunikációt.

1. táblázat: Az Egészségjelentés2015 valamint az OTÁP2014-es felmérés táplálkozással összefüggő főbb megállapításai

Egészségjelentés 2015	OTÁP 2014 ^{5,ii}
<p>Az étrendi kockázatok tehető felelőssé a felnőtt lakosság egészségveszteségének közel negyedéért, ezek okozták a legnagyobb egészségveszteséget a kockázati csoportok között.</p> <p>Az egészségveszteség által okozott gazdasági veszteség 2010-ben megközelítette a 950 milliárd forintot. Az étrendi kockázatok közül az elégtelen gyümölcsfogyasztást, az olajos magvak és diófélék elégtelen fogyasztása követi, majd a magas só, a kevés zöldség és rost bevitel következik.^{1 (48.o.)}</p> <p>Az étrendi kockázat okozta több mint 800 ezer ELÉVⁱⁱⁱ közel negyede a felnőtt lakosság egészségveszteségének, és ez a veszteség a magyar GDP 3,6%-a! [2. táblázat] Az étrenddel kapcsolatos kockázati tényezők főként a keringési rendszer betegségein keresztül, kisebb részt a daganatos megbetegedéseken és cukorbetegségen keresztül fejtik ki hatásukat.^{1 (51.o.)}</p>	<p>A felnőttek tápanyag beviteli értékei a kedvezőtlen táplálkozási szokásokra vezethetők vissza. Az állati eredetű zsiradékok, a húsok, húskészítmények rendszeres és túlzott fogyasztása, a zöldségek, gyümölcsök, a tej és tejtermékek, valamint a gabonafélék, különösen a teljes kiőrlésű gabonákból készült élelmiszerek igen alacsony fogyasztása jellemző a felnőttekre; 2009-hez képest a halfogyasztás kissé nőtt, de még 2014-ben sem érte el az ajánlott mennyiséget. Nőtt a finompekárú és az ízesített gabonaszemek fogyasztása is, melyek hozzáadott cukortartalmuk miatt jelenthetnek kockázatot. Ezzel párhuzamosan jelentősen nőtt az édesítőszeres fogyasztása, melyek szakmai megítélése vitatott. Az étletlenülag előnyösebb, telítetlen zsírsavakban gazdag növényi olajok fogyasztása visszaesett, míg a telített zsírsavban gazdag szalonnafogyasztás nőtt. Különösen kedvezőtlen, hogy a friss zöldségek és gyümölcsök fogyasztása 2009-hez képest csaknem ötödével csökkent! A nők 65%-a, férfiak 68%-a az ajánlott napi 400 gramm zöldség-gyümölcsnél kevesebbet fogyaszt.⁵</p>
<p>A 4. legnagyobb egészségkockázat, a túlsúly és az elhízás a magyar felnőtt lakosság egészségveszteségének 14%-áért (656 Mrd Ft) tehető felelőssé. A túlsúly és az elhízás főként a keringési rendszer betegségeiben játszik szerepet, azonban közel azonos arányban a cukorbetegség, a daganatos megbetegedések és a mozgásszervi panaszok okozta megbetegedésekkel is kapcsolatba hozható.^{1 (48.o.)}</p>	<p>2014-ben a felnőtt nők 62%-a, a férfiak 67%-a, azaz mintegy 5 millió ember rendelkezett súlytöbblettel Magyarországon. Az életkor emelkedésével egyre magasabb a túlsúlyosak és elhízottak aránya. A 18-34 éves nők több mint harmada, a 35-64 évesek kétharmada, az idősebbek több mint háromnegyede súlyfelesleggel rendelkezett 2014-ben. A fiatal férfiak kétötöde, a középkorúak háromnegyede és az idősebb korosztály már több mint négyötöde túlsúlyos vagy elhízott volt.⁶</p>

Forrás: Egészségjelentés2015 és OTÁP2014

2. táblázat: A 15 év feletti magyar lakosság kockázati csoportok szerinti egészségveszteségei és az azokhoz kapcsolódó, becsült gazdasági veszteség, 2010

Rangsor	Kockázati csoport	ELÉV	Gazdasági veszteség Mrd Ft-ban	Gazdasági veszteség a GDP arányában (%)
1	Étrendi kockázatok	833 505	945	3,6%
2	Magas vérnyomás	684 523	673	2,5%
3	Dohányzás	588 744	964	3,6%
4	Magas TTI ^{iv}	517 356	656	2,5%
5	Légszennyezés és egyéb környezeti kockázatok	393 977	479	1,8%
6	Alkohol- és kábítószer fogyasztás	361 011	722	2,7%
7	Fizikai inaktivitás	253 904	281	1,1%
8	Magas összkoleszterin szint	229 177	274	1,0%
9	Magas éhomi vércukor szint	228 893	278	1,0%
10	Foglalkozási kockázatok	51 565	113	0,4%
11	Szexuális bántalmazás és erőszak	27 056	50	0,2%
12	Alultápláltság / tápanyaghiány	13 785	20	0,1%

Forrás: Egészségjelentés2015

ⁱⁱ OTÁP = Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat

ⁱⁱⁱ ELÉV = Elvesztett Egészséges Életév

^{iv} TTI = Testtömeg-index

A nemzetközi irodalomban találunk olyan példákat, melyek segíthetnek a fenti szemléletmód megvalósításában. Ilyen a Rákkutatási Világalap (*World Cancer Research Fund International – WCRF*) által megalkotott táplálkozási keretrendszer (*NOURISHING Framework*),⁷ amely az egészséges táplálkozás, az elhízás és táplálkozással összefüggő nem fertőző betegségek megelőzésének ételminőség-politikai keretét foglalja össze. [3. táblázat] A keret-

rendszer segít azonosítani azokat a beavatkozási pontokat, amelyek biztosíthatják az egészséges táplálkozás megvalósulását az elhízás, daganatok és más nem fertőző népbetegségek prevenciója érdekében.⁸ E pontok közül az ételminőség-környezet és a viselkedés-változtató kommunikáció elemei jól beilleszthetők munkahelyi egészségfejlesztési programokba. E cikk főként erre fókuszál.

3. táblázat: A táplálkozással összefüggő nem fertőző betegségek megelőzésének ételminőség-politikai kerete

Elem		Politikai terület	Példa lehetséges tevékenységre
Ételminőség-környezet	N	Ételminőség címke szabványok, felhasználásra vonatkozó állítások szabályozása	Tápanyag-összetétel és könnyen értelmezhető kalória címkék a csomagoláson, szabályok a tápanyag- és egészségre vonatkozó állításokkal kapcsolatban
	O	Egészséges ételek kínálata közintézményekben	Zöldség-gyümölcs programok, közéleti szabályok, szabványok munkahelyeken, oktatási, egészségügyi intézményekben
	U	Gazdasági eszközök használata az ételminőség megfizethetősége és a vásárlás ösztönzése érdekében	Céltzott támogatások, ár-promóciók az értékesítés helyén, egységárazás, egészséggel kapcsolatos ételminőség adók
	R	Egyes ételminőség reklámjainak korlátozása	Gyermekek számára egészségtelen táplálkozást népszerűsítő hirdetések korlátozása, minden médiacsatornán; szponzorálás, promóciós csomagolás korlátozása
	I	A táplálkozás minőségének javítása	Só- és zsírtartalom csökkentése, transzzsírok kiküszöbölése, feldolgozott ételminőség energiaértékének csökkentése
	S	Az egészséges kiskereskedelmi és közéleti környezet kialakítását ösztönző és szabályozó intézkedések	Kedvezőtlenül ellátott területeken kiskereskedelmi üzletek nyitását ösztönző intézkedések
Ételminőség-rendszer	H	Ételminőség-lánc multiszektoriális hasznosítása	Ételminőség-termelés ösztönzése, rendszer-prevenációs szemlélet, multiszektoriális rendszerszintű változtatások
Viselkedés-változtató kommunikáció	I	A lakosság tájékoztatása az ételminőségről és a táplálkozásról	Táplálkozási ajánlások oktatása, tömegkommunikáció, közösségi kampányok
	N	Egészségügyi intézményekben táplálkozási tanácsadás	Táplálkozási tanácsadás veszélyeztetett egyének számára, hatékony táplálkozási beavatkozásokkal kapcsolatos irányelvek egészségügyi dolgozók számára
	G	Táplálkozással kapcsolatos képzés és készségfejlesztés	Tananyagokban egészséges ételkészítés oktatása, táplálkozás egészségügyi vonatkozásainak oktatása

Forrás: Egészségmagatartásra ható beavatkozások gyűjteménye

EGÉSZSÉGES TÁPLÁLKOZÁSSAL KAPCSOLATOS ISMERETEK, MEGGYŐZŐDÉSEK, HIEDELMEK

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet által 2015-ben készített Egészségkommunikációs Felmérés (EKF) kitért olyan, táplálkozással összefüggő meggyőzések, hiedelmek értékelésére is, amelyek befolyásolják az egyént a mindennapi döntéseiben.⁹

A kapott eredmények közül néhány:

- az egészségesnek tartott ételek általában a magyar lakosság 21%-ának nem ízlenek, és 40%-ukat csak az érdekli, hogy amikor eszik, annyit ehessen, amennyivel jóllakik;
- 63%-a egyetért azzal, hogy az egészséges ételek elkészítéséhez sok idő és sok pénz kell;

- 55%-a szerint nem lehet pontosan tudni, hogy melyik étel egészséges, mert a szakértők sem értenek egyet.

Az egészséges táplálkozás több mint a kalóriák fogyasztása, többet jelent az ételminőség minőségi és mennyiségi csoportosításánál, s a lakosság számára is több ennél. Ízek, örömforrás, idő, egészség stb. Ezért fontos feladat, és egyben szakmai kihívás a hamis információk, a tévhitek cáfolása, az egészséges táplálkozás egyszerű, gyakorlatban alkalmazható praktikáinak megtanítása, hogy az egészséges ételről a finom, laktató, gyorsan elkészíthető jelző jusson a fogyasztó eszébe.¹⁰

EGÉSZSÉG-KONYHA, MINT KOMMUNIKÁCIÓS SZÍNTÉR

Az utóbbi időben egyre gyakoribbak a médiában egészséges táplálkozással, egészséges ételkészítéssel kapcsolatos főzőműsorok, de a személyes bevonódást, a készségfejlesztést ezek az adások nem teszik lehetővé. Ezzel szemben a munkahelyen szervezett egészségfejlesztési egészség-konyha programok szinterei a kics csoportos, sajátélményű, közösségfejlesztő alkalmaknak. Itt pillanatról-pillanatra követhető az ételkészítési folyamat; valóban egyszerű, könnyen és gyorsan elkészíthető ételek születnek; van lehetőség kísérletezni ízekkel, fűszerekkel (például, az alap lencsekrém chilis, tojásos változata, illetve zöldfűszeres, sárgarépa formája is elkészíthető); megkóstolható az elkészült fogás; ismert és kevésbé ismert alapanyagok új felhasználási lehetőségeinek megismerésére van közvetlen lehetőség, például, babos sütemény, sütőtökös tócsni.

Általános szabályként megállapítható, hogy a kis csoporton belüli kommunikációra jellemző a közvetlenség és a kölcsönösség. Általában informális, kötetlen, spontán, a csatornákon az információk gazdagon és szabadon áramolnak. Ezért e kommuniká-

ciós forma alkalmas lehet új információk megosztására, motiválásra, hosszú távon akár viselkedésváltozás elindítására is. Ezt a lehetőséget hordozza/hordozhatja magában az egészség-konyha, mint kommunikációs színtér, és mint interaktív kommunikációs csatorna.

Amennyiben munkahelyi, egészséges táplálkozás el-sajátítását célzó egészségfejlesztési programot szeretnénk megvalósítani, amely nem csupán ismeret-átadásra irányul, hanem motivál, készséget fejleszt, közösséget fejleszt, szükséges átgondolni a lehetőségeket, felmérni az igényeket, és ezek ismeretében kell megtervezni a folyamatot.

A tervezés lépései, valamint a NEFI Egészség-konyha felsorolt tevékenységei némi módosítással a munkahelyen kívül más közösségek, például, egészség-, baba-mama-, várandós-szülő felkészítő-, idős- illetve betegklubok tematikájába is beépíthetők.

Mit érdemes figyelembe venni a munkahelyi, gyakorlati bemutatóval – például, étel-italkészítés, kóstoló – kombinált, egészséges táplálkozást népszerűsítő program tervezésekor? A 4. táblázat egyfajta áttekintése a felmerülő akadályoknak, lehetőségeknek, megoldandó feladatoknak, amelyek száma bővíthet, illetve szűkülhet a tervezés, a megvalósítás, az értékelés során.

4. táblázat: A munkahelyi „Egészség-konyha” tervezésének lépései

Tervezés lépései	NEFI esetében a megvalósítás lépései
<ul style="list-style-type: none"> - Van szakmailag alkalmas személy a program tervezéséhez, megvalósításához? - Amennyiben nincs belső munkatárs, külsős szakember felkérhető? (Van-e a felkérésnek anyagi vonzata?) 	<ul style="list-style-type: none"> - Igen, van 2 dietetikus munkatársa az intézetnek.
<ul style="list-style-type: none"> - Hány fő szükséges a megvalósításhoz? - Kiket szükséges bevonni akár az előkészületekbe, akár a helyszínen a megvalósításba? 	<ul style="list-style-type: none"> - 1-2 fő (alapanyagok beszerzése, szükség esetén előkészítése). - A programon a munkatársak aktív bevonása (az elkészítendő ételek számától függően általában 3-4 fő).
<ul style="list-style-type: none"> - Hogyan történik a munkáltató/felsővezetés bevonása a programba, meggyőzése az anyagi támogatásról, munkaidő kedvezményről? 	<ul style="list-style-type: none"> - Előzetes tájékoztatás, a munkavállalói előnyök „kidomborítása”. - Az elméleti szakemberek gyakorlati ismeretekkel történő felkészítése a hiteles tanácsadói szerepkörre – munkahelyi gyakorlati továbbképzésként is felfogható.
<ul style="list-style-type: none"> - Hogyan történik a dolgozók bevonása? 	<ul style="list-style-type: none"> - A program első eleme figyelemfelkeltő levél, később hírlevél, meghívó, szóbeli invitálás, a programon készült ételek leírásának és fotóinak közreadása, a közös tapasztalatok megosztása, a programra el nem jött kollégák kínálása a kóstolóból. [1. ábra, 2. ábra és 3. ábra] - Későbbi terv: kihelyezett program szervezése a Bolgárkerék utcai telephelyen.
<ul style="list-style-type: none"> - Hol, milyen formában történik a program meghirdetése? 	<ul style="list-style-type: none"> - Intraneten, faliújságon, étkező falán/asztalon.

<ul style="list-style-type: none"> - Mennyi keretünk van az ételbemutatóra, kóstolóra? - Csak nyersanyagköltséggel, vagy rezsiköltséggel is számolni kell? 	<ul style="list-style-type: none"> - Felsővezetői engedéllyel kb. 3000 Ft/alkalom a nyersanyagköltség, rezsiköltség esetünkben nincs.
<ul style="list-style-type: none"> - Hány alkalmat tervezünk, milyen rendszerességgel? 	<ul style="list-style-type: none"> - Jelenleg 2016. augusztus-november között 4 alkalom, 3-4 hetente, szerda reggelenként, munkaidőben (felsővezetői engedéllyel). - Folytatás a visszajelzések és a kitöltött egészségterv kérdőív^v válaszai függvényében.
<ul style="list-style-type: none"> - Miről beszélgetünk, mit készítünk, mire van igény? - Történt előzetes felmérés, például, munkahelyi egészségterv részeként az igények feltárására? - Egészségterv hiányában van egy szakmailag alátámasztott elgondolás (pl. kutatások eredményei), amire épül a program? 	<ul style="list-style-type: none"> - Jelenleg zajlik a NEFI saját egészségtervének kidolgozása, a kérdőívfejlesztés, így az Egészségjelentés2015 illetve az OTÁP2014 adatai szolgáltatnak szakmai alapot. - Eddigi témák: zöldség italokban, zabpelyhes fogások, tökös reggel, hüvelyesek más köntösben. - Cél: könnyen beszerezhető, idényjellegű, viszonylag olcsó alapanyagok felhasználása; könnyen, gyorsan elkészíthető egészséges fogások készítése.
<ul style="list-style-type: none"> - Hány főre számítunk a programon (meghatározza a helyszín mérete)? - Van minimum-maximum létszám? Ezt ki határozza meg? - Be kell jelentkezni a programra, regisztrációhoz kötött? - Mindenki egyszerre látja a bemutatottakat, vagy forgószínpadszerűen ugyanazt többször is be kell mutatni a munkatársaknak? 	<ul style="list-style-type: none"> - Előzetes szóbeli és írásbeli visszajelzések alapján. - Egy-egy alkalommal 10-15 fő állandó érdeklődő + 3-5 fő alkalmi részvétele. - Mindenki közelről láthatja a folyamatokat, kóstolhat, bekapcsolódhat az alkotás egyes fázisaiba a helyszínen, önkéntes jelentkezéssel. Többszöri bemutatás helyett 2-3, alapanyagában hasonló étel párhuzamos készítése teszi lehetővé az aktív - kreatív részvételt, pl. az ízesítésben, a hozzávalók bővítésében, tálalásban.
<ul style="list-style-type: none"> - Hol lesz az esemény? Saját/intézményi keretek közt vagy külső helyszínen (például, közeli, meglévő tanterem)? 	<ul style="list-style-type: none"> - NEFI, Diószegi úti, 3. emeleti étkező.
<ul style="list-style-type: none"> - Milyenek a feltételek? Például, az alapanyagok szállítása, tárolása, tisztítása; kézmosás, mosogatás stb. megoldott? 	<ul style="list-style-type: none"> - A felsoroltak mindegyike megoldott.
<ul style="list-style-type: none"> - Milyen eszközök állnak rendelkezésre, mit kell a programgazdának vinni/biztosítani? - Milyen a konyha/étkező/bemutató helyszínének felszereltsége? 	<ul style="list-style-type: none"> - Rendelkezésre álló eszközök: tányérok, poharak, zöldségghámozó, konzervnyitó, vízforraló, mikrohullámú sütő, kanca, kéztörölő, hosszabbító. - A tervezett ételek elkészítéséhez alkalmanként a hiányzó eszközöket biztosítani kell (többen is hozzájárulnak konyhai berendezések, szükséges tárgyak behozatalával a program sikeréhez).
<ul style="list-style-type: none"> - Mennyi időnk van az ételkészítésre, bemutatóra? 	<ul style="list-style-type: none"> - 1 óra, 8.30-9-30 között.
<ul style="list-style-type: none"> - Mennyi idő szükséges a bemutatón túl, az előkészítéshez és az utómunkálatokhoz? 	<ul style="list-style-type: none"> - Előkészítés: 3-4 óra (témák meghatározása, receptek gyűjtése vagy kitalálása, alapanyagok tisztítása, darabolása, helyiség rendezése). - Utómunkálatok: 3 óra (mosogatás, az étkező visszarendezése). - A receptúrák leírása, tápanyagtartalmak kiszámolása, szakmai és praktikus gyakorlati javaslatok megfogalmazása: 3 óra [4. ábra]
<ul style="list-style-type: none"> - Hogyan történik a program hatásának, hasznosságának felmérése? 	<ul style="list-style-type: none"> - Kérdőívvel (a kérdőív kidolgozása jelenleg folyamatban van).

Forrás: Egészségfejlesztési programelem, NEFI, Egészség-konyha 2016

^v A munkahelyi egészségterv olyan komplex programtervezet, amely az Intézet munkavállalóinak életminőségét és munkafeltételeinek javítását, egészségük fejlesztését szolgálja. Az egészségterv megvalósításának lépései közé tartozik a munkavállalók egészséggel kapcsolatos magatartásának felmérése (például: táplálkozás, fizikai aktivitás-tesztelés, dohányzás, stresszkezelés stb.), kérdőív segítségével. A kapott adatok alapján történik a munkahelyi egészségfejlesztő programok kialakítása.

1. ábra: Meghívó az Egészség-konyha augusztus 24-i programjára



*Jöjjen, aki éhes, aki jó tisztekre vár,
Álljon be a sorba, amíg tele van a tál.*

Kedves Kollégák!

E héten szerdán, azaz augusztus 24-én újra sok szeretettel várlak benneteket a 3. emeleti étkezőbe 1/2 9 - 1/2 10 között.

De csak óvatosan közelítetek, mert nagyon zabos leszek 😊.

Igen, igen most a ZABPEHELYNEK jut a főszerep, amely lesz tálban, turmixban és gofrisütőben.
Még varázsolni is fogok Nektek, mint nyuszit a kalapból, de hogy hogyan? Az maradjon az én titkom szerda reggelig...

Gyertek el! Kóstolgassatok, és ha van kedvetek, hozzatok kevés kóstolót kedvenc gabonás finomságotokból.

Múltkor Erzsike és Jóska színesítette a boszorkánykonyha italpalettáját. Szerdán kinek van kedve megcsillogtatni „zabos” oldalát?
Turmixgépre, zöldséghámozóra, vágódesszkákra, és késekre most is számíthattok.

Holnap én egészséges, finom, gyorsan elkészíthető főként édes zabfalatokkal készülök Nektek, de valahogy a kolbász is előkerül....
Ne zabolázzátok meg kíváncsiságotokat, gyertek el szerda reggel! Kriszta





Forrás: Egészségfejlesztési programelem, NEFI, Egészség-konyha 2016

2. ábra: Sütőtökös recept alapanyagai



Forrás: Egészségfejlesztési programelem, NEFI, Egészség-konyha 2016.

Fotót készítette: Asbóth Katalin

3. ábra: Zabpelyhes lepény készítése közben



Forrás: Egészségfejlesztési programelem, NEFI, Egészség-konyha 2016.

Fotót készítette: Asbóth Katalin

4. ábra: Sütőtökről összeállított anyag receptekkel (részlet)

Kedves Kollégák!

Múlt héten október 5-én, a NEFI munkahelyi egészségfejlesztési program keretében harmadszor is összegyűltünk a „boszorkánykonyhában”. TÖK jó volt veletek együtt „TÖKörészni”, azaz sütőtökös ételeket készíteni, kóstolgatni, kísérletezni fűszerekkel, hozzávalókkal a TÖKéletes falat megalkotásában.

Igen-igen, a SÜTŐTÖK volt terítéken, sütve, párolva, krémként, italként.

Sok jót lehet mondani eme aranyárga csodáról. Ha érdekel benneteket, milyen értékeket rejt ez a növény, olvassátok el, ami az Új Diéta (dietetikusok lapja) egyik régebbi lapszámában megjelent „10 dolog, amit a sütőtökről tudni kell” címen: <http://www.ujdieta.hu/index083c.html?content=659>.

Sokszor a burgonya helyett köretként is ajánlják a sütőtököt, de ne feledjétek, ha csupán az energia- és szénhidrát tartalmat vetjük össze, a különbség elhanyagolható a két zöldség között, ha viszont sült tökként esszük (à la nature), ne feledjük, jócskán veszít sütés alatt víztartalmából, ám energia- és egyéb beltartalmi értékei megmaradnak, sőt a folyadékvesztés miatt még nőnek is.

Nyersanyag neve:	Energia (kJ/kcal 100 grammban)	Szénhidrát (100g/g)
Burgonya	395 kJ/94 kcal	18,4 g
Sütőtök	336 kJ/80 kcal	16,5 g
Sült sütőtök (saját mérés alapján)*	592 kJ/141 kcal	29,1 g

* már tudtam mi lesz a boszorkánykonyha témája, mikor úgy adódott, baráti társaságba megyek ahová sült sütőtököt vittem „desszert” gyanánt, csemegének. A tököt megmostam, megszabadítottam amitől meg kellett, majd lemázsáltam, megsütöttem, újra mérlegre tettem, sőt a héját is visszamértem, miután kiittük belőle a tököt. Sütés előtt tököm 2585 grammot nyomott, míg sütés után csupán 1464 grammot, azaz 1121 g vizet sitty-suttu elveszített, a jó egy órás sütés alatt. 2585 gramm sütőtök = 2068 kcal, 1464 gramm sült sütőtök szintén 2068 kcal (a héj súlyát már előtte levontam a mért értékekből). Azaz 100 g sült sütőtök (az én mérésém alapján) = 141 kcal

Na, nem szaporítanám tovább a betűket, íme, a tökök finomságok receptjei és azok beltartalma¹:

Forrás: Egészségfejlesztési programelem, NEFI, Egészség-konyha 2016

Az Egészség-konyha, mint (munkahelyi) egészségfejlesztési programelem egyszerűen, szó szerint kézen fogható formában segíti az résztvevőket az egészséges táplálkozás mindennapi gyakorlatának megvalósításában.

Az új ingerek, élmények – például, ezt én is el tudom készíteni felismerés – sikerélményt adnak, növelhető a kompetenciaérzés és a tényleges készség. A

meglepő, ámde finom íz kombinációk, az ételkészítésre szánt viszonylag kevés időráfordítás és a tudatos, könnyen/könnyebben elérhető és megfizethető alapanyagok felhasználása a motivációt erősíti. Mindezek befolyásolják a szemléletet, a tudatos választást, vagyis az egészségmagatartást, hosszú távon az egészségesebb életmód előmozdítását.

¹ Egészségjelenet 2015 (szerk: Vitrai J., Varsányi P.) Információk a hazai egészségveszteségek csökkentéséhez. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. 2015.

² Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (EU-OHSA), Munkahelyi egészségfejlesztés munkáltatók számára http://osha.europa.eu/hu/publications/factsheets/hu_93.pdf (Elérve: 2016.10.22.)

³ Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (EU-OHSA), Munkahelyi egészségfejlesztés munkavállalók számára <http://osha.europa.eu/hu/publications/factsheets/94> (Elérve: 2016.10.22.)

⁴ <http://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/> (Elérve: 2016.10.22.)

⁵ https://www.ogyei.gov.hu/otap_2014/ (Elérve: 2016.10.22.)

⁶ http://www.ogyei.gov.hu/dynamic/otap_testsulyxjavit.pdf (Elérve: 2016.10.22.)

⁷ <http://www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework> (Elérve: 2016.11.11.)

⁸ Egészségmagatartásra ható beavatkozások gyűjteménye – TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása

⁹ http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/oldal/szakmai-anyagok/szakmai-anyagok-egeszsegkommunikacios-felmeres/ (Elérve: 2016.10.22.)

¹⁰ Fekete K.: A COM-B-modell és az erre épülő 2015. évi Egészségkommunikációs Felmérés (EKF) érdekességei, Új Diéta, 2016;4:14-19

Szemponatok az egészséges életmódot támogató épített környezet kialakításához

Checklist for the Built Environment Health Promotion

Szerzők: Csizmadia Péter ✉; Szűcs Erzsébet
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.11.08.

Összefoglaló: Az ebben a cikkben bemutatott lista hatékony beavatkozásokon alapul, amelyek hozzájárulhatnak az egészséges épített környezet kialakításához, ezáltal pozitív irányba befolyásolva az ott élők egészségmagatartását. Célja az, hogy támogassa az aktív életmódot és egy egészségesebb épített környezet létrehozását.

Kulcsszavak: épített környezet, egészségfejlesztés, áttekintő lista

Summary: In this article a checklist is collected to assist in the identification of relevant strategies. The publication seeks to educate designers about opportunities to increase daily physical activity, including measures such as making stairs more visible and providing inviting streetscapes for pedestrians and bicyclists. Several of these strategies are common sense; many are supported by academic research translated into practical recommendations.

Keywords: built environment, health promotion, checklist

2016 márciusában a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet egy workshopot szervezett, melynek tapasztalatait az Egészségfejlesztés folyóiratban nemrégiben, „Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra” címmel megjelent cikk foglalta össze.¹ E szerint az épített környezetben bekövetkező változások pozitív hatással lehetnek az életminőségre, amely főként a szív- és érrendszeri, a daganatos és a légzőszervi megbetegedések, a mentális zavarok, valamint a sérülések előfordulásának csökkenésében jelentkeznek. A megfelelő településtervezés, a biztonságos úthálózat, a bővülő zöldterületek hozzájárulhatnak az egészség és a jóllét biztosításához.

2016 szeptemberében az épített környezettel foglalkozó munkacsoport újabb ülést tartott, amelyen a hazai egészségfejlesztés, a településfejlesztés, a város- és településszociológia, illetve az építészet, valamint várostervezés területén tevékenykedő szakemberek vettek részt.

MIRŐL VAN SZÓ A SZAKMAI ANYAGBAN?

A 2016 őszi munkamegbeszélésen a szakértők egy áttekintő listatervezetet vitattak meg, amely segíthet a jelenkor népegészségügyi kihívásainak megfelelni, főként az elhízás és az ezzel összefüggő krónikus megbetegedések, mint a cukorbetegség, a különböző szívbetegségek és számos rákbetegség megelőzésében. A lista egy, az Egyesült Államokban megjelent kézikönyv alapján íródott, tudományos bizonyítékokon, hatékony beavatkozásokon alapul, amelyek hozzájárulhatnak az egészséges épített környezet kialakításához, ezáltal pozitív irányba befolyásolva az ott élők egészségmagatartását.² A szakmai anyag célja, hogy a hazai viszonyokra adaptálva támogassa az aktív életmódot és egy egészségesebb épített környezet létrehozását. A dokumentumot a résztvevők nem tekintik véglegesnek, egyelőre egy kezdeti lépés megtételéről van szó. Bízunk benne, hogy a szakemberek érdeklődését felkelti az

összeállítás, akik javaslataikkal, észrevételeikkel hozzájárulnak az anyag kibővítéséhez, szakszerűbbé tételéhez, használhatóságának javításához.

KIKNEK SZÓL A DOKUMENTUM?

Az áttekintő mindazok számára szól, akiknek szerepe van az épület és településtervezésben, valamint a kivitelezésben. Ez magában foglalja a tervezőket, településfejlesztőket, építészeket, tájépítészeket, mérnököket, kivitelezőket, építési vállalkozókat, kormányzati és önkormányzati szerveket.

MIT TARTALMAZ AZ ELKÉSZÜLT SZEMPONTRENDSZER?

A lista 2 fő területre koncentrál, a településfejlesztésre és a fizikai aktivitást támogató tervezésre. Témái között megtalálhatóak az egészséges lakókörnyezet, az egészséges közlekedés, az egészséges természeti környezet, az egészséges táplálkozást támogató környezet, az egészséges lakhatás, és az egészséges munkahelyek. Az összefoglaló hozzájárulhat, hogy az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlásainak megfelelően, valamennyi ágazatban váljon elfogadottá, hogy az egészségért minden szektor felelős. Ennek megfelelően a különböző diszciplínáknak erősíteni kell a saját szerepüket az egészség, és az azt befolyásoló fizikai környezet tekintetében. A lista tartalma elsősorban az épített környezet fizikai aktivitásra gyakorolt hatására összpontosít, amelyet igyekszik építészeti megoldásokkal ösztönözni.

Külön kell szólnunk az akadálymentesítés problémájáról. Az épített környezet akkor tekinthető akadálymentesnek, ha annak kényelmes, biztonságos, önálló használata minden ember számára biztosított, ideértve azokat az egészségkárosodott egyéneket vagy embercsoportokat is, akiknek ehhez speciális létesítményekre, eszközökre, illetve műszaki megoldásokra van szükségük. Az épített környezetet úgy kell alakítani, hogy mind a lakások, mind a középületek és közterületek a fogyatékoság természetéhez és mértékéhez igazodóan korlátozottság nélkül használhatók legyenek. Az áttekintő lista külön nem említi a fogyatékkal élőket, de számukra az akadálymentesítést alapelveként elfogadja.

1. Településfejlesztés

Az itt felsoroltak olyan beavatkozások, intézkedések, amelyekről a nemzetközi szakirodalom alapján kijelenthető, hogy bizonyítottan elősegítik az aktív életmódot, amely az egészség megőrzését és fejlesztését szolgálja. E célok eléréséhez az összegzés készítői átgondolták, mit érdemes figyelembe venni a településfejlesztés során a tervezésnél, kivitelezésnél.

Ennek alapján:

1.1 Vegyes funkciójú területek

- Városszintű fejlesztések esetén a vegyes használatú területek, pl. lakóterületek, irodák, iskolák, üzletek, kulturális és közösségi terek, rekreációs helyek kialakítására célszerű törekedni.
- Teljes választékkal rendelkező élelmiszerboltok létrehozása javasolt munkahelyek, lakóterületek közelében.

1.2 Közlekedés és parkolás

- Épületek és épületek bejáratának elhelyezése a közösségi közlekedés útvonalainak és megállóinak közelében legyen.
- A közösségi közlekedés megállóhelyeit a jól megközelíthető, jó összeköttetéssel rendelkező utcák mentén érdemes kialakítani.
- Információk elhelyezése szükséges épületeken, megállóhelyeken és fő csomópontokon, amelyek térképen mutatják a távolságot, jelzik az elérési időket, az útvonalakat és a kalória felhasználást (pl. gyaloglás esetén), a legközelebbi és közeli megállókig.
- A közösségi közlekedésben a megállóhelyeket fel kell szerelni a gyalogosok kényelmét szolgáló berendezésekkel (pl. ülőpad, csomagtároló hely).
- A járdák megfelelő szélessége járuljon hozzá a gyalogosok kényelmes közlekedéséhez, beleértve a fogyatékkal élőket is.
- A megállók kialakítása során törekedjenek a tervezők a kényelmes tér kialakítására (pl. ülő és támaszkodóhelyek a várakozás idejére). Ez foglalja magába az esővédő pavilonokat is, amelyek a naptól, szélről és esőtől védik az uta-

sokat. A megálló kialakítása kiegészíthető árnyékot adó növények telepítésével.

- A parkolók tervezésekor vegyék figyelembe a szakemberek, hogy a parkolás (parkolók helyszíne, távolsága például középületektől stb.) hogyan befolyásolja az aktív közlekedési formákat, beleértve a gyaloglást, kerékpározást és a közösségi közlekedést.
- A fogyatékkal élők számára a parkolóhelyek kialakítása történjen meg.

1.3 Parkok, zöldterületek, rekreációs helyek

- A zöld területek kialakítása legyen a településfejlesztés része, vagy ha van rá lehetőség, az épületeket helyezték már létező zöld közterületek mellé.
- Javasolt biztonságos és jól látható kerékpáros és gyalogos útvonalak kiépítése parkokban és köztereken.
- Új beruházások esetén a zöld területeket egy nagyobb egységben hozzák létre sok kisebb, el-

szórt terület helyett. Ahol lehetséges, a zöld területek legyenek 10 perc gyaloglótávolságon belül a lakóterületektől.

- A parkok és zöldterületek rendelkezzenek sétautakkal, futókörökkel, játszóterekkel, sportudvarokkal és ivókutakkal, étkezőhelyekkel.
- Az új épületek már létező rekreációs helyek közelében kerüljenek kialakításra, és ösztönözhető hasonló helyek létesítése is, például teremsportok feltételeinek megteremtésével.
- Az irodaházak és kereskedelmi területek tervezésekor hasznos rekreációs helyek és sétautak is legyenek.
- Parkok, zöldterületek és rekreációs helyek létrehozásakor vegyék figyelembe a helyi lakosság kulturális igényeit, életkori összetételét.
- Fontos a partnerség kialakítása különböző szervezetekkel a zöldterületek és közösségi kertek fenntartásának támogatására.
- Zöld növényzet telepítésekor ne ültessenek a kivitelezők allergizáló növényeket.

1. ábra: Vonzó, gondozott közösségi tér



Forrás: Dr. Kálmán László: Forgalmcsillapítás³

1.4 Játsszóterek

- Udvarok, kertek, lépcsők és tetők kialakítása javasolt, amelyek kültéri gyerekjátékokként szolgálhatnak.
- A játsszótereken a sporttevékenységekre is legyen lehetőség, például a pályák vonalazásával.
- Természetes anyagokból készült burkolatokat használjanak a játsszótereken.
- Világítás kiépítése szükséges a járdák mentén, illetve azokon a területeken, amelyek esti testezésre alkalmasak.
- A parkok és a játsszóterek tervezésekor vegyék figyelembe a szakemberek az éghajlati viszonyokat, ezzel is ösztönözve a testezést a különböző évszakokban, eltérő időjárási feltételek között.
- Fontos szempont a játsszós testezési lehetőségek biztosítása a gyerekeknek, fiataloknak az iskolákban a tanítási idő alatt és azon túl is.
- A játsszótereken is gondoskodni kell a tűző nap elleni védelemről (pl. árnyékolás).

1.5 Közösségi terek

- Célszerű a vonzó és gondozott közterületek kialakítása.
- A közösségi tereket a népszerű gyalogos zónák mentén, megálló közelében érdemes kialakítani úgy, hogy azok hozzáférhetőek legyenek a kerékpárosok számára is. [1. ábra]
- A közösségi terek a járdákkal egy szintben legyenek, különböző funkciókat lássanak el.
- A közösségi tereket úgy alakítsák ki a tervezők, hogy a használatuk különböző időjárási viszonyok között is biztosított legyen.
- Partnerség kialakítása alapvető a különböző csoportokkal (pl. önkormányzatok, egyházak, civil szervezetek) a közösségi terek fenntartása és folyamatos, rendszeres programok megvalósítása érdekében.
- A világítás biztosítása mozgásérzékelők segítségével növeli a közbiztonságot, ne legyenek zárt, sötét terek.
- Illemhelyek létesítése, azokhoz hozzáférés mindenki, így a mozgáskorlátozottak számára is fontos szempont.

1.6 Élelmiszerboltok és friss termékekhez való hozzáférés

- A teljes kínálatú élelmiszerboltok (szupermarketek) a lakókörzetek gyalogló távolságán belül legyenek.
- A kistermelői piacok működjenek az élelmiszerboltok kiegészítőiként.
- Biztonságos gyalogló- és kerékpárutak kialakítása javasolt a sűrűn lakott területek és az élelmiszerboltok, valamint a kistermelői piacok között.
- Az élelmiszerboltok elrendezésének kialakításakor ügyeljenek a gyalogosok, kerékpárosok és autósok védelmére, a parkoló autók és teherautók megfelelő elhelyezésére.
- Legyenek kerékpáros parkolók és ivóutak az élelmiszerboltok közelében.

1.7 Az utcák közötti jó összeköttetés, kapcsolat

- A nagy fejlesztéseknél törekedjenek a kivitelezők/tervezők a járdák közti jó összeköttetésekre, e mellett a háztömbök mérete legyen relatíve kicsi.
- Érdemes elkerülni az alul- és felüljárók kialakítását, amely szintváltásra kényszeríti a gyalogosokat.
- A kijelölt gyalogos- és kerékpárutak az autóktól elzárt területeken vezessenek.
- A járdaszegély és az úttest közötti magasságbeli eltérések helyett, rámpaszerű feljárók kialakítása ajánlott az erős gyalogos forgalmú területeken.
- Az autók és a gyalogosok közötti érintkezés csökkentése rámpák és felhajtók segítségével történjen.

1.8 Forgalomcsökkentés

- A forgalomcsökkentés érdekében az utak a lehető legkeskenyebbek legyenek, és a lehető legkevesebb sávval alakítsák ki azokat.
- Forgalomcsökkentő eszközök, technikák használata javasolt, mint a járdák kiszélesítése, lassítók elhelyezése, középső elválasztók alkalmazása.
- Egyéb fizikai eszközök igénybe vétele, ahol az alkalmazható, például:

- horizontális elterelő, mint a kanyarok beépítése,
 - vertikális eltérítések megemelt keresztveződésekkel és átkelőkkal,
 - körforgalmak, forgalmi terelések, lassítók. [2. ábra]
- A jelzőlámpák késletetése bevált gyakorlat a balra kanyarodás estén.
 - Gyalogosok elsőbbségére figyelmeztető táblák kihelyezése ajánlott.
 - Szükséges elkerülni az egérutak, a nagy ívben kanyarodó sávok használatát.

2. ábra: Forgalmcsillapítás szintemeléssel



Forrás: Dr. Kálmán László: Forgalmcsillapítás³

1.9 A járdák kialakítása

- „Buffer” (védő) zónák kialakítására alkalmazható például, a gyalogosok elválasztása a járművektől utcabútorokkal, fákkal, egyéb eszközökkel.
 - Ülőhelyek, ivókutak, pihenők és egyéb eszközök használata ajánlott, amelyek támogatják a hosszabb és gyakoribb gyaloglásokat.
 - Javasolt a külső világítás biztosítása az utcákon és a sétautak mentén.
 - Fontos fák, érdeklődés felkeltésére alkalmas tárgyak elhelyezése az utcákon, járdákon.
- A járdák olyan szélesek legyenek, amely elbírja a mindennapi forgalmat.
 - A járdák kiszélesítésével nagyobb gyalogosforgalom generálható.
 - A szintben megemelt gyalogos átkelőhelyek, gyalogos középszigetek támogatják a gyalogos forgalmat.
 - A járdák, gyalogos útvonalak az érdekes látnivalók felé vezessenek.
 - Kijelölt gyalogos útvonalak kiépítése szükséges, amelyek egy útbaigazító rendszer részei, gyalogosok és kerékpárosok számára egyaránt.

- Az utcákat és a járdákat jól elérhetővé kell tenni. Ennek érdekében olyan utakat kell létrehozni, amelyek simák, elég szélesek, ahol a járdaszegélyek rámpaszerűen lejtősek és a forduló ív megfelelő a kerekesszékekkel közlekedők és a gyalogosok számára is.
- Javasolt az utakon átkelők segítése hallható hangokkal, megfelelő időt hagyva az átkelésre, valamint jól látható rámpák és összeköttetések kialakítása a gyalogos, kerékpáros és tömegközlekedési útvonalak között.

1.10 Programok az utcakép vonzóvá tételéhez

- Állandó és ideiglenes művészeti tárgyakat helyezzenek el az utcákon, közterületeken.
- A gyalogosokra összpontosító programokat valósítsanak meg, például játékonysági gyaloglá-

sok szervezése, autós forgalom elől való lezárások, amelyek a kerékpáros és gyalogos forgalom számára szélesítik az úthasználatot.

- A szabadtéri találkozóhelyek számának növelésével ösztönözhető az utcai aktivitás a különböző igények figyelembe vételével.

1.11 Kerékpárutak hálózatának kiépítése és az elérhetőség

- Jól kapcsolódó kerékpárutakat alakítsanak ki és egy gerinchálózatot hozzanak létre, amely megszakítások nélkül halad.
- A kerékpározás és a közösségi közlekedés közti kapcsolatot körültekintően tervezzék meg.
- A kerékpárutakon jelzőtáblákat használjanak, amelyek mutatják az irányt, a távolságokat, az elérési időket a különböző célpontokhoz.

3. ábra: Kerékpárút kialakítása



Forrás: Dr. Kálmán László: Forgalomcsillapítás³

1.12 Kerékpárutak

- Útburkolati jelek alkalmazása javasolt, hogy vizuálisan is egyértelművé váljon a kerékpáros és autós közlekedés elválasztása.
- A forgalom jellegének megfelelően a kerékpárutakat és az autók által használt úttestet különböző tárgyakkal, megoldásokkal különítsék el. [3. ábra] Más esetekben a kerékpárosok és autósok egy felületen haladhatnak.
- Ahol a kerékpárutak kihasználtsága nagy, érdemes azokat kiterjeszteni.
- Kitüntetett figyelmet kell fordítani a kereszteződésekben és egyéb veszélyesebb helyeken a kerékpárutak kialakítására, hogy a kerékpárosok végig jól láthatóak legyenek és a kanyarodásból eredő problémák mérséklődjenek.
- Az ajtónyitás során keletkező ütközések elkerülése érdekében a parkoló sávokat érdemes szélesíteni.
- A zöld területeken vezető alternatív útvonalak kiépítésére kell törekedni, amelyek például parkokon keresztül vezetnek.
- Megfontolásra javasolt megosztott útvonalak kialakítása azokon a területeken, ahol sok látnivaló van.

1.13 Kerékpáros infrastruktúra kialakításánál

- A kerékpárosok számára biztosítsanak megfelelő eszközöket a parkoláshoz az útvonalak mentén.
- A kerékpárosok számára létrehozott átkelőhelyek és jelzések, biztosítsanak védelmet a gyalogosok, kerékpárosok és autósok által használt forgalmas kereszteződésekben.
- Építsenek kerékpáros rámpákat, toló síneket a lépcsők akadálymentesítése érdekében.
- Alakítsanak ki közösségi kerékpármegosztó rendszereket mind az ott lakók, mind a turisták számára a kerékpárokhoz való jobb hozzáférés érdekében.

2. Épülettervezés

Az építészek, mérnökök szakmai tudását már a tervezésnél kell, hogy segítsék egészségvédelemben és -fejlesztésben jártas szakemberek. A cikk elején em-

lített megbeszélések igazolták, hogy az együttgondolkodás során körültekintő odafigyeléssel mindennapi problémákra tudnak javaslatokat megfogalmazni a szakértők.

Ezek a következők:

2.1 A lépcsők alkalmassá tétele a mindennapos használatra

- Tegyenek alkalmassá egy, vagy több lépcsőházat egy adott épületben a mindennapos használatra, legyen az akár a fő lépcsőház, akár a menekülési útvonal, akár a vészlépcső, ha az a fő gyalogos közlekedési útvonal.
- A liftek helyett a lépcsőket preferálják a vertikális közlekedésben azok, akik képesek a lépcsőzésre.
- A különösen magas épületeknél érdemes kialakítani egy rendszert, amely a lépcsőhasználatot támogatja a közeli emeletek között, míg a lift használatára elsősorban négy vagy több emelet váltásakor kerüljön csak sor.
- A lépcsők legyenek alkalmasak az épületen belüli irányítás, útbaigazítás, tájékoztatás és közlekedés részévé válni.
- A lépcsőkön keresztül történjen az épületek közösségi tereinek megközelítése.

2.2 A lépcsők elhelyezése és láthatóvá tétele

- A lépcsők a bejáráshoz közel kerüljenek elhelyezésre.
- A mindennapos használatra alkalmas lépcsők legyenek a lift közelében.
- A vonzó és jól látható lépcsőket az épület fő közlekedési útvonalába kell tenni.
- A lépcsők legyenek minél láthatóbbak.
- Alakítsanak ki nyitott lépcsősorokat két vagy több emelet között.

2.3 A lépcsők méretei

- A lépcsők legyenek elég szélesek, hogy elférjen rajta a forgalom, akkor is, ha csoportokban, mindkét irányban közlekednek rajta az emberek.
- A lépcsőfokok kiképzésénél fontos a kényelmes és biztonságos használat.

2.4 Vonzó lépcsőházak

- A lépcsőházak legyenek tágasak, világosak (természetes fényt használva), vizuálisan vonzóak, jól és különlegesen kidolgozottak, izgalmas megoldásokon keresztül. Élénk és vonzó színek használatával elérhető a „műalkotás-szerű” hatás, ami műtárgyakkal, halk zenével még vonzóbbá tehető. [4. ábra]
- Érdemes törekedni arra, hogy a lépcsőházakból lehetőség szerint szép legyen a kilátás, például zöld területre vagy az épületen belüli közösségi terekre.
- Ügyelni kell a természetes szellőzés kialakítására.
- Csúszásmentes, könnyen tisztítható, karbantartható lépcsőfokok használata javasolt.

2.5 Ösztönzők elhelyezése

- Ajánlott jelzéseket, plakátokat elhelyezni a felvonókon, illetve más jól látható helyeken, amelyek a lépcsőhasználatot ösztönzik (pl. az elégett kalóriák mennyisége).

4. ábra: Gyaloglásra ösztönző lépcsőház



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

- A jelzések, plakátok nyelvileg és kulturálisan is megfelelő információkat és motivációs üzeneteket közvetítsenek az épületet leginkább használó csoportok számára.
- Adott esetekben (például többnyelvű lakóközösség esetén) többnyelvű feliratokat használjanak.
- Életkor specifikus üzeneteket fogalmazzanak meg az ösztönzők.

2.6 Liftek és felvonók

- A liftek elhelyezése legyen kevésbé feltűnő, mint a lépcsőké azok számára, akik képesek a lépcsőt használni, míg a liftek legyenek könnyen elérhetők a fogyatékkal élők számára.
- A felvonókat ne programozzák úgy, hogy visszatérjenek a földszintre és ne nyitott ajtóval várakozzanak, amikor nincsenek használatban.
- A többszintes, forgalmas kereskedelmi központokban érdemes létrehozni egy második szinten lévő előcsarnokot, amely a földszintről elérhető egy széles vagy nyitott lépcsővel.
- Meg kellene fontolni a felvonók használatának korlátozását a szabályozók által előírt minimumra, a méretüket, kapacitásukat tekintve. Ha a felvonók nem állnak meg minden szinten, szintén fokozható a fizikai aktivitás intenzitása.
- A felvonók sebességének, illetve a fülke nyitáshozárás sebességének csökkentésével - különösen a viszonylag alacsony épületekben -, szintén ösztönözhető a lépcsőhasználat.
- Különböző jeleket és feliratokat javasolt elhelyezni a felvonók közelében, amelyek a közeli lépcsőkre hívják fel a figyelmet.
- A felvonók használatának korlátozása mellett ajánlható, hogy a liftek sebességét csökkentsék a csúcsidőszakok kivételével.

2.7 Fizikai aktivitások, gyaloglások előmozdítása az épületen (irodaházak esetében) belül

- A munkahelyeken a pihenők, étkezők és társalgók, fénymásolók egy kellemes gyaloglásnyi távolságban legyenek elhelyezve az egyéni munkahelyektől.
- Nagyméretű irodaházakban, bevásárlóközpontokban újságosstandok, postahivatalok, egészségbarát élelmiszereket árusító üzletek, éttermek kerüljenek elhelyezésre például a magas

földszinten, így népszerűsítve, hogy gyalog menjenek ebédelni az ott dolgozók, illetve egyéb munka és iskola utáni aktivitásokat is gyalogosan oldjanak meg.

- A lakóépületben közösségi és rekreációs tereket alakítsanak ki, egymástól kellemes gyalogló távolságban.
- Az épületen belüli programok szervezése esetén vegyék figyelembe az ott élők korát és képességeit.
- Az elektronikus kommunikáción túl támogatni kell a személyes interakciókat.

2.8 Vonzó és támogató gyalogos útvonalak

- Vonzó környezetet alakítsanak ki a tervezők a közlekedési útvonalak mentén.
- Legyen természetes megvilágítás a közlekedési útvonalakon.
- Támogató infrastruktúrát hozzanak létre a gyalogos útvonalak mentén, pl. pihenők, ivókutak, padok elhelyezésével.
- Álljanak rendelkezésre információk a gyalogos útvonalokról az épületeken belül.
- Helyezzenek el távolságjelzőket a könnyebb tájékozódáshoz.

2.9 Fizikai aktivitást támogató szolgáltatások telepítése

- Fizikai aktivitásra alkalmas tereket hozzanak létre a munkahelyeken és a lakóházakban egyaránt.
- A fizikai aktivitásra alkalmas területeket központi helyen, jól láthatóan alakítsák ki.
- Legyen jó kilátás a szabadba a fizikai aktivitásra alkalmas helyiségekből.
- Biztosítsanak megfelelő infrastruktúrát, pl. zuhanyzók és szekrények kialakításával.
- Biztonságos, védett és hozzáférhető kerékpártárolókat alakítsanak ki, lehetőleg a földszinten.
- Legyenek információs pultok és feliratok, amelyek a szolgáltatásokra hívják fel a figyelmet.
- Az aktivitásra alkalmas helyek alkalmazkodjanak az ott lakó különböző csoportok igényeihez.
- Könnyű hozzáférést biztosítsanak az épületen belül elhelyezett ivókutakhoz.

3. Szinergiák a fenntartható és univerzális tervezéssel

A kis és középvállalkozások fejlesztése során alakítsanak ki mikro piacokat a közösségi tereken. Az élelmiszerboltok kínálata lehetőség szerint 50 km-en belül megtermelt termékekből álljon, a kínálatban szerepeljenek azonnal fogyasztható élelmiszerek is (mosott, csomagolt).

¹ Csizmadia P. Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra workshop [Workshop on the effects of built environment on health behaviour]. Egészségfejlesztés, 2016; 57(2): 85-88.

² Active design guidelines, 2010, City of New York

³ http://www.sze.hu/~kalman/NGB_ET009_1/15_Forgalomcsillap%EDt%E1s.pdf (Elérve: 2016.12.01.)

Támpontok az egészségfejlesztéssel kapcsolatos kutatásokhoz - Következtetések a 2015-ös Egészségfejlesztés folyóiratban ismertetett kutatások áttekintése alapján

Methodological reference points for the researches related to health promotion - Conclusions after the systematic review of the research reports published in Hungarian Journal of Health Development in 2015

Szerzők: Tóth Gergely^{a,b}✉; Formanek-Balku Eszter^a

a: Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, b: MTA-ELTE-Peripato Összehasonlító Társadalmi Dinamika kutatócsoport

Beküldve: 2016.10.28.

Összefoglaló: Az Egészségfejlesztés folyóirat szerkesztősége a megújulása során fokozott figyelmet kíván szentelni annak, hogy tudományos szempontból minél magasabb színvonalat képviseljen. Ezen törekvésbe illeszkedik jelen munka is, amely a korábbi számokban megjelent írások alapján rá kíván mutatni eddig előforduló általánosabb jellegű kutatás-módszertani problémákra. Ennek célja nem az eddigi tanulmányok kritikája, hanem hogy a jövőbeni munkák számára segítséget nyújtson, és hibás gyakorlatok csökkenő mértékben forduljanak elő. Ennek megfelelően konkrét ajánlásokat és támpontokat is igyekeztünk megfogalmazni írásunkban.

Rövid elemzésünkben a 2015-ös évben az Egészségfejlesztésben megjelent kutatásokat tartalmazó tanulmányok nemzetközi ajánlásokon alapuló szisztematikus áttekintését végeztük el, ami alapján számos problémát azonosítottunk. Ezek közül a legalapvetőbbeknek a mintaválasztás és kutatási design téves gyakorlatait és a levont következtetések tévesen általánosító jellegét találtuk.

Kulcsszavak: áttekintés, kutatás-módszertan, téves gyakorlatok

Summary: The editorial board of the Hungarian Journal of Health Development intends to devote special attention for the scientific aspects during the renewal process. This work is also fit into this endeavor, which aim to analyze the previous issues of the Journal to show the recognizable deficiencies related to research methodology. The purpose of the current study, however, is not criticism, but also to provide guidance for the future works.

In our short analysis it was carried out a systematic review of the publications released in 2015 in the Journal. We have selected the publications only which based on own data collection. We have used international recommendations for the systematic review and we could recognize more mistakes. From these the most basically are the bad practices of sample selection and the choice of research design, and also the erroneously generalizing nature of the conclusion.

Keywords: systematic review, research design, bad practices

BEVEZETÉS

A szakmai bírálatot végző (*peer-reviewed*) folyóiratok egyre növekvő szerepet töltenek be a tudományos világban, hiszen jelenleg az ilyen típusú lapokban megjelenő tanulmányok képezik a tudományos elismertség alapját. Habár az értékelési rendszer folyamatosan átalakulóban van, mára a szakmai folyóiratok piaca rendkívül komoly üzlet is, ami természetesen növeli a versenyt, ugyanakkor növeli az érintett felekre nehezedő nyomást és így a publikációs kényszert. Jelen írás azonban nem ennek a folyamatnak a bemutatását tűzte ki célul, hanem arra kíván rámutatni, hogy a nagymértékű publikációs kényszer melléktermékeként sokszor háttérbe szorulnak a minőségi kritériumok. Vizsgálódásunk fókuszában az Egészségfejlesztés folyóirat 2015-ös számaiban megjelent írások álltak, ahol elsősorban azt a problémakört vizsgáltuk, hogy kutatás-módszertani, illetőleg a levont következtetések szempontjából melyek voltak azok a kritikus pontok, amelyekre a magasabb minőségi elvárások érvényesítése során a jövőben mindenképpen nagyobb figyelmet célszerű fordítani mind a szerzőknek, mind pedig a folyóirat szerkesztőinek és szakbírálóinak. Ezen törekvés kapcsolódik azon megújulási folyamatba, amelynek végső célja, hogy az Egészségfejlesztés folyóirat minél szélesebb körben elismert szakmai terület lehessen.

MÓDSZERTAN

Munkánk során nem törekedtünk a teljesség elérésére, hanem csak a főbb problémakörök feltárására. Ebből adódóan a vizsgálati anyagot is leszűkítettük kizárólag azon 2015-ben megjelent tanulmányokra, amelyek önálló kutatásokat tartalmaztak. Ennek a kritériumnak a vizsgált időszakban hét tanulmány felelt meg, de ezek közül kettő azonos kutatásra épült. Mivel nem volt célunk, hogy az egyedi jellegű hibákat részletezzük, csak a többszörösen előforduló súlyosabb szakmai problémákra kívántunk rámutatni, ezért nem is nevesítjük ez egyes tanulmányokat sem most, sem a későbbi utalások során. Eredeti koncepciónkat tekintve az International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) 2015-ös szakmai ajánlása alapján táblázatosan összefoglaltuk azon szempontokat, amelyek teljesülése elmé-

letileg elvárható egy szaktudományos publikációtól.¹ Ezen táblázat segítségével kívántuk kiértékelni a kiválasztott írásokat, számszerűsítve, hogy mennyiben felelnek meg az egyes kívánalmaknak. Ezt a kiértékelést a szerzők egymástól függetlenül külön-külön elvégezték, amelynek összegzése az 1. táblázatban megtekinthető.

Az értékelés során tekintettel voltunk az elmúlt másfél év egyik legfontosabbnak nevezhető - a kutatómódszertant érintő - szakmai vitájából eddig levonható következtetésekre. Ezt a szakmai vitát a *Basic and Applied Social Psychology* című folyóirat 2015-ös szerkesztőségi állásfoglalása indította el, amely megtiltotta a szignifikanciatesztek használatát a publikálni vágyók számára. A vitát a magyar statisztikus társadalom is fokozott figyelemmel kíséri (a Statisztikai Szemlében idén ezzel kapcsolatosan több tanulmány és rövidebb írás született, e mellett az MTA-ban a témában vitát is rendeztek), és véleményünk szerint egy, a szignifikanciateszt kérdéskörét sokban meghaladó, általánosabb tényezőre mutat rá: a kvantitív kutatások tervezése, majd pedig az adatok elemzése nem történhet rutinszerű, nagymértékben szimplifikáló sablonok révén, sok bevettnek számító, az oktatás részét is képező gyakorlat egyértelműen hibás értelmezésekhez vezet.^{2,3,4} Mivel jelen tanulmánynak nem feladata e vita közreadása, ezért csak annyiban kapcsolódunk hozzá, hogy rámutatunk néhány olyan téves, feltehetően az oktatás szintig visszavezethető gyakorlatra, amely miatt az egyes publikációk eredményei, illetőleg az azokból levont következtetések érvényessége megkérdőjelezhetővé válhat.

EREDMÉNYEK

A közlemények kiértékelése során használt szempontrendszer alapján az általunk áttekintett publikációk formai követelményei, amely a tagolásra, illetve az egyes elemek tartalmi előírására vonatkoznak, jelentős arányban megfeleltek. Azonban a tartalom szakmai megalapozottságát tekintve már nem ennyire kedvező a kép. A feldolgozott publikációk közel felében nincs egyértelműen meghatározva a bemutatott felmérés, kutatás célja. Az alkalmazott módszer megalapozottsága szinte egyik cikkben sem került megfelelően indoklásra és a választott módszertan leírása is hiányos, amely nem teszi le-

hetővé a közleményben leírt felmérés, kutatás reprodukálhatóságát. Volt több olyan közlemény is, amelyekben szakmai értelemben nagyon nehezen értelmezhető úgynevezett „kvalitatív keresztmetzeti” vizsgálatot alkalmaztak. A bemutatott felmérések egy esetben sem törekedtek a reprezentativitás elérésére, legtöbb esetben kényelmi mintavételt alkalmaztak. Az elemzés során használt statisztikai módszerek a cikkek több mint felében problémásak voltak, mert:

- nem volt megfelelő a választott statisztikai módszer indoklása,
 - nem volt maga a választott módszer megfelelő az elérni kívánt célhoz,
 - a módszer maga megfelelő volt, de a kapott eredmények nem megfelelően kerültek interpretálásra.
- A közleményekben szereplő kutatások etikai szempontjainak bemutatása részben, vagy teljes egészében hiányzott, de legalábbis javításra szorulna. [1. táblázat]

1. táblázat: A kettős kiértékelés százalékos eloszlásai a fejezetre bontott kiértékelési szempontok szerint

	I. Bevezető	Elfogadható	Javítandó	Elutasítandó
1	A bevezetőnek tartalmazni kell a kutatás háttérét. (Ami indokolja a kérdésfelvetést és annak jelentőségét.)	79%	7%	14%
2	Egyértelműen meg kell határozni a kutatás célját, vagy a tesztelendő hipotézist.	57%	29%	14%
3	A bevezető csak közvetlen hivatkozásokat tartalmazhat. (A későbbiekben kifejtett részletes hivatkozásokat nem kell itt feltüntetni, csak olyanokat, amelyek kizárólag a bevezetőben tűnnek fel és/vagy nagyon fontos alaphivatkozások.)	43%	43%	14%
4	A bevezető ne tartalmazza se az adatokat, se a kutatás végső következtéseit.	86%	0%	14%
II. Módszertan				
5	Az alkalmazott módszereket kellően megalapozott módon kell megindokolni.	7%	36%	57%
6	Egyértelmű és reprodukálható módon kell az alkalmazott módszereket leírni. (A leírás alapján reprodukálható-e a kutatás, illetőleg az elemzés?)	29%	43%	29%
7	A módszertani fejezet ne tartalmazzon az eredményekből következő visszautalásokat! (Fordított magyarázat elkerülendő!)	93%	0%	7%
8	Amennyiben a kutatás során külsős partnerek segítségét is igénybe vették (pl. szerződött partner), akkor erre való egyértelmű hivatkozást tartalmaznia kell a közleménynek!	71%	7%	21%
9	Egyértelműen világossá kell tenni, hogy a kutatás milyen etikai elvek figyelembevételével készült, és azok betartására való törekvéseket is részletezni kell.	0%	43%	57%
II. a. A kutatásban résztvevők és a kiválasztási kritériumok bemutatása				
10	A megfigyelt személyek kiválasztási kritériumait tartalmaznia kell a leírásnak. (Kísérlet esetén a kísérleti és kontrol személyek kiválasztása külön-külön.)	21%	29%	50%
11	A leírásnak egyértelműen tartalmaznia kell a bekerülési- és a mintából való esetleges kikerülési kritériumokat-, illetőleg az alapsokaság egyértelmű leírását.	21%	14%	64%

12	Amennyiben a kutatás esetén ismerhető az alappopuláció pontos demográfiai összetétele, úgy ennek megfelelően a leírásnak egyértelműen be kell mutatnia a minta reprezentativitáshoz való viszonyát a főbb demográfiai - és egyéb, a kutatás szempontjából releváns - tényezők mentén.	7%	21%	71%
12.a.	A kutatók törekedtek-e a reprezentativitás elérésére?	0%	21%	79%
12.b.	Amennyiben nem, megfelelően indokolt-e a reprezentativitástól való eltérés?	0%	13%	87%
13	Amennyiben a kutatás esetén nem ismerhető az alappopuláció pontos demográfiai összetétele (például mert látens csoport – adott betegségben szenvedők, drogosok stb.), akkor is törekedni kell a minta populációs összetételének diverzifikálására, illetőleg be kell mutatni a minta összetételét, illetőleg az alappopulációhoz való elméleti viszonyának leírását.	0%	7%	93%
13.a.	Megtörtént-e az indoklás leírása, illetőleg a minta összetételének részletező bemutatása?	14%	14%	71%
14	Amennyiben a kutatás során relevánsak olyan egyedi jellemzők megadása is, mind például az etnicitás, vagy valamilyen kulturális csoporthoz tartozás, akkor ennek indoklását tartalmaznia kell a leírásnak, illetve be kell mutatni a konceptualizálás és operacionalizálás módját. (Azaz, hogy milyen módon mérték a sokaság ezen jellemzőit.)	46%	0%	54%
II. b. Technikai részletek bemutatása				
15	Megtörtént-e a vizsgálat várható elsődleges és esetleges másodlagos eredményeinek meghatározása?	36%	29%	36%
16	Pontosan specifikáltak-e az alkalmazott eljárások, eszközök és szoftverek, amelyek lehetővé teszik a kutatás és elemzés esetleges megismétlését?	43%	21%	36%
17	Szakirodalmi hivatkozásokat kell tartalmazni a leírásnak az alkalmazott eljárások, illetőleg statisztikai módszerek tekintetében. Ez kiemelten szükséges a kevésbé jól ismert eljárások tekintetében, míg a hagyományosan bevett alapszabványok vonatkozásában nem szükséges. Például a korrelációt nem kell részletezni, de azt már célszerű indokolni, hogyha rang korreláció alkalmaztak.	36%	21%	43%
18	Amennyiben a kutatás során egyedi módszerfejlesztés is történt, úgy a leírásnak kellően részletes leírást kell tartalmazni az alkalmazott egyedi eljárásról - illetőleg egy bevett módszertől való eltérés esetén - az eltérés mértékét kell bemutatni.	57%	0%	43%
19	Az egyedi eljárás alkalmazásának megtörtént-e az indoklása?	57%	0%	43%
19.a.	Az egyedi eljárás leírása tartalmazza-e a módszerből levonható következtetések esetleges korlátait?	15%	8%	77%
20	Az alkalmazott gyógyszerek és vegyületek tekintetében (beleértve azok generikus nevét, adagjait és az alkalmazott adminisztrációs technológiát) kellően pontosnak és tudományosnak kell lenni a tanulmányoknak.	-	-	-
II. c. Statisztikák				
21	Az alkalmazott statisztikai módszerek leírásának kellően részletesnek kell lennie ahhoz, hogy az olvasó az eredeti adatok birtokában képes legyen megítélni azoknak a vizsgálatra vonatkozó alkalmazhatóságát, és ellenőrizni tudja a közölt eredményeket.	50%	14%	36%
22	Amennyiben lehetséges, számszerűsített módon kell közölni az eredményeket, feltüntetve a megfelelő, az eredmények statisztikai bizonytalanságára vonatkozó értékeket is (pl. mérési hiba, konfidencia-intervallum stb.).	21%	29%	50%
23	A hipotézis teszt révén kapott szignifikancia értékekre vonatkozó hivatkozás önmagában sokszor elégtelen, mivel nem tartalmaz elégséges információt az effekt hatásról és a mérési pontosságról. Ezért ezekről is szükséges információt közölni.	14%	14%	71%

24	A kutatás design és a statisztikai módszerek leírása során, ha lehetséges, standard/közismert munkákra történjen hivatkozás.	46%	8%	46%
25	A statisztikai kifejezéseket, rövidítéseket és szimbólumokat minden esetben definiálni kell.	69%	0%	31%
26	Meg kell jelölni az alkalmazott szoftver(ek)e)t és azok verziószámát!	57%	14%	29%
27	El kell különíteni a feltáró jellegű kutatási eredményeket, a konfirmatív modellek eredményeitől.	31%	23%	46%
III. Eredmények bemutatása				
28	Az eredményeket logikus sorrendben kell bemutatni mind a szövegben, mind a hozzá kapcsolódó táblákon és ábrákon. (Lehetőség szerint a fő, vagy legfontosabb eredménnyel kezdve a bemutatást.)	36%	43%	21%
29	Ne legyen a szövegben külön minden, a táblázatokban és az ábrákon szereplő adat megismételve, hanem csak a legfontosabb értékek legyenek kiemelve.	71%	7%	21%
30	A korábban hivatkozott összes eredményről legyen számszerű eredmény is prezentálva.	50%	29%	21%
31	Minden kapcsolódó adatról, módszerről, technikai részletről és eredményről részletes kifejtést mellékletben kell elhelyezni (vagy online kell külön elérhetővé tenni), de legalábbis olyan módon kell a tanulmány részévé tenni, hogy ne törje meg a főszöveget.	42%	42%	17%
32	Eredmények esetén ne csak a származtatott eredményt (pl. százalékos megoszlás), hanem a forrás értékeket (pl. abszolút számok), valamint a kapcsolódó statisztikai szignifikancia értékeket is fel kell tüntetni, amennyiben lehetséges és értelmezhető.	43%	21%	36%
33	A főszövegben csak olyan eredmények legyenek (akár táblázatosan, akár grafikonok révén publikálva), amelyek közvetlenül kapcsolódnak a tanulmány érveléséhez.	71%	7%	21%
34	A táblázatok és a grafikonok tartalma ne legyen átfedő.	86%	0%	14%
35	A statisztika által alkalmazott kifejezések ne szerepeljenek más értelemben (pl. szignifikancia, vagy korreláció).	86%	0%	14%
36	Amennyiben az értelmezés részeként alcsoportokra vonatkozó eredmények publikálása is szükséges, akkor az egész tanulmányban rutinszerűen egységesen, az esetleges csoportképző változók mentén célszerű az eredményeket közölni (pl. demográfiai csoportok mentén: nemenként vagy korcsoportonként). Az ettől való eltérést külön hivatkozni kell!	79%	7%	14%
IV. Összegzés, következtetések				
37	A fejezetnek tartalmazni kell az elért eredmények rövid összefoglalását.	54%	31%	15%
38	A fejezetnek össze kell foglalnia a feltárt eredményekhez vezető, a kutatók által feltételezett mechanizmusok leírását.	54%	8%	38%
39	A fejezetben hangsúlyozni kell a kutatásnak és az eredményeknek az új és fontos aspektusait.	46%	15%	38%
40	A fejezetben ki kell fejteni, hogy a kapott eredmények hogyan illeszkednek korábban elért, saját vagy mások által publikált kutatási eredményekhez.	54%	31%	15%
41	Az eredmények értelmezhetőségének korlátaira rá kell mutatni az összegzés során.	23%	0%	77%
42	A leírásnak tartalmazni kell a jövőre vonatkozó újabb kutatási irányok megjelölését, illetőleg az eredmények gyakorlati felhasználhatóságára vonatkozó következtetéseket.	23%	31%	46%
43	A fejezet ne álljon a tanulmány korábbi részeinek szó szerinti átvételéből, és ne tartalmazzon újra részletes adattáblákat!	69%	15%	15%
44	Megalapozott (adatokkal alátámasztott) módon kell a levont következtetések és a kitűzött célok közötti logikai levezetést bemutatni.	42%	33%	25%

45	A tanulmányban nem kifejtett, be nem fejezett munkákra ne történjen hivatkozás.	85%	0%	15%
46	Amennyiben a következtetések alapján újabb hipotézisek is megfogalmazódtak, ezeket egyértelműen el kell különíteni az eredeti feltevésektől. (Logikailag nem keverednek-e az utólagosan levont következtetések az eredeti kérdésfelvetésekkel?)	69%	15%	15%
47	Amennyiben a tanulmány során külön részletes gazdasági számításokat nem végeztek a szerzők, úgy ne szerepeljenek utalások az eredmények révén elérhető várható gazdasági hasznosságokra, költségekre.	83%	0%	17%

Forrás: saját szerkesztés

A választott közlemények kiértékelése során arra a megállapításra jutottunk, nem az az alapvető probléma, hogy a tanulmányok nem teljesítik a publikálásukhoz szükséges formai követelményeket, hanem, hogy a kutatás tervezéséhez nincs meg a megfelelő szaktudás és a megvalósítás során alapvető hiányosságok és hibák vannak.

Habár a stílusbeli jellemzőket az áttekintés során nem elemeztük külön, ennek ellenére egyértelműen feltűnt az egyes tanulmányok áttekintésénél, hogy a szerzők sok esetben egyfajta téves nézőpont alkalmazásával, és abból adódóan téves prioritások előtérbe helyezésével végezték a munkájukat. Ebből az aspektusból az volt talán a leginkább feltűnő, hogy habár elméletileg minden esetben dedikáltan tudományos céllal születtek az írások, közülük több is, gyakorta zavaróan könnyedebb jellegű ismeretterjesztő jelleggel bírt. Az ismeretterjesztő jelleg megmutatkozik mind a fogalomhasználatban, mind pedig a szigorúan vett tudományos kritériumok mellőzésében is. Véleményünk szerint ez részben abból eredhet, hogy a folyóirat az évek során részlegesen azonosult is e könnyedebb műfajú ismeretterjesztő szándékkal. Emiatt különösen fontos megjegyezni, hogy az Egészségfejlesztés folyóirat a megújulása eredményeként a jövőben a tudományos kritériumokat kívánja egyértelműen előtérbe helyezni, míg a könnyedebb ismeretterjesztő jelleggel kisebb mértékben kíván azonosulni.

Az áttekintett tanulmányok esetében egy nagyon fontos és visszatérő hiba volt, hogy a mintába került személyek köre és a levonni kívánt következtetések hatósugara nem volt összhangban. Ebből adódóan komoly problémát jelentett az általánosítás, amennyiben egy jelentősen korlátozott mintában azono-

sított összefüggésekre alapozva olyan állításokat fogalmaztak meg a szerzők, amelyek a teljes populációra vonatkoztak. Habár előfordultak olyan megoldások, amelyek formálisan ugyan, de utaltak egy-két mondat erejéig arra, hogy a levonható következtetések köre korlátozott, de ennek ellenére a konklúzió megfogalmazása során mégis általánosították az elért eredményeket. E jelenség arra utal, hogy a kutatások tervezésekor az alapsokaság meghatározása, illetve a mintavétel során a reprezentativitás értelmezése akadályokba ütközött. Ebben az esetben feltehető, hogy a szerzők közül többeknek hiányosak az ismeretei a véletlen kiválasztás alapvető jelentőségéről: nem ismert számukra a valószínűségi kiválasztás primátusa és az azzal összefüggő levonható következtetések korlátos jellege, ami okozhatta a megjelent írásokban a túlzó mértékű általánosító jellegű következtetések meglétét.

AJÁNLÁS

A közlemények áttekintése során azt a végső következtetést vontuk le, hogy jelen helyzetben egy reprezentatív, szakmai célokat szolgáló és mások számára is hasznos eredményeket elérő felmérés tervezéshez szükség lenne egy tervezési útmutatóra, amely az alábbi lépéseket tartalmazná:

1. Tervezés:

A felmérés tervezése során első lépés, a célkitűzések megfogalmazása. Ezután meg kell határozni a fő célváltozókat és befolyásoló tényezőket, ezt követi a kérdezendő témák kijelölése. A következő teendő a kérdés módjának, a kérdezettek körének és számának meghatározása, azután a szükséges erőforrások becslése és végül a tervezett felmérés ütemezésnek elkészítése történik.

2. Mintaválasztás:

A mintaválasztás egy bonyolult, ám a felmérés szempontjából az egyik legfontosabb lépés az eredmények általánosíthatósága végett, ezért mindenképpen készülni kell egy mintavételi tervnek, majd meg kell határozni az operatív keretet és a képviselői igényeket, a mintavételi egységeket, csoportokat, rétegeket és legvégül a minta méretét. Elengedhetetlen a kiválasztási módszer, valamint a súlyozás módjának meghatározása. Ezek után következhet csak a keret beszerzése és a minta elkészítése, majd a kérdezettek, címek listájának összeállítása.

3. Kérdőívfejlesztés:

A felméréshez használt kérdőív fejlesztés egy nagyon kényes lépés, sok szempontot kell figyelembe venni a végleges változat előállításánál. Fontos a meghatározott célok alapján egy részletes témakörlista összeállítása, majd a témakörök elrendezése. Csak ezek után következnek a kérdések, válaszok megfogalmazása, azok sorrendjének meghatározása. A kérdések kísérő szövegeinek megfogalmazása és a formai kialakítása nagyban meghatározza az adatfelvétel minőségét.

4. Elővizsgálat:

Az elővizsgálat fontos szerepet játszik a fővizsgálat minőségének biztosításában, hiszen kis mintán elvégzett előzetes adatfelvétel tapasztalatai segíthetnek a felmerült problémák kiküszöbölésében a fővizsgálat során, mint pl. egy nem érthető kérdés javítása, vagy az adatfelvétel túl hosszúvá nyúlásának redukálása.

5. Fővizsgálat:

A fővizsgálat során figyelni kell az előzetesen meghatározott ütemezés betartására, folyamatosan törekedni kell arra, hogy az adatfelvétel minősége ne romoljon, ezáltal is biztosítva az adatok megfelelőségét az elemzéshez.

6. Elemzés:

Az elemzés megkezdése előtt fontos egy adatkezelési és elemzési terv készítése, mert fontos a gyűjtött adatok minőségnek megőrzése, valamint az elemzési terv nagyban segíti a megfelelő statisztikai módszerek kiválasztását. Ha az adatfelvétel formájából adódóan papír alapon történt a kérdőív felvétel, az adatbevitel is az elemzés egyik feladata. Azonban a felmérés során gyűjtött adatokat, adatfelvétel módjától függetlenül ellenőrizni és tisztítani kell. Mivel egy felmérés eredményeinek elemzése hosszú időt vehet igénybe, ezért érdemes a fonto-

sabbnak tartott témáról előzetes elemzést készíteni, és ez alapján egy gyors jelentést kiadni. Majd ezt követően készülhet a teljes elemzés és az elemzések eredményeit tartalmazó jelentés.

7. Kommunikáció:

Érdemes átgondolni a kommunikációs stratégiát, hogy az eredmények felhasználása szempontjából azok milyen formában, mikor kerülnek közlésre.

A felmérés tervezésekor segítő szempont lehet, hogyha a kutatás tervezői már előre meg tudják válaszolni, az elért eredményekkel mit kívánnak kezdeni, azokkal milyen konkrét kérdésekre szeretnének választ adni, a kapott változókat milyen modellekben kívánják felhasználni. Sokszor problémát jelent, hogy a tervezési fázisban még nincs pontosan definiált felhasználási elképzelés, és ilyen módon az adatgyűjtés öncélúvá válik. Ennek eredményeként az adatgyűjtés túlburjánzó lehet (pl. sok, végül felesleges kérdést tesznek fel, amellyel megnehezítik az adatgyűjtést), illetve túlságosan tággyá válhat a kutatás fókusza, ilyen módon veszélyeztetve az alapvető kutatási kérdésekre adható válaszok mélységét és minőségét.

Ugyanakkor az előzőekben kifejtettel részben ellentétes hatást kiváltó elvárás, hogy ne csak a kérdések, hanem a konkrét attribútumok szintjén is előre definiálásra kerüljenek a várt eredmények. Ez az igény mind a modellezési lehetőségekre, mind pedig az adatok felbonthatóságára hatással lehet. Így például, ha fontos magyarázó szempont egy elemzésnél az iskolai végzettség, akkor fontos annak előzetes eldöntése is, hogy azt milyen mérési szinten kívánjuk majd felhasználni. (Például egy háromkategóriás iskolai végzettség változó - 1. legfeljebb 8. általános; 2. középfokú végzettség; 3. felsőfokú végzettség - alkalmatlan arra, hogy a középiskolai tanulmányaikat megszakítókat azonosítsunk. Amennyiben egy adott szolgáltatás igénybevétele kívánjuk magyarázóelemként felhasználni egy értékelés során, akkor fontos lehet az idődimenzió és a gyakoriság megismerése is: nem elégséges tehát azt megtudni, hogy a válaszadó valaha igénybe vette-e az adott szolgáltatást, hanem úgy kell az adatgyűjtést elvégezni, hogy abban biztosan kellő részletességgel rendelkezésre álljon a későbbiekben felhasználni kívánt információ.)

ÖSSZEGZÉS

A 2015-ös év tanulmányait áttekintve összegzőképpen megállapítható, hogy minden tanulmány esetén azonosíthatóak voltak olyan problémák, amelyek folytán az eredmények tudományos szempontból kérdéssé váltak. Több olyan tanulmányt is találtunk, amelyekben mind kutatás-módszertanilag, mind pedig az elemzések során alapvető értelmezési problémák voltak. A hibás gyakorlatok ismétlődései ugyanakkor egyértelműen arra utalnak, hogy azok összefüggésben lehetnek az egészségfej-

lesztéssel kapcsolatos szaktudományos világban alkalmazott és bevett hibás gyakorlatokkal, illetőleg az azt fenntartó oktatási rendszerrel. Ezen megfigyelések szorosan kapcsolódnak ahhoz a kurrens tudományos, a középpontjában a szignifikanciatesztek téves értelmezéséhez kapcsolódó vitához, amelyik éppen e hibás beidegződések kigyomlálását tűzte ki célul. Reményeink szerint írásunk legalább kismértékben képes ehhez a folyamathoz hozzájárulni, és ilyen módon a szakmai színvonal növekedését elősegíteni.

¹ <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf> (Elérve: 2016.10.28.)

² Bárdits A, Németh R, Terplán Gy. Egy régi probléma újra előtérben: a nullhipotézis szignifikanciateszt téves gyakorlata, Statisztikai Szemle, 2016/1. 52-75.

³ Vargha A. Szignifikanciatesztek – negyven éve hibás elemzéseket végzek és téveszméket tanítok? Statisztikai Szemle, 2016/4. 445-451.

⁴ Hunyadi L, Vita L. Száműzött szignifikanciatesztek, Statisztikai Szemle, 2016/4. 435-444.

2016-os Éves Jelentés a kábítószerhelyzetről – rövid összefoglaló

2016 National Report on the state of the drugs problem - short summary

Szerzők: Nyírády Adrienn ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.10.22.

Kulcsszavak: magyarországi kábítószer-helyzet, epidemiológia, egészségügyi következmények, válaszlelések

Keywords: drugs problem in Hungary, epidemiology, health consequences, responses

Megjelent a Nemzeti Drog Fókuszpont 2016-os Éves Jelentése, amely megújult formában mutatja be a magyarországi kábítószer-helyzetet, és benne a legfrissebb, 2015. évi adatokat. Az Éves Jelentés számot ad a kábítószer-probléma alakulásával és a válaszlelésekkel kapcsolatos legfontosabb fejleményekről, így a szerhasználati mintázatokban bekövetkezett változásokról és a kezelésbe kerülőkről; a fertőző betegségek és a halálozás alakulásáról; valamint a legújabb kábítószerpiaci lefoglalási és bűnözési statisztikákról.

A FŐBB KÁBÍTÓSZEREK ÉS RELATÍV FONTOSÁGUK

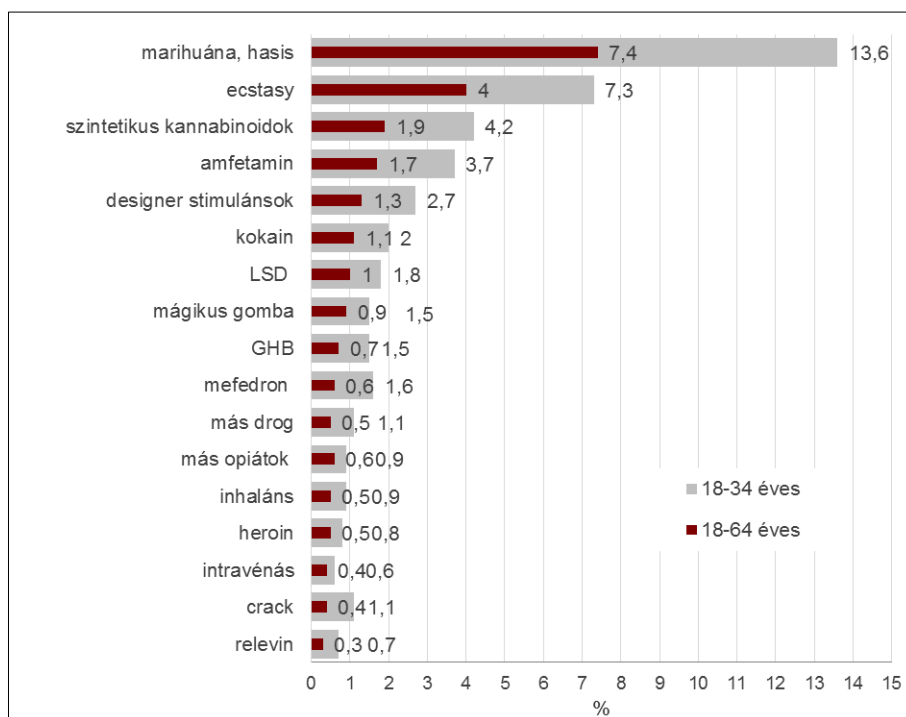
A kutatási adatok alapján a 18-64 éves népességben minden tizedik (9,9%), a 18-34 éves fiatal felnőtt populációban csaknem minden ötödik személy (17,7%) fogyasztott az élete során valamilyen tiltott drogot. A felnőtt népességben a legtöbben marihuánát vagy hasist próbáltak (7,4%), illetve közel fele ekkora, de a többi szerhez képest kimagasló az ecstasy (4%) életprevalencia értéke. A legnépszerűbb szereket – azoktól jelentősen elmaradva – követik a szintetikus kannabinoidok (1,9%), az amfetamin

(1,7%) és a designer stimulánsok (1,3%). A fiatal felnőtt népesség szerpreferencia sorrendje megegyezik a felnőtt lakossággal. [1. ábra]

Az iskoláskorúak körében az életprevalencia értékek alapján a legelterjedtebb kábítószer 2015-ben (is) a marihuána volt a 9-10. évfolyamon. Az ezt követő drogok sorra legális, vagy részben legális szerek. A második helyen új pszichoaktív szer áll, a 2015-ben először kérdezett szintetikus kannabinoidok szercsoport, majd az orvosi javaslat nélkül szedett nyugtatók/altatók, ezek alkohollal történő együttes fogyasztása következik. A szintén először kérdezett, hangulatjavító szándékkal bevett fájdalomcsillapítók is hasonlóan népszerűek a tanulók körében. Hatodik helyen a szerves oldószerek belélegzése szerepel.

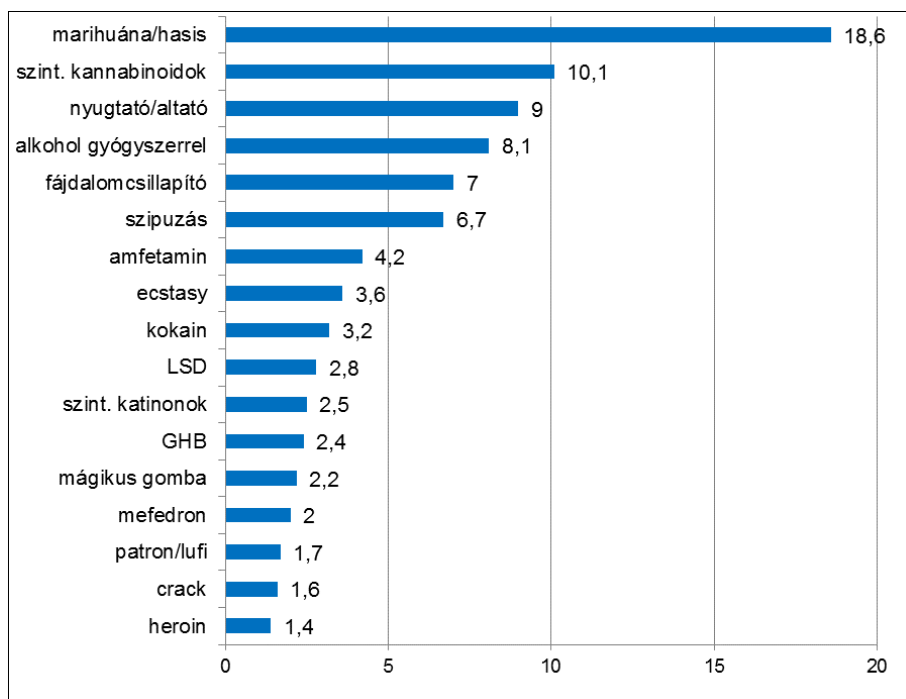
A következő kábítószer az amfetamin, amely így a hetedik helyre került. Hasonlóan elterjedt még az ecstasy, a kokain és az LSD fogyasztása. A többi kérdezett szer életprevalencia értéke 2% körüli. A designer drogok másik nagy csoportjának, a szintetikus katinonoknak a fogyasztása kevésbé elterjedt a középiskolások körében. [2. ábra]

1. ábra: A szerenkénti életprevalencia értékek a 18-64 éves, és a 18-34 éves populációban, 2015-ben (%)



Forrás: Paksi et al. 2015, Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2016

2. ábra: Szerenkénti életprevalencia értékek a 9-10. évfolyamon tanuló diákok körében 2015-ben (%)



Forrás: Elekes 2016, Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2016

PREVENCIÓ

A prevenció programok feltárását célzó országos adatgyűjtés 2013-2015 között működően 253 szellemi magatartások megelőzésével (is) foglalkozó szervezetet azonosított, s közülük aktuálisan 194 szervezet van jelen a prevenció szintjén saját, programszerű – vagyis az alkalmazott célok és módszerek tekintetében egy-egy célcsoportban homogén – prevenció programmal. A szolgáltatók harmada Közép-Magyarországon (Budapesten és Pest megyében) található, az ország többi részében megyéenként átlagosan 7-8 van jelen. A prevenció szervezetek többsége (85%) nem főtevékenységként végzi a prevenció munkát, hanem zömében ellátási, egyéb segítő, vagy kisebb mértékben oktatási/nevelési tevékenységük részeként. A szervezetek döntő többsége (70%) nonprofit szervezet. Viszonylag jelentős arányban (24%) vannak az önkormányzatok és költségvetési szervezetek. A for-profit szféra szerepvállalása összesen 6%. A szervezetek leggyakrabban egy, átlagosan 1,8, összesen 139 prevenció programot vagy szolgáltatást működtetnek, melyek közül 115 intervencióról rendelkezünk részletesebb információval. A beavatkozások leginkább a 14-18 éves fiatalokat célozzák meg. A tartalmi vonatkozásokat vizsgálva megállapítható, hogy a programok/szolgáltatások többsége közvetlenül az előbb említett, 14-18 éves végső célpopulációra irányul, emellett megjelentek a pedagógusok által végzett beavatkozások és a pedagógus-továbbképző szerfogyasztás-megelőzési programok is, korszerűbb lett a célrendszer, azaz a komplex egészségfejlesztés érvényesül, és több órában/alkalommal találkoznak a szolgáltatók a diákokkal, mint korábban. Ugyanakkor az új pszichoaktív szerek Magyarországon megfigyelhető terjedésére nem születtek érdemi válaszok a prevenció szolgáltatók részéről.

KEZELÉS-ELLÁTÁS

A 2015-ben a TDIⁱ adatgyűjtési rendszerbe jelentő 79 szolgáltató összesen 4 308 kezelésbe lépőről számolt be. Az összes kliens 90,5%-a (3 900 fő) kezdett kezelést specializált járóbeteg ellátónál, alacsonyküszöbű szolgáltatónál vagy általános/mentális egészségügyi szolgáltatónál. Járóbeteg ellátás keretei között 2 780 fő lépett elterelésⁱⁱ miatt kezelésbe. Fekvőbeteg ellátás keretében az összes kliens 9,5%-a (408 fő) kezdett kezelést 2015 folyamán, közülük elterelésben vett részt 8 fő. Az összes klienst tekintve 64,9% volt az elterelés útján kezelésben részesülő aránya. Az addiktológiai kezeléseket okaként leggyakrabban megnevezett szer Magyarországon a kannabisz, használói aránya különösen magas a büntetőeljárás alternatívájaként kezelésbe lépők körében. A második legjellemzőbb, kezelést indokló szerhasználati probléma a stimulánsfogyasztás. [3. ábra és 4. ábra]

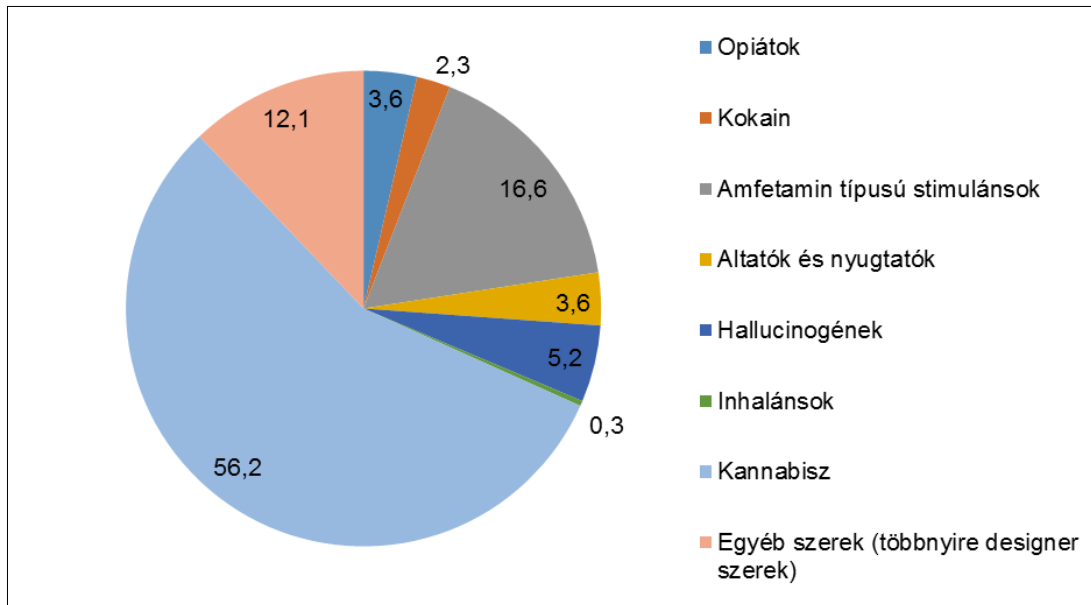
Megnövekedett a designer szerek – kannabinoidok és stimulánsok – miatti kezelési igények száma. A kezelési adatok szerint ezen szerek használata intenzívebb, és a használók életkora is lefelé tolódott. A kezelési adatok mellett több kutatás is igazolta a designer szerek miatt hamarabb kialakuló kezelési igényt. Az addiktológiai problémák mellett a sürgősségi/klinikai toxikológiai és a pszichiátriai kezelési igények száma is növekedést mutatott az elmúlt években a beszámolók szerint.

A szolgáltatók jelentése szerint 2015-ben összesen 669 kliens részesült szubsztitúciós kezelésben az év során, ez szakértői becslések szerint az összes eset 80%-át fedi le. A metadon vagy buprenorfin/naloxon kezelésben részesülők 95,2%-a (637 fő) fenntartó kezelés céljából, 4,8%-a (32 fő) detoxikálás céljából kapott szubsztitúciós szert. A fenntartó kezeléseket 79,7%-ában metadont használták, ez az arány szinte azonos az előző években mérttel.

ⁱ TDI= Treatment Demand Indicator – Kezelési Igény Indikátor

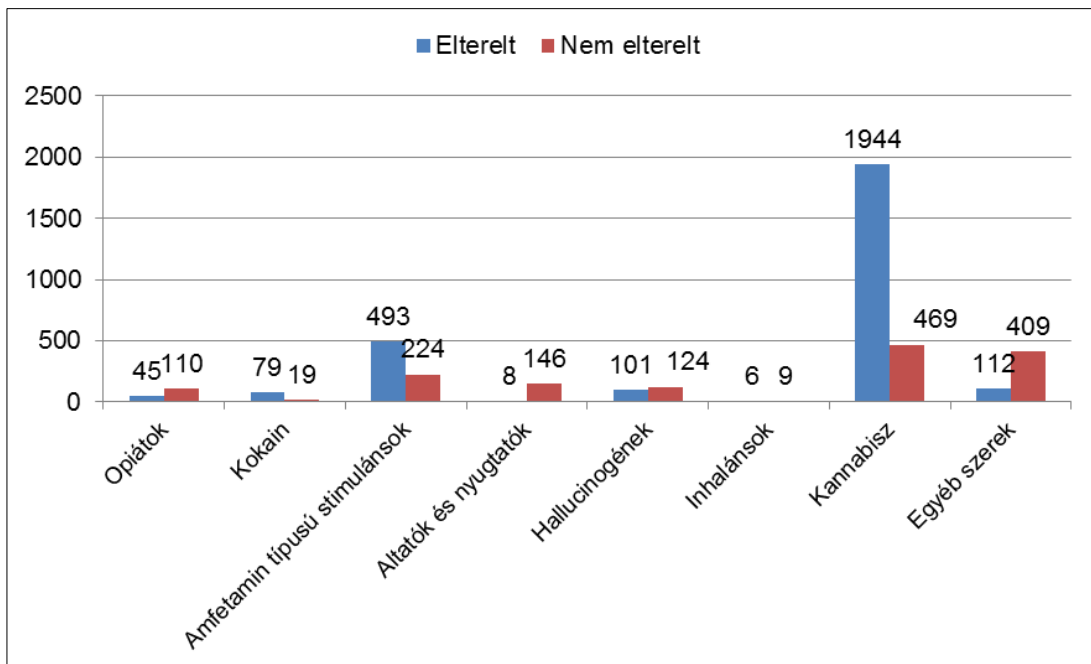
ⁱⁱ Jogszámban meghatározott feltételek fennállása esetén a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények esetében az elkövetőnek lehetősége van kezelési/megelőző beavatkozásokban való részvétellel a büntetőeljárást elkerülni.

3. ábra: A kezelési igény elsődleges szer szerinti megoszlása (2015; %; N=4308)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2016, Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2016

4. ábra: A kezelést kezdők szertípus szerinti megoszlása az elterelték és nem elterelték körében 2015-ben (fő) (N (elterelt)=2788; N (nem elterelt)=1510)



Forrás: TDI adatgyűjtés 2016, Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2016

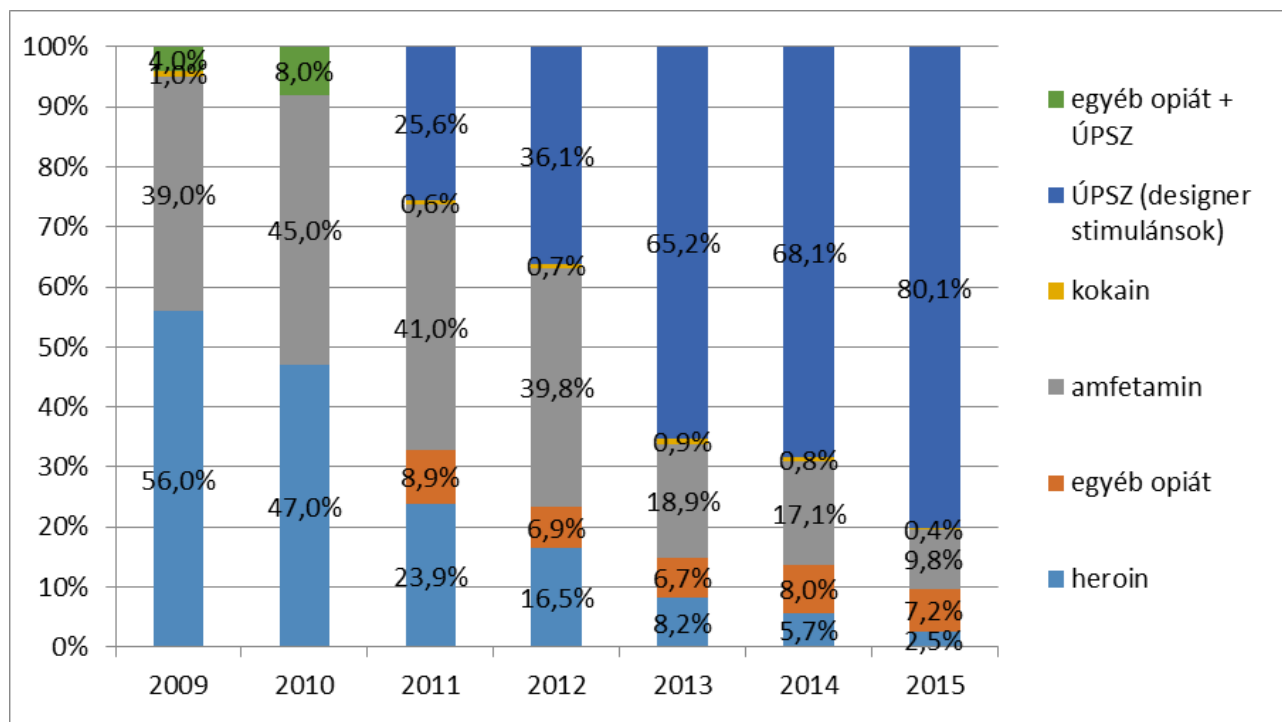
EGÉSZSÉGÜGYI KÖVETKEZMÉNYEK

A tüssere adatok alapján az új pszichoaktív szerek (ÚPSZ) 2010-től kezdődő térnyerése teljesen átalakította a megelőző évekre jellemző szerhasználati struktúrát: míg 2009-ben a kliensek kevesebb mint 4%-a injektált elsődlegesen valamilyen új pszichoaktív szert, addig 2015-ben már a tüssere szolgáltatást igénybevevők 80%-a vallotta azt elsődlegesen injektált szerének. Az amfetamin és heroin injektálás térvesztése tovább folytatódott 2015-ben. Az egyéb opiátok (elsősorban a metadon) intravénás használata 7-9% között mozgott az elmúlt években. A sti-

mulánsok tekintetében, az új pszichoaktív szerek, azaz a designer stimulánsok 2013-tól már az amfetamint is kiszorították: míg 2009-2012 között 40% körül volt az elsődlegesen amfetamint injektálók aránya, 2015-re ez 10%-ra csökkent. [5. ábra]

Az új pszichoaktív szereket injektálók körében 2015-ben is a „pentakristály” volt a leggyakrabban injektált elsődleges szer (65%). Ezt követte a – 2014-ben szintén második helyet betöltő – „zene” (31%). A többi ÚPSZ, mint például az MDPV, a mefedron vagy a benzon előfordulási gyakorisága 4% alatti volt az elsődlegesen ÚPSZ-et injektálók körében.

5. ábra: A tüssere programban részt vevő kliensek elsődlegesen injektált szer szerinti megoszlása 2009-2015 között (%)



Forrás: Tarján 2016b, Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2016

Az országos HIV/HBV/HCVⁱⁱⁱ prevalencia vizsgálatok során 2015-ben 1 fő esetében diagnosztizáltak HIV-fertőzést. A HBV fertőzöttek aránya 2,2% volt, míg a HCV prevalencia 49,7%-os volt. 2015-ben vidéken szignifikánsan nőtt a HCV fertőzöttek aránya (40,5%) míg Budapesten nem változott szignifikán-

san (55,7%), azonban a budapesti adatok trendelemzésére csak korlátozottan van lehetőség. 2015-ben az elmúlt 4 hétben is injektáló, aktív szerhasználók körében az új pszichoaktív szereket injektálók alkották a legnagyobb csoportot, körükben a HCV prevalenciája 78,7% volt.

ⁱⁱⁱ HIV= Human Immundeficiency Virus, HBV=Hepatitis B vírus, HCV=Hepatitis C vírus

A 2015-es országos HIV/HBV/HCV prevalencia vizsgálat alapján, az aktív szerhasználók 38,9%-a osztotta meg a fecskendőjét a vizsgálatot megelőző 4 hétben, míg a bármilyen injektáló segédeszköz megosztásának előfordulási gyakorisága a vizsgálatot megelőző 4 hétben 55,7% volt. Ha szertípus szerinti bontásban vizsgáljuk az eszközmegosztást, elmondható, hogy a prevalencia értékek az új pszichoaktív szereket injektálók esetében a legmagasabbak (fecskendő-megosztás: 48,5%, injektáló eszközök megosztása: 67,1%).

2015-ben 25 kábítószer-használattal közvetlenül összefüggő túladagolós és 40 közvetetten összefüggő halálesetet jelentettek a speciális halálozási regiszterbe. A 25 halálesetből 4 esetben volt nő az elhunyt. A túladagolós esetek körében a férfiak átlagéletkora 34 év, a nőké 29,5 év, együttesen pedig 33,2 év volt. Az opiátokhoz és a metadonhoz köthető halálesetekben az átlagéletkor 34,8 év volt. A 25 halálesetből 10 (40%) – közöttük három női eset – Budapesten történt, megyeszékhelyen egy, kisvárosban két, községben hat haláleset fordult elő. Négy esetben volt az elhunyt hajléktalan, két esetben pedig külföldi személy.

VÁLASZLÉPÉSEK

2015-ben 30 szervezet működtetett tűcsere programot összesen 21 városban, amely az ország 14 megyéjét és 7 régióját jelenti. [6. ábra] 2015-ben az országban 26 állandó telephelyű program működött – ez volt a legjellemzőbb forma. 13 szervezetnél végeztek utcai megkereső munkát, 3 szervezet működtetett mobil tűcsere programot, és 4 helyen tudtak igénybe venni tű-automatát az injektáló szerhasználók. 9 szervezet üzemeltetett kéttípusú programot, ez legtöbb esetben az állandó telephelyű programhoz kapcsolódó, utcai megkereső munka volt, ami egyben a legjellemzőbb kombinációja a különböző típusú tevékenységeknek.

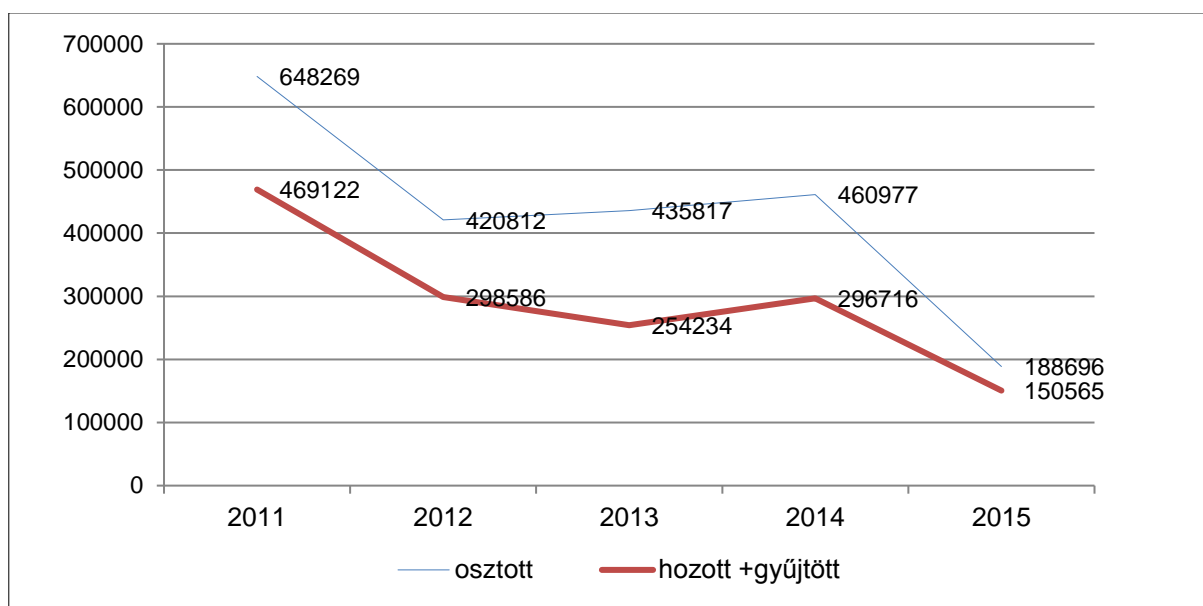
2015-ben a két legnagyobb budapesti tűcsere program 2014 második felében történő bezárásának hatása mérhető volt a forgalmi adatokban. A kiosztott fecskendők száma 59%-kal (188 696 darabra), míg a hozott és gyűjtött fecskendők száma 49%-kal (150 565 darabra) csökkent az előző évhez képest. [7. ábra] A kliensek száma 23%-kal (3 436 főre), míg a kontaktok száma 41%-kal esett vissza (24 368 alkalomra). Egy intravénás szerhasználóra 33 fecskendő jutott a tárgyévben.

6. ábra: Tűcsere szolgáltatók országos megoszlása 2015-ben (N=30)



Forrás: Tarján 2016b, Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2016

7. ábra: A túcsere programok fecskendőforgalmi adatai, 2011-2015 között (db)



Forrás: Tarján 2016b, Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2016

KÁBÍTÓSZERPIAC ÉS KÁBÍTÓSZER-BŰNÖZÉS

A Bűnügyi Szakértői- és Kutatóintézet lefoglalási adatai alapján a nagytételben lefoglalt marihuána mennyisége 2012-ben jelentősen megugrott, azóta viszont folyamatosan csökken. A hasis lefoglalások száma azonban az előző évekhez hasonlóan 2015-ben is tovább emelkedett. A heroin esetében elmondható, hogy a lefoglalások számában növekedés tapasztalható 2014-hez képest, azonban lefoglalta mennyiség jelentősen csökkent. Az amfetamin lefoglalások száma – a kis tételű, 10 gramm alatti lefoglalások trendjéből adódóan – szintén enyhe emelkedést mutat és ez a trend jellemző az MDMA tartalmú tablettákra is. Az LSD lefoglalások száma a fenti anyagokhoz képest nem jelentős, ezek az esetek jellemzően a nagy nemzetközi érdeklődés mellett zajló nyári zenei fesztiválokhoz köthetők. Az új pszichoaktív anyagok 2010-2014 folyamán teljesen átrendezték a magyar kábítószerpiacot. A lefoglalási adatok alapján 2013-ra az új szerek piaci részesedése meghaladta a „klasszikus” – az ENSZ Kábítószer Egyezményeinek valamely jegyzékén szereplő – szerek piacát Magyarországon. 2014-ben a „designer

drogok” már a lefoglalt anyagok 60%-át tették ki. 2015-ben azonban a trend megváltozott, az új pszichoaktív anyagok lefoglalásai a klasszikus kábítószer-lefoglalásokhoz közeli szintre estek vissza.

Magyarországon 2015-ben 24 új pszichoaktív szert azonosítottak. A kannabinoidok csoportjára a gyors és állandó változás a jellemző, mintegy félévente a szerek új csoportja jelent meg, legelőször a JWH-k, legújabban a FUBINACA, PINACA és CHMINACA csoportba tartozó szerek terjedtek el. Stimulánsok közül néhány szer, ha viszonylagosan is, de dominánsabb volt jelen a piacon: 2010-ben a mepredon, 2011-ben az MDPV, azt követően 2012-től pedig a pentedron. 2014-ben a pentedron mellett az α -PVP ért el említésre méltó részesedést a lefoglalási adatok szerint, majd 2015-ben az α -PHP elterjedése volt jellemző.

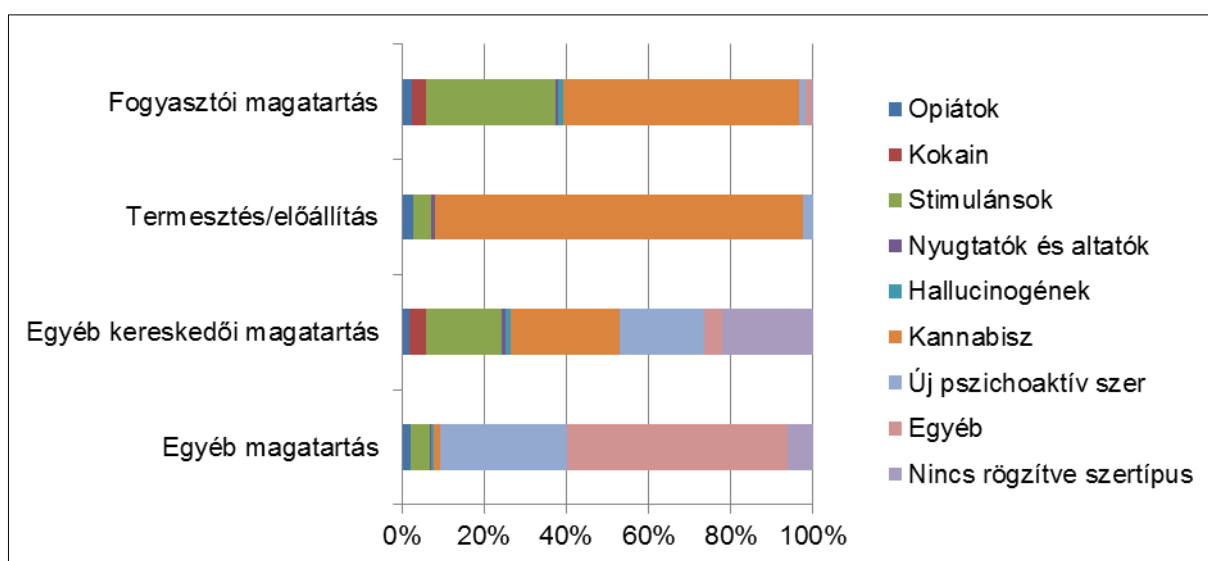
2015-ben 6 625 kábítószerhez vagy új pszichoaktív anyaghoz köthető bűncselekmény miatt indított nyomozás zárult le. A kábítószerhez köthető bűncselekmények az összes hazánkban regisztrált bűncselekmény 2,4%-át tették ki.

A 2015-ben regisztrált bűncselekmények felét (52,1%, 3 301 eset) kannabisszal követték el, 28,7%-át (1 811 eset) stimulánsokkal, 6,8%-át új pszichoaktív anyagokkal (432 eset). [8. ábra] A stimulánsokkal elkövetett esetek között az elkövetés tárgyaként leggyakrabban előforduló kábítószer az amfetamin (83,4%), az MDMA (ecstasy) (7,9%) és a metamfetamin (5,4%) voltak. Az elkövetés tárgyaként kokain a bűncselekmények 3,5%-ában, opiátok 2,6%-ban, hallucinogének 1,3%-ban, egyéb kábító-

szerek 4,3%-ban kerültek rögzítésre.

Az új pszichoaktív anyagokkal való (kereskedői típusú) visszaélés 2012 márciusa óta von maga után büntetőjogi felelősségre vonást, az ezekkel a szerekkel elkövetett visszaélések évről évre egyre növekvő hányadát teszik ki a kábítószer-bűncselekményeknek. 2015-ben az új pszichoaktív anyagok között a legnagyobb arányban katinon származékok (33,6%), szintetikus kannabinoidok (22,5%) és fenetilaminok (17,8%) szerepeltek az elkövetés tárgyaként.

8. ábra: Ismertté vált kábítószer-bűncselekmények megoszlása elkövetői magatartások és szertípusok szerint, 2015



Forrás: ENYÜBS^{iv} 2016, Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2016

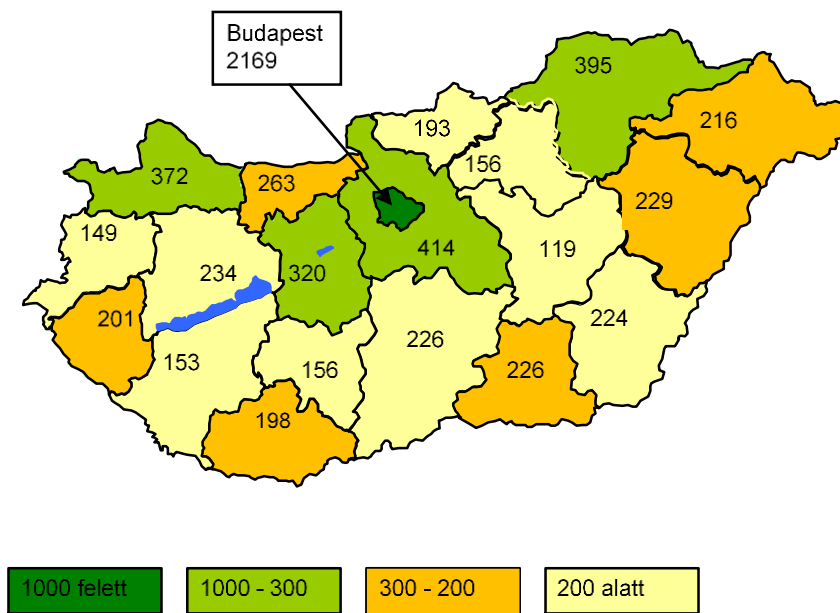
2015-ben a 6 625 regisztrált kábítószer-bűncselekményhez kötődően 6 043 elkövetőt regisztrált a bűnügyi statisztika. Az elkövetők 90%-a férfi, 10%-a nő volt. Az elkövetők életkor szerinti megoszlását tekintve 11%-uk 18 év alatti, 35%-uk 19 és 24 év közötti, 26%-uk 25 és 30 év közötti fiatal volt, összességében tehát a kábítószer-bűncselekményt elkövetők 72%-a a 30 évesnél fiatalabb korosztályból került ki. Összehasonlítva az összes bűnelkövető életkori megoszlásával, a kábítószer-bűncselekménye-

ket elkövetők az egyéb bűncselekmények elkövetőinél jóval fiatalabbak: az összes bűnelkövető között a 30 év alattiak aránya 44%-ot tett ki.

A kábítószer-bűncselekmények több mint harmadát a fővárosban (32,7%), vagy Pest megyében (6,2%) regisztrálták 2015-ben. Sorrendben a legnagyobb számú kábítószer-bűncselekményt a főváros és Pest megye után Borsod-Abaúj-Zemplén, Győr-Moson-Sopron és Fejér megyékben regisztrálták. [9. ábra]

^{iv} Egységes Nyomozó Hatósági és Ügyészségi Bűnügyi Statisztikai Rendszer

9. ábra: A kábítószerrel elkövetett bűncselekmények száma megyék szerinti bontásban 2015-ben



Forrás: ENYÜBS 2015, Nemzeti Drog Fókuszpont – Éves Jelentés 2016

A korai iskolaelhagyás csökkentését célzó szakpolitika - ismertető

Policy of reducing early school leaving - review

Szerző: Solymosy József Bonifác ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.11.11.

Kulcsszavak: korai iskolaelhagyás, stratégiai szakpolitika, szektorokon átívelő stratégiák, EU 2020 stratégia

Keywords: early school leaving, strategic policy, cross sectoral strategies, Europe 2020 strategy

A Kormány 1603/2014. (XI. 4.) Korm. határozata, a Magyar nemzeti társadalmi felzárkózási stratégia II., Az egész életen át tartó tanulás szakpolitikájának keretstratégiája, a Köznevelés-fejlesztési stratégia, továbbá a Végzettség nélküli iskolaelhagyás elleni középtávú stratégia elfogadásáról döntött.¹ Ezen dokumentumok közül most, a „Végzettség nélküli iskolaelhagyás elleni középtávú stratégia” szakanyagra szeretnénk felhívni az olvasók figyelmét.²

NÉHÁNY MEGÁLLAPÍTÁS A VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓBÓL

„Az Európai Unió stratégiai célja a foglalkoztatottak arányának 75%-ra történő növelése, és ezzel egyidejűleg a foglalkoztathatóság javítása 2020-ig. A foglalkoztathatóság szoros összefüggést mutat az iskolai végzettség szintjével, a képesítésekkel, ezért is irányul az Európa 2020 stratégia öt számszerű célkitűzéseinek egyike az alacsony iskolai végzettségűek arányának visszaszorítására. A célkitűzés sze-

rint, az EU átlagában az oktatást-képzést középfokú végzettség/szakképzettség nélkül elhagyó 18–24 évesek arányát, a korosztály 10 százaléka alá kell csökkenteni.”¹

„Az Európai Unió Oktatási Tanácsa 2011-ben Ajánlást fogadott el a korai iskolaelhagyás csökkentését célzó szakpolitikákról.³ A tanácsi Ajánlás felhívja a tagállamok figyelmét arra, hogy azonosítsák a végzettség nélküli iskolaelhagyást előidéző társadalmi és oktatási tényezőket, folyamatosan figyeljék a leginkább veszélyeztetett célcsoportok tanulási pályáját, építsenek ki korai jelzőrendszert a végzettség nélküli iskolaelhagyás megelőzése céljából, és dolgozzanak ki specifikus beavatkozásokat azok számára, akik ezek nélkül biztosan kihullanának az oktatási rendszerből. Végül legyenek olyan kompenzáló, második esély programjaik, amelyek a nappali tagozatos, iskola-rendszerű oktatásból már kimaradtak számára biztosítják a foglalkoztathatósághoz szükséges készségek, képességek elsajátításának esélyét.”

¹ A korai iskolaelhagyás rátája az Európai Unióban hivatalosan használt definíció szerint azon 18–24 évesek arányát méri, akiknek (még) nincsen középfokú (ISCED 3 szintű, szakmunkás vagy érettségi típusú) végzettsége, és nem is vesznek részt oktatásban vagy képzésben. A mutatót az Eurostat által koordinált éves, nagymintás munkaerő-felvétel alapján számítják. A mutató tulajdonképpen egy alsó becslés, hiszen a 18–24 éves, oktatásban résztvevők egy bizonyos hányada később sem fog középfokú végzettséget szerezni. Ráadásul a felmérés bármilyen, tehát nem végzettséghez vezető oktatásban való részvétel esetén sem sorol egy fiatalat a korai iskolaelhagyók közé.

„A végzettség nélküli iskolaelhagyás az iskolai kudarcok, a lemorzsolódás gyakori következményére, az alacsony iskolázottságra, továbbá ennek eredményeképpen a munkaerőpiacról és a társadalomból való kirekesztődés veszélyére irányítja a figyelmet. A fogalom mögött álló társadalompolitikai megközelítésből következően, a végzettség nélküli iskolaelhagyás elleni stratégia beavatkozásainak nemcsak a 18-24 év közötti fiatalokra, hanem – a probléma újratermelődésének megfékezése érdekében – a korábbi iskolaköteles, valamint az iskoláskor előtti korosztályokra is ki kell terjednie.

A magyar Kormány az EU 2020 stratégia céljainak hazai megvalósítását szolgáló Nemzeti Reform Programjában vállalta, hogy a végzettség nélküli iskolaelhagyók arányát az évtized végére 10%-ra csökkentse. Magyarországon a végzettség nélküli iskolaelhagyók aránya elmarad az Európai Unió átlagától, 2011-ben és 2012-ben némileg nőtt az arány, de sikerült továbbra is az uniós átlag alatt tartani. Ennek a növekedésnek részben demográfiai (csökkenő tanuló népességen belül folyamatosan nő a HH/HHH, SNI-s diákok aránya), részben oktatási okai vannak (lényegesen alacsonyabb arányban képes a köznevelés a hátrányos helyzetű tanulókat befejezett középfokú végzettségig eljuttatni, elsődlegesen a szakképzésben jelentkező magas végzettség nélküli iskolaelhagyás miatt).ⁱⁱ Oktatási rendszerünk az elmúlt 20 évben nem volt képes meghatározó mértékben csökkenteni a hátrányos és halmozottan hátrányos helyzetű gyerekek családi környezetéből fakadó elmaradásait. Mivel a végzettség nélküli iskolaelhagyás és az elfogadhatatlanul alacsony iskolai tudásszint között nagyon erős kapcsolat áll fent, a 2012-es PISA-mérések adatai alapján csökkenteni kell a végzettség nélküli iskolaelhagyás tekintetében veszélyeztetett tanulók számát.ⁱⁱⁱ

„A végzettség nélküli iskolaelhagyás csökkentése közvetlenül javítja az egyének életesélyeit, foglalkoztathatóságukat, alkalmazkodóképességüket, a vonatkozó stratégia pedig közvetve járul hozzá a társadalmi szolidaritás, felzárkózás további erősítéséhez, a polarizálódás, a leszakadás és a szegénység elleni küzdelemhez.”

„A végzettség nélküli iskolaelhagyás elleni küzdelem kizárólag szektorközi együttműködésben lehet sikeres, ezért szükségszerű egy, a hatékony szektorközi együttműködést középpontba állító, a probléma megoldására irányuló, szektorokon átívelő, átfogó stratégia megalkotása.”

„A végzettség nélküli iskolaelhagyás szektorközi megközelítése úgy értelmezhető, hogy a kormányzás és együttműködés, az adatgyűjtés és monitoringon alapul. Ennek három pillére: a prevenció, intervenció és kompenzáció.”

„A végzettség nélküli iskolaelhagyás elleni stratégia célrendszere a rendszer-, az intézményi és az egyéni szintű tényezők számbavételén alapulva kívánja a végzettség nélküli iskolaelhagyást megakadályozni.”

HOGYAN LEHET A FENTI JAVASLATOKAT AZ ISKOLA, MINT INTÉZMÉNY SZEMPONTJÁBÓL ÉRTELMEZNI?

Az iskolai oktatásra vonatkozó szakpolitikával foglalkozó munkacsoport (2014–2015) szakpolitikai üzeneteket fogalmazott meg, azonosítva annak alapfeltételeit, hogyan lehet úgynevezett iskolaszintű megközelítést alkalmazni a korai iskolaelhagyás visszaszorítása érdekében.⁴ A korai iskolaelhagyást célzó „átfogó iskolai megközelítés” legfontosabb feltételeit az ajánlások szerzői öt, szorosan összekapcsolódó tematikus területre osztották. Minden egyes területet alaposabban is kidolgoznak az „Eszköztár iskolák számára” platformon, gyakorlati példákkal, illetve intézkedésekkel is kiegészítve.⁵ Területek: 1. Iskolavezetés, 2. Tanulók támogatása, 3. Tanárok, 4. Szülők és családok, 5. Érdekeltek bevonása.

A STRATÉGIA, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI SZEMPONTÚ ÜZENETE

Az érettségivel és magasabb végzettséggel rendelkezők várható élettartama Magyarországon nem

ⁱⁱ HH= hátrányos helyzet, HHH=halmozottan hátrányos helyzet, SNI=sajátos nevelési igény

ⁱⁱⁱ A PISA (Programme for International Student Assessment) vizsgálat célja annak felmérése, hogy a közoktatás kereteit hamarosan elhagyó 15 éves tanulók milyen mértékben rendelkeznek azokkal az alapvető ismeretekkel, amelyek a mindennapi életben való boldoguláshoz, a továbbtanuláshoz vagy a munkába álláshoz szükségesek.

tér el a fejlett európai országok lakosainak várható élettartalmától. Egy populáció iskolai végzettsége és az egészsége szoros összefüggésben van. Populációs szinten, a korai iskolaelhagyás csökkentése jó-tékonyan hat a végzettségek fokának növekedésére és így az egészségi állapot javulására is.

A stratégia szemléletmódja tanulságos: a megelőzést már az óvodás korban meg kell kezdeni, ehhez kell társítani az egyének szintjén az optimális szociális támogatást és a „második esély” típusú kom-

penzáló beavatkozásokat. A szektorközi megközelítés előfeltétel, több szakmának kell szorosan együttműködnie és a szolgáltatásokat elérhetővé tennie a rászorulóknak és veszélyeztetettek számára. Az egészségfejlesztésben is lényegi szemlélet, a szektorközi-, szakmaközi megközelítés. Ehhez közös célok kijelölése szükséges. Ilyen távlati cél az egészség, jól-lét. A specifikus célokhoz ad újabb támpontokat a „Végzettség nélküli iskolaelhagyás elleni középtávú stratégia”.

¹ Magyar Közlöny 2014. évi 150. szám.

²<http://www.kormany.hu/download/5/fe/20000/V%C3%A9gzetts%C3%A9g%20n%C3%A9lk%C3%BCli%20iskolaelhagy%C3%A1s%20.pdf> (Elérve: 2016.11.09.)

³<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:191:0001:0006:HU:PDF> (Elérve: 2016.11.09.)

⁴http://ec.europa.eu/dgs/education_culture/repository/education/policy/strategic-framework/expert-groups/documents/early-leaving-policy_hu.pdf (Elérve: 2016.11.09.)

⁵ <http://www.schooleducationgateway.eu/hu/pub/resources/toolkitsforschools.htm> (Elérve: 2016.11.09.)

Egészségjelentés2016 beharangozó

HealthReport2016 is coming soon

Szerzők: Varsányi Péter ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.11.08.

Kulcsszavak: egészségjelentés, halandóság, egészségmagatartás, elvesztett egészséges életek, egészségveszteség

Keywords: health report, mortality, health behaviour, disability adjusted lifeyears, burden of diseases

A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet 2016-ban is áttekintette a magyar lakosságról rendelkezésre álló legfrissebb egészségadatokat, és elkészítette a hamarosan megjelenő Egészségjelentés2016 című tanulmányt, az informált népegészségügyi döntéshozatal támogatására. A legfrissebb jelentés a 2015-ben megjelent elődjéhez hasonlóan, a magyar lakosság egészségéről nyújt helyzetképet, kiemelve a legnagyobb terhet jelentő egészségproblémákat. Időbeli és nemzetközi összehasonlításban mutatja be az egészségi állapot illetve az egészségmagatartás legfontosabb indikátorainak értékeit. A jelentés célja, hogy a hazai egészségpolitikusok számára bő-

vüljön a lakosság egészségére vonatkozó, a megfelelően előkészített döntéshozatalhoz szükséges információ. A feltárt magyarországi egészségproblémákra fellelhető nemzetközi megoldások áttekintése bizonyára hasznosítható lesz a lakosság egészségének javítását célzó beavatkozások tervezéséhez. A jelentés legfontosabb megállapításairól nyerhető betekintés a mellékletben szereplő - a megyei kormányhivatalok egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberei számára decemberben megtartott - előadásban. Az Egészségjelentés2016 megjelenése jövő év elején várható, amelyről a következő lapszámban beszámolunk.

OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára

SMART PLATE® – new dietary guidelines for the Hungarian adult population

Szerzők: Szűcs Zsuzsanna ✉
Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége

Beküldve: 2016.10.25.

Kulcsszavak: táplálkozási ajánlás, egészséges táplálkozás, prevenció

Keywords: dietary guidelines, healthy eating, prevention

Az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organisation – WHO*) adatai szerint a krónikus, nem fertőző betegségek 2012-ben világszerte 38 millió halálesetért, az összes haláleset közel hetven százalékáért voltak felelőssé tehetőek. Ezen belül a halálozás 46 százalékát szív- és érrendszeri betegségek, 22 százalékát pedig különböző daganatok okozták. A cukorbetegség további másfél millió áldozatot szedett.¹

Hazánkat is a világszerte megfigyelhető mértékben érintik az úgynevezett civilizációs betegségek. A túlsúly és az elhízás a felnőttek 65 százalékát sújtja, tíz gyermekből 2-3 rendelkezik kisebb-nagyobb mértékű súlyfelesleggel. A halálesetek feléért itthon is a szív- és érrendszeri események (pl. stroke, szívinfarktus), valamint negyedéért a daganatos betegségek okolhatók. A cukorbetegséggel élők száma óvatoss becslések szerint 7-800 ezerre tehető, de a rejtett eseteket is figyelembe véve akár az 1 milliót is elérheti.

A fent leírt jelenségek alapvetően négy életmódtényezőre vezethetők vissza: a helytelen táplálkozásra, az inaktivitásra, a dohányzásra, valamint a túlzott alkoholfogyasztásra. A táplálkozás minőségének hatalmas jelentősége van, hiszen egyes becslések szerint a legtöbb áldozatot szedő krónikus betegségek 70-80 százaléka köthető valamilyen mó-

don az egészségtelen étrendhez. Az egészséges táplálkozás minden életkorban alapvető fontosságú. Szerepe elvitathatatlan a testi-lelki egészség, a jó szellemi és fizikai teljesítőképesség megőrzése, az optimális növekedés, továbbá az egészséges öregedés szempontjából. Éppen ezért a lakosság egészségi állapotának javítása érdekében nélkülözhetetlen a korszerű étrend kialakítását támogató iránymutatás. A táplálkozási ajánlások közel hozzák a táplálkozástudományi kutatások eredményeit a lakosság minden egyes tagjához, hiszen érthető és könnyen alkalmazható formában mutatják meg, hogyan is célszerű kialakítanunk napi étrendünket.

ELŐZMÉNYEK

Az első hivatalos hazai étrendi javaslat 1987-ben a Magyar Tudományos Akadémia Élelmiszer-tudományi Komplex Bizottsága, az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet és a Magyar Táplálkozástudományi Társaság közös állásfoglalásaként fogalmazódott meg. Ezt még két, nem hivatalos ajánlás követte: 1996-ban a Szívbarát Program Élelmiszer-útmutatója, illetve a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében, az Országos Egészségfejlesztési Intézet és Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet által 2004-ben készített javas-

lat, amely a Belgyógyászati Szakmai Kollégium ajánlását élvezte.² Bevett gyakorlat, hogy a lakosság könnyebb tájékozódását a javaslatok képi megjelenítése is segíti. Ezek közül talán legismertebb a piramis, de ide sorolható a magyar ajánlásokat kiegészítő szívárvány, hajó, illetve házikó is. Az utolsó hazai étrendi útmutató publikálása óta eltelt évtizedek megteremtették az igényt egy új ajánlás megfogalmazására. Erre az igényre válaszolva alkotta meg a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége (MDOSZ) táplálkozási irányelvét, az OKOSTÁNYÉR®-t. [1. ábra]

ALAPELVEK ÉS HÁTTÉR

A legújabb táplálkozási ajánlás publikálását közel másfél év előkészítő munkája előzte meg. Ennek során áttekintettük 14 országot, köztük például az Egyesült Államok, Kanada és az Egyesült Királyság étrendi irányelvét. Meggyőző tudományos evidenciák igazolják az élelmiszer alapú étrendi javaslat nagyobb hatékonyságát a tápanyag alapú megközelítéssel szemben. Ennek korszerűsége és közérthetősége miatt döntött a szakmai szervezet egy, az élelmiszercsoportok bemutatásán alapuló útmutató ki-

alakítása mellett. A képi megjelenítésre vonatkozóan, a tányér modellre esett a választás. Mindemellett fontosnak tartottuk, hogy az elkészült ajánlás épüljön a korábbi étrendi javaslatokra, illeszkedjen a hazai élelmiszerválasztékhoz és fogyasztási szokásokhoz, valamint vegye figyelembe az étkeztetés területén hatályos jogszabályokat. Végül, de nem utolsó sorban az új táplálkozási irányelv megalkotásakor irányadónak tekintettük az Európai Élelmiszerbiztonsági Hatóság (*European Food Safety Authority – EFSA*) által, az élelmiszer alapú táplálkozási ajánlások kidolgozására vonatkozó útmutatót.³

OKOSTÁNYÉR®

Magas szintű tudományos bizonyítékok szólnak a változatosság előnye mellett. Az egészséges táplálkozás megvalósításához nincs szükség egyes élelmiszercsoportok kizárására az étrendből. Ehelyett a különböző élelmiszercsoportok rugalmas kombinációjával válik kézzelfoghatóvá a hétköznapok szintjén az egyéni igények, preferenciák, kulturális hagyományok figyelembe vételével az egészséges táplálkozás.

1. ábra: OKOSTÁNYÉR®



Forrás: MDOSZ

Az OKOSTÁNYÉR® végigvezeti a fogyasztót az alapvető élelmiszercsoportokhoz (zöldségfélék, gyümölcsök, gabonafélék, tej és tejtermékek, hús és húskészítmények, halak és tojás) kapcsolható táplálkozási tanácsokon. Emellett a megfelelő folyadékbevitelre, továbbá a zsír-, cukor- és sóbevitel mérséklésére vonatkozó útmutatás is megfogalmazódik, így adva iránymutatást egy napi étrend ajánlott összetételéről. A rendszeres fizikai aktivitás az egészséges életmód elválaszthatatlan része, ezért a javasolt mozgásmennyiség is helyet kapott a legfrissebb ajánlásban.⁴

Az OKOSTÁNYÉR elnyerte a Magyar Tudományos Akadémia Élelmiszertudományi Tudományos Bi-

zottságának ajánlását. Az útmutató elérhető az MDOSZ honlapján a javaslatok gyakorlati megvalósítását támogató háttéranyagokkal, például mintáétrenddel, receptgyűjteménnyel együtt.

A táplálkozási ajánlásoknak egy olyan étrend megvalósításában kell segítenie a lakosságot, amely biztosítja a megfelelő tápanyagbevitelt, ugyanakkor hatékonyan csökkenti a krónikus betegségek kockázatát és javítja az egészségi állapotot. Mindemellett alapjául szolgálhatnak egészség-educációs kezdeményezéseknek, segítséget nyújthatnak az oktatásban, illetve az egészségügyben dolgozók számára abban, hogy hiteles, könnyen értelmezhető információkat közvetíthessenek a lakosság felé.⁵

¹ WHO: Global Health Observatory Data, NCD Morbidity and Mortality, http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/ (Elérve: 2016.05.15.)

² Rodler I. (szerk.): Táplálkozási ajánlások a magyarországi felnőtt lakosság számára (2004.) <http://www.fao.org/3/as684o.pdf> (Elérve: 2016.04.12.)

³ EFSA: Scientific Opinion on establishing Food-Based Dietary Guidelines, EFSA Journal 2010; 8(3):1460 DOI: 10.2903/j.efsa.2010.1460

⁴ MDOSZ: OKOSTÁNYÉR® <http://mdosz.hu/uj-taplalkozasi-ajanlasok-okos-tanyer/> (Elérve: 2016.05.19.)

⁵ Szűcs Zs: OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára, Új Diéta, 2016;2-3:20-23

Beszámoló a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének 10. jubileumi konferenciájáról

A report from the 10th Conference of the Society for Public Health Research and Educational Institutions

Szerző: Formanek-Balku Eszter✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.10.14.

Kulcsszavak: NKE, népegészségügy, konferencia

Keywords: NKE, public health, conference

A 10. jubileumi konferencia 2016. augusztus 31. és szeptember 2. között került megrendezésre Debrecenben. A Debreceni Egyetem Népegészségügyi Karán megtartott jubileumi konferencia jelmondata: „Népegészségügyi szolgáltatások az alapellátásban”. Az első napon megtartott ünnepi megnyitó és a plenáris előadások a népegészségügy intézményrendszerének jövőjéről, azon belül kiemelt részletességgel a házi orvosok szerepéről szólt. A második napon megtartott öt szekció fő témája az Alapellátás-fejlesztési Modellprogram, valamint egészséggel kapcsolatos kutatások, felmérések módszereinek és eredményeinek bemutatása volt, továbbá, kiemelt helyen szerepelt a környezet egészségre gyakorolt hatásának bemutatása is. A záró nap öt

szekciójában pedig a különböző, új típusú egészségügyi ellátások, védőoltások, szűrések bemutatása volt terítéken. A konferencia esti programjain pedig lehetőség nyílt a résztvevő szakembereknek kötetlenebb formában megvitatni a népegészségügy aktuális kérdéseit, esetleges problémáit. A Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet képviselőjében Formanek-Balku Eszter, dr. Varsányi Péter és Csizmadia Péter tartott előadást a következő három témában: az Egészségkommunikációs Felmérés főbb eredményei, a Hálózatkutatói módszerek alkalmazásának lehetőségei az iskolások egészségmagatartásának befolyásolásában² és az Épített környezet szerepe az egészségfejlesztésben.³ A három előadás a beszámoló mellékletében található.

¹ Balku E, Vitrai J, Zsiros E. Az Egészségkommunikációs Felmérés főbb eredményei. Népegészségügy 2016; 94. évfolyam 3. szám: 125.

² Varsányi P, Tóth G. A hálózatkutatói módszerek alkalmazásának lehetőségei az iskolások egészségmagatartásának befolyásolásában. Népegészségügy 2016; 94. évfolyam 3. szám: 126.

³ Csizmadia P. Egészségfejlesztés és épített környezet. Népegészségügy 2016; 94. évfolyam 3. szám: 135.

Kokainizmus kérdése

Issue of cocaineism

Szerzők: Koós Tamás, Kárpáti Tímea ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

Beküldve: 2016.11.02.

Kulcsszavak: drog, kokain, szenvedélybetegség

Egészség I-III. füzet. 1924. Jan-Márc. 35-36. oldal
Az „Egészség” című folyóiratból eredeti helyesírással digitalizálva.

A kokainizmus kérdése

A kokainizmus kérdésével mostanában sokan foglalkoznak. Valamennyien abban megegyeznek, hogy ezt a súlyos bajt a hatóságok szigorú intézkedéseivel le lehet küzdeni. A kokainista, a legtöbb esetben kíváncsiságból vagy divatból, esetleg nagyzási hóbortból lett szenvedélyének rabja. Igaz, hogy a kokainisták legnagyobb része degenerált ember. LEWIN, berlini tudós, a kokainnal való visszaélés meggátlására azt javasolja, hogy a morfium és a kokain számára az állami monopóliumot rendeljék el, miután nem hiszi, hogy az 1912 óta fennálló nemzetközi opiumszerződés, amely a kokainnal való kereskedést is szabályozza, célhoz vezessen és az élvezeti szerek tekintetében észszerű árpolitikát ajánl (kávé, tea, kakaó). Ha ezen élvezeti szerek könnyebben hozzáférhetőek — már ár dolgában — akkor kevesebb lesz a kokainista is, morfinista is. Ugyanez áll az alkoholra is, mivel a kávé és a tea annak hatalmas versenytársai. (Schuschny Henrik dr.)

A kokainizmus Párizsban a rendőrség szigorú eljárása ellenére egyre terjed. Kéteshírű mulatóhelyeken házalnak a koko-val, persze titokban, mert a rendőrség súlyosan megbünteti a lelkiismeretlen házalókat, akik kiszolgáló nők és éjjeli kocsisokból kerülnek ki. A kokain bevitele állítólag Németországból történik a nemzetközi vasutak egyes alkalmazottai közvetítésével. De a csempészésből is sok Németországban tartózkodó francia katona veszi ki a

részét. Miután a kokainnal való kereskedés sok kellemetlenséggel járhat, az eladó igen drágán adja el. A kokainista kényelmesebben kezeli a kokaint, mint a morfinista a morfiumot. Utóbbit befecskendezés útján viszik be a szervezetbe, a kokaint pedig szippantással. A kokain felszippantása után kellemes kábultság áll be, mellyel néha hallucinációk is járnak. Az első felszippantást követi nemsokára a második és néhány hét múlva annyira rabja az illető szenvedélyének, hogy ebből ki nem gyógyítható. Nem ilyen sokára pedig szellemileg és testileg teljesen leromlik. Egy francia orvos egyes francia írók és művészek badar termékeit, így a dadaizmust, egyenesen a kokainizmussal hozza kapcsolatba.

A kokain-szenvedély már Bécsben is mutatkozik s így féltő, hogy hozzánk is eljut. Bécsben egyes zenés kávéházakban titokban házalnak vele, többnyire olyanokban, ahol moziszínészek megfordulnak. A kokain ára, illetőleg az eladásával járó haszon eléggé magas. A házaló kg-ját 8millió koronáért vásárolja és 60-100 millióért adja el. A házaló áldozatának kínál felszippantásra egy kevés kokaint. A kellemes érzés kiváltása után az áldozat vásárol a méregből, mely őt néhány hónapon belül testileg és lelkileg egészen összetöri. (Schuschny Henrik dr.)

A 92 évvel ezelőtti, idézett cikk szerzőjének határozott véleménye szerint jogi szabályozással gátat lehet szabni a szerfogyasztás terjedésének, ami érthető álláspontnak tekinthető, ha tudjuk, akkoriban sem megelőzési, sem terápiás módszereket nem is-

mertek a kokain-használattal kapcsolatosan. A cikkben említett ópiumszerződés (hivatalos elnevezése: Nemzetközi Ópiumegyezmény) a drogprobléma jogi szabályozásának fontos mérföldköve volt, melyet hazánk 1924-ben törvényben is ratifikált.¹ Ebben azonban csak a legfontosabb alapelvek kerültek meghatározásra, például néhány egyéb drog mellett az ópium gyógyászati célú felhasználása, nemzeti ellenőrző szervek felállítása stb.

Napjainkra hazánkban a megváltozott kábítószer-helyzetet követve, már az új pszichoaktív anyagokra vonatkozó szabályozással is kiegészítve határozta meg a 2013. július 1. óta hatályos Büntető Törvénykönyv az ország büntetőjogi rendszerét. A részletes szabályozás mellett is - a Nemzeti Drog Fókuszpont 2016-os jelentése szerint - a hazai felnőtt korú lakosságot tekintve, csaknem minden tizedik személy (9,9%) használt valamilyen tiltott drogot, amelyen belül a fogyasztási gyakoriság alapján a kokain a hatodik helyen (2%) szerepelt.² Az iskoláskorúak körében majdnem minden ötödik fiatal (17,7%) kipróbált már valamilyen drogot/tiltott szert. A legnépszerűbb a fiatalok körében a kannabisz. Ugyanebben a korcsoportban a szerhasználat életprevalenciája 1995 és 2003 között négyszeresére nőtt. A 2011-es ESPAD kutatás szerint az összes tiltott szer fogyasztás életprevalencia értéke jelentősen növekedett, a kokain (2,5%) a tizenegyedik helyen szerepelt a szerfogyasztási struktúrában.^{3,i}

A 2014-es HBSCⁱⁱ kutatási eredmények azonban már határozott csökkenést jeleztek a szerhasználat életprevalencia értékeiben a 9. illetve a 11. évfolyam négy évvel korábbi adataihoz viszonyítva; az együttes szerhasználat (több szer párhuzamos használata) esetében ez a csökkenés mintegy 25%-os, az illegális szerekre vonatkozóan pedig kb. 20%-os mértékű volt.⁴ Ezt a javuló tendenciát erősítik meg a 2015-ben publikált ESPAD adatok is, hiszen a magyar középiskolások körében a szerfogyasztás gyakorisága a ritkább használat irányába tolódott el, az első használat életkora sem csökkent a korábbi ada-

tokhoz képest, illetve minden szer fogyasztásának elterjedése számottevően csökkent a fiúk és a lányok esetében egyaránt, vidéken valamivel nagyobb arányban, mint Budapesten.⁵ Egyedül a kokain életprevalencia értéke nem változott számottevően, a kilencedik helyen (3,2 %) szerepelt a szerfogyasztási struktúrában.

A tudatmódosító szerek használata nem új keletű, hiszen évezredek óta jelen van az emberiség történetében. Az Andok őslakói évezredekkel keresztül ellenálló képességük fokozásáért, a túlélésért használták nyers, finomítatlan formájában a kokaint. A növény leveleit rágták, és rágják ma is, de finomítani, a vegyület koncentrációját fokozni nem tudták. A molekula azonban átkerült olyan kultúrákba és körülmények közé, ahol a fizikai túlélés érdekében többé nem volt rá szükség. Az emberek megtanulták kivonni a hatóanyagot a kokacserje leveleiből és megjelent a tiszta kokain, por formájában. Tudatmódosító hatásának intenzitása, jellege így eltér a természetes formában megtalálható, alacsony koncentrációjú vegyület hatásaitól. A használat jellegének és módjának változásával a társadalmi károk intenzitása is meghatározódott. Megjelent a függők csoportja, általánossá vált az injektlás, az intravénás szerhasználat, a csatlakozó, vérrel terjedő betegségek (pl. HIV, HCV fertőzésⁱⁱⁱ) előfordulásának növekedésével kísérve.

Az ENSZ Kábítószer Ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala (UNODC) 2015. éves kábítószerügyi jelentése szerint a kokacserje termesztése jelenleg is - ahogy évszázadokon át - az Andok régióra terjed ki, túlnyomó része három országban, Kolumbiában, Peruban és Bolíviában található, ami az érintett kormányok fellépése és nemzetközi támogatások következtében lassan csökken.⁶ Jelenleg a becslések szerint ez a termőterület 120 000 hektár, ami közel 10%-kal kevesebb, mint amennyi az előző évben volt. Egy év alatt világszerte összesen 687 tonna kokaint foglaltak le. Ez is 9%-nyi csökkenés a megelőző öt év viszonylatában.

ⁱ Az Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs – ESPAD) az Európa Tanács Pampidou Csoportja és a European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) eszmei támogatásával indult, 1995-ben az első adatfelvétellel, azzal a céllal, hogy a fiatalok alkohol- és drogfogyasztásáról valamint dohányzási szokásairól 4 évenként rendszeresen ismétlődő, időben és nemzetközileg összehasonlítható adatokat gyűjtsön.

ⁱⁱ Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés (HBSC)

ⁱⁱⁱ HIV= Human Immundeficiency Virus, HCV=Hepatitis C vírus

Világszerte évente, kb. 17 millió ember használ kokaínt, az egyes nagy régiókban változó tendenciák láthatók. Észak-Amerikában jól érzékelhetően csökken a fogyasztás. 2006-ban a 12. osztályos amerikai egyesült államokbeli tanulók 5,7%-a használt kokaínt, 2014-ben ennek már kevesebb, mint a fele, azaz 2,6%. Ennek a jelenségnek számos tényező állhat a háttérében: a hatékonyabb kontroll-intézkedésektől kezdve a drogmegelőzés, egészségfejlesztés legkülönbözőbb eszközeinek, módszereinek és programjainak terjedéséig, de akár az új pszichoaktív anyagok, különösen az olcsó katinon-származékok is jelenthetnek konkurenciát a kokainnak.

Sajátos jelenség, hogy a kokain - immár tisztított formájában - megtalálta az utat vissza Dél-Amerikába, és a Föld összes nagyrégiója közül itt emelkedik használatának mértéke; 2010 és 2012 közt több mint 50%-kal nőtt a kokain-használók száma a kontinensen, azonban immár a kokain nem a hegyi indiánok szere, hanem a nagyvárosok lakosaié; ott is gyakran a szegényebb rétegek között szedi áldozatait.

Európában a helyzet évek óta lényegében változatlan, a piac nem mutat egyelőre jelentős mozgást. A drogfogyasztás témája erőteljesen jelen van a fiatalabb, serdülő és huszonéves felnőtt korosztály körében. A kábítószerrel való első találkozás életkora az utóbbi évtizedekben előretolódott, 14-15 évre tehető az első „kipróbálás”, nem ritkán kannabisszal, szintetikus kannabinoid származékkal („herbál”), vagy éppen gyógyszer-alkohol kombinációval, általában baráti összejöveteleken, bulikon történik.³ Bár éppen a kokainnal kapcsolatosan érdemes figyelembe venni, hogy ez a szer Magyarországon meglehetősen drágának számít, tehát csak egy szűk réteg engedheti meg magának.

A 2015 évi egészségügyi kezelési adatok szerint hazánkban a kábítószeres használata intenzívebb, a használók életkora lefelé tolódott. Az addiktológiai

problémák mellett a sürgősségi/klinikai toxikológiai és a pszichiátriai kezelési igények száma is növekedést mutatott az elmúlt években.

*„Csodálkozol a kokainistán,
s nem érted?*

*Gondolkozzál az okain is tán -
s megérted!”*

*Kosztolányi Dezső: Comprendre c'est tout
pardonner*

A szerhasználattal egyidős a tudatmódosító-szerek használatának megértésére való törekvés is. A jelenség változásával a problémára adható válaszoknak is meg kellett változniuk, ha a hatékonyság és a probléma kontrollálásának benyomását (néha azt is mondhatjuk, illúzióját) akarjuk kelteni.

Ma már a Kosztolányi által is említett pszichológizáló szemlélet jóval kevésbé eszköze a probléma megértésének, jóllehet az egyéni terápiákban az egyéni motivációk, mögöttes, életúthoz kötött személyes stigmák felismerése és gyógyítása ugyanúgy fontos. Azonban az is világossá vált – és ez már a korszerű egészségfejlesztés szemlélete –, hogy személyes sorsokból, egyének történetéből nem, vagy alig vezethetőek le társadalmi jelenségek, és az egyéni szinten történő megértés és belátás ritkán ad megbízható alapot a társadalom mély mozgásainak értelmezéséhez.

A kokainnal és annak egyénre gyakorolt hatásával szemben ma már nemzetközi szervezetek, nemzetközi és nemzeti bűnüldözési szervek, egészségbiztosítási rendszerek, terápiás irányzatok és művelők küzdenek, a másik oldalon pedig megjelentek a magasan szervezett előállító, szállító és elosztó szervezetek, a közösségi média adta lehetőségeket kihasználó rejtett vagy nyílt promóció, a szerrel szoros és gyakran nyilvános kapcsolatba kerülő hírességek pozitív és negatív példái.

¹ Nemzetközi Ópiumegyezmény: <http://1000ev.hu/index.php?a=3¶m=7562> (Elérve: 2016.10.06.)

² Nemzeti Drog Fókuszpont 2016. évi EMCDDA jelentés (REITOX): http://drogfokuszpont.hu/wp-content/uploads/HU_National_Report_2016_HU.pdf (Elérve: 2016.11.01.)

³ ESPAD 2011: Európai iskolavizsgálat a fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztási szokásairól http://real.mtak.hu/12613/1/81353_Z1.pdf (Elérve: 2016. 11.02.)

⁴ http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldalok/assets/cikkek/16-05/egeszseg-es-egeszsegmagatartas-iskolaskorban-2014.pdf (Elérve: 2016.10.13.)

⁵ Európai Iskolavizsgálat az alkohol és egyéb drogfogyasztási szokásokról – 2015 (ESPAD) Szerk: Elekes Zsuzsa Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest 2016 (72-73. old)

⁶ UNODC éves jelentés: https://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf (Elérve: 2016.10.09.)

Olvasásra ajánljuk

Suggested readings

Kulcsszavak: integrált népegészségügyi szakpolitikák, pszichoaktív szerhasználat, szegregátum, koherenciaérzés, észlelt stressz, egyenlőtlenség, származó javak egyenlőbb elosztása

Tartalom

Ott vagyunk már? – Integrált Népegészségügyi Szakpolitikák koncepciójának operacionalizálása ...	77
Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban	78
A koherenciaérzés és az azt meghatározó tényezők vizsgálata kínai egyetemisták körében: keresztmetszeti kutatás	79
Evidenciák irodalmi áttekintése - Egyenrangúbb társadalmak teremtése Mi működik?	80

Ott vagyunk már? – Integrált Népegészségügyi Szakpolitikák koncepciójának operacionalizálása

Are we there yet? – Operationalizing the concept of Integrated Public Health Policies

Hendriks AM, Habraken J, Jansen MW, Gubbels JS, De Vries NK, van Oers H, Michie S, Atkins L, Kremers SP
Health Policy. 2014 Feb;114(2-3):174-82. 10.1016/j.healthpol.2013.10.004. Epub 2013 Oct 23.

Ismertető: Járomi Éva ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

Jelen kormányzati törekvések az integrált népegészségügyi szakpolitikák létrehozásával egy egészségesebb társadalom elérését célozzák. Azonban nehéz megmondani, hogy melyek az „integráltak” nevezhető szakpolitikák, mert ennek a meghatározásnak jelenleg nincs egységes, operatív definíciója. Csak néhány a számos kutatás megfogalmazásából: egészség minden szakpolitikában – *health in all policies*, multiszektoriális szakpolitikák – *multi-sectoral policy*, egészséges közpolitika – *healthy public policy* vagy teljes kormányzat – *whole-of-government*, teljes társadalom – *whole-of-society*, kormányzat az egészségért – *governance for health*. Jelenleg nincs konkrét szempontrendszer a gyakorlati értékelésre, amely megmondja, hogy szakpolitikák milyen mértékben integráltak. A politikai folyamatok ugyanis gyakran nem lineárisak, hanem komplexek. A fejlesztők és a megvalósítók értékeinek versenyét, illetve annak eredményeit tükrözik. Jelen közleményben a korábbi operacionalizációk szakirodalmi áttekintését követően a korábbiak hiányosságainak azonosítása, valamint új célok kijelölése és megalkotása történt: a népegészségügyi szakpolitikák integrációjának fogalmi tisztázása, operacionalizálása.

A szerzők az alábbi kritériumokat fogalmazták meg: a szakpolitikák kombinálását; a beavatkozások mi-
xét, amely optimalizálja a viselkedési rendszer funkcióit (motiváció, képesség, lehetőség); az egészségügyi szektor proaktivitását; valamint a különböző szakpolitikák (vagy azok kombinációinak) területén és annak fejlesztésében történő együttműködését. A viselkedésváltoztatás kerekének modelljét/keretrendszerét megfelelőnek találták a komplexitás és integrált szakpolitikák szemléltetésére. A modell előnyei: a politikai kategóriák és beavatkozási funkciók kombinációja, különböző szektorok együttműködése, számos eszköz rendelkezésre állása, rendszerszemlélet. A modell, szerzők által megfogalmazott gyengeségei: számos készség és idő szükséges a megfelelő beavatkozás megtalálásához; nincs specifikus iránymutatás a megfelelő intézkedés kiválasztásához, valamint nem garantálható az intézkedések sikere.

Következtetések: a fenti kritérium alapján monitorozható és irányítható az integrált népegészségügyi szakpolitika, amely párbeszédet, vitát stimulálhat a szakpolitikákban.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A hazai népegészségügyi szakpolitikák tervezésénél a fenti kritériumok figyelembevételére és alkalmazására kell törekednünk.

Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban

Substance use in the segregated areas of a disadvantaged district

Szécsi Judit, Sik Dorka

Esély 2016/2, 115-131. old

Ismertető: Nyírády Adrienn ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

2015 nyarán terepkutatás készült az észak-alföldi régió egyik járásában, három kiválasztott település szegregátumaiban, a mélyszegénységben élők droghasználati mintázatainak feltárását célozva, különös tekintettel az újfajta pszichoaktív szerhasználatra. Az eredmények az mutatják, hogy az idősebb generáció az alkohol és cigaretta mellett gyógyszereket fogyaszt visszaélészerűen, míg a fiatalok, egészen korai időszakról inkább az új pszichoaktív szereket (szintetikus kannabinoidokat) használják. A szintetikus kannabinoidokról azt mondják, hogy olcsó, gyorsabban és intenzívebben hat, könnyű hozzáférni és legálisnak vélik. A szerválasztás indokaként a klasszikus okokat sorolták fel: elfelejtik a

problémákat, csökkenti a magányérzést, menő, unaloműző.

A drogokkal és a függőség természetével kapcsolatos minden tudás és áltudás, illetve tudatlanság meglehetősen kollektív. A szerfogyasztás a gyerekek előtt zajlik, akik ismerik a szerek neveit, részletesen el tudják mesélni, hogyan néznek ki, hogyan használják, és milyen hatást váltanak ki. A szülők tudják, hogy drogoznak a gyerekeik. Az iskolában a tanárok is egyértelműen ismerik az egyes diákok szerhasználati szokásait, sőt az iskolai fogyasztással is tisztában vannak. Ezekben a közösségekben nem maradhat titokban semmi, de eszközük nincs a helyzet megoldására, javítására.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Soha nem volt még annyira aktuális a droghasználat társadalmi kontextusának hangsúlyozása, mint a szegregátumban élő, alsó társadalmi réteghez tartozó emberek esetében. A több generáción átívelő magas arányú munkanélküliség, a kilátástalanság következménye az elvágyódás, ennek azonban nincs realitása, ami tovább növeli a frusztrációt, amelynek „tompítása” gyakorta droghasználattal történik. A szegénység és nélkülözés, a kilátástalanság, valamint a kitalálttalanság érzése az itt élő emberek lelki és fizikai egészségét is felémészi.

A koherenciaérzés és az azt meghatározó tényezők vizsgálata kínai egyetemisták körében: keresztmetszeti kutatás

Sense of coherence and associated factors among university students in China: cross-sectional evidence

Janet Junqing Chu, Mobarak Hossain Khan, Heiko J.Jahn, Alexander Kraemer

BMC Public Health (2016) 16:336

Ismertető: Kis Nóra ✉

Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

A koherenciaérzés segít megoldani a konfliktusokat és megbirkózni a mindennapi, az egyént óhatatlanul érő stresszel. A *salutogenezis*ⁱ modell alapján az egészséghez erős koherenciaérzésre van szükség, és a jó egészségi állapot fejleszteni tudja az általános ellenállást, ami pedig a koherenciaérzést erősíti, tehát ez a visszacsatoló rendszer jelentős hatással bír a személy mentális egészségére. A koherenciaérzés és az egészség közötti kapcsolatot korábbi kutatások is alátámasztják. Antonovsky gondolatai alapján minden alkalommal, mikor a stresszel való sikeres megbirkózást tapasztal az egyén, erősíti a koherenciaérzés fejlődését.

A kutatás hipotézisei között szerepelt annak feltárása, hogy magasabb észlelt stressz szint alacsonyabb koherenciaérzéssel jár, míg a stresszel szembeni általános ellenállás magas koherenciaérzéssel párosul. Az adatokat két kínai egyetem diákjaival vették fel. A koherenciaérzést a *Leipzig Short Scale*ⁱⁱ alapján mérték. Az észlelt stresszt Cohen 14 tételes

Észlelt Stressz Skálájával vizsgálták. Életstílussal kapcsolatos változók voltak: a testmozgás gyakorisága, a saját egészségi állapot ismerete, a táplálkozás fontossága, testtömeg-index, és a saját testsúllyal való elégedettség. Azoknak a diákoknak, akiknek magas volt az egészségtudatosságuk, többet edzettek és elégedettebbek voltak a súlyukkal, erősebb volt a koherenciaérzésük. Az önmaguk által jobbnak ítélt tanulási teljesítmény társaikhoz képest, a jó kapcsolat a diáktársakkal, az egyetemen nem jelenlévő elszigeteltség érzés és a fennálló politikai helyzettel való elégedettség szintén kapcsolódott az erősebb koherenciaérzéshez. A megelőző szemlélet, mint a magas egészségtudatosság, és a táplálkozásra való nagyobb odafigyelés is összefüggött a koherenciaérzéssel. A társakénál jobb teljesítmény és a jó szubjektív egészség pozitív, míg az észlelt stressz erős negatív hatással van a koherenciaérzésre.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A koherenciaérzés fejlődésében kulcsfontosságú a támogató környezet.

A koherenciaérzés (és ez által az egészség) növelhető, ha az iskolák a versenyhelyzetet teremtő környezetet támogatóvá és elfogadó légkörűvé alakítják.

A kortársak és a tanárok támogatása tinédzserkorban meghatározó jelentőségű, mivel ez nagyban segíti a koherenciaérzés kialakulását.

ⁱ A salutogenezis modellt Aaron Antonovsky orvos-szociológus írta le. A modell az egészségtéremető folyamatokra, az egészség feltételeire és annak eredetére helyezi a hangsúlyt. Antonovsky elgondolása szerint a koherenciaérzés minden olyan alkalom esetén fejlődik, amikor az egyén sikeres megküzdést tanúsít a stresszel szemben.

ⁱⁱ Leipzig Short Scale = ez a skála az Antonovsky 29 tételes Sense of Coherence skálájának, 9 tételes változata.

Evidenciák irodalmi áttekintése - Egyenrangúbb társadalmak teremtése Mi működik?

Evidence Review - Creating more equal societies

What works?

Abigail McKnight, Magali Duque, Mark A. Rucci

Európai Bizottság „Foglalkoztatás, szociális ügyek és társadalmi befogadás” szakterületének KE-01-16-508-EN-N katalógus számú [kiadványa](#) (2016. június 30.)

Ismertető: Solymosy József Bonifác ✉
Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet

ÖSSZEFOGLALÁS

Nincs meggyőző bizonyíték sem arra, hogy az egyenlőtlenség csökkentése gátolja a (gazdasági) növekedést, sem pedig arra, hogy az egy főre jutó növekedés (automatikusan) az egyenlőtlenség csökkenését eredményezi a piacgazdaságként működő demokráciákban. Viszont, ezek a társadalmak nem

alaptalanul fókuszálnak arra, hogy maximalizálják a jövőbeni növekedéséből származó javak egyenlőbb elosztásának esélyét, és érthető, keresik a módját annak, hogyan érhető el stratégiákkal az, hogy a történelem során felhalmozott javak újraelosztásra kerüljenek.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Tény, hogy nem kell féltetni a piacgazdaságot az egyenlőség eszméjétől, mert senki nem lesz attól érezhetően szegényebb, hogy másoknak is annyi jut, mint neki.

Viszont, nem is elég passzívan bízni az egy főre számolt növekedés jótékony hatásában, mert az csak statisztikai adat, a valóságban nem osztódnak a javak egyenlően maguktól. Szakpolitikai feladat tehát, hogy a stratégiák segítsék a már meglévő javak elosztása egyenlőbb legyen.

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)