A népegészségügy világszerte felértékelődik

Beszélgetés Dr. Szentes Tamás országos tisztifőorvosi feladatokért felelős helyettes államtitkárral

Public health will become more significant worldwide

Interview with Tamás Szentes Deputy Secretary for Public Health

doi: 10.24365/ef.v58i3.194

Hogyan foglalná össze az olvasóknak az Országos Tisztifőorvosi Feladatokért Felelős Helyettes Államtitkárság és az EMMI-n kívül maradt háttérintézmények jelenlegi feladatait? Milyen új kihívásokkal néz szembe helyettes államtitkárként?

Érdemben a feladatok azonosak maradtak a korábbiakkal, csak átrendeződtek. Régebben az Országos Tisztifőorvosi Hivatal középirányítóként igazgatta az alá tartozó háttérintézményeket: az Országos Közegészségügyi Központot, az Országos Epidemiológiai Központot, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetet, illetve 2016. december 31-ig az Egészségügyi Készletgazdálkodási Intézetet. Az utóbbi beolvadt az Állami Egészségügyi Ellátó Központba, a másik három intézményt tekintve pedig úgy alakultak a feladatok, hogy a tisztifőorvosi feladatrendszer, valamint a szakértői, hatósági és módszertani feladatok a helyettes államtitkárságra, míg az egészségügyi szolgáltatások a „kint maradó" háttérintézménybe, az Országos Közegészségügyi Intézetbe kerültek. Ezen túlmenően a helyettes államtitkárság feladataihoz kapcsolódó fejlesztési feladatokat is az Országos Közegészségügyi Intézet látja el, tehát végzi a feladatrendszerhez kapcsolódó projektek fenntartását, illetve az új projektek megvalósítását. Ilyen értelemben tehát a népegészségügyi fejlesztési feladatok is itt összpontosulnak.

Hogyan változott a népegészségügy hazai helyzete a hátteret adó intézményrendszer átalakulásával? Az új szervezeti struktúrában hol lesz a népegészségügyi programok elméleti-módszertani megalapozását végző humán erőforrás?

Erre már részben válaszoltam, tehát a módszertani feladatok a helyettes államtitkárságra kerültek, de olyan értelemben, hogy ezek jelentős részben kapcsolódtak az elmúlt időszak projektjeihez. A projektfenntartási feladatok az Országos Közegészségügyi Intézethez tartoznak, ahol működik egy projektfenntartási és népegészségügyi módszertani igazgatóság, valamint az új módszertani fejlesztések az Országos Közegészségügyi Intézet által végrehajtott projektek keretében valósulnak meg. Így az 1.8.1-es projekt a komplex népegészségügyi szűrésekről szól, amelyeknek gerincét a vastagbélszűrés országos kiterjesztése adja, továbbá az 1.8.0-s projekt, amelynek négy pillére van: alapellátási, népegészségügyi, közegészségügyi és betegbiztonsági pillére. Ezeknek a komplex programoknak a megvalósítása képviseli a népegészségügyi feladatokat.

Az Egészségfejlesztés folyóirat gyakran jelentet meg olyan írásokat, amelyek a népegészségügy és az egészségfejlesztés korszerű elméletét tárgyalják. Ehhez kapcsolódóan szerkesztőségünk szívesen adna fórumot a népegészségügyi programok szakmai vitáinak. Ön milyen lehetőséget lát erre?

Úgy gondolom, hogy a népegészségügy fejlesztése elemi kérdés, de nemcsak Magyarországon, hanem alapvetően az összes fejlett ipari országban, ugyanis elengedhetetlen hogy a lakosság epidemiológiai viszonyaiba be tudjunk avatkozni. Látható, hogy amennyiben nem tudunk érdemben beavatkozni, nem tudunk hatni a lakosság egészségi állapotára, akkor a jelenlegi egészségügyi rendszerek fenntart-

hatatlanokká válnak. Ugyanis olyan mértékben nő a lakosság egészségügyi szolgáltatások iránti szükséglete, illetve olyan gyorsan fejlődik az egészségügyi technológia, hogy a kettő együttes hatásának a következményeként robbanásszerűen nőnek az egészségügyi rendszerek fenntartási költségei, és ez a folyamat csak úgy fékezhető, csökkenthető vagy tartható szinten, ha a megbetegedési viszonyokat ténylegesen befolyásolni tudjuk. Ezt pedig csak népegészségügyi eszközökkel lehet elérni, tehát a népegészségügy felértékelődő területe lesz az egészségügynek, és én úgy gondolom, hogy ennek mindenképp megfelelő teret kell adni a jövőben. Természetesen ennek eszköze, terepe lehet a megfelelő szakirodalmat felölelő folyóirat.

Hogyan lehetne ön szerint hosszú távon megtartani és elismert tudományos lappá fejleszteni az Egészségfejlesztés folyóiratot?

Alapvetően a folyóirat fejlesztésének jövőjét az határozza meg, hogy milyen népegészségügyi tevékenységet tudunk felmutatni, és milyen súlya lesz ennek a tevékenységnek. Korábban is elmondtam, hogy bízom a kedvező eredményben, és szükségszerűnek is tartom a népegészségügy fejlesztését, ami magában foglalja azt is, hogy nagyobb teret kapjon az ágazaton belül. Mindebből fakadóan a területhez kapcsolódó tudományos munkák gyarapodására is számítani lehet, és az azokat bemutató folyóiratoknak is fontos szerep jut. Nyilván vannak olyan eszközök, amelyekkel a folyóirat minősége, ismertsége, olvasottsága fejleszthető, de ezekben a kérdésekben a szerkesztőség szakértelmére hagyatkozom.

Lát-e arra lehetőséget, hogy tavasszal az EMMI-hez került lap új arculatot kapjon, illetve nyomtatott formában is megjelenjen?

Már a szervezeti átalakulás előtt is felmerült, hogy az Országos Tisztifőorvosi Hivatal és háttérintézményei feladatrendszeréhez kapcsolódó, tekintélyes múltú folyóiratok egy egységes szemlélet, koncepció szerint újragondolásra kerüljenek. Ezeknek a széles körben terjesztett tudományos szakmai tartalmaknak színvonalas fórumot kell biztosítani. Jelenleg ebben a fázisban vagyunk; a szükséges lépések körvonalazódnak, és döntések ugyan még nem születtek meg, de véleményem szerint a közeljövőben ezekre is sor kerül.

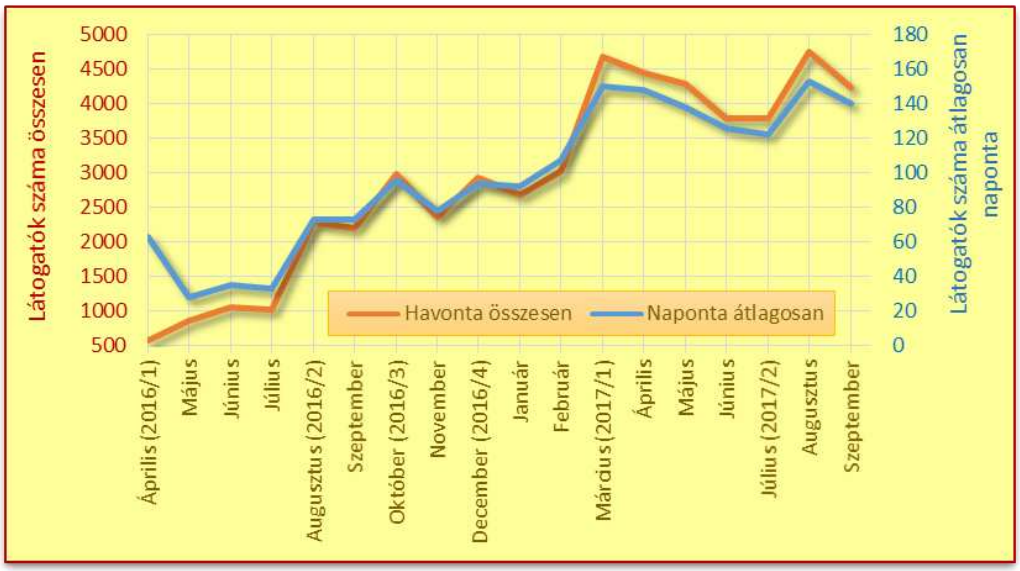
A folyóirat olvasottságáról

About the journal popularity

doi: 10.24365/ef.v58i3.193

A szerkesztőség örömmel jelzi vissza olvasóinak, hogy a folyóirat olvasottsága az elektronikus változatra való áttéréstől, 2016 elejétől folyamatosan emelkedik: idén a havi látogatószám már átlagosan 4000, az átlagos napi látogatószám pedig 130 felett jár. [1. ábra]

1. ábra: A folyóirat honlapját havonta illetve naponta átlagosan meglátogatók száma



A lapszámok olvasottsági statisztikái mellett érdekes lehet, hogy mely témák érdeklik leginkább az olvasókat. A folyóirat elektronikus megjelentetése lehetővé teszi, hogy minden egyes közlemény esetében nyomon követhető, hányan nézték meg az írás összefoglalóját, illetve hányan olvasták el a teljes cikket. A 2016. év első számától kezdődően eddig megjelent művek közül kiválogattuk azokat, amelyek összefoglalóit, illetve amelyek teljes szövegét a legtöbbször olvasták el 2017. szeptember 30-ig. [1. táblázat és 2. táblázat]

Figyelembe véve azt az időt is, ami a közlés után eltelt, azaz a cikkekhez való hozzáférés hosszát is, egy „érdekességi" mutató számítható (megtekintések száma / megjelenés óta eltelt napok száma). Az e mutató alapján összeállított 10-es listát a 3. táblázat mutatja be.

Érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy a 10 legtöbbször olvasott összefoglaló között az iskolai egészségfejlesztés 4 közleménnyel is képviselteti magát. [1. táblázat] Két írás foglalkozott az egészségműveltséggel, vagy másképpen az egészségértéssel.

A teljes közlemény olvasottságát tekintve kiemelkedik az első három helyezett, közülük is a csecsemőkori allergia-megelőzést tárgyaló írás, ami a hasonló témájú cikkek iránti magas olvasói igényre utal, és ez a potenciális szerzők számára felhívásként értelmezhető. [2. táblázat]

Meglepőnek tűnhet továbbá a két szerkesztőségi közlés előkelő helyezése is. Feltételezhető, hogy a népegészségügyi háttérintézmények átszervezésével kapcsolatosan vált érdekessé a téma.

1. táblázat: A közlemények összefoglalóira vonatkozó olvasottsági rangsor

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerző(k)	Lapszám
373	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1. szám
237	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016. 3. szám
236	Új hazai egészségmonitorozási koncepció	Varsányi P et al.	2016. 1. szám
225	Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I. – Felnőtt felmérés	Balku E, Vitrai J	2016. 2. szám
207	Az egészségműveltség definíciói	Csizmadia P	2016. 3. szám
189	Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés	Zsiros E, Balku E, Vitrai J	2016. 3. szám
175	„Egészség-konyha" – Munkahelyi egészségfejlesztési programelem a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézetben	Fekete K	2016. 4. szám
172	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatatása	Járomi É, Vitrai J	2017. 1. szám
165	Hálózatkutatás a népegészségügy területén - áttekintő közlemény	Varsányi P, Vokó Z	2016. 4. szám
153	A rendszeres reggelizés mint szokáskialakítás és értékközvetítés a középiskolás korosztályban	Lelovics Zs	2017. 1. szám

2. táblázat: A teljes közleményre vonatkozó olvasottsági rangsor

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerző(k)	Lapszám
890	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1. szám
304	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1. szám
278	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1. szám
191	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatatása	Járomi É, Vitrai J	2017. 1. szám
165	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára	Szűcs Zs	2016. 4. szám
162	Beszélgetés a folyóiratról Dr. Surján Orsolya főigazgatóval	szerkesztőség	2017. 1. szám
123	A korai iskolaelhagyás csökkentését célzó szakpolitika - ismertető	Solymossy J	2016. 4. szám
115	A nők dohányzása	Kárpáti T, Kiss J, Demjén T	2017. 1. szám
110	A rendszeres reggelizés mint szokáskialakítás és értékközvetítés a középiskolás korosztályban	Lelovics Zs	2017. 1. szám
104	Félúton vagy tévúton?	szerkesztőség	2017. 2. szám

A cikkek elérhetőségét is figyelembe vevő rangsorban is első helyen szerepel a Réthy doktor által ismertetett irányelvek bemutatása, és itt is megtalálható a két szerkesztőségi közlés. [3. táblázat] Említésre méltó továbbá a Szabó-Pikó szerzőpáros kutatása és a komplex egészségfejlesztésről szóló írás. Kiemelt figyelmet kapott még az egészségkultúrát érintő két ismertetés és a Magyar Védőnők Egyesületének szakmai tájékoztatója. Az Egészségjelentés2016 megjelenését bejelentő írás magas olvasottsága bizakodásra adhat okot, hiszen a jelentés a szakmai munka tényekre alapozásához nyújthat segítséget.

3. táblázat: A közlemények elérhetőségét is figyelembe vevő olvasottsági rangsora

„Érdekesség”	Közlemény címe	Szerző(k)	Lapszám
4,58	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1. szám
1,66	Félúton vagy tévúton?	szerkesztőség	2017. 2. szám
1,58	Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében	Szabó K, Pikó B	2017. 2. szám
1,42	Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenciós megközelítései	Járomi É, Kimmel Zs	2017. 2. szám
1,02	Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága	Vitrai J	2017. 2. szám
0,98	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatatása	Járomi É, Vitrai J	2017. 1. szám
0,97	VÉDŐNŐ - Magyar Védőnők Egyesületének szakmai tájékoztatója	--	2017. 2. szám
0,96	Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség	Nagy B	2017. 2. szám
0,91	Megjelent az Egészségjelentés2016	Varsányi P	2017. 2. szám
0,83	Beszélgetés a folyóiratról Dr. Surján Orsolya főigazgatóval	szerkesztőség	2017. 1. szám

A lap szerkesztői remélik, hogy az *Egészségfejlesztés* legújabb számával sikerül tovább növelni a folyóirat olvasottságát és bővíteni az elért szakemberek körét.

A 2017/3-es lapszám tartalmából ízelítőként:

Az őszi lapszámunk írásai sokféle népegészségügyi határterületet érintenek, reményeink szerint így szélesebb olvasótábor számára lehetnek fontosak és hasznosak.
Főként a népegészségügyi szakembereket érdekelheti az akut szívizominfarktus ellátási területi egyenlőtlenségeinek elemzése az *Eredeti közlemények* rovatában. Az eredmények közül kiemelhető, hogy az infarktusos halálesetek földrajzi egyenlőtlensége a gazdasági válság előtti időszakhoz képest megnőtt a nők körében.
A nemi betegségek kórokozóiról jelent meg ismertető az *Áttekintő közlemények* rovatban, amely a középiskolásoknak szánt fontos információkat foglalja össze a pedagógusok számára.
Az *Agora* rovatban a 25 éves győri Alapellátási Szabadegyetemet mutatja be az egyik szervező, elsősorban az alapellátásban tevékenykedők érdeklődésére számítva. Nem csak az egészségfejlesztési szakembereknek lehet érdekes az az írás, amely a gyakorlatban felmerülő problémák hátterére nagyobb rálátást és az összefüggések mélyebb megértését kínálja az ökoszociális modell bemutatásával.

A népegészségügyi adatgyűjtésekről az Egészségügyi Világszervezet által kiadott irányelv minden népegészségügyi szakember számára feltétlenül ajánlott.
A *Szakdokumentumok* rovat másik ismertetésének címe, „Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját?” már önmagában is felkeltheti a szakemberek figyelmét.
A *Beszámolók* rovatban ismertetett amerikai tankönyv az egészségmagatartás populációs szintű megváltoztatásával kapcsolatos tudást összegzi. Az ismertető főként az egyetemi oktatók és hallgatók érdeklődésére tarthat számot. Egy érdekes Semmelweis-ünnepségről is olvashatnak rövid beszámolót a rovatban.
A *Folyóiratszemle* rovatban most különösen gazdag témaválasztékot találhatnak az érdeklődő olvasók. A nemzetközi sajtóválogatásban „forró” témák, szerepelnek az egészséges táplálkozástól és a fizikai aktivitástól kezdve, az iskolai egészségfejlesztés eredményességén keresztül az elhízás megelőzését célzó központi és helyi szakpolitikáig.

Kellemes olvasást kívánnak a folyóirat szerkesztői!

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut szívizominfarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával

Examination of spatial inequalities in access to health care according to mortality data of acute myocardial infarction

Szerzők: Uzzoli Annamária[a]✉, Vitrai József[b], Tóth Gergely[c]
a: Magyar Tudományos Akadémia Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont,
b: Emberi Erőforrások Minisztériuma,
c: MTA – ELTE Peripato Összehasonlító Társadalmi Dinamika Kutatócsoport

Beküldve: 2017. 08. 22.
doi: 10.24365/ef.v58i3.173

Bevezetés: Az elmúlt másfél évtizedben az EU tagországaiban javult a keringési rendszeri, azon belül az ischaemiás szívbetegségek és az infarktus okozta halálozások aránya, legkisebb mértékben éppen Magyarországon. A 2000-es évek eleje óta tartó javuló tendencia ellenére jelentős a lemaradásunk Európa legfejlettebb államaihoz képest. A paradox helyzet feltárása érdekében a tanulmány célja az akut szívizominfarktus (AMI) hazai időbeli alakulásának és területi különbségeinek elemzése. Ez hozzájárul hazai egészségegyenlőtlenségek és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepének értelmezéséhez, mivel az AMI túlélési esélyeit növeli a gyors diagnózis, az időben elvégzett beavatkozás és a hatékony rehabilitáció.
Módszerek: A statisztikai vizsgálatok során a BNO I21-23 kódok alapján definiált AMI-halálesetek elemzése történt meg 2005-2015 között, megyei és járási, illetve férfi-nő bontásban. Az egyenlőtlenség jellemzése különböző szempontok alapján kiválasztott egyenlőtlenségi mutatók alkalmazásával valósult meg. A szomszédsági hatás vizsgálata a területi autokorreláció módszerére épült, a térbeli hatás elemzése az ún. térbeli késleltetési modell (Spatial Autoregressive Lagged Model – SAR Lag) használatával történt.
Eredmények: Az AMI halandósági adatai eloszlásának teljes terjedelmét figyelembe véve megállapítható, hogy az ország különböző részei között jelentős területi egyenlőtlenségek tapasztalhatók az infarktusos halálesetek előfordulásában. Az egyenlőtlenségek mértékét befolyásolta az idő, az adatok területi bontása, és a nemek szerinti megoszlás. Noha 2005 óta látványosan javult az infarktus okozta halálozás Magyarországon, a területi egyenlőtlenségek növekedtek, a nőknél kifejezettebben.
Következtetések: Az AMI ellátásához való hozzáférés esélyeinek javításában a társadalmi-gazdasági befolyásoló tényezők – például egészségtudatosság, munkaerőpiaci pozíció – területi különbségeinek kiegyenlítése az egészségegyenlőtlenségek csökkenését eredményezhetik a jövőben. Az AMI-halandóságban tapasztalható területi egyenlőtlenségek növekedése felveti, hogy milyen társadalmi-gazdasági tényezők befolyásolják, illetve akadályozzák az AMI-ellátáshoz való hozzáférés esélyét. Ezek elemzésére ugyan a tanulmány nem tért ki, de kutatásuk indokolt helyi esettanulmányok segítségével. Szintén további elemzéseket igényel a nők AMI-halálozásában megfigyelhető egyenlőtlenség növekedése és a legutóbbi gazdasági válság hosszú távú társadalmi hatásai közötti összefüggések feltárása.
Kulcsszavak: egészségegyenlőtlenség, hozzáférés, akut szívizominfarktus, halálozás, területi különbségek

Introduction: An improving tendency of cardiovascular mortality such as mortality from ischemic heart disease and infarction can be experienced in the last 15 years in the member states of the European Union, but this improvement is the most moderated in Hungary. The country is significantly lagging behind the most developed European countries, in spite of the improving tendency since the first years after 2000. The aim of this paper is to study the changes and spatial differences of acute myocardial infarction (AMI) in Hungary, in order to analyse this paradox. This can help in defining the Hungarian health inequalities and the difficulties in access to health care because a quick diagnosis, timely interventions and efficient rehabilitation can increase the survival chances of AMI.

Methods: Our applied statistical methods are based on the examination of AMI mortality data (ICD I21-23) and its spatial inequalities between 2005 and 2015 at the level of counties and districts, by gender. Description of inequalities was based on selected inequality indicators. The neighbouring impact was examined by spatial autocorrelation, while spatial impact was analyzed by spatial autoregressive lagged model (SAR Lag) estimation.

Results: There are significant differences among the different parts of the country according to AMI mortality and its spatial inequalities based on the total distribution of AMI mortality data. The scale of these inequalities was influenced by changes in time, spatial distribution and gender balance. There has been a remarkable improvement in AMI mortality in Hungary since 2005, but it is associated with increased inequality, which is especially true for female AMI mortality.

Conclusions: Reducing spatial inequalities in socioeconomic determinants, such as health consciousness and labour market position, can result in declining inequalities in access to AMI care in the future. Rising spatial inequalities in AMI mortality raises the issue of defining socio-economic determinants which influence or hinder access to AMI care. Analysing these determinants is not part of this paper but they should be examined in the future, especially by local case studies. It is also worth studying the relationship between rising inequalities in female AMI mortality and the long term effects of the latest economic crisis.

Keywords: health inequalities, accessibility, acute myocardial infarction, mortality, spatial differences

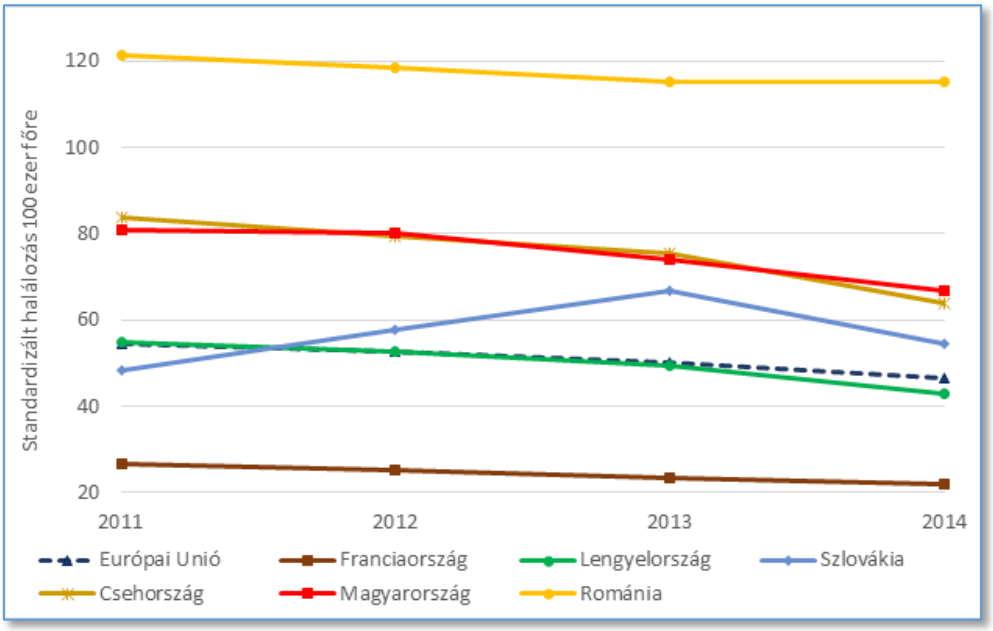
BEVEZETÉS

Magyarországon gazdag múltra tekint vissza az egészségegyenlőtlenségek területi különbségeinek vizsgálata. Egyes szerzők a halandóság társadalmi és gazdasági tényezőinek kistérségi-járási különbségeinek értelmezésére helyezték a hangsúlyt;[1] míg mások a gazdasági fejlettség és az egészségi állapot összefüggéseit elemezték járási szinten;[2] de születtek olyan tanulmányok is, amelyek a gazdasági válság és az életesélyek kapcsolatát tárták fel a területi különbségek tükrében.[3] A mortalitási adatok mellett morbiditási adatok segítségével is vizsgálták az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeit, például a szürkehályog-műtét igénybevétele[4] vagy a stroke-ellátó központok elérhetősége alapján.[5]

Az egészségegyenlőtlenségek kiváltó okainak egy jelentős része az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéhez kötődik, és az azokhoz való hozzáférés esélyei, esélytelenségei alapján értelmezhetők. Egyrészt az egészségügyi kapacitások rendelkezésre állásának, másrészt a társadalmi-gazdasági helyzet által meghatározott ellátási szükségletnek, harmadrészt az igénybevételi hajlandóságnak a földrajzi különbségei vezetnek az orvosi ellátás egyenlőtlenségéhez. Az igénybevételi hajlandóság függ az egészségügyben szerzett korábbi tapasztalatoktól, az egészségtudatosságtól, az egészségműveltségtől, egészségkultúrától. Az ellátási szükséglet területi különbségei, valamint az egészségügyi ellátórendszer térbeli jellemzői kapcsán fontos hangsúlyozni egyrészt azt, hogy a szükségletnek és a kapacitások elérhetőségének egyenlőtlenségei összefüggnek egymással, másrészt, hogy soha sem csak területi vagy csak társadalmi különbségekről, hanem társadalmi-területi különbségekről van szó. Ebből következik, hogy az egészségegyenlőtlenségek nemcsak a

társadalmi, hanem a területi egyenlőtlenségekhez is köthetők, vagyis a térbeliségnek van szerepe az egészségegyenlőtlenségek magyarázatában.
A tanulmány célja a hazai egészségegyenlőtlenségek alakulásának és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés szerepének értelmezése az akut szívizominfarktus (akut myocardialis infarktus; AMI) okozta halálozás területi különbségein keresztül. A keringési rendszeri halálozások között és az ischaemiás szívbetegségeken (ISZB) belül az AMI meghatározó halálok az európai országok körében, egyben fontos információhordozó az ellátáshoz való hozzáférésről. Egyrészt rövid távon a túlélési esélyt növeli, ha a szívroham első tünetei után a beteg minél hamarabb szívkatéteres ellátásban (PCI) részesül, másrészt hosszú távon a felépülést és a 30 napot meghaladó túlélési esélyt növeli, ha a beteg az akut ellátás után minél hamarabb megkapja a rehabilitációs ellátást is.[6]
A magyar lakosság egészsége a főbb egészségmutatók alapján kedvezőtlenebb, mint az Európai Unió fejlettebb tagországaiban élőké.[7] Jelentős a hátrányunk az egészségügyi ellátással elkerülhető és a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozásokban is. Ez különösen a keringési rendszeri és a rosszindulatú daganatos betegségek halálozásában figyelhető meg: a keringési betegségek közül kiemelkedő az ISZB okozta halálozás, amely 3-4-szerese az EU 15 országokban tapasztalt értékeknek (2013. évi adatok alapján). Fontos megjegyezni, hogy 2000 óta minden európai országban jelentős mértékben csökkent a keringési rendszeri halálozás, azon belül is az ISZB-ből és az infarktusból eredő halálozás aránya, viszont legkisebb mértékben éppen Magyarországon. Lemaradásunk az ISZB miatti halálozásban 50%-kal növekedett az elmúlt években.
Az európai országokra rendelkezésre álló AMI-halálozási adatok alapján Magyarország 2014-ben az EU 28 tagállamának rangsorában a 23. helyet foglalta el a tagállamok átlagát 48%-kal meghaladó értékével. Az 1. ábra az AMI-halálozás alakulását mutatja be az Európai Unió átlaga és néhány kiemelt tagországa alapján: látható, hogy a vizsgált években mindenhol csökkent az infarktus okozta halálozási arányszám 2011–2014 között (kivéve Szlovákiát). A legmagasabb AMI-halálozási arányszám Romániában figyelhető meg a vizsgált időszakban. Utána Csehország és Magyarország következik a legmagasabb értékekkel a vizsgált országok között. Noha Magyarországon folyamatos volt az AMI-halálozás javulása, 2014-ben a magyar adat még mindig háromszorosa volt a legkisebb AMI-halálozási arányt képviselő francia értéknek.

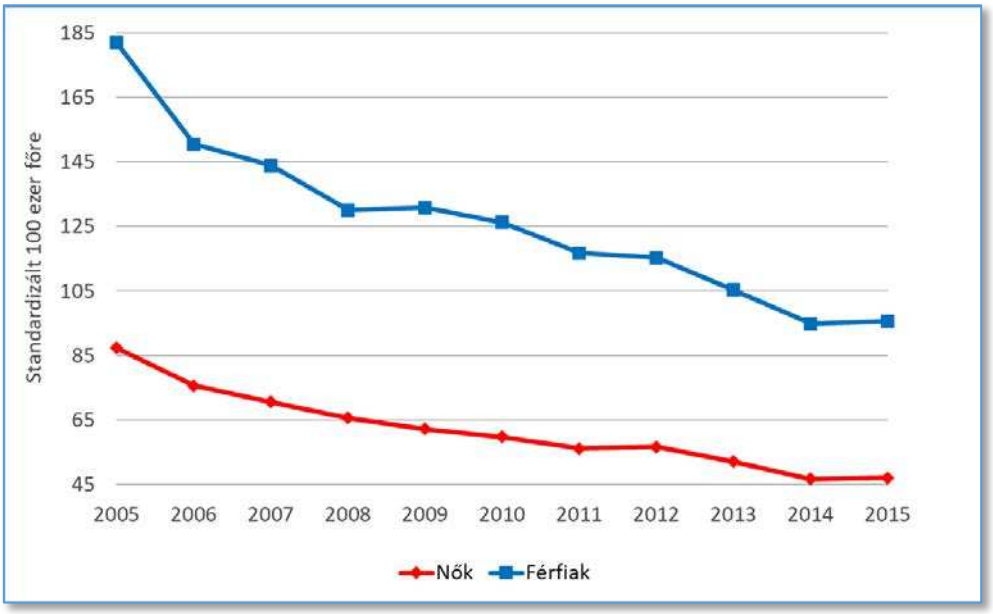
1. ábra: Az akut szívizominfarktus (AMI) halálozása az Európai Unió (EU 28) néhány kiemelt tagországában, 2011–2014.



Forrás: Eurostat Database[8]

A hazai AMI-halálozás a 2000-es évek eleje óta tartó javulásának fő időszaka 2005–2015 között következett be. Ebben az időszakban felére csökkent az infarktus okozta halálozás. Különösen a férfiak esetében volt látványos a halálozás mértékének csökkenése, ennek ellenére a férfiak körében az AMI okozta halálozás közel duplája a nők AMI-halálozásának. Szintén megfigyelhető, hogy 2014 óta stagnál az AMI-halálozási arányszám mindkét nem esetében (2. ábra).

2. ábra: Hazai akut szívizominfarktus (AMI) standardizált halálozási arányszámának (SHA 100000 főre) alakulása 2005–2015 között, nemek szerinti bontásban



Forrás: A szerzők saját ábrája

MÓDSZEREK

A statisztikai vizsgálatok során az AMI halálesetek definiálása a BNO I21-23 kódokhoz kapcsolódott, amelyek tartalma a következőket jelenti: I21 – heveny szívizomelhalás, I22 – ismétlődő heveny szívizomelhalás, I23 – heveny szívizomelhalás szövődményei. A statisztikai elemzésekhez az AMI 100000 főre számított, és a 2013. évi, európai népességre standardizált halálozási arányszámát (SHA) használtuk. A halandósági adatokat országos, megyei és járási szintre standardizáltuk. A halálozási adatok a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet (NEFI) mortalitási adatbázisából származnak, amelynek elkészítéséhez a Központi Statisztikai Hivatal (KSH) szolgáltatta a nyers halálozási és népességadatokat.

A halálozások időbeli alakulását 2005–2015 között évenkénti bontásban elemeztük, illetve két időszakhoz, a 2005–2008 és a 2012–2015 közötti időszakhoz kötöttük, amivel a 2008/2009-es gazdasági válság és annak egészséghatásai is vizsgálhatóvá váltak. Az AMI okozta mortalitás elemzésében a legfőbb demográfiai szempont a nemek szerinti megoszlás volt. A területi vizsgálati szintek a megyéket (NUTS-3), a 174 járást és Budapest kerületeit fedték le (LAU-1). Az AMI-halálesetek időbeli változását grafikonok és térképek segítségével ábrázoltuk.

Kiemelendő, hogy ez a tanulmány járási szintre aggregált adatokat alkalmaz. A módosítható területi egység problémájából kiindulva meg kell jegyezni, hogy a járási szintű eredmények részben korlátozzák a területi összefüggések magyarázatát (lásd Következtetések c. fejezetben!). Ugyanakkor a kutatás folytatásaként, részben a tanulmány továbbfejlesztése céljából is a jövőbeli tervek között szerepel a települési szintű különbségek értelmezése.

Az egészségegyenlőtlenségek vizsgálata több egyenlőtlenségi mutató alkalmazásával történt.

Az EU szakértői munkacsoportja ajánlásának figyelembevételével a következő mutatók kerültek kiszámításra:[9]

1. abszolút különbség (maximális – minimális értékek),
2. relatív különbség (maximális/minimális értékek),
3. interkvartilis arány (harmadik és első kvartilis aránya: P75/P25),
4. interdecilis arány (kilencedik és első decilis aránya: P90/P10),
5. relatív szórás,
6. Gini-együttható.

Az alkalmazott mutatók egymáshoz való hasonlóságát úgy vizsgáltuk, hogy két-két mutató évenként számított értékei között meghatároztuk a Pearson-féle korrelációs együtthatót.

A térbeliség vizsgálatához a területi autokorreláció módszerét alkalmaztuk. A területi autokorreláció egy adott társadalmi jelenségnek egy adott helyen, illetve a hellyel szomszédos helyeken mért értékei közötti kapcsolatot, összefüggést mutatja ki.[10] A térbeli függőség a szomszédos vagy közeli megfigyelések adatainak hasonlóságaként értelmezendő. Szabályszerű elrendeződés esetén az egymással szomszédos területegységek – jelen tanulmányban a járások – adatai egymáshoz hasonlóak, a nagy érték közelében nagy értéket, a kis érték közelében kis értéket találunk (pozitív autokorreláció), amely esetben a változó értékeinek eloszlása térben „kiemelkedéseket" vagy „bemélyedéseket" mutat. Előfordul, hogy a szomszédos területek különböznek egymástól, azaz a nagy értékű területek mellett kis értékű területek helyezkednek el, és fordítva (negatív autokorreláció), ebben az esetben a megfigyelési egységek és szomszédjaik alternáló (sakktábla) jellegűek.[11]

A területi autokorreláció számításainak elvégzésével tehát a térbeli struktúrák helyi sajátosságait lehetett vizsgálni. Az Anselin-féle Local Moran I indikátor alkalmazásával az AMI-halálozás járási csoportosulásait, vagyis a „kiemelkedéseket" és a „bemélyedéseket" tudtuk azonosítani.[12] A térbeli korrelációt is figyelembe véve az átlaghoz viszonyítva a maximális, illetve a minimális értéket mutató járási csoportosulások földrajzilag jól azonosíthatók. Ennek alapján értelmezni lehetett, hogy a szomszédos járások milyen helyzetben voltak, illetve kerültek egymáshoz képest a vizsgált időszakok során.

A térbeli hatás regressziós modellben való felhasználása a térben késleltetett modell alkalmazásával történt az alábbi képletnek megfelelően:[13]

$y = \rho W y + X\beta + \varepsilon$, ahol

- y az eredményváltozó értékeinek vektora,
- ρ a térbeli autoregressziós együttható,
- W az $n \times n$ méretű térbeli súlymátrix,
- X a magyarázó változók $n \times k$ mátrixa,
- β a magyarázó változók paramétervektora,
- ε az egymástól független azonos valószínűségeloszlású hibatag.

Az eredményváltozó a járásokra számított (standardizált halálozási arányszám) (SHA) volt, míg a magyarázó változók tekintetében az alábbi tényezőket vizsgáltuk:

- a nyers fejlettségmutató értéke (106/2015. (IV.23.) Korm. rendelet),
- a fejlettségmutató térbeli reziduális értéke,
- PCI-központ elhelyezkedésének hatása:
  - PCI-központ megléte a járásban (igen-nem),
  - PCI-központ átlagos légvonalbeli távolsága,
  - PCI-központ népességarányos átlagos légvonalbeli távolsága.

Magyarázatok:

- A hátrányos helyzet definiálása komplex mutató alkalmazásával történt, amely társadalmi és demográfiai mutatókra, a lakás- és életkörülmények mutatóira, a helyi gazdaság és munkaerőpiac mutatóira, az infrastruktúra mutatóira és a környezeti mutatókra épült. A nyers fejlettségmutató értéke tükrözi a hátrányos helyzetet, és ez – a 106/2015. (IV.23.) Korm. rendeletnek megfelelően – a besorolt kedvezményezett hazai járásokat jelöli.[14]
- Egy adott járásra vonatkozó fejlettségmutató térbeli reziduális értéke a járás nyers fejlettsége és a környező járások fejlettségi adatai alapján területi autokorreláció segítségével becsült érték különbsége, azaz adott járás környezetéhez viszonyított relatív fejlettsége.
- PCI-központ olyan kórházi osztály, hemodinamikai laboratórium, amely alkalmas szívkatéteres tágításra (perkután coronariaintervenció, PCI) és coronaria-bypassműtétre (CABG) a szívizominfarktus akut fázisának fekvőbeteg-ellátásában.

EREDMÉNYEK

A halandóság elemzéséhez alkalmazott egyenlőtlenségi mutatók korrelációs mátrixának tanulmányozása alapján megállapítható, hogy az AMI-halálozás földrajzi egyenlőtlenségének jellemzésére a leginkább széleskörűen bevett Gini-együttható alkalmasnak tűnik, annak értéke az abszolút különbséget leszámítva szinkronban van a többi mutató értékével, a változásokra kellően érzékeny (1. táblázat). A Gini-együttható segítségével kimutatható, hogy az ország különböző részeiben jelentős egyenlőtlenségek tapasztalhatók az infarktus okozta halálesetek előfordulása között.

1. táblázat: Egyenlőtlenségi mutatók korrelációja, 2005–2015

	Abszolút különbség (max–min értékek)	Relatív különbség (max/min értékek)	Interkvartilis arány (P75/P25)	Interdecilis arány (P90/P10)	Relatív szórás	Gini-együttható
Abszolút különbség (max–min értékek)	1,00	0,21	0,00	0,02	0,07	0,09
Relatív különbség (max/min értékek)	0,21	1,00	–0,12	0,47	0,80	0,73
Interkvartilis arány (P75/P25)	0,00	–0,12	1,00	0,36	0,28	0,41
Interdecilis arány (P90/P10)	0,02	0,47	0,36	1,00	0,84	0,88
Relatív szórás	0,07	0,80	0,28	0,84	1,00	0,99
Gini-együttható	0,09	0,73	0,41	0,88	0,99	1,00

Forrás: A szerzők saját táblázata

Az egyenlőtlenségeket befolyásolta az időbeli változás, az adatok területi bontása és a nemek szerinti megoszlás. Az AMI-halandósági egyenlőtlenségek mértékének időbeli változása a növekedést mutatott a nők esetében a 2012–2015 közötti időszakban a 2005–2008 közötti időszakhoz képest, amelyet a Gini-együttható is bizonyított (2. táblázat). Mindkét vizsgált időszakban a Sátoraljaújhelyi járás volt a leghátrányosabb helyzetű az AMI-halálozás tekintetében, mindkét nem esetében.

2. táblázat: Járási egyenlőtlenségek a nők és a férfiak körében bekövetkező akut szívizominfarktus (AMI) okozta halálozásban (SHA 100000 főre) a 2005–2008 és a 2012–2015 közötti időszakban

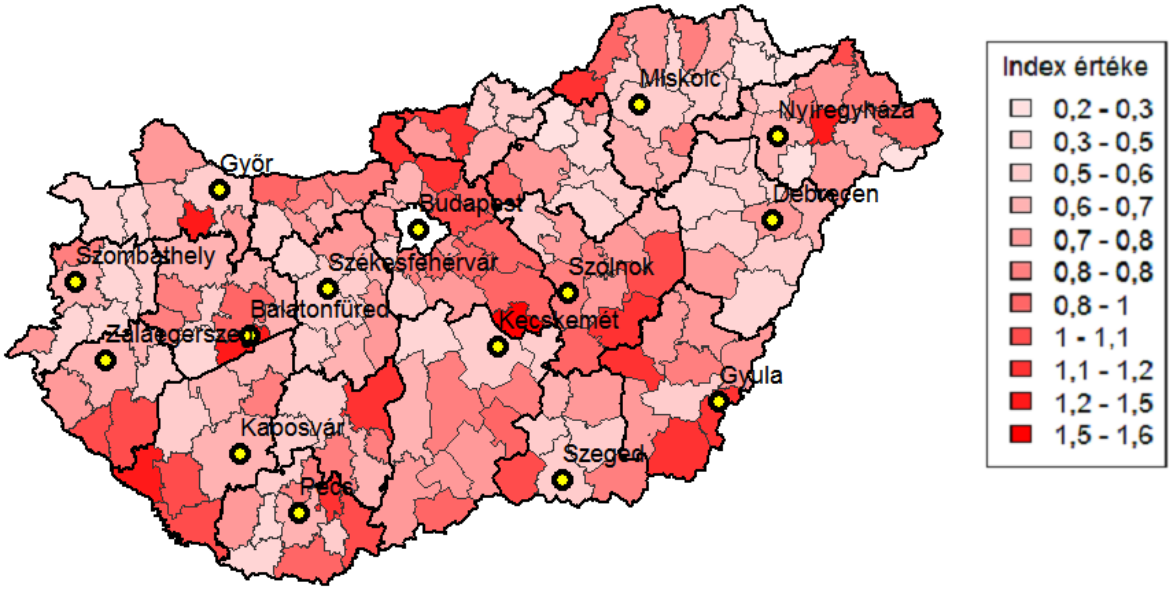
	2005–2008		2012–2015	
	Nők AMI-halálozása	Férfiak AMI-halálozása	Nők AMI-halálozása	Férfiak AMI-halálozása
Minimumérték	34,8	68,2	20,4	50,3
Minimumértékkel rendelkező járás	Pécsváradi	Szentlőrinci	Nagykállói	Bólyi
Maximumérték	309,6	649,2	199,7	326,9
Maximumértékkel rendelkező járás	Sátoraljaújhelyi	Sátoraljaújhelyi	Szobi	Szobi
Terjedelemkülönbség	274,9	581,0	179,3	276,5
Gini-együttható	0,23	0,22	0,26	0,24

Forrás: A szerzők saját táblázata

Tehát az infarktus okozta halálozás javulásának időszaka egybeesett az egyenlőtlenségek növekedésével Magyarországon. Ez mind megyei, mind járási szinten megfigyelhető, azonban az egyenlőtlenség emelkedése elsősorban a nőket érintette. Vagyis a nők infarktus okozta halálozásának kisebb mértékű javulása 2005–2015 között együtt járt az egyenlőtlenségek fokozódásával. A kialakult paradox helyzetre hivatkozva a további eredmények bemutatásában a nők infarktushalálozására koncentrálunk.

A járásonként számított standardizált halálozási mutató jelentős földrajzi különbségeket jelzett mind a 2005–2008, mind a 2012–2015 közötti időszakra vonatkozóan. Megállapítható, hogy a két vizsgált időszak között a járások túlnyomó többségében csökkent az AMI halálozás, azonban egyes járásokban növekedés figyelhető meg. A 3. ábra alapján látható, hogy a nők standardizált AMI-halálozási arányszáma hogyan változott a 2012–2015 közötti időszakban a 2005–2008 közötti időszakhoz képest. Megfigyelhető az ország legnagyobb részében a javuló tendencia, másrészt a romló helyzetbe kerülő járások egy részének országhatár menti elhelyezkedése (főként délen, északon és északkeleten), harmadrészt néhány megyében a PCI-központ közvetlen közelében országosan növekedett az AMI-halálozás (pl. Győr-Moson-Sopron megye, Veszprém és Békés megye).

3. ábra: A nők körében 2012–2015 között bekövetkezett akut szívizominfarktusok (AMI) standardizált halálozási arányának (SHA) változása a 2005–2008 közötti időszakhoz viszonyítva, valamint a PCI-központok földrajzi elhelyezkedése



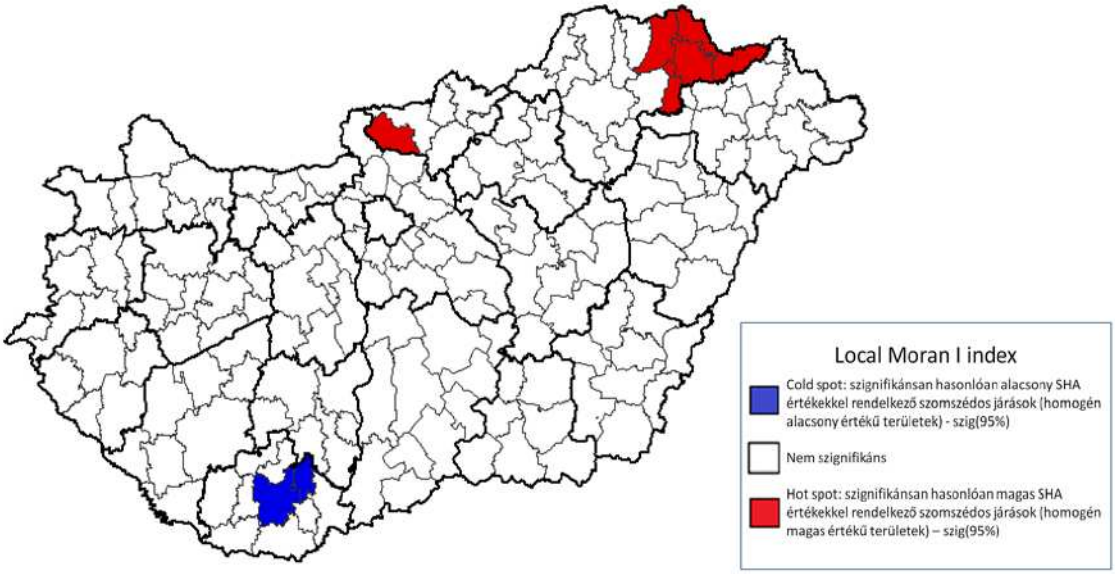
Forrás: Szerzők saját ábrája

Jelmagyarázat: Index értéke = AMI SHA 2012–2015 közötti arány / AMI SHA 2005–2008 közötti arány. Az 1 fölötti érték az AMI-halálozás növekedését, az 1 alatti az AMI-halálozás csökkenését jelöli.

A 4. ábra és az 5. ábra azokról a szomszédos járásokról ad információkat, ahol a nők standardizált AMI-halálozási arányszáma szélsőértékeket mutatott, és vagy hasonlóan alacsony vagy hasonlóan magas értékeket képviseltek a vizsgált időszakokban. Ezzel a női AMI-halálozás alapján jó és rossz helyzetben lévő területek földrajzi elhelyezkedése figyelhető meg. Részben földrajzilag átalakultak azok a területek, ahol a legalacsonyabb vagy a legmagasabb halálozási arányszám miatt homogén klaszterek alakultak az országban, részben pedig néhány helyen térbeli kiterjedésük növekedése következett be. Például 2005–2008 között magas női AMI-halandósággal azonosítható klaszter létezett Borsod-Abaúj-Zemplén megye északkeleti részén (Tokaji, Edelényi, Sárospataki, Sátoraljaújhelyi, Gönci járás), amely azonban a 2012–2015 közötti időszakra megszűnt. Ugyanakkor 2012–2015 között Pest megye északi

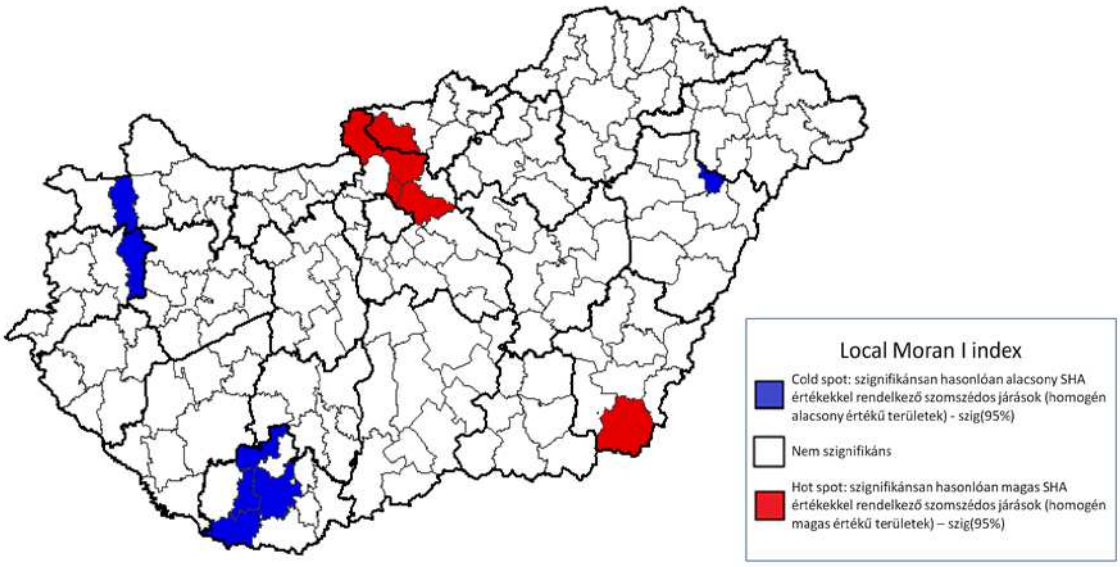
részében kialakult egy magas halálozási arányszámot mutató összefüggő terület a Szobi, Váci, Dunakeszi és Gödöllői járásokkal (kiegészülve a Rétsági járással Nógrád megyéből). A kedvező helyzetben lévő, tehát alacsony halálozással jellemezhető területek térbeli növekedése elsősorban Baranya megyében figyelhető meg a két vizsgált időszak során: ilyen járások például a Pécsi, Pécsváradi, Komlói, Szigetvári, Sellyei járás.

4. ábra: A nők körében bekövetkezett akut szívizominfarktusok standardizált halálozási arányszámának (SHA 100000 főre) helyi maximum- és minimumértékei 2005–2008 között



Jelmagyarázat: Moran-féle I statisztikai értéke = 0,37 (p-érték = 0,001); Budapestre vonatkozó adatok itt nem szerepelnek.

5. ábra: A nők körében bekövetkezett akut szívizominfarktusok standardizált halálozási arányszámának (SHA 100000 főre) helyi maximum- és minimumértékei 2012–2015 között

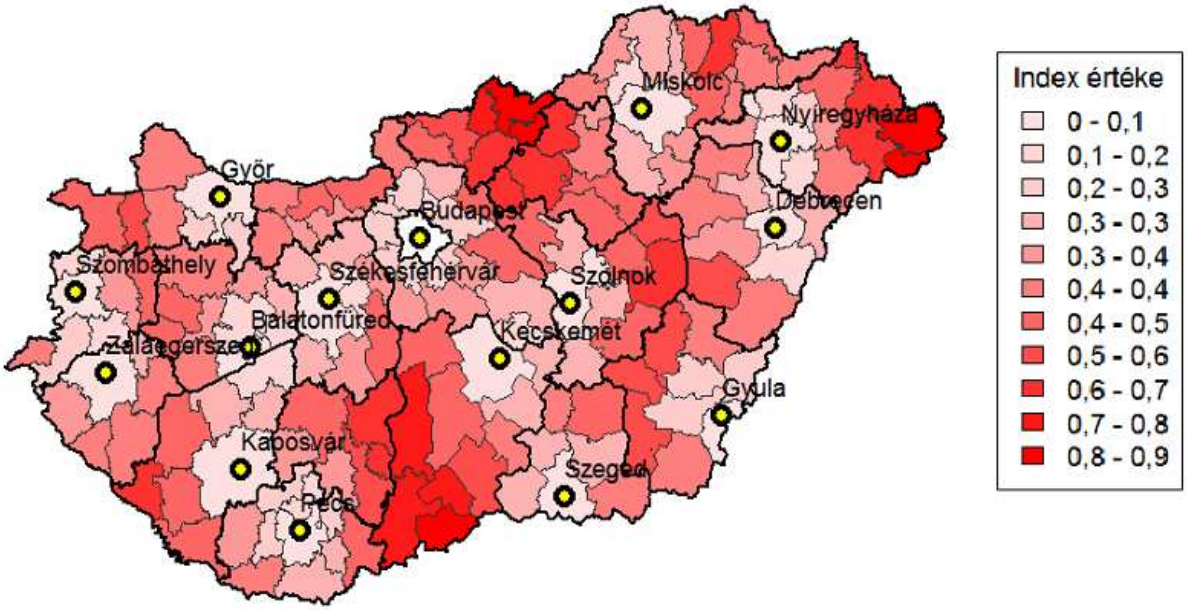


Jelmagyarázat: Moran-féle I statisztikai értéke = 0,25 (p-érték = 0,001); Budapestre vonatkozó adatok itt nem szerepelnek.

A 6. ábra bemutatja, hogy 2015-ben összesen 19 PCI-központ működött, ebből öt Budapesten található. Nógrád, Heves, Bács-Kiskun, Tolna és Komárom-Esztergom megyében nincs ilyen központ: közülük főként Nógrád, Heves, Bács-Kiskun megye van hátrányosabb helyzetben a legközelebbi PCI-központtól mért népességarányos átlagos távolságindex alapján. A PCI-központtal rendelkező megyék közül pedig Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye kisebb mértékű hátránya tapasztalható, hisz mindkét megyében vannak olyan területek – például országhatár mentén –, ahol jelentősebbek az átlagos távolságok a meglévő PCI-központtól. Az alkalmazott regressziós modell alapján kijelenthető, hogy járási szinten nem található szignifikáns kapcsolat a PCI-központok elhelyezkedése és az AMI-halálozás értékei között, továbbá a fejlettség tekintetében is csak a relatív fejlettségnek van kismértékű hatása.

A 3. és a 6. ábrát összehasonlítva látható, hogy a PCI-központoktól mért távolság nem, illetve csak kismértékben befolyásolja az infarktus okozta halálozás területi jellemzőit. Például Jász-Nagykun-Szolnok megye rendelkezik PCI-központtal, nincsenek jelentős hátrányok a távolságindex alapján, a női AMI-halálozás mégis országosan is kedvezőtlenebb a Karcagi és Mezőtúri járásban. Másrészről, Borsod-Abaúj-Zemplén megye északkeleti része nagyobb távolságra helyezkedik el a miskolci PCI-központtól, a Tokaji, Sárospataki, Gönci stb. járásokban mégsem magasabb a nők AMI-halálozásának mértéke, sőt javulás is volt tapasztalható a két vizsgált időszak között.

6. ábra: A PCI-központok földrajzi elhelyezkedése és a PCI-központoktól számított népességarányos átlagos távolságindex



Forrás: A szerzők saját ábrája

PCI-központ: olyan kórházi osztály, hemodinamikai laboratórium, amely alkalmas szívkatéteres tágításra (perkután coronariaintervenció, PCI) és coronaria-bypassműtétre (CABG) a szívizominfarktus akut fázisának fekvőbeteg-ellátásában)

A területi autokorreláció és a térbeli késleltetés modelljének alkalmazásával bizonyítható, hogy a térbeli hatás – a szomszédsági viszonyok – mellett elenyésző a járás fejlettségének hatása (1. táblázat). A kedvezményezett státusz, vagyis a több szempontból is hátrányos helyzet nem determinálja az infarktus okozta magasabb halálozást a hazai járásokban. A vizsgált mutatók közül a járások környezetükhöz viszonyított fejlettsége – szomszédsági hatás – befolyásolja az AMI-halálozást. A PCI-központok megléte, az attól való távolság azonban nem jelentős befolyásoló tényező az AMI-halálozás területi

különbségeiben. Ez az oka annak, hogy a PCI-központok közvetlen környezetében ugyan legnagyobb részt alacsony az infarktus okozta halálozás aránya, mégis vannak olyan megyék, ahol ennek éppen az ellenkezője tapasztalható.

3. táblázat: A járás fejlettségének hatása az akut szívizominfarktus (AMI) okozta halálozásra nők és férfiak körében, a 2005–2008 és a 2012–2015 közötti időszakban (térben késleltetett regressziós modellek – SAR Lag)

Modell - SAR Lag (ML) - Járási adatok	AMI SHA - Női (2005–2008)			AMI SHA - Női (2012–2015)			AMI SHA - Férfi (2005–2008)			AMI SHA - Férfi (2012–2015)		
Változók	Becslés		Std. hiba	Becslés		Std. hiba	Becslés		Std. hiba	Becslés		Std. hiba
Konstans	25,452	***	5,7376	31,303	***	5,376	60,737	***	12,659	51,611	***	9,678
ρ	0,688	***		0,431	***		0,629	***		0,534	***	
AIC	1653,3			1550			1893,2			1753,8		
Pseudo R^2	41,28%			16,46%			34,20%			25,10%		
A területi fejlettség figyelembevételével	AMI SHA - Női (2005-2008)			AMI SHA - Női (2012-2015)			AMI SHA - Férfi (2005-2008)			AMI SHA - Férfi (2012-2015)		
Változók	Becslés		Std. hiba	Becslés		Std. hiba	Becslés		Std. hiba	Becslés		Std. hiba
Konstans	24,877	***	5,592	30,245	***	5,214	60,137	***	12,482	49,389	***	9,334
Res. fejlettség	-0,4	*	0,194	-0,356	*	0,149	-0,662		0,393	-0,596	*	0,265
ρ	0,695	***		0,45	***		0,63271	***		0,55394	***	
AIC	1651,1			1546,4			1892,4			1750,8		
Pseudo R^2	42,50%			19,17%			34,92%			27,59%		

Forrás: A szerzők saját táblázata.

Jelmagyarázat: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; SAR Lag – Spatial Autoregressive Lagged Model/Térben késleltetett térbeli modell; SHA – standardizált halálozási arányszám; ρ – térbeli autoregressziós együttható; Pseudo R^2 – a modell predikciós erejét kifejező mutatószám lineáris modellt feltételezve; AIC – Akaike-féle információs kritérium

KÖVETKEZTETÉSEK

Az elsődlegesen módszertani vonatkozású tanulmány célja volt az egyenlőtlenségi mutatók alkalmazási lehetőségeinek bemutatása az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi vizsgálatában az AMI okozta halálozás adatain keresztül. Az eredmények és a tapasztalatok felhasználhatók hasonló statisztikai elemzések részben elméleti, részben empirikus megalapozásához, más meghatározó népegészségügyi jelentőségű betegségek területi jellemzőinek értelmezésében.

A számítások során néhány olyan módszertani kihívással kellett szembenézni, amelyek a jelen és más hasonló vizsgálatokban korlátozó tényezőként lépnek fel. Egyrészt a halandósági adatokhoz nem kapcsolhatók az elhunytak társadalmi-gazdasági státuszára vonatkozó információk, azokra csak közvetetten, más adatforrásokból lehet következtetni (például népszámlálási adatok). Másrészt, a területi kutatások meghatározó szakmai szempontja adott mutató vizsgálatában, hogy a területi bontás milyen mértékben van hatással az adatok időbeli összehasonlítására. Azaz ha minél kisebb a vizsgált területi egység földrajzi kiterjedése (például járás vagy település), akkor ez mennyire korlátozza a területi egységre vonatkozó adatok időbeli összehasonlításának megbízhatóságát.

Kétségtelen, hogy az elmúlt több mint másfél évtizedben jelentős mértékben csökkent az AMI okozta halálozás mértéke Magyarországon, azonban a javulás részben a területi egyenlőtlenségek növekedésével párosult, ami főként a nők AMI-halálozására igaz. Az egyenlőtlenségek fokozódása elsősorban a 2008/2009-es pénzügyi és gazdasági válságot követő időszakhoz kötődik, így a továbbiakban

részletesebben vizsgálandók a válság hosszú távú társadalmi hatásai.

Kiemelendő, hogy a 2000-es évek elejétől folyamatosan nőtt a PCI-központok száma az országban, amivel az ellátáshoz való hozzáférés is javult. Azonban a területi egyenlőtlenségek elmúlt években tapasztalt növekedése felveti a kérdést, hogy milyen egyéb társadalmi-gazdasági tényezők jelenthetnek akadályt a hozzáférés esélyeiben. Szintén az ellentmondásos helyzet értelmezése kapcsán felmerül, hogy például az AMI-halálozás hogyan függ össze az orvosi utasítások szakmai tartalmával és azok betartásával, a rehabilitációval és a beteg életmódjával, szociális körülményeivel.[15] Továbbá a Nemzeti Szívinfarktus Regiszter 2015. évi adatainak elemzése is már felhívta a figyelmet a prehospitális késési idő csökkentésének jelentőségére, valamint arra, hogy a farmakoinvazív kezelés aránya nem optimális.[16]

Az egészségegyenlőtlenségek területi jellemzőinek és az ellátáshoz való hozzáférés esélyeinek meghatározása megköveteli az interdiszciplináris szemléletet, valamint a kvantitatív és kvalitatív módszerek együttes használatát. A hozzáférés egyenlőtlenségeinek definiálásában célszerű az AMI-halálozások és megbetegedések egymásra hatásában felfedezhető területi jellemzőket is figyelembe venni. Ugyanakkor a statisztikai módszerekkel nehezen tanulmányozható egyéni (például egészségmagatartás) és intézményi tényezők (például betegútszervezés) vizsgálatába be lehet vonni a kérdőíves felmérés és az interjúkészítés módszereit is helyi esettanulmányok segítségével.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A tanulmány a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (NKFIH) K 119574 számú pályázat támogatásával készült.

HIVATKOZÁSOK

[1] Klinger A. A kistérségek halandósági különbségei. Demográfia 2003;46(1):9-43.
[2] Egri Z, Köszegi I. Az egészségi állapot szerepe hazánk területi gazdasági fejlődésében. Területi Statisztika 2016;56(5):520-48.
[3] Szilágyi D, Uzzoli A. Az egészségegyenlőtlenségek területi alakulása az 1990 utáni válságok idején Magyarországon. Területi Statisztika 2013;53(2):130-47.
[4] Vitrai J, Bakacs M, Gémes K, et al. Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon. IME 2011;10(2):12-7.
[5] Kiss JP, Mattányi Zs. Stroke-ellátó központok és körzeteik optimalizálása a legrövidebb eljutási idő alapján. http://geogr.elte.hu/REF/REF_Cikkek/KJP_Kiss-Matt%C3%A1nyi%20Sopron%20-%20STROKE.pdf (Elérve: 2017. 08. 02.)
[6] OECD. Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care. OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, Paris, 2015.
[7] Egészségjelentés 2016. Információk a népegészségügyi beavatkozások célterületeinek azonosításához a nem fertőző betegségek és az egészségmagatartási mutatók elemzése alapján. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 2017.
[8] Eurostat Database. http://ec.europa.eu/eurostat/data/database (Elérve: 2017. 08. 01.)
[9] Spinakis A, Anastasiou G, Panousis V, et al. Expert review and proposals for measurement of health inequalities in the European Union - Full Report. European Commission. Directorate General for Health and Consumers, Luxembourg, 2011.
[10] Nemes Nagy J. A tér a társadalomkutatásban. Bevezetés a regionális tudományba. Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület, Budapest, 1998.
[11] Dusek T. Térbeli egymásrahatások, szociálfizikai modellek. In: Nemes Nagy J. (ed.) Regionális elemzési módszerek. Regionális Tudományi Tanulmányok 11. ELTE TTK Regionális Földrajzi Tanszék, Budapest, 2005. pp. 144-7.
[12] Anselin L. Spatial econometrics. In A Companion to Theoretical Econometrics, Baltagi B. H. (ed.) Blackwell Scientific Publications, Oxford, 2001. pp. 310-30.
[13] Bálint L. Öngyilkosságok a Magyar Királyságban. Demográfia 2014;57(1):5-43.
[14] 290/2014. (XI. 26.) Korm. rendelet a kedvezményezett járások besorolásáról.
[15] Belicza É, Lám J, Kósa I. Az acut myocardialis infarctus főbb hazai ellátási jellemzői 2005-2009 között a EuroHOPE kutatás eredményei alapján. Orv Hetilap 2016;157(41):1626-34.
[16] Jánosi A, Ofner P, Al-Maktari F, et al. A szívinfarktus miatt kezelt betegek ellátása Magyarországon. Orv Hetilap. 2017;158(9):90-3.

A leggyakoribb nemi betegségekre vonatkozó ismeretek középiskolai pedagógusok számára I. rész

Knowledge of the most common genital diseases for high school teachers Part I

Szerzők: Burián Katalin ✉, Spengler Gabriella
Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Mikrobiológiai és Immunbiológiai Intézet, Szeged

Beküldve: 2017. 09. 05.
doi: 10.24365/ef.v58i3.175

A nemi betegségekről, a terjedési módokról, a betegséget kiváltó kórokozókról a szexuális élet megkezdése előtt a fiataloknak megfelelő tudásanyaggal kellene rendelkezniük. A téma viszont rendkívül kényes, nehéz beszélni róla, még a harmonikus családban élő fiatalok számára is. Az iskolai biológia- és egészségtanórák tempója is meglehetősen feszes, így ez a témakör kevésbé ismert fiatalok között. A szerzők a rendszertani kategóriákat követve (vírusok, baktériumok, gombák, véglények) bemutatják azokat a Magyarországon gyakrabban előforduló mikroorganizmusokat, amelyek nemi betegséget okozhatnak. Ismertetésre kerülnek a különböző nemi betegségeket kísérő tünetek és panaszok, amelyek felhívják a fertőzött személy figyelmét a betegségre. Ahhoz, hogy ezek a betegségek elkerülhetők legyenek, a fiataloknak tudatában kell lenniük, hogy ezek a kórokozók nemcsak az intim szexuális együttlét során, hanem a szexuális szokásoktól függően nyálkahártyán keresztül, akár orálisan is terjedhetnek. Fontos arról is tudni, hogy ezek a mikroorganizmusok mennyire ellenállóak a környezetükben, számíthatnak-e fertőzésre uszodában vagy mellékhelységben. A téma megismertetésében a szakemberek segítsége a biológiatanárok és a tanulók részére tartott iskolai előadások keretében sokat javíthatna.
Kulcsszavak: nemi betegségek, vírus, baktérium, gomba

Teenagers should have appropriate knowledge related to the genital diseases, pathways of their transmission, and the symptoms of the diseases before the starting of sexual activity. However, the topic is extremely delicate; it is difficult to talk about it even for young people living in a harmonious family. The pace of school biology and health lessons is quite tense. Thus, this topic is less well-known among young people, authors present the more commonly occurring microorganisms in Hungary that can cause genital disorders, according to the taxonomic categories (viruses, bacteria, fungi, endemics). The symptoms that accompany the various sexually transmitted diseases are described, which draw the infected person's attention to the fact that something is unorganized in the body. In order to avoid sexually transmitted diseases, young people should be aware that these pathogens can spread not only during sexual intercourse but also through the mucous membrane or the oral cavity, depending on sexual habits. It is also important to know how resistant these microorganisms are in the environment, or if they can contract an infection in a swimming pool or in a restroom. Lectures for biology teachers and students held by professionals could highly improve the general understanding of this topic.
Keywords: sexual diseases, virus, bacterium, fungus

BEVEZETÉS

A testi és lelki egészségre nevelés az iskolai nevelő-oktató munka során kiemelt fontosságú [110/2012. (VI. 4.) Korm. rendelet a Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról], azaz értékálló és a kor igényeinek megfelelő tudást kell átadni a tanítványoknak. Az egészségnevelés terén a fertőző betegségek megelőzésével kapcsolatban számos új kihívással szembesül a pedagógus, és a szakszerű és hasznos ismeretek átadását a rendelkezésre álló idő, a pedagógusok tájékozottsága, valamint a diákok szociális háttere is befolyásolja.

A szexuálisan terjedő betegségekről nehéz beszélni iskolai keretek között, de megkerülhetetlen. Fontos, hogy a tanulók megbízható, pontos tudással rendelkezzenek ezen a téren is, ne csak egymástól vagy sokszor a megbízhatatlan internetes forrásból szerezzék ismereteiket. Az egészségfejlesztés keretében a fertőző betegségek, köztük a szexuálisan átvihető kórokozóknak és a betegség tüneteinek ismerete elengedhetetlen. Szexuális úton terjedhetnek olyan mikroorganizmusok, amelyek kizárólag vagy főleg a nemi szerveken okoznak elváltozást. Ezek mellett vannak olyan kórokozók, amelyek bár szexuális úton is terjedhetnek, nem ott okoznak tüneteket, hanem más szervet érintenek, vagy sokszor szisztémás megbetegedést okoznak, idetartozik pl. a hepatitis B-vírus által okozott májgyulladás vagy a HIV-fertőzés miatt kialakuló AIDS (szerzett immunhiányos szindróma). Jelen esetben azok a mikroorganizmusok kerülnek tárgyalásra, amelyek a nemi szerveket érintő megbetegedéseket alakítanak ki. Rendszertanilag a skála széles, a nemi betegségek okozója lehet vírus, baktérium, gomba és nem utolsó sorban véglény (protozoon) is.

HERPES GENITALIS (GENITÁLIS HERPESZ)

A genitális herpeszt a herpes simplex vírus 1 (HSV-1) és 2 (HSV-2) okozza. A humán herpeszvírusok DNS-tartalmú, külső borítékkal rendelkező vírusok, világszerte igen elterjedtek. A herpeszvírusok legfontosabb jellemzője, hogy az első fertőzést követően – bár az általuk okozott elváltozás elmúlik – nem pusztulnak el, hanem lappangó alakban túlélnek a gazdaszervezetben. A herpes simplex vírus 1 és 2 az elsődleges behatolás helye körüli idegdúcokban találhatók lappangó, látens formában. Általában az elsődleges fertőzés is tünetek nélkül zajlik, tehát a fertőzött egyén nem is tud arról, hogy később esetleg időnként üríti a vírust. Fontos tudni a herpeszvírusokról, hogy a tudomány mai állása szerint nem lehet őket kiirtani a szervezetből, tehát életünk végéig bennünk maradnak. Bizonyos tényezők hatására a lappangó vírus újra aktiválódhat, az idegvégződéseken visszavándorolhat az elsődleges laesio helyére, és ott hasonló elváltozást okozhat, vagy éppen tünetmentesen ürülhet a különböző testváladékokkal. Nagyon sok tényező aktiválhatja a lappangó vírust, így fűszeres ételek, napfény, stressz, mechanikai irritáció, menstruáció, az immunrendszer meggyengülése, kimerültség stb. A herpes simplex vírus 2 felelős a genitális herpeszek 90%-áért, a szexuális szokásoktól függően a herpes simplex vírus 1 (amely az úgynevezett ajakherpeszt okozza) pedig az esetek 10%-ában fordul elő. Az ajakherpeszt illetően fontos tudni, hogy jelenlétekor a nyál is tartalmaz vírusokat, így súlyos szaruhártya-fertőzést okozhat magának, aki a kontaktlencséjét nyállal helyezi fel. Bármely vírus átvihető tehát a szexuális együttlét során, akár oly módon, hogy egyik partnernek sincsenek tünetei. Amennyiben tünetek jelentkeznek, a legfontosabbak közé tartozik az égő, viszkető érzés az érintett nyálkahártyán, bőrön, nők esetében a kisajkakon, a végbél környékén, a hüvelyben, míg férfiak esetén a húgycső, a pénisz, a herezacskó és a végbéltájék lehet érintett. Kezdetben egy piros folt, majd annak helyén egy kis, tiszta bennékű hólyag jelenik meg, amely később pörkösödve gyógyul. A hólyag nagy mennyiségű vírust tartalmaz. Sajnos a fertőzött egyének egy részében a vírus egy évben többször is reaktiválódhat, ami ha tünetekkel jelentkezik, alaposan megkeseríti a beteg mindennapi életét. A herpeszvírusok igen érzékenyek, ez pedig azt jelenti, hogy a külvilágba kikerülve nem képesek sokáig fertőzésre, tehát közös használatú WC-n nem kaphatunk fertőzést. A terjedésével kapcsolatban érdekes az a tény, hogy a vírus nagyobb valószínűséggel terjed férfiról nőre, mint fordítva. A herpeszvírus okozta elváltozások kezelésében antivirális szereket használnak. Ezek a szerek gátolják a vírusok szaporodását, de nem tudják kipusztítani a vírust a szervezetből.[1,2]

CONDYLOMA ACUMINATUM (NEMI SZERVI SZEMÖLCS)

A nemi szerveken előforduló szemölcsöket a humán papillomavírusok (HPV) különböző típusai okozhatják, leggyakrabban a HPV6 és 11. A HPV-k DNS-tartalmú, kisméretű, boríték nélküli vírusok. Ennek köszönhetően a külvilágban rendkívül ellenállóak. Élettelen felszíneken fertőzőképesek maradnak hosszú ideig. A HPV-k a bőrön vagy a nyálkahártyán levő kis, sokszor láthatatlan sérüléseken keresztül fertőzik meg a bőr mélyebben fekvő, úgynevezett bazális sejtjeit. A fejlődő, differenciálódó bazális sejtek egyre jobban közelednek a felszín felé, és a bennük levő vírusok velük együtt érnek. A vírusok bizonyos fehérjéi fokozzák a sejtek szaporodását, ez a szaporodás eredményezi a látható szemölcsöt. Fertőzőképes vírusok csak a bőr, illetve nyálkahártya legkülső rétegéből ürülnek a leváló sejtekkel. A genitális szemölcs előfordulhat egyesével, de több kis szemölcs karfiolszerű kitüremkedést is formálhat. A genitális szemölcsök jóindulatúak. Léteznek viszont olyan magas kockázatú HPV-k, például a 16-os és a 18-as típusok, amelyek beépülnek a gazdasejt kromoszómájába, és rosszindulatú daganatot, például méhnyakrákot okozhatnak. Egészséges immunrendszer esetén a szemölcsök maguktól is visszafejlődhetnek, még azok az elváltozások is, amelyeket magas kockázatú HPV-típusok okoznak. Tehát ha valakiben onkogén papillomavírust mutatnak ki, például a HPV16-ot, az nem jelenti azt, hogy rákos lesz, az esetek 80%-ában ugyanis a szervezet képes a vírus hatástalanítására.

A HPV okozta szemölcsök felszámolására a helyi kezelés során a szemölcsöt pusztító savat, toxint lehet alkalmazni, vagy a szemölcsök sebészeti és egyéb úton is eltávolíthatók (lézerrel, fagyasztással, illetve hőkezeléssel). A méhnyakrák, valamint a nemi szerveken és környékükön előforduló daganatok megelőzésére ma már háromféle vakcina áll rendelkezésre: az egyik típus a leggyakrabban méhnyakrákot okozó HPV16-os és 18-as genotípusokat tartalmazza, míg az úgynevezett 4-komponensű vakcina ezen típusok mellett a leggyakrabban genitális szemölcsöt okozó (HPV6, 11) típusokat is magába foglalja. A legújabb fejlesztésű HPV-vakcina 9-komponensű, a fent említett négy típuson kívül további ötféle (HPV31-es, 33-as, 45-ös, 52-es és 58-as) típus vírusszerű részecskéit tartalmazza. A vakcinában nincs jelen a vírus-DNS, így rákot sem tud okozni, a közhiedelemmel ellentétben. A védőoltásban csak a vírusburok fehérjéje van benne (vírusszerű részecske), amely ellen, ha a szervezetbe kerül, ellenanyag-termelés indul meg. A későbbi esetleges természetes fertőzést követően ezek az ellenanyagok képesek a vírusokat semlegesíteni. A hatékony ellenanyagválasz eléréséhez a védőoltást még a szexuális élet megkezdése előtt két adagban adják. A vakcina nemcsak a kérdéses típusok ellen lehet hatásos, hanem más HPV típusok ellen is. A HPV-vakcinák a klinikai vizsgálatokban és oltási programokban szerzett tapasztalatok alapján hatékonyak, de fontos megemlíteni, hogy az oltásban részesült egyénekben is kialakulhat rákmegelőző vagy rákos elváltozás, amit másfajta HPV-típus okozhat, amely ellen a vakcina nem véd. Ezért az aktív nemi életet élő nők körében a nőgyógyászati vizsgálat során készített kenet szövettani vizsgálata továbbra is elengedhetetlen.[3,4]

HPV-ellenes védőoltási iskolai program a világ számos országában folyik, igen jó eredménnyel. Magyarországon a 2017/2018-as tanévben harmadik éve ajánlják fel minden 12 éves leánynak a HPV-ellenes védőoltást, akik a szüleik döntése alapján ezt örvendetesen magas, 80% körüli arányban meg is kapják. Jelenleg ez az egyetlen szülői döntéstől függő védőoltás az iskolai programban, így igen fontos volna az is, hogy az oltandók megfelelően tájékozottak legyenek ennek jelentőségéről.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM („USZODASZEMÖLCS”)

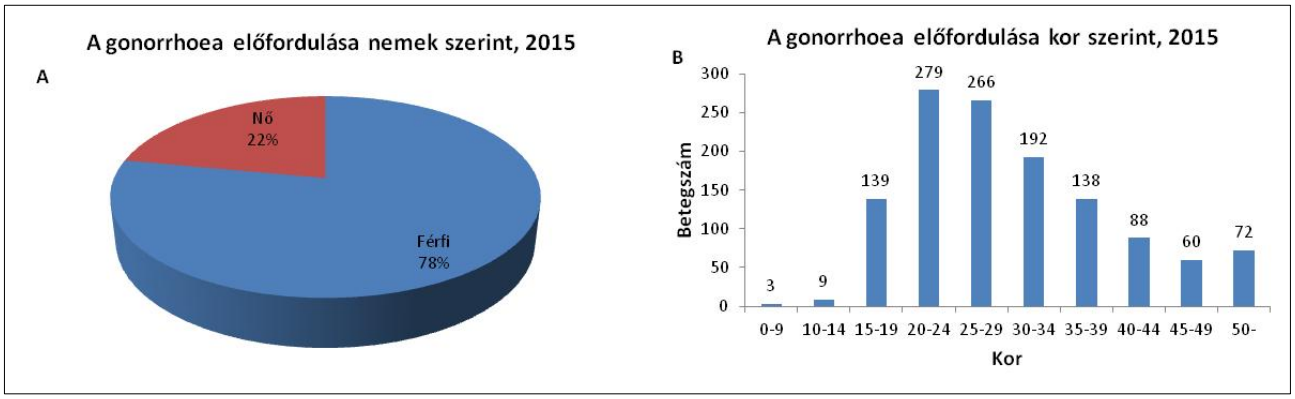
A kórelváltozás magyar elnevezése kicsit megtévesztő, mert nem a klóros vízben él a kórokozó, hanem az uszodai felületeken, tárgyakon. A molluscum contagiosum okozója a *Poxvírus* családba tartozó (ebbe a családba tartozott a rettegett, de mára már a Földön felszámolt fekete himlő vírusa is), humán patogén, fénymikroszkóppal is látható, DNS-tartalmú vírus, a molluscum contagiosum vírus. Ez a vírusfertőzés gyakorinak tekinthető a gyermekek körében. Könnyen megtelepszik a vékonyabb bőrfelületeken, fiatalokban, fiatal felnőttek esetében a genitáliák

környékén. Rendkívül fertőző, a szexuális élet során könnyen átvihető direkt kontaktussal, fertőzött bőr-bőr érintkezésével, valamint törölközővel, kontaminált játékszerrel. A betegek az érintett terület kaparásával további szemölcsöket okozhatnak magukon. A szemölcs a bőrből félgömbszerűen kiemelkedő 2-5 mm nagyságú, a közepén köldökszerűen behúzódó bőr színű vagy vöröses színű elváltozás. Kezelés hiányában is meggyógyul, ha ép az immunrendszer, viszont mivel rendkívül fertőző, a többi ember érdekében és az önfertőzés elkerülése miatt el kell távolítani. Ez történhet otthoni ecseteléssel vagy sebészeti úton (kaparás, lézer, fagyasztás) egészségügyi intézetben.[5]

GONORRHOEA (TRIPPER VAGY KANKÓ)

A gonorrhoeát a *Neisseria gonorrhoeae* baktérium terjeszti. A kórokozó a mikroszkóp alatt sokszor párosával látható a klinikai mintákban. Általában csak a méhnyak hengerhámját fertőzi meg, de a menstruáció megindulása előtt a hüvely el nem szarusodó hámja bizonyos hormonoknak még nem kitett, így megfertőződhet. A baktérium rendkívül érzékeny, ez abban is megnyilvánul, hogy a külvilágba kikerülve azonnal elpusztul. Tehát ezt a betegséget nem lehet elkapni például a közhasználatú WC ülőkéjén. Terjedéséhez intim együttlét szükséges (kivétel, ha a fertőzött anyáról a szülés alkalmával jut át az újszülöttre, ekkor viszont a fertőzés a szemre lokalizálódik). A baktériumok gyulladást keltenek a fertőzés helyén, amelynek eredménye lesz a gennyes folyás. Nőknél előfordul, hogy a fertőzés szinte minimális tünetekkel jár, ami azt a veszélyt rejti magában, hogy a nő tudta nélkül továbbfertőzi a partnereit. A férfiaknál a fertőzés szinte mindig tüneteket okoz, különösen a vizelés befejeztével erősödik a szúró fájdalom, és ezt kísérheti a gennyes váladék ürülése a húgycsőből. A szervezetünk megpróbálja a kórokozót eliminálni, de ez nem sikerül. Mindkét nemben előfordulnak krónikus fertőzések, ami azt jelenti, hogy a kórokozó huzamosabb ideig a szervezetben marad, gyulladást kelt, miközben felfelé vándorol. Nőknél az esetek egy részében megtelepszik a petevezetékben és ott alakít ki gyulladást. Sajnálatos módon a huzamos ideig fennálló gyulladás hegesedéshez vezet, ami viszont elzárja a petesejt útját. Kialakulhat továbbá krónikus kismedencei gyulladás, amely görcsös fájdalommal jár, és szomorú következménye a méhen kívüli terhesség vagy rosszabb esetben a terméketlenség. A baktérium a fertőzött nők 1%-ában bekerülhet a véráramba, és ízületi gyulladást, gennyes bőrfertőzést, máj környéki gyulladást, illetve agyhártyagyulladást is okozhat. Az akut fertőzést kezelés hiányában férfiak esetében is felszálló, krónikus gyulladás követi, leggyakrabban a mellékherét, a prosztatát és az ondóvezetéket érintve.[6,7]

1. ábra: A gonorrhoea előfordulása Magyarországon 2015-ben



Forrás: Epinfo, 2015 (saját szerkesztésű ábrák)

A kórokozó megtelepedése, az elsődleges fertőzés helye a szexuális szokásoktól függ. Talán sokak számára nem ismert tény, hogy ennek megfelelően egyre gyakrabban okoz az orális szexuális együttlét következtében torokgyulladást, illetve az anális szexuális kapcsolat végbélgyulladást eredményezhet. Az 1. ábrán látható adatok alapján elmondható, hogy a gonorrhoea már Magyarországon is előfordul a középiskolás korúak között is.[8]

AKUT UROGENITALIS CHLAMYDIASIS

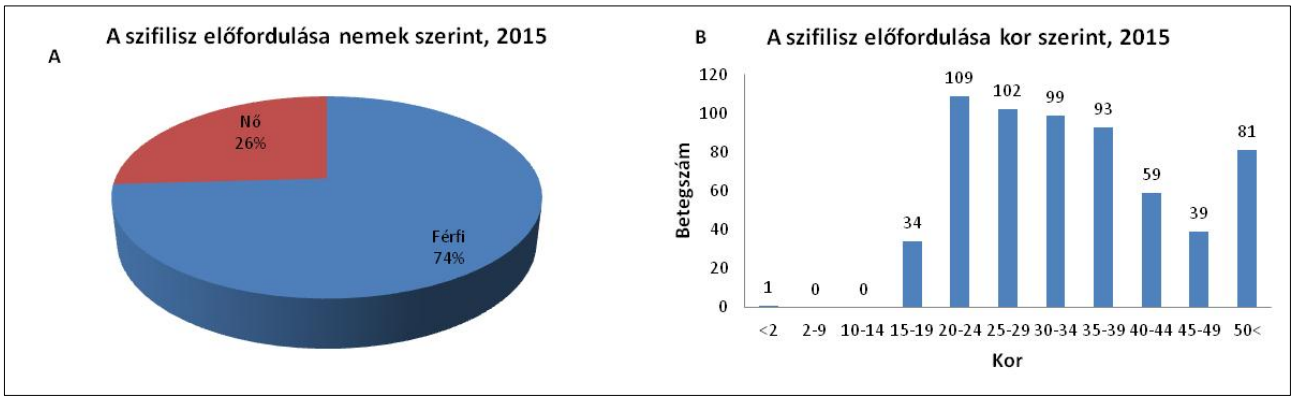
Napjainkban a nyugati országokban nagy figyelmet kapott ez a kórokozó, ugyanis sajnálatos módon nagyfokú ellenálló képességre (rezisztenciára) tett szert az antibiotikumok ellen. Ez olyan fokot ért el, hogy a kutatók egy része aggódik amiatt, hogy hamarosan nem fogjuk tudni kezelni a betegeket. A kórkép okozói igen kisméretű baktériumok, a *Chlamydia trachomatis* D-K szerotípusai, amelyek kétféle alakban léteznek. Önálló szaporodásra képtelenek, mert bizonyos fehérjéket, enzimeket kódoló gének hiányoznak belőlük. Így csak élő sejtben tudnak szaporodni. A *C. trachomatis* az esetek 70%-ában nem idéz elő tüneteket nőkben, viszont sokszor visszafordíthatatlan károkat okoz. A méhnyak hámját fertőzi meg, méhnyakgyulladást (cervicitist) okozva. Legfontosabb tünete nők esetében a folyás, esetleg csípő, szúró érzés a vizeletürítés során, de a nők nagy többségénél ez nem jelentkezik, így a baktériumot könnyen továbbadhatják a szexuális együttlét során, ami hozzájárul a kórokozó gyors terjedéséhez Amennyiben az akut gyulladást nem kezelik megfelelően, a baktérium a felsőbb nemi szervekre, a petevezetékre is ráterjedhet, annak gyulladását okozva. A krónikus kismedencei chlamydiafertőzés szövődménye lehet – hasonlóan a krónikus gonorrhoeás fertőzéshez – a petevezető elzáródása és ennek következtében a méhen kívüli terhesség, valamint a terméketlenség is. A férfiakban – hasonlóan nőkhöz – jelentkezhet rendellenes folyás, égető érzés, amely a vizeletürítéshez kötött, valamint a herék fájdalmas duzzanata alakulhat ki.[9] Az urogenitalis chlamydiafertőzés világszerte rendkívül gyakori, 2015-ben 61 millió esetet regisztráltak, az USA-ban 1,4 milliót. [9,10] Magyarországon a chlamydiafertőzéseket, amennyiben diagnózisra kerülnek, kötelezően be kell jelenteni. 2015-ben az Országos Epidemiológiai Központ adatai alapján 965 esetet regisztráltak, ebből a 15-19 éves korosztályban 86 megbetegedés történt.[8] Természetesen ezek a számok csak a jéghegy csúcsát jelentik. A chlamydiafertőzéseket megfelelő antibiotikumokkal kezelik. Sajnos nem mindig sikeres a terápia, aminek hátterében sokszor az áll, hogy a kórokozó speciális alakot vesz fel, amelyre az antibiotikum kevésbé hat, így életképes marad és a későbbiekben ismételt gyulladást okozhat.

SZIFILISZ (VÉRBAJ)

A szifilisz kórokozója spirális alakú baktérium, a *Treponema pallidum* pallidum alfaja. A szexuális átvitelen kívül a méhlepényen keresztül a magzatot is megfertőzheti és terjedhet vérrel vagy vérkészítménnyel is. A szifilisz első tünete mindkét nemben az elsődleges tályog (primer sánker), amely kemény alapú, fájdalmatlan fekély és általában a nemi szerveken fordul elő, de a szexuális szokásoktól függően jelentkezhet a szájüregben, például a nyelven is. A fekély rendkívül fertőző, nagy számban található benne baktérium, amely könnyen átvihető a partneren levő apró sérüléseken keresztül. A fekély két hónapon belül nyomtalanul elmúlik, ami a betegben hamis gyógyultságtudatot kelt. A baktérium viszont nem pusztul el, hanem bekerül a keringésbe és néhány hét múlva újabb tüneteket okoz, ezek a testszerte (még a talpon és a tenyéren is) megjelenő piros kiütések, valamint főleg a nemi szervek környékén megjelenő nagy, lapos szemölcsök. A beteg ebben a fázisban is igen fertőző. Az elsődleges fekélyhez hasonlóan ezek a kiütések is elmúlhatnak, ha nem is kap megfelelő kezelést a fertőzött egyén. Hosszú idő múlva kialakulhat a szifilisz harmadik fázisa, amely már nem fertőző. Csomók (gummák) megjelenése kíséri és az idegrendszert is érinti.[11] Magyarországon a szifilisz az 1980-as években szinte alig fordult elő az akkor hatályban levő szigorú kontaktkutatás és az azt követő (akár hatósági előállítás által) kötelező antibiotikum-kezelésnek köszönhetően. Ezt követően viszont az esetek száma emelkedett. Az elmúlt években éves szinten a szifiliszes esetek száma meghaladta a 600-at. 2015-ben 617 esetet regisztráltak. A 2. ábra alapján jól látható, hogy ebből 34 esetben a 15-19

éves fiatalokat érintette, ami tovább hangsúlyozza az oktató-nevelő munka fontosságát a szexuálisan terjedő betegségek tekintetében.[8] A szifilisz egyelőre jól kezelhető antibiotikummal. Sajnos terjedőben vannak a különböző antibiotikumoknak ellenálló baktériumok, és néhány régióban ezek lettek a domináns törzsek.

2. ábra: A szifilisz előfordulása Magyarországon 2015-ben



Adatok forrása: Epinfo, 2015 (saját szerkesztésű ábrák)

BAKTERIÁLIS VAGINOSIS

Bár nem sorolják a szexuálisan átvihető betegségek közé, ismerete fontos lehet a fiatal lányok, nők számára. A vaginosis a hüvely gyulladását jelenti, amit a baktériumok speciális csoportjának túlszaporodása okoz. Ezek a baktériumok oxigénmentes környezetben is tudnak szaporodni (anaerobok). Leggyakrabban akkor alakul ki ez a kép, ha a hüvelyből kipusztulnak a jótékony *Lactobacillusok* (például széles spektrumú antibiotikum szedését követően), és így a pH megemelkedik. Ennek következtében az anaerob baktériumok elszaporodnak, és sárgás színű bűzös folyást (rothadó halszagra emlékeztet) okoznak. A bakteriális vaginosis könnyen gyógyítható olyan antibiotikumokkal, amelyek anaerob baktériumok ellen is hatásosak.[12]

CANDIDIASIS

A nemi szervek gyulladását okozó *Candida albicans* és a *Candida* genus egyéb tagjai a médiának köszönhetően talán a legismertebbek. A candidák rendszertanilag az élesztőgombák közé sorolhatók. Emberben nagy számban megtalálhatók az emésztőrendszerben. Korábban úgy gondolták, hogy a candidák terjedésében a szexuális együttlétet játszik szerepet. Ma már tudjuk, hogy a fertőzés forrása belső (endogén), általában a végbél mikroflórája. Ezért igen fontos a kislányokat már gyermekkorban megtanítani a vizeletürítést követően a törlés helyes irányára. Ha ez nem megfelelő, sajnos könnyen élesztőgombák törölhetők a hüvelybe. Fiatal lányoknál egyéb tényezők is hajlamosítanak (például tanga alsó) candidiasisra. A hüvelyben normális körülmények között is előfordulhatnak candidák, viszont a számuk erősen korlátozott az alacsony pH-érték miatt, amelyet a lactobacillusok tartanak fenn. Sajnos, ezt a finom egyensúlyt az orvos által egyéb okok miatt, például torokgyulladásra felírt antibiotikum megbonthatja, ha az elrendelt antibiotikum megöli a jótékony lactobacillusokat. Ennek következtében a pH megemelkedik, ami már kedvez a candidák szaporodásának. A candidiasis legfontosabb tünete a fehér színű folyás, ami a szeméremtest fájdalmas gyulladását is okozhatja. A folyás állaga alapján, mivel fehér és a hüvely falán túrószerű felrakódásként jelentkezik, könnyen elkülöníthető más betegségektől. A gombás eredetű folyások általában jól reagálnak helyi (hüvelytabletta, krém) antimikotikus kezelésre.[13]

TRICHOMONIASIS

A betegség okozója a *Trichomonas vaginalis*, amely rendszertanilag a véglényekhez tartozó, körte alakú, gyorsan mozgó, ostoros, egysejtű parazita. Egyszerű, bináris hasadással szaporodik. Eltérően a legtöbb véglénytől nincs ciszta alakja, csak vegetatív formával rendelkezik. A kórokozó általában szexuális úton terjed, de otthoni körülmények között, közös fürdő során, illetve közös használatú törölközővel átvihető. Korábban leírtak nem megfelelően sterilizált nőgyógyászati eszközök okozta terjedést is, de az egyszer használatos eszközök bevezetésével ez a módja az átvitelnek kiküszöbölhetővé vált. A betegség inkubációs ideje 3-5 nap. A kórokozó nők esetében főleg a hüvelyt, férfiaknál a húgycsövet fertőzi meg. A trichomoniasis legfontosabb tünetei nők esetében a habos, zöld színű, bűzös hüvelyi folyás. A váladék a szeméremtest felmaródását okozhatja. A trichomonasfertőzés kedvez más kórokozók felszálló fertőzésének, ugyanis a patogén az ostorával mozogva fellazítja a méhnyakban található nyákdugót. Férfiak esetében a fertőzés sokszor tünetmentes. Amennyiben tüneteket okoz, leginkább csípő, égető érzés jelentkezhet a húgycsőben, főleg a reggeli vizeletürítést követően, ami a húgycsőgyulladás (urethritis) jele. A kórokozó megtelepedhet még a prosztatában, a mellékherében és a húgyhólyagban is. A trichomonas nagyon könnyen terjed a népesség körében – Magyarországon a fertőzöttségi arányt a felnőttek körében 20%-ra becsülik –, mivel a fertőzés általában nem okoz tüneteket egyik nemben sem. A trichomoniasis egyszerűen kezelhető olyan antimikrobiális szerrel, amely a véglényekre is hat. A kezelés szempontjából a legfontosabb, hogy a partnert mindenképp kezelni kell, a trichomoniasis ugyanis tipikus „pingpongbetegség”, vagyis a partner kezelés hiányában visszafertőzheti kezelt partnerét.[14,15]

ÖSSZEGZÉS

A nemi betegségeket különböző mikroorganizmusok okozzák, különböző tüneteket produkálva. Fontos, hogy a középiskolás korúak ismerjék szervezetüket és figyeljenek fel a megszokottól eltérő működésére. A nemi betegségek megelőzésében fontos a megbízható partner és a megfelelő fizikai védelem, így az óvszer használata. Természetesen ez nem nyújt 100%-os védelmet, de használatával jelentősen csökkenthető a fertőző betegségek átvitelének a kockázata. Ha valami rendelleneset tapasztalnak, nem tanácsos öngyógyításba kezdeni, azzal ugyanis elfedhetnek olyan tüneteket, amelyek az orvos számára fontosak lehetnek a diagnózis megállapításában. Feltétlenül keressék fel a gyermeknőgyógyászati szakambulanciát vagy a nemibeteg-gondozó intézetet, ahol szakszerű ellátást kapnak a fiatalok. A prevenciónak azonban kulcsszerepe van, még a szexuális élet megkezdése előtt. Sok esetben nem valósítható meg, hogy az iskola vállalja fel a szexuális úton átvihető fertőzések ismeretanyagának átadását, de szakemberek bevonásával és a biológia-egészségtan tanárok továbbképzésével a helyzeten javítani lehetne.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők az MTA-SZTE Mikrobiológia és Egészségnevelés Szakmódszertani Kutatócsoport tagjai, akik köszönetet mondanak az MTA Tantárgy-pedagógiai Kutatási Programnak a közlemény létrejöttének támogatásáért.

HIVATKOZÁSOK

[1] Groves MJ. Genital Herpes: A Review. Am Fam Physician. 2016;93(11):928-34.
[2] Garland SM, Steben M. Genital herpes. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28(7):1098-110. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2014.07.015.
[3]Egawa N, Doorbar J. The low-risk papillomaviruses. Virus Res. 2017;231:119-27. doi: 10.1016/j.virusres.2016.12.017.
[4] Bonanni P, Bechini A, Donato R, et al. Human papilloma virus vaccination: impact and recommendations across the world. Ther Adv Vaccines. 2015;3(1):3-12. doi: 10.1177/2051013614557476.
[5] Chen X, Anstey AV, Bugert JJ. Molluscum contagiosum virus infection Lancet Infect Dis. 2013;13(10):877-88. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70109-9.
[6] Nelson HD, Zakher B, Cantor A, et al. Screening for Gonorrhea and Chlamydia: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendations [Internet].Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014 Sep. PMID: 25356451
[7] Fanfair RN, Workowski KA. Clinical update in sexually transmitted diseases - 2014. Cleve Clin J Med. 2014;81(2):91-101. doi: 10.3949/ccjm.81a.13090.
[8] Szexuális úton terjedő fertőzések, Magyarország, 2015. Epinfo. 2016;23(19-20):229-39. http://epa.oszk.hu/00300/00398/00684/pdf/EPA00398_epinfo_2016_19-20.pdf Elérve: 2017. 10. 02.
[9] 2014 Sexually Transmitted Diseases Surveillance Chlamydia. November 17, 2015. Retrieved 10 June 2016. https://www.cdc.gov/std/stats14/chlamydia.htm Elérve: 2017. 09. 27.
[10] GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence, Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2016; 388(10053): 1545–602. doi:10.1016/S0140-6736(16)31678-6
[11] Cohen SE, Klausner JD, Engelman J, et al. Syphilis in the modern era: an update for physicians. Infect Dis Clin North Am. 2013;27(4):705-22. doi: 10.1016/j.idc.2013.08.005.
[12] Verstraelen H, Verhelst R. Bacterial vaginosis: an update on diagnosis and treatment. Expert Rev Anti Infect Ther. 2009;7(9):1109-24. doi: 10.1586/eri.09.87.
[13] Creatsas G, Deligeoroglou E. Microbial ecology of the lower genital tract in women with sexually transmitted diseases. J Med Microbiol. 2012;61(Pt 10):1347-51. doi: 10.1099/jmm.0.042507-0.
[14] Huppert JS. Trichomoniasis in teens: an update. Curr Opin Obstet Gynecol. 2009;21(5):371-8. doi: 10.1097/GCO.0b013e32832e0827.
[15] Kissinger P. Trichomonas vaginalis: a review of epidemiologic, clinical and treatment issues. BMC Infect Dis. 2015;15:307. doi: 10.1186/s12879-015-1055-0.

Az egészség ökoszociális elmélete

Ecosocial theory of health

Szerző: Csizmadia Péter ✉
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2017. 09. 12.
doi: 10.24365/ef.v58i3.181

Összefoglaló: A cikk célja az ökoszociális elmélet ismertetése, amelyet Nancy Krieger dolgozott ki 1994-ben. Egy átfogó elméletről van szó, amelynek célja az ok-okozati kapcsolatok bemutatása és magyarázata a betegségek előfordulása és az egészség terén. Az elmélet részét képezik biológiai és pszichoszociális elemek. Ezen túlmenően a társadalmi tényezők egészségre gyakorolt hatást is vizsgálja. Az elmélet középpontjában a beépülés, a beépülés útvonalai, az egészségkárosító tényezőknek való kitettség kölcsönhatásai, az érzékenység, a hajlam és az ellenálló képesség, a felelősség és képesség áll. Az elmélet valószínűsíti, hogy az egészséget különböző társadalmi és térbeli szintek határozzák meg, és ezek vizsgálatakor történelmi, politikai-gazdasági, idő és térbeli tényezőket kell figyelembe venni.
Kulcsszavak: ökológia; egészségegyenlőtlenségek

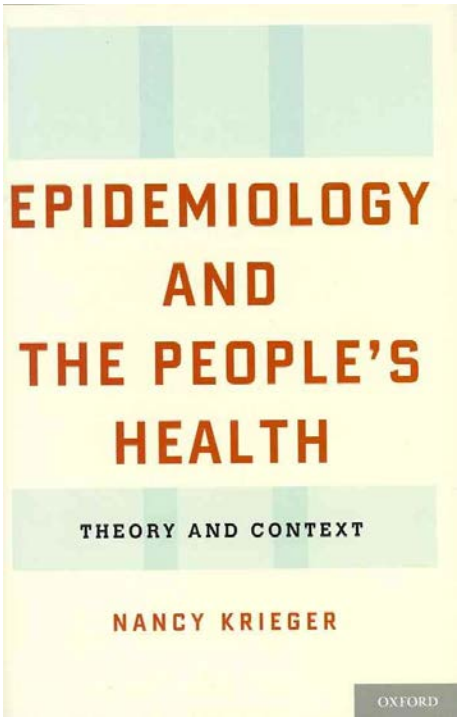
Summary: This article aims to introduce the Ecosocial Theory. The theory which was first proposed in 1994 by Nancy Krieger, is a broad and complex theory with the purpose of describing and explaining causal relationships in disease distribution and health. While it incorporates biological and psychosocial influences on health, the theory is also suited to analyze the relationships between social factors and health. The core constructs of Ecosocial Theory are: Embodiment; Pathways to Embodiment; the cumulative interplay between exposure, resistance, and susceptibility; and agency and accountability. The theory assumes that health is determined at multiple levels and that analyses must incorporate historical, political economic, temporal, and spatial analyses.
Keywords: ecology; health inequalities

BEVEZETÉS

Az egészség mibenlétére vonatkozóan az idők folyamán többféle elképzelés, modell is született. A kilencvenes évek egyik alapvető egészségelmélete a súlypontot arra a kétségbevonhatatlan tényre helyezte, hogy az egészséges életmód, a megfelelő egészségmagatartás elengedhetetlen feltétele egészségünknek. Az egészség – a modell szerint – az egészséges életmód akadályainak felszámolása (egészséges táplálkozás, testedzés, dohányzás, alkoholfogyasztástól való tartózkodás stb.) révén érhető el. Az elmélet kevés figyelmet fordított az egészség társadalmi meghatározóira, annak társadalmi beágyazottságára. Az életmódot az egyéni döntések sorozatának tekinti, gyakorlatilag szabadon választott rizikófaktorokról beszél, amelyek vagy ártalmasak, vagy kedvezőek az egészségre.

A korszak másik, a nyugati orvoslás tudományos megközelítését alkalmazó, úgynevezett biomedikális modell az egészséget az emberi szervezet összetett biokémiai entitásaként értelmezi. A

testi szinten jelentkező betegségek hátterében többlépéses, de jól követhető ok-okozati összefüggés-láncolat áll, amelyet az elemi alkotórészek szintjén lehet a legjobban kezelni. A modern orvoslás figyelmének középpontjában tehát a molekuláris és elektrokémiai zavarok állnak; az embereket érő egyéb hatásokra sokkal kevesebb figyelem jut. Ebből következően, az orvosi tudás objektíven alkalmazható mindenféle 'emberi molekulahalmazra', függetlenül az adott személytől vagy annak a környezetével való kapcsolatától. Az egészség kvantifikálható, mennyiségileg kifejezhető oly módon, hogy az azt jellemző mutatók értékeit populációkra, csoportokra vagy egyénekre megadott normákhoz (normálértékekhez) viszonyítjuk.
Az itt csak röviden, vázlatosan bemutatott modellek mellett az ökológiai szemléletmód elterjedésével az 1990-évek közepén új kezdeményezések jelentek meg a tudományos életben, amelyek hatására az egészségtudományokban is megkezdődött az integratív, többszintű és dinamikus koncepciók kidolgozása. Az egészséggel kapcsolatos új megközelítésmódok egyike a Nancy Krieger nevéhez fűződő ökoszociális elmélet.[1(p21-23),2]



AZ ELMÉLET ELŐZMÉNYEI

A teória előzményei között megemlíthetjük a szociálepidemiológiának nevezett, illetve az egészség társadalmi meghatározóinak jelentőségét hangsúlyozó irányzatokat, amelyek fókuszában a betegségek megoszlásának társadalmi különbségei álltak, a hatalom, a politika, a gazdaság és a jogok vonatkozásában. Úgy érvelnek, hogy társadalmi tényezők (*upstream*, *distal*) hozzák létre azokat a mintázatokat, amelyek a népesség és az egyén közti viszonyokat és az egészséget meghatározzák.
Krieger elméletének előzményei között az elsősorban a pszichológiában használt fejlődésökológiai elmélet is megemlítendő, melyet Bronfenbrenner dolgozott ki.[3,4] Ő azt hangsúlyozta, hogy az emberi fejlődés csak a teljes társas-társadalmi (ökológiai) környezet matrjoska babákhoz hasonlóan egymásba ágyazott struktúráinak figyelembevételével érthető meg.
Nézetei szerint a társadalmi hatásoknak különböző szintjei vannak, amelyek a mindennapi rutinoktól az intézményeken keresztül a kultúra által közvetített nézetekig terjednek. Ezek a szintek egymásra épülve, külön-külön rendszereket alkotnak, amelyeket mikro-, mezo- és makrorendszernek nevezett el.

AZ ÖKOSZOCIÁLIS GONDOLKODÁS ALAPELVEI

Mielőtt rátérünk Krieger elméletének részletesebb ismertetésére, célszerűnek látszik az ökológia kifejezésnél elidőzni. Az ökológia szót Ernst Haeckel, német zoológus és filozófus alkotta a görög *oikosz* (ház, lakás) és *logosz* (szó, beszéd, tan, tudomány) szavakból. Nincs még egy tudomány, aminek ilyen sok és ennyire különböző definíciója látott volna napvilágot. Maga Haeckel is több meghatározást adott; ezekben megjelenik az ökológiának a fiziológiától való elhatárolása, az élőlények és az azokat körülvevő környezet viszonyával foglalkozó tudomány, valamint a Linné-féle „természet ökonómiája", összekapcsolva a fajok közötti komplex összefüggésekkel, amelyeket Darwin a létért való küzdelem feltételeinek nevezett. Később az állatökológusok inkább az élőlények elterjedési mintázatait, a növényökológusok a társulások szerkezetét és mechanizmusait hangsúlyozták definícióikban.

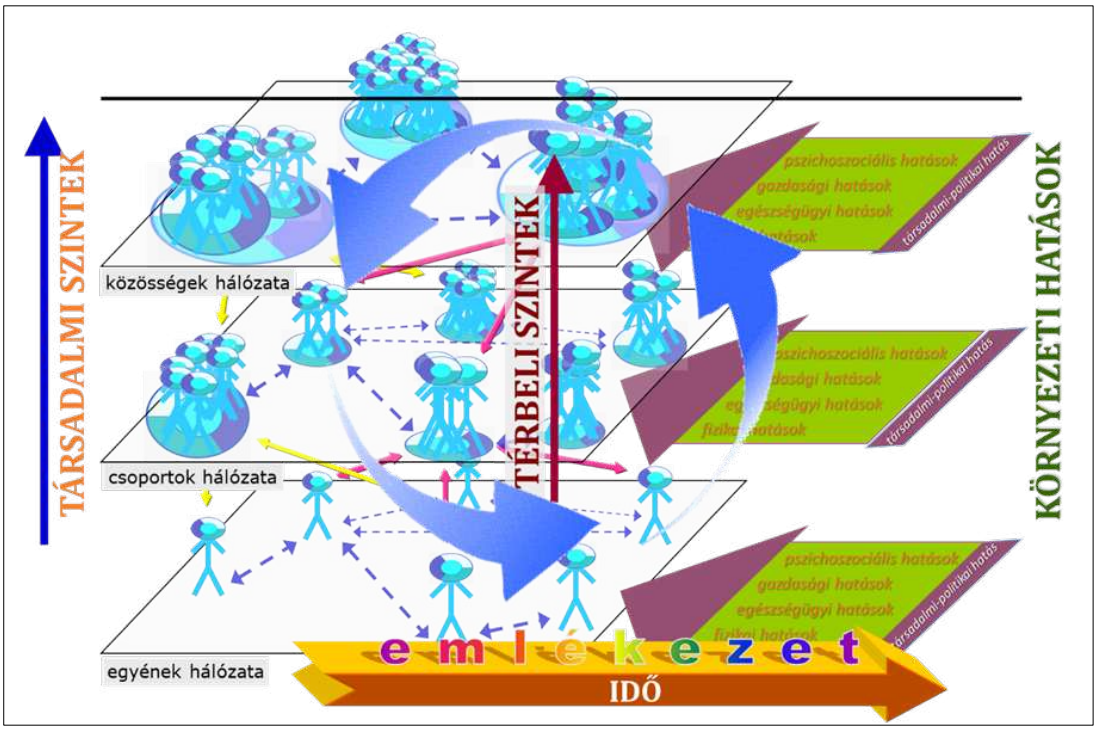
Krieger szerint az ökológia kifejezés használata esetében az alábbi feltételek elfogadása szükséges:

- Az élőlények és a környezet kölcsönösen egymásra utaltak. Ez maga után vonja az idő és a tér kapcsolódását szintenként vizsgáló elemzéseket, továbbá hangsúlyozza az egyidejű folyamatok tér- és időbeliségét, amelyek emellett földrajzi és történeti vetülettel is rendelkeznek.
- Az individuális organizmusok (az embereket is beleértve) szükségszerűen egy populáció részeit képezik. Mindkettő meghatározott a környezetük által, illetve visszahatnak, formálják azt.
- Az ok-okozati mechanizmusok feltárása szükségszerű.

Miért fontosak ezek a látszólag csak az ökológia tudományán belül releváns megállapítások az epidemiológia számára? Nancy Krieger válasza az, hogy az ökológiai szemléletmód a más területen tevékenykedők számára is hasznos nézőpontot biztosít. Idézzük az általa alapvetőnek tartott kérdést: „Ki és mi okozza az egészségegyenlőtlenségek jelenlegi és változó mintázatait?” Krieger szerint az egészségtudományokban is nagyobb figyelmet kell szentelni a társadalmi tényezőknek és az ökológiai háttérnek. Véleménye szerint az életút és a generációs megközelítés, a szintek elkülönült analízise, a társadalmi egyenlőtlenségek közötti kölcsönhatások, beleértve a nemzetiségi, a rasszbeli, az osztály- és a genderalapú egyenlőtlenségeket, alapvető fontosságúak. (Krieger elméletét illusztrálja az 1. ábra. A modellről részletesebben olvashatnak az alább hivatkozott tanulmányban.[5])

Az ökoszociális elmélet *első alapelve* a beépülés (*embodiment*). Lényege, hogy a megélt tapasztalatok biológiai folyamatok révén beépülnek és rögzülnek az emberi szervezetben. A beépülés alapelve a társadalmilag determinált és korszakonként változó egészségegyenlőtlenségeket nem az egyéni belső jellemzők által meghatározottnak, hanem külső eredetűnek tekinti, még akkor is, ha az egyéni tulajdonságok és a magatartás nem elhanyagolható tényezők. Tehát az okozati összefüggést mutató nyíl a társadalmi feltételektől mutat az egyén egészségi állapota felé. A fogalomból következik, hogy az egészség pontos megértéséhez a háttér dinamikus analízisére van szükség. Krieger hangsúlyozza, hogy a környezeti hatások beépülése a szervezetbe nem a génállomány megváltozásával jelenik meg, hanem a meglévő gének kifejeződése, azaz a szervezet tulajdonságaira gyakorolt hatásuk változik.

1. ábra: Az ökoszociális modell ábrázolása kiegészítve a hálózatkutatás megközelítésével



Forrás: Vitrai József ábrája, a szerző engedélyével.

A következő jellemzője a beépülésnek, hogy a populációs csoportok között az egészségi állapotban megfigyelt különbségek a csoporton belüli kapcsolatokkal, és nem a biológiai okokkal vannak okozati összefüggésben inkább, még akkor is, ha a biológiai különbségek megjelennek az egyénekben.

Krieger a beépülés kapcsán többször hangsúlyozza az emberi közösségek történetiségét. Kiemeli, hogy az etnikai kisebbségek ellen társadalmilag-történelmileg meghatározott módon kialakuló előítéletek kedvezőtlenül befolyásolhatják ezeknek a csoportoknak az egészségi állapotát. Az etnikai csoportok körében a társadalmi változások hatására kialakuló egészségteherre az egyesült államokbeli epidemiológia egy ismert példája a 2-es típusú cukorbetegség megjelenése a pima indiánok között.[1(p255-257)] Az őslakosok között a cukorbetegség lényegében az 1940-es évekig ismeretlen volt. Az életfeltételeikben ez után bekövetkező radikális változások hatására a pima törzs tagjai között az elhízottak és cukorbetegségben szenvedők aránya kiemelkedően magassá vált.

A beépülés konstrukció használatával az ökoszociális elmélet nemcsak merít az ökológiai és biológiai elméletekből, de épít rá, sőt, kiterjeszti a szociológiai és antropológiai tudományosságot. Ezekben a tudományokban a beépülés elsősorban a kultuszok és hiedelmek megjelenő testi reprezentációjára vonatkozik.

Az ökoszociális elmélet második alapelve feltételezi, hogy a beépülés számos különböző összetett útvonalon zajlik le. Ezek az útvonalak változatosak, egyidejűek és egymással kölcsönhatásban állók, illetve különböző, az elmélet harmadik alapelvében részletezett tényezők által befolyásolt.

A harmadik alapelv tehát az egészségkárosító tényezőknek való kitettség kölcsönhatásaira, az érzékenységre, a hajlamra és az ellenálló-képességre összpontosít a különböző szinteken az életút és a különböző generációk élettörténete során. Ezek a beépülést befolyásoló tényezők a következők:

- gazdasági és társadalmi depriváció,
- mérgező anyagok, kórokozók és veszélyes életkörülmények,
- diszkrimináció és a társadalmi eredetű traumák egyéb formái (mentális, fizikai, szexuális, közvetlenül vagy közvetetten megtapasztalt a szóbeli fenyegetésektől az erőszakos cselekedetig),
- az egészségkárosító árucikkek célzott marketingje (gyorséttermek kínálata, pszichoaktív szerek, mint a dohány- és alkoholtermékek, egyéb legális vagy illegális drogok),
- nem megfelelő egészségügyi ellátás,
- az ökológiai rendszer működési hibái, beleértve a honos népesség szisztematikus elidegenedését az általuk használt és művelt területektől és a tradicionális gazdasági tevékenységüktől.

Az ökoszociális gondolkodás negyedik alapelve két fogalmat definiál: a felelősséget és aktivitásra való képességet (*responsibility, agency*). Mindkettő az egészségegyenlőtlenségekre vonatkozik, illetve azokra a módozatokra, ahogy azt monitorozzák, elemzik és kezelik. Mindkét kifejezés a politikai és gazdasági rendszer által kifejtett hatásra hívja fel a figyelmet, ahogyan ezek befolyásolják a népességen belül a betegségek előfordulását és az egészségegyenlőtlenségek kialakulását, fennmaradását. Ez az ökoszociális elem közvetlenül a hatalom kérdésére irányítja a figyelmet. Az intézmények és az egyének felelősségét vizsgálja abban a tekintetben, hogy aktívak, vagy inkább ellenkezőleg, elkerülik az aktivitást. A felelősség minden szinten való elismerése nem azt jelenti, hogy az minden szinten egyenlően oszlik meg. Sőt, inkább azt, hogy a makroszintű jelenségek nagyobb hatással, kényszerítő erővel bírnak a mezo- és mikroszintű jelenségek előmozdítására.

ÖSSZEGZÉS

A bemutatott ökoszociális egészségmodell az emberre ható jelenségek egymással minden szinten való egybefonódását hangsúlyozza. Kiemeli, hogy az egészséget meghatározó egyéni tényezőket – leszámítva az öröklött tulajdonságokat – jórészt a környezeti tényezők befolyásolják, és ezek között is a társadalmi-gazdasági-politikai körülmények azok, amelyek mint az „okok okai” valamennyi tényezőre hatással vannak. Kiemeli, hogy az egyének önkárosító magatartását is döntően meghatározza a külső

környezet. Emiatt a kockázati egészségmagatartás visszaszorítása is csakis a társadalmi-gazdasági-politikai környezet megfelelő változtatása révén lehet sikeres.

HIVATKOZÁSOK

[1] Krieger N. Epidemiology and the People's Health: Theory and Context. Oxford University Press; 2011.
[2] Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? Soc Sci Med. 1994;39(7):887-903.
[3] N. Kollár K, Szabó É. Pszichológia pedagógusoknak. Kiadás városa: Kiadó neve; 2004. 21-3.
[4] Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1979.
[5] Vitrai J, Kimmel Z. Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Mitől függ és hogyan változtatható az egészségmagatartás? I. rész. Egészségtudomány. 2015;3:57-70. http://egeszsegtudomany.higienikus.hu/cikk/2015-3/2015-3.pdf Elérve: 2017. 09. 21.

A népegészségügyi adatgyűjtések etikai vonatkozásai Az Egészségügyi Világszervezet újonnan közzétett irányelveinek ismertetése

Review of the WHO guidelines on ethical issues in public health surveillance

Szerzők: Vitrai József ✉
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2017.09.14.
doi: 10.24365/ef.v58i3.174

Kulcsszavak: adatgyűjtés; etika; irányelv

Keywords: surveillance; ethics; guideline

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) népegészségügyi adatgyűjtésekhez[i] közreadott etikai irányelvei[1] az első olyan nemzetközi koncepció, amely a maga nemében igen fontos hiányosságot pótol. Az irányelvfejlesztési projekt célja az volt, hogy segítse a politikai döntéshozókat és irányítsa a szakembereket a népegészségügyi adatgyűjtések által felvetett etikai kérdésekben. Ez a dokumentum 10 olyan etikai irányelvet határoz meg, amelyek segítséget nyújthatnak mindazoknak, akik népegészségügyi adatgyűjtésekben vesznek részt, beleértve a kormányzati hivatalok tisztviselőit, az egészségügyi dolgozókat, a nem kormányzati szervezeteket és a magánszektort.

AZ ADATGYŰJTÉSEK ETIKAI KOCKÁZATA

Az etikusan végrehajtott népegészségügyi adatgyűjtések nélkülözhetetlenek az emberek jóllétét elősegítő programok megvalósításához. Hozzájárulhat az egyenlőtlenségek csökkentéséhez: a tisztességtelen, igazságtalan és megelőzhető szenvedések nem csökkenthetők, ha először nem válnak láthatóvá. De az adatgyűjtések kockázatot jelenthetnek a résztvevők számára, és ez néha etikai dilemmákat okoz. A magánéletre, az autonómiára, a méltányosságra és a közösség jóllétére vonatkozó problémákat kezelni, és megtalálni a megfelelő egyensúlyt a gyakorlatban nagy kihívást jelenthet. Ehhez kíván a WHO az irányelvekkel segítséget nyújtani.

A betegségekre vonatkozó adatgyűjtés a XIX. század végétől alapvető népegészségügyi tevékenység. A népegészségügyi adatgyűjtés teszi lehetővé a járványok kitörésének megakadályozását és a szükséges válaszlépések megtételét, de jelentősége a fertőző betegségeken messze túlterjed. Jól látható ez az 1. táblázat alapján, amely a megfigyelt terület, a megfigyelés céljai, az adatgyűjtés és az elemzés módszerei, valamint az eredmények hasznosítása szerint jellemzi ezt a tevékenységet.

A népegészségügyi adatgyűjtések gyakran úgy történnek, hogy a lakosság nincs tudatában az adatgyűjtés következtében felmerülő megbélyegzés, megkülönböztetés vagy az egyenlőtlenségek elmélyítésének kockázatával. Maga a tevékenység

[i] A dokumentumban szereplő *public health surveillance* kifejezést népegészségügyi adatgyűjtésnek fordítottuk.

ugyanakkor elkerülhetetlenül együtt jár értékek és ítéletek konfliktusaival azzal kapcsolatban, hogy hogyan lehet összeegyeztetni az össztársadalmi célokat az egyének és csoportok érdekeivel. Bár jól ismertek a tudományos kutatásokra kidolgozott etikai irányelvek – beleértve a járványtani, epidemiológiai vizsgálatokra vonatkozóakat is –, eddig még nem került sor azoknak az elméleti kereteknek a kimunkálására, amelyek a népegészségügyi adatgyűjtések etikus megvalósítását támogatják a fertőző betegségektől a nem fertőző krónikus betegségeken keresztül a környezeti és foglalkozási kockázatokig terjedő területeken.

1. táblázat: A népegészségügyi adatgyűjtések dimenziói

Terület						
Fertőző betegségek	Nem fertőző betegségek	Környezeti tényezők	Kockázati tényezők, jelzők	Egészségügyi rendszer	Demográfiai változók	Egészségesemények (pl. élelmiszerbiztonsági)
Célok						
Járvány korai jelzése	Trend- és térbeli elemzés	Kockázat azonosítása	Hipotézis generálása	Teljesítmény monitorozása	Beavatkozás hatáselemzése	Politikaelemzés
Adatforrások						
Regiszterek	Esettanulmányok	Rendszeres felmérések	Biobankok	Másodlagos adatforrások	Lakossági (teljes/minta)	Közösségi média
Elemzési módszerek						
Incidencia, prevalenciabecslés	Összefüggéselemzés	Idősorok elemzése	Téri mintázat elemzése	Adatbányászat		
Felhasználás						
Szakpolitika változtatása	Strukturális beavatkozás	Eset-, járvány azonosítása	Hipotézis igazolása	Implementációs kutatás	Minőségfejlesztés	

A WHO szakdokumentuma a II. fejezetben áttekinti a népegészségügyi adatgyűjtések különböző értelmezését, és leszögezi: „Ez az irányelv az adatgyűjtést tágan értelmezi” (14. o.). Alátámasztásul hivatkozik a következő meghatározásra: az adatgyűjtés olyan „egészséggel kapcsolatos folyamatos, rendszeres gyűjtés, elemzés és értékelés, amely a népegészségügyi tevékenységek tervezését, megvalósítását és értékelését szolgálja.”[2] Az írás röviden bemutatja, hogyan alakult a népegészségügyi adatgyűjtéssel kapcsolatos, a tagállamok által 2005-ben elfogadott nemzetközi szabályozás (*International Health Regulations*).

A dokumentum III. fejezete érintve az eddigi releváns etikai irányelveket összefoglalja a népegészségügy elmúlt két évtizedben megfogalmazott etikai alapelveit: a közös érdeket, a méltányosságot, a szolidaritást, a viszonosságot és a lakosság jóllétét. A WHO irányelvét kidolgozó szakértők a közös érdek, a méltányosság, az egyének tisztelete, illetve a jó kormányzás etikai elvét tartották alapvetőnek a népegészségügyi adatgyűjtés etikai irányelvének meghatározásához.

A WHO dokumentum IV. fejezete sorolja fel és fejti ki az alábbi etikai irányelveket, amelyek egyrészt lefedik a megvalósítók felelősségét, másrészt a résztvevők védelmének kötelezettségét, harmadrészt az eredmények kommunikálására és az adatok megosztására vonatkozó megfontolandókat.

IRÁNYELVEK

1. Minden országnak kötelezettsége, hogy megfelelő, fenntartható népegészségügyi adatgyűjtést alakítson ki. Az adatgyűjtési rendszernek rendelkeznie kell világosan megfogalmazott célokkal és az adatgyűjtésre, az elemzésre, valamint a releváns népegészségügyi prioritásokhoz kapcsolt felhasználásra vonatkozó tervvel.
2. Minden országnak kötelezettsége, hogy olyan megfelelő, hatékony eljárást dolgozzon ki, amely az adatgyűjtések etikus megvalósítását biztosítja.
3. Adatok csak jogszabályban rögzített népegészségügyi célból gyűjthetők.
4. Minden országnak kötelezettsége, hogy a népegészségügyi célok eléréséhez gyűjtött adatok megfelelő minőségét biztosítsa, beleértve az időszerűséget, a megbízhatóságot és az érvényességet.
5. A népegészségügyi adatgyűjtés tervezését közzétett kormányzati prioritásokra kell alapozni.
6. A globális közösségnek kötelessége támogatni olyan országok adatgyűjtését, amelyek nem rendelkeznek ahhoz elégséges erőforrással.
7. A népegészségügyi adatgyűjtések tervezésekor, megvalósításakor és eredményeinek felhasználásakor figyelembe kell venni a különböző társadalmi csoportok értékeit, aggályait.
8. A népegészségügyi adatgyűjtések megvalósítóinak az esetleges károk (2. táblázat) minimalizálása érdekében előzetesen kell azonosítaniuk, értékelniük a kockázatokat, és azokat nyilvánosságra kell hozniuk. Gondoskodni kell a károk folyamatos monitorozásáról, és amennyiben valamilyen károkozásra fény derül, megfelelő beavatkozást kell alkalmazni az enyhítésére.
9. Ha az adatgyűjtésbe olyan egyéneket vagy társadalmi csoportokat vonnak be, akik betegségek, megkülönböztetés és igazságtalanság által különösen veszélyeztetettek, kritikus és gondos elemzéssel arra kell törekedni, hogy ne érje őket szükségtelen terhelés.
10. A népegészségügyi adatgyűjtés keretében a személyek azonosítására alkalmas adatok biztonságát a kormányzat és a közreműködő szervezetek kötelesek szavatolni.

A hazai népegészségügyi szakemberek számára bizonyosan hasznosak lesznek a bemutatott irányelvek a magyarországi népegészségügyi adatgyűjtési rendszer jövőbeli tervezésekor és működtetésekor.

2. táblázat: Népegészségügyi adatgyűjtések adatainak feltárásából eredő esetleges károk

Ártalom	Következmény
Testi	Közterületi támadás, partner-, családi erőszak, késedelmes vagy elmaradt kezelés
Jogi	Letartoztatás, védelemelés, halálbüntetés, kiutasítás
Szociális	Diszkrimináció, kollektív diszkrimináció, elszigeteltség, ellátáshoz való hozzáférés akadályoztatása, kiközösítés
Gazdasági	Munkahely, jövedelem elvesztése; ellátásból kizárás; biztosítás elvesztése; biztosítási díj, ellátási költségek növekedése; karrierlehetőségek, létfenntartási erőforrások beszűkülése; kényszerköltözés
Pszichikai, érzelmi	Zavar, trauma, stigmatizáció

HIVATKOZÁSOK

[1] WHO guidelines on ethical issues in public health surveillance, WHO 2017; http://www.who.int/ethics/publications/public-health-surveillance/en/ (Elérve: 2017. 08. 28.)
[2] WHO health topics | Public health surveillance. Geneva: World Health Organization, 2014; http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/; (Elérve: 2017. 08. 29.)

Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése

Building a National Culture of Health Review of the RAND Corporation report

Szerzők: Kaposvári Csilla[a] ✉, Vitrai József[b]
a: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Doktori Iskola, b: Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2017. 09. 14.
doi: 10.24365/ef.v58i3.179

Kulcsszavak: egészségkultúra; egészség és jóllét; közösségi egészségkapacitás; cselekvési keretrendszer

Keywords: culture of health; health and well-being; community health capacity; action framework

BEVEZETÉS

A Robert Wood Johnson Alapítvány 2013 óta foglalkozik az egészségkultúra-koncepciójának *(Culture of Health)* kidolgozásával az Egyesült Államokban. A jelen szakirodalmi ismertető tárgya a RAND Corporation által az alapítvány felkérésére készített jelentés.[1] A jelentés 221 oldalban mutatja be a tíz alapelvre épülő (részletesen lásd lejjebb!) egészségkultúra-koncepció megvalósításának cselekvési keretrendszerét, a mérési stratégiát és a megvalósítás kezdeti lépéseit.[i] A jelentés hosszú, egy éven keresztül tartó munkafolyamat eredménye, amely szakirodalmi áttekintésen, strukturált szakértői egyeztetéseken és érdekcsoportok bevonásán alapult. A folyamat három fő elemzési szakaszra épült. Az első szakaszban az egészségkultúra tíz alapelvét csoportosították a cselekvési területek azonosítása céljából, majd fiktív logikai modellek segítségével elemezték a lehetséges hatásokat és ellenőrizék, hogy a cselekvési területek megválasztása összhangban van-e a rendelkezésre álló bizonyítékokkal (például eredmények és kimenetek, amelyek bizonyítékokhoz kapcsolódnak). Végül a koncepció feltérképezése következett az érdekcsoportok széles körében, amivel ellenőrizték, hogy a cselekvési területekre vonatkozó fogalmi csoportosítások érthetők és alkalmazhatók voltak a különféle érdekcsoportok által. A mérési stratégia kidolgozását követően a szakirodalmi áttekintés és szakértői csoportelemzések során a cselekvési területek lényegi elemeit leginkább megragadó indikátorok azonosítása és szelekciója történt meg.

MI HOZTA LÉTRE EZT AZ EGÉSZSÉGKULTÚRÁVAL KAPCSOLATOS KEZDEMÉNYEZÉST?

Az Amerikai Egyesült Államok többet költ egészségügyi ellátásra, mint bármely más ország, ám az amerikai emberek adódollárjai nem hozzák meg az elvárt hatást a lakosság egészségi állapotában. Az amerikaiak születéskor várható élettartama a negyven legfejlettebb ország közül csak a 26.

[i] Ehhez a témához szorosan kapcsolódik az Egészségfejlesztés folyóirat előző számában megjelent, „Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet?" című háromrészes cikksorozat Egészségfejlesztés, 2017/2

Egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy az amerikai emberek egészségi állapotának javításához az egészségügyi rendszer megreformálásán kívül többre van szükség. A szerzők kiemelik, hogy az egészség több társadalmi rendszer működésének eredménye, nem kizárólag az egészségügyi ellátásoké. Az egészség-magatartásnak, a társadalmi és fizikai környezetnek – ahol az emberek élnek és dolgoznak –, erősebb hatása van a jóllétre, mint kizárólag az egészségügyi szolgáltatásoknak. Ezért az összes szektor egészségben betöltött szerepének és cselekvési lehetőségeinek újragondolása szükséges. Ez olyan átalakulást foglal magában, ahol az egészségügyi rendszer az egészség, a népegészségügy és a szociális ellátórendszer közötti egyensúlyt teremtő szerepet tölt be annak érdekében, hogy az egyéneknek és a közösségnek a legmagasabb szintű értéket hozza létre.

A szerzők megállapítják, hogy az egészség tágabb értelmezését továbbá olyan nagyobb társadalmi változások is szükségessé teszik, mint például a lakosság elöregedése, a bevándorlás felerősödése. A jóllét és az egészség fejlesztése, a betegségek megelőzése olyan különböző szervezetek programjaiba is bekerült, amelyek tradicionálisan nem foglalkoztak az egészség kérdésével. Ezek a változások felerősítették az USA-ban azt a nemzeti mozgalmat, amely kiköveteli és támogatja a széles körben elfogadott és komplex egészségkultúra jövőképét.

A jelentésben a kultúrát úgy definiálják, mint a hiedelmek, attitűdök, értékek és cselekvések megosztása és összehangolása az egyének, a szervezetek szintjén és a döntéseket hozó intézményekben (például ahol a politikák vagy törvények születnek). Nincs egy közös kultúra, inkább a kultúra a különböző földrajzi vagy demográfiai határok által létrehozott közösségekben fejlődik. A jelentés az egészség meghatározásában a WHO[2], a Stoto-féle[3] populációs szintű egészség és jóllét, valamint az Ottawai Karta [4] által képviselt egészségértelmezést veszi alapul.

A jelentés szerint az egészségkultúra akkor jön létre, amikor az egészséget minden szektor kiemelt értéknek tekinti, és amikor az egyének és szervezetek rendelkeznek azzal a képességgel, hogy az egyéni és közösségi jóllétet előmozdítsák, hogy olyan fizikai és társas közeget teremtsenek, ahol az egészség prioritás, továbbá támogatják, hogy mindenki hozzáférjen az egészséges életmód lehetőségeihez és a magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz. Az egészségkultúra tehát nem más, mint annak átformálása, ahogyan a társadalom az egészségről gondolkodik. A folyamat eredményeként kialakult egészségkultúra csak komplex, rendszerszintű változások alapján valósulhat meg.

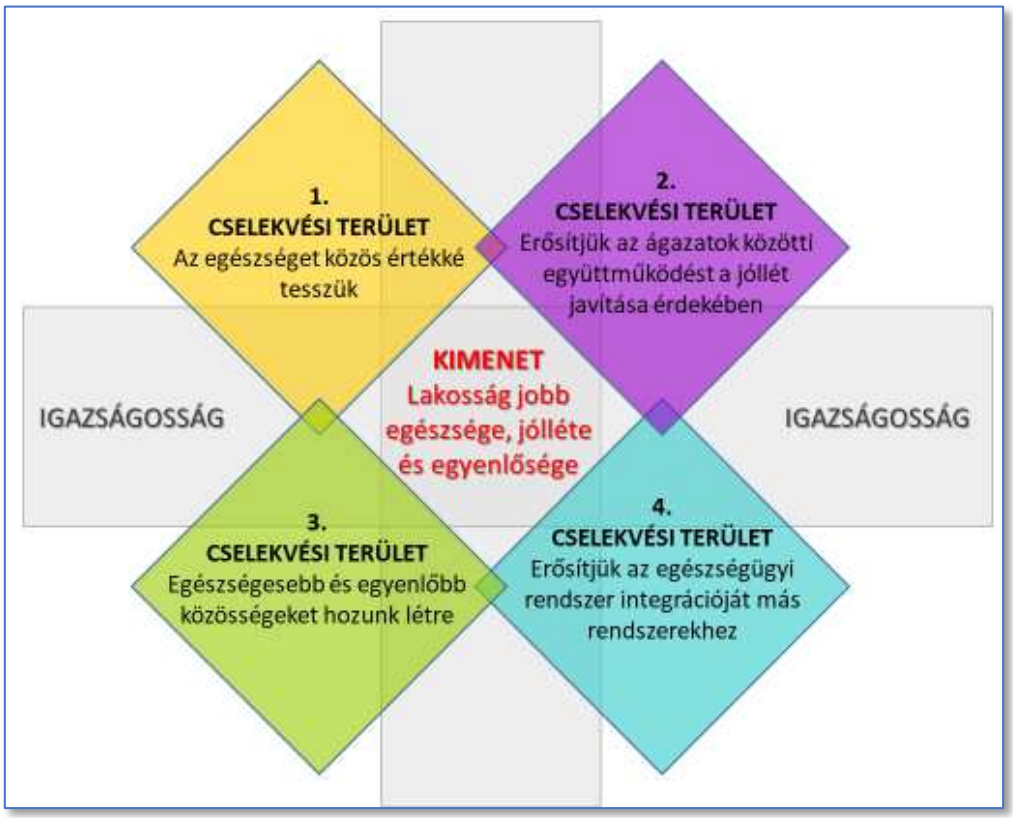
Az alapítvány az ismertetett folyamat első lépéseként az egészségkultúra tíz alapelvét fogalmazta meg:

1. Optimális egészség és jóllét van minden földrajzi térségben, demográfiai és társadalmi csoportban.
2. Mindenki számára fontos az egészség és az egészség megtartása, ehhez a társadalom minden tagjának megvan a lehetősége.
3. Az egyének és a családok képesek és lehetőségük is van olyan döntéseket hozni, melyek egészséges életmódhoz, optimális jólléthez és funkcionalitáshoz vezetnek.
4. A kormány, az egyének, az üzleti élet szereplői, szervezetek és intézmények együtt dolgoznak az egészséges közösségek és az egészséges életmód támogatásán.
5. Mindenkinek van hozzáférése megfizethető és magas színvonalú egészségügyi ellátáshoz – megelőzéshez és gyógyító ellátáshoz egyaránt.
6. Senki sem marad ki a rendszerből.
7. Az egészségügyi ellátórendszer hatékony és méltányos.
8. A gazdaságot nem terhelik túlzott és indokolatlan egészségügyi kiadások.
9. Az emberek egészsége vezérli a magán- és a közszféra döntéseit.
10. Az amerikai emberek megértik, hogy az egészség és jóllét állapotát csak együttesen tudják elérni.

A CSELEKVÉSI KERET KIFEJLESZTÉSE

A jelentésben bemutatott cselekvési keret célja, hogy holisztikus és integrált rendszerbe foglalja össze azokat a lépéseket, amelyek szükségesek a populációs szintű egészség és jóllét eléréséhez. Az egészségkultúra cselekvési keretrendszerének cselekvési és kimeneti területeit az 1.ábra mutatja be.

1. ábra: Az egészségkultúra cselekvési keretrendszere



Forrás: A jelentésben szereplő Figure S.1. nyomán saját szerkesztés

Az egészségkultúra cselekvési keretrendszere négy cselekvési területből és egy kimeneti területből áll. A szerzők kiemelik, hogy bár az ábrán nem szerepel, de mindegyik cselekvési területhez tartoznak ún. háttérfolyamatok (*driverek*[ii]). Ezek a beavatkozási prioritások elengedhetetlenek a lakosság egészségének időben fenntartható javulásához és a cselekvési terület fejlődéséhez egyaránt; ezért ezek időben állandó prioritások, és mihamarabb fel kell gyorsítani bennük a változást az USA-ban.

Minden cselekvési területhez tartoznak még meghatározott indikátorok, amelyek az előrehaladás/fejlődés mérésének kiindulópontjaként és a változási folyamat követésére szolgálnak. A mérési rendszer rugalmas és támogatja, hogy az érintett csoportok párbeszédén alapulva az előrehaladás más kulcsterületei is előtérbe kerüljenek a monitorozás folyamán. Például a könyvtári szolgáltatáshoz való hozzáférés nemcsak a kulturális szektort hozza be a folyamatba, de párbeszédet indíthat el arról, hogy a közösségben milyen jóllétet szolgáló intézkedések, lehetőségek érhetők el.

A négy cselekvési területet a szerzők az alábbiakban foglalják össze:

Az 1. cselekvési terület: az egészséget közös értékké tesszük

E terület fókusza, hogy az egyének között milyen mértékben közös érték az egészség, és milyen mértékű az egymásrautaltság érzése. Közös értéken azt értik, hogy az egyének és a közösségek az egészséget prioritásként kezelik, az egészség vezérli a helyi döntéshozatalt, a közösségek nagy elvárással fordulnak a környezetük, az egészségügyi és szociális rendszer felé. Továbbá az emberek átélik, hogy az egészségük hatással van másokra és viszont. Olyan döntéseket hoznak, amelyek nemcsak a saját egészségüket fejleszti, hanem a közösségük többi tagjáét is. Az egészség közös értékké tétele többszintű

[ii] *Driver:* Olyan háttérfolyamat, háttérmechanizmus, amely alapfeltétel a cselekvési terület működéséhez.

folyamat, az egyéni szint mellett közösségi/szervezeti szinten is kialakul. Ide értendők a családi kapcsolatok, a szomszédok, a szervezetek közötti interakciók, valamint az egyéni és szervezetek közötti kapcsolatok szintjei is. E terület megértéséhez és fejlesztéséhez a szociális hálózatokkal, a közösségek ellenálló képességével, a jólléttel, a viselkedés közgazdaságtanával valamint a közösségi vagyon fejlesztésével foglalkozó kutatások járulhatnak hozzá.

A szerzők három alapvető háttérfolyamatot emelnek ki az egészség mint közös érték kialakításában:

- gondolkodásmód és elvárások,
- közösségtudat,
- civil részvétel.

Az egészség mint közös érték érzése (azaz az egészség olyan prioritás, amelynek értéke van) előfeltétel az egészségkultúra kiépítéséhez. Az egészség mint közös érték kialakításához és megértéséhez szükséges a lakosság érthető tájékoztatása és a megfelelő kommunikáció. A közös érték megteremti az igényt az egészséges közösségek kialakítására, ezáltal beindul az egészségkultúra felé történő változás. Ehhez a változáshoz a gondolkodásmód mellett elengedhetetlen olyan közösségek megléte, amelyek képesek tudatosítani a közös igényt (közösségtudat), képesek magukat mobilizálni és megszervezni (civil részvétel) az egészséges környezetüket.

A gondolkodásmód és elvárások háttérfolyamat az egyének, családok és szervezetek egészségről alkotott elképzeléseit, véleményét és elvárásait jelenti. Ezek megértése segít abban, hogy a közösségi szerveződés és kommunikációs folyamatok mely pontjain lehet beavatkozni az egészség érdekében történő mozgósításhoz. Az erős közösségi érzés megléte is fontos a változásban. Azok a közösségek, ahol erős az összetartozás és hatékony az önszerveződés, jobban felismerik az igényeiket és képesek cselekedni azok mentén. Az összetartozásra épülő közösségekben és ahol bizalom van az egyénekben, folyamatokban és intézményekben, könnyebben alakítható ki az egészségkultúra, könnyebben elsajátíthatók a kulturális értékek, normák és hagyományok. Ezzel összefüggésben a civil részvétel előfeltétele, hogy az egyének érezzék, van hatásuk a változásokra, a civil részvétel viszont elengedhetetlen az egészségre vonatkozó közös igények, tervek és ösztönzők megfogalmazásában. A civil részvételt befolyásoló tényezőket három szinten meghatározva az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat: A civil részvételt befolyásoló egyéni, közösségi, döntéshozatali tényezők

Szint	Tényezők
Egyéni	• Érdeklődés a civil részvétel vagy civil érdekképviselet iránt • Annak érzése, hogy a civil szerepvállalás fontos és értékelt
Szervezet/Közösség	• A civil szerepvállalás szervezetek általi támogatása • A közösség érdeklődése a döntéshozatalban való civil szerepvállalás iránt • A közösségi vagyon ismerete
Döntéshozatali környezet/szakpolitikák	• Szakpolitikák megléte, melyek megkövetelik, vagy legalább támogatják a civil szerepvállalást a döntéshozatalban • Olyan kormányzási struktúrák, amelyek magukban foglalják az egyének és szervezetek civil szerepvállalását

Forrás: A jelentés 5.3 táblázata nyomán[1]

A fenti háttérfolyamatok tekintetében a szerzők az alábbi mérési területeket és illusztratív indikátorokat határozták meg:

- az egymásrautaltság érzésének mértéke az egészség területén,
- a jóllét értéke,
- egészségfejlesztéssel és jólléttel kapcsolatos közviták száma,
- közösségtudat,
- szociális támogatottság,
- szavazati részvétel,
- önkéntesség.

Az elvégzett munka és a cselekvési keretrendszer kidolgozottságára példaként álljon itt a jelentés 1. cselekvési területéhez tartozó háttérfolyamat/indikátor/hozzájárulás táblázata (2. táblázat)

2. táblázat: Háttérfolyamatok szerinti mutatók: Az egészséget közös értékké tesszük[1]

Háttérfolyamat	Mutató	Mit mér a cselekvési területen/ a teljes egészségkultúrában?
Gondolkodásmód és elvárások	A Twitteren az egészségfejlesztés és jóllétről szóló bejegyzések és az akut orvosi ellátásról szóló bejegyzések egymáshoz viszonyított aránya.	A betegségek kezelésén túl megmutatja az egészségfejlesztéssel kapcsolatos fogyasztói magatartás és érzelmek megváltozását.
Gondolkodásmód és elvárások	Azoknak a felnőtteknek az aránya, akik egyetértenek azzal, hogy az egészségüket jelentősen befolyásolják a társaik, a szomszédaik és a tágabb közösségük.	Azt jelzi, hogy milyen mértékben értik meg az emberek, hogy az egészség függ egymástól, és az egyéni viselkedés befolyásolja a közösség jóllétét és fordítva.
Gondolkodásmód és elvárások	Azoknak a felnőtteknek az aránya, akiket érdekel, mit tesz a közösségük a jóllétért.	Betekintést ad abba, hogy az egyéneket mennyire érdekli és mennyire prioritásuk az egészségkultúra, illetve tágabban mennyire elvárás a jóllét.
Közösség érzése	A Közösség Érzése Index két alskálájának összesített értéke: érzelmi kapcsolat (a közösséggel), és tagság (a közösséghez tartozás érzése).	A kohézió relatív érzését jelenti, amely alapvető az egészségkultúra fejlesztésében, az elköteleződés és a közös értékek érzésében.
Közösség érzése	Azoknak a felnőtteknek az aránya, akik megfelelő társas támogatottságot éreznek a társuktól, a családjuktól és a barátaiktól.	Két dolgot jelöl: az egészségre és jóllétre vonatkozó kapcsolódás érzését, valamint azt, hogy a közösség tagjai milyen mértékben nyújtanak támogató és egészséges környezetet.
Civil részvétel	Választások során a szavazatra jogosult voksoló polgárok aránya.	A civil részvétel egyik indikátora, amely egyben kulcsindikátora az egészségkultúra fejlődésének, jelzi mennyire képesek a közösség tagjai az egészségért és a jóllétért tenni.
Civil részvétel	Önkéntességről beszámoló felnőttek és fiatalok aránya.	Egyrészt a civil részvétel egyik indikátora, másrészt jelzi a közösség érdekében tett altruista cselekedetek mértékét, amely kulcsfontosságú az egészségkultúrában.

Forrás: A jelentés 5.4 táblázata nyomán[1]

A 2. cselekvési terület: erősítjük az ágazatok közötti együttműködést a jóllét javítása érdekében

Az ágazatok közötti együttműködések célja, hogy összekapcsolja a hagyományosan egészségfókuszú szektorok (népegészségügy, egészségügyi, szociális ellátórendszer) tevékenységét olyan szektorokkal, amelyek hozzájárulása az egészséghez és a jóllléthez az utóbbi években került az érdeklődés központjába (üzleti szektor, oktatás, lakhatás, jog, közlekedés, városfejlesztés stb.). Az ágazatok közötti együttműködések terén három kritikus háttérfolyamatot azonosítanak: az együttműködések száma és minősége, beruházások az ágazatokon belül, valamint az együttműködéseket támogató politikák.
Ez azt is jelenti, hogy az ágazatok tisztában vannak a szerepükkel és az egészséghez való hozzájárulásukkal, hatékonyan működnek együtt és megvannak a folyamatos együttműködéshez szükséges források és szabályozások.
Ehhez a cselekvési területhez az alábbi mérési területeket azonosították:

- a helyi egészségügyi igazgatás együttműködései,
- az iskolai egészségfejlesztés lehetőségei,
- munkahelyi egészségfejlesztés és az egészségkultúra támogatása a vállalatoknál,
- vállalati adományozás,
- szövetségi szintű egészségfejlesztési célú allokáció a táplálkozás és a benti és kültéri fizikai aktivitás terén,
- közösségi kapcsolatok és támogató szabályozás,
- egészséges és egészségtelen termékek, üdítőitalok reklámjának való kitettség a fiatalok körében,
- klímaváltozásnak való kitettség és adaptáció,
- egészséges közpolitikák (például dolgozó családok támogatása).

A 3. cselekvési terület: egészségesebb és egyenlőbb közösségeket hozunk létre

Ennek a cselekvési területnek a célja az, hogy a fizikai, szociális és gazdasági környezet – amelyben az emberek élnek, dolgoznak és pihennek – biztosítsa, hogy az egészséges választás legyen a legkönnyebb alternatíva mindenki számára, beleértve a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokat is, úgymint az etnikai csoportokat, a szegényebb területen élőket, mivel számukra bizonyítottan korlátozottan kínálnak egészséges lehetőségeket. A szerzők kiemelik a rossz egészségi állapot kialakulásában a strukturális háttérfolyamatok szerepét, ezek közül is az etnikai alapú területi szegregációt, mint a társadalmi-gazdasági forrásokhoz, az iskolákhoz a kiskereskedelmi egységek szolgáltatásaihoz, és egyéb egészségfejlesztő tevékenységekhez való hozzáférés legfontosabb meghatározó tényezőjét.
Három alapvető háttérfolyamatot azonosít a jelentés az egészségesebb és egyenlőbb közösségek kialakításában: az épített és fizikai környezet állapota, a szociális és gazdasági környezet, szabályozás és kormányzás.
Ehhez a cselekvési területhez az alábbi mérési területeket azonosították:

- a lakhatás megfizethetősége,
- egészséges élelmiszerhez való hozzáférés,
- a fiatalok biztonsága,
- lakóhelyi szegregáció,
- kora gyermekkori fejlesztés,
- közkönyvtárak,
- átfogó közterület-szabályozás,
- levegőminőség.

4. cselekvési terület: erősítjük az egészségügyi rendszer integrációját más rendszerekhez

E cselekvési terület víziója egy koordinált, átfogó egészségügyi rendszer, amely egyensúlyt teremt és integrálja az egészségügyi ellátórendszert, a népegészségügyet, a szociális ellátást és rendszert. A jövő egészségügyi rendszere egyén- és családközpontú, bizonyíték- és értékelésalapú, valamint együttműködő csoportokra épülő lenne. Célja, hogy javítsa a lakosság egészségi állapotát és jóllétét, minimálisra csökkentse az ápolási terheket, és növelje a családok és egyéb segítők ápolási kapacitásait. Egymással összefüggő orvosi, szociális, fejlesztési, viselkedéses és oktatási igényeket elégítene ki az optimális egészség és jóllét érdekében olyan élő vagy virtuális egészségcsoportokra alapozva, amelyek együtt dolgoznak a családokkal, orvosokkal, közösségi partnerekkel és más szakemberekkel. A szociális ellátások jelentősége, illetve az integráció jelenlegi hiánya az egészségügyi ellátással, megmagyarázhatja azt a jelenséget, hogy bár az OECD-országok közül az USA-ban költenek legtöbbet az egészségügyi ellátásra, míg relatíve keveset a szociális ellátásra, ott a legrosszabbak az egészségmutatók.
A jelentés három háttérfolyamatot azonosít ezen a területen is: hozzáférés; fogyasztói szemlélet és minőség; egyensúly és integráció. Ez a három tényező kulcsfontosságú a preventív szolgáltatások korai használatában, az egészségügyi kiadások egyensúlyában és a magas színvonalú egészségügyi ellátás elérésében.
Ehhez a cselekvési területhez az alábbi mérési területeket azonosították:

- hozzáférés a népegészségügyi szolgáltatásokhoz,
- hozzáférés az állandó egészségügyi biztosításhoz,
- hozzáférés a mentális egészséggel kapcsolatos szolgáltatásokhoz,
- a fogászati ellátás igénybevétele az előzőévben,
- fogyasztói vélemények,
- az egészségügyi ellátáshoz hozzáférő lakosság aránya,
- az orvosi rekordok elektronikus összekapcsoltsága,
- a védőnők/ápolónők működésének jogi szabályozottsága,
- szociális kiadások az egészségügyi kiadások arányában.

Kimeneti terület

A tíz alapelvre épülő egészségkultúra három kimeneti területén belül – azaz a lakosság egészségi állapota, a jóllét és az egyenlőség – további három indikátort azonosít a jelentés. Ezek a növekvő egyéni és közösségi jóllét, ellátott krónikus betegségek és csökkenő toxikus stressz, csökkenő egészségügyi kiadások. E kimeneti területen mérhetők a négy cselekvési területen és a hozzájuk tartozó háttérfolya-

matokban történt változások hatásai. A hagyományos egészségmonitorozási rendszerek, különösen az egyes megbetegedések követésére szorítkozók, nem elégségesek és átfogók a komplex, rendszerszintű változások mérésére.
A kimeneti területhez az alábbi mérési indikátorokat azonosították:

- a jóllét mértéke,
- a gondozók terhei,
- ártalmas gyermekkori tapasztalatok,
- a családok egészségügyi kiadása,
- a megelőzhető kórházi ellátás aránya,
- életvégi egészségügyi kiadások éves szinten.

MEGVALÓSÍTÁS ÉS KÖVETKEZŐ LÉPÉSEK

A jelentés kiemeli, hogy mivel a bemutatott egészségkultúra-koncepció úttörőnek számít, a mérési területeken bekövetkező változások követésére alkalmas, jelenleg rendelkezésre álló információk köre számos területen hiányos, például egészségfejlesztés, közösségi egészségkapacitások, ágazatok közötti együttműködések, közös értékek, a jóllét fejlődése. Ezért a mozgalom ún. tesztközösségekben vizsgálja a változásokat, ezzel kiegészíti az egészségkultúra nemzeti monitorozási rendszerét. Ez segít követni és megérteni, hogyan fejlődik az egészségkultúra helyi szinten. A projekt közösségi tesztrendszere 2015-ben kezdődött el és alapvető jelentőségű annak megértésében, hogy hogyan fejlődnek a közösségek, milyen adatokat használnak a fejlődés követésére, és ezeket hogyan lehet gyűjteni és elemezni annak fényében, ahogy a nemzeti mozgalom előrehalad. Továbbá segítenek megérteni a kulturális változások folyamatát, az esetleges ellenállásokat és akadályokat, ágazatok közötti együttműködéseket. Rávilágítanak továbbá az olyan egyéni és közösségi erőfeszítésekre is, amely annak a környezetnek a megváltoztatására irányulnak, amelyben az egészségpolitikai döntések születnek és az egészséges élet feltételei megteremtődnek. A fő cél olyan háttérfolyamatok és mutatók azonosítása, amelyekkel mérni lehet a közösségek fejlődését az egészségkultúra elérésében. A mozgalomról, valamint a tesztközösségekről további információt a www.cultureofhealth.org honlapon lehet elérni.
A mozgalom tervezett lépései között szerepel a mérés fejlesztése és a cselekvési keretrendszer mérési stratégiájának kidolgozása, amelynek során megfogalmazzák a mutatók tesztelésére és validálására vonatkozó ajánlásokat is, például hogyan lehet alkalmazni az egyes mérőszámokat helyi vagy országos szinten, és hogyan lehet kommunikálni őket a szélesebb lakosság felé (például fő célcsoportok, kulcsüzenetek). A mérési stratégiának a megvalósítást támogató strukturális változókat is tartalmaznia kell, valamint az egyes ágazatok szerepéhez és bevonódásához kapcsolható faktorokat, a kormányzási struktúrára és a helyi folyamatokra, valamint a helyi és nemzeti felelősségekre vonatkozó információkat is.
A projekt következő fázisában a tesztközösségektől és a nemzeti egészségkultúra monitorozási rendszeréből származó információk felülvizsgálatát és a mérési rendszer finomítását tervezik. Ez azért is fontos, mert a mutatók nemcsak reaktívan mutatják a változást, hanem a meghatározásuk és terjesztésük egyben támogatja, katalizálja és bevonja a közösségeket az egészségkultúra fejlesztésének folyamatába. Az indikátorokkal és a fejlődéssel kapcsolatos tanulási folyamat éves ciklusokban zajlik, amelynek során nemcsak arról kapnak információt, hogy hogyan használják a közösségek a mutatókat, hanem arról is, hogy a kontextus hogyan határozza meg a fejlődést.

HIVATKOZÁSOK

[1] Chandra A, Acosta JD, Carman KG, et al. Building a National Culture of Health: Background, Action Framework, Measures, and Next Steps. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2016.
[2] World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Paper presented at the International Health Conference, New York, 1948.
[3] Stoto MA. Community health needs assessments: An opportunity to bring public health and the healthcare delivery system together to improve population health. Improving Population Health. 2013 http://www.improvingpopulationhealth.org/blog/2013/04/community-health-needs-assessments-an-opportunity-to-bring-public-health-and-thehealthcare-delivery.html Elérve: 2017. 09. 21.
[4] Az Ottawai Egészségfejlesztési Charta Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia. In: Kishegyi J, Makara P. (szerk.) Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004 http://regi.oefi.hu/alapdok.htm Elérve: 2017. 09. 11.

Könyvajánló: A lakosság egészségmagatartásának változtatása

Book review: Health Behaviour Change in Populations

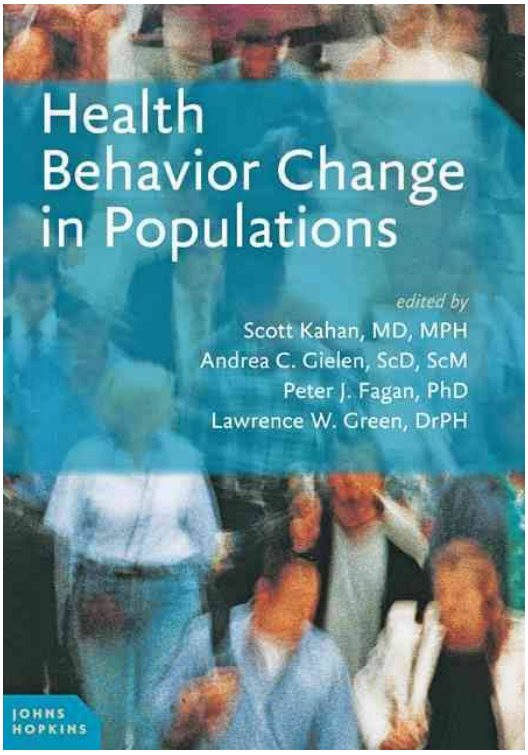
Szerző: Varsányi Péter✉
ELTE TáTK Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék

Beküldve: 2017.09.05.
doi: 10.24365/ef.v58i3.176

Kulcsszavak: egészség; magatartásváltoztatás; lakosság; népegészségügy

Keywords: health; behavior change; population; public health

Scott Kahan, Andrea C. Gielen, Peter J. Fagan, Lawrence W. Green, Editors. Health Behavior Change in Populations. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2014. ISBN-13: 978-1421414553.



Napjainkban az egészségügyi szakemberek többsége egyetért azzal, hogy a lakosság egészségének javításához elengedhetetlen az egyének egészséggel kapcsolatos magatartásának megváltoztatása. Az egészségesebb magatartás kialakítása legalább annyira fontos – ha nem fontosabb –, mint az egészségügyi ellátórendszer folyamatos korszerűsítése és szinten tartása.

A következőkben bemutatásra kerülő könyv ehhez az összetett és sokszereplős magatartásváltoztatáshoz szeretne segítséget nyújtani a népegészségügygyel kapcsolatosan tanulmányaikat folytatóknak, valamint a már gyakorló szakembereknek. „Az egyéntől nem várható el, hogy egészséges döntést hozzon, csak ha lehetősége van ezt megtenni. Számtalan stratégia áll a szakemberek rendelkezésére, hogy az egészséges döntés legyen az alapértelmezett" – írják bevetetőjükben a könyv szerzői, akik neves amerikai egyetemek (Johns Hopkins University, University of California at San Francisco) elismert népegészségügyi szakemberei és oktatói. Céljuk az volt, hogy a szakterületet érintő legfrissebb, bizonyítékokon alapuló információkat könnyen átlátható, rendszerezett és felhasználóbarát formában tárják az olvasók elé. A könyv arra irányul, hogy megfelelő stratégiai alapelveket biztosítson a szakemberek számára a pozitív irányú lakossági szintű magatartásváltoztatás előmozdítására. Az elméleti háttér és a legfrissebb kutatások gyakorlati felhasználásának hangsúlyozásával a népegészségügyi szakembere-

ket olyan szemléletmóddal ruházza fel, amely támogatja az egyéneket az egészségre irányuló döntések meghozatalában a megfelelő támogató környezet kialakításával.

A könyv három fő részből áll. Az első áttekinti azokat a magyarázó modelleket, amelyek hozzájárultak a magatartásváltoztatás tanulmányozásához egyéni és társadalmi szinten, így az olvasó kellő képet kaphat a szakterület időbeli fejlődéséről, komplexitásáról és a modellek mindennapi gyakorlatban való hasznosíthatóságáról. Mint ahogyan a szerzők írják, „azok az egészségmagatartás változtató programok, amelyek modelleken, bizonyítékokon és helyi ismereteken alapulnak, sokkal többet tesznek hozzá a szakterülettel kapcsolatos ismeretekhez és kutatásokhoz, mint azok, amelyek csak egy máshol sikeresen végzett program másolatai.” Ehhez a szemlélethez nyújt alapvető ismereteket a könyv első része.

A második rész a már ismertetett elmélet gyakorlati felhasználását mutatja, részletesen kitérve többek között az elhízás, dohányzás, alkoholfogyasztás, drogfogyasztás, sérülések népegészségügyi problémája és a tudományos bizonyítékokon alapuló magatartásváltoztatás kapcsolatára. A kiemelt rizikótényezők esetében áttekintésre kerülnek azok egészségterhei, kulcsfontosságú meghatározói és fogalmi keretei – beleértve az egyéni, családi, interperszonális, közösségi, szociokulturális és politikai perspektívákat is –, valamint a jelenleg ismert legfrissebb, bizonyítékokon alapuló beavatkozások és bevált, jó gyakorlatok különböző kulcsszereplők (például politikai döntéshozók, egészségügyi szakemberek, munkaadók, kutatók) vonatkozásában.

A harmadik részben további fontos népegészségügyi „határterületek” (például az egészségügyi ellátás, a betegkommunikáció, az egészségműveltség, az egészségkockázat-értékelés) magatartásváltoztatáshoz kapcsolódó problémájáról szerezhet információt az olvasó.

A könyv jól strukturált, könnyen áttekinthető, lényegre törő, nyelvezete érthető. Minden fejezet elején kiemelésre kerültek az adott rész kulcsüzenetei, így az is áttekintő képet kaphat a fejezetről, aki nem kíván annak részleteiben elmerülni. A könynyebb tanulást segíti továbbá a tankönyvhöz készült – a kiadó honlapján ingyenesen elérhető – diasor is, amely az oktatókat, valamint az egyéni tanulókat hivatott segíteni a tananyag elsajátításában. A könyv legvégén egy átfogó szószedet található, amely fontos segítséget adhat a területen dolgozó szakembereknek és a területtel még csak ismerkedő tanulóknak egyaránt.

„A lakosság egészség-magatartásának változtatása” olyan könyv, amely nagyszerű segítség lehet valamennyi népegészségügyi szakember számára, akinek fontos, hogy gyakorlatban is alkalmazható, a legfrissebb bizonyítékokon alapuló ismeretekre tegyen szert. A hazai népegészségügy helyzetét látva, fontos lenne, hogy a könyv minél több szakemberhez eljusson, és az abban szereplő szemlélet mielőbb meghonosodjon itthon is. Habár ez a könyv az USA-ban a népegészségügyi egyetemi képzés tankönyveként szerepel, biztos vagyok benne, hogy a hazai gyakorló szakemberek számára is elengedhetetlen információkat tartalmaz, amelynek megszerzésével és hasznosításával nagy lépéseket tehetnénk egy jobban működő magyar népegészségügyi rendszer, és így egy egészségesebb magyar társadalom felé.

Jó olvasást kívánok!

A zöldség-, gyümölcs- és hüvelyesek fogyasztása és a kardiovaszkuláris betegségek és halandóság 18 országban (PURE): prospektív kohorsz vizsgálat

Fruit, vegetable, and legume intake, and cardiovascular disease and deaths in 18 countries (PURE): a prospective cohort study

Ismertető: Bakacs Márta ✉
Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Szerzők: Miller V, Mente A, Dehghan M et al.
Megjelenés: The Lancet, Published Online August 29, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32253-5

Beküldve: 2017.09.13.
doi: 10.24365/ef.v58i3.178

Kulcsszavak: gyümölcs,- zöldség- és hüvelyes-fogyasztás, kardiovaszkuláris és összhalálozás, regressziós modell, egyéni és környezeti tényezők, kockázatcsökkenés

ÖSSZEFOGLALÁS

Prospektív kohorsz vizsgálatban 135 335, 35-70 év közötti, kardiovaszkuláris betegségtől mentes ember követését indították el 2003 és 2013 között Észak- és Dél-Amerika, Európa, Közel-Kelet, Dél- és Délkelet-Ázsia, Kína és Afrika 18 eltérő jövedelmű országában. Adatokat gyűjtöttek a résztvevők táplálkozásáról, társadalmi-gazdasági helyzetéről, életmódjáról, betegségeiről valamint a kardiovaszkuláris betegségek családi halmozódásáról. Egy egyszerűbb és egy sokváltozós regressziós modellel vizsgálták a zöldség-, gyümölcs- és hüvelyes-fogyasztás összefüggését a kardiovaszkuláris betegségekkel illetve a halálozással.

Az alapmodell eredményei szerint a magasabb gyümölcs-, zöldség- és hüvelyes-fogyasztás csökkentette a kardiovaszkuláris betegségek, a szívinfarktus, a kardiovaszkuláris és nem-kardiovaszkuláris mortalitás valamint az összhalálozás kockázatát is. Az összefüggések erőssége azonban jelentősen gyengült, amikor az összetettebb regressziós elemzéssel kiszűrték a számos egyéni és környezeti befolyásoló tényező hatását: csupán a nem-kardiovaszkuláris és az összhalálozás kockázatcsökkenése volt megfigyelhető. Ugyanakkor e két utóbbi végpont esetén már a napi 3-4 adag gyümölcs-, zöldség- és hüvelyes fogyasztása is maximális kockázatcsökkenést mutatott.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A közlemény is alátámasztja, az egészségmagatartás vizsgálata során figyelembe kell venni az egyéni és környezeti tényezők hatásait. Továbbá, az ajánlásoknak megfelelő zöldség-, gyümölcs- és hüvelyes-fogyasztás kultúrájának általánossá válása Magyarországon nemcsak az elhízás, hanem számos betegség kockázatát is csökkentené.

Az újonnan kialakított ellenállóképesség-fokozó program hatása a szülők és tanárok által észlelt ellenállás-támogató környezetre a hongkongi Egészségfejlesztő Iskolákban

The impact of a newly designed resilience-enhancing programme on parent- and teacher-perceived resilience environment among Health Promoting Schools in Hong Kong

Ismertető: Maczali Katalin ✉
Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Szerzők: Wong M C S, Sun J, Lee A, Stewart D, Cheng F F K, Kan W, Ho M.
Megjelenés: Journal Epidemiol Community Health 2009;63:209–214. doi:10.1136/jech.2008.074260

Beküldve: 2017.09.12.
doi: 10.24365/ef.v58i3.184

Kulcsszavak: ellenálló-képesség; iskolai egészségfejlesztés

ÖSSZEFOGLALÁS

A kínai fiatalok körében a rossz mentális egészség komoly problémát jelent a városi és vidéki területeken egyaránt. Az érzelmi és társas egészség az iskolai egészségfejlesztés egyik központi témája.
A mentális egészségfejlesztés területén megjelent friss kutatások szerint a pszicho-szociális jólét az ellenálló-képességben gyökerezik. Ez az egyének, az iskolák, a családok és közösségek azon képességére utal, amellyel sikeresen megbirkózhatnak a mindennapi kihívásokkal, beleértve a felgyülemlő stresszt és más szignifikáns kockázatokat.
A kutatás célja volt, hogy kielemezze a kialakított és bevezetett ellenállóképesség-fokozó programnak a hatásosságát.
Az Egészségfejlesztő Iskolák (EI) erős alapokat nyújtanak a diákok általános egészségének fejlődéséhez, beleértve a pszichológiai jólét fejlődését is, amely az ellenálló-képességből gyökerezik. A jelenlegi kutatás célja, hogy megvizsgálja az ellenállóképesség-fokozó program hatásosságát, amelyet az EI koncepciója lapján dolgozta ki a kínai populációra.
A hongkongi társadalmilag hátrányosabb régió iskoláiból választottak mintát EI és nem EI iskolák közül, akik kontrollcsoportként szolgáltak. A résztvevők: a tanárok, illetve a 8, 10, és 12 éves diákok szülei voltak, összesen 4918 szülő és 602 tanár szerepelt a kutatásban.
Az ellenállóképesség-fokozó program 4 hónapig tartott 2005 októberétől 2006 januárjáig, az adatokat pedig a program előtt, majd a program után 8 hónappal gyűjtötték be.
A program két részből állt: egy két órás független beszélgetésből minden egyes tanárral, akik az egészség népszerűsítésért felelősek, valamint szülőkből és tanárokból álló interaktív munkacsoportokból, amelyeket tapasztalt szociális munkások vezettek.
Ez a kínai populációra szabott kutatás, szignifikáns hatást mutatott az iskolai ellenálló-képesség erősítésére az EI középiskolás tanárok körében. Nehéz meghatározni azonban, hogy a pozitív hatások az ellenállóképesség-fokozó programok hatása vagy csak a már korábban beépített EI program következményei.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A program célja, hogy pozitívabb felnőtt és kortárs szociális hálót, erősebb összetartozás érzést, valamint támogató fizikai és társadalmi környezetet fejlesszen ki, illetve a diákok körében erősödjenek az ellenálló-képességgel kapcsolatos viselkedésformák, mint az önbizalom, empátia, segítségkérés, kommunikáció és együttműködés. Ezek a programok hatékonyabban bevonják a szülőket, mind a többi szülővel való kapcsolattartásban, mind a család és iskola közötti együttműködésben, az iskolai tevékenységekben való részvételben. Emellett Tanár-Szülő Egyesületek is egyre elterjedtebbek több kínai középiskolában.

Az ülő életmód és az elhízás fiatalok körében: áttekintő tanulmány a kapcsolódó felmérésekről és oksági elemzésekről

Sedentary behaviour and adiposity in youth: a systematic review of reviews and analysis of causality

Ismertető: Varga Anita ✉
Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Szerzők: Stuart J.H. Biddle, Enrique García Bengoechea and Glen Wiesner
Megjelenés: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity (2017) 14:43
DOI 10.1186/s12966-017-0497-8

Beküldve: 2017.09.12.
doi: 10.24365/ef.v58i3.182

Kulcsszavak: ülő életmód, elhízás, okozati összefüggés

ÖSSZEFOGLALÁS

Az ülő életmód - különösen a tévénézés és az egyéb képernyő előtt eltöltött idő - és az elhízás kapcsolatát vizsgáló tanulmányok száma az 1980-as évek óta jelentős, mégis ez a kutatási terület, a megalapozott kritériumrendszerek hiánya mentén levont következtetések miatt, a mai napig sok bizonytalanságot hordoz magában. Az összefoglaló tanulmány célja, hogy a meglévő szakirodalmak áttekintése és elemzése során - kiemelten az ülő életmód és a testsúly változásának összefüggéseire fókuszálva- választ adjon a következő négy kérdésre. Van-e összefüggés az ülő életmód és az elhízás között a fiatalok körében? Ha van összefüggés, befolyásolják-e azt az ülő életmód különböző típusai (pl. képernyő előtt töltött idő, összes üléssel eltöltött idő) és az elhízás különböző markerei (pl. BMI, BMI z-score, derékkörfogat)? Ha van összefüggés, a közepes-erős fizikai aktivitás vagy a táplálkozás képes-e azt mérsékelni? Milyen mértékben lehet okozati összefüggésbe hozni az ülő magatartás és az elhízás közötti kapcsolatot?

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az áttekintő tanulmány eredményei alapján, a gyermekek és serdülők körében az ülő életmód és az elhízás közötti összefüggés csekély, okozati összefüggés közöttük pedig csak kismértékben vagy egyáltalán nem áll fenn.

Depresszió és az erőszak kapcsolata a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három külföldi hosszmetszeti kohorsz vizsgálat eredményei

Depression and Violence in Adolescence and Young Adults: Findings From Three Longitudinal Cohorts

Ismertető: Járomi Éva ✉
Országos Közegészségügyi Intézet

Beküldve: 2017.09.13.
doi: 10.24365/ef.v58i3.187

Kulcsszavak: depresszió, erőszak, serdülők és fiatal felnőttek, longitudinális, születési kohorsz

Keywords: depression, violence, adolescences and young adults, longitudinal study, birth cohort

BEVEZETŐ

A depresszió világszerte az egyik leggyakoribb megbetegedés, amely több mint 300 millió embert érint. Különbözik a szokásos kedélyváltozástól és a mindennapi életre adott érzelmi reakcióktól. Súlyos egészség-problémává válhat, ha hosszú ideig tart és nagy intenzitással jelentkezik. A depresszió kialakulásában közrejátszó kockázati tényezők lehetnek, ha az érintett személy érzelmileg nagymértékben szenved vagy elégedetlen például a munkahelyével, az iskolával, és/vagy a családban. A depresszió a társas, pszichológiai és biológiai tényezők összetett kölcsönhatásából ered, és azoknál az embereknél nagyobb valószínűséggel alakul ki, akik nehéz életeseményeken mentek keresztül (pl. munkanélküliség, gyász, lelki trauma).[1]

Az elmúlt időszak empirikus kutatásai nemzetközi szinten azt mutatják, hogy a depresszióban szenvedő egyének körében az erőszak kockázata igen magas. A depresszió és az erőszak közötti kapcsolat a felnőttek esetében a longitudinális kohorsz-vizsgálatok mellett keresztmetszeti vizsgálatokban és regiszter-alapú kutatásokban volt megfigyelhető. Különösen igaz ez a legutóbbi teljes svéd populációt felölelő longitudinális vizsgálat eredményeire, ahol a depresszióban szenvedő egyének körében háromszor nagyobb volt az erőszakos bűncselekmények elkövetésének kockázata, mint a normál populációban.[2]

Jelen közlemény célja a fiatalkori depresszió és a későbbi erőszakos viselkedés közötti hosszmetszeti összefüggések bemutatása.[3]

A depresszió-erőszak kapcsolatára irányuló eddigi kutatások szerint az említett két tényező közötti összefüggés erősebb lehet a serdülőknél, mint a felnőtteknél, mivel a serdülőkori depresszió összehasonlítva annak felnőttkori változatával, nagyobb valószínűséggel társul türelmetlenséggel és ingerlékenységgel, amely tulajdonságok szintén összefüggnek az erőszakos viselkedéssel.

Korábbi kutatások a depresszió-erőszak kapcsolatát olyan klinikai mintákon elemezték, amelyekben a depressziót dichotóm változóként vizsgálták.[4,5] Azonban annak megállapítása, hogy ez a kapcsolat klinikai körülményeken kívül is fennáll-e, további kutatásokat igényel. Mindez azért különösen fontos, mert a serdülőkorban jelentkező enyhébb

depressziós tünetek előrejelzik a felnőttkori előrehaladott depressziós zavarok kialakulását és a későbbi problémás viselkedést is. A serdülők csoportjából képzett, nagymintán végzett depresszió és erőszak közötti kapcsolat kutatása, melyek körében mind az enyhébb depressziós tünetek, mind az erőszakos viselkedések dominálnak, a jelenlegi bizonytalanságok feloldását szolgálják.

A fogvatartó és a büntetés-végrehajtási intézmények is nagyarányú depresszióról számoltak be a serdülők körében (a fiúk 11%-ánál, míg a lányok estében 29%-ra becsülték az előfordulási arányt). Mivel a depresszió erőszakkal vagy azzal összefüggő rendellenességekkel társulhat, ún. magatartászavarral, valamint olyan további tényezőkkel, mint a genetikai hajlam vagy a kortárs viktimizáció, javasolt hosszútávú kutatásokkal vizsgálni a depresszió és a későbbi erőszakos viselkedés közötti összefüggést a zavaró tényezőkre történő folytonos korrigálás mellett.

Bár a különböző kutatások összefüggést mutatnak az erőszak és a depresszió között a felnőttek körében, ez a kapcsolódás a serdülők esetében meglehetősen bizonytalan. Az ismertetett vizsgálat éppen ennek a bizonytalanságnak a feloldására tesz kísérletet a longitudinális összefüggések felmérésével, a depresszió és a későbbi erőszakos kimenetelek közötti kutatással a fiatalok körében.

A VIZSGÁLAT ALKALMAZOTT MÓDSZERE

A depresszió-erőszak kapcsolatának vizsgálatára többszörös mintavételezési megközelítést alkalmaztak. A tanulmányban szereplő három kohorsz vizsgálatban a különböző depressziónak való kitettséget és a későbbi erőszakos kimenetet nézték. Egy holland kohorsz kutatásban a serdülők (13-17 évesek) fejlődéséről és kapcsolatairól (*Research on Adolescent Development And Relationships*, röviden RADAR, N = 623)[6], valamint egy népességalapú szülők és gyermekek bevonásával történt brit longitudinális születési kohorsz vizsgálatban (*Avon Longitudinal Study of Parents and Children*, röviden ALSPAC, N = 4 030) a serdülőkori depressziós tünetek és az erőszakos viselkedés hosszmetszeti kapcsolódását elemezték a 13-17 évesek körében.[7] Egy teljes körű finn, 1987-től kutatott születési kohorsz vizsgálatban (*Finnish birth cohort*, röviden FBC 1987, N = 57 526) pedig az erőszakos bűncselekmények elkövetésének kockázatát nézték kontrollcsoportos vizsgálattal klinikailag diagnosztizált depresszióban szenvedő egyéneknél 15 és 27 év között.[8]

A fent említett három kutatás több olyan pozitív tulajdonsággal rendelkezik, amely miatt alkalmassá váltak a vizsgálatban való részvételre. A kohorszok mindegyike jó minőségű longitudinális adatokat tartalmazott a depresszióról és az erőszakról a fiatalok körében, egy kisléptékű közösségi mintából egy teljes születési kohorszra vonatkoztatva. Mind a három kohorsz a vizsgált változók komplementer intézkedéseit alkalmazta, beleértve a depresszió önértékelését és a klinikai diagnózisait, valamint az erőszakos viselkedések önértékelési/kérdezőbiztos által történő jelentését valamint az erőszakos bűncselekmények hivatalos nyilvántartását. Az elemzett változók jellemzői és a kiegészítő mérések lehetőséget nyújtottak arra, hogy a korábbiaknál átfogóbb módon vizsgálják meg a depresszió és az erőszak közötti kapcsolatot.

ESZKÖZÖK

Depressziós tünetek és diagnózis:

A RADAR és az ALSPAC kohorszban a depressziós tünetek értékelése kérdőívvel történt. A RADAR-ban a Reynolds Serdülőkori Depresszió Skálával (*Reynolds's Adolescent Depression Scale*, 2nd RADS-2) mértek, amely egy 23 kérdésből álló önkitöltős kérdőív (pl. "Úgy érzem, már semmi sem segít többé"). Az ALSPAC kohorszban a depressziós tüneteket az SMFQ (*Mood and Feelings* Kérdőív *Mood and Feelings Questionnaire*) rövid változatával mérték meg, amely az elmúlt 2 hétben tapasztalt tüneteknek egy 13 tételes ellenőrzőlistája (pl. "Az elmúlt 2 hétben érezte-e magát szomorúnak vagy boldogtalannak?"). A serdülők 13 éves korukban egy hárompontos skálában jelölték depressziós tüneteiket: 1 (igaz), 2 (néha igaz) és 3 (nem igaz).
Az FBC esetében a klinikai diagnózisról szóló információkat az Országos Egészségügyi és Jóléti Intézet (National Institute for Health and Welfare, továbbiakban THL) által fenntartott finn Kórházi Zárójelentési Nyilvántartásból (*Hospital Discharge Register*, továbbiakban HDR) gyűjtötte. A HDR az

epidemiológiai kutatások valid és megbízható eszköze. A nyilvántartás egészen 1998-tól tartalmazza az állami kórházak összes speciális fekvő- és járóbeteg látogatását.

Erőszakos viselkedés és elítélés:

A RADAR és az ALSPAC kohorszokban az elmúlt 12 hónapban az erőszakos viselkedéseket kérdőívekkel mérték.
A RADAR-ban az *International Self-Report Delinquency Study*-n alapuló skálát használták.
Az erőszakos viselkedések közé tartozott a fenyegető vagy erőszakos személy általi lopás, támadás, valakinek a fegyverrel történő bántalmazása, bántalmazás (ütés, rúgás). Azok a serdülők, akik a felsorolt erőszakos magatartások közül legalább egyet elkövettek (14-17 éves korig), erőszakosnak minősültek.
Az ALSPAC-ban mind a serdülők, mind az édesanyjuk a serdülők erőszakos viselkedéséről számoltak be egy bizalmas, önkitöltős kérdőívben, amelyet eredetileg az Edinburgh kutatás, az Ifjúsági Átmenetről és Bűnözésről (*Edinburgh Study of Youth Transitions and Crime*) fejlesztett ki.

Statisztikai elemzések:

A depresszió és a későbbi erőszak esélyhányadosának (EH) kiszámításához logisztikus regresszió elemzéseket végeztek Mplus statisztikai programmal, melyben függő, azaz kimeneteli változó volt az elkövetett erőszakos magatartás és meggyőződés, míg a depressziós tünetek és diagnózis magyarázó, azaz független változóként jelent meg. A fiúk és lányok között megfigyelhető különbséget, a depresszió és az erőszakos kimenetelek közötti kapcsolat vizsgálatát, alcsoportelemzéssel végezték. A családi szocio-ökonómiai státuszt és a korábbi erőszak hatásait mindhárom kohorszban figyelembe vették a zavaró tényezők korrigálásánál.

EREDMÉNYEK

A vizsgálatok alapján összefüggés mutatkozik a depresszió és az azt követő erőszakos viselkedésmódok, valamint a család szocio-ökonómiai státusza és a korábbi erőszakos viselkedések között.

Az átlagos utánkövetési periódus 4 éve alatt az erőszakos viselkedések egységnyi növekedésének korrigált esélyhányadosa depressziós tünetek esetében a holland RADAR mintában 1,7 volt (95% CI = 1,2 – 2,5), a brit ALSPAC születési kohorszban 1,8 (95% CI[i] = 1,4-2,3).
Az FBC 1987-es kohorszában, az erőszakos viselkedések esélyhányadosa 2,1 (95% CI = 1,7–2,7) volt a depresszióval diagnosztizált egyének körében, összehasonlítva a kontrollcsoporttal (általános depresszióban nem szenvedő populációval). Minden kockázati becslést a családi szocio-ökonómiai státusszal és a korábbi erőszakkal korrigálták.

KONKLÚZIÓ

A három longitudinális tanulmány egymással egybehangzó megállapításai azt mutatják, hogy a klinikai irányelveknek fontolóra kellene vennie a depresszióban szenvedő fiatalok kockázatértékelését. Emellett a nemek szerinti alcsoportok célzott kockázatkezelésének hasznosságáról további vizsgálatokra van szükség.

A serdülők és a fiatal felnőttek kohorszában, mindhárom longitudinális analízisben, a későbbi erőszakos viselkedés kockázata nőtt (EH: 1,7-2,1 között). Azt is megállapították, hogy az erőszakos kimenetelek esélye általában magasabb volt a lányoknál (EH: 2,2 és 7,1 között), mint a fiúknál (EH: 1,6- 2,7 között). Ugyanakkor a lányok abszolút kockázata a három kohorszban lényegesen alacsonyabb volt. A fentiekkel kapcsolatos korábbi kutatások azt mutatják, hogy a depresszió aránya - amely az erőszakos viselkedés kockázatát növeli -, magas a serdülőkorúaknál a fogvatartó-, illetve a javító-nevelő intézményekben.

A három kutatás elemzését tartalmazó vizsgálat korlátja, hogy csupán három viszonylag magas jövedelmű országból származó adatokat vizsgált. A serdülőkori depressziós zavarok prevalenciája a három kohorszban összehasonlítható volt a világ összevont prevalenciájával, azonban a fiatalkori erőszak aránya nemzetenként jelentősen eltér: a magas jövedelmű országokban alacsonyabb, mint az alacsony és közepes jövedelmű országokban. Ezért az

[i] Konfidencia intervallum

alacsony és közepes jövedelmű országokban a depresszió és az erőszak kapcsolatának jövőbeli vizsgálata kiemelkedően fontos lenne. További korlát volt, hogy különböző eszközöket használtak a depresszióra és az erőszakra vonatkozó adatok összegyűjtésére. Bár a három minta esélyhányadosa jól összehasonlítható, azokat eltérő módon kell értelmezni. Ezenkívül a kohorszokon belüli különböző módszerek eredményeinek közvetlen összehasonlítása nem volt lehetséges. A tanulmányok különböző mérései továbbá a minták heterogenitásához vezettek.

A jövőbeli vizsgálatok során több adatra van szükség a mérések validitásának növelése érdekében. Bár jelen tanulmány bizonyítékot szolgáltat arra nézve, hogy a depresszió képes előrejelezni a jövőbeni erőszakos cselekményeket, fennáll annak a lehetősége is, hogy a depresszió és az erőszak egymást erősítik, így növelve hatásukat egymástól függetlenül és együttesen is az idő múlásával.

Az a megállapítás, mely szerint a serdülők és a fiatal felnőttek depressziója hosszú távú erőszakos kimenetelekkel is járhat, fontos lehet a beavatkozások és a megelőzések fejlesztése szempontjából. Bár az öngyilkossági kockázatértékelés a klinikai gyakorlat részét képezi a depresszióban szenvedő egyéneknél, az erőszak kockázatának megállapítását nagymértékben elhanyagolják. Az Egyesült Államok klinikai gyakorlatára vonatkozó irányelvei nagyon röviden kitérnek erre az összefüggésre, az Egyesült Királyság Egészségügyi és Ellátási Kiválóságok Intézetének (NICE) irányelvei között ez nem jelenik meg.[9]

Összességében a kutatások arra engednek következtetni, hogy a depresszió időben történő kezelése valószínűleg csökkenti az erőszakos magatartás kialakulásának későbbi kockázatát, ily módon a depresszió korai azonosítása és kezelése széles körű népegészségügyi előnyökkel járhat.
A fenti megállapítások hangsúlyozzák a depresszióban szenvedő egyének kockázatkezelésének potenciális jelentőségét a törvényszéki környezetben, beleértve a fiatalkorúak fogvatartási és a büntetés-végrehajtási formáit is.
Mivel az erőszakos viselkedés esélye magasabb a lányoknál, a jövőbeli kutatásokban nagyobb hangsúlyt kellene fektetni a depresszióval küzdő lányok kockázatelemzésére és kezelésére.

A három különböző, viszonylag magas jövedelmű országban készült kutatás eredményei alapján elmondható, hogy az erőszak emelkedett kockázata tapasztalható fokozott depressziós tünetekkel társulva a serdülők és fiatal felnőttek, valamint a klinikailag igazolt depresszióban szenvedők körében, továbbá a genetikai meghatározottság és a stresszérzékenység közvetítheti a depresszió és az erőszak közötti kapcsolatot egyéni szinten.

Az eredmények rámutatnak arra, hogy a fiatalkori depresszió kezelésének fejlesztésére, a folyamatok/eljárásrendek tisztázására, valamint - amennyiben tovább validálják - a klinikai irányelvek felülvizsgálatára van szükség.

Hazánkban sajnos nem állnak rendelkezésre hasonló összefüggés-vizsgálatok ebben a témában, így különösen nagy jelentősége lehet az e témájú kutatások módszertani tanulmányozásának, a hazai kutatásokba történő adaptálhatóságának tekintetében.
Hazánkban a mentális betegségek egyre növekvő prevalenciája következtében kialakuló egyéni és társadalmi terhek vizsgálatára irányuló kutatások mellett, korszerű, interdiszciplináris módon működő prevenciós ellátási rendszer kiépítésére van szükség.[10] Ennek keretében kiemelkedően fontos a mentális zavarral küzdők stigmatizációjának csökkentése, illetve a korai felismerés és kezelésbe irányítás, mely települési, járási, regionális valamint egyéni és közösségi szinten egyaránt hosszútávon fenntartható beavatkozásokat igényel.

HIVATKOZÁSOK

[1] http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/ (Elérve: 2017.09.22.)
[2] Fazel S, Wolf A, Chang Z, Larsson H, Goodwin GM, Lichtenstein P. Depression and violence: a Swedish population study. Lancet Psychiatry. 2015;2:224-232
[3] Rongqin Yu, PhD, et al Depression and Violence in Adolescence and Young Adults: Findings From Three Longitudinal Cohorts Journal Of The American Academy Of Child & Adolescent Psychiatry, Volume 56 Number 8 August 2017.
[4] Stringaris A, Maughan B, Copeland WS, Costello EJ, Angold A. Irritable mood as a symptom of depression in youth: prevalence, developmental, and clinical correlates in the Great Smoky Mountains Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013;52:831-840
[5] Fazel S, Wolf A, Chang Z, Larsson H, Goodwin GM, Lichtenstein P. Depression and violence: a Swedish population study. Lancet Psychiatry. 2015;2:224-232.
[6] https://www.uu.nl/onderzoek/radar (Elérve: 2017.09.22.)
[7] Jean Golding and the ALSPAC Study Team The Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) – study design and collaborative opportunities European Journal of Endocrinology (2004) 151 U119–U123
[8] Paananen R, Gissler M. Cohort profile: the 1987 Finnish Birth Cohort. Int J Epidemiol. 2012;41:941-945
[9] National Institute for Health and Care Excellence. Depression in children and young people: identification and management clinical guideline [CG28]. 2015. https://www.nice.org.uk/guidance/cg28/resources/depression-in-children-and-young-people-identification-and-management-pdf-975332810437 (Elérve: 2017. 09.25)
[10] Kopp M.: Nemzeti Lelki Egészség Stratégia 2014-2020. 2014. január

Egy kontrollált Egészségfejlesztő Iskola vizsgálat Hollandiában: hatások a beavatkozás után 1 és 2 évvel

A Controlled Health Promoting School Study in the Netherlands: Effects After 1 and 2 Years of Intervention

Ismertető: Maczali Katalin ✉
Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Szerzők: Busch V, De Leeuw JR, Zuithoff NP, Van Yperen TA, Schrijvers AJ.
Megjelenés: Health Promotion Practice. July 2015 Vol. 16, No. (4) 592–600.
DOI: 10.1177/1524839914566272

Beküldve: 2017.09.12.
doi: 10.24365/ef.v58i3.185

Kulcsszavak: viselkedésváltozás; iskolai egészségfejlesztés; Egészségfejlesztő Iskola

ÖSSZEFOGLALÁS

Az 1990-es években a WHO kimondta, az iskola a legoptimálisabb hely a gyermekek egészségfejlesztéséhez. Ebben a megközelítésben az iskolákat, mint a gyermekek egészségének, oktatásának és társas fejlődésének színtereként, egy közösségi találkozási pontként látjuk.
Az egészségtelen magatartási szokások többsége gyakran a fiatal felnőttkorban alakul ki. A kutatás során 4 holland, két intervencióba bevont középiskolát és két kontroll iskolát követtek nyomon a szakértők, hogy kielemezzék az egészségmagatartást, a testtömegindexet (BMI) és a pszicho-szociális problémákat célzó intervenció hatásait 1 és 2 év után.
Az eredményeket önbevallásos kérdőívekkel mérték és kevert módszeres regressziós analízissel vizsgálták. Kérdőívvel gyűjtöttek adatot az alkohol és marihuána használatról, a dohányzásról, a táplálkozási szokásokról, a mozgásról, a heti tv nézési órákról, az internet használatról, a szocio-demográfiai tényezőkről, és a BMI-ről.
A kvalitatív adatgyűjtés 28 strukturált interjúból állt, melyeket az intervenciós iskolák tanáraival készítettek, hogy feltérképezhessék az iskoláikban a program megvalósításának sikerességét.
A 2010-2011-es iskolai év során, a korábbi holland próbatanulmányok után, az intervenciót átültették két holland középiskolába (intervenciós iskola „A” és „B”), illetve két iskolát kontrollcsoportként vizsgáltak.
Az „A” iskola elsődlegesen a gyakoribb testmozgást akarta népszerűsíteni és csökkenteni a képernyő előtt töltött órák számát, elősegíteni az egészséges testsúly elérését és megtartását, az egészséges étkezést, csökkenteni és megelőzni a dohányzást. 1 év után a BMI és a túlzott internethasználat is csökkent, de a többi faktor nem változott a kontroll diákokéhoz képest.
A „B” iskolában 1 és 2 év után sem változott a kitűzött cél, a jobb étkezés és a több mozgás; bár az alkohol használat adatai jobbak voltak a kontroll iskoláéhoz képest.
Az „A” iskola sikeresen megvalósította a kutatás minden alapegységét – mint a dohányzásmentes iskolai terület kialakítása, aktív szülői és közösségi részvétel elérése az iskolai programokon, zéró tolerancia az iskolai zaklatásokra, illetve egészségfejlesztési programok szervezése, míg a „B” iskola csak az egészséges iskolai szabályozásokat vezette be és egy „egészséges iskola” koordinátort nevezett ki.
Két év után, az „A” intervenciós iskola szignifikáns

fejlődést mutatott: a testtömegindex és a túlzott monitor használat is tovább csökkent. A másik intervenciós iskolában az elsődleges célok nem teljesültek. Ezek az eredmények azt mutatják, hogy személyre szabottabb intervenciókra van szükség. A személyre szabott megközelítés során valószínűbb egy olyan intervenció megvalósulása, amely releváns az adott iskolára nézve, hiszen csak azokra a témákra koncentrál, amely elsődlegesen fontos az iskolának.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A kutatás során áttekintették a szakemberek egy kontrollált után-követéses vizsgálatban az intervenciók hatásait a diákok egészségére és egészségmagatartására, meghatározták a projekt megvalósíthatóságát az átlagos holland gimnáziumokra vonatkozóan, és megvizsgálták a kevert módszeres megközelítést. A projekt sikeresen magvalósult és szignifikáns fejlődést mutatott a diákok pszicho-szociális egészségében, csökkentette az alkohol használatot, a dohányzást és a zaklatásokat.

Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések

Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses

Ismertető: Nagy Barbara ✉
Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Szerzők: Gro Beate Samdal, Geir Egil Eide, Tom Barth, Geoffrey Williams, Eivind Meland
Megjelenés: International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2017.
DOI: https://doi.org/10.1186/s12966-017-0494-y

Beküldve: 2017.09.12.
doi: 10.24365/ef.v58i3.180

Kulcsszavak: táplálkozásra és a fizikai aktivitásra vonatkozó viselkedési stratégiák összehasonlítása, személyközpontú-, autonómiát támogató kommunikáció

ÖSSZEFOGLALÁS

A cikkben bemutatott szakirodalmi áttekintés célja, hogy rámutasson a túlsúlyos és elhízott felnőttek fizikai aktivitásának növelésére és egészséges táplálkozásának elősegítésére irányuló beavatkozások eredményeiben mutatkozó heterogenitásra, a viselkedésváltozást célzó és az egyéb beavatkozási módszerek eredményeinek összevetése révén.
A tanulmányban olyan viselkedési és/vagy kognitív viselkedési stratégiákat alkalmazó randomizált, kontrollált beavatkozások kerültek összehasonlításra, ahol a fő kimeneti változót a fizikai aktivitás és/vagy az étkezési szokások alakulása jelentette rövid (≤6 hónap) és hosszú távon (≥12 hónap). A hatásméretek, a heterogenitási indexek és a regressziós együtthatók becsléséhez meta-analízist és meta-regressziót alkalmaztak a szakértők.
Az eredmények azt mutatták, hogy a táplálkozásra és a fizikai aktivitásra vonatkozó viselkedés változást célzó beavatkozások rövid és hosszú távon is csak mérsékelten hatékonyak, heterogenitásuk pedig magas, különösen rövidtávon. A tanulmány rámutat, hogy a személyközpontú és az autonómiát támogató kommunikációs stílust hangsúlyozó beavatkozások, mint pl. a motivációs interjú vagy az önderminációs-elmélet azok, amelyek hosszú távon hatásosak lehetnek.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az eredmények alátámasztják a célbeállítást és a magatartás önellenőrzésének alkalmazását a túlsúlyos és elhízott felnőttek tanácsadásánál. A személyközpontú és autonómiát támogató tanácsadói megközelítés használata kulcsfontosságú a kívánt viselkedés időbeli fenntartása érdekében.

Iskolaközösségi gyermek-egészségfejlesztési és elhízás-prevenciós beavatkozás egy klaszter randomizált vizsgálata: a *Fun 'n healthy in Moreland!* projekt eredményei

Cluster randomised trial of a school-community child health promotion and obesity prevention intervention: findings from the evaluation of fun`n healthy in Moreland!

Ismertető: Maczali Katalin ✉
Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Szerzők: Miller V, Mente A, Dehghan M et al.
Megjelenés: The Lancet, Published Online August 29, 2017.
DOI: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32253-5

Beküldve: 2017.09.13.
doi: 10.24365/ef.v58i3.183

Kulcsszavak: gyermekkori elhízás; prevenció; iskolai egészségfejlesztés; klaszter randomizált vizsgálat

ÖSSZEFOGLALÁS

A gyermekkori elhízás kedvezőtlen pszichológiai és fiziológiai következményekkel köthető össze, ezért népegészségügyi szempontból is fontos egy hatékony elhízást megelőző intervenció kidolgozása.
Ilyenre példa, a „Fun 'n healthy in Moreland", amely a gyermekkori elhízások csökkentését, az iskolai szabályozások és környezet javítását, a fizikai aktivitás növelését, a szülők bevonását, illetve az egészségmagatartás és gyermekjólét fejlesztését célozza meg Ausztráliában, Melbourne egyik külvárosi részén.
Az intervenciót egy egyetemi kutatócsoport és a helyi közösség egészségügyi-ellátója dolgozta ki, melyben vizsgálták a fizikai, környezeti, szociális, viselkedési és pénzügyi hatásokat és eredményeket. A résztvevők 24 általános iskola - 5-12 év közötti, véletlenszerűen kiválasztott - diákjai, akikből 1426 fő az intervencióba bevont iskolákban, 1539 fő pedig a kontroll iskolákban tanult.
A 3,5 éves intervenció eredményei alapján, az egészséges testsúly előfordulása és a napi zöldség/gyümölcs bevitel mennyisége nagyobb volt a kontroll iskola diákjaihoz képest, illetve nagyobb valószínűséggel fogyasztottak vizet a cukros üdítők/szörpök helyett, a programban résztvevő diákok, azonban a BMI (testtömegindex) adatokban nem történt szignifikáns változás. Mindemellett a program során fejlődtek az iskolai szabályozások, jobban bevonták a szülőket a programokba, és javult a gyermekek önértékelt egészsége.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A népegészség szempontjából fontos a gyermekkori elhízás megelőzése. Ez komplex intervenciót igényel, mely során szükséges az iskolát, mint mikroközösséget, és a szülőket egyaránt bevonni a folyamatba, amely során egészségesebb magatartásra ösztönözhetjük a diákokat, valamint azok közvetlen és közvetett környezetét.

‘Szakpolitika, rendszer, környezet’ megközelítés az elhízás megelőzésében: elméleti keretek helyi és állami beavatkozásokhoz

Policy, Systems, and Environmental Approaches for Obesity Prevention: A Framework to Inform Local and State Action

Ismertető: Vitrai József ✉
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Szerzők: Lyn R, Aytur S, Davis TA, Eyler AA; Evenson KR, Chriqui JF, Cradock AL, Goins KV, Litt J, Brownson RC
Megjelenés: Journal of Public Health Management Practice, 2013, 19(3) E-Supp, S23–S33;
DOI: 10.1097/PHH.0b013e3182841709

Beküldve: 2017.09.13.
doi: 10.24365/ef.v58i3.177

Kulcsszavak: ökológiai modell; rendszerszemléletű, többszintű megközelítés

ÖSSZEFOGLALÁS

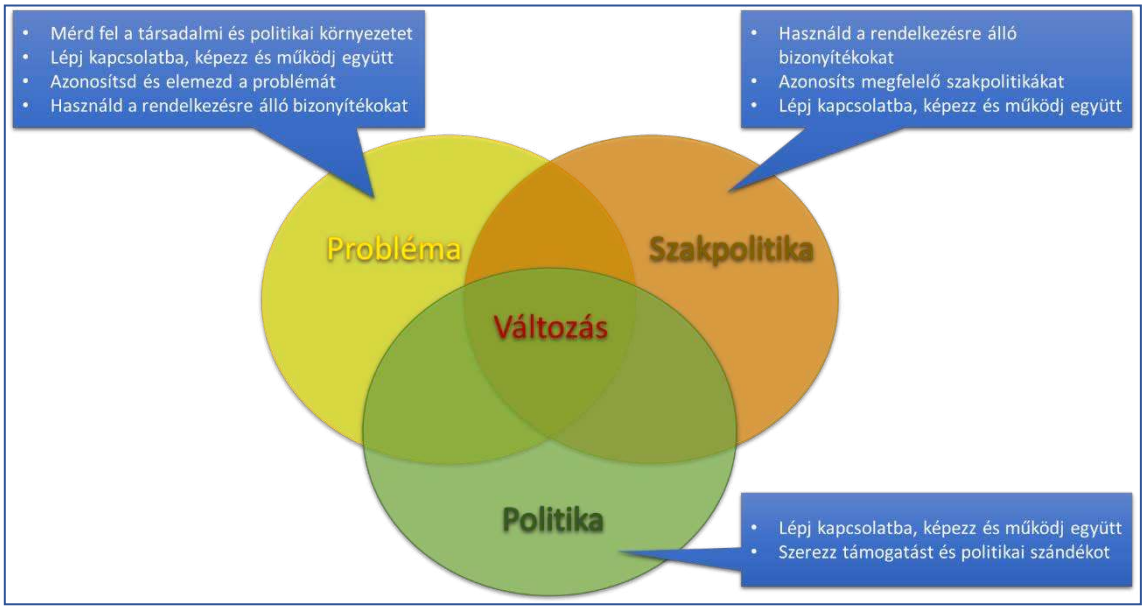
2002-ben az USA Országos Orvosi Intézete, felismerve az egyén egészségmagatartásának megváltoztatására irányuló népegészségügyi beavatkozások eredménytelenségét olyan ökológiai modell alkalmazását javasolta, amelyben az egyént és viselkedését az ő tágabb társadalmi és környezeti helyzete határozza meg. Ennek megfelelően a kutatók „rendszerszemléletű, többszintű megközelítést ajánlanak, amelyben az elhízást összekapcsolt, változó és egymáshoz alkalmazkodó tényezők befolyásolhatják”. Ez alapján fogalmazódott meg a ’Szakpolitika, rendszer, környezet’ stratégia, melynek alkalmazásához dolgozták ki a cikkben ismertetett elméleti keretet a szerzők. Az elméleti keret három területe (probléma, szakpolitika, politika) hat tevékenységet foglal magába. (1. ábra)

Valamennyi tevékenységhez megvalósult példákat mutatnak be, és megadják a szakmai munkát támogató – többnyire az amerikai népegészségügyi intézet, a CDC által kifejlesztett –, segédanyagok forrását, elérhetőségét. Írásukkal a népegészségügyi szakemberek számára kívánnak segítséget nyújtani ahhoz, hogy eredményesen tudják befolyásolni a szakpolitikát az elhízás megelőzésében.

KULCSÜZENET A SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az elhízás megelőzéséhez, visszaszorításához – hasonlóan a többi népegészségügyi probléma összetettségéhez –, megoldást csak a cikkben bemutatotthoz hasonló szemlélet alapján kialakított szakpolitikák kínálhatnak. A hazai népegészségügyi szakemberek eredményes munkájához a közleményben felsorolt segédanyagok megfelelő magyar változatának kidolgozása nélkülözhetetlen.

1. ábra: 'Szakpolitika, rendszer, környezet' elméleti keret az elhízás megelőzéséhez



Forrás: az ismertetett cikk

Az egészségmegőrzés és egészségfejlesztés szerepe a családorvosok képzésében- és továbbképzésében - 25 éves a győri Alapellátási Szabadegyetem

The Role of Health Preservation and Health Promotion in the Education and Training of General Practitioners. The Open University of Primary Health Care in Győr is 25 Years Old

Szerző: Schmidt Péter[a] ✉, Konczosné Szombathelyi Márta[b]
a: Egyetemi Oktató Gyermekorvosi Rendelő, Győr, b: egyetemi docens, Széchenyi István Egyetem Győr

Beküldve: 2017.06.24.
doi: 10.24365/ef.v58i3.161

Kulcsszavak: praxisfinanszírozás, akkreditáció, prevenció, képzés és továbbképzés, költség/haszonelemzés, indikátorok, egészségfejlesztés - egészségmegőrzés

Keywords: praxis financing, accreditation, prevention, training and further training, cost / benefit analysis, indicators, health promotion - health preservation

Az egészségügyi alapellátás reformja 1992. július 1-jével kezdődött hazánkban, mely új háziorvosi vállalkozási formaként biztosította a szabad orvosválasztás rendszerét, felváltva a korábbi évtizedek merev, szigorúan egyes utcákhoz rendelt körzeti orvosi határait. A szabad orvosválasztás minőségi mutatók tekintetében is előrelépést jelentett, önállóságot biztosítva a családorvosoknak tevékenységük kiszélesítésére: kiemelten a praxisukba tartozó betegek gondozását, a felvilágosító munkát és a krónikus betegségben szenvedők rendszeres visszarendelését illetően.[1,2]

A reformot megelőző évben - 1991. szeptember 1. - december 31. között - a családorvosok részére – győri javaslatként – folyamatos és rendszeres továbbképzést kezdeményeztünk és szerveztünk Alapellátási Szabadegyetem néven, a kollégák részletes tájékoztatására, ami a felkészülést jelentette a családorvosi-vállalkozási formára. Ennek keretében a résztvevők megismerték:

- az egészségnevelési és egészségfejlesztési programok megvalósításának módjait,
- szakirányú képzésen a könyvelési szempontokat,
- a gazdasági- és közgazdasági alapelveket, a szakma legkiválóbb előadóinak prezentálásában,
- az akkor még gyermekcipőben járó informatikai rendszereket, amelyhez folyamatos és intenzív gyakorlati képzés kapcsolódott.
- Emellett kiemelt témaként szerepelt és állandóan visszatérő konzultációkat jelentett egyes demográfiai indikátorok elemzése (morbiditási és mortalitási mutatók, születéskor várható átlagos élettartam, csecsemőhalálozás és koraszülöttség adatai) nemzetközi összehasonlításban is.[3,4]

A változásokhoz kapcsolódóan folyamatos és rendszeres képzés keretében általában a hónap 3. szombatján, az Egészséges Nemzedékért Alapítvány által koordinálva szerveztük a tudományos szimpózium-

sorozatot, melybe bekapcsolódott a Semmelweis Egyetem Családorvosi Tanszéke, később a Pécsi Tudományegyetem és a Szegedi Tudományegyetem ÁOK Családorvosi Intézete is. Fenti egyetemi oktató intézmények jelentős segítséget nyújtottak az akkreditáció, illetve a kreditpontok biztosításával.
A továbbképzések komoly előnye volt és maradt is, hogy a résztvevők ingyenesen látogathatták, látogathatják rendezvényeinket. Kiemelt együttműködő szervezetnek bizonyult Győr városa, Győr-Moson-Sopron megye Önkormányzata, az ÁNTSZ Városi és Megyei Szervezete, később a Megyei Orvosi Kamara is. A kihelyezett üléseket leszámítva, a Győri Városháza patinás díszterme volt az események méltó helyszíne.

A rendezvényeket szemeszterenként öt, így tanévenként tíz alkalommal szerveztük/szervezzük meg. A családorvosokon kívül mind nagyobb számban vesznek részt kórházi orvosok, ÁNTSZ munkatársak, védőnők, Országos Egészségbiztosítási és mentálhigiénés szakemberek, nemcsak Győr-Moson-Sopron megyéből, hanem a térség öt – Vas, Zala, Veszprém, Komárom-Esztergom és Fejér – megyéjéből is. A résztvevők számára jelentős segítséget jelentett, hogy folyamatosan kiadványokat jelentettünk meg a továbbképzések anyagaiból, melyek közül az első az Önkormányzati Háziorvosi Útmutató volt.[5]
Az Alapellátási Szabadegyetem iránt az elmúlt években folyamatosan mind nagyobb az érdeklődés. Rendezvényenként átlagosan 120–150 kolléga vesz részt.
Legfontosabb célunk volt: naprakész információk biztosítása a háziorvosok számára, illetve átadni azokat az ismereteket, melyeket egyetemi tanulmányaik során nem tanultak vagy nem tanulhattak, különösen vonatkozott ez a prevencióval kapcsolatos ismeretekre és a gondozási munkára. Az általános tájékoztatókon túl, a diagnosztika és terápia tárgyköre mellett, mind jobban előtérbe kerültek az egészségnevelés, egészségfejlesztés ismeretei, a káros szenvedélyek elleni küzdelem, az egészségügy gazdasági, közgazdasági, jogi és etikai kérdései, valamint – kihelyezett képzés során – a társadalombiztosítással foglalkozó továbbképzés sorozat.[2,6,7,8] Az informatikai ismeretek széles körű elterjedésével nem csak a kollégák, hanem a praxisban dolgozó munkatársak is aktív szerepet játszottak.

A képzési-továbbképzési rendszer tevékenységét illetően kiemelten fontos szerepet játszott, hogy 1998. december 31-ét követően kizárólag csak szakirányú szakképesítéssel dolgozhatnak a családorvosok a körzetükben. Ezért – a házi-orvostan szakvizsgán túlmenően – mind több kolléga szerezte meg második, illetve további tárgyból a szakvizsgáját. A korábban „körzeti orvos” elnevezés „családorvossá” történt változtatásával nemcsak a név módosult, de a családorvoslás szakmai tekintélye is jelentősen megnőtt, amit az elmúlt negyedszázad eredményei egyértelműen igazolnak.[8,9] A háziorvosok tevékenysége önállóbbá vált, felelősségük megnőtt: kiemelt érdekük a praxisukhoz tartozó betegek gyógyítása, gondozása és rehabilitációja. Rendelőjükben a krónikus betegek ellátása is minőségi változáson ment át: elsősorban a cukorbetegségben, asztmás-allergiás, valamint a pszichés-pszichoszomatikus betegségben szenvedő páciensekre vonatkozóan. Ezen túlmenően életmód-életvezetési modell is megvalósult a praxisokban. A ”Szülők Akadémiája” keretében a prevencióval kapcsolatos felvilágosító, egészségnevelési-egészségmegőrzési továbbképző sorozattal egészült ki az Alapellátási Szabadegyetem, nemcsak szakembereknek, de laikusoknak is. A résztvevők főként a kötelező és ajánlott védőoltásokról, azok esetleges mellékhatásairól, a lázcsillapításról, az egészséges táplálkozásról valamint az utazással kapcsolatos felvilágosító intézkedésekről hallhattak.[10] Kiemelt témaként szerepelt a dohányzás, az alkoholfogyasztás és a drog káros hatásait és a megelőzés módját ismertető továbbképzés is, ami ezen túlmenően, az egészséges táplálkozásra és a káros szenvedélyek elleni hatékony preventív intézkedésekre tért ki.[6,7,8]
A háziorvosok – előzetesen végzett, általunk szerkesztett kérdőíves felmérés eredményeit összefoglalva – igénylik ezt a képzési-továbbképzési rendszert. Megtisztelő számukra, hogy az Alapellátási Szabadegyetem keretében üléselnökként, illetve előadóként vehetnek részt, s a rendezvényeink során elsajátított ismeretek akár többhetes tankönyvből történő felkészülést helyettesíthetnek.
Az Alapellátási Szabadegyetem keretében a háziorvosok aktívan és folyamatosan kapcsolódtak be egyes alapellátásban folyó kutatómunkába, mely nemcsak helyi, hanem országos jelentőségű felmérésekben való munkát is jelentett, sőt nemzetközi kitekintést is kaphattak az eredményekről.[4]

A családorvosok átlag életkora sajnos egyre magasabb, utánpótlásuk is egyre komolyabb gondot jelent, ezért a jövő orvos-generációja számára elengedhetetlenül fontos a családorvosok mind nagyobb anyagi megbecsülése, mind a társadalomban korábban elfoglalt méltó helyének biztosítása. Ez azt is jelenti, hogy a családorvosok megérdemelt módon élhessék nyugdíjas éveiket, időben átadva szakmai tapasztalataikat utódjaik számára.

A házi orvoslásban végzett prevenciós munka eredményei is mind jobban érvényesültek. Az orvoshoz fordulási szokások, de a fekvőbeteg osztályokkal való kapcsolat is megváltozott. Számos esetben maguk a páciensek is igénylik az egészségmegőrzéssel és egészségneveléssel, szakmai felvilágosítással járó képzéseket. A Népegészségügyi Program egyes kiemelt indikátorait is (egészséges táplálkozás, stressz-mentes élet, rendszeres testmozgás) felhasználták a családorvosok mindennapi gyakorlati munkájukban. Különösen érezhető volt az a tendencia a pszichés-pszichoszomatikus betegségben szenvedők esetében.[7,11,12] A kórházi pszichiátriai osztályra, illetve szakrendelésekre való bejutás sokszor akadályokba ütközik, az előjegyzési rendszer, illetve a hosszú várólisták miatt. Ezért a kollégák nagy számban – részben az Alapellátási Szabadegyetemen szerzett tudásuk alapján, részben szakirányú pszichiátriai képzések eredményeképp – az ilyen betegségben szenvedő, főként szorongó, nehezen kezelhető betegeik esetében az alapkezeléseket saját hatáskörben is el tudják végezni. Komoly szakmai változást eredményezett a családorvosok számára, hogy az informatikai rendszer kiszélesedésével pácienseik szakrendeléseken, fekvőbeteg intézményekben történt vizsgálatainak eredményeiről (röntgen, labor vizsgálatok, ultrahang stb.) már a vizsgálatokat követő néhány órában értesülhetnek, mely megkönnyíti számunkra az egyes osztályokkal, szakrendelőkkel való gyors konzultációt is.

Előzetes költség/haszon-vizsgálatok során bizonyítást nyert, hogy a Győr-Moson-Sopron megyében kezdeményezett, országos modellként szolgáló háziorvosi képzés-továbbképzés milyen jelentős költségmegtakarítással járt a résztvevők számára. A korábbi évek elemzései azt mutatják, hogy a családorvosok számára az anyagi megtakarítások egyre jobban érzékelhetők napjainkban, hiszen a kongresszusok részvételi költségei (regisztrációs díj, szállásköltség, útiköltség, étkezés stb.), hatványozottan emelkedtek.[2,6]

Költség/haszonelemzés:

Az elmúlt negyedszázad során összesen 225 szakmai továbbképzésre került sor Alapellátási Szabadegyetem formájában. Az átlagos látogatottsági számokat alapul véve (120–150 fő/rendezvény, átlag 130 fő), a résztvevők száma az elmúlt 25 évben 29 250 fő (130 fő x 225 rendezvény).

Egy főre számítva egy fővárosban tartandó továbbképzés átlagos költsége 19 000 Ft/fő. A megtakarítás az elmúlt negyedszázadban 29 250 fő x 19 000 Ft/fő = 555 750 000 forint.

Az eddigi 225 rendezvény során az előadók száma 2 300 fő volt. A szakmai előadásokon a legváltozatosabb témakörök szerepeltek: kardiológia, neurológia, pszichiátria, diabetológia, endokrinológia, az egészségügy gazdasági és közgazdasági kérdései, az OEP által kihelyezett tanfolyamok, vakcinológia, fertőző betegségek és megelőzési lehetőségeik, klinikai táplálás jelentősége, intenzív terápiás ellátás, az oxyológia elméleti és gyakorlati alkalmazása a napi háziorvosi gyakorlatban, igazságügyi-orvostani szakértői előadások, az alapellátásban használt és alkalmazott indikátorok részletes elemzése.

Az elmúlt negyedszázad során együttműködésünk a Győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórházzal gyümölcsöző volt. Ennek bizonyítéka, hogy a Semmelweis Egyetem Családorvostani Tanszéke, illetve a Pécsi és a Szegedi Tudományegyetem Családorvosi Intézete által delegált szakmai előadók mellett a Győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház mind több kiváló munkatársa tartott nagy sikerrel előadást. Az oktató munkába bekapcsolódott a Széchenyi István Egyetem is, ahol kihelyezett ülést is tartottunk.

2012 óta minőségi megújulást jelentett az Alapellátási Szabadegyetem működésében, hogy a Szegedi Tudományegyetem ÁOK Családorvosi- és Foglalkozás-egészségügyi Rendelő segítségével, dr. Mester Lajos c. egyetemi docens családorvossal közösen, évente 2 alkalommal, 50 kreditpontos, akkreditált, 3 napos, szinten tartó továbbképzést tarthatunk Győrben, a Szegedi Tudományegyetem kihelyezett képzéseként.

Nagyon fontosnak tartjuk a kiváló kezdeményezésű Alapellátás-fejlesztési Modellprogramot (Svájci Hozzájárulás keretében valósul meg), mely jelenleg is komoly szakmai sikereket biztosít egyes régiók

alapellátási munkájának minőségi fejlesztésében. A Modellprogram eredményeiről az Alapellátási Szabadegyetem keretében is szeretnénk minél részletesebb tájékoztatást nyújtani.[13]

Abban, hogy továbbképzés sorozatunkat megindíthattuk, sikerrel megvalósíthattuk és folyamatosan megszervezhettük, hálás és elévülhetetlen köszönet illeti Simon Tamás professzor urat, professor emeritust, aki részben az Egészségnevelés c. szakfolyóiratban, illetve annak jogutódjában az Egészségfejlesztésben, valamint a Magyar Tudományos Akadémia Bizottságaiban folyamatosan ismertette a továbbképzéseinket, egyben rendszeres személyes jelenlétével garantálta a szakmai sikereket.
Az akkreditációt biztosító Semmelweis Egyetem ÁOK Családorvostani Tanszéke részéről dr. Tamás Ferenc és közvetlen munkatársa, Fekete Ilona együttműködése meghatározó.
Ugyancsak hálás köszönettel tartozunk azon kollégáknak, akik az elmúlt 25 év során szinte állandó részevői voltak a továbbképzéseknek, akik komoly szakmai közösséget hoztak létre, és vitték a tudást a praxisukba. Kiváló szakmai munkájukkal, előadásaikkal, üléselnökségükkel, vitavezető szerepben, illetve konzultációk révén emelték a továbbképzés rangját.
Az alábbi kollégák a tudásmegosztást garantálva vitték körzetükbe továbboktatásra az egyes Alapellátási Szabadegyetemen elhangzottakat: Dr. Hidas János vértessomlói háziorvos, dr. Szalai Mária és férje dr. Szíjártó István sümegi háziorvosok, dr. Szabó Tibor OEP főosztályvezető és testvére dr. Szabó Mária radiológiai szakorvos Szombathelyről, dr. Szabó György PhD enesei háziorvos, dr. Ágfalvi Rózsa főorvos asszony, valamint a kiváló egészségfejlesztési képzéseket végző dr. Gritz Arnoldné Budapestről.
Aktív győri kollégáink dr. Tardos Károly, dr. Schneider Károly és dr. Gyarmathy László. Nagy megtisztelteltetés volt a szervezőbizottság számára, hogy az Alapellátási Szabadegyetem sikeres megvalósításáért Batthany-Strattmann László díjban részesült dr. Papp Magdolna és dr. Juhász Julianna győri, dr. Balogh Emil csopaki valamint dr. Decastello Alice PhD Budapest VII. kerületi családorvos. Korompáky Mária fő szervezőnk hasonló tevékenységéért PRO CARITATE díjban részesült.
A határon túlról, a Felvidékről folyamatosan látogatta rendezvényünket MUDr. Czellárik Mária és férje MUDr. Czellárik Sándor, akik fáradságot és időt nem kímélve – Dunaszerdahely, Vágsellye felvidéki településekről érkezve – részletes beszámolókat tartottak a szlovák egészségügyi alapellátásról.
Az Alapellátási Szabadegyetem képzés-továbbképzés rendszere az elmúlt negyedszázad során meszszemenően elérte célját, modellként szolgálhat. Rangos továbbképzéseinket hasonló szellemben szeretnénk folytatni.[1,9]

HIVATKOZÁSOK

[1] Schmidt P. Knausz M. Képzési és továbbképzési modell az egészségügyi alapellátásban: Az Alapellátási Szabadegyetem fennállásának negyedszázados jubileuma ORVOSI HETILAP 156:(22) pp. 907-909. (2015)
[2] Schmidt P. Gazdaságossági kérdések szerepe az egészségügyi alapellátás reformjához kapcsolódóan: Gondolatok az Alapellátási Szabadegyetem 100. rendezvényén ORVOSI HETILAP 145: pp. 355-357. (2004).
[3] Valek A. 2014. évi demográfiai adatok gyermekgyógyászoknak 2014, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS LVII. évfolyam, 2016. 1. szám
[4] Schmidt P. Zur Reforms des ungarischen Gesundheitssystems und ihren Auswirkungen. In H-U-Deppe: Zur Aktuellen Entwicklung der Gesundheitspolitik in Ungarn. Arbeitspapier Nr. 15/1995. Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universitaet, Frankfurt a M. Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin Abteilung für. MEDIZINISCHE SOZIOLOGIE. März 1995, Frankfurt am Main.
[5] Schmidt P. (szerk.) Önkormányzati Háziorvosi Útmutató. Hazánk Könyvkiadó Kft., Győr, 1992.
[6] Schmidt P. A jövő kihívásai az egészségügyi ellátásban, különös tekintettel az egészségmegőrzés és egészségnevelés szempontjaira, valamint az egészségügy gazdasági-közgazdasági kérdéseire In: Tóth Attiláné (szerk.) Tudomány, gazdaság, jövő: Gidai Erzsébet emlékére. Budapest: Arisztotelész Stúdium Bt., 2011. pp. 174-181.
[7] Schmidt P. Az egészségmegőrzés és egészségnevelés meghatározó feltételei és követelményei a jövő sikeres népegészségügyi programjának megvalósításában: Health Education and Health Promotion-Determinativa Conditions and

Requirements for Realising the Public-Health Programme of the Future. GAZDASÁGI ÉLET ÉS TÁRSADALOM 2:(1) pp. 148-156. (2010)

[8] Schmidt P. Az egészségmegőrzés, egészségnevelés szerepe a háziorvosok és egészségügyi dolgozók képzésében, továbbképzésében EGÉSZSÉGNEVELÉS 42:(4) pp. 159-161. (2001)

[9] Menyhárt M. Schmidt P. Konczosné Szombathelyi M. Mester L. Körzeti orvosból háziorvos: 3 évtized tapasztalatai az egészségügyi alapellátás reformját követően: eredmények, tapasztalatok és a jövő kihívásai In: Családorvos Kutatók Országos Szervezete: XVI. Kongresszus - Krónikus betegek gondozása: Szeged, 2017. február 23-25. Konferencia helye, ideje: Szeged, Magyarország, 2017.02.23-2017.02.25. pp. 16-19.

[10] Schmidt P. Muzsay G. Akademie der Eltern in Győr. Eine sozialpädiatrische Initiative in der Praxis der Pädiatrie MONATSSCHRIFT KINDERHEILKUNDE 157:(Supl2) pp. 212-213. (2009)

[11] Schmidt P. Fehér J. Egyes preventív lehetőségek a Népegészségügyi Program sikeres megvalósítása érdekében MAGYAR TUDOMÁNY 2007:(9) pp. 1154-1159. (2007)7.)7)

[12] Schmidt P. Meghatározó feltételek és követelmények a jövő sikeres népegészségügyi programjának megvalósításához EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS 51:(4) pp. 28-33. (2010)

[13] Gutási É. Alapellátás új minőségben, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS, LVII. évfolyam, 2016. 3. szám

Tisztelettel adóztak az anyák megmentőjének - 2017. évi Semmelweis ünnepség, Győr-Sziget

Salutations to Mothers' Savior - 2017 Semmelweis Ceremony, Győr-Sziget

Szerző: Schmidt Péter ✉
Egyetemi Oktató Gyermekorvosi Rendelő, Győr

Beküldve: 2017.08.10.
doi: 10.24365/ef.v58i3.172

Kulcsszavak: prevenció, gyermekágyi láz, klórvizes kézmosás, Semmelweis Emlékév, márvány emléktábla és koszorúzás (Semmelweis tiszteletére)

Keywords: prevention, puerperal fever, washing hands with chlorinated water, Semmelweis Memorial Year, marble plaque and wreaths (in honour of Semmelweis)

1818. július elseje a magyar, de a világ egészségügyének egyik legkiemelkedőbb napja: ekkor született Budán az ottani fűszeres gyermekeként Semmelweis Ignác Fülöp, orvos -tudós, akit a világ 10 legkiválóbb orvosaként tartanak számon.[1] Szülei hadbírónak szánták, de ő ragaszkodott elveihez, a gyógyítást választotta élethivatásául. Egyetemi tanulmányait és élete nagy részét Bécsben töltötte, de számos európai országban is megfordult, kutatásait és tanait hirdetve.
Az osztrák főváros szülészeti klinikáján dolgozta ki a világraszóló találmányt, amely mai szemmel egyszerűnek tűnik: a klórvizes kézmosást. Az általa vezetett bécsi szülészeti klinikán kötelezővé tette a boncteremből a szülőszobába érkező orvosoknak és medikusoknak a klórvizes kézmosást, így minimálisra csökkent az anyai halálozás, míg a klórvizes kézmosást nem alkalmazó másik szülészeten tombolt a gyermekágyi láz, az anyai halálozás igen magas volt.[1,2]

Életében ugyan nem, de halála utáni évtizedekben Szentpétervártól Londonig, Ausztráliától az Egyesült Államokig ismertté vált a neve, s számos nyelven publikálták könyvét a „gyermekágyi lázról". Semmelweis életében nem élvezhette világraszóló eredményeit. Nemcsak Bécsben, de később Pestre kerülve is igen sok irigye volt, tanait csak jóval halála után ismerték el világszerte, pedig ez a viszonylag egyszerűnek tűnő felfedezés sok százezer anya és újszülött életét mentette meg, illetve menti meg ma is.[1]

Mi magyarok büszkék lehetünk rá, nevét utcák, terek, kórházak és klinikák viselik. 2015-ben - halála 150. évfordulóján - Semmelweis Emlékévet hirdettek meg a világon, melynek egyik legfontosabb eseménye volt, hogy Chicagóban, a világ leghíresebb orvosainak Pantheonjában szobrot állítottak Semmelweis Ignác Fülöp tiszteletére.[3,4]

Győr városa a rendszerváltást követően hagyományos módon adózik Semmelweisi Ignác Fülöp emlékének.[2,5] A 2017. évi központi ünnepségnek Győr-Szigetben az Egyetemi Oktató Gyermekorvosi Rendelő szolgált helyszínéül. Radnóti Ákos, Győr város alpolgármestere kiemelte Győr-Sziget Semmelweis kezdeményezésének fontosságát, egyben Borkai Zsolt polgármester úr nevében elismerő oklevelet nyújtott át Dr. Györkös Zoltán és Dr. Schneider Károly nyugalmazott főorvosoknak, akik az ünnepség keretében beszámoltak több évtizedes gyógyító munkájukról.

Dr. Györkös Zoltán a győri Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Higiénés Részlege Osztályvezető főorvosaként egész életét a kórházi fertőzések megelőzésére tette fel. A komoly szakmai elvárásoknak évtizedeken keresztül kiválóan megfelelt, míg Dr. Schneider Károly a Győr-Moson Sopron megyei Osli település körzeti orvosaként napi gyógyító munkája mellett egészségnevelőként is tevékenykedett, egészségfejlesztésben és annak képzésében jeleskedett. Nyugdíjas éveiben is állandóan képezi magát, a győri Alapellátási Szabadegyetem állandó résztvevőjeként üléselnök és előadó.

Az ünnepség zárásaként megkoszorúzták a rendelő falán 2000. július 1-én felállított Semmelweis márvány emléktáblát, ahol Radnóti Ákos és Dr. Schmidt Péter, valamint az ünnepeltek, Dr. Györkös Zoltán és Dr. Schneider Károly, illetve Dr. Nagyné Oross Ilona és Korompáky Mária Valéria koszorúzott.[5,6]

1. ábra: Radnóti Ákos, Győr város alpolgármestere adja át az elismeréseket Dr. Györkös Zoltán és Dr. Schneider Károly nyugalmazott főorvosoknak

Forrás: Nagy István

2. ábra: Koszorúzás a Semmelweis Egyetem belső klinikai tömbjében, Prof. dr. Schmidt Péter, Prof. dr. Monos Emil, Prof. dr.Rosivall László (balról jobbra)

Forrás: Huszár Boglárka

A 2017. évi győri rendezvényt követő napon a fővárosi központi Semmelweis ünnepségen Prof. Dr. Schmidt Péter együtt koszorúzott Dr. Monos Emil és Dr. Rosivall László professzorokkal a Semmelweis Egyetem Baráti Köre vezetősége képviseletében az Üllői úti belső klinikai tömb udvarán található életnagyságú Semmelweis szobornál.[4] A szobor felállításának kezdeményezésében Dr. Schmidt Péternek és néhai Fehér János professzornak is úttörő szerepe volt.[1,4]

3. ábra: Semmelweis Ignác Fülöp életnagyságú szobra a Semmelweis Egyetem belső klinikai tömbjében

Forrás: Huszár Boglárka

HIVATKOZÁSOK

[1] Schmidt P. Forradalom és sorstragédia a szülészet történetében, Semmelweis élete és munkássága mai szemmel, ORVOSI HETILAP 144:(17) pp. 819-820. (2003)
[2] Schmidt P. Kormos E. Korompáky M. Kitüntetések és elismerések a Semmelweis ünnepségen, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS 2009:(4) p. 15. (2009)
[3] Schmidt P. Semmelweis Ignác Fülöp tevékenységét a jövő nemzedék tudta csak igazán értékelni - a kiváló orvos-tudós munkásságának értékei a tudomány szemszögéből: Magyar Tudományos Akadémia Budapest, 2015. június 12. ORVOSI HETILAP 156:(51) pp. 2090-2092. (2015)
[4] Schmidt P. Molnár L. Donáth T. (szerk.) A Semmelweis Egyetem Baráti Körének első negyedszázada az egyetemért ORVOSI HETILAP 158:(14) pp. 559-560. (2017)
[5] Schmidt P. 190 éve született a világhírű orvos-tudós, EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS 49:(5-6) p. 35. (2008)
[6] Schmidt P. Korompáky M. Semmelweis Ignác Fülöpre emlékeztek születése évfordulóján, EGÉSZSÉGNEVELÉS 46:(1-2) p. 18. (2005)

A CSALÁDBARÁT ORSZÁG NONPROFIT KÖZHASZNÚ KFT. SAJTÓKÖZLEMÉNYE

Press release

KORAI FEJLESZTÉSSEL A KISGYERMEKKOR BIZTONSÁGÁÉRT – A KORMÁNYZAT BŐVÍTI A LEHETŐSÉGEKET

A korai fejlesztés fontosságát hangsúlyozta múlt héten a Budapesti Korai Fejlesztő Központban tett - a magyarországi női nagykövetekkel közös - látogatásán Novák Katalin család- és ifjúságügyért felelős államtitkár. A hazánkban tartózkodó 12 női nagykövetasszony Czeizel Barbara miniszteri biztos segítségével betekintést nyert az Intézmény működésébe, valamint megismerhették a kormányzat jövőbeli terveit a kora gyermekkori intervenció területén. A korai felismerés komplex rendszerének korszerűsítését hivatott támogatni a Széchenyi 2020 program keretében az EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001 kódszámú, „A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése" című kiemelt projekt is, amely 5,7 milliárd forint vissza nem térítendő uniós támogatásból valósul meg.

„A kora gyermekkori intervenció szerepe, jelentősége és felismerése a kormányzat számára is nyilvánvaló, ezért minden eddiginél nagyobb figyel-met fordítunk a támogatására. Fejlesztjük a felis-merés lehetőségeit, bővítjük a pedagógiai szak-szolgálatban dolgozók körét és a szakértői bizott-ságokba egyre több olyan szakemberek kerül, akik kifejezetten a három éves kor alatti gyermekekkel és családjaikkal foglalkoznak” – mondta el Novák Katalin, az Emberi Erőforrások Minisztériumának Család- és Ifjúságügyért Felelős Államtitkára.

A komplex fejlesztés célja az iskoláskor előtti eltérő, megkésett fejlődésű gyermekek és családjaik hatékonyabb, a szükségletekhez jobban igazodó, magasabb színvonalú ellátása, különös tekintettel a speciális ellátási szükségletű gyermekekre és családjaikra. A projekt a Családbarát Ország Non-profit Közhasznú Kft. (CSBO NK Kft.), a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (SZGYF), a Kle-belsberg Központ (KK), az Országos Nyugdíjbizto-sítási Főigazgatóság (ONYF), az Országos Köz-egészségügyi Intézet (OKI) és az Oktatási Hivatal (OH) együttműködésében valósul meg. A projekt átfogó célja, hogy a fejlesztések révén kialakuljon az egységes gyermekút, amelyben a különböző szakterületekhez tartozó, kora gyermekkori inter-vencióval foglalkozó szakemberek együttműködé-se és a továbbküldési utak pontos szabályozása valósul meg.

„Az eltérő, megkésett fejlődésű gyermekek problémáinak minél korábbi életkorban történő felismerése, a problémaazonosítás hatékonyságának növelése
érdekében egységes szűrési és vizsgálóeljárások, valamint szakmai irányelvek, protokollok kerülnek bevezetésre. A projekt továbbá hozzájárul az isko-láskor előtti gyermekekkel foglalkozó szakembe-rek tudásának szélesítéséhez, elmélyítéséhez. A képzések keretében a szakemberek naprakész elméleti és gyakorlati ismereteket kapnak ezen korai életkorról, az ellátórendszerről, a társágazati szereplők feladatairól, kompetenciáiról, együtt-működésük mikéntjéről, a köztük lévő és a szülők-kel való kommunikációról szereznek új ismerete-ket” – mondta el Czeizel Barbara, a Korai Gyer-mekkori Intervencióért felelős miniszteri biztos.

A projekt további fontos célja a szülők gyermekük fejlődésével, az ellátórendszerrel, a továbbküldési utakkal kapcsolatos ismereteinek bővítése is. Ezen ismeretek növelik a szülők kompetencia érzését, önértékelését, ugyanakkor csökkentik - különösen a hátrányos társadalmi helyzetben élők - elszige-teltségét. Az ágazatközi szolgáltatási modell hátte-réül szolgáló informatikai szakrendszerek össze-kapcsolásra kerülnek, melynek köszönhetően a gyermek fejlődése nyomon követhetővé válik.

A fejlesztés eredményeként az egységes gyermekút megvalósítása, a szakemberek kompetenciájának szélesítése, a koordinatív funkció bevezetése és a szülői tájékozottság növelése hatékonyabb szolgáltatásokat és a családokat fókuszba helyező, támogató ellátórendszert eredményez.

További információ:

Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft. Kommunikáció
Telefonszám: +36 70 645 56 58
E-mail cím: kommunikacio@csbo.hu