

## Képzelve el! 2. - Akció az irodában

### Imagine! Part 2 - Action in the office

A 2018.1. lapszámában jelent meg a sorozat első része: [„Képzelve el!”](#)

#### JÁTÉK EGY RÉSZBEN

HELYSZÍN: JÓLLÉTVÖLGYE, MEGYEI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IRODA.

JÁTSZÓDIK: EGY MÁRCIUSI HÉTFŐ REGGELEN.

SZEREPLŐK:

BÖLCS ANNA, 41 ÉVES EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI SZAKEMBER, IRODAVEZETŐ

KEDVES JÚLIA, 28 ÉVES KOMMUNIKÁCIÓS SZAKEMBER, INFORMATIKUS

SZORGALMAS LÁSZLÓ, 36 ÉVES EPIDEMIOLÓGUS

*A tágas terem egy intelligens épületben helyezkedik el, padlója és falai fehér kőlapokkal burkolva, ergonomikus íróasztalok, székek, az ablakokon át szűrte fény áramlik széjjel. A levegő kellemes. Az egyik íróasztalon tálca, kiürült kávéscsészével, másutt példás rend. László lép be.*

L: Uhh, már azt hittem, sosem érek ide, akkora a tömeg a futóversenyen. Addig kerülgettem őket, míg végül csak beálltam én is, ha már úgyis futnom kellett. Persze csak így urasan, semmi sportcucc...

A: Jól tetted! Épp időben vagy, most ittuk meg a kávé. Kezdehetünk, de előbb mondok egy jó hírt! Az ez évi támogatás megérkezett, bátran költekezhethetünk, és kiírhatjuk a tervezett egészségfejlesztési szintérpályázatokat.

L: Nahát, korábban jött, mint tavaly! Ez király!

A: Az bizony! Akkor először vegyük sorra a „Tedd egészségessé a környezeted!” kampánnyal kapcsolatos teendőket.

J: Mindjárt mondom, de sajnós nekem egy rossz hírem van. A mamám most írja, hogy síelés közben eltörte a bokáját. Éppen tartanak hazafelé.

A: Ó, szegény!

J: Szerencsére jól van, gyorsan ellátták, de egy ideig segítségre szorul. És az egész nem egy hét lesz.

A: És nem is kettő, igaz? Mert két hét múlva utazol a gyerekekkel az erdei táborba...

J: Ez az! Nem tudok elmenni! Valakinek be kell ugrania helyettem. Közben a nővérem már reagált, ezen a héten ő lesz anyámmal, de a következőket nem tudja megoldani, úgyhogy nekem kell bedobni magam.

L: Megkérem az öcsémet, biztos elvállal még egy turnus táborvezetést.

J: Kösz szépen, így hirtelen én is rá gondoltam.

A: Megoldjuk, ne félj, és jobbulást kívánunk a mamádnak!

J: Kösz, meglátjuk! Otthonról dolgozom, persze.

A: Nos, az országos kampányközpont küldött már valamit?

J: Megkaptam tőlük a kommunikációs anyagokat, már át is néztem. Ma átpasszolom a sajtóanyagot a szerkesztőségbe. Jött hozzájuk egy kezdő újságíró csajszi, nagyon rokonszenves, holnap együtt kávézunk, segítek neki összerakni egy hosszabb írást a kampányról. A lakossági tájékoztatókat

holnap postázhatjuk a szokásos címekre: a házi-  
vosoknak, a szakellátóknak és az iskoláknak. Szerda  
délelőtt pedig megyek veled a tévébeszélgetésre.

A: Nagyon jó, majd előtte egyeztessünk! Mikor  
indul a Facebook-kampány?

J: Még válogatom a képeket, de holnap délután  
felteszem az első posztot, azután két-három  
naponta újakat. A központból kapott képekből a  
hírlevelünkhöz úgyis kell válogatnom. Abban a  
hírek rovatot egyébként már befejeztem, és már  
csak az iskoláktól beérkezett beszámolókat  
szerkesztem, úgyhogy a hírlevél is elkészül a héten.

A: Ügyes vagy! Körvonalazódik a kampányhoz  
kapcsolódó Egészségforum is?

J: Elkezdtem szervezni. A meghívótervezetet a  
napokban átküldöm neked. A teremfoglalás még  
függőben, de rajta vagyok, a kajaköltségekre pedig  
már találtam egy támogatót. Ja, és pénteken lesz a  
területi kommunikációs továbbképzés, interjú-  
technikai tréning a téma.

*Anna László felé fordul, aki a laptopján ábrát  
szerkeszt, és úgy tűnik, nincs jelen.*

A: Hogy áll a negyedéves kérdőíves szondázás? ...  
Hm? ... Hm? ... Különbén tegnap leesett a fejem, és  
piros fogselyemmel varrtam vissza...

L: Mi? Mi van?

A: Azt kérdeztem az előbb, hogy áll a negyedéves  
kérdőíves szondázás?

L: Bocs! Az ábrák! A beérkezett és az on-line  
kitöltött kérdőívek értékelését befejeztem, és az  
eredmények tényleg nagyon érdekesek: a többség,  
76 százalék, nem a bicikliutak, hanem a kiránduló-  
helyek fejlesztését tartja fontosabbnak. A járások  
közti gyaloglóversenyt pedig a válaszolók több mint  
80%-a nagyon jónak ítélte, és folytatást várnak.

A: Az iskolai felmérés előkészítése hol tart?

L: Az iskolai védőnők tréningje befejeződött,  
megkapták a kalibrált mérőeszközöket, a kérdőívek  
tesztelésén túl vagyunk, és a részt vevő osztályokat

is megkerestük. Így a jövő héten indulhat, ahogy  
terveztük.

A: Mikorra várható az egészségjelentés? Jó lenne  
friss adatokat használni a most induló kampány-  
hoz, és a múlt évi járási egészségterv teljesítéséről  
szóló értékelést be szeretném mutatni az Egés-  
ségforumon.

L: Az országos központtól kapott elemzések meg a  
saját, helyi szondázások eredményeiből már  
összeállítottam a jelentésünket, már csak a követ-  
keztetéseket, az üzeneteket csiszoljuk Julival. A  
héten átküldjük az első változatot.

A: Kösz, hétvégén átnézem, úgyhogy a jövő héten  
be is mutathatjuk a sajtónak. Mit csinálsz még a  
héten?

L: Pénteken én is továbbképzésre megyek, az  
iskolai felmérés helyszíni ellenőrzése lesz a téma.

A: Én ma délelőtt a járási polgármesterekkel talál-  
kozom, hogy egyeztessünk, mit tehetnek az  
önkormányzatok az egészséges környezetért.  
Délután lesz a Vállalkozások Szövetségének vezető-  
ivel egy megbeszélés hasonló témában. Viszek  
magammal mindkét megbeszélésre a központtól  
érkezett tájékoztatókat. Juli, kérlek, készíts össze  
egy-egy csomagot.

J: A civilekkel mikor találkozol? Mert ahhoz is  
összekészítem a poszttereket és a brosúrákat.

A: Még tart az időpont egyeztetése, de úgy néz ki,  
hogy csütörtök este lesz. Jó lenne, ha oda te is  
el tudnál jönni. Biztos lesz olyan kérdés, amit te  
jobban meg tudsz válaszolni. Múltkor is égtem,  
mert valamilyen közös munkát támogató interne-  
tes programokról kérdeztek, de tudod, én nem  
vagyok egy internetguru...

J: Tudom. Jó, persze! Hát, elég sokfelé kell figyelni  
ezen a héten! Laci, válaszolt közben az öcséd a  
táborvezetésre?

L: Nézem! Azt írja, a felesége valamilyen vizsgára  
készül, és ő lesz a skacokkal, szóval sajnálja, de  
nem jó neki.

J: Passz! Nincs ötletem, ez gáz. Mondjuk le a tábort? Vagy próbáljuk későbbre tenni?

A: A tábori ismeretek benne lesznek az áprilisi természettanvizsga anyagában, szóval meg kell tartani. Megvan! A dolgosvári efis kolléga, tudod, a kosáredző! Máris írok neki!

*Feszült csend. Juli mandulát rág, idegesítően ropog a fogai közt. László a statisztikába mélyed, közben pattogatja az ujjait. Anna a széktámláját billegtet, mígnem arca felderül.*

A: Szuper, ez a drága ember elvállalja! Valamit majd kér cserébe, azt írta. Nem baj, hadd kérjen, megoldjuk!

J: Ahhh.... Legördült a kő a szívemről. Laci, most már abbahagyhatod a pattogatást. Anna, majd ha a mamám járógipszet kap, egyik kedden elkísérlek az idősek gyaloglóklubjába is, készítek egy interjút a biztonságos lakás témában tervezett cikkemhez. Képzeld, remek ötleteket találtam a világhálón, majd megpróbálom itthon is terjeszteni. De legjobban az eséshárító brigád ötlete fogott meg. Kár, hogy a sípályán nem válik be: szóval, önkéntesek szerszámokkal kimennek az idősek lakására, és a legveszélyesebb pontokon átalakításokat végeznek. Például kapaszkodókat szerelnek fel, küszöbököt szüntetnek meg, felszedik a szőnyeget és a biztonságosabb közlekedéshez átrendezik a szobákat. Szerinted rá lehetne venni a mi civiljeinket ilyesmire?

A: Miért ne? Segítettek múltkor is a boltok körüli akadálymentesítésben. De képzeld, én is olvastam egy jó kezdeményezésről az ezüstkoriak számára. Hollandiában az unatkozó nyugdíjasok mentorként segítik a szakmájukban dolgozó fiatalokat. Az önkormányzatoknak megéri kifizetni a mentoroknak az utazási költséget és még egy kis napidíjat is, mert egyrészt az idősebbek nagyobb aktivitása kisebb ellátási költséget jelent, másrészt a produktívitás és ezzel együtt a helyi adóbevételek növekszenek.

J: Okos! A szomszédomban például lakik egy kedves nyugdíjas pedagógus, aki unja a mindennapos kertészkedést, és sokszor nem tudja, mivel

üsse agyon az időt. Tarthatna rendszeresen konzultációt fiatal tanároknak például a nehéz esetet jelentő gyerekek pacifikálásáról. Lehet, hogy jobban élvezné, mint a fűnyírást.

A: A polgármestereknek ezt az ötletet fel is fogom vetni. Na, ideje indulnom, viszlát holnap!

*Anna elviharzik, Juli telefonál, László a monitorra meredve dolgozik az egészségjelentés ábráin, majd megszólal a telefonja.*

L: Azt mondd, a múlt hónapban 23 új cukorbeteg diagnosztizáltak a szakrendelőben? Igazad van, jó lenne tudni, hogy ez a magas érték kilóg-e akár időben, akár más járásokkal összevetve. Továbbítom a kérdést a Regionális Népegészségügyi Központ felé, ők majd bevonják az országos egészségmonitorozó központ elemzőit, és összevetik néhány évre visszamenőleg a havi ellátási adatokat. Gondolom, egy-két héten belül meglesz az eredmény.

*Az Egészségszolgáltatók Szövetségének helyi vezetője lép a terembe, Julihoz.*

J: Hoztad a szolgáltatók frissített elérhetőségi táblázatát? Látom, itt vannak a dietetikusok, gyógytornászok, személyi edzők és pszichológusok adatai, oké. Ha a fizioterapeuták is belépnek a szövetségbe, akkor bővítjük az adatbázist a honlapon. De még jöhetnek az evidence based alternatív terápiák is!

*Ismét László telefonja csörren.*

L: Rendben, doktor úr, küldje nyugodtan a legújabb rendelési adatokat, elkészítem az összefoglaló ábrákat. Ha nem szerdára esik a jövő heti betegklub, akkor el is tudok menni az előadásra és bemutatom az ábrákat. Szívesen! Bár azt még nem tudom, a saját ábráimmal mikor készülök el! Hányadika is van ma? És egyáltalán, melyik évtized? Melyik ország?

*A szerkesztőség köszönettel tartozik Kaposvári Csillának a közlemény korábbi változatához adott értékes szakmai javaslataiért.*

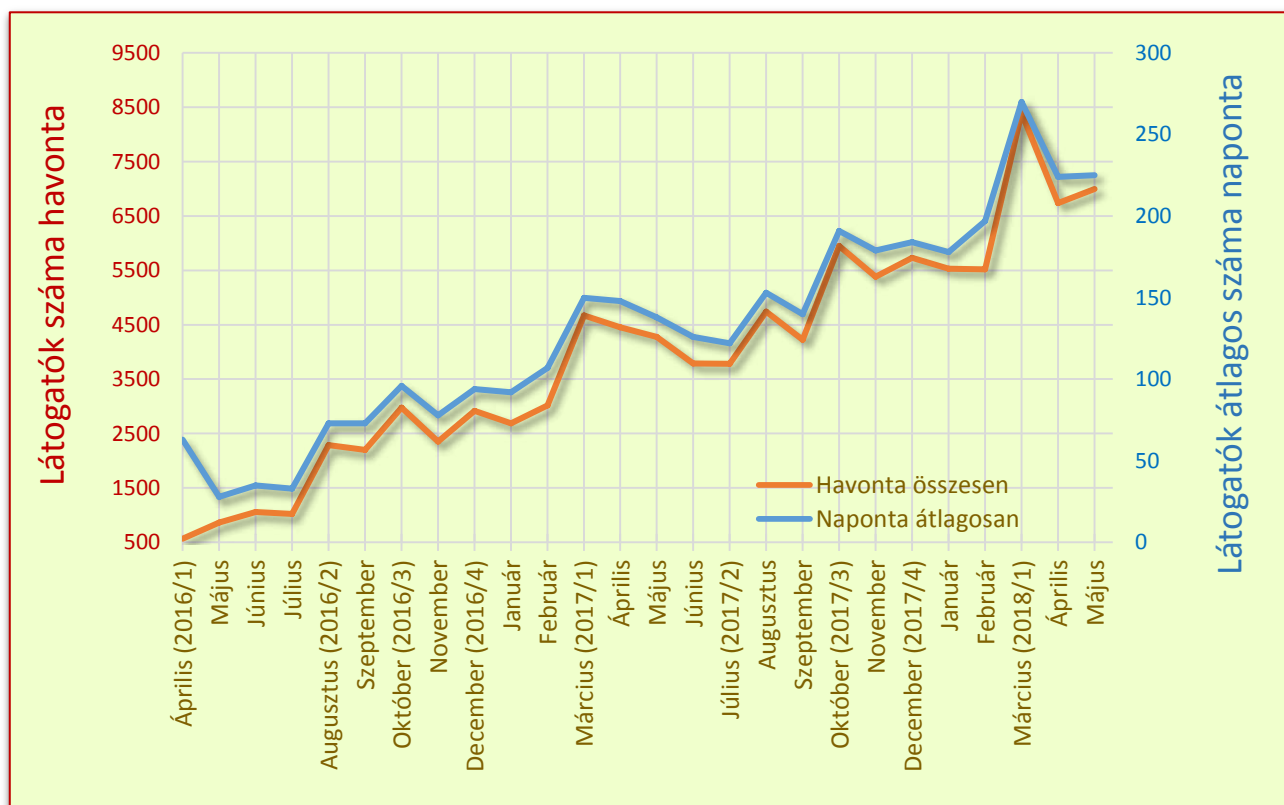
## A lap látogatottsága és legolvasottabb cikkeink

### Journal attendance and the most popular articles

doi: 10.24365/ef.v59i3.334

Folyóiratunk 2016-os megújulása óta már 10 elektronikus lapszám jelent meg, köztük 2018 áprilisában az első különszámunk, amely a világszerte elismert népegészségügyi szervezetek működését, feladatrendszerét és szolgáltatási portfólióját tekinti át. Az elmúlt időszakban

olvasóink száma szinte folyamatosan emelkedett, ezt mutatja be az alábbi ábra. A különszám megjelenésekor a havi látogatószám meghaladta a 8000-et, az elmúlt két hónapban olvasóink átlagos létszáma pedig már több mint napi 200.



Ismét összeállítottuk a már hagyományos TOP 10-es rangsort a leggyakrabban megtekintett összefoglalókról és a legtöbbször letöltött teljes közleményekről. „Érdekességmutatóval” mérjük azt, hogy a megtekintések száma és a megjelenés óta eltelt napok száma hányadosa alapján mennyire bizonyul érdekesnek egy-egy cikk. Ennek alapján a legelőkelőbb helyet a különszám Agora rovatában olvasható közlés foglalja el, amely Magyaror-

szág népegészségügyi rendszerét és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezeteit mutatja be. A 10 legérdekesebb cikk között szerepel a szerkesztőség örömeire a „Képzeld el!” című sorozatunk első része is, ennek folytatásaként ebben a számban „Akció az irodában” címmel egy egészségfejlesztési iroda munkatársainak egy elképzelt napját mutatjuk be, egy elképzelt világban.... További olvasottsági adatok találhatóak az alábbi táblázatban.

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lapszám
<b>ÖSSZEFOGLALÓ</b>			
713	Pályázati felhívás tudományos közlemény írására mesterképzéses hallgatóknak	szerkesztőség	2018/1
572	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016/1
466	A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) alapján	Csányi T, Kaj M	2017/4
451	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016/4
404	A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányai	Simon I, Kajtár G	2018/1
394	Egészpályás letámadás a kövérség ellen - Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására	Vitrai J, Bakacs M	2017/4
372	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017/4
352	Új hazai egészségmonitorozási koncepció	Varsányi P et al.	2016/1
336	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016/3
335	Miért van szükségünk közösségalapú egészségfejlesztésre?	Benyó B	2017/4
<b>TELJES KÖZLEMÉNY</b>			
2643	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017/1
745	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016/1
679	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016/1
423	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára	Szűcs Zs	2016/4
318	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása	Járomi É, Vitrai J	2017/1
294	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017/4
244	Összefoglaló „A munkahelyi egészségfejlesztés általános szervezeti megvalósítására vonatkozó szakmai útmutató”-ról	Solymossy J, Koós T	2016/3
229	A korai iskolaelhagyás csökkentését célzó szakpolitika - ismertető	Solymossy J	2016/4
228	Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés	Fekete K, Henter I	2016/2
217	2016-os Éves Jelentés a kábítószerhelyzetről – rövid összefoglaló [2016 National Report on the state of the drugs problem - short summary]	Fekete K, Henter I	2016/4
<b>"ÉRDEKESSÉG"</b>			
6,02	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018/1 különszám
6,00	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017/1
3,59	A mintaadó népegészségügyi rendszerek elemzéséből levonható tanulságok és következtetések	Túri G et al.	2018/1 különszám
2,57	Anglia népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G, Szőke K	2018/1 különszám
2,05	Pályázati felhívás tudományos közlemény írására mesterképzéses hallgatóknak	szerkesztőség	2018/1
1,93	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018/1
1,71	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017/4
1,47	A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, megújulásának szükségessége, irányai	Simon I, Kajtár G	2018/1
1,27	Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni? - cikkismertetés	Vitrai J	2018/1
1,19	Képzeld el!	szerkesztőség	2018/1

# A városi egészségfejlesztési tervezés mint a „lehetőségek ablakát” megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája

City health promotion planning as a vehicle towards opening the ‘windows of opportunities’ – an example of the City of Székesfehérvár, Hungary

Szerző: Girán János<sup>a</sup>✉, Östör Annamária<sup>b</sup>, Varga Márta<sup>c</sup>

*a: Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet,*

*b: Székesfehérvár MJV Önkormányzat, c: Székesfehérvár MJV Önkormányzata Humán Szolgáltató Intézet*

Beküldve: 2018. 05. 10.

doi: 10.24365/ef.v59i3.307

**Összefoglaló:** A magyarországi városi egészségfejlesztés tervezésének gyakorlatát tekintve Székesfehérvár város Egészségfejlesztési terve azon kevés stratégiai dokumentumok egyike, amelyek végrehajtása és értékelése megtörtént. Az Egészségfejlesztési terv megvalósításának hatására – egyéb eredmények mellett – megalakításra került a helyi egészségfejlesztési programokat irányító szakmai testület, rendszeressé váltak a város által szervezett, egészségmegőrzést segítő közösségi programok, növekedett a rendszeresen sportoló felnőttek aránya. Tanulmányunk Székesfehérvár példáján mutatja be, hogy a városi egészségfejlesztési tervezés miként segít megnyitni a „lehetőségek ablakát” és biztosítani a közösségi alapú egészségvédelmi kezdeményezések politikai támogatottságát.

**Kulcsszavak:** városi egészségfejlesztési tervezés, egészségfejlesztési kezdeményezések politikai támogatása, WHO, Egészséges városok mozgalom

**Summary:** The City Health Promotion Plan of Székesfehérvár is one of the few city health promotion plans in Hungary, which has been implemented and evaluated. Owing to the activities related to the implementation of the plan, besides other results, a multisectoral steering committee has been established, the number of community-based local health promotion programmes has increased and the proportion of those adults who do sports regularly has risen. Based on the example of Székesfehérvár, our recent study explains how the health promotion plan was able to open the ‘window of opportunities’ to ensure political support for community-based health promotion initiatives.

**Keywords:** city health promotion planning, political support for health promotion, WHO, Healthy Cities Network

## BEVEZETÉS

Napjainkban a világ népességének több mint fele (53,6%), Európa lakosainak közel háromnegyede (73,4%), míg a Magyarországon élő emberek több mint kétharmada (70,8%) város lakó. A történelem során jelen évtizedben alakult ki először az a helyzet, hogy a városokban élők száma meghaladja

a rurális környezetben élők számát, de az előreszámítások a városi népesség számának további emelkedését prognosztizálják.<sup>1</sup> Mindebből következően a városi környezet negatív hatásai egyre több ember számára jelentenek egészségkockázatot.<sup>2</sup> A modern városok ugyanakkor a mindennapi élet vonzó színtereiként jelennek meg: biztosítják a fejlett települési infrastruktúrát, a munkahelykínálat

sokszínű és bőséges, a szolgáltatások magas színvonalon érhetőek el. Ezek az adottságok azonban csakis akkor relevánsak, ha a helyi közösség tagjai egészségesek, és a lakóhelyük által biztosított előnyöket a maguk boldogulása érdekében képesek élvezni és kihasználni. A települési adottságok hatásai mindazonáltal az egyének egészségi állapotát mind negatív, mind pozitív módon alakíthatják. Az urbánus lét egyik számottevő ártalma lehet a krónikus nem fertőző betegségek kialakulásának fokozott veszélye, amit számos esetben egyéni életmódbeli kockázatok is súlyosbítanak.<sup>3</sup> A város ugyanakkor azáltal, hogy széles körű hozzáférést biztosít az egészségügyi ellátásokhoz, a tanulási és munkalehetőségekhez, a kulturális programokhoz, valamint a sportolási és egyéb rekreációs tevékenységekhez, támogatja is az egészség megőrzését. E kettősséget jelzi az is, hogy bár a városi környezetben élők körében világszerte magasabb a krónikus nem fertőző betegségekben szenvedők aránya, az ezekre a betegségekre visszavezethető halandóság alacsonyabb – a fejlettebb diagnosztikai eljárásoknak és a könnyebb hozzáférhetőségnek köszönhetően –, mint a rurális környezetben élő népesség körében.

A települési környezettel kapcsolatos egészségkockázatok kezelését nehezíti továbbá, hogy egyrészt a városi döntéshozók az egészségvédelmi szempontokra kevésbé érzékenyek. Másrészt a helyi döntések egészséghatásaival kapcsolatos visszacsatolási hajlandóság a népegészségügyi szakemberek részéről alacsony fokú. Harmadrészt a legtöbb település esetén a szakmai visszacsatolásnak és az arra épülő döntéshozói-szakmai együttműködésnek nincs hatékonyan alkalmazható formája és bevett gyakorlata.<sup>4</sup>

A városi környezet egészséghatásaival összefüggő feladatokkal mintegy három évtizede számos szakmai fórum foglalkozik. E területen jelenleg meghatározó iránymutatással szolgál az ENSZ által 2015-ben elfogadott, „Fenntartható fejlődési célok” című dokumentumban felsoroltak közül a harmadik és a tizenegyedik cél<sup>1</sup> azáltal, hogy az alkalmazkodó városi környezetet, valamint az egészséget és a jóllétet a fenntartható fejlődés feltételeként határozza meg.<sup>5</sup> Ezen összefüggést részletezi az

Egészségügyi Világszervezet által 2016-ban kiadott „Health as the Pulse of the New Urban Agenda” dokumentum, amely a városokban élők egészségének védelme érdekében a helyi döntések egészséghatásainak tudatos értékelését, valamint a szektorok közötti együttműködés fontosságát hangsúlyozza.<sup>6</sup> Mindezen előzményekre tekintettel a világ több mint száz polgármestere az Egészséges városok mozgalom sanghaji nyilatkozatában deklarálta egyetértését arra vonatkozóan, hogy az egészséges városi környezet kialakítása átfogó helyi cselekvést igényel, ezért

- az egészség védelmét célzó intézkedések minden városi szakpolitikai területen való megjelenése alapvető fontosságú;
- a városi stratégiai tervezési feladatokkal és a megvalósítandó fejlesztésekkel összefüggésben az egészség társadalmi, gazdasági és környezeti meghatározóinak alakítása elsődleges feladat;
- az egészség iránti közösségi elköteleződést a mindennapi élet színterein végzendő egészségvédelmi feladatokkal, az egészségműveltség fokozásával, a társadalmi innovációk és az interaktív technológiák alkalmazásával is szükséges támogatni;
- az egészségügyi és szociális ellátások újragondolásával elő kell segíteni az esélyegyenlőség megteremtését;
- a szakpolitikai feladatok meghatározása és végrehajtása érdekében a városi jólét mértékét és az egészségkockázatok változását transzparens módon, folyamatosan kell értékelni<sup>7</sup>

Az Egészséges városok mozgalom a városi egészségvédelem területén 1988-ban indult. Az Egészségügyi Világszervezet Európai Régiójában 11 város – köztük Pécs – részvételével szerveződött. A mozgalom fő célkitűzése jelenleg is változatlan: elősegíteni, hogy a városokban élők egészségének védelme a helyi döntéshozói figyelem fókuszába kerülhessen. Így a tagvárosok a csatlakozáskor vállalják

- a mozgalom céljaival kapcsolatos legmagasabb szintű politikai elköteleződés kinyilvánítását;

<sup>1</sup> A Fenntartható fejlődési célok közül a 3. cél: „Biztosítani az egészséges életet és előmozdítani a jólétet mindenki számára minden korosztályban”, míg a 11. cél: „A városokat és emberi településeket befogadóvá, biztonságossá, alkalmazkodóvá és fenntarthatóvá tenni”.

- a városi egészségfejlesztési terv kidolgozását és megvalósítását, valamint a mozgalom aktuálisan prioritásként kezelt témáiban való folyamatos feladatvállalást;
- a helyi kezdeményezések végrehajtását végző szervezeti struktúra és az interszektorális együttműködés kialakítását.

Mindezen előfeltételek teljesülése eredményezheti azt, hogy a városi közpolitika az egészség védelmét, valamint az egészségkockázatok csökkentésére törekvő települési környezet kialakítását prioritásként kezeli.<sup>8</sup>

Az Egészséges városok mozgalom tagvárosaiban megvalósításra kerülő egészségvédelmi tevékenységek Európa-szerte ötéves munkaciklusokban, előre meghatározott prioritásokra alapozottan szerveződnek. A harmadik munkaciklus (1998–2002) egyik fő feladata a városi egészségfejlesztési tervezés módszerének helyi adaptációja, majd az egészségfejlesztési terv kidolgozása és megvalósítása volt.<sup>9</sup> A városi egészségfejlesztési tervezés lényege a helyi döntéshozók és a szakmai ágensek között olyan multiszektorális együttműködés kialakítása, amelyre alapozottan a városi egészségkockázatok mérséklése megvalósítható lehet.<sup>10</sup> Magyarországon az Egészséges városok mozgalom nemzeti hálózata 1992-ben alakult, és jelenleg Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége elnevezéssel 17 hazai és négy határon túli város együttműködésének biztosít keretet.<sup>ii</sup> A szövetségi tagság a közösségi egészségfejlesztési programok szervezése mellett a városi egészségfejlesztési terv kidolgozásának és megvalósításának feladatait is magában foglalja.

Az egészségfejlesztési tervezés a hazai tagvárosokban több mint másfél évtizedes múlttal rendelkezik. Az első módszertani ajánlások megfogalmazása óta az ehhez kapcsolódó helyi tevékenységek a városok számára önként vállalt feladatot jelentettek. A közelmúltban változás történt: az Egészségügyről szóló törvény rendelkezései a 2015. évi CCXXIV. törvény 25. § szerint a 152/B. §-sal kiegészülve a járásszékhelyek számára a járási egészségterv kidolgozását immáron kötelező feladatként írják elő. Mindazonáltal az egészségterv kidolgozását segítő egységes módszertani ajánlás jelenleg még hiányzik.

Az Egészséges Városok Magyar nyelvű Szövetsége tagvárosaiban használt egészségfejlesztési tervezési módszerrel a városok az említett törvényi kötelezettségnek eredményesen felelhetnek meg. A módszer alkalmazhatóságát a Székesfehérvárott 2011 és 2015 között megvalósított városi egészségfejlesztési terv tapasztalatai és eredményei is alátámasztják.

Székesfehérvár alapító tagként vesz részt az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége – és jogelődje – munkájában. A városi egészségfejlesztési terv kidolgozása 2010 tavaszán vette kezdetét. A helyzetértékelés eredményei alapján az egészségfejlesztési terv intézkedési területei a következő prioritások mentén fogalmazódtak meg:

- az egészségmegőrzés lehetőségeinek bővítése érdekében a helyi multiszektorális együttműködési rendszer kialakítása;
- az egészségi állapotbeli egyenlőtlenségek csökkentésének elősegítése;
- az egészségi állapot javítását célzó döntések meghozatalakor a helyi közösségi részvétel erősítése;
- egyéni képességek fejlesztése a jobb egészségi állapot érdekében;
- az egészségügyi alapellátás feladatvállalásának fokozása az elsődleges prevenció területén;
- környezetegészségi kockázatok csökkentése.

Az egészségfejlesztési terv kidolgozását Székesfehérvár MJV Önkormányzat Humán Szolgáltató Intézete koordinálta, valamint a megvalósítás operatív intézkedéseit irányította. A szakmai tevékenységek megvalósítására öt év időkeret állt rendelkezésre. A módszertani alapot a színtérmegközelítés jelentette. A programok működéséhez szükséges pénzügyi feltételeket a város önkormányzatának aktuális költségvetésében nevesített éves forráskeret biztosította.

A közpolitikai térben egy adott téma napirendre kerülését Kingdon magyarázata szerint három egymástól független áramlat – a problémák, a megoldások, valamint a politika áramlata – befolyásolja. Amikor mindhárom áramlat egy ponton találkozik, megnyílhat a „lehetőségek ablaka”, amelyen keresztül egy adott téma a döntéshozók elé

<sup>ii</sup> Az Egészséges Városok Magyarországi Szövetsége 1992-ben 11 tagváros részvételével alakult. Annak érdekében, hogy a határon túli magyarlakta települések szövetséghez való csatlakozása is lehetővé váljon, a szervezet 2014-ben módosította alapszabályát és a nevét is megváltoztatta. Azóta, mint az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetsége működik. (forrás: [hahc.hu/index.php](http://hahc.hu/index.php), letöltve: 2018.03.20.)



kerülhet.<sup>11</sup> Jelen írásunkban Székesfehérvár 2011 és 2015 között megvalósított egészségfejlesztési tervével összefüggésben mutatjuk be, hogy az egészségfejlesztési tervezés miként lehet képes megnyitni a „lehetőségek ablakát”, és ezáltal a közösségi alapú egészségvédelmi kezdeményezések helyi politikai támogatottságát – mint a hosszú távú szakmai működés előfeltételét – biztosítani.

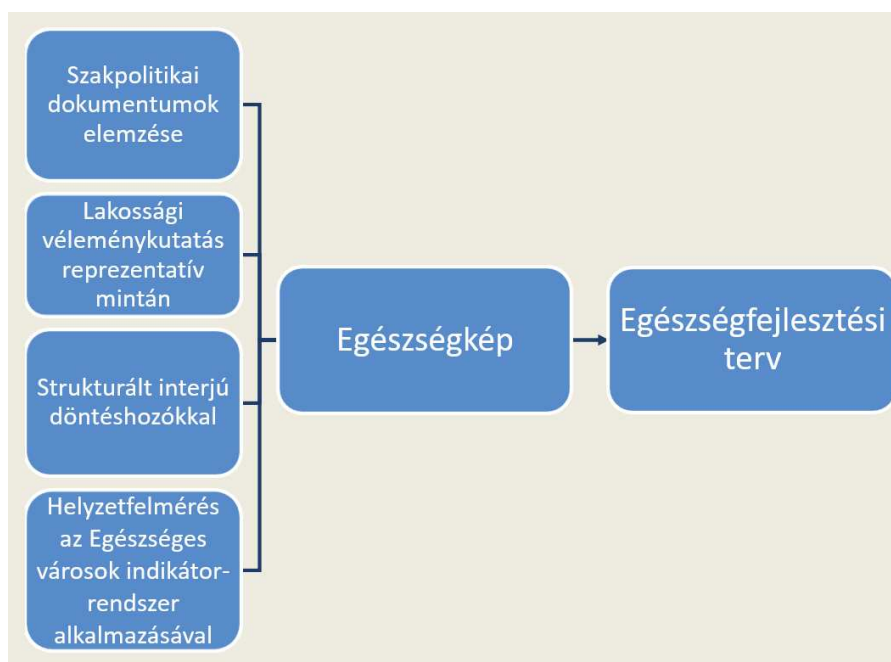
## AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERVEZÉS MÓDSZERE

Az Egészséges Városok Magyar Nyelvű Szövetségének tagvárosai által alkalmazott egészségfejlesztési tervezési módszer első munkarészeként a városi egészségkép elkészítése történik meg. A városi egészségkép az adott városban élő emberek egészségi állapotának és az azt befolyásoló tényezőknek a leírása kvantitatív és kvalitatív módszerekkel. Ez az eszköz alkalmas arra, hogy a számos különféle helyen rendelkezésre álló információt összerendezze olyan komplex helyzetjelentéssé, amely egyébként nem található meg egyetlen adatgazdánál sem. Az egészségkép készítése az alábbi feladatokat foglalja magába:

- a város stratégiai szakpolitikai dokumentumainak elemzése;
- reprezentatív városi mintán végzett lakossági véleménykutatás;
- politikai döntéshozókkal felvett strukturált interjúk;
- helyzetfelmérés az Egészséges városok indikátorainak alkalmazásával.

Az egészségkép adatainak és információinak felhasználása megteremti a lehetőséget egyrészt a feltárt problématerületeken történő cselekvés kezdeményezéséhez, másrészt további kutatásokat generálhat a hatékony beavatkozásokhoz. Ugyanakkor már a kidolgozás folyamata is erősítheti annak a végső célnak a megvalósulását, hogy a döntéshozók figyelme ráirányuljon azokra a problémákra, amelyek megoldása a közösség tagjainak egészségi állapotát pozitívan befolyásolhatja. Ily módon az egészségkép alapul szolgálhat a helyi egészségterv vagy egészségfejlesztési terv prioritásainak megfogalmazásához, a cselekvési irányok kijelöléséhez, továbbá a szükséges források allokációjának és a szolgáltatások körének meghatározásához.<sup>12</sup> Az egészségfejlesztési tervezés megalapozásának folyamatát az 1. ábra mutatja.

1. ábra: Az egészségfejlesztési tervezés folyamata



Forrás: saját szerkesztés

A városi egészségkép készítésének egyes munkaszakaszai az alábbi szakmai tevékenységekre épültek.

### Helyi szakpolitikai dokumentumok elemzése

A város szakpolitikai dokumentumának tekinthetők az ágazati koncepciók és programok (pl. sportkoncepció, környezetvédelmi program stb.) valamint a közép- és hosszú távú fejlesztési tervek és stratégiák (pl. integrált településfejlesztési stratégia, szociális szolgáltatások fejlesztési koncepciója stb.). E dokumentumok elemzésével feltárható, hogy a városi közpolitika működése során mennyire hangsúlyosan jelennek meg az egészség védelmével kapcsolatos elképzelések, javaslatok, intézkedések. A vizsgálat keretében az egyes dokumentumokban keressük az egészséget támogató közpolitika érvényesülésére utaló hat alapelv szövegbeli attribútumait.<sup>13</sup> Az keresett alapelvek az egészségfejlesztés és az egészségpolitika meghatározó nemzetközi és hazai dokumentumainak alapelvi mentén kerültek megfogalmazásra az alábbiak szerint:

- Multiszektorialitás – Megjelenik-e a dokumentum szövegében több szakmai terület közös feladatvállalása a koncepcionális célok elérése érdekében, illetve azzal összefüggésben?
- Kimenetoldali vezérlés – A koncepcionális célok a felhasználók igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy objektív feltételekhez és elvárásokhoz igazodnak?
- Egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés – Egészségvédelmi, egészségfejlesztési törekvés megjelenik-e mint önálló cél vagy mint a koncepcionális célokkal összefüggő prioritás?

- Közösségi részvétel – A koncepcionális célok meghatározása vagy elérése érdekében megjelenik-e a különböző közösségi csoportok bevonását célzó intézkedés?
- Esélyegyenlőség biztosítása – Megjelenik-e a koncepcionális célok között, illetve azokkal összefüggésben valamely speciális társadalmi csoport sajátos igényeinek nevesítése?
- Környezeti kockázatok csökkentése – Megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti és környezetegészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására?

Az elemzés során egy adott alapelv szövegbeli attribútuma explicit megjelenésűként értékelődik, ha a szövegszerző, konkrét megfogalmazás megtalálható volt a vizsgált dokumentumban. Implicit megjelenésnek minősül, ha a dokumentum a keresett alapelv attribútumát szövegszerűen ugyan nem tartalmazta, de valamely szövegrészének a jelentéstartalma azt magába foglalja. Az elemzés eredményei táblázatba rendezve összegződnek: a sorok az elemzett stratégiai dokumentumok megnevezését, míg az oszlopok az egészséget támogató közpolitika érvényesülésére utaló alapelveket mutatják. A cellákban lévő „+” és „-” jelzések az adott alapelv szövegattribútumának jelenlétét vagy hiányát jelzik. Az eredménytáblázat hipotetikus példáját az 1. táblázat szemlélteti.

Az eredménytáblázat minden cellájához tartozik egy függelék, amely az elemzett dokumentum azon szövegrészét tartalmazza, ahol a keresett alapelv szövegattribútuma található. A 2. táblázat egy adott a dokumentum elemzési eredményeihez tartozó függelék példája.

1. táblázat: A dokumentumelemzés eredményeit tartalmazó táblázat hipotetikus példája

	Multi-szektorialitás	Kimeneti oldali vezérlés - általában	Egészségre gyakorolt hatás általi vezérlés	Közösségi részvétel	Esélyegyenlőség biztosítása	Környezeti és környezetegészségi kockázatok.
Integrált városfejlesztési stratégia	+	+	-	+	+	+
Drogellenes stratégia	+	+	+	+	+	-
Sportkoncepció	-	-	+	+	+	-
Turisztikai fejlesztési koncepció	+	+	+	-	-	+
Humán erőforrás-fejlesztési stratégia	-	+	-	-	+	+
Bűnmegelőzési és közbiztonsági koncepció	+	+	+	+	+	-

Forrás: saját szerkesztés

2. táblázat: Adott dokumentum elemzési eredményeihez tartozó függelékének példája

BŰNMEGELŐZÉSI ÉS KÖZBIZTONSÁGI KONCEPCIÓ	
AZ ALAPELV ÉRTELMEZÉSE	AZ ALAPELV DOKUMENTUMON BELÜLI ATTRIBÚCIÓJA
<p><b>Multiszektoralitás:</b> Megjelenik-e a dokumentum szövegében több szakmai terület közös feladatvállalása a koncepcionális célok elérése érdekében, illetve azzal összefüggésben?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a Fórum résztvevői – a hatáskörök, a lehetőségek és a rendelkezésre álló eszközökre tekintettel – határozzák meg, hogy mely szervezet, mivel és milyen módon járulhat hozzá a probléma kezeléséhez. A hatékony cselekvés érdekében előremutató, ha a szervezetek a kötelező feladatok ellátásán túlmenően, az ügy iránt elkötelezettségüket kinyilvánítva önkéntes vállalásokkal is segítik a munkát. (21. oldal)</li> <li>a Fórum által végzett munka évente értékelésre kerül. A levont következtetéseket minden érintett szervezet számára hozzáférhetően szükséges közreadni, ezáltal is kezdeményezve a további együttműködések kialakítását. (27. oldal)</li> </ul>
<p><b>Kimeneti oldali vezérlés – általában:</b> A koncepcionális célok a felhasználók igényeit figyelembe véve fogalmazódnak-e meg, vagy objektív feltételekhez és elvárásokhoz igazodnak-e?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a Fórum a tevékenységét illetően a lakossági elvárásoknak kell hogy megfeleljen. Ennek érdekében folyamatosan figyelemmel szükséges kísérni a közvélemény-kutatási adatokat és a rendőrkapitány éves beszámolóit és egyéb lehetséges adat- és információforrásokat (3. oldal)</li> </ul>
<p><b>Az egészségre gyakorolt hatások általi vezérlés:</b> Egészségvédelmi, egészségfejlesztési törekvés megjelenik-e mint önálló cél, vagy mint a koncepcionális célokkal összefüggő prioritás?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a prevenciósi feladatvállalások között kiemelt figyelmet kell hogy kapjon az egészséges életmódra nevelés. (3. oldal)</li> <li>az ifjúság esetén a pszichés állapot romlása kedvezőtlen tendenciát mutat. A szenvedélybetegek és krónikus pszichiátriai betegségben szenvedők hatékony ellátása érdekében cél az egészségügyi és szociális ellátások fejlesztése. (14. oldal)</li> </ul>
<p><b>Közösségi részvétel:</b> A koncepcionális célok meghatározása vagy elérése érdekében megjelenik-e a különböző közösségi csoportok bevonását célzó intézkedés?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>egyrészt biztosítani kell azokat a kommunikációs csatornákat és lehetőségeket, amelyek segítségével a városlakók a Fórum részére bejelentést, figyelemfelhívást, illetve javaslatokat tehetnek. Másrészt a Fórum munkájával kapcsolatos információkat a lakosság számára hozzáférhetővé kell tenni (12. oldal)</li> </ul>
<p><b>Esélyegyenlőség biztosítása:</b> Megjelenik-e a koncepcionális célok között, illetve azokkal összefüggésben valamely speciális társadalmi csoport sajátos igényeinek nevesítése?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>minden városrészben, ahol szociálisan hátrányos helyzetű emberek élnek, integrációs közösségi programok biztosítása szükséges. A családok átmeneti otthona kiléptető rendszerének alapja további önkormányzati bérlakás biztosítása szükséges, ezáltal is lehetőséget biztosítva a családok tartós reintegrációját és megelőzve a családok szétesését (26. oldal)</li> <li>a potenciális visszaesés elkerülésének segítésére és az érintettek szegregálódásának megelőzése érdekében támogató programokat kell biztosítani (28. oldal)</li> </ul>
<p><b>Környezeti és környezetegészségi kockázatok csökkentése:</b> Megjelenik-e a dokumentumban olyan koncepcionális cél, amely a környezeti, és környezetegészségi kockázatok csökkentésén keresztül törekedne az életminőség javítására?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>---</li> </ul>

Forrás: saját szerkesztés

A dokumentumelemzés eredményei alapján javaslatok fogalmazhatók meg, hogy szükség esetén miként lehetne az adott stratégiai dokumentumot úgy átdolgozni, hogy a dokumentum – és ezáltal várhatóan az arra alapozott szakpolitika egésze is – az egészséget értéként kezelje, és az egészség védelmét támogassa.

### Lakossági véleménykutatás

A lakossági véleménykutatás egyrészt a városlakók egészségi állapotával és egészség-magatartásával kapcsolatos alapvető jellemzők felmérését, másrészt a városi környezettel, mint az egészségi állapotot meghatározóan befolyásoló színtérrel

kapcsolatos vélemények és igények megismerését foglalja magába. Az adatgyűjtés a város felnőtt lakosságát nemek és életkor szerint reprezentáló városi mintán, személyesen vagy telefonon lekérdezett kérdőív alkalmazásával történik. A kérdőív fő kérdéscsoportjai a következők:

- a várossal mint lakóhellyel kapcsolatos vélemények;
- egyéni egészségi helyzettel és kockázatokkal kapcsolatos vélemények és ismeretek;
- a helyi egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatos vélemények;
- a helyi sportolási lehetőségekkel kapcsolatos vélemények;
- az egészségmegőrzés helyi lehetőségeivel kapcsolatos vélemények, ismeretek.

A programidőszak lezárását követően végzendő hatásvizsgálat kérdőíve egy további, a megvalósított programok értékelésével kapcsolatos kérdéscsoportot is tartalmaz.

### Strukturált interjúk döntéshozókkal

E munkarész célja egyrészt az volt, hogy megismerjük, a helyi politikai döntéshozatali rendszer kulcsszereplői miként vélekednek a lakosság egészségi állapotának védelmét célzó városi feladatokról; másrészt hogy megismerjük, a döntéshozók

miként tudnának hozzájárulni a lakosok egészségi állapotának védelméhez és a városi környezet egészségesebbé tételéhez személyes és döntéshozói kompetenciáik segítségével. Az interjúhelyzetekben kialakult beszélgetések alkalmat teremthetnek arra is, hogy a tisztségviselők és a bizottsági elnökök információt kaphassanak az egészségfejlesztési terv lényegéről, céljáról, várható hatásairól, valamint hogy a témával kapcsolatos kérdéseiket megfogalmazzák és azokra választ kapjanak.

### Helyzetfelmérés az Egészséges városok indikátor-rendszerével

Az Egészséges városok mozgalom szakértői kidolgoztak egy 32 indikátort tartalmazó értékelési rendszert, amelynek segítségével egy adott város

- mortalitási és morbiditási mutatóiról;
- egészségügyi ellátórendszere releváns vonatkozásairól;
- épített és a természeti környezetéről;
- társadalmi-gazdasági környezetéről

egységes módszerrel készíthető helyzetelemzés.<sup>14</sup>

A helyzetfelméréshez használatos indikátorokat a 3. táblázat tartalmazza. Az indikátorok használata a helyi jellemzők időbeni és térbeni összehasonlítására is lehetőséget biztosít.<sup>15</sup>

3. táblázat: Az Egészséges városok indikátor-rendszere

<b>1. Mortalitási indikátorok</b>
1.1. Betegség miatti halálozás
1.2. Egyéb leggyakrabban előforduló halálokok
1.2. Alacsony testsúllyal születés
<b>2. Egészségügyi ellátórendszer indikátorai</b>
2.1. A város által szervezett egészségügyi oktatási programok száma
2.2. Védőoltásban részesült gyermekek száma
2.3. Egy házi orvosra jutó betegek száma
2.4. Egy nővérre jutó betegek száma
2.5. Társadalombiztosítási kártyával rendelkezők száma
2.6. Idegen nyelven hozzáférhető egészségügyi szolgáltatások
2.7. Az önkormányzat Közgyűlése által tárgyalt, az egészségügyhöz kapcsolódó előterjesztések száma

### 3. Környezetegészségi indikátorok

- 3.1. Légszennyezettségi adatok
- 3.2. Víztisztaságra vonatkozó adatok
- 3.3. A szennyvíz általi vízszennyezés mértéke a vízszennyező tényezőkön belül
- 3.4. A háztartási hulladék gyűjtésébe bekapcsolt háztartások száma
- 3.5. A háztartási hulladék kezelésének minőségi indexe
- 3.6. A városon belüli zöldfelületek aránya
- 3.7. A városi zöldfelületekhez való hozzáférés lehetősége a lakosság számára
- 3.8. Elhagyott ipari területek aránya a teljes területhez képest
- 3.9. Sport és szabadidős intézmények, lehetőségek száma
- 3.10. Sétálóutcák száma, hossza
- 3.11. A kerékpáros közlekedés helyzete a városban
- 3.12. A közösségi közlekedés helyzete a városban
- 3.13. A közösségi közlekedés által lefedett városrészek aránya
- 3.14. Az egy szobára jutó átlagos lakószám

### 4. Társadalmi-gazdasági környezet indikátorai

- 4.1. A komfort nélküli lakásokban élők (háztartások) száma
- 4.2. A hajléktalanok becsült száma
- 4.3. Munkanélküliségi ráta
- 4.4. Létfelmentés alatt élők száma
- 4.5. Bölcsődei, óvodai férőhelyek száma
- 4.6. Élveszülések száma a 20 évnél fiatalabb, 20-24 éves és a 35 év feletti nők csoportjaiban
- 4.7. Az abortuszok száma a szülések számához képest
- 4.8. A rokkantak foglalkoztatottsági mutatói

Forrás: Webster-Sanderson, 2012, p. 4. <sup>15</sup>

## Hatásvizsgálat

Az egészségfejlesztési terv megvalósítását követően hatásvizsgálat lefolytatása történhet, amely módszereit tekintve megegyezik az egészségkép készítéséhez alkalmazott módszerekkel. A helyzet-elemzés és a hatásvizsgálat során gyűjtött adatok összehasonlító elemzése tárhatja föl a beavatkozások eredményességét.

## AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI TERVEZÉS TAPASZTALATAI

A hazai városi egészségfejlesztési tervezés gyakorlatát tekintve Székesfehérvár 2011-ben elfogadott

Egészségfejlesztési terve azon kevés stratégiai dokumentumok egyike, amelyek a megyei jogú városokban élő népesség egészségi állapotának javítását célozták, és végrehajtásukat az önkormányzat eredményesnek ítélte. A tervezett intézkedések megvalósítását egyrészt a városi szakemberek elkötelezett feladatvállalása, másrészt a helyi politikai szereplők egészségfejlesztési feladatok támogató hozzáállása tette lehetővé.

Az operatív munka elősegítése érdekében a helyi egészségfejlesztési kezdeményezéseket is koordináló Humán Szolgáltató Intézet egy fő állású egészségfejlesztő szakember alkalmazására kapott lehetőséget. E létszámbővülés önmagában is az egészségfejlesztési terv egyik eredményét, és az intézkedések megvalósítási szándékának nyilvání-

tását jelentette. A helyi Multiszektorális Irányító Bizottság megalakulása és működése az elvégzett munkát illetően ugyancsak meghatározó jelentőségű volt. A testület az egészségfejlesztési kezdeményezésekhez széles körű és egységes szakmai háttérrel biztosított. A mintegy 25 fős tagság a helyi egészségügyi alapellátási intézmények, a tisztiorvosi szolgálat, a civil szervezetek, a városüzemeltetésért felelős cégek, a Fejér Megyei Szent György Kórház, a városban működő oktatási intézmények, a rendőrség, a politikai döntéshozatal, valamint a Humán Szolgáltató Intézet munkatársaiból és képviselőiből formálódott. E szervezetek szakemberei a szervezési és irányítási feladatok mellett, az évente rendszeresen megrendezett tematikus közösségi egészségvédelmi programok és kezdeményezések megvalósításában is tevékenyen vállaltak feladatot. Ilyen rendezvényként említhetők a „Séta a mellrák ellen!” program, „A tiszta, egészséges Székesfehérváért” futóverseny, a sportmajális, a diabetes világnapja, a nyílt nőgyógyászati szűrőnap, az elsősegélynyújtó tanfolyamok, a férfi szűrőnap, az anyatejes táplálás világnapja, a perifériás érbetegség szűrése, a „Jó szívvel Fehérváért!” programok, a „Szívünk napja” rendezvények, a „Nemzetközi babahordozó hét” programjai, a vese világnapja, a „Szülők akadémiaja” programsorozat, amelyek a hatásvizsgálat során a legtöbbször által ismert közösségi egészségfejlesztési kezdeményezésként jelentek meg. Az egészségfejlesztési tervezés megvalósítását jelentő intézkedések eredménye még az is – több más egyéb eredmény mellett –, hogy míg 2011-ben 1900 fő vett részt az egészségfejlesztési programokon, addig 2015-re ez a szám 10 778 főre változott, továbbá a hetente többször is rendszeresen sportolók aránya háromszorosára növekedett.<sup>16 iii</sup>

Az eredmények eléréséhez mindazonáltal a helyi szakemberek elkötelezett feladatvállalása mellett a helyi politikai szereplők aktív segítsége is meghatározónak bizonyult. Különösen fontos mindez azért, mert a döntéshozók megnyerése az egészségfejlesztési kezdeményezések támogatására a világ számos részén nehezen valósítható meg.<sup>17,18,19</sup> A politikusok e területtel kapcsolatos, jellemzően

tartózkodó hozzáállása egyrészt azon a tapasztalaton alapszik, hogy az egészségvédelemmel összefüggő tevékenységek esetén a hasznokat lényegesen nehezebb számszerűsíteni, mint a ráfordításokat, és míg a költségek előteremtése a jelen feladata, a hasznok csak jóval később realizálódnak. Ily módon nehéz rövid időtávon belül eredményt felmutatni, továbbá a hasznok gyakran nem azokon a területeken jelentkeznek, ahonnan a költségek fedezete származott, miáltal az emberek az eredményeket nehezebben társítják a közpolitika egy-egy szereplőjéhez.<sup>20,21</sup> Másrészt az egészségvédelem a legtöbb esetben nem jelenik meg kellően vonzó területként ahhoz, hogy a helyi politikus ezt is beválassza a politikai feladatvállalását jelentő portfóliójába.<sup>22,23</sup> Székesfehérvárott az egészségfejlesztési terv intézkedéseinek megvalósításakor mindezen problémákat a döntéshozók személyes érintettségének kialakításával és a politikusok programszervezésbe történő bevonásával sikerült megoldani.

A politikusok személyes érintettségének fokozásához meghatározó segítséget jelentett, hogy a városvezetés tagjai az egészségfejlesztési terv kidolgozásába már az előkészítés során bevonásra kerültek. Ennek egyik módja a városi egészségvédelmi feladatokkal kapcsolatos strukturált interjúk felvétele volt. Hatékony támogatásfokozó eszköznek bizonyult az a kérdés, hogy az adott döntéshozó – illetve az általa vezetett bizottság – az egészségvédelem szempontjainak közpolitikai érvényesüléséhez miként járulhat hozzá. A válaszok között konkrét javaslatok szerepeltek, amelyek az egészségfejlesztési terv intézkedései között többségében meg is jelentek. Ily módon a képviselők a programjavaslatok támogatásával számos esetben a maguk által korábban megfogalmazott javaslatokat is megerősítették.

A programtervezés során alkalmazott decentralizált megközelítés a politikai támogatottság erősítése érdekében szintén meghatározó jelentőségűnek bizonyult. Ezáltal a városi lakosság egészét célzó rendezvények mellett, az egyes városrészekben is rendszeresen egészségnap és szűrőnap került meg szervezésre. E szemlélet további példája, hogy

<sup>iii</sup> Az eredményekről bővebb információ a „Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Egészségfejlesztési Tervének felülvizsgálatát megalapozó lakossági véleménykutatás eredményei” című tanulmány tartalmaz. Az elemzés a „Javaslat Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzat Egészségfejlesztési Tervével kapcsolatos intézkedések megtétele” című előterjesztés 2. mellékleteként teljes terjedelmében nyilvánosan hozzáférhető a megadott linken. Az előterjesztést az Önkormányzat Humán Közszolgálati Bizottsága a 2016. 06.23-án tartott nyílt ülésén a 3. napirendként tárgyalta.

javarészt a képviselők egyénileg felhasználható támogatási keretének terhére a vizsgált időszakban városzerte 23, új, szabadtéri fitnesspark is kialakításra került. Mindemellett az önkormányzat a helyben elérhető prevenció feladatvállalásokat egyrészt a szemléltetést és a szűréseket segítő eszközök rendelkezésre bocsátásával, másrészt háziorvosi körzetenkénti éves pénzbeli hozzájárulással támogatta. A városrészekre fókuszáló egészségvédelmi események ugyanakkor a politikusok számára is lehetőséget biztosítottak, hogy nyomon követhessék a képviselt városrész lakóinak szánt támogatás hasznosulását. Másrészt az egyéni választókerülethez is köthető rendezvények lehetőséget biztosítottak arra is, hogy az ügy mögött támogatóként megjelenő politikusok is azonosíthatóvá váljanak. Mindezek a megoldások biztosították a politikusok egyéni érdekeltiségének fokozódását, de egyúttal a programok politikai támogatottságát is eredményezték.

Az ily módon létrejött kezdeményezések eredményeinek egy fontos elismerése, hogy 2017 márciusában Székesfehérvár a WHO European Healthy Cities Movement projektvárosai közé is felvételt nyert.<sup>iv</sup> Ezáltal a helyi közösség tagjait érintő

egészségfejlesztési tevékenységekkel összefüggésben további nemzetközi szakmai támogatás vált elérhetővé.

## ZÁRÓGONDOLAT

Székesfehérvár városában az Egészségfejlesztési terv kidolgozása és megvalósítása során nyílt meg a „lehetőségek ablaka”, miáltal a közösségi egészségfejlesztés a helyi közpolitikai témák között megjelenhetett, és a politikusok támogatását elnyerhette. Az egészségvédelmi feladatok politikai támogatottsága a hosszú távú fenntarthatóságuk érdekében meghatározó, mivel a lakosság egészségi állapotának javítása a döntéshozók elkötelezettsége nélkül nem lehetséges.<sup>24</sup> Székesfehérvár városa az Egészségfejlesztési Terv megvalósításával ezirányú elköteleződését kinyilvánította.

*A szerzők megjegyzése: Jelen tanulmány szerzői az Egészségfejlesztési terv kidolgozásban, megvalósításában és hatásvizsgálatában szakértői feladatvállalással működtek közre.*

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> World Urbanization Prospects: The 2014 Revision. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, CD-ROM Edition, 2014

<sup>2</sup> Hidden cities: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. WHO Centre for Health Development, Kobe and United Nations Human Settlements Programme (UN-HABITAT), 2010

<sup>3</sup> Galea, S., Vlahov, D. Urban health: evidence, challenges, and directions. Annual Review of Public Health 2005; (26): 341–65. doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144708

<sup>4</sup> Report of the ICSU Planning Group on Health and Wellbeing in the Changing Urban Environment: a Systems Analysis Approach. International Council for Science, Paris, 2011

<sup>5</sup> ENSZ Fenntartható Fejlődés Célok 2030 [http://www.unis.unvienna.org/unis/hu/topics/sustainable\\_development\\_goals\\_background.html](http://www.unis.unvienna.org/unis/hu/topics/sustainable_development_goals_background.html) Elérve: 2018.06.09.

<sup>6</sup> Health as the pulse of the new urban agenda. World Health Organization. United Nations Conference on Housing and Sustainable Urban Development, Quito 2016 <http://www.who.int/iris/handle/10665/250367> Elérve: 2018.06.09.

<sup>7</sup> Shanghai Consensus on Healthy Cities 2016 Healthy Cities Mayors Forum <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/9gchp-mayors-consensus-healthy-cities.pdf?ua=1> Elérve: 2018.06.09.

<sup>8</sup> Twenty steps for developing a Healthy Cities project. 3rd edition, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1997

<sup>9</sup> De Blasio A, Girán J. Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezet-tudatos támogatása. Magyar Epidemiológia. 2006;3(1):41-46.

<sup>10</sup> A Working Tool on City Health Development Planning: Concept, Process, Structure and Content. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2001

<sup>iv</sup> A projektvárosok a nemzeti hálózatokban való tagságuk mellett, közvetlenül a WHO Koppenhágai központjával is szakmai kapcsolatban állnak. Magyarországon Székesfehérvárral együtt három város, míg a WHO Európai Régiójának 30 országban mintegy 100 város rendelkezik ezzel a státusszal.

- 
- <sup>11</sup> Kingdon JW. *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. Longman Classics in Political Sciences. New York, 2003
- <sup>12</sup> *City Health Profiles—How to Report on Health in your City*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1995
- <sup>13</sup> Krippendorff K. A tartalomelemzés módszertanának alapjai. Balassi Kiadó, Budapest. 1995, pp. 23-69.
- <sup>14</sup> Webster P, Lipp A. The evolution of the WHO city health profiles: a content review. *Health Promotion International*. 2009;24(S1):i56–i63. doi: 10.1093/heapro/dap055
- <sup>15</sup> Webster P, Sanderson D. Healthy Cities Indicators – A sustainable instrument to measure health? *Journal of Urban Health. Bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2012. doi: 10.1007/s11524-011-9643-9
- <sup>16</sup> Székesfehérvár Megyei Jogú Város Önkormányzata Egészségfejlesztési Tervének felülvizsgálatát megalapozó lakossági véleménykutatás eredményei. [https://ekozig.szekesfehervar.hu/in-dex.php?pg=page\\_140806&dsKeyword=&dsYear=2016&dsCorporation=&dsType=-2&dsState=&dsId=&page=1#](https://ekozig.szekesfehervar.hu/in-dex.php?pg=page_140806&dsKeyword=&dsYear=2016&dsCorporation=&dsType=-2&dsState=&dsId=&page=1#) Elérve: 2018. 01. 04.
- <sup>17</sup> Mahler H. Towards a new public health. *Health Promotion International*. 1986;1(1):1. doi.org/10.1093/heapro/1.1.1
- <sup>18</sup> McGinnis JM, Williams-Russo P, Knickman JR. The case for more active policy attention to health promotion. *Health Affairs*. 2002;21(2):78-93. doi 10.1377/hlthaff.21.2.78
- <sup>19</sup> Catford J. Creating political will: moving from the science to the art of health promotion. *Health Promotion International*. 2006;21 (1):1-4. doi.org/10.1093/heapro/dak004
- <sup>20</sup> Orosz É. The impact of social science research on health policy. *Social Science and Medicine*. 1994;39(9).
- <sup>21</sup> Post LA, Raile ANW, Raile ED. Defining political will. *Politics Policy*. 2010;38(4):653-676. doi.org/10.1111/j.1747-1346.2010.00253.x.
- <sup>22</sup> Lohmann S. Rational choice and political science. In: Durlauf SN, Blume LE (eds). *The New Palgrave Dictionary of Economics*, 2nd ed. Palgrave Macmillian, 2013
- <sup>23</sup> Zalmanovitch Y, Cohen N. The pursuit of political will: politicians’ motivation and health promotion. *International Journal of Health Planning and Management*. 2015;30:31-44. doi 10.1002/hpm.2203
- <sup>24</sup> Orosz É. Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarorszá-  
gért Egyesület, Budapest, 2001



## A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban

### The state and aims of physical education in public and higher education

Szerző: Lókos Dániel ✉  
Budapesti Gazdasági Egyetem

Beküldve: 2017. 03. 19.  
doi: 10.24365/ef.v59i3.264

**Összefoglaló:** A testnevelés tantárgy jelentősége a köznevelési intézményekben messze felülmúlja a többi tantárgyét a fiatalok egészség-magatartásának kialakítása és a testi-lelki egészségre gyakorolt hatása szempontjából. A cikkben ismertetésre kerül a testnevelés és az iskolai sport jelenlegi helyzete Magyarországon és nemzetközi viszonylatban, kiemelve a felsőoktatásban betöltött szerepét. Lényeges kérdés, hogy a felsőoktatás milyen módon járulhatna hozzá a kialakított egészség-magatartás megőrzéséhez, az egészséges szemlélet és életmód további fejlesztéséhez. Korábbi felmérések igazolják, hogy a mindennapos testnevelés pozitív hatást gyakorol a gyermekek, a fiatalok fizikai aktivitására. A felsőoktatásban követni kellene a köznevelésben kialakított pozitív egészség szemléletet. Fontos lenne, hogy a jövő értelmisége a felsőoktatási tanulmányai alatt megfelelő értéként ismerje meg és tárja fel a tudatos egészségmegőrző testmozgás fontosságát, annak további tényezőit, aspektusait.

**Kulcsszavak:** mindennapos testnevelés; fizikai aktivitás; sportolásra való készenlét; egyetemista; egészség-magatartás

**Summary:** In the development of the health behaviour of the youth, effects of physical education on mental and physical health are far above the importance of other subjects in the public education. This paper reviews the state of physical education and school sports in Hungary, and in international contexts, focusing on their role in higher education, examines the extent to which higher education can contribute to enhancing health awareness and to the further promotion of a healthy lifestyle.

Previous surveys confirm the positive effects of everyday physical education on children's and young adult's physical activity. Results clearly show that students developed a positive attitude to health issues in primary and secondary education and regard health as a value. It is very important to ensure that students in higher education can gain an even deeper understanding of the importance and the different factors and aspects of health promotion and how physical exercise can contribute to their mental and physical health.

**Keywords:** everyday physical education; physical activity; readiness to do physical exercise; students; health behaviour

## BEVEZETÉS

Ahogy a Szent-Györgyi Alberttől vett idézetben megjelennek a sport erényei, úgy mindez a testnevelés oktatásával kapcsolatban is elmondható: „A sport elsősorban szellemi fogalom. Egy sportcsapat a társadalomnak kicsinyített képe, a mérkőzés

az életért való nemes küzdelem szimbóluma. (...) A sport a játék alatt tanítja meg az embert rövid idő alatt a legfontosabb polgári erényekre: az összetartásra, az önfeláldozásra, az egyéni érdek teljes alárendelésére, a kitartásra, a tettekre készségre, a gyors elhatározásra, az önálló megítélésre, az abszolút tisztességre, és mindenekelőtt a 'fair play'.

*a nemes küzdelem szabályaira.*” Kotschy Beáta egyértelműen, lényegre törően foglalja össze a testnevelés-oktatás célját: a személyiségfejlődésben tervezett változások elérése a motoros oktatási folyamat eredményeként, a korszerű testkulturális művelődési anyag feldolgozása során.<sup>1</sup> A köznevelési intézménytípusokban és a felsőoktatásban egyaránt ez a célja a testnevelésnek. Az általános cél az, hogy a testnevelés a testkultúra műveltségtartalmának közvetítésével járuljon hozzá a művelt ember formálásához. A testnevelés a köznevelési intézményekben a sok tantárgy közül csak az egyik. Jelentősége azonban az egészségmegőrzés és a személyiségfejlődés tekintetében, valamint a testben és lélekben harmonikus, munkabíró generáció felnövekedése szempontjából az iskolai tantárgyak fölé emeli.<sup>2</sup>

A testnevelés megismerésének első szintje az óvodai nevelésben és alsó tagozat első osztályaiban jelentkezik. Itt elvárásaként megjelenik az általános mozgáskészségek fejlesztése, új mozgásformák kipróbálása. A mozgásműveltség további építésében fontos szerepe van a sokoldalú gyakorlási lehetőségeknek és a mozgásos játékokkal való mozgástapasztalatok szerzésének. Az itt szerzett gyakorlat megalapozza a mozgás- és a sportműveltség fejlesztési lehetőségeit a későbbi tanulmányok során.<sup>3</sup>

A felső tagozati és a középfokú tanulmányok ideje alatt a testgyakorlatok és a sportágak technikai készletének fejlesztése formálja az általánosan művelt embert.<sup>3</sup>

A testnevelés oktatásának harmadik szintje a felsőfokú intézményekhez kötődik, ahol azzal is hozzájárulhatnak a művelt emberek képzéséhez, hogy biztosítják a testhezálló edzési formák, sportágak gyakorlásának lehetőségét. A felsőoktatási intézmény feladata az oktatás, illetve a kínálatbővítés.<sup>3</sup>

A 2016/2017. tanévben kezdték meg felsőoktatási tanulóikat azok a diákok, akik középiskolai tanulmányaik során mindennapos testnevelésben részesültek. Több felsőoktatási intézmény is kezdeményezte a kötelező testnevelés bevezetését a tanmenetbe, ezzel is előremozdítva az egészséges életmódot. Sajnálatos módon az infrastrukturális helyzet az egyetemeken és főiskolákon is fejlesztésre szorul.

## TESTNEVELÉSÓRÁK ÉS KÖVETELMÉNYEK A FEJLETT NYUGATI ORSZÁGOKBAN

Az Amerikai Egyesült Államokban (USA) egyre nagyobb problémát jelent az elhízás és a testmozgás hiánya, amelyek már az általános iskolás korosztályban megmutatkoznak: bár államonként változnak a követelmények, gyakori, hogy az iskolákban csak hetente egyszer 40 perc kötelező testnevelés van a gyerekeknek. Ha valaki mozogni, sportolni akar, az órák utáni foglalkozásokhoz csatlakozhat. 2008–2011 között 300 000 tanár veszítette el az állását az USA-ban, ami az 54%-át jelentette az összes elvesztett állásnak a közszférában. Ennek következtében az osztálylétszámok nőttek, és a testnevelési (és művészeti) órákat a többi, ebben képzetlen tanárnak kellett oktatnia, figyelmen kívül hagyva azt, hogy a testnevelésórák segíthetnének a kormánynak a költségek megtakarításában az egészségügyben, tekintve, hogy évi 147 milliárd dollárt költenek csak az elhízásból eredő betegségek kezelésére.<sup>4</sup> Az amerikai egyetemeken nincs kötelező testnevelésóra, az általános iskolákhoz hasonlóan órák utáni foglalkozásokon van lehetőségük a diákoknak mozogni.

Az USA-ban a 2–19 évesek között legmagasabb arányban, nemtől függetlenül a 12–19 éveseknél mutatható ki az elhízás, és alapvetően a 2–19 éves gyerekek 17%-a számít elhízottnak.<sup>5</sup>

Az Egyesült Királyságban mind az általános, mind a középiskolákban az iskola vezetősége szabadon megszabhatja, hogy heti hány órában oktatnak testnevelést. Korábban heti két óra megtartása volt a jellemző, de bővítették a délutáni szabadon választható sportfoglalkozások kínálatát.<sup>6</sup> Az Egyesült Királyságban négy különböző stádiumra bontották a követelményeket, amelyeket az általános és középiskolákban kell teljesíteniük a diákoknak: az egyszerűbb feladatoktól haladnak a nehezebbek felé az évek során, és olyan sportok tartoznak ide, mint a futás, az úszás és a tánc. Középiskolában a csapatsportokra helyezik a hangsúlyt.<sup>7</sup> A felsőoktatásban nincsenek kötelező testnevelésórák, csak szabadon választható délutáni csapatsportok: a legnépszerűbb a futball és a rögbi.<sup>6</sup>

## AZ EURÓPAI UNIÓ, AZ UNESCO ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI VILÁGSZERVEZET ÁLLÁSPONTJA

Az Európai Unió (EU) hivatalos iránymutatásai kifejezetten azokra az egészségügyi problémákra próbálják felhívni a figyelmet, amelyek a fizikai aktivitás csökkenése miatt (a fiatalabb korosztályokban) kialakultak. A felmérések szerint az iskoláskorú gyermekek 80%-a kizárólag az iskolában végez testmozgást, miközben legalább napi 1 óra mozgásra lenne szükségük, amellyel hosszú távon támogatnák az egészségüket.

A 2009-es Lisszaboni szerződés 165. cikkelye ezekre a problémákra fókuszálva ad iránymutatást az EU országainak az iskolás korosztály megfelelő mennyiségű és minőségű testmozgására és sportfoglalkoztatására. A szerződés olyan pontokat foglal magában, mint a tagállamok és az iskolák közötti megfelelő kommunikáció, a távoktatás erősítése, a diákok és a tanárok mozgásra készítése.

Több tagállam jelenleg is dolgozik új stratégiák kidolgozásán, a sport és a testnevelés népszerűsítésén. Szlovénia 2010-ben, Románia és Lettország pedig 2012-ben véglegesítette az új terveket. Romániában 2012 és 2020 között kerül sor a terv végrehajtására az állami iskolákban, az iskolai testnevelésre és a sportokra összpontosítva.<sup>8</sup>

Dániában 2012-ben kezdtek el új iránymutatásokon dolgozni, a fő cél a testnevelésórák fontosságának hirdetése, ami elősegíti a hatékony tanulást, erősíti a szociális és személyes készségeket és motiválja a diákokat. Lettországban 2013–2020 között vezetik be az új irányelveket, kiemelve a gyermek- és ifjúsági sportolást, a fogyatékossgal élő diákok testmozgása, infrastruktúra fejlesztése és pénzügyek területeit. 2013 óta Ausztria is új stratégián dolgozik, az egészséges életmód népszerűsítését helyezte a középpontba az iskoláskorú gyermekek között.

Jogilag a testnevelésóra ugyanolyan fontos a tagállamok 90%-ában mint más órák, de a gyakorlatban 34%-kal kevesebbet ér az emberek szemében. Kevesebbet és „lazábban” tanítják, mint a többi, kötelező és fontos tantárgyat, valamint a testnevelő tanárok megítélése is rosszabb a többiekhez képest (pl. matematika, kémia, nyelvi tárgyak).<sup>9</sup>

Az egészség és a testmozgás közötti összefüggés már régóta ismert. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint a fizikai inaktivitás a halálozás negye-

dik vezető kockázati tényezője a világon. A fejlettebb országokban ez még inkább jellemző, de kutatások kimutatták, hogy az állandó gazdasági fejlesztések és változások miatt most már a fejlődő országokban is egyre gyakoribb probléma a kevés testmozgás és az ehhez kapcsolódó egészségügyi kockázat. A WHO iránymutatása szerint minden 5–17 év közötti gyermeknek napi legalább 60 perc, minimum közepes intenzitású testmozgást kellene végeznie.<sup>10</sup>

Az ENSZ Nevelésügyi, Tudományos és Kulturális Szervezete, az UNESCO is közzétette az álláspontját 2015-ben<sup>11</sup>: megerősítette a 2013-as Berlini nyilatkozatot, amely kimondja, hogy a testnevelésóra a leghasznosabb módja a gyermekek és az ifjúság készségeinek fejlesztésére, motiválására és felkészítésére a társadalomban való elhelyezkedésre. A szervezet számos projektet vezet, támogat világszerte e nyilatkozat szellemiségében.<sup>12</sup>

## AZ ISKOLAI TESTNEVELÉS JELENLEGI HELYZETE MAGYARORSZÁGON

Magyarországon a népességszám 37 éve folyamatosan csökken, öregszik a társadalom, sok a szív-érrendszeri, daganatos és cukorbetegség, gyakori a csontritkulás, sűrűn jelentkeznek a testtartáshibák, mozgásszervi panaszok és pszichés zavarok. A 15-16 éves fiatalok több káros szenvedélynek hódolnak (dohányzás, alkohol, drog).<sup>13</sup> A helytelen táplálkozásból és a mozgásszegény életmódból fakadó elhízás hazánkban, de az EU tagállamaiban is komoly probléma. Magyarországon a 15 év alatti gyermekek 16%-a túlsúlyos<sup>14</sup>, míg a 15 évesnél idősebb lakosság 2/3 része túlsúlyos vagy elhízott.<sup>15</sup> A magyar kormány a romló tendencia megállítására és egy egészségesebb társadalom megteremtésének céljából konkrét intézkedéseket tett a mindennapos testnevelés bevezetésével. A bevezetésről szóló jogszabály a nemzeti köznevelésről szóló CXCV. törvényben (Nkt.) került előírásra.<sup>16</sup> Az Nkt. 27. § (11) bekezdés szerinti mindennapos testnevelést az iskolai nevelés-oktatás első, ötödik, kilencedik évfolyamán 2012. szeptember 1-jétől kezdődően felmenő rendszerben kellett bevezetni, ami a 2015/2016. tanévben befejeződött. Az ezeken az évfolyamokon alkalmazott helyi tantervbe legalább heti öt testnevelési órát kellett beépíteni. Az új

köznevelési törvény fókuszpontba helyezte a testnevelés és egyéb iskolai sportfoglalkozások szervezését.<sup>17</sup>

A Nemzeti alaptanterv (NAT) megújításakor a testnevelés egészségfejlesztési szempontjai hangsúlyosan jelentek meg. A mindennapi testnevelés megvalósulásának elmúlt éveiben kiderült, hogy egyre jobban előtérbe kerül a tornatermek hiánya: azokban az iskolákban, ahol korábban elegendő volt a meglévő tornaterem, most kevésnek bizonyulhat. Ez szükségessé teszi újabb tornatermek építését, ami szerepel is a kormányzati tervekben. Ezen túl a kormányzat uszodák építésével is segíteni kíván a mindennapi testnevelés infrastrukturális gondjain. Mindez jó és szükséges, azonban azt is látni kell: nem várható, hogy a közeljövőben minden tanuló, minden nap tornateremben vehessen részt a testnevelési óráján.<sup>18</sup> Bár közel sem ideálisak az infrastrukturális feltételek sok helyen, a testkulturális műveltségterület iránt mélyen elkötelezett pedagógusok jó szervezéssel és áldozatos munkával színvonalasan megoldhatják a feladatokat. Ugyan a körülmények nagyon fontosak, az elhivatott tanárok személye, attitűdje még annál is többet jelent.

A mindennapi testnevelést akadályozó szabályozási, tárgyi és iskolai hozzáállásbeli problémákat rendszerszerűen kell kezelni. Az iskolák fokozott támogatása szükséges a mindennapi testnevelés kreatív, hatékony megoldásához, és ehhez a szülők, a tanulók és az iskolákat körülvevő civil társadalom bevonását is elő kell segíteni.<sup>18</sup> Országos reprezentatív kutatási eredmények szerint a mindennapos testnevelés bevezetésével a megkérdezett felnőtt lakosság 70%-a is egyetért.<sup>19</sup>

A testnevelés- és sportműveltségi terület régen túllépte hagyományos szemléletű tantárgyi kereteket, az egészség-magatartás állandó formálójává lett. Részt vesz a mindennapos testedzés és testhasználat mellett a tartalmas életidő, az egészséges táplálkozás alakításában, hatással van a környezeti és a személyes higiéniára, a testi-lelki harmónia megteremtésére, szerepe van a testi eltérések korrekciójában, a rehabilitációban és a viselkedési devianciák, káros szenvedélyek elleni küzdelemben is. A nemzeti köznevelésről szóló törvény kimondja, hogy a köznevelés egészét a fenntartható fejlődés és az egészséges életmódra nevelés határozza meg. Megállapítható, hogy a mindennapos testnevelés bevezetésével a tantárgy jelentősége erősebbé vált, így a testnevelő tanár szerepe is felértékelődött.

Szabadon választott érettségi tantárgyként is egyre népszerűbb lett. A hatékony iskolai egészségfejlesztés a különböző műveltségi területek együttműködésével érhető el, amelyet a testnevelő koordinál(hat).<sup>20</sup> 2012-ben, a mindennapos testnevelés bevezetésével olyan utat kezdtek kiépíteni, ami elvezethet egy egészségesebb társadalom létrehozásához, de az infrastruktúra kiépítése hosszadalmas folyamat.

2014-ben jelent meg a felsőoktatással foglalkozó uniós fejlesztő projektek körében a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet és az Állami Egészségügyi Ellátó Központ konzorciuma által megvalósított, a TÁMOP 6.1.1./12/1. „Bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztési ismeretek kidolgozása az oktatás különböző szintjei számára, valamint egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása” című fejlesztő célú kiemelt projekt, amely a nagy társadalmi alrendszerekben folyó egészségfejlesztési munkák támogatását és koordinálását tűzte zászlajára. A tényleges fejlesztési tevékenységek négy alprojekt – köznevelési, felsőoktatási, népegészségügyi és egészségfejlesztő kórházak alprojekt – keretében valósultak meg. Az egyetemek szempontjából releváns felsőoktatási alprojekt ahhoz kívánt hozzájárulni, hogy az egészség jelenjen meg hangsúlyosan a felsőoktatási intézmények mindennapjaiban, és az egyetemeken és főiskolákon dolgozók egészségtudatos gondolkodására és viselkedésére kíván hatni. A TÁMOP-6.1.1-12/1 program felsőoktatási alprojektjének újszerűségét az is adta, hogy ez volt az első átfogó, országos kezdeményezés az egészségfejlesztő egyetem külföldön már ismert és működő koncepciójának, módszertanának hazai adaptációjára és bevezetésére, és az egészségfejlesztő egyetem hálózatának kialakítására.<sup>21</sup>

## A FELSŐOKTATÁSI TESTNEVELÉS ÉS AZ EGYETEMI SPORT HELYZETE, CÉLJAI MAGYARORSZÁGON

A felsőoktatási intézményeken a testnevelés és a sport nem központilag kiadott tantervek alapján szerveződik. Az egyetemekre, főiskolákra érkező hallgatók már részesültek köznevelésben. Ha minden intézményben és életkorban megfelelő határfokú testnevelési oktatást kaptak, már rendelkeznek általános testkulturális műveltséggel, így a felsőoktatási intézmények feladata a testnevelés-

oktatásban az, hogy biztosítsa az eddig megalapozott képességek egészségtudatos szemléletű további fejlődését, valamint az ehhez szükséges megfelelő körülményeket. Az infrastrukturális ellátási nehézségek ellenére több felsőoktatási intézmény bevezette kötelező tantárgyként a testnevelést.

A sport, a mozgás és az ennek következtében kialakuló mozgásgazdag életmód, egészségtudatos magatartás olyan igény az ember számára, amelyet élete során sajátít el.<sup>22</sup>

A Magyar Egyetemi – Főiskolai Sportszövetség (MEFS) által koordinált, katalizált versenyrendszerrel kibővül az adott intézmény nyújtotta sportolási lehetőség. Cél, hogy az egyetemek és főiskolák ne csak a saját tudományterületükön speciális szaktudással rendelkező szakembereket neveljenek, hanem mozgásban gazdagabb életet élő, egészségtudatos fiatalokat, akik munkavállaló korukban a fitt életszemlélet és az egészségtudatos magatartás elkötelezettjeiként a társadalom hasznosabb tagjai, a gazdaság hatékonyabb szereplői lehetnek.

A jövő generációjának felelősségteljes, egészségtudatos életre nevelése alapvető társadalmi feladat.<sup>23</sup>

A Magyar Egyetemi – Főiskolai Sportszövetség 2013-ban elkészítette a Hajós Alfréd-tervet, amely a felsőoktatási sport területére vonatkozó szakmai programterv 2020-ig. A Hajós Alfréd-terv célja az önkéntes mindennapos testedzés megvalósítása a hazai felsőoktatásban, valamint az évszázados hagyományokon alapuló egyetemi sport presztízsének és beágyazottságának növelése.<sup>24</sup>

Az aktívan sportolók aránya jelenleg nagyon alacsony, és ez az egyetemi-főiskolai korosztályban is csak alig érezhetően magasabb.<sup>24</sup>

A hallgatók döntő többsége nem sportol rendszeresen, ezért fontos lenne a testnevelésórák számának

és minőségének növelése, javítása, hogy a fizikailag inaktív fiatal felnőttek találkozzanak a testkulturális értékekkel. Emiatt is kiemelten fontos lenne a felsőoktatásban a központilag előírt testnevelés, és az oktatás tartalmának meghatározása, a tárgyi és személyi feltételek biztosítása.

A Hajós Alfréd-terv kiemelt feladatként fogalmazza meg a jelenleg még nem sportoló hallgatói tömegek elérését és megmozgatását. A magyar felsőoktatás egészséges és sportos életmódot középpontba állító átalakítása csak akkor képzelhető el, ha a változó környezettől és befolyásoló erőktől független, de mindenki által elfogadható célokat tűz ki. A tervbe tartoznak sportösztöndíjak és mentorprogramok is.<sup>24</sup>

Magyarországon a rendszeres és rekreációs minimumot elérő testmozgást végzők, valamint az aktívan sportolók aránya alacsony, és ez az arány sajnos alig magasabb a felsőoktatásban tanuló korosztályban. A pozitív változást jelentő folyamatoknak köszönhetően 2013-tól a tendencia javul.<sup>24</sup>

A Magyar Egyetemi – Főiskolai Sportszövetség először a 17. Educatio kiállításon, 2016-ban vizsgálta leendő egyetemisták sportolási szokásait kérdőívvel. A kérdőív kitöltése önkéntes alapon történt a MEFS munkatársainak felkérésére, illetve közreműködésével. Ehhez mérten az eredmények nem reprezentatívak, és az ezekből levont következtetések is korlátozott érvényűek. A 2016-ban végzett felmérés eredménye szerint a versenysport területén a köznevelésből kikerülő élsportolók választási kényszerként tekintenek arra, hogy sportoljanak vagy tanuljanak: a felsőoktatás első éveiben a legnagyobb az élsportolók lemorzsolódása. A kötelező testnevelésórakon kívül az alábbi arányokban sportoltak a hallgatók a végzett felmérés alapján. [1. táblázat]<sup>24</sup>

1. táblázat: A Magyar Egyetemi – Főiskolai Sportszövetség 2016-os felmérése alapján a kötelező testnevelésórakon kívül sportoló hallgatók aránya<sup>24</sup>

A testmozgás gyakorisága	Közoktatásban fő (százalék) N=16502	Egyetemen fő (százalék) N=16503
ritkábban, mint havonta	1707 (10,3%)	2331 (14,1%)
havonta	2055 (12,4%)	2746 (16,6%)
heti rendszerességgel	4582 (27,8%)	5097 (30,9%)
hetente 2-3 alkalommal	4651 (28,2%)	3976 (24,1%)
legalább heti 4 alkalommal	3507 (21,2%)	2353 (14,3%)

Forrás: MEFS-adatok alapján saját szerkesztés

Az MEFS kérdőíve szerint a testmozgást végzők aránya igen magas a felsőoktatásba készülő, a közoktatásban négy éven át mindennapos testnevelésben részesült, leendő hallgatók körében. A fiatalok pozitív hozzáállását tükrözi, hogy többségük szívesen próbálná ki magát több különböző sportágban is. A mozgásformákat tekintve a tradicionális mozgásformák preferáltak: a nők legmagasabb arányban az aerobikot, a férfiak a futballt, kézilabdát és a kosárlabdát szeretik űzni, ami megegyezik a mai trendekkel.

A Magyar Egyetemi – Főiskolai Sportszövetség iránt a jelenleg is fizikailag aktív diákok érdeklődnek. Az eredmények szerint a sportolók az egyetemi tanulmányi éveik alatt sem szeretnék változtatni sportolási szokásaikon, és az erre fordított időmennyiségben sem. A megkérdezettek igen magas arányban gondolják, hogy az egyetemi élet szerves részét kellene hogy képezze az egyetemi sportélet is, ami egyúttal szerepet játszik az egyetem kiválasztásának szempontjai között is. Ez a pozitív hozzáállás egyben elvárást is tükröz.

A testnevelés tantárgy szerepe és megítélése egyre erősebb és jobb a köznevelésben, és ez a tendencia a későbbiekben valószínűleg a felsőoktatási intézményekben is megmutatkozik. A mindennapos testnevelés bevezetése hatékonyan ösztönzi a diákokat a testmozgásra, ami a jövőben egy egészségesebb társadalom felépüléséhez vezethet. A korai halálozáshoz, valamint a munkaképesség csökkenéséhez vezető civilizációs népbetegségek megelőzhetők, és ennek a megelőzésnek az egyik fontos eszköze a gyermekkorban elkezdett rendszeres testmozgás.<sup>25</sup>

## ÖSSZEGZÉS ÉS JAVASLAT

„A sport nemcsak testnevelés, hanem a léleknek is az egyik legerőteljesebb nevelőeszköze” (Szent-Györgyi Albert).

A mindennapos testnevelés bevezetése a köznevelésben pozitív hatást okozott. Szükségszerű, hogy a felsőoktatás is rendelkezzen ezekkel az értékekkel. Komoly veszély, ha a felsőoktatás nem épít a köznevelésben jól működő mindennapos testnevelésre: a fiatal felnőttekben a kellő tudatosságot, az egészség tudatos fizikailag aktív életvitel gyakorlásá-

nak igényét ezekben az években lehet és kell megalapozni. Amennyiben nem fordítunk kellő figyelmet a köznevelésben kialakított igények egyetemi rendszerbe való adaptálására, elmulasztjuk az egyetemista korosztályban a testkulturális értékek tudatosítását, ami miatt jelentősen csökkenhet a későbbi felnőtt munkavállalók addig megszerzett törekvése, motiváltsága az egészséges életmódra, a fizikai aktivitásra.

Az értelmiség mintaadó szerepet játszik a társadalom életében, ezért kiemelten fontos, hogy a hallgatók, a jövő értelmisége felsőoktatási tanulmányai alatt megfelelő értéként ismerje meg a tudatos egészségmegőrző testmozgást, melynek kiváló eszköze lehet a testnevelés tantárgy elméleti ismereteinek oktatása. Mindezt ki kell egészíteni olyan, a hallgatók számára testi-lelki örömszerzést biztosító, hatékony egészségmegőrző gyakorlati órákkal, amelyeket a legmagasabb szinten képzett, lelkiismeretes szakemberek tartanak. Emellett fontos, hogy kialakítsuk a közösségépítő, az adott felsőoktatási intézmény identitását erősítő, megfelelő egészségmagatartást és fittséget megalapozó szabadidő- és versenysport szervezeti formáját. A testnevelés-oktatást kiegészítve létesülhetne egyetemi sportegyesület, amellyel az egyetemi kereteken belüli versenyeztetést lehetne kiemelten támogatni, illetve egyéb szabadidős sportszolgáltatásokat nyújtani mind az egyetem oktatóinak, dolgozóinak, mind a hallgatóknak. A sportegyesület mindenképpen színesítené az egyetemi életet nemcsak a sport terén, hanem az ezzel egybekötött kulturált szórakozási színtéren is, a marketing- és közösségépítő hatás is jelentős lenne mind magyarországi, mind nemzetközi szinten. A megalakuló egyetemi sportegyesület a tagsági díjakon felül, az egyetem támogatásával, szponzorokkal és a MEFS-pályázatokon való sikeres részvétellel tudna anyagi támogatáshoz jutni.

Alapvető társadalmi feladatnak kell tekinteni a hallgatók felelősségteljes és egészségtudatos életre nevelését. A felsőoktatásban a nem testkulturális területek vezetői körében is komoly szemléletváltásra lenne szükség ahhoz, hogy érvényesüljön a testnevelés és a sport műveltségterületének egyenértékűsége más területekkel, illetve az egészségmegőrzésben betöltött szerepének kiemelt fontossága.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Kotschy B. Az oktatás célrendszere. In: Falus I (ed.). Didaktika. Elméleti alapok a tanítás tanuláshoz. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 2003. pp 108.
- <sup>2</sup> Varga Z. Az iskolai testnevelés helyzete és az ifjúság egészségügyi állapota. Vas Megyei Közgyűlés, Szombathely, [www.vasmegye.hu/upload/ules/iskolai-testneveles.doc](http://www.vasmegye.hu/upload/ules/iskolai-testneveles.doc), 2009.03.06. pp 2, 30.
- <sup>3</sup> Rétsági E. A testnevelés oktatás elméleti alapjai. In: Nádori L, Gáspár M, Rétsági E, et al. (eds.). Sportelméleti ismeretek. Dialóg Campus Kiadó, Budapest, 2011. pp 18-20.
- <sup>4</sup> Spark. The Effect of Budget Cuts on Physical Education. <http://www.sparkpe.org/blog/the-effect-of-budget-cuts-on-physical-education/>, 30 January 2012. Elérve: 2017. 10. 02.
- <sup>5</sup> Ogden CL, Carroll MD, Fryar CD, et al. Prevalence of Obesity Among Adults and Youth: United States, 2011–2014. NCHS Data Brief, No. 219., November 2015.
- <sup>6</sup> Ofsted Annual report. Beyond 2012 – outstanding physical education for all. [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/413187/Beyond\\_2012\\_-\\_outstanding\\_physical\\_education\\_for\\_all.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/413187/Beyond_2012_-_outstanding_physical_education_for_all.pdf), 2012. Elérve: 2017. 12. 01.
- <sup>7</sup> GOV.UK. National Curriculum in England: PE programmes of study. Department for Education, <https://www.gov.uk/government/publications/national-curriculum-in-england-physical-education-programmes-of-study>, 11 September 2013. Elérve: 2017. 12. 01.
- <sup>8</sup> European Commission (EACEA) Eurydice, 2013. Eurydice report. Physical Education and Sport at School in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013. [http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic\\_reports/150EN.pdf](http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/documents/thematic_reports/150EN.pdf), 2013. doi:10.2797/49648 Elérve: 2017. 12. 01.
- <sup>9</sup> Hardman K. Human Movement- The situation of physical education in school: A European perspective. University of Worcester, United Kingdom, 2008. doi: 10.2478/v10038-008-0001-z
- <sup>10</sup> World Health Organisation: Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_young\\_people/en/](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_young_people/en/), 2017. Elérve: 2017. 10. 02.
- <sup>11</sup> United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO). International charter of physical education, physical activity, and sports. <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002354/235409e.pdf>, 2015. Elérve: 2017. 10. 02.
- <sup>12</sup> United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization. Declaration of Berlin. <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002211/221114e.pdf>, 2013. Elérve: 2017. 10. 02.
- <sup>13</sup> European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Espad report 2015. <http://www.espad.org/country/hungary>, 2015. Elérve: 2017. 10. 02.
- <sup>14</sup> Organisation for Economic Co-operation and Development. Obesity Update 2017. <http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2017.pdf>, 2017. Elérve: 2018. 04. 20.
- <sup>15</sup> Erdei G, Kovács VA, Bakacs M, et al. Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat 2014. I. A magyar felnőtt lakosság tápláltsági állapota. Orvosi Hetilap. 2017;158(14):533–540. doi: 10.1556/650.2017.30700
- <sup>16</sup> Nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi. CXCV. törvény
- <sup>17</sup> Magyarországi Szülők Országos Egyesületének szakképzési honlapja. A mindennapos testnevelés 2017. <http://www.mszo.hu/index.php?oldal=alap.php&id=121>, 2017. Elérve: 2017. 12. 01.
- <sup>18</sup> Somhegyi A. A mindennapi testnevelés egészségfejlesztési kritériumai: megvalósításuk jelen helyzete. Népegészségügy. 2014;92(1):4-10.
- <sup>19</sup> Borbély Sz. As parents see physical education (PE) from a representative survey's point of view. In: Karlovitz JT (ed.). Mozgás, környezet, egészség. International Research Institute, 2014. pp 39-54.
- <sup>20</sup> Bollók S, Takács J. Testnevelés – „a vezető tárgy”. XII. Országos Sporttudományi Kongresszus, Magyar Sporttudományi Szemle. 2015/2;16(62):24.
- <sup>21</sup> Kraiciné Sz. M. Egészségfejlesztés a felsőoktatásban - Gondolatok egy felsőoktatást érintő projekt zárása kapcsán. Opus et Educatio. 2016;10(3):5.
- <sup>22</sup> Berkes P. A testnevelés tantárgy értékelési dilemmái. Új Pedagógia Szemle. 2005;2:63-68.
- <sup>23</sup> Ádány R. A magyar lakosság egészségi állapota, különös tekintettel az ezredforduló utáni időszakra. Népegészségügy. 2008;86(2):5-20.
- <sup>24</sup> Magyar Egyetemi – Főiskolai Sportszövetség. Hajós Alfréd Terv. [https://mozduljra.hu/tartalmak/hajos\\_alf-red\\_terv\\_2013\\_2020](https://mozduljra.hu/tartalmak/hajos_alf-red_terv_2013_2020), 2013. január 31. Elérve: 2017. 12. 01.
- <sup>25</sup> Pavlik G. A rendszeres fizikai aktivitás szerepe a betegségek megelőzésében, az egészség megőrzésében. Egészségtudomány. 2015;59(2):11-26.

## Az alkoholfogyasztás kockázati határértékének meghatározása 83 prospektív vizsgálaton keresztül

Risk thresholds for alcohol consumption combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies

Ismerteti: Bérczi Bálint ✉

*PTE Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet*

Szerzők: Angela M Wood, Stephen Kaptoge, Adam S Butterworth és mtsai

Megjelenés: Lancet 2018; 391: 1513–23.

doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30134-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30134-X)

Beküldve: 2018. 05. 09.

doi: 10.24365/ef.v59i3.305

**Kulcsszavak:** alkoholfogyasztás, szív- és érrendszeri megbetegedés, mortalitás, elveszített életevek száma

**Keywords:** alcohol consumption, cardiovascular diseases, mortality, years of life lost

A különböző országok alkoholfogyasztásra vonatkozó irányelvei lényegesen különböznek egymástól. Az Egyesült Államok szerint hetente 196 g 99%-os etil-alkoholnak megfelelő italmennyiséget fogyaszthatnak a férfiak, míg a nők esetében ez 98 g. Az Egyesült Királyság szerint mind a férfiak, mind a nők esetében az egy hét alatt elfogyasztott alkoholmennyiség nem haladhatja meg a 14 italegységet és legalább 3 vagy több napra egyenlő arányban kell elosztani. Az irányelv szerint az 1 italegység megfelel 250 ml 4V/V%-os sörnek, 76 ml 13 V/V%-os bornak, vagy 25 ml 40V/V%-os whiskynek, így a 14 italegység 112 g elfogyasztott etil-alkoholt jelent hetente. Hasonló irányelveket követ Kanada és Svédország, míg Olaszország, Portugália és Spanyolország ajánlásai az előzőekhez képest 50%-kal több alkohol elfogyasztását teszik lehetővé.<sup>1</sup> Az irányelvek különbözősége miatt a most ismertetésre kerülő közlemény arra keresi a

választ, mennyi az az etil-alkoholra számított alkoholfogyasztás, amely a legkisebb kockázattal jár az összes halálozásra és a szív- és érrendszeri halál-okokra nézve. A tanulmány 83 prospektív elemzés 599 912 olyan résztvevőjét vizsgálta, akik jelenleg fogyasztanak alkoholt és a megfigyelés kezdetén nem volt szív- és érrendszeri betegségük. Az alkoholt fogyasztókat etil-alkoholra számított alkoholfogyasztásuk alapján 8 különböző csoportba sorolták (0-25, 25-50, 50-75, 75-100, 100-150, 150-250, 250-350, 350 g felett/hét) és ehhez mérten határozták meg az első szív- és érrendszeri megbetegedés bekövetkezésének kockázatát és a halálozás kockázatát az összes, és hat különböző halálokra úgy, mint stroke, szívkoszorúér betegség a miokardiális infarktus kivételével, szívelégtelenség, végzetes hipertónia, végzetes aorta aneurizma, miokardiális infarktus. Ezen felül a tanulmány szerzői az alkoholbevitel egyes csoportjaiban meghatározták az elveszített életevek számát is.

<sup>1</sup> Magyarországon a férfiak számára a napi 2, míg a nők számára 1 italegység van érvényben (Táplálkozási ajánlások a magyarországi felnőtt lakosság számára, 2004, Dr. Rodler Imre)



A vizsgálati csoport átlagéletkora 57 év, női résztvevőinek száma 265 910 (44%), 128 085 fő (21%) dohányzott, 50%-uk fogyasztott 100 g-nál, 8,4%-uk 350 g-nál több alkoholt hetente.

Az eredmények szerint az első szív- és érrendszeri megbetegedés bekövetkezésének a kockázata az egyes alkoholmennyiségek esetében klasszikus J-alakú összefüggést mutat, vagyis egy bizonyos beviteli tartományig (150-250 g/hét) a megbetegedés kockázata és az alkoholmennyiség közti kapcsolat negatív összefüggést mutat, tehát kevesebben betegedtek meg azokhoz képest, akik nem vagy alig (0-25 g/hét) fogyasztottak alkoholt. Ugyanez a lefutás jellemző azokban az esetekben is, ahol a nem miokardiális infarktusból eredő koszorúér halálzásokat vizsgálták. A kockázat az összes halálokra nézve a 100 g/hét mennyiségig nem növekszik, viszont onnantól az összefüggés pozitív és lineáris a bevitt mennyiséggel, vagyis minél többet iszik valaki 100 g/hét mennyiségnél, annál nagyobb a halálzás kockázata. Továbbá pozitív és lineáris összefüggést mutat a stroke, szívégtelenség és az egyéb szív- és érrendszeri megbetegedésből eredő halálzások kockázata az alkoholmennyiséggel. Érdekes módon a vizsgált kimenetek közül a miokardiális infarktus

halálzás negatív összefüggést mutatott a bevitt alkoholmennyiséggel, vagyis minél többet ivott valaki, annál kisebb volt a halálzás kockázata 100 g/hét mennyiségig, azonban az ennél nagyobb mennyiségben hetente elfogyasztott alkohol a továbbiakban nem csökkentette a halálzás kockázatát.

A vizsgálat szerzői végül meghatározták az egyes 100 g/hét feletti csoportokban (100-200, 200-350, 350 g felett/hét) az elveszített életévek számát azokhoz képest, akik 0-100 g/hét mennyiségben fogyasztottak alkoholt. Az eredmények szerint, aki 40 éves és rendszeresen 100 g felett fogyaszt alkoholt hetente, a következő elveszített életévekkel számolhat: 100-200 g/hét esetén 6 hónap, 200-350 g/hét esetében 1-2 év, 350 g/hét felett 4-5 év. Megfigyelték a vizsgálati populációban, hogy azok a férfiak, akik meghaladják az Egyesült Királyság ajánlását (112 g/hét) 1,6 évvel, akik pedig az Egyesült Államok irányelveit (196 g/hét) 2,7 évvel korábban halhatnak meg. Azok a férfiak, akik pedig kevesebb alkoholt fogyasztanak, mint 100 g hetente, 1-2 évvel tovább élnek azokhoz képest, akik meghaladják az amerikai határértéket.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az irányelvek különbözősége miatt ez a robosztus vizsgálat a nagy elemszámával és magas statisztikai megbízhatóságával jó alapot szolgáltat arra, hogyan foglaljunk állást abban a kérdésben, mennyi az a megengedhető heti alkoholmennyiség, ami nem, vagy csak nagyon csekély mértékben emeli a kockázatot. A közlemény tanulsága szerint a hetente elfogyasztott 100 g etil-alkoholnak megfelelő mennyiség emeli a legkisebb mértékben a vizsgált kimenetek teljes halálzását. Ezen belül az egyes szív- és érrendszeri betegségek esetében nincs ilyen egyöntetű összefüggés. Az ismertetett vizsgálat kellően alapos ahhoz, hogy a különböző országok újragondolják az irányelveik által javasolt határértékeket.

## Ismertetés: Az alvás és az aktív kültéri játékkal töltött idő közti kétirányú összefüggés vizsgálata 10–13 évesek körében

Bi-directional association between sleep and outdoor active play among 10–13 year olds

Ismerteti: Máté Zsuzsanna ✉  
SZTE ÁOK Népegészségtani Intézet

Szerzők: Yingyi Lin, Michael M. Borghese, Ian Janssen  
Megjelenés: BMC Public Health. 2018;18:224. doi: 10.1186/s12889-018-5122-5.

Beküldve: 2018. 04. 12.  
doi: 10.24365/ef.v59i3.278

**Kulcsszavak:** gyermek, fizikai aktivitás, alvás

**Keywords:** child, physical activity, sleep

### BEVEZETÉS

Bár az alvást és a fizikai aktivitást alapvetően két független magatartási tényezőként kezeljük, a kutatók egyre nagyobb érdeklődéssel tekintenek a közöttük lévő kapcsolat meghatározására. Az eddigi kutatások, amelyek során az alvás és a fizikai aktivitás kapcsolatát vizsgálták iskoláskorú gyermekek és serdülők körében, ellentétes eredményeket szolgáltatottak, ami részben abból is adódhat, hogy a fizikai aktivitás lehetséges specifikus típusait nem különítették el a vizsgálatok során. A fizikai aktivitás típusának figyelembevétele azért szükséges, mert a különböző típusok különböző összefüggést mutathatnak az alvással, és ha csupán a teljes (összesített) fizikai aktivitást vesszük figyelembe, ezek az összefüggések rejtve maradhatnak. Példának okául a szervezett sporttevékenységek jellemzően inkább a kora reggeli vagy késő esti órákra esnek, ami negatívan befolyásolhatja az alvást azáltal, hogy kihatással van a reggeli kelés és az esti lefekvés időpontjára. Az aktív kültéri játék (pl. játszótér, labdajátékok, kerti játékok) ezzel szem-

ben nem menetrendszerű tevékenység, és olyan jellemzői vannak, melyeknek köszönhetően hozzájárulhat a nyugodt alváshoz. A kutatók annak megválaszolását tűzték ki célul, hogy a vizsgált gyermekek körében fennáll-e kétirányú összefüggés az alvás bizonyos jellemzői, valamint az aktív kültéri játékkal töltött idő között.

### MÓDSZEREK

A vizsgálati mintát az Active Play Study (*Az aktív játék vizsgálata*) alanyai adták: 2015 januárja és 2016 decembere között 10-13 éves korú gyermekek adatait dolgozták fel, akik a kanadai Kingstonsban éltek és jártak iskolába. A vizsgálat során az alábbi adatokat használták fel: 1. a résztvevők által 7 napon és 8 éjszakán át viselt akcelerométer (*aktivitásmérő eszköz*) adatait; 2. a szintén azonos ideig viselt, helymeghatározásra alkalmas jeladó karóra adatait; 3. a vizsgálat során vezetett napló adatait, amelyben a résztvevők rögzítették a lefekvés és felkelés időpontját, valamint ha szervezett

sporttevékenységben vettek részt, ha kinti házimunkát végeztek, vagy ha nem viselték a mérőeszközöket; 4. egy „okoseszközön” a résztvevők és az egyik szülő által kitöltött 20 perces kérdőív adatait; 5. fizikális vizsgálatok (pl. testtömeg, testmagasság) eredményeit; 6. a földrajzi információs rendszer Kingston területére vonatkozó adatait; 7. iskolai elfoglaltság, időtöltés adatait; 8. a napkelte és napnyugta időpontját Kingston városára vonatkozóan. A vizsgálat időtartama alatt minden évszakban azonos számú résztvevőt (összesen 433 főt) vontak be a vizsgálatba.

Az alvás jellemzésére négy tényezőt vizsgáltak: 1. az ágyban töltött időt, azaz a lámpaoltás és a reggeli felkelés között eltelt időt; 2. az alvás időtartamát, azaz az ágyban töltött időn belül az alvással töltött órák számát/nap; 3. az alvás középidejét, ami a lámpaoltás és a reggeli felkelés között eltelt idő felére esett; 4. az alvás hatékonyságát, azaz az alvás időtartamának és az ágyban töltött időnek a hányadosát (%-ban megadva).

Az alvás jellemzői és az aktív kültéri játékkal töltött idő összefüggéseinek elemzése az általánosított becslő egyenlet (*generalized estimating equation, GEE*) modellel történt, amely számos zavaró tényezőt (pl. kor, nem, család jövedelme, környező forgalom, zöldterületek) is figyelembe vett.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az alvással kapcsolatos egyes jellemzők és az aktív kültéri játékkal töltött idő közötti időbeli és kétirányú összefüggés vizsgálata során egyedül a nap folyamán aktív kültéri játékkal töltött idő mutatott szignifikáns összefüggést az alvási jellemzőkkel. Ennek kapcsán kiemelendő, hogy az az általános feltételezés, miszerint a kültéri játékkal töltött idő elősegíti a jó alvást, nem feltétlenül igaz. Figyelembe véve a zavaró tényezőket – pl. hogy a vizsgálat résztvevői közül senkinél sem fordult elő diagnosztizált alvási rendellenesség, vagy hogy nem történt poliszomnográfiai vizsgálat (többféle élettani folyamat követése alvás alatt) –, valamint hogy a vizsgálati csoport 10 – 13 éves korú gyermekekre korlátozódott, szükség van további, a fizikai aktivitás és az alvás közötti kapcsolatot vizsgáló kutatásokra. Ezen további kutatások során nagy hangsúlyt kell fektetni a modern mérőeszközök használatára, amelyek lehetővé teszik, hogy objektív mérést végezhessünk, mint ahogy azt a jelen vizsgálatban is láthattuk.

## EREDMÉNYEK

Az eredmények alapján szignifikáns összefüggés mutatkozott az aktív kültéri játékkal töltött idő és az azt követő éjjelen az ágyban töltött idő között ( $p=0,017$ ). Ez azt jelenti, hogy minden 60 perc/nap emelkedés az aktív kültéri játékkal töltött időben éjszakánként 4 perccel növelte az ágyban töltött időt – ami statisztikailag szignifikáns, de klinikailag nem –, míg az alvás időtartama, az alvás időrendje és az alvás hatékonysága nem változott. Ezzel szemben egyik alvási paraméter sem mutatott szignifikáns összefüggést a következő napon aktív kültéri játékkal töltött idővel.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A jelen vizsgálat és korábbi kutatások arra utalnak, hogy az aktív kültéri játékkal töltött idő befolyásolása valószínűleg nem gyakorolna jelentős hatást az alvásra, hacsak az intervenciók nem eredményeznének több órányi változást a játékidőben, ami kétséges. Fontos megjegyezni, hogy a jelen vizsgálatban a gyermekek alvási ideje és alvásmi-nősége rendkívül jó volt, így ennek köszönhetően lehetséges, hogy az alvási magatartásban nem is lehetett további javulást elérni az aktív kültéri játékkal töltött idő növelésével.

# Ismertetés: Az egészség kulturális kontextusban: a narratív kutatás egészségügyi szektorbeli alkalmazása

## Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector

Ismerteti: Csáki József Máté ✉  
*Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar*

Szerző: Trisha Greenhalgh

Megjelenés: Health Evidence Network synthesis report 49 Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/317623/HEN-synthesis-report-49.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/317623/HEN-synthesis-report-49.pdf)

Beküldve: 2018. 04. 12.

doi: 10.24365/ef.v59i3.279

**Kulcsszavak:** elbeszélés; kutatástervezés; kultúra; egészségügyi ellátás; egészségpolitika

**Keywords:** narration; research design; culture; delivery of health care; health policy

### BEVEZETÉS

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Regionális Irodája az Egészség 2020 elnevezésű program keretében olyan egészségpolitikai változásokat szeretne eszközölni, amelyek elősegítik az egészségügyi rendszerek emberközpontúbb működését. Ennek szellemében azt javasolja, hogy a hagyományos epidemiológiai, kvantitatív megközelítést, amely mérhető eredményekkel szolgál, egészítsék ki narratív kutatással.

Trisha Greenhalgh jelentése<sup>1</sup> feltérképezi annak lehetséges módjait, hogy miképpen lehet integrálni a narratívát mint az emberi jelentéstulajdonítás rögzítőjét az egészségpolitikai tervezésbe. Az egészségügyben narratív megközelítésben végzett korábbi kutatások ismertetése során választ ad olyan, a módszer megbízhatóságával és érvényességével kapcsolatos kérdésekre, melyek az ilyen jellegű kutatások során gyakran felmerülnek. E módszertani megfontolások hamar érthetővé válnak olyan konkrét példákon keresztül, amelyek esettanulmányok és interjúk elemzése közben

tűnnek elő, megvilágítva az egészség kulturális meghatározottságát. A narratív kutatás mint események szubjektív leírásának elemzése szigorú módszertani előírásokkal kell hogy rendelkezzen ahhoz, hogy megfelelő kiterjesztése legyen más, konvencionálisan objektívnak tekintett eredményeknek. A történetek elbeszélői szemszögét megjelenítő, és közben kutatás-módszertanilag helytálló elemzés mikéntjét három, jelentős mértékben kultúrafüggő jelenségeket leíró esettanulmányon keresztül ismerteti, amelyek alanyai egészségügyi ellátásra szorultak. Az ellátás során a szakemberek és a páciensek között felmerülő ellentéteket az egészséggel kapcsolatos eltérő felfogásaik okozhatják. Ugyanazokon a kulturális tételeken osztozó társadalmon belül is ellentmondás léphet fel a laikusok és a szakemberek elgondolásai között az egészséges étkezéssel és magukról az egészség koncepcióját felépítő elemekről. Erről az első két esettanulmány ad számot. A kultúraközi egészségfelfogások pedig egyértelműen még ellentétesebbek; az ellentét mérséklésének lehetséges módjait a harmadik

esettanulmány méri fel. A narratív kutatás segítheti az epidemiológiai tendenciák mögött meghúzódó folyamatok mélyebb megértését, feltéve, hogy az elemzést narratív módszertanból képzett szakember végzi.

## NARRATÍV KUTATÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Egy 2014-es jelentés szerint<sup>2</sup> a kulturális előfeltételek szerves részét képezik az orvosi gyakorlatnak csakúgy, mint a természettudományos és epidemiológiai felfedezések, s így jelentős figyelmet kellene fordítani az egészségügyi ellátás és az egészségkultúra összeegyeztetésére. Ennek előfeltétele a kultúra és az egészség metszetében zajló folyamatok megismerése narratív kutatáson keresztül. Az elbeszélte történetek valós eseményekről adnak számot, de szubjektív és egyedülálló értelmezés jellemzi őket. Tágabb kontextusban az egyéni értelmezés a társadalmi tényezők által befolyásolt, kulturálisan közös módon elvégzett értelmezés része, interszubjektív, vagyis az emberek szubjektív értékelései között számos egyezés található. A szubjektív különböző szintjei óvatosságra intenek a történetek kutatási célra való felhasználásakor. A narratív kutatás a megismerés megfelelő módja lehet, ha az adatgyűjtés- és értelmezés módszeresen, fókuszáltan folyik, egy egyén vagy egy csoport adott eseményről való visszaemlékezése értelmezésének kifejezett céljával, feltárva az adott elbeszélésmód, narratíva felemelkedésének okait.

A szigorú kvalitatív-narratív kutatás a következőképpen írható le: a felületes vizsgálódást túllépve részletes elemzésre törekszik; hitelesen adja vissza a kutatási alanyok elbeszélését; önreflexív módon megkérdőjelezi saját eredményeit, és az értelmezés alternatív módjait keresi. A narratív kutatás elemzésének tárgya a történet, amely események feldolgozásában, megértésében, tényezői közötti ok-okozati összefüggések felállításában segíti a társadalmi cselekvőket. A történet rejtett kapcsolatokra világít rá a tudás rendszerezett, formális típusai és a „mindennapi”, informális típusai között. Etikai dimenziójuk rangsort állít fel a történet szereplői között, amelynek alján a hátrányos helyzetű, a beteg, az alapvető egészségügyi szolgáltatásokhoz hozzáférni képtelen cselekvő áll.

A megismerést lehetségesen torzító tényezők semlegesítéséhez széles körű kvalitatív módszertani ismeretekre van szükség. Az elbeszélők eltérő társadalmi, gazdasági és kulturális helyzete miatt a narratívák alkotásának képessége egyenlőtlenül oszlik meg közöttük, így rendszerint a legelőnyösebb státuszúak azok, akik a lehető legjobban tudják érvényre juttatni világlátásukat, mivel aránytalanul nagyobb valószínűséggel jelennek meg a kutatási mintákban. A narratívákat torzíthatják intézményes tényezők, átadásukat pedig részben vagy teljes egészében ellehetetleníthetik az elbeszélők fiziológiai vagy kognitív korlátai, ami a módszertani ismeretek körültekintő alkalmazására int. Fontos minimalizálni a mintanagyság és az elemzés mélységének ellentétéből fakadó torzítást, hiszen a nagyobb minta a narratívák felületes elemzését teszi csak lehetővé. A legtöbb félig strukturált – azaz előre megírt kérdések alapján folytatott – interjúval szemben a narratív interjúban a beszélgetés folyamatának bármiféle szerkesztése mellőzendő, aminek szintén előfeltétele a kvalitatív kutatási tapasztalat. A narratív kutatás kifejezetten hasznosnak bizonyul az egészségpolitikai tervezés során a kulturális komponensekre való érzékenység kialakításában, ha biztosított a színvonalas kvalitatív kutatáshoz szükséges képzettség. Az egyének szintjén az egészségtudatosság elbeszélésekkel való hangsúlyozása jobban felkeltheti az érdeklődést, mint a tudományos tényközlés, hiszen egy történettel azonosulni tudnak. A társadalom szintjén a narratív kutatás képes rávilágítani az egészségtelen életstílust okozó gazdasági és kulturális okokra.

## A JELENTÉS ÁLTAL VIZSGÁLT KÉRDÉSKÖRÖK

Az első esettanulmány a táplálkozás kulturális aspektusaival foglalkozik. Különböző tanulmányok tűzik ki az egészségpolitika hosszú távú céljának a járványszerűen terjedő, nem fertőző betegségek (cukorbetegség, rákos megbetegedések, köszvény, agyvérzés stb.) megfékezését, táplálkozáspolitikával való összefüggésében.<sup>3,4</sup> Ez a megközelítés a táplálkozás két kultúrájának koncepciójában<sup>5</sup> aránytalanul nagy hangsúlyt fektet az étel lenyelését követő (post-swallowing) síkra, az étel lenyelését megelőző síkkal (pre-swallowing)

szemben. Ennek következtében az orvosi-kulturális (biológiai, fiziológiai, biokémiai, patológiai) meghatározottságú, táplálkozással kapcsolatos tudás háttérbe szorítja a kultúra, a társas érintkezések és a tapasztalatok által formált tudást. Utóbbi narratív kutatással térképezhető fel, segítve az emberek kulturálisan beágyazott táplálkozási szokásainak, az elhízásnak kedvező kulturális közeg elemeinek megismerését. Segít továbbá fontolóra venni a szegénység, az élelmiszer-bizonytalanság és a helyváltoztatás táplálkozásra gyakorolt hatásait. A szűk látókörű megismerés figyelmen kívül hagyja, hogy az étkezéssel kapcsolatos tevékenységek társas indíttatásúak, történelmi és kulturális hagyományokra épülve.<sup>6,7</sup> A táplálkozás különféle típusai (a templomi ostya lenyelése, McDonald's „happy meal”, közösségi étkezések, ünnepi étkezések stb.) szimbolikus és táplálkozási értékkel rendelkeznek, tükrözik és újratermelik a társadalmi szokásokat.<sup>8</sup>

A második esettanulmány az egészség különböző meghatározásait, egymás kiegészítésének lehetőségeit veszi számításba. A WHO egészségmeghatározása a következő: „Az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jólét állapota, nem pusztán a betegség vagy fogyatékoság hiánya.”<sup>9</sup> Ebben a meghatározásban is látszik az igyekezet az egészség sokoldalú észleletének megragadására, különös tekintettel a gazdasági és a szociális helyzetre: a rossz egészségi állapot olyan társadalmi tényezőkkel magyarázandó, mint a szegénység, az oktatás, a lakhatás, a foglalkoztatás stb. Ez a felfogás összeköti az egészségpolitikát a társadalompolitikával, a társadalmi egyenlőtlenségek mérséklésével.<sup>10</sup> Az egészségfelfogás ilyen fajtái segíthetnek létrehozni a GDP-n kívül egyéb, a népesség általános egészségi állapotát leíró mérőszámokat, amelyek további értelmezését a narratív kutatás segítheti. Általuk megelőzhető például, hogy tovább terjedjen az egészségpolitikus szakemberek széles körében elfogadott prevenciószempont, amely szerint az emberek egy igazgandó tömeg tagjai, nem pedig tudással, értékekkel és értelemmel rendelkező, egészségükben érdekelt felek.

A harmadik példa arról szól, hogy miként ellensúlyozhatja a narratív módszer a pusztán mérőszámokon alapuló kutatások konvencionális objektivitását.<sup>11</sup> Ezt példázzák azok a tapasztalatok, amelyek rávilágítanak a menekültek és a menedékkérők számára nyújtott egészségügyi ellátás hiányosságaira. A bevándorlók mentális egészségét befolyásolhatja többek között a kényszerű elvándorlás hatása, a pszichológiai és a kulturális beilleszkedéssel járó stressz, a menekültügyi és az egészségügyi rendszerben szerzett negatív tapasztalat stb. További esettanulmányokon<sup>12,13</sup> keresztül megfigyelhető, hogy a kultúraközi különbségekből eredően a menekültek tapasztalatai nehezen fordíthatók le a nyugati pszichiátriai, orvosbiológiai és farmakológiai rendszertan fogalmaira. Továbbá a formális pszichiátriai diagnózisok nem veszik figyelembe a bevándorlók által elszenvedett elnyomás és diszkrimináció történelmi és kulturális metanarratíváit, azaz olyan általános narratívákat, amelyekben osztoznak egy csoport tagjai, és amelyekből kiindulva jelentést tulajdonítanak egyedi tapasztalataiknak.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Megfontolandó az orvosbiológiai és az epidemiológiai kutatások kibővítése kulturális kontextusra érzékeny, narratív kutatásokkal, ami segítheti az egészségpolitika hatékonyabb, befogadóbb szemléletű szervezését. A narratív kutatási eredmények kiegészíthetik a klinikai vizsgálatok eredményeit, segíthetik az egyedülálló esetekből általános elmélet megfogalmazását, az induktív kutatások és a kérdőíves kutatások finomhangolását, magyarázattal szolgálhatnak a sikertelen egészségpolitikai kezdeményezésekre, illetve tájékoztatást nyújthatnak az egészségpolitikai döntés-előkészítők számára. A narratív kutatás hatékonyságának és megbízhatóságának záloga a kvalitatív kutatási eljárások területén képzett szakemberek alkalmazása.

## HIVATKOZÁSOK

- 
- <sup>1</sup> Greenhalgh T. Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 49). <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v59i2.279>
- <sup>2</sup> Napier AD, Ancarno C, Butler B, et al. Culture and health. *Lancet*. 2014;384(9954):1607–39. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61603-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2)
- <sup>3</sup> Simopoulos AP, Bourne PG, Faergeman O. Bellagio report on healthy agriculture, healthy nutrition, healthy people. *Nutrients*. 2013;5(2):411–23. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fnu5020411>
- <sup>4</sup> ICF Consulting Services for the Directorate-General for Health and Food Safety. Monitoring the activities of the EU platform on diet, physical activity and health. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2015. [http://ec.europa.eu/health/nutrition\\_physical\\_activity/docs/eu\\_platform\\_2015\\_report\\_and\\_annex1-3\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/nutrition_physical_activity/docs/eu_platform_2015_report_and_annex1-3_en.pdf) Elérve: 2018. 05. 30.
- <sup>5</sup> Huseinovic E, Winkvist A, Slimani N, et al. Meal patterns across ten European countries: results from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) calibration study. *Public Health Nutr*. 2016:1–12. <https://doi.org/10.1017/S1368980016001142>
- <sup>6</sup> Bell D, Valentine G. Consuming geographies: we are where we eat. London: Routledge; 1997. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7939.1997.tb00503.x>
- <sup>7</sup> Delormier T, Frohlich KL, Potvin L. Food and eating as social practice: eating patterns as social phenomena and implications for public health. *Sociol Health Ill*. 2009;31(2):215–28. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01128.x>
- <sup>8</sup> Douglas M. Food in the social order. London: Routledge; 1984.
- <sup>9</sup> Constitution of WHO: principles. Geneva: World Health Organization; 1948. <http://www.who.int/about/mission/en/> Elérve: 2018. 05. 30.
- <sup>10</sup> Health 2020: the European policy for health and well-being. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being> Elérve: 2018. 05. 30.
- <sup>11</sup> Eastmond M. Stories as lived experience: narratives in forced migration research. *J Refug Stud*. 2007;20(2):248–64. <http://dx.doi.org/10.1093/jrs/fem007>
- <sup>12</sup> Summerfield D. My whole body is sick ... my life is not good. In: Ingleby D (editor). *Forced migration and mental health. Rethinking the care of refugees and displaced persons*. New York: Springer; 2005:97–114.
- <sup>13</sup> Beneduce R. Traumatic pasts and the historical imagination: symptoms of loss, postcolonial suffering, and counter-memories among African migrants. *Transcult Psychiatry*. 2016;53(3):261–85. <https://doi.org/10.1177/1363461516645079>

## A „füstmentes levegő törvény” hatása az akut szívinfarktus miatti kórházi felvételekre Indianapolisban és Marion megyében, Indianában

Effects of smoke-free air law on acute myocardial infarction hospitalization in Indianapolis and Marion County, Indiana

Ismerteti: Paulik Edit ✉  
SZTE ÁOK Népegészségtani Intézet

Szerzők: Anne M. Weaver, Yi Wang, Katelin Rupp, Dennis P. Watson  
Megjelenés: BMC Public Health. 2018. 18:232.

Beküldve: 2018. 05. 07.  
doi: 10.24365/ef.v59i3.290

**Kulcsszavak:** dohányzás-abbahagyás, dohányzási tilalom, szívinfarktus, kórházi felvétel, dohányzás politika

**Keywords:** tobacco cessation, smoking ban, myocardial infarction, hospital admission, tobacco policy

Az aktív dohányzással és a másodlagos dohányfüst-expozícióval összefüggő koronáriabetegség, illetve a következményes szívinfarktus évente több mint 99 ezer haláletért felelt az USA-ban 2009 óta. Az akut szívinfarktus (*acute myocardial infarction*, AMI) incidenciájának csökkenését a „füstmentes levegő törvény” bevezetését követően számos helyen (USA, Európa stb.) megfigyelték. Indianapolisban (Indiana állam, Marion megye) 2006-ban az éttermekre és munkahelyekre, majd 2012-ben a bárókra, tavernákra is kiterjesztett dohányzást – beleértve az e-cigaretta használatát is – korlátozó intézkedéseket vezettek be. Jelen vizsgálat célja a „füstmentes levegő törvény” közép- és hosszútávú egészség hatásainak vizsgálata volt a 2012-es törvényi szabályozás változást követő időszakban, különös tekintettel annak a különböző szubpopulációkra (nem, faj, dohányzási szokások, Medicaid státusz, társbetegségek) gyakorolt hatására.

A retrospektív adatgyűjtés során 5 Marion megyei kórházban vizsgálták az elektronikus betegdokumentáció alapján az AMI miatti kórházi felvételeket és a sürgősségi ellátás igénybevételét 2007-2014 között. Az elemzésbe csak azok a páciensek kerültek be, akik Indianapolisban, illetve Marion megyében éltek. A betegeket dohányzási szokás – aktuálisan dohányzók, korábban dohányzók, nem dohányzók – szerint rétegezték, dokumentálták a biztosítási státuszukat, demográfiai jellemzőiket. A személyi jellemzők mellett adatot gyűjtöttek az időjárási körülményekről is (a hőmérséklet és a levegő PM<sub>2,5</sub> koncentráció alakulása, óránként). Az értékelés Poisson regresszióval, nem és faj, illetve korcsoportok szerinti modellezéssel történt, valamint vizsgálták az AMI miatti kórházi felvételek változását a „füstmentes levegő törvény” előtti és utáni időszak összehasonlításával is, az AMI rizikófaktorainak kontrollálása mellett.



Kimutatták, hogy mind Marion megyében, mind Indianapolisban az AMI miatti kórházi felvételek száma csökkent a törvény 2012-es módosítását követően, és ez a csökkenés, a fekete nők kivételével, a különböző szubpopulációk szintjén is megmutatkozott. Dohányzási szokások szerint a soha nem dohányzók, dohányzók, korábban dohányzók körében egyaránt csökkent az inci-

dencia, de a dohányzók körében nagyobb mértékű volt a csökkenés.

Összefoglalóan megállapították, hogy az AMI miatti kórházi felvételek száma csökkent a „füstmentes levegő törvény” bevezetését követő 18 hónapos időszakban. Az átfogó törvényi szabályozás pozitív hatásait, más vizsgálatok tapasztalataival összhangban, Marion megyében is igazolták.

### TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az Egészségügyi Világszervezet által is támogatott átfogó dohányzás-ellenőrzési intézkedések meghatározó eleme a dohányzást korlátozó intézkedések minél szélesebb körű bevezetése. Az AMI miatti kórházi felvételek számának csökkenése és a füstmentes levegőt támogató intézkedések közötti összefüggés bizonyítása az USA egyik megyéjében hazai szempontból is figyelemre méltó, hiszen a nemdohányzók védelméről szóló 2011. évi XLI. törvényben foglaltak szerint ezek az intézkedések 2012. január 1-től Magyarországon is bevezetésre kerültek, így joggal remélhetjük, hogy azok pozitív hatása hazánkban is érvényesül.

## Árkülönbségek modellezése az egészséges és átlagos étrend között: új-zélandi esettanulmány

### Modelling the cost differential between healthy and current diets: the New Zealand case study

Ismerteti: Mózes Noémi ✉  
*Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Orvosi Népegészségtani Intézet*

Szerzők: Stefanie Vandevijvere, Nick Young, Sally Mackay, Boyd Swinburn, Mark Gahegan  
Megjelenés: *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* (2018) 15:16

Beküldve: 2018. 04. 18.  
doi: 10.24365/ef.v59i3.281

**Kulcsszavak:** ár, egészséges étrend, élelmiszer árak, modellezés, kisebbségek táplálkozása

**Keywords:** cost, healthy diets, food prices, modelling, ethnic diets

Az egészségtelen étkezés hozzájárul az elhízás és a nem fertőző betegségek számának növekedéséhez. Az élelmiszerek ára fontos tényező, ami nagymértékben meghatározza a választást. A bizonyítékok eltérőek arra vonatkozóan, hogy az egészséges vagy az átlagos étrend a költségesebb, jelenleg nincs olyan módszertan, ami bármelyik állítást alátámasztaná. A kutatás célja egy új módszertan kifejlesztése, amellyel modellezni tudják az egészséges és hagyományos étkezés közötti különbségeket az ár tekintetében, és ezt elfogadottá tegyék Új-Zélandon.

A kutatás Új-Zéland lakosságára és azon belül konkrét etnikai csoportokra terjedt ki, a maorikra, akik a polinéz őslakók leszármazottai, valamint a Csendes-óceáni térség lakóira. Ahhoz, hogy modellezni tudják a kétételes egészséges és átlagos élelmiszerek költségeinek eloszlását, összegyűjtötték azokat az élelmiszereket, amelyeket rendszerint fogyasztanak a családok. Az élelmiszerek árát 15 szupermarketből és 15 zöldség/gyümölcs üzletből, valamint a FAO által vezetett élelmiszer-árindexből - amely az élelmiszerek nemzetközi

árának havi változását mutatja - állapították meg. Az átlagos étrendet követő csoportban a táplálékosár 100-féle, míg az egészséges táplálkozást követő kosár 73-féle élelmiszert tartalmazott. Az átlagos étrendhez képest az egészséges táplálkozási kosár nagyobb változatossággal tartalmazott gyümölcsöket és zöldségeket, a közönséges élelmiszerek egészségesebb változatait: például hozzáadott só nem tartalmazó termékeket, teljes kiőrlésű pékárut vagy alacsony zsírtartalmú tejterméket, maximum napi 100 gramm vörös húst. Minden egyes élelmiszer esetében minimális és maximális árat határoztak meg annak érdekében, hogy elkerüljék az irreálisan magas költségeket. Az egyes élelmiszercsoportok fogyasztását valamint az energiaszükségletet, az egészséges étrend esetében a WHO/FAO által megállapított irányelveknek megfelelően, míg az átlagos étrend esetében táplálkozási felmérések alapján határozták meg. Az átlagos háztartások étrendjének energiasűrűsége körülbelül 50%-kal magasabb volt az egészséges étrendet követőkénél.

Összességében az egészséges étkezést követő új-zélandi lakosok átlagos kétételes ételmiszer költsége körülbelül 27 dollárral drágábbnak bizonyult, mint az általános étrendet követő lakosoké. Hozzávetőleg az egészséges étrend 25,8%-a olcsóbb volt, mint az átlagos étrend összege, továbbá a legolcsóbb egészséges étrend költségei alacsonyabbak voltak a legolcsóbb általános étrendnél. A tetszés szerint választott ételek (beleértve az üdítőt és a gyorsételeket) 35,5%-át tették ki az átlagos étrend költségeinek, míg a zöldségek és gyümölcsök csak 19%-át. Egészséges étrend esetében a zöldség-gyümölcs fogyasztás 40%-át tette ki az összköltségeknek. Ez a különbség csökkenthető, ha a gyümölcsök és a zöldségek mentesülnek az általános forgalmi adótól. Mindkét étrendnél a fehérjeforrások biztosítása bizonyult a legdrágábbnak. A maori és a csendes-óceáni háztartások egészséges táplálkozása átlagosan 40-60 dollárral olcsóbb volt, mint a hagyományos étrend. Az egészséges étrend a maoriak körében hozzávetőleg 87,1%-kal, míg a csendes-óceáni lakosság körében 96,7%-kal bizonyult olcsóbbnak. A szabadon választott élelmiszerek és gyorsételek 35,5%-át és 39,3%-át tették ki az átlagos étrendnek, míg a zöldség és gyümölcs a 16%-át és 12%-át. Az egészséges étrendeknél a zöldség-gyümölcs mennyiség 46%-ot illetve 43%-ot tett ki az etnikai csoportokban. Az egészséges táplálkozás átlagos költsége lényegesen megnövekedett abban az esetben, ha beleszámít-

tották a gyorsételek egészséges változatait (pl. sushi és szendvics). Ha az új-zélandi populáció tetszés szerint választhatott az ételekből, akkor az egészséges és átlagos étrend költségei megegyeztek. Ha az egészséges étrendet követőknek engedélyezték volna ugyanazt a mennyiségű kalóriabevitelt, mint az átlagos étrendet követőknek, akkor az egészséges étkezés költsége 70 dollárral lett volna magasabb, mint az átlagos étrend.

Az eddigi összehasonlító tanulmányoktól eltérően az új-zélandi kutatócsoport által kidolgozott DIETCOST program lehetővé teszi háztartások kéthetenkénti költségeloszlásának megfigyelését. A DIETCOST egy olyan eszközt biztosít az étkezési terv költségének kiszámításához, amely során az élelmiszerek, az ár, a helyszín vagy a referencia háztartás megváltoztatható, ezért a program könnyen használható és alkalmazható más országok népcsoportjainál is.

Az egészséges étrend Új-Zélandon átlagban drágább, mint az átlagos étrend, de ez nem vonatkozik az etnikai csoportokra. A friss és fagyasztott zöldségek, gyümölcsök adócsökkentése összekapcsolva a cukros üdítők adójának növelésével csökkenthetné az egészséges étrend átlagköltségeit, így könnyebben elérhető lenne az emberek számára.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A szerzők szerint az ismertetett módszert más országokban is érdemes lenne alkalmazni az egészséges és általános étrend közötti költségkülönbségek megfigyelése céljából. A DIETCOST program magyarországi felhasználása esetén a kapott eredmények alapján nemzeti szinten további erőfeszítéseket lehetne tenni az egészséges táplálkozás elősegítésére.

# Élelmiszerkörnyezet Szakpolitikai Index (ESZI INDEX) – Jelentés, Anglia

## Report - Food Environment Policy Index (Food Epi) for England

Ismerteti: Kaposvári Csilla<sup>a</sup>✉, Vitrai József<sup>b</sup>  
a: Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola, PhD hallgató,  
b: 2 Emberi Erőforrások Minisztériuma

Megjelenés: The Food Foundation, November 2016, <https://foodfoundation.org.uk/>

Beküldve: 2018. 04. 13.  
doi: 10.24365/ef.v59i3.280

**Kulcsszavak:** élelmiszerkörnyezet; szakpolitika; megvalósítás; élelmiszer-rendszer

**Keywords:** food environment; policy; implementation; food system

Jelen ismertető az Egyesült Királyságban működő „The Food Foundation” (Élelmiszer Alapítvány) által 2016 novemberében kiadott angol Élelmiszerkörnyezet Szakpolitikai Index (ESZI - *Food Policy Index – Food EPI*) jelentést mutatja be.

Az alapítvány egy független kutatóközpont (*think tank*), amely az Egyesült Királyság élelmiszerellátási rendszerének (*food system*) növekvő kihívásaival foglalkozik a köz érdekében. Vizsgálja az élelmiszerellátási rendszerrel összefüggő problémákat, valamint a szakpolitika és a gyakorlat szerepét a problémákra adott válaszokban. A kutatóközpont víziója olyan élelmiszerkörnyezet kialakítása, amely támogatja az Egyesült Királyság lakosságának egészségét és jólétét. Emellett az alapítvány célja, hogy elősegítse a szakpolitikák és gyakorlatok fejlesztését mind a közszférában, mind pedig a magánszektorban.

Az ESZI Index alapját képező értékelési folyamatot azért végezték el, mert a *Food Foundation* által korábban írt jelentés megállapításai szerint Angliában sok tényező hátráltatja a lakosságot abban, hogy egészségesen táplálkozzon. Ilyenek a magas zsír-, cukor- és sótartalmú élelmiszerek reklámja, az otthonon kívüli étkezés terjedése, a kevésbé

egészséges élelmiszerek árpromóciója, a nem egyértelmű élelmiszercímkézés és az iskolai étkeztetés alacsony igénybevétele<sup>i</sup>.

Az ESZI Index egy olyan nemzetközi eszköz, amelynek segítségével elemezhetők az országok élelmiszerkörnyezetre ható szakpolitikái és megvalósításuk mértéke, az esetleges hiányosságok. Az ESZI Index emellett segít kiválasztani és fontossági sorrendet felállítani a lehetséges megoldások között. A folyamat segíthet befolyásolni a kormánypolitikát az egészségesebb élelmiszerkörnyezet kialakítása céljából.

Az ESZI Indexet az INFORMAS<sup>ii</sup> (Élelmiszer és Elhízás/Nem fertőző betegségek Kutatási, Monito-

<sup>i</sup> Food Foundation, 2016, *Force-Fed*. [Online] Available at: <http://foodfoundation.org.uk/food-foundationlaunches-its-first-report-force-fed/> (Elérve: 2018.04.09)

<sup>ii</sup> INFORMAS egy nemzetközi közérdekű szervezetekből és kutatókból álló hálózat, amelynek célja, hogy monitorozza, értékelje és támogassa azokat az állami és privát szektor intézkedéseket, amelyek célja az egészségesebb élelmiszerkörnyezet kialakítása, az elhízás, a nem fertőző betegségek és az egyenlőtlenségek csökkentése. INFORMAS támogatja a WHO Globális Cselekvési Tervét a Nemfertőző Betegségek Megelőzése és Ellenőrzése (2013-2020) terén, valamint a Világ Rákutatási Alapjának NOURISHING kezdeményezését.

rozási és Cselekvés-támogatási Nemzetközi Hálózat, *International Network for Food and Obesity/NCDs Research, Monitoring and Action Support*) szervezet fejlesztette ki, amely csoport civil szervezetekkel és kutatóhelyekkel együtt segít az ESZI Indexet különböző országokban alkalmazni. Az indexet először Új-Zéland, majd Kanada, Ausztrália, Mexikó később további számos más ország használta.

### Az ESZI Index módszertana

Az ESZI Index az élelmiszerkörnyezetre összpontosít (az élelmiszerrendszer olyan elemeire, amelyek közvetlenül hatnak a fogyasztók választási lehetőségeire), valamint az elhízás, a túlsúly és az ezzel kapcsolatos nemfertőző betegségek vizsgálatára fókuszál. Kevésbé célja a szélesebb élelmiszerrendszer, az élelmezésbiztonság vagy a fenntartható mezőgazdasági rendszer elemeinek vizsgálata.

Az ESZI Index az élelmiszerkörnyezet tekintetében alkalmas:

- a kormányzati politikák hiányosságainak azonosítására és a hiányosságok kezeléséhez szükséges intézkedések rangsorolására,
- a kormánypolitikák megvalósításának összehasonlítására más országokkal,
- az időbeni fejlődés monitorozására.

Az ESZI Indexnek két komponense van, az egyik (a) a kormányzati politika, a másik (b) az infrastrukturális támogatás. A két komponenst az élelmiszerkörnyezet 13 területére bontják.

(a) Kormányzati politika: élelmiszer-összetétel, élelmiszer címkézés, élelmiszer reklám, élelmiszer

kiskereskedelem, élelmiszer forgalmazás és beruházás.

(b) Infrastrukturális támogatás: irányítás, kormányzás, monitorozás és tudásbázis, finanszírozás és források, együttműködés platformjai, egészség minden közpolitikába.

Minden felsorolt területen meghatároznak ún. „legjobb gyakorlat” vagy „gold standard” szakpolitikákat, amelyeket a kormányok be tudnának vezetni.

A viszonyítási alapként használt potenciális legjobb gyakorlatokat az INFORMAS csoport gyűjtötte össze olyan nemzetközi példákból, ahol a kormányok komoly lépéseket tettek az élelmiszerkörnyezet egészségesebbé tételében. A listában lévő gyakorlatok közül több megtalálható a Világ Rákkutatási Alapja (*World Cancer Research Fund*) által elfogadott NOURISHING szakpolitikai keretrendszerben és adatbázisban. A lista folyamatosan bővül és nemzetközi összehasonlítási alapot ad az ESZI Index értékelés során.

A 13 terület mentén és a legjobb gyakorlatok alapján az INFORMAS 47 ún. jó gyakorlat megállapítást dolgozott ki az értékeléshez.

Az ESZI Index alkalmazásának lépései [1. ábra]:

- (1) Az élelmiszerkörnyezet egészségesebbé tételét célzó szakpolitikákról szóló evidenciák összegyűjtése.
- (2) Független szakértői csoport megvizsgálja a hiányosságokat és prioritási sorrendet állít fel a megoldásokra.
- (3) Érdekképviselőt a kormány felé a szakpolitikában található hiányosságok kiküszöbölésére.

1. ábra: ESZI Index értékelési folyamat



Forrás: A Food Environment Policy Index (Food Epi) for England jelentés 2. ábrája

Az ESZI Index felvétele egy későbbi időpontban megismételhető, ezáltal felmérhető az előrehaladás az élelmiszerkörnyezet egészségesebbé tételét célzó kormányzati politikákban.

### Hogyan történt az angliai ESZI Index felvétele?

Az alapítvány összegyűjtötte, majd áttekintette az Angliára vonatkozó élelmiszerkörnyezetet érintő kormányzati szakpolitikai dokumentumokat, valamint az itt alkalmazandó EU-s jogszabályokat. A 7 szakpolitikai és 6 infrastrukturális terület mentén összesen 48 jó gyakorlat megállapítást tettek, amelyek mögé rakott evidenciák alapján készült el az evidencia jelentés.

Példa jó gyakorlat megállapításra:

„Az élelmiszerbiztonságról szóló szakpolitikák és helyi vagy országos végrehajtásuk elég erős az emberi egészség és az élelmiszerekkel összefüggő fogyasztóvédelmi érdekek védelméhez.”

Az evidenciák összegzéséről szóló jelentést ezután megkördítették különböző minisztériumok, közin-

tezmények és egyéb független szakmai szervezetek között validálás céljából. Egy kompetens irányító-csoport ajánlásával kiválasztották a független szakértő értékelőket: kb. 100 főt, akik több területet képviseltek, és szigorúan kormányfüggetlen vagy civil szervezetekhez tartoztak, azaz egyetemekhez, szakmai érdekképviseletekhez, stb. Az élelmiszerkörnyezettel kapcsolatos kormánypolitikákat a szakértők kisebb csoportja értékelte egy workshop keretén belül. A workshop elején bemutatták a módszertant, a bizonyítékokat és a jó gyakorlatnak számító nemzetközi példákat. A 48 jó gyakorlat megállapítást 1-5 Likert skálán értékelték (1- legkevésbé megvalósított, 5 - leginkább megvalósított) a szakértők aszerint, hogy milyen az adott szakpolitika megvalósítása és az infrastrukturális támogatása. Két értékelési lépés volt, az elsőben azt nézték, hogy az adott szakpolitika mentén milyen jól teljesít Anglia más országokhoz képest. [1. táblázat] Második lépésben a szakpolitikákat a jó gyakorlat megállapításokban szereplő benchmarkhoz hasonlították a szakértők. (Mennyire teljesít jól az ország ahhoz képest, mint lehetne?). [2. táblázat]

1. táblázat: Más országokból származó jó gyakorlatok megvalósításának mértéke Angliában.  
Legmagasabb pontszámot szerző területek (és elért átlagok)

1. Elhízás rendszeres monitorozása	4.1
2. A nem fertőző betegségek kockázati tényezőinek rendszeres monitorozása	4.1
3. Összetevőkre és tápanyagokra vonatkozó megállapítások az előre csomagolt élelmiszereknél	3.9
4. A lakosság hozzáférése az élelmiszerekkel és ételmezéssel kapcsolatos kormányzati kulcsdokumentumokhoz	3.6
5. Táplálkozási ajánlások megléte	3.5
6. Iskolai étkeztetésre vonatkozó előírások	3.5

2. táblázat: Más országokból származó jó gyakorlatok megvalósításának mértéke Angliában.  
Legalacsonyabb pontszámot elért területek (és elért átlagok)

1. Formális platform a kormányzat és a civil társadalom között az élelmiszer szakpolitikák és stratégiák megvitatására	1.3
2. Egészséges élelmiszereknek járó támogatások	1.4
3. Nemzeti beruházási stratégiák, amelyek védik a táplálkozást és az egészséget	1.4
4. Tervezési előírások és zónák az egészséges élelmiszerek árusításának védelmére	1.5
5. Kormányzati kezdeményezés az élelmiszerkörnyezet javítására	1.5
6. Gyermekeknek szóló reklámozás szabályozása	1.6

### Beavatkozások prioritási sorrendje

A prioritások meghatározására a szakértők előzetesen 20 olyan beavatkozást fogalmaztak meg, amelyek civil szervezetek és kormányzati testületek kurrens javaslataira épültek. Ezek olyan beavatkozások, amelyeket a kormány megvalósíthatna a hiányosságok kiküszöbölésére, így az élelmiszerkörnyezet javítására Angliában. A felkért szakértők/szakmai intézmények felállították a prioritási sorrendet a szakpolitikák és az infrastrukturális támogatások terén két kritérium mentén:

(1) Fontosság: szükség, hatás, esélyegyenlőség, további kedvező hatások, esetleges negatív hatások.

(2) Megvalósíthatóság: kivitelezhetőség, elfogadottság, megfizethetőség, hatékonyság.

A visszaérkezett értékelések alapján Angliában a 6 legfontosabb beavatkozás (összesen 12 beavatkozásból):

1. Egészségtelen élelmiszerek reklámozásának korlátozása a gyerekek felé.
2. A cukros üdítőkre adó kivetése.
3. A feldolgozott élelmiszerek cukor-, zsír- és sótartalmának csökkentése.
4. Az iskolai, óvodai étkeztetésre vonatkozó előírások monitorozása.

5. Közbeszerzési sztenderdek bevezetése és megvalósítása minden közintézmény tekintetében.
6. Az egészségtelen élelmiszerkínálat visszaszorítására vonatkozó rendelet tervezésének erősítése.

A 4 legfontosabbnak ítélt infrastrukturális beavatkozás (összesen 8 beavatkozásból):

1. Az egészség és környezet fontosságának előtérbe helyezése a 25 éves Élelmiszer és Farmgazdálkodás Tervben.
2. Nemzeti élelmiszer akcióterv elfogadása.
3. Az élelmiszerkörnyezet monitorozása.
4. Élelmiszerekre/élelmiszer-rendszerre vonatkozó főbb programok és politikák független értékelése.

### TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

AZ ESZI Index egy nemzetközi módszertanra épülő, több országban kipróbált értékelési folyamat, amely alkalmas egy ország élelmiszerkörnyezetre vonatkozó politikáinak és beavatkozásainak minősítésére, a hiányosságok feltárására és beavatkozási prioritások felállítására. Az értékelési folyamatban szakértők, egyetemek, civil és szakmai szervezetek képviselőinek széles köre vesz részt. A független értékelés eredményei segíthetnek befolyásolni a kormánypolitikát az egészségesebb élelmiszerkörnyezet kialakításában, valamint az értékelési folyamat ismételt elvégzésével nyomon követhető az ajánlások megvalósítása.



## Felhívás a komplexitás kezelésére a prevenció tudományos kutatás során – cikkismertetés

### A call to address complexity in prevention science research – paper review

Ismerteti: Krakkó Ágnes ✉  
*Országos Közegészségügyi Intézet*

Szerzők: Lich KH, Ginexi EM, Osgood ND, Mabry PL

Megjelenés: *Prevention Science*. 2013;14:279–289. doi 10.1007/s11121-012-0285-2

Beküldve: 2018. 05. 14.

doi: 10.24365/ef.v59i3.309

**Kulcsszavak:** rendszertudomány; összetett rendszerek; prevenció tudományos módszertan

**Keywords:** systems science; complex systems; prevention science methodology

#### BEVEZETÉS

A preventív beavatkozások által megcélzott problémák gyakran összetettek, többszintű társadalmi és környezeti összefüggések rendszerében értelmezhetők. Annak ellenére, hogy e befolyásoló tényezők jelentősége ismert, a megelőző tudomány még nem alkalmaz olyan analitikai megközelítéseket, amelyek alkalmasak lennének a rendszerek komplexitásának kielégítő vizsgálatára. A rendszertudomány feltérképezi, hogy a rendszer egyes elemei hogyan befolyásolják az egész rendszer viselkedését, illetve az elemek hogyan hatnak egymásra és a környezetükre. Jelen tanulmány fókuszában a rendszertudományi szemlélet ismertetése áll, amely hagyományos vizsgálati módszerekkel kiegészítve választ adhat a prevenció kutatások jelenlegi kihívásaira, szem előtt tartva a vizsgálandó problémák összetettségét. A közlemény három rendszertudományi módszert szemléltet: 1. a társadalmi kapcsolatháló elemzését (social network analysis); 2. a rendszerdinamikai modellezést (system dynamics modeling); 3. az ágensalapú modellezést (agent-based modeling).

#### RENDSZERTUDOMÁNY

Az összetett rendszerek definícióját illetően még nincs egyetértés, de a legtöbb meghatározás alapján az egymással kölcsönhatásban lévő elemek sokaságát (rendszerét) jelenti, amelyben a rendszer egészének a tulajdonságait és viselkedését nem lehet meghatározni a rendszer egyes elemeinek a tulajdonságaiból és viselkedéséből, vagy a külön-külön vizsgált elemek tulajdonságainak és viselkedésének az összegéből. A rendszertudományi módszer lehetővé teszi a rendszer elemei közötti dinamikai kapcsolat vizsgálatát, amellyel a több szinten érvényesülő elemzésen túl egyidejűleg a rendszer viselkedése teljes egészében tanulmányozható. Rendszernek nevezhetjük például az egészségügyi rendszert vagy a társadalmat, de olyan tényezők összességét is, amelyek hatással vannak például az immunrendszer működésére, a tuberkulózis terjedésére egy adott populációban vagy akár a kábítószer-használatra. Jellemző az összetett rendszerekre, hogy az elemek között kétirányú, nemlineáris kapcsolat van, az intervenciókra adott válaszként pedig önszerveződés vagy

adaptáció figyelhető meg (a rendszeren belül az elemek válasza a rendszer más területein bekövetkező változásokra).

## A RENDSZERTUDOMÁNY SZEREPE A PREVENCIÓS KUTATÁSOKBAN

A prevenciós kutatás komplexitásait nagyrészt redukcionista megközelítéssel vizsgálják, amellyel megbízható módon és részletesen feltárhatók a rendszer minden egyes elemének tulajdonságai. A többszintű statisztikai megközelítésekkel csak korlátozottan ismerhetjük meg, hogy az egyéni szinten bekövetkező változások hogyan hatnak a rendszer magasabb szintjeire (pl. szomszédság, iskola, lakosság). Mi több, az egyéni elemek (pl. egyének) közötti összetett dinamikai kapcsolat és az egyes elemek változásai (pl. eltérő szokások családi és iskolai környezetben) sem kerülnek meghatározásra. Ha kizárólag a redukcionista módszerekre támaszkodunk, akkor előfordulhat, hogy nem látjuk a részletektől az egészet, és ez akadályozhatja a rendszer viselkedésének megismerését. A hagyományos redukcionista módszerek nem alkalmasak arra, hogy a többszörös interaktív változókat egy egész rendszerként vizsgáljuk velük, és az összetett időbeli dinamika feltárására sem (például a kapcsolatok időbeli változása vagy a rendszer nem várt viselkedése). E tényezők vizsgálatára a rendszertudományi módszerek megfelelőek, amelyek jól leírják a rendszer emergens viselkedését, ami azt jelenti, hogy a rendszerszintű viselkedés nem vezethető le a rendszer alkotóelemeinek egyes tulajdonságaiból. A rendszerhatások (system effects) megértése segít megismerni a rendszer viselkedését, így lehetővé teszi a sokkal hatékonyabb és fenntarthatóbb többszintű beavatkozások kidolgozását. Egy hatékonyabb intervenciót szolgáló rendszer megértése – mint kezdeti befektetés – megtérülhet, mivel a rendszertudományi modellek hosszú távon használhatók, így folyamatosan elősegíthetik például a rendszerfolyamatokra vonatkozó hipotézisek megfogalmazását, hatékonyabb ellenőrzési és irányítási stratégiák kialakítását, jelentős hiányosságok meghatározását és a hatékonyabb reagálást a dinamikai problémákra. A rendszertudományban használatos szimulációs modell megfigyelése

például a vizsgálatot végzők számára pontosabb képet ad arról, hogy a rendszer mennyire változik különböző körülmények között (például bizonyos környezeti feltételek mellett vagy bizonyos populációkban), és lehetőséget biztosít a valós világban lévő nehézségek hatékonyabb meghatározására (idő, költség, kivitelezés). A prevenciós kutatásokban a rendszertudományi módszerek használata az innováció elősegítése céljából olyan módszerek kidolgozására ösztönözhet, amelyek elősegítik például az érdekeltek konszenzusra jutását a szakpolitikai lehetőségek priorálását illetően, az intervenciók célpontok sikeres meghatározását, vagy akár a sikeres beavatkozási mechanizmusok tulajdonságainak tanulmányozását.

## A RENDSZERTUDOMÁNY KULCSFOGALMAI

A rendszertudomány könnyebb megértését három illusztratív módszer bemutatása teszi lehetővé. Ezeket a módszereket időnként abból a célból használják, hogy a komplex rendszereket érintő problémákat tanulmányozzák vagy ezeket közvetlenül optimalizálják. A rendszertudomány eszközei olyan betekintést tesznek lehetővé, amelyek elősegítik a hatékonyabb beavatkozást és kontrollt valós, komplex rendszerekkel. Három fontos rendszertudományi módszer kap egyre nagyobb hangsúlyt az egészségügy területén: a társadalmi kapcsolati háló elemzése, rendszerdinamikai modellezés, ágensalapú modellezés.

### *A kapcsolati háló elemzése*

A kapcsolatháló-elemzés egy adott rendszer elemei – például különböző egyének, közösségi csoportok, iskolák, egyéb szervezetek – közötti kapcsolatok vizsgálatát jelenti. A módszer segít a kutatóknak megérteni a vizsgált hálózatok struktúráját (a rendszert alkotó elemek kapcsolatát) és az emergens tulajdonságaikat, amelyek a struktúrának köszönhetően alakulhatnak ki. A számítógépes szoftverek a hálózati adatok részletes elemzésével lehetővé teszik a kapcsolatok vizuális megjelenítését, amely segíthet annak megértésében, hogy az egymással kapcsolatban lévő elemeket tartalmazó komplex rendszerek hogyan viselkednek és ezek milyen módon kontrollálhatók.

### *Rendszerdinamikai modellezés*

A rendszerdinamikai modellezést az egészségügy számos területén alkalmazzák. A modellezés során egyéni entitásokat (emberek) vagy folyamatos mennyiségi változókat (életévek száma, elköltött pénz vagy annak a valószínűsége, hogy egy fiatal szerhasználó lesz) homogén csoportokba gyűjtnek, melyeket később egy egységként kezelnek. A rendszer elemei közötti kapcsolat vizsgálatát követően matematikai egyenletet írnak a kapcsolatok számszerűsítésére. A mérés és tesztelés után a modellt mozgásba hozzák a rendszer viselkedésének dinamikai változásait szimulálva. A szenzitivitási teszt lehetővé teszi bármely paraméterváltozás hatásának becslését és a hiányzó vagy becsült adatok fontosságának meghatározását. A rendszerdinamikai megközelítéssel meghatározhatjuk a rendszer viselkedésének okait és a beavatkozási pontokat (leverage points). Ezeknek a pontoknak az ismeretében egy rendszeren belül beavatkozhatunk, hogy változást idézzünk elő. A megközelítés két kulcsfontosságú eszközt használ: oksági diagram (causal loop diagram) és áramlás-állomány diagram (stock and flow simulation model). Az oksági diagramot a változók közötti kapcsolatok, kapcsolatokból látható visszacsatolási mechanizmusok és a rendszer viselkedésének azonosítására alkalmazzák. Az áramlás-állomány modell az állományok változásait szimulálja egy rendszeren

belül bizonyos idő alatt (pl. a szerhasználat szempontjából veszélyeztetett fiatalok száma, vagy annak a valószínűsége, hogy egy fiatal nem biztonságos szexuális kapcsolatot létesít bizonyos idő alatt).

### *Ágensalapú modellezés*

Az ágensalapú modellezésben az ágensek az egyének vagy entitások (emberek, szervezetek) leegyszerűsített replikái egy mesterséges (számítógépes) környezetben megjelenítve. A modellezés során meghatározzák a valószínűségi szabályokat, amelyek alapján az egyéni, heterogén ágensek viselkednek, egymásra hatnak, alkalmazkodnak azzal a céllal, hogy a valós világot a legszembevetőbb módon tükrözzék. A modellezés során az ágensek kölcsönhatásba lépnek egymással és a szabályok szerint működnek a virtuális világban. A modellezés kimenetét képezi az egyes ágensek bizonyos idő alatt megfigyelt viselkedése, és a rendszer egységként történő viselkedése. A módszer segítségével meghatározható, hogy egy feltételezhető rendszer bizonyos elemei hogyan vezetnek többszintű (társadalmi-gazdasági) jelenség kialakulásához. Heterogén ágensek szimulálása révén képes nyomon követni minden egyes ágens viselkedését és a környezethez való adaptációit (válasz a környezetre).

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az ismertetésben a rendszertudományi szemlélet fontossága, alkalmazásának előnyei és lehetőségei kerültek bemutatásra a prevenció területén. A rendszertudományi szemlélet átfogó módszer, a prevenció tudomány kérdéseinek többszintű aspektusát képes megcélózni, mert figyelembe veszi a vizsgálandó problémák összetettségét, kontextusát, dinamikai jellegét és rendszerszintű viselkedését. Ezáltal a rendszertudományi megközelítés a prevenciót elősegítő intervenciók tervezésére, kivitelezésére és értékelésére alkalmas módszernek bizonyul. A módszer a modelleket egyértelműbbé teszi a vizsgálatot végzők számára, ezzel a különböző érdekeltek feltételezései és gondolatai átláthatóbbá válnak, és a problémáról kialakítható egy közös nézet. A cikk bemutatásának célja tehát, hogy a módszert minél szélesebb körben megismerjék, a hagyományos vizsgálati módszereket a szakemberek kiegészítsék a rendszertudományi megközelítésekkel, amelyek sokkal részletesebb megfigyelést tesznek lehetővé.

# Ismertetés: A diákok középpontba helyezése: Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell

Placing Students at the Center: The Whole School, Whole Community, Whole Child Model

Ismerteti: Járomi Éva ✉  
Országos Közegészségügyi Intézet

Szerzők: Morse LL, Allensworth DD.

Megjelenés: J Sch Health. 2015 Nov; 85(11): 785–794. Published online 2015 Oct 6.

doi: 10.1111/josh.12313

Beküldve: 2018. 02. 14.

doi: 10.24365/ef.v59i3.231

**Kulcsszavak:** tanulóközpontú; tanulmányi eredmények; egészségügyi mutatók; ifjúsági-felnőtt partnerségek; ifjúság képessé tevése; ifjúsági szerepvállalás; Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell

**Keywords:** student-centered; educational outcomes; health outcomes; youth-adult partnerships; youth empowerment; youth engagement; Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC) model

## HÁTTÉR

A legtöbb oktatási reform erőfeszítései az Amerikai Egyesült Államokban (és többnyire hazánkban is) a tantervre, az oktatásra és az értékelésre összpontosítanak.

A hangsúlyt – a tanulók eredményességének felelősségét – az iskola vezetésére és a pedagógusokra helyezik. Kevés figyelmet kapnak azonban a tanulók mint fogyasztók, végfelhasználók, akikre leginkább az oktatáspolitikai és az oktatási gyakorlat van hatással.

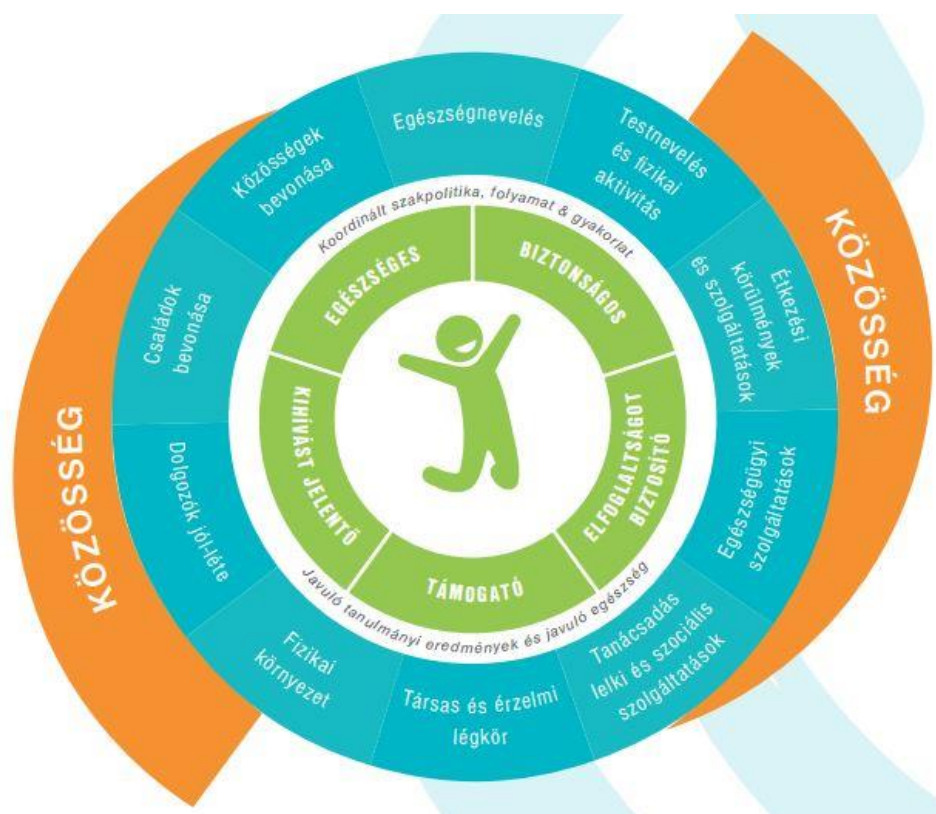
A Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek elnevezésű modell (*Whole School, Whole Community, Whole Child Model*, továbbiakban *WSCC-modell*) elterjesztése, amely a hagyományos Koordinált iskolai egészség és teljes gyermek keretrendszer elemeire, valamint azok kombinálására alapul, lehetőséget nyújt a diákközpontú megközelítés hangsúlyozására és előmozdítására az iskolákban. A WSCC-modell a koordinált iskolai egészségmodell<sup>1</sup> 10 eleme köré helyezi az öt elemből álló, a teljes gyermeket középpontba helyező megközelítést (*Whole Child Framework*).<sup>2</sup> Ez a megközelítés a kívánt eredményeket minden K-12 tanuló<sup>1</sup> számára

<sup>1</sup> K-12 tanuló: Az amerikai és a kanadai oktatási rendszerben gyakran használják a K-12 terminológiát, amely az összes általános és középfokú oktatási szintet magában foglalja, az óvodától egészen a középiskola 12. évfolyamáig bezárólag: általános iskola (K-5), középiskola első ún. „middle school” (6-8) és második része ún. high school (9-12). (Corsi-Bunker: Guide To The Education System In The United States, International Student and Scholar Services, University of Minnesota <https://iss.umn.edu/publications/USEducation/2.pdf>)

közvetíti. Hozzájárulnak a tanulmányi eredményekhez és végül a magas színvonalú, egészséges, produktív élethez. A WSCC-modell egészét a közösség veszi körül, ezáltal hangsúlyozva, hogy a

közösség támogatása nélkül az iskolák nem képesek elérni a fenti célokat. Visszafajtván ezeket a rétegeket, a tanulók képezik a modell legfontosabb, központi elemét [1. ábra].

1. ábra: ASCD és a CDC által kifejlesztett Teljes iskola, teljes közösség, teljes gyermek modell (WSCC)



Forrás: Teljes körű iskolai egészségfejlesztési koncepció, TÁMOP-6.1.2.A-14/1-2014-0001, NEFI, 2015

Morse és munkatársainak közleménye egy olyan diákközpontú modellre hívja fel a figyelmet, amely szerint a diákoknak nemcsak a szolgáltatások igénybe vevőinek kell lenniük egészségük, stabilitásuk, elkötelezettségük, támogatottságuk és kihívást jelentő tanulmányaik biztosítása érdekében, hanem – a WSCC-modell megvalósításának keretében – az iskola vezetőinek teljes jogú partnereivé kell válniuk.

A teljes gyermeket középpontba állító kezdeményezés segít a pedagógiai diskurzust elmozdítani az iskolai eredmények egyedüli fókuszáról a gyermekek hosszú távú fejlődésére és sikerére, mindezt oly módon, hogy minden tanuló számára biztosítsák azokat az alapvető erőforrásokat, amelyekre

szükség van a siker eléréséhez. A frissített, korszerűsített WSCC-megközelítés ötvözi a 10 komponensből álló koordinált iskolai egészségügyi modellt, valamint az alábbi dimenziókból álló eredeti teljesgyermek-megközelítést a WSCC-modellbe ágyazva:

- Minden tanuló egészségesen lép be az iskolába, és tanulja, valamint gyakorolja is az egészséges életmódot.
- Minden tanuló olyan környezetben tanul, amely a diákok és a felnőttek számára fizikailag és érzelmileg egyaránt biztonságos.
- Minden tanuló aktívan részt vesz a tanulásban, kötődik az iskolához és a tágabb közösséghez.

- Minden tanuló hozzáfér a személyre szabott tananyaghoz, és részesül a képzett, gondoskodó felnőttek támogatásában.
- Minden tanuló kihívást jelentő tanításban részesül, és felkészült a sikerre, a főiskolára vagy a további tanulmányaira, a munkahelyre, valamint a teljes környezetben való részvételre.

A WSCC-modell célja, hogy megváltoztassák az egészség és az oktatás kereszteződésének útját, és támogassák a diákok egészségét és teljesítményét, eredményességét. A körültekintő tervezés következtében a modell a tanulót helyezi a változás középpontjába. A változáshoz szükséges tényezők pedig magukban foglalják azokat a személyeket is, akiknek tekintélyük van és tisztelet övezi őket, akik a szükséges változásokat (a heterogenitást) elindítják és koordinálják, valamint a kortársakat, akik hangot adnak egy különleges változás szükségességének (homogenitás).

A tanulóközpontú iskolák tudomásul veszik, elismerik a tanulók kritikus közreműködését, akik képesek az önálló tanulásra és a jóllétük biztosítására. A tanulók a változás ügynökeivé és az iskolai fejlesztések szövetségeseivé válhatnak, ha az iskolák hiteles kapcsolatokat hoznak létre és ápolnak velük, ahol a tanulókat alapvetően saját tanulmányi sikereik legitim közreműködőinek, a változás katalizátorainak tartják.

## A TANULÓK KÖZPONTBA HELYEZÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

Az (amerikai) oktatási reform vezetője, Michael Fullan megfigyelése szerint: *„Amikor a felnőttek a tanulókról gondolkodnak, a változás potenciális haszonélvezőiként tekintenek rájuk... ritkán tekintik őket az iskolai változások és a szervezeti élet résztvevőinek.”*<sup>3</sup> Fullan továbbá azt is kijelenti, hogy az iskolában a siker kulcsa a tanulók szívének és elméjének bevonása, elkötelezése, de számos iskola a diákokra csupán érdekes és használható adatok forrásaként tekint. A diákok gyakran olyan közös egyeztetésekre történő meghívásoknak tesznek eleget, amelyek témáit nem érzik fontosnak, ahol olyan nyelvet használnak velük szemben, amelyet korlátozóknak, idegennek vagy atyáskodónak, leereszkedőnek tartanak, és ez csupán ritkán

eredményez olyan cselekvést vagy párbeszédet, amely valóban befolyásolja az életüket. Értékes és reális ötleteik bemutatása ellenére a tanulók hangja, véleménye nem terjedt el széles körben, így meglehetősen kiaknázatlan erőforrást jelentenek. További értekezése szerint *„a tanulók részvételét célzó stratégiáknak minden tanulót el kell érniük, azokat, akik ugyan 'rendben vannak', de untatja őket az iskola irrelevanciája és azokat is, akik hátrányos helyzetűek és az iskolát egyre inkább elidegenítőnek találják, ahogy egyre magasabb évfolyamba lépnek”*<sup>3</sup>.

Az ifjúsági kortárs-mediációs programok hatásosságát vizsgáló tanulmányok, amelyekben a diákokat képessé teszik arra, hogy megosszák a felelősséget a minden szempontból biztonságos iskolai környezet megteremtése érdekében, demonstrálták a diákok egyenrangú partnerekként történő kezelésének értékét. A diákok megtanulták a kortárs-mediációs készségeket, aminek hatására csökkent a felfüggesztések száma, és többek között javult az iskolai légkör is. A kutatás emellett azt is kimutatta, hogy a kortársoktatók hasonló vagy jobb eredményeket értek el, mint a felnőtt oktatók.

Egy további áttekintő közlemény<sup>4</sup>, amely a diákok véleményének hatását vizsgálta az iskolai döntéshozatali folyamatra, azt találta, hogy a tanulók véleményének figyelembevétele mérsékelten pozitív hatással volt a tanulók életképességeire, demokratikus készségeire, a társadalomban betöltött szerepére, teljes jogú tagságára, a felnőttek (tanárok, iskolai személyzet) és a tanulók közötti kapcsolatokra és az iskolai etikára, míg negatív hatására kevés bizonyítékot talált. Wallerstein,<sup>5</sup> aki támogatta az ifjúsági szerepvállalási stratégiák alkalmazását az egészségfejlesztés minden területén, megjegyezte, hogy a diákok részvétele fokozza az önismeret és a szociális eredmények, a szocializáció elérését, javítja a mentális egészséget és az iskolai teljesítményt, csökkenti az iskolai lemorzsolódás mértékét, a bűnözést és a szerhasználatot.

Egy 2014-ben közölt, 26 közleményt áttekintő tanulmány azt vizsgálta, hogy milyen hatása van a diákok részvételének az iskolai egészségfejlesztési intézkedések tervezésében, megvalósításában és/vagy értékelésében. Meggyőző bizonyítékot talált: 1. a tanulók énhatékonysága fokozódott (motiváció növekedése, pozitív irányú attitűd-, készség-, kompetencia- és ismeretváltozás);

2. javult az iskolai légkör; 3. megnövekedtek az interakciók és a társas kapcsolatok, mind a kortársak, mind pedig a diákok és a felnőttek körében. Azokban az iskolákban tehát, amelyek a változás vezetőiként próbálták meg bevonni a diákokat, figyelemre méltó sikert értek el. A fiatalok bevonásának különböző formái léteznek úgy mint a kortársoktatás, kortárs-mentorálás, ifjúsági akciók, tanulói hang (vélemény), közösségi szolgálat, szolgáltatástanulás, ifjúsági szervezés, állampolgári szerepvállalás és ifjúsági-felnőtt partnerségek, amelyek biztosítják a diákok számára a biztonságérzetet, a valahová tartozás érzését és a hatásosságot; a társadalompolitikai tudatosság és a polgári kompetencia terén szerzett előnyöket; megerősödött közösségi kapcsolatokat, valamint a javuló (tanulmányi) eredményeket.

Tekintettel annak lehetőségére, hogy a tanulók felfedezhetik az igazi elköteleződésüket, a tanulók elfogadják és teljesítik is ezt a fajta kihívást. Zak Malamed és néhány barátja, középiskolai tanulók, úgy döntöttek, hogy ideje megszólaltatni a diákokat. Így megtartották első „Twitter-csevegésüket” a diákok számára, azonban csalódtak voltak amiatt, hogy a diákok keveset mondtak az iskolai reformmal kapcsolatos egyeztetésekről.<sup>6</sup> A diákokhoz intézett kérdés a következőképpen hangzott: *„Mit tehetünk az iskola javítása érdekében?”* Ez számos frusztrált tanuló lendületétől egészen a Student Voice<sup>ii</sup> néven ismert szervezetig az oktatás megreformálásának mozgalmává nőtte ki magát a diákok véleményén és cselekedetein keresztül. A támogatók ígéretet tettek arra, hogy segítik a diákok azon törekvéseit, hogy az oktatás hivatalos partnerei legyenek, és biztosítják, hogy a tanulók a saját életüket érintő döntésekre valódi befolyással bírjanak.

A *Diákok hangja* elnevezésű együttműködés (Student Voice Collaboration) a New York-i oktatási minisztérium indította el, hogy segítse a tanulók önfejlesztését és az iskolájuk fejlesztését. A részt vevő diákok megtanulták, hogyan működik az oktatási rendszer, megkérdezték az iskolák vezetőit a döntéshozatalról, és létrehoztak egy térképet, amely bemutatja, hogy milyen döntések születtek az iskolájukban. A tanulók kutatást indítottak, hogy azonosítsák, milyen nehézségek vannak az iskolában, valamint létrehoztak egy diákok által vezetett kampányt ezen nehézségek, kihívások kezelésére.

Végül összeállítottak egy programlistát az egész városra kiterjedően, rámutatva arra, hogy melyek azok az intézkedések, amelyek minden New York-i diák számára előnyösek lehetnek. E munka eredményeképpen egy diákcsoporthat ajánlást dolgozott ki, melyeket megosztottak a New York-i oktatásért felelős kancelláriával. A program célja az volt, hogy megmutassa a tanulóknak, hogy képesek megváltoztatni a rendszeren belüli munkafolyamatokat.

### Diákközpontú iskolák

A Stanfordi Esélyteremtő Oktatási Szakpolitika Központ (*Stanford Center for Opportunity Policy in Education*) leírta, hogy négy kaliforniai diákközpontú középiskola hogyan járult hozzá a tanulók sikereihez. A diákközpontú gyakorlatok szigorúan, gazdagon és releváns módon a diákok szükségleteire koncentráltak. A diákok olyan tevékenységeket folytattak, amelyek elmélyítették a tanulást és az igényeikre koncentráltak. A személyre szabottság kulcsfontosságú volt, és emellett a tanulók oktatói támogatást kaptak, amely elősegítette a sikereket. A négy iskola mindegyike támogatta a diákok vezetői képességét és autonómiáját a kérdőíves, tanuló által vezetett és együttműködésen alapuló tanulásban, az osztályteremben és a közösségben egyaránt. Tanácsadási programokat, az ünnepek kultúráit, tanulói hangot, vezetési lehetőségeket, valamint a szülőkhöz és a közösséghez való kapcsolódást beágyazták minden egyes iskolába.

### A „Teljes gyermek - 5” című kezdeményezés

Az *America's Promise Alliance* állásfoglalása szerint a „Teljes gyermek - 5” című kezdeményezés (5 - *Whole Child Tenets*) nagyon hasonlít a tanulók alapvető szükségleteinek leírásához:

- egészséges kezdet,
- biztonságos terek,
- a gyermekek gondozása (támogatott),
- mások segítségének lehetősége (elkötelezett/bevont),
- hatékony oktatás (kihívást jelentő).

Egy 2014-ben végzett felmérés (*2014 Quaglia Institute for Student Aspirations' My Voice survey*),<sup>7</sup> etnikai és társadalmi-gazdasági szempontból sokszínű mintából állt: 66 314 fő 6-12. évfolyamos

<sup>ii</sup> <http://www.studentvoice.org>

tanuló részvételével, amely 234 iskolát képviselt országszerte, célja a diákok tanulmányi motivációját befolyásoló változók mérése és a következő tanulói mintázatok megvizsgálása:

- önértékelés,
- elkötelezettség,
- cél/motiváció,
- társas/kortárs és tanári támogatás.

A felmérés szerzői továbbá megjegyezték, hogy a 2014-es eredmények csupán kismértékű változást mutattak az 2009-es eredményekhez képest. A diákok önértékelése ötször nagyobb valószínűséggel lett tanulmányi szempontból motivált, míg a diákok 45%-ának alacsony volt az önértékelése. Azok, akik részt vettek, 16-szor nagyobb valószínűséggel voltak tanulmányi szempontból motiváltak, de 40%-uk arról számolt be, hogy ők nem kerültek bevonásra. A céltudatos diákok 18-szor nagyobb valószínűséggel voltak tanulmányi szempontból motiváltak, azonban 15%-nak továbbra sem volt célja.

A tanári támogatás 8-szor nagyobb tanulmányi motivációt jelentett, míg a kortársak általi támogatás megnövelte a tanulmányi motiváció időtartamát. A tanulók 39%-a nem rendelkezett tanári, 56%-uk pedig kortársi támogatással. Nyilvánvaló, hogy összehangoltabb és együttműködőbb megközelítésre van szükség a diákok alapvető szükségleteinek kielégítéséhez; például családok, iskolák, közösségek és kortársak bevonására. A WSCC-modell egy olyan mechanizmus lehet, amelyet az iskolák és közösségek alkalmazhatnak a diákok önértékelésének, elkötelezettségük javítására, kortársi támogatás és tanári támogatás terén, mégpedig oly módon, hogy a diákok partnerekké váljanak a modell disszeminálásában.

### A tanulók bevonása és képessé tevése

Az ifjúság képessé tevésének tanulási lehetőségei az egyén, a szervezet és a közösség felhatalmazására/képessé tevésére oszthatók fel. Az egyén képessé tevése a fiatalok önmenedzselési készségeinek, a saját életük felett érzett kompetenciaérzésük fejlesztése útján történik, míg a szervezeti képessé tevés olyan iskolákra és közösségi szervezetekre utal, amelyek lehetőséget nyújtanak a diákok képessé tevésére, akár csak a tanulók

szerepvállalásából eredő előnyökre. A közösségi képessé tevés arra utal, hogy helyi, állami és nemzeti szinten biztosítsa a lakosság részvételének lehetőségét, az egyének, szervezetek és a közösségek fejlesztése érdekében. Sikeres ifjúsági-felnőtt partnerségek akkor alakulnak ki, amikor az ifjúság és a felnőttek közötti kapcsolatokat a közös tanítás, tanulás, valamint a cselekvés kölcsönössége jellemzi.

Mit tehetnek az iskolák a diákok képessé tevésére és a diákok „hangjának” támogatására? A szerzők azt javasolják, hogy a Fletcher által meghatározott négy célt<sup>8</sup> adaptálják az egészség, valamint az iskolai fejlesztés középpontba helyezésével:

- Minden évfolyam, minden tanulója, minden témában együttműködő partnerként kell tekinteni az oktatásban, a tanulásban és az iskola vezetésében (annak biztosítása érdekében, hogy megfeleljenek a diákok szükségleteinek).
- Bővítsék a tanulók közös elvárásait, hogy aktív és egyenlő partnerré váljanak az iskolai változtatásokban (ami magában foglalja, hogy az egészségfejlesztő, tanulókat támogató programok és szolgáltatások az iskolai fejlesztések sarokkövét képezik).
- A tanulóknak és a pedagógusoknak fenntartható, érzékeny és szisztematikus megközelítést kell biztosítaniuk minden tanuló részvétele/bevonása érdekében (az iskolai fejlesztésben és az egészségfejlesztésben egyaránt).
- Érvényesítse minden diák tapasztalatait, perspektíváit és ismereteit fenntartható, erőteljes, célirányos iskolaorientált és iskolai-közösségi szerepvállalásaik által!

Számos kutató fogalmazott meg iránymutatást és ajánlást az iskolák és közösségek számára arról, hogy miként lehet ezt a folyamatot elindítani:

- olyan ifjúsági-felnőtt csapatok létrehozásával, amelyek tudatosan kívánják elérni a hosszú távú társadalmi változásokat;
- megteremtve az egyensúlyt a rövid távú egyéni támogatások szükségessége és a közösségi változások hosszú távú céljai között;
- felismerve és jutalmazva a fiatalok ifjúsági szervezetekben való részvételét;
- szakmai továbbképzések biztosításával a pedagógusok számára, hogy megismerjék az



ifjúsági szervezetek erejét, annak érdekében, hogy segítsék a fiatalok készségekkel való felruházását;

- a közösségi költségvetés költségvetési tételének előterjesztésével/támogatásával, az ifjúság partnerként való támogatásának elősegítése érdekében, a közösség és az iskolák fejlesztésének keretében;
- több lehetőséget kínálva a fiatalok részvételéhez, hogy a megkapják a támogatást és fokozatosan vállaljanak egyre nagyobb felelősséget, ezáltal tapasztalatokat és készségeket szereznek;
- coachinggal és folyamatos visszajelzéssel a fiatalok és felnőttek számára;
- olyan szervezeti erőforrások biztosításával, mint a költségvetés, a személyzet képzése és a fizikai környezet, mindezt a fiatalok és felnőttek minőségi partnerségének elősegítése érdekében;
- lehetőség biztosításával a felnőttek és a fiatalok számára, hogy kortársaik számára „tükröt tartsanak” és tanuljanak tőlük.

Emellett a közlemény öt további, olyan feltételt határozott meg, amelyek ahhoz szükségesek, hogy kollektív hatást érjenek el minden kérdésben (különös tekintettel az oktatási reformra), amely tanulságos lehet az iskolai közösségek partnerségei számára, amelyek támogatják az ifjúsági szerepvállalást és a képessé tevést. Ezek közé tartozik a közös napirend, a közös mérési rendszerek, az egymást kölcsönösen erősítő tevékenységek, a folyamatos kommunikáció és az ún. „gerinchálózati” támogató funkciók (mint például a partnerek összehívása, a szükségletek felmérése, közös stratégiai terv kidolgozása az erőforrások összehangolására, sikerességi mutatók kiválasztása, valamint az értékelés kialakítása).

## AZ ISKOLAI EGÉSZSÉGRE GYAKOROLT HATÁS

A WSCC-modell a diákokat helyezi a középpontba, mivel a diákok azoknak a programoknak és szolgáltatásoknak a fogyasztói, amelyeket mi, felnőttek nyújtunk számukra. Egy diákközpontú iskola figyelembe veszi a diákok gondolatait és véleményét. Ez azt jelenti, hogy az iskoláknak minden diák

véleményét és ötleteit meg kell találniuk, nem csak a diákönkormányzatba megválasztott vagy iskolai vezetőként (el)ismert tanulókat. Ennek a párbeszédnek az általános iskolákban kell kezdenie, amikor a diákok megtanulják, hogyan érveljenek meggyőzően, hogyan támogassák saját egészségüket, biztonságukat, elkötelezettségüket, tanulásukat és tanulmányi kihívásaikat, valamint kortársaikat.

A szerzők szerint ezek a készségek fejleszthetők, finomíthatók és egy átfogó, egymásra épülő iskolát megelőző, az amerikai nemzeti egészségügyi képzési standardokkal összhangban lévő, ún. PreK-12<sup>iii</sup> egészségügyi oktatási program megvalósításával támogathatók lehetnek.

Az iskolaigazgatóknak rendszeresen be kell vonniuk minden tanulót a különféle helyszíneken – közösségi médiában, felméréseken, városházán – tartott találkozókba és fókuszcsoportokba.

A folyamatos visszacsatolási lehetőségek kulcsfontosságúak a tanulói hang támogatása szempontjából. Abban az intézményben, ahol fontos, hogy az iskola-egészségügyi bizottságban, ill. munkacsoportban diákok is képviseltessék magukat, felkérnek minden tanulót, hogy vegyen részt az iskola egészségpolitikájának kidolgozásában és végrehajtásában, amely fontos az egyeztetés körülményeinek kialakítása érdekében.

Elengedhetetlen, hogy a diákok a kezdetektől részt vegyenek a beszélgetésben, és ne csupán a döntések meghozatalát követően. A "rendszer" iránti bizalom kiépítése ugyanis kulcsfontosságú a WSCC-modell sikeréhez. Amellett, hogy az iskolák megvalósítják a WSCC-megközelítést, létre kell hozniuk az iskolai egészségpolitikákról, programokról és szolgáltatásokról folyó párbeszédet is, valamint biztosítaniuk kell, hogy a diáktestület megfelelően reprezentált legyen ezeken az egyeztetéseken. Három egyszerű kérdést érdemes feltenni, amely a folyamat szempontjából kulcsfontosságú: Mit gondolnak a diákok a tervezett intézkedésről, programról vagy szolgáltatásról? Hogyan fognak hatni az irányelvek, programok és szolgáltatások az iskola diákjaira? Mit tennének másképp a diákok, ha erre lehetőséget kapnának?

Annak biztosítása, hogy minden diák rendelkezzen a hatékony kommunikációhoz szükséges készségekkel, csak az első lépése egy olyan környezet

<sup>iii</sup> Iskolás kort megelőző képzési forma, amely a gyermek legkorábbi éveiben az alapvető készségek megtanulására épül.

megteremtésének, ahol a diákok biztonságban érzik magukat és támogatásban részesülnek. A diákok partnerként kezelése a WSCC-modell terjesztésében segíti a bizalom és az elfogadás megteremtését, valamint biztosítja a diákok szükségleteinek kielégítését. Az ASCD cselekvésre ösztönzése ezzel a mondatokkal kívánja felhívni a figyelmet a WSCC-modell fejlesztésére:

*„Egyszerű változást szeretnénk, amely számottevő hatással jár majd: a gyermeket a döntéshozatal középpontjába helyezi és időbeli, térbeli, valamint humán erőforrásokat allokál minden gyermek sikere érdekében.”*

A tanulók számára kialakított szerepek, úgy mint szövetségesek, döntéshozók, tervezők és legfőképpen a fogyasztói, kedvezményezetti szerep megteremtése biztosítja a számunkra, hogy a fókusz valóban diákközpontú legyen.

## ÖSSZEGZÉS

A diákok elhelyezkedése a WSCC-modell közepontjában láthatóvá teszi a modell tanítás és egészség iránti elkötelezettségét, hogy együtt készüljenek fel a jelenkor tanulóira és kihívásaira és a holnap lehetőségeire. Ezeket a diákok bevonásával és képessé tevésével érhetjük el, valamint akkor, ha értékes partnerként ismerjük el őket a folyamat során.

Fenti megállapításhoz csatlakozik a Ban Ki-moon ENSZ-főtitkár álláspontjával összhangban lévő, a Lancet folyóiratban közölt bizottsági közlemény<sup>9</sup> is. A közlemény szerint a legerőteljesebb beavat-

kozásoknak a serdülők egészsége és jólléte érdekében ágazatközinek, többszintűnek, valamint több alkotóelemmel rendelkezőnek kell lenniük. Emellett a fiatalokat el kell kötelezni és képessé kell tenni arra, hogy részt vegyenek a felelősségvállalásban és a változás elérésében.<sup>10</sup>

A bemutatott iskolai egészségfejlesztési megközelítésről összefoglalóan elmondható, hogy alapvető szemléletmódbeli különbségek és lemaradás figyelhető meg az iskolai egészségfejlesztésben, illetve a köznevelés terén élenjáró országok (USA) és hazánk között. Nemzetközi szinten a szakpolitikai döntéshozásban is megjelenik a komplex rendszer-szintű gondolkodás, az iskola mint intézmény komplex adaptív rendszer részeként történő értelmezése<sup>iv</sup>. Ezzel szemben hazánkban az oktatási rendszer különálló diszciplínaként, hierarchikus módon jelenik meg.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Habár Magyarországon számos előremutató iskolai egészségfejlesztést támogató kezdeményezés van, ezek elszigetelt módon valósulnak meg, vagy csupán meg nem valósuló koncepciók<sup>v</sup> maradnak. Emellett további problémát jelent, hogy nincs törekvés az igazoltan hatásos, korszerű szemléletű beavatkozások kiválasztására és azok megvalósítására. Ezek helyett továbbra is kampányszerű, lényegében ismeretátadásra fókuszáló programok zajlanak.<sup>10</sup>

<sup>iv</sup> Részvételen alapuló, koordinált, a helyi közösségbe ágyazva, integráltan, számos társadalmi szereplő bevonásával, több beavatkozási irányból megközelítve

<sup>v</sup> Teljes Körű Iskolai Egészségfejlesztési Koncepció. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2015. <http://projek-tek.egeszseg.hu/documents/17618/2222750/Teljes+k%C3%B6r%C5%B1+Iskolai+Eg%C3%A9szs%C3%A9gfej-leszt%C3%A9s+Koncepci%C3%B3.pdf/9bd631f4-b027-4802-8cec-3e343f29c5fe?version=1.0> Elérve: 2018. 01. 30.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Components of coordinated school health. 2013. <http://www.cdc.gov/healthyyouth/cshp/components.htm> Elérve: 2018. 01. 30.
- <sup>2</sup> ASCD. The Learning Compact Redefined: A Call to Action. A Report of the Commission on the Whole Child. Alexandria, VA: ASCD; 2007:19. <http://www.ascd.org/ASCD/pdf/Whole%20Child/WCC%20Learning%20Compact.pdf>. Elérve: 2018. 01. 30.
- <sup>3</sup> Fullan M. The New Meaning of Educational Change. 4th ed. New York, NY: Teachers College Press; 2007:170-187.
- <sup>4</sup> Mager U, Nowak P. Effects of student participation in decision making at school. A systematic review and synthesis of empirical research. Educ Res Rev. 2012;7(1):38-61.
- <sup>5</sup> Wallerstein N. What is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health? Health Evidence Network Report. Copenhagen, Denmark: World Health Organization, Regional Office for Europe, Health Evidence Network; 2006. <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf> Elérve: 2018. 01. 30.
- <sup>6</sup> Korbey H. How can students have more say in school decisions? <http://blogs.kqed.org/mindshift/2014/10/howcan-students-have-more-say-in-school-decisions/> Elérve: 2018. 01. 30.
- <sup>7</sup> Quaglia Institute for Student Aspirations. My Voice National Student Report (Grades 6-12) 2014. Portland, ME: Quaglia Institute for Student Aspirations; 2014. [http://www.qisa.org/dmsStage/My\\_Voice\\_2013-2014\\_National\\_Report\\_8\\_25](http://www.qisa.org/dmsStage/My_Voice_2013-2014_National_Report_8_25) Elérve: 2018. 01. 30.
- <sup>8</sup> Fletcher A. Meaningful Student Involvement: Guide to Students as Partners in School Change. 2nd ed. Olympia, WA: The Freechild Project; 2005:4. <http://www.soundout.org/MSIGuide.pdf> Elérve: 2018. 01. 30.
- <sup>9</sup> Patton GC et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. The Lancet. 2016;387:2423–2478.
- <sup>10</sup> Járomi É. Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása. Egészségfejlesztés. 2017;58(1):36-48.

## Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában (PURE): prospektív kohorszvizsgálat – a szerzők észrevételekre adott válaszai

Placing Students at the Center: The Whole School, Whole Community, Whole Child Model

Ismerteti: Erdei Gergő ✉  
*Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet*

Szerzők: Mahshid Dehghan, Andrew Mente, Xiaohe Zhang, et al.  
Megjelenés: Lancet DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32252-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32252-3)

Beküldve: 2018. 05. 16.  
doi: 10.24365/ef.v59i3.310

**Kulcsszavak:** zsír, szénhidrát, szív- és érrendszeri betegségek, mortalitás, stroke

**Keywords:** fat, carbohydrate, cardiovascular disease, mortality, stroke

A korábban megjelent tanulmány elsődleges célja volt, hogy értékelje a zsír-, (teljes, telített és telítetlen) és a szénhidrátbevitel, valamint a szív- és érrendszeri megbetegedések közötti összefüggést (a hivatkozott cikk itt elérhető: [Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában \(PURE\): prospektív kohorszvizsgálat ismertetése - cikkismertetés](#)). A másodlagos cél az volt, hogy megvizsgálják a kapcsolatot a tápanyagok és a szív- és érrendszeri betegségek valamint a nem kardiovaszkuláris megbetegedések mortalitása között. A szakmai cikkkel kapcsolatban számtalan észrevételt kaptak a szerzők. Az eredmények konzisztensnek mondhatóak a korábbi tanulmányok eredményeivel. A publikáció-

ban leírt magas zsírbevitel nem jelent egészségi problémát a korábbi vizsgálatok alapján. A „Women’s Health Initiative” elnevezésű vizsgálat, amely 49000 nő bevonásával valósult meg, nem mutatott ki egészségi előnyöket alacsony zsírtartalmú étrend esetében a myocardialis infarktus, stroke és mortalitás esetében. A „PREDIMED” elnevezésű vizsgálat azt mutatta, hogy a mediterrán diéta összevetve az alacsony zsírtartalmú étrenddel csökkentette a szív-érrendszeri megbetegedések és a halálozások számát. A fentiek tükrében tehát elmondható, hogy sem a cohort, sem pedig a randomizált vizsgálatok nem támogatják az alacsony zsírtartalmú étrendet. A beszámoló további részeiben a szerzők kielégítő választ adnak az egyes felvetésekre.

### TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A szerzők korábban arról számoltak be, hogy a jelen vizsgálat és a témában készült más vizsgálatok eredményeinek tükrében a globális táplálkozási irányelvek újragondolása szükséges, amely mellett a szakemberek észrevételi mellett továbbra is kitartanak.

## „Shape Up Somerville”: Egy egészséges közösség építése és fenntartása – cikkismertetés

### Shape Up Somerville: Building and Sustaining a Healthy Community – paper review

Ismerteti: Kasza Katalin ✉  
Országos Közegészségügyi Intézet

Szerzők: Chomitz VR, Garnett BR, Arsenault L, Hudson D, et al.

Megjelenés: <https://www.somervillema.gov/sites/default/files/shape-up-somerville-story.pdf>, 2013

Beküldve: 2018. 04. 22.

doi: 10.24365/ef.v59i3.283

**Kulcsszavak:** többszintű, közösségi alapú, elhízás megelőzési modell, egészségfejlesztés

**Keywords:** multi-level, community-based, obesity prevention model, health promotion

Jelen cikk röviden ismerteti az Amerikai Egyesült Államokban (USA) elismertté, ezáltal pedig jó gyakorlattá vált „Shape Up Somerville” (továbbiakban: SUS) elnevezésű többszintű, közösségi-alapú, elhízás megelőzési program több mint 15 évet felölelő eseményeit, valamint tanulságait.

A SUS program során iskolákat, élelmiszerkörnyezetet, épített környezetet és közösségeket érintő projektek valósultak meg Somerville városában, melyek mindegyikének fő célkitűzése az egészséges táplálkozás és aktív életmód előmozdítása volt, párhuzamosan az egyéni, a családi, az iskolai, a munkahelyi és közösségi színtereken a folyamatokban résztvevő lehető legtöbb szereplő bevonása révén. A program még jelenleg is megszakítás nélkül működik. A következőkben a programot négy fázisra osztva ismertetjük, melyek az előkészítés (1998-2002), a megvalósítás (2002-2005), a program kiterjesztés (2006-2009) és a közösségi fenntartás (2010-től) szakaszai.

Az elmúlt évtizedekben a gazdasági növekedés, trendek hatására ugrásszerűen emelkedett az elhízott felnőttek és gyermekek aránya az USA-ban, amely probléma az alacsony szocio-ökonómiai

státuszú csoportokat, jellemzően az etnikai kisebbségek tagjait gyakrabban érintette. Mivel ezek a negatív változások Somervilleben is megfigyelhetők voltak, a városvezetés tapasztalt népegészségügyi szakértőkhöz fordult támogató segítségért.

A program előkészítési szakaszában megalakult a „Táplálkozás és fizikai aktivitás” munkacsoport a helyi népegészségügyi szakemberekből és közösségi szószólókból, akik a rendszeresen megszervezett találkozóikat az elhízás megelőzés témája köré építették. A munkacsoport 1999-ben egy éves támogatást nyert a helyi szükségletek, igények és lehetőségek felmérésére, így elkészítették az „Erőforrás-útmutató”<sup>i,1</sup>, amely a helyben elérhető, az egészséges táplálkozást és aktív életmódot elősegítő, vagy az elhízás kezelésére szolgáló lehetőségeket foglalta magában. Számos nemzeti

<sup>i</sup> Az „Erőforrás-útmutató” megfeleltethető a helyzetképnek, amely a közösségi egészségtervezés ciklikus folyamatának első lépését, azaz a tervezés feltételeinek, körülményeinek értékelését és az adatgyűjtést, valamint második lépését, a közösség problémáinak azonosítását és rangsorolását foglalja magában.

és helyi pályázatot azonosítottak. Ezek köré adott célpopuláció és téma-fókuszú munkacsoportokat alakítottak ki, melyekhez egyre szélesebb körben csatlakoztak és alakítottak ki együttműködéseket a helyi szereplők, úgy, mint az egyetemi kutatócsoportok/intézetek, az alapellátási egészségügyi szolgáltatók, népegészségügyi és közösségi-alapú szervezetek, iskola-étkeztetési szolgáltatók, környezetvédők és egyéb érdekelt felek. A városi önkormányzat Népegészségügyi Osztálya már ebben a korai fázisban a téma iránti elköteleződéséről tett tanúbizonyságot.

A SUS program megvalósítására 2002-től került sor, amikor is az előkészítési fázisban megtervezett három projekt, a kisiskolás gyermekek egész napját az egészséges életmód köré szervező „Shape Up Somerville” [1. ábra], az iskoláskorúak zöldség- és gyümölcsfogyasztását ösztönző „Growing Healthy” [2. ábra], valamint a lakosság egészséges választását elősegítő városi infrastruktúra- és kapacitásfejlesztést célzó „Active Living by Design” útjára

indult. Ebben az időszakban nagy figyelmet fordítottak a kapacitásépítésre és a közösségek bevonására; előbbi az iskolai személyzet, a napközis és testnevelő tanárok, a menzán dolgozók továbbképzése, oktatása révén, míg utóbbi a városi lakosság, ifjúság önkéntes munkába (pl. parkrendezés) történő bevonásával valósult meg. Felismerték, hogy a hosszú távú elköteleződés csak akkor alakul ki, ha a közösségek, szervezetek és egyéb érdekelt felek a projekt munka teljes folyamatában, a tervezéstől kezdve a megvalósításon át egészen az eredmények monitorozásáig, értékeléséig, aktívan részt vesznek. A fázis végén, 2005 körül alakult ki a szemlélet, mely szerint a különböző projekteket érdemes volna egy programként kezelni. A „Táplálkozás és fizikai aktivitás” munkacsoport átnevezésével született „SUS munkacsoport” újabbnál újabb támogatási lehetőséget kutatott fel a fenntarthatóság szempontjait szem előtt tartva, melyeket sikeresen megpályázott.

1. ábra: A SUS programhoz csatlakozó nemzetközi konyhák éttermei az egészséges választás megkönnyítése érdekében az étlapjukon feltüntetik az ételek egészséges összetevőit. A programban részt vevő éttermeket sajátos logóval jelölik.



Forrás: Chomitz VR et al., 2013

2006-tól kezdődően a SUS program látószöge kiszélesedett, ebből adódóan – nem feledve a kezdeti fő célkitűzést, az egészséges táplálkozás és aktív életmód előmozdítását – egyre több projekt fókusza eltolódott az épített környezet, az infrastruktúra és a szakpolitika fejlesztés irányába. Ebben az időszakban indult a „Green Line Extension” projekt, mely Somerville és Medford regionális közlekedését élénkítené a közúti gyorsvasút vonal meghosszabbítása révén. Továbbá a városi gyalogos-, a kerékpáros- és tömegközlekedés is hatalmas fejlődésen ment keresztül ekkor. Ebben az időben a SUS program intézményesülése tetten

érhető azáltal, hogy az önkormányzat átvette az irányítást, így a finanszírozást felügyelő és azt átszervező igazgatói pozíciót hozott létre, valamint a korábban már meglévő koordinátori, és a gyalogos-kerékpáros közlekedés tervezéséért felelős pozíciót is az önkormányzat feladatkörében tartotta meg. A SUS program második fázisának iskolai egészségfejlesztésben elért pozitív eredményeit 2007 májusában az *Obesity* folyóiratban közzétették, és a *Wall Street Journal* mellett egyéb médiumok is foglalkoztak a program áttörő sikereivel, így a szakmai elismerésnek köszönhetően újult erővel és kitartó lelkesedéssel folytatták tovább a munkát.

2. ábra: Zöldség- és gyümölcsköstoltatás a „Growing Healthy” projekt keretében



Forrás: Chomitz VR et al., 2013

A SUS program 2010-től kezdődően napjainkig modern korát éli, ahol a hangsúly egyre inkább áttevődik a közösségi színterek (pl. játszóterek, parkok) fejlesztésére, és nagyobb figyelmet fordítanak az egészségyenlőtlenségek csökkentésére. A finanszírozás fenntarthatóságát az egyéb állami és regionális kezdeményezésekhez, együttműködésekhez történő csatlakozás biztosítja, mint például a Michelle Obama nevéhez fűződő, minden lakos számára a friss és egészséges élelmiszerek

elérhetővé tételét ösztönző „Let’s move!” programban való részvétel, vagy a metró közeli Hubway közbringarendszer kibővítése [3. ábra]. Napjainkban már megfigyelhető a SUS célkitűzéseinek más szektorokban, városi ügynökségek körében való terjedése is. Kijelenthetjük, hogy mostanra a somervillei kultúra és közösség egy fontos meghatározójává az egészség szempontjainak figyelembe vétele vált.

3. ábra: A bostoni régióban működő Hubway közbringarendszer 2 éves időtávra tervezett kibővítése Somervillet is érinti



Forrás: boston.curbed.com, 2017<sup>2</sup>

### TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A SUS programról szóló riport a sikeresség talán egyik legfontosabb alapköveként említi a korai fázisban kialakuló politikai akaratot és elköteleződést, melyet Somerville polgármestere és az önkormányzati alkalmazottak személyes képzési programba történő bevonásával, valamint az aktív és egészséges életmódot ösztönző önkormányzati munkahelyi jóllét-kezdeményezés kifejlesztésével értek el. A kérdés számunkra az, vajon birtokában vagyunk-e azon kommunikációs szakértelemnek (vagy a népegészségügy terén jártas kommunikációs szakembereknek), amellyel (akik segítségével) a döntéshozók figyelme és elhivatottsága a prevenció fontosságára irányítható?

Összességében tehát egy népegészségügyi problémát - jelen esetben az elhízást - célzó megelőzési program csak akkor lehet hosszú távon eredményes, ha annak elemei pozitív irányba képesek befolyásolni a lakosság egészségmagatartását és egészségkultúráját.

### HIVATKOZÁSOK

---

<sup>1</sup> Túri G, Vitrai J. A közösségi egészségtervezés módszertana. IME. 2015; 14(3):11-14.

<sup>2</sup> <https://boston.curbed.com/2017/5/26/15696770/hubway-new-stations-boston-brookline-cambridge-somerville>  
(Utoljára hozzáférve: 2018.04.22)



## Újszerű megközelítés: pontozáson alapuló, testmozgást ösztönző módszer – cikkismertetés

Points-based physical activity: a novel approach to facilitate changes in body composition in inactive women with overweight and obesity – paper review

Ismerteti: Hanzel Adrienn ✉

*Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet*

Szerzők: Adrian Holliday, Alice Burgin, Elyzabeth Vargas Fernandez, Sally A. M. Fenton, Frank Thielecke, Andrew K. Blannin

Megjelenés: BMC Public Health. 2018 Feb 17;18(1):261. doi: 10.1186/s12889-018-5125-2.

Beküldve: 2018. 05. 09.

doi: 10.24365/ef.v59i3.302

**Kulcsszavak:** inaktivitás, mozgás, testtömeg, táplálékbevitel

**Keywords:** inactivity, exercise, body weight, food intake

### BEVEZETÉS

A közelmúltban végzett vizsgálatok arra hívják fel a figyelmet, hogy a középkorú nők két alapvető dolog miatt nem végeznek fizikai aktivitást: egyrészt az idő hiánya miatt, másrészt a motiváció hiánya miatt. Ezért a szerzők úgy gondolták, hogy ki kellene dolgozni egy olyan technikát, amely beleilleszthető a mindennapi életbe.

A kutatás célja az volt, hogy megvizsgálják, a túlsúlyos vagy elhízott, inaktív nők körében milyen hatásai vannak a fizikai aktivitás új, „pontozás alapú” (PBPA) motivációs módszerének a testösszetételre, összehasonlítva a strukturált testmozgást végzőkkel.

### MÓDSZEREK

Hetvenhat, túlsúlyos vagy elhízott, középkorú, inaktív nőt ( $41 \pm 2$  év; átlagos BMI  $29,2 \pm 3,4$

$\text{kg/m}^2$ ) véletlenszerűen osztottak be három csoportba, 24 hetes vizsgálati időszakra. Az egyik csoport a „pontozás alapú” fizikai aktivitást végzőkből állt, nekik hetente 30 pontot kellett összegyűjteniük a mozgással, a másik csoportot a strukturált testmozgást végzők képezték, akik heti 5-ször 30 percet töltöttek mérsékelt intenzitású testmozgással, harmadikként pedig a kontrollcsoport tagjai továbbra is a szokásos inaktív életmódot folytatták.

A PBPA-csoportba tartozó személyeket egy táblázattal látták el, amelyben különböző tevékenységeket tüntettek fel, például: porszívózás, kertészkedés, ablaktisztítás, vasalás stb. Mindegyik tevékenységhez tartozott egy tíz percnyi aktivitásra vonatkozó pontszám. A fizikai aktivitás pontszámait a metabolikus egyenértékből (MET) adaptálták, amelynek alapján 30 pont egyenértékű volt 150 percnyi tempós gyaloglással. A 0., 4., 12. és 24. héten testösszetételt (DXA: dual energy X-ray absorptiometry) és antropometriai paramétereket

mérték. A saját bevalláson alapuló tevékenységeket heti rendszerességgel rögzítették. A 0. és a 24. héten a táplálkozást önbevallással (táplálkozási napló), a fizikai aktivitást objektív aktivitásmérő műszerrel (akcelerométer) adták meg.

## EREDMÉNYEK

A 76 résztvevőből 58 fő teljesítette a 24 hetes intervenció időszakot, innen származtak az elsődleges végpontokra vonatkozó adatok (testösszetétel, antropometria). A fizikai aktivitás objektív mérésére 19 résztvevőnél volt lehetőség, és 41 főnél vettek fel ételmiszerfogyasztásra vonatkozó adatokat.

A PBPA-csoportba tartozó nők szignifikáns súlycsökkenést értek el a 24. hét végére:  $-3,3 \pm 5,9$  kg ( $-3,4 \pm 7,1\%$ ,  $p = 0,004$ ). A derékbőség ( $-2,8 \pm 4,6$  cm vs.  $+2,1 \pm 6,6$  cm,  $p = 0,024$ ), valamint a testzsír mennyisége ( $-2,3 \pm 4,6$  kg vs.  $+0,1 \pm 2,0$  kg,  $p = 0,075$ ) a PBPA-csoportban a 24. hét végére csökkent, szemben a kontrollcsoport értékeivel. A hasi lokalizációjú elhízás mind a 12. héten ( $-6,1 \pm$

$12,6\%$ ,  $p = 0,005$ ), mind a 24. héten ( $-10,1 \pm 18,4\%$ ,  $p = 0,005$ ) csökkent a PBPA-csoportban, a visceralis zsírszövet pedig még nagyobb mértékű csökkenést mutatott ( $-5,8 \pm 26,0\%$ ) szemben a kontrollcsoporttal ( $+7,8 \pm 18,3\%$ ,  $p = 0,053$ ) a 24. hét végére. A testösszetétel, a testtömeg és a derékbőség változatlanok voltak a strukturált testmozgást végzőknél. A PBPA-csoportban nőtt a könnyű fizikai aktivitás végzése, ugyanakkor trendszerűen csökkent az ülő életmódot folytatók száma. Ráadásul a PBPA-csoportban a napi energiafelvétel csökkenésének tendenciája is megfigyelhető volt ( $-445 \pm 564$  kcal;  $p = 0,074$ ), és jelentős kevesbedést tapasztaltak a napi zsírbevitel mennyiségében is ( $p = 0,042$ ).

## KÖVETKEZTETÉS

Az egyszerű ösztönzésen alapuló, fizikai aktivitást támogató új pontrendszer hatékony stratégiának tűnik a testtömeg és a testzsír csökkentésére a túlsúlyos és elhízott inaktív nőknél, szemben akár a strukturált testmozgást végzőkkel is.

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A szerzők által ismertetett módszer könnyen beilleszthető a mindennapi rutinba, ezáltal nagyobb rugalmasságot és színesebb, teljesíthetőbb választási lehetőséget biztosít a célpopulációnak. A vizsgálat eredményei az egészségügyben dolgozó szakemberek számára is fontos népegészségügyi üzenetet hordoznak, amely a lakosság tájékoztatásával jelentős mértékben hozzájárulhat az egészség javításához, megőrzéséhez.

## Az egészségnevelés és egészségmegőrzés kiemelkedő gyermek háziorvosa emlékére táblát avattak egykori rendelőjében, Győrött (Dr. Szabó Klára 1943-1991)

A memorial plaque was inaugurated for the outstanding paediatrician of health prevention and health preservation in her former office in Győr (Dr Klára Szabó 1943-1991)

Szerző: Schmidt Péter ✉  
*Egyetemi Oktató Gyermekorvosi Rendelő, Győr*

Beküldve: 2018. 05. 21.  
doi: 10.24365/ef.v59i3.311

**Kulcsszavak:** óvodai és iskolai egészségnevelés, prevenció a gyermekfogászati ellátásban, egészségfejlesztés a gyermekközveti munkában, emléktábla-avatás, pediátriai szakmai képzés- és továbbképzés

**Keywords:** kindergarten and school health education, prevention in children's dentistry, health promotion in paediatric work, Inauguration of a memorial plaque, paediatric professional training and further education

Dr. Szabó Klára Győr város kiváló gyermek körzeti orvosa volt. A doktornőt 1985. november 17-én ismertem meg, akkor kerültem a Megyei Kórház Gyermekosztályáról a Bacsó Béla úti (jelenleg Tihanyi Árpád úti) gyermekközvetbe. A váltás hatalmas kihívást jelentett számomra, hiszen eddig – egyetemi gyakorlati éveimet is beszámítva – kizárólag klinikán és kórházi osztályon dolgoztam. Szorongással érkeztem a Bacsó Béla úti gyermekközveti rendelőbe, ahol óriási tisztelettel és szeretettel fogadott Dr. Szabó Klára gyermekorvos. Elmagyarázta, hogy miért más a körzeti orvosi munka, mint a kórházi osztályos tevékenység; egyben ellátott fontos szakmai tanácsokkal, közvetlen munkatársává fogadott. Ahogy teltek a munkával teli napok, rendelések és tanácsadások, úgy szerettem meg a gyermekközveti orvosi munkát.

Az Ady-városi részen mindkettőnk körzetében ekkor, a 80-as évek második felében nagyon sok gyermek született, gondozásuk Klárikával és a

védőnővel a legnagyobb harmóniában történt. Klubfoglalkozásokba vontuk be a kismamákat, akiket sok esetben váratlanul és felkészületlenül ért, hogy gyermekükkel, azok születése után 3 évig otthon maradhattak, így igyekeztünk aktivizálni őket a közösségi munkába, s ebben Szabó Klára doktornő élen járt. Tevékenyen vett részt az évenként megtartott fogászati hónap egészségnevelési és egészségmegőrzési szakfeladataiban, a körzetében hozzá tartozó óvodákban és iskolákban rendszeresen tartott felvilágosító előadásokat. A kiváló doktornő mind az ünnepekhez kapcsolódó helyettesítéseket, mind a nyári szabadságok elosztását, továbbá az ügyeleti beosztás változásait a legnagyobb megértéssel, korrekt és őszinte módon biztosította.

Dr. Szabó Klára 1943. november 13-án született Vasváron. Iskoláit ott, majd gimnáziumi tanulmányait a pécsi Nagy Lajos Gimnáziumban végezte 1957-től 1961-ig. Ezután felvételt nyert a Pécsi

Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karára, ahol 1967-ben cum laude minősítéssel szerzett orvos-doktori diplomát. Első munkahelye a pápai kórház Csecsemő- és Gyermek Osztálya volt 1967-1972 között. Csecsemő-gyermekgyógyász szakvizsgáját Pécsen, Kerpel-Fronius Ödön professzornál tette le sikerrel, 1971. december 21-én.

1972. március 1-től Győr Ady-városi gyermekorvosi körzet ellátását vállalta. A rendelés a hőskorszaknak számító első időszakban az Ifjúság körút egyik panellakásban működött, majd megépült a Tihanyi Árpád (egykori nevén Bacsó Béla) úti rendelőintézet, a körzeti gyermekorvosi rendelés itt folytatódott. Dr. Szabó Klára mesterének Méhes Károly professzort tartotta, aki akkor a Győr-Moson-Sopron Megyei Kórház Gyermekosztályát vezette. 1978-ban férjhez ment Vasvári Pál, szakmájában országosan elismert mérnökhöz. 1980-ban született fia, aki követte az orvosi pályán. Dr. Vasvári Gergely kiváló fül-orr-gégész szakorvos, több évi németországi szakmai munka után tért vissza Győrbe, és jelenleg is a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház fül-orr-gégész szakorvosa. Dr. Szabó Klára állandóan képezte magát, a szakirodalmat folyamatosan követte, tudása naprakész volt. Néhai Fehér János professzor hepatitiszrel kapcsolatos országos kutatási munkáiban is aktívan részt vett.

Körzeti orvosi tevékenységünk ideje alatt, a rendszerváltás előtt körzeti - orvosok részére szinte

semmiféle képzés - továbbképzés nem volt. Mindenki magára volt utalva, ezért mindig örömmel figyeltük a Magyar Gyermekorvosok Társasága Nyugat-Dunántúli szekciójának évenkénti hagyományos májusi rendezvényeit; Zalaegerszegen, Szombathelyen, Tatán, Veszprémben aktív előadóként folyamatosan beszámolt a körzetében végzett egészségnevelési munkákról, szakmai hozzászólásával, korreferátumával emelte a rendezvény rangját. Ugyanakkor ezek a konferenciák abból a szempontból is fontosak voltak számára, hogy egykori egyetemi társaival, gyermekgyógyász kollégáival személyesen találkozhatott.

1990-ben, sajnos, aggasztó hírek érkeztek egészségi állapotáról. Rosszindulatú alattomos betegsége nap mint nap egyre jobban legyengítette, otthoni kezelését kórházi ápolása követte, közel 30 kg-ra fogyott. Orvosai mindent megtettek érte, de 1991. január 27-én méltósággal viselt, súlyos betegség után hirtelen távozott közülünk.

Dr. Szabó Klára családtagjai személyemet keresték meg kezdeményezésünkkel, hogy a rendelő-alapító gyermekorvosnak maradandó alkotás őrizze emlékét a Tihanyi úton, egykori munkahelyén. Ez a kiváló kezdeményezés 2018. április 24-én megvalósult, és a rendelő falán ünnepélyes keretek között felavatták a Doktornő emléktábláját. Erre az ünnepre is vonatkozik Horatius Quintus Flaccus örökérvényű mondása: „Non omnis moriar”, azaz nem halok meg egészen!

## Tematikus cikkválogatás az egészséges táplálkozás területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2018 lapszámaiból az egészséges táplálkozás, elhízás területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Képzeld el!](#)

[Imagine!]

[Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában \(PURE\): prospektív kohorszvizsgálat ismertetése - cikkismertetés](#)

[Associations of fats and carbohydrate intake with cardiovascular disease and mortality in 18 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study - paper review]

Erdei Gergő

[SZEMLE: 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]

Bakacs Márta

[SZEMLE: Mennyire hatékonyak a családalapú és az intézményi táplálkozási beavatkozások a gyermekek étrendjének és egészségének javításában? - Szisztematikus áttekintés](#)

[How effective are family-based and institutional nutrition interventions in improving children's diet and health? - A systematic review]

Nagy Barbara

[SZEMLE: 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 eat-ing in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses]

Nagy Barbara

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség](#)

[How does culture affect health and well-being? Part II: Nutrition, culture and health]

Nagy Barbara

[OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára](#)

[OKOSTÁNYÉR® (smart plate)– new dietary guideline for the Hungarian adult population]

Szűcs Zsuzsanna

[Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés](#)

[Dietary Guidelines for Americans 2015-2020 – short summary]

Fekete Krisztina, Henter Izabella

[Hozzászólás az 'Egészpályás letámadás a kövérség ellen – Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására' közleményhez](#)

[Comment on 'Fullback tactics against obesity. Complex interventions to control obesity']

Kovács Anna Viktória

[SZEMLE: 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]

Varga Anita

[SZEMLE: 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 eat-ing in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses]

Nagy Barbara

[SZEMLE: Iskolaközösségi gyermek-egészségfejlesztési és elhízás-prevenációs 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!]

Maczali Katalin

[SZEMLE: '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]

Vitrai József

[A WHO Gyermekkori Elhízás Leküzdésére Alakult Bizottságának jelentése 2016](#)

[WHO Report of the Commission on Ending Childhood Obesity, 2016]

Henter Izabella

[A környezeti tényezők hatása a testmozgási és étkezési szokásokra - a közösségi szintű fellépések lehetőségei](#)

[Contextual influences on physical activity and eating habits - options for action on the community level]

Veress Réka

[Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

[The correlation of eating behavior with food preference motivation and personality related factors among adolescents]

Szabó Katalin, Pikó Bettina

## Tematikus cikkválogatás az iskolai egészségfejlesztés területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2018 lapszámaiból az iskolai egészségfejlesztés területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés](#)

[Health promotion among children and adolescents by peer education in the Hungarian and international literature – Systematic review]

Lukács-Jakab Ágnes, Mészárosné Dr. habil. Darvai Sarolta, Soósné Dr. habil. Kiss Zsuzsanna, Dr. Fűzi Rita, Bihariné dr. Krekó Ilona, Dr. Gradwohl Edina, Dr. Kolosai Nedda, Prof. Dr. Falus András, Dr. Feith Judit Helga

[Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni? - cikkismertetés](#)

[How should we change the culture of health? -paper review]

Vitrai József

[Bemutakozik az EDUVITAL: egy hazai ifjúsági egészségtudatossági és -nevelési program](#)

[On the EDUVITAL: A Hungarian youth health awareness and education program]

Falus András

[Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése](#)

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

Járomi Éva

[Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenciós megközelítései](#)

[Possible prevention approaches for complex health promotion interventions]

Járomi Éva, Kimmel Zsófia

[Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása](#)

[Introduction of the national and international school health promotion approaches]

Járomi Éva, Vitrai József

[Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

[Planning behavior change interventions tailored to healthstyles]

Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

[Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban](#)

[Health behavior studies in Hungarian schools]

Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

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

Zsiros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

[Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer segítségével](#)

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

Kovács Piroska, Solymosy József Bonifác

[A teljes körű iskolai egészségfejlesztés koncepciója](#)

[Whole school health promotion concept]

Solymosy József Bonifác

[SZEMLE: 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]

Maczali Katalin



## Tematikus cikkválogatás a társadalomtudomány területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2017-2018 lapszámaiból a társadalomtudomány területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[A Szociális Jogok Európai Pilléréről](#)

[On European Pillar of Social Rights]

Andor Csaba

[Kábítószer-probléma Magyarországon az elmúlt 10 évben](#)

[Drug problems in Hungary in the last 10 years]

Nyírády Adrienn

[Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására. A Meikirch modell](#)

[A new approach to define health. The Meikirch model]

Csizmadia Péter

[Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni? - cikkismertetés](#)

[How should we change the culture of health? -paper review]

Vitrai József

[A nem fertőző betegségek: definíció újratöltve](#)

[Non-communicable diseases: definition reloaded]

[Nem fertőző betegségek versus társadalmi hatásokhoz kapcsolódó betegségek elnevezés](#)

[Non-communicable diseases versus socially transmitted conditions term]

Vokó Zoltán

[Kábítószer-probléma Magyarországon az elmúlt 10 évben](#)

[Drug problems in Hungary in the last 10 years]

Nyírády Adrienn

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I.–Felnőtt felmérés](#)

[Results of the Health Communication Survey I. – Adult Survey]

Balku Eszter, Vitrai József

[Testi és társadalmi nem, szexuális orientáció](#)

[Body and gender identity, sexual orientation]

Vitrai Sára

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

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

Zsiros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

[Hálózat kutatás a népegészségügy területén - áttekintő közlemény](#)

[Network analysis in the field of public health - review]

Varsányi Péter, Vokó Zoltán

[Az egészség egyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei](#)

[Problems in reducing health inequalities]

Csizmadia Péter

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága](#)

[How does culture affect health and well-being? Part I: Cultural Contexts of Health and Well-being]

Vitrai József

[Miért van szükségünk közösségalapú egészségfejlesztésre?](#)

[Why do we need community-based health promotion?]

Benyó Béla

[Everett Rogers innovációs elmélete és annak felhasználási lehetőségei az egészségfejlesztésben](#)

[The Diffusion of Innovations theory and its relevance to health promotion]

Csizmadia Péter

[Hazai egészség-pillanatkép, 2017](#)

[Hungarian health at a glance, 2017]

Vitrai József, Bakacs Márta, Varsányi Péter

[Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése](#)

[Building a National Culture of Health. Review of the RAND Corporation report]

Kaposvári Csilla, Vitrai József

## Tematikus cikkválogatás a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2018 lapszámaiból a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

### [Képzeld el!](#)

[Imagine!]

### [Tartui felhívás az egészséges életmódot - Ismertető](#)

[Tartu call for a healthy lifestyle]

Veress Réka

### [A mentális egészség újradefiniálásának irányába - cikkismertetés](#)

[Toward a new definition of mental health - paper review]

Maczali Katalin

### [A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése - a YouthCHAT program](#)

[Screening for risky behaviour and mental health in young people: the YouthCHAT programme]

Maczali Katalin

### [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 eat-ing in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses]

Nagy Barbara

### [Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

[Planning behavior change interventions tailored to healthstyles]

Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

### [Viselkedésértés - A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban](#)

[Behaviour insights - Applying the results of behaviour sciences to policy making]

Taller Ágnes, Csizmadia Péter

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

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

Kis Nóra

### [Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

[The correlation of eating behavior with food preference motivation and personality related factors among adolescents]

Szabó Katalin, Pikó Bettina

### [Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra workshop](#)

[Workshop on the effects of built environment on health behaviour]

Csizmadia Péter

### [A kortársbántalmazás \(bullying\) mint népegészségügyi probléma](#)

[Bullying as a public health issue]

Várnai Dóra, Zsíros Emese, Németh Ágnes

### [Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára – összefoglalás](#)

[New Guideline against Child abuse for Health Professionals - Summary]

Scheiber Dóra, Katonáné Pehr Erika, Bíróné Asbóth Katalin, Tománé Mészáros Andrea, Várnai Dóra, Kovács Zsuzsanna, Mészner Zsófia

### [Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

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

Németh Ágnes

### [SZEMLE: Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat](#)

[School-Based Curriculum to Improve Depression Literacy Among US Secondary School Students: A Randomized Effectiveness Trial]

Maczali Katalin

### [SZEMLE: Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése](#)

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

Járomi Éva

### [SZEMLE: 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]

Maczali Katalin

### [SZEMLE](#)

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

### [SZEMLE](#)

- Ott vagyunk már? – Integrált Népegészségügyi Szakpolitikák koncepciójának operacionalizálása
- Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban

- A koherenciaérzés és az azt meghatározó tényezők vizsgálata kínai egyetemisták körében: keresztmetszeti kutatás
- Evidenciák irodalmi áttekintése - Egyenrangúbb társadalmak teremtése. Mi működik?

### SZEMLE

- Mi tarthatja távol a fiatalokat az alkoholtól és a cigarettától? Megállapítások az Egyesült Királyság Háztartási követéses vizsgálatából
- A szülők viselkedése meghatározza-e, hogy a gyermek eleget alszik, vagy sem? Keresztmetszeti vizsgálat eredményei.
- A kockázati tényezők hozzájárulása a többlet halálhoz az izolált és magányos egyének esetében: az adatok elemzése az Egyesült Királyság Biobank kohorsz vizsgálatából

## Tematikus cikkválogatás gyógyszerészeknek

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2018 lapszámaiból a gyógyszerészek részére ajánlott közlemények linkjeit tartalmazza.

### [Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei](#)

[The public health system and health promotion organizations of Hungary]

Túri Gergő, Horváth Krisztián, Kasza Katalin, Csizmadia Péter

A cikk bemutatja Magyarország népegészségügyi rendszerét és az egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezeteit, illetve ismerteti az egyes közigazgatási szintek és szervezetek főbb szerepét. Leírja a népegészségügyi rendszer kialakulását és működését befolyásoló releváns stratégiákat és jogszabályokat, valamint összefoglalja az országos, megyei és közösségi szinten működő szervezetek feladatait és tevékenységeit.

(Ajánlja: Takács Hanga)

### [Hozzászólás az 'Egészpályás letámadás a kövérség ellen – Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására' közleményhez](#)

[Comment on 'Fullback tactics against obesity. Complex interventions to control obesity']

Kovács Anna Viktória

Manapság az elhízása magyar lakosság több, mint felét érinti. Több krónikus megbetegedés, mint szív-érrendszeri-, cukor-, krónikus vese-, daganatos és mozgásszervi betegség kockázata nő a túlsúly következtében. Ezért fontos a több egészségügyi szektorra kiterjedő komplex beavatkozás, a lefogyást és annak motivációját támogató megoldások kidolgozása, értékelése.

(Ajánlja: Juhász Klaudia)

### [Hazai egészség-pillanatkép, 2017](#)

[Hungarian health at a glance, 2017]

Vitrai József, Bakacs Márta, Varsányi Péter

E közlemény a magyar lakosság egészségével kapcsolatos 2016-os adatokat mutatja be. Az elemzések arra mutatnak rá, hogy a népegészségügy megerősítése és az egészséges életmódra nevelés nagyon fontos tényezője annak, hogy a lakosság egészsége elérje a társadalmi-gazdasági szinten elvárhatót. A beteg egészségtudatosságra nevelésében a gyógyszerész szerepe is nélkülözhetetlen.

A cikkben a lakosság egészségi állapotát leginkább jellemző, születéskor és 65 éves korban várható életévekre valamint a várható egészséges életévek számára vonatkozó adatokat találjuk. Továbbá a cikk ismerteti a betegségekhez köthető egészségvesztéseket és a kockázati tényezőkhöz köthető elvesztett egészséges életéveket bemutató elemzéseket, a két nem közötti különbségekre is kitérve. A cikk végén a betegségekhez köthető halálozási adatokat leíró tanulmányt olvashatunk.

(Ajánlja: Budai Kinga)

### [A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei](#)

[Up-to-date guidelines and possibilities of allergy prevention in Infancy]

Réthy Attila Lajos

Az allergiás megbetegedések előfordulási gyakorisága nő. Több ajánlás foglalkozik az utóbbi években a korai primer prevenciók lehetőségeivel. A legújabb irányelvek kerülnek bemutatásra a cikkben. Kezdve az

anyai diétába beépített allergizáló anyagok (pl.: földimogyoró) szerepétől a hidrolizált tápszer preventív védőhatásán át.

(Ajánlja: Juhász Klaudia)

### [OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára](#)

[OKOSTÁNYÉR® (smart plate)– new dietary guideline for the Hungarian adult population]

Szűcs Zsuzsanna

„A táplálkozás minőségének hatalmas jelentősége van, hiszen egyes becslések szerint a legtöbb áldozatot szedő krónikus betegségek 70-80 százaléka köthető valamilyen módon az egészségtelen étrendhez.” A cikk összefoglalja a tudományos bizonyítékokon alapuló Okostányér definícióját, összetételét, melyet egészségügyi szakemberként ajánlott ismernünk.

(Ajánlja: Gulyás Eszter)

### [Az egészségműveltség definíciói](#)

[Definitions of Health Literacy]

Csizmadia Péter

„Az egészségműveltség azokkal a kompetenciákkal és tudással foglalkozik, amelyek ahhoz szükségesek, hogy egy személy megfeleljen az egészség által támasztott követelményeknek egy modern társadalomban.” A cikk célja röviden összefoglalni az egészségműveltséghez kapcsolódó definíciókat, és bemutatni az egészségműveltség integrált modelljét, amely alapként szolgálhat e terület fejlesztését célzó intervenciók számára.

(Ajánlja: Gulyás Eszter)

### [Az értés fél egészség](#)

[Understanding is Half of the Success to Health]

Borjádi Györgyi

„Az emberek egészségértési szintje szorosabb összefüggést mutat az egészségi állapotukkal, mint a jövedelmük, hogy van-e munkahelyük, vagy akár az iskolázottsági szintjük.” A cikk összefoglalja, hogy mit jelent az egészségértés, valamint, hogy mit tehetünk a témával kapcsolatban. Rávilágít arra a sajnálatos képre, miszerint a magyarok felének korlátozott az egészségértése. Egészségügyi szakemberként tehát kiemelten fontos az egészségértés fejlesztésében való részvételünk.

(Ajánlja: Gulyás Eszter)

### [A vakcináció „10 parancsolata” felnőttek védőoltásaihoz](#)

[The ten commandments of vaccination as regards preventive adult immunization]

Mészner Zsófia

Az utóbbi évtizedben kezd elfogadottá válni az a szemlélet, hogy a vakcináció nyújtotta egészségelőnyökből a krónikus betegek, a bármilyen okból sérült immunitásúak, az idősek sem helyes, ha kimaradnak. Ahhoz azonban, hogy mindezen betegcsoportok aktuális állapotuknak és élethelyzetüknek megfelelően védőoltásokhoz juthassanak, az őket gondozó alapellátó orvosokat kell segíteni a vakcinológia gyors fejlődéséből adódó új ismeretek minél könnyebb megszerzésében. A cikk tömören összegzi a legfontosabb alapismereteket a témakörben, amelyek gyógyszerészek számára is hasznosak.

(Ajánlja: Takács Hanga)



Elnök/President: Dr. Velkey György

H-1146 Budapest Tel.: +36 1 4222704, Fax:+36 1 3649070, email: foigazgato@bethesda.hu

Főtitkár/Secretary General: Dr. Kovács Tamás

H-4032 Debrecen, Nagyerdei krt. 98. Tel.: 06-30-456-8755 email: kovacst@med.unideb.hu

## KÖRLEVÉL

### **Az elhízás európai napja idén május 19-én lesz!**

A Magyar Gyermekorvosok Társaságának Vezetősége fontosnak tartja, hogy az elhízás európai napja alkalmából körlevélben hívja fel az összes **gyermekegészségügyben tevékenykedő munkatárs** figyelmét a gyermekkori elhízás elleni küzdelem fontosságára. Most a korai gyermekkori fontosságára hívjuk fel a figyelmet és 10 pontban fogalmaztuk meg praktikus tanácsainkat.

Az **első 1000 nap** a fogantatástól a gyermek 2 éves korán túl tartó, kiemelkedően fontos időszak. Ekkor a gyermekek egész életüket meghatározó fejlődésen mennek keresztül, és kialakulnak azok a szabályzó mechanizmusok, melyek későbbi egészségi állapotukra is hatással vannak. A táplálás és a tápláltsági állapot óriási szerepet játszanak számos felnőttkori népbetegség – pl. az elhízás, a cukorbetegség valamint a szív- és érrendszeri megbetegedések – kialakulásában vagy megelőzésében. Az alábbi, vázlatos tanács a gyermekkori elhízás megelőzése szempontjából fontos lehetőségeket illetve teendőket foglalja pontokba.

### 1/ Az **Édesanya súlya** lehetőleg legyen optimális fogamzáskor!

*A testtömeg index (BMI) lehetőleg 20-25 kg/m<sup>2</sup> között legyen, de semmiképp ne legyen 18,5-nél alacsonyabb és 30-as értéknél magasabb. Magyarországon sajnos a hölgyek 23%-ának a BMI értéke  $\geq 30$  a fogantatás idejében.*

### 2/ A **várandósság alatti súlygyarapodást** elfogadható határok között kell tartani!

*Egylőre nincs széles körben elfogadott konszenzus a súlygyarapodás mértékét illetően, de a legelfogadottabb ajánlás szerinti várandósság alatti súlygyarapodási értékek a következők:*

BMI szerinti osztályozás	BMI, kg/m <sup>2</sup>	Ajánlott súlygyarapodás, kg
Sovány	< 18,5	12,5-18
Normál testsúlyú	18,5-24,9	11,5-16
Túlsúlyos	25-29,9	7-11,5
Elhízott	$\geq 30$	5-9

### 3/ Biztosítsuk a magzat **optimális méhen belüli fejlődését!**

*A nagy súlyú és sorvadtt újszülöttek számának csökkentése a cél. A magzat fejlődésének folyamatos követése, az anya táplálkozásának és életmódjának (fizikai aktivitás, kiegyensúlyozott, egészséges táplálkozás, stressz, dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, stb.) nyomon követése és kiigazítása.*

### 4/ A **születés utáni súlygyarapodást** gondosan ellenőrizzük!

*Két-három hónapon belüli két percentilis vonal átlépése után be kell avatkozni. Különösen a méhen belül sorvadtt újszülöttekre kell odafigyelni, hogy ne legyen túl gyors az utalérő növekedés.*

### 5. / **Az anyatejes táplálást** segítsük, folyamatosan népszerűsítsük!

*Hat hónapos korig (amennyiben lebetőség van rá) az anyatej a csecsemő minden igényét kielégíti. Az anyatejes táplálást lehetőleg 1 éves korig tartsuk fenn.*



6. / Szorosan ellenőrizzük a **csecsemő- és kisdedkori táplálást!**

*Különösen figyeljünk az energia- és fehérjebevitelre, valamint a hozzátáplálás időpontjára és minőségére. A hozzátáplálás megkezdését (legkorábban 4 hónapos korban, legkésőbb 6 hónapos korban) követően is elegendő a napi energiaszükséglet 6%-át kitevő fehérjebevitel. Az első 2-3 évben a zsírbevitel az energiaigény 40%-ának megfelelő legyen, odafigyelve a megfelelő többszörösen telítetlen hosszú szénláncú zsírsav bevitelre is.*

7/ A **gyermek étvágyát** fogadjuk el!

*A szülők ne erőszakolják saját elvárásaikat a gyermekekre. Amennyiben a szülők az ételeket jutalmazásra, büntetésre használják, azáltal a gyermek egészséges önszabályzó mechanizmusát rombolják.*

8/ Az **ételfpreferenciák kialakítására** korán nagy hangsúlyt kell helyezni!

*A gyümölcsök és zöldségfélék fogyasztását erősítsük, a sós és mesterségesen édesített ételeket kerüljük.*

9/ A **szülők és testvérek modellszerepét** hangsúlyozzuk!

*A kisdedek már életük második évétől mintát vesznek a családi étkezési környezetből, átveszik testvéreik, szüleik étkezési szokásait. A családi minta rendkívül fontos a kisded étkezési szokásainak kialakulásában.*

10/ A **rendszeres fizikai aktivitást és megfelelő időtartamú, pihentető alvást** biztosítsuk!

*A fizikai aktivitásra nevelésnek is korán kell kezdődni, először rendszeres sétákkal, (babakocsiban vagy nélkül) aktív játékokkal, babatornával. Nagyon fontos, hogy gyermekünket az első 1000 napban tartsuk távol a televíziótól és számítógépektől, okos telefonoktól, hogy ne váljon már korán a képernyő rabjává. Az Amerikai Nemzeti Alvás Alapítvány legújabb ajánlása szerint a szükséges alvás időtartamok a következők:*

Életkor	Ajánlott alvási időtartam, óra
0-3 hónap	14-17
4-11 hónap	12-15
Tipegők (1-2 év)	11-14
Óvodások (3-5 év)	11-13
Iskolások (6-13 év)	9-11
Adolescensek (14-17 év)	7-9

(<https://www.europeanobesityday.eu/>)

Budapest, 2018. május 14.

Prof. Dr. Molnár Dénes  
MGYT Evidencia Bizottság elnöke

Dr. Kovács Tamás  
MGYT főtitkár

Dr. Velkey György  
MGYT elnök

# Könyvismertetés: Egészségfejlesztés

## Book review: Health promotion

Szerző: Gritz-Győry Zsuzsanna

Tankönyvi engedélyt kapott Gritz-Győry Zsuzsanna Egészségfejlesztés című új könyve, amely az egészség tudatos megőrzéséhez nyújt útmutatást.

Célja alapokat adni az egészséges életvezetéshez: a helyes táplálkozási szokások, a szabadidős tevékenység, a mentális és fizikai aktivitás, valamint a párkapcsolat kialakításához, a rizikómagatartás elkerüléséhez, az egyéni képességek, az egészségmagatartás fejlesztéséhez, az egészségkultúra növeléséhez. A könyv mindennapi élettevékenységünkbe integrálható és átadható tudást kínál.

Tartalom:

- Egészségfejlesztés
- Az egészségkultúra fogalma, összetevői
- Életmód – életvezetés – egészség-magatartás – egészségtudatosság – életminőség
- A modern nemzedék egészség-magatartása
- Az egészséget meghatározó tényezők
- Az egészség megőrzését szolgáló területek
- Szenvedélyek világa. Mítosz és valóság
- A lelki egészség védelme

- Tudatos, biztonságos, felelős szexuális és családi élet
- Egészségfejlesztés a szekunder és a terciér prevencióban

„Az egészséget az ember teremti és éli meg mindennapi élete díszletei között, ott, ahol tanul, dolgozik, játszik és szeret. Az egészség azáltal keletkezik, hogy törődik saját magával és másokkal, hogy képes döntéseket hozni és életkörülményeit kézben tartani.” (*Ottawai Charta, 1986*)

Ezzel a gondolattal ajánlja a szerző a könyvet azoknak, akik mindennapi munkájuk részeként az egészségfejlesztés területén tevékenykednek.

Az A4-es formátumú színes, 184 oldalas kiadvány megjelenése július közepére várható.

MK-6608 kiadói kódon megrendelhető az [info@mkkonyvkiado.hu](mailto:info@mkkonyvkiado.hu) vevőszolgálati e-mail címen. További egészségügyi könyveket a <http://www.mkkonyvkiado.hu/egeszsegugy> oldalon, valamint a Könyvbagoly webáruházban találunk.