

Olvasottsági adatok, legnépszerűbb közlemények

Reading statistics, most popular articles

Az elmúlt évek során már megszokottá vált módon ezúttal is beszámolunk az elmúlt időszak olvasottsági eredményeiről és bemutatjuk a legnépszerűbbnek bizonyult közleményeket.

Idén már három közleményt publikáltunk előzetesen, azaz „Online first”. Az adatok azt mutatják, az érdeklődők szívesen olvassák az ilyen megjelenéseket. Ezt támasztja alá az is, hogy a legutóbbi Online first megjelent cikk vezet jelenleg a TOP 10-es „Érdekesség” rangsort.

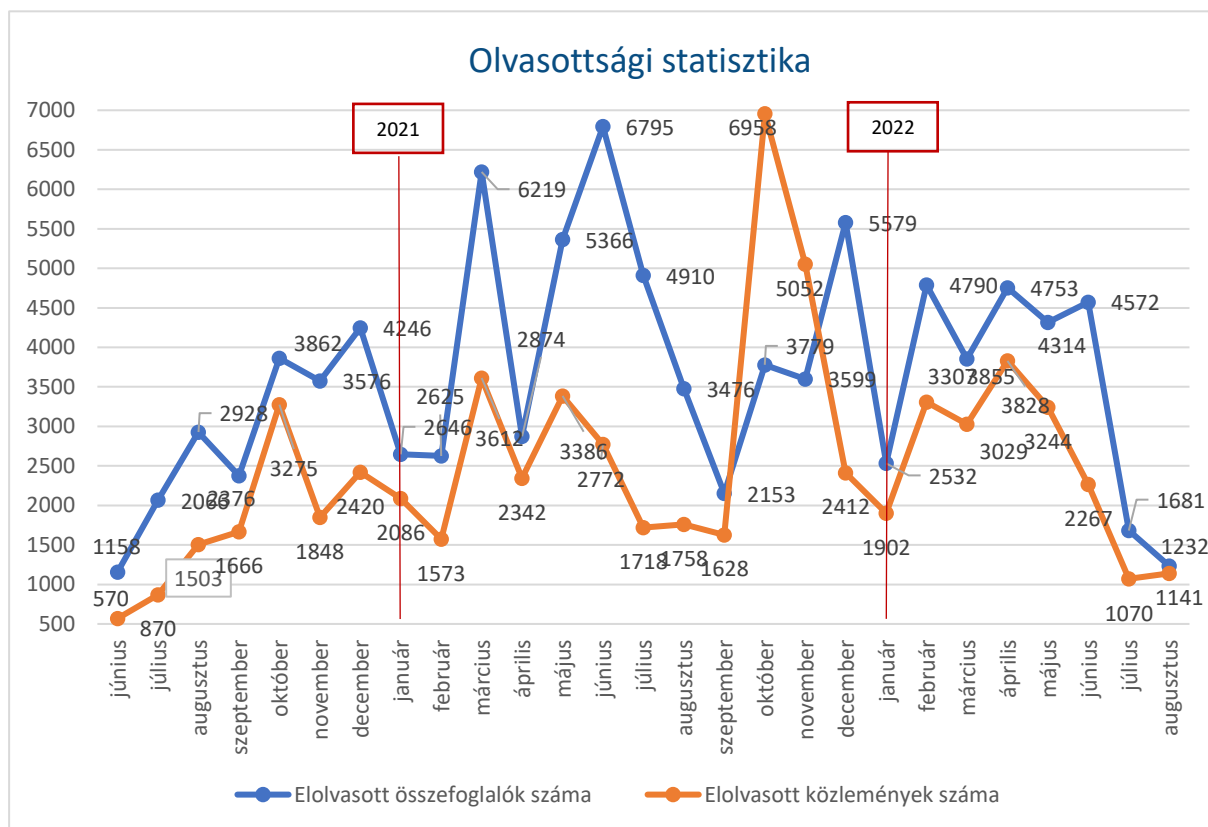
Szeretnénk tájékoztatni olvasóinkat, hogy főszerkesztőnk, Vitrai József úgy döntött, hogy elhagyja a szerkesztőséget és máshol folytatja tovább szakmai munkáját. Ezúton is szeretnénk megköszönni mindazt, amit az elmúlt években a folyóiratért tett és sok sikert kívánunk a további

terveihez. A szerkesztőség tagjai igyekeznek mindent megtenni, hogy szerzőink és olvasóink minél kevesebbet érezzenek meg ebből a változásból. Az új főszerkesztő kinevezése folyamatban van, személyéről később tájékoztatjuk majd az olvasókat.

Várjuk a lappal kapcsolatos olvasói véleményeket, visszajelzéseket, megtehetik ezt [Facebook-oldalunkon](#), vagy [e-mailben](#), továbbá kézirat formájában a „Hozzászólások” rovatban.

Sajnos a múlt számban közzétett felhívásunkra nem érkezett hozzászólás, így nem tudunk arról beszámolni, hogy olvasóink mit gondolnak a szakmai viták hiányáról, a lehetséges megoldásokról.

Egészségfejlesztés szerkesztőség



MEGTE- KINTÉSEK SZÁMA	KÖZLEMÉNY CÍME	SZERZŐK	LAP- SZÁM
ÖSSZEFOGLALÓ			
1796	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
1685	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1577	Az egészségműveltség definíciói	Csimadia P	2016. 3.
1481	Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés	Lukács-Jakab Á et al.	2018. 1.
1451	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016. 3.
1394	A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma	Várnai D, Zsíros E, Németh Á	2016. 4.
1313	A koronavírusjárvány-helyzet pszichológiai hatásai és azok enyhítése – áttekintő közlemény 441 magyar felnőtt véleményével	Szabó Cs, Pukánszky J, Kemény L	2020. 4.
1311	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1251	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.
989	Hazai Egészségpillanatkép, 2020. Gyorsjelentés a Global Burden of Disease Study 2019 adatai alapján	Vitrai J, Bakacs M	2021. 1.
TELJES KÖZLEMÉNY			
4277	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
2494	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
2283	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
2140	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
1938	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1522	Magyarország népegészségügyi rendszere és egészségfejlesztéssel foglalkozó szervezetei	Túri G et al.	2018. 2.
1400	Kiskorúak egészségügyi ellátása Magyarországon betegjogi aspektusból	Feith JH	2018. 5.
1300	Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban	Kereki J, Kispéter L-né	2018. 5.
1235	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1181	A testnevelés helyzete, céljai a köznevelésben és a felsőoktatásban	Lőkös D	2018. 3.
"ÉRDEKESSÉG"			
4,85	Cikkismertetés: Serdülőkorúak mentális egészsége - az iskolai beavatkozások hatékonyságának szisztematikus szakirodalmi áttekintése	Lippai L	2022. 3.
2,15	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
1,59	Energiaital fogyasztási szokások és egészségtudatosság a felsőfokú képzésben résztvevő hallgatók körében	Dojcsákné Kiss-Tóth É, Kiss-Tóth E	2018. 4.
1,52	A fizikai aktivitás, mint egészségbefektetés	Gabnai Z et al.	2019. 1.
1,43	Az emberi szervezetben élő baktériumok klinikai jelentősége a gyakorlatban	Fekete M et al.	2021. 4.
1,29	Az energiaitalal kevert alkoholhoz köthető fogyasztás komplex feltérképezése gyermekek, serdülők és fiatal felnőttek körében (2017–2021)	Gódor-Kacsáncsi A, Lugasi A	2022. 2.
1,26	Szakedokumentum: Válogatás az Egészségügyi Világszervezet 2021-es Egészségfejlesztési szótárából (fordítás)	Vitrai J, Borenszki-Gutási É	2022. 2.
1,10	Az Egészségfejlesztés tervei a 2022-es évre	szerkesztőség	2022. 1.
1,08	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
1,05	Cikkismertetés: A közösségi média hatása és a főiskolai hallgatók mentális egészsége közötti kapcsolat vizsgálata a Covid-19-járvány idején	Müller RD	2022. 1.

A magyar felnőtt lakosság egészségműveltsége

Health literacy of the Hungarian adult population

Szerzők:	Bíró Éva, Szabó Pálma, Kósa Karolina
Kulcsszavak:	egészségműveltség; Brief Health Literacy Screening Tool (BRIEF); Newest Vital Sign (NVS); magyar felnőtt lakosság; kérdőíves felmérés
Keywords:	health literacy; Brief Health Literacy Screening Tool (BRIEF); Newest Vital Sign (NVS); Hungarian adult population; questionnaire-based survey

Beküldve: 2022. 05. 02., elfogadva: 2022. 06. 10., doi: [10.24365/ef.vi.8496](https://doi.org/10.24365/ef.vi.8496)

Összefoglaló

Bevezetés: Az egészségműveltség fogalma az elmúlt két évtizedben került az egészségügy fókuszába. Többféle koncepciója ismert, ennek megfelelően mérésére is többféle teszt használható. Hazánkban az elmúlt néhány évben nőtt meg ezen a területen a kutatások száma, ezért a magyar nyelven elérhető publikált kérdőívek és országos felmérések száma is csekély. Kutatásunkban a magyar lakosság egészségműveltségét vizsgáltuk két különböző, külföldi kutatásokban gyakran használt eszköz alkalmazásával.

Módszertan: A keresztmetszeti adatgyűjtés 2019-ben, 1 200 fő részvételével a magyar felnőtt lakosságra kor, nem, valamint lakóhely szerint reprezentatív mintán zajlott. Az egészségműveltség mérésére a „Rövid Egészségműveltségi Szűrő Teszt” (*Brief Health Literacy Screening Tool, BRIEF*) és az „Átlagos Tápérték Teszt” (*Newest Vital Sign, NVS*) magyar nyelven validált változatait használtuk. A leíró elemzések a nem, kor és lakóhely szerinti súlyozott adatokon történtek a 95%-os megbízhatósági tartományok megadásával. Az egészségműveltség meghatározó elemeit bináris logisztikus regresszió segítségével állapítottuk meg.

Eredmények: Az NVS kérdőív kérdéseire adott válaszok alapján a lakosság 17,9%-nak nagy valószínűséggel inadekvát (elégtelen), 28,1%-nak valószínűleg limitált (korlátozott) és 54,0%-nak nagy valószínűséggel megfelelő a funkcionális egészségműveltsége. A BRIEF teszt alapján a válaszadók közel egyharmada került az elégtelen, 35,9%-a a marginális (problémás) és 29,8%-a az adekvát (megfelelő) szubjektív egészségműveltségű kategóriába. Az NVS kérdőívvel mért funkcionális egészségműveltség esélyét növelte a magasabb iskolai végzettség, a kedvezőbb egészségi állapot és az erős társas támasz, ugyanakkor a BRIEF teszttel mért szubjektív egészségműveltség megfelelő mértékének esélyét csak a felsőfokú végzettség emelte. A két különböző teszttel mért eredmények pozitív kapcsolatban voltak egymással, azaz a megfelelő szubjektív egészségműveltség növelte a megfelelő funkcionális egészségműveltség esélyét és fordítva.

Következtetések: Mindkét teszt eredményei alapján indokoltnak tartható az egészségműveltséget javító beavatkozások tervezése és kivitelezése a hazai népesség körében. Tekintettel arra, hogy az egészségműveltséget befolyásoló tényezők közül csak az iskolai végzettséggel volt egyértelműen kimutatható kapcsolat, így az egészségműveltséget növelő beavatkozások legfontosabb színterei az iskolák lehetnek. Mivel az eredmények szerint a lakosság közel felének nem megfelelő az egészségműveltsége, ajánlott lenne a felnőtteknek szóló, egészséggel kapcsolatos tájékoztatók és betegegyesületek anyagok vizsgálata, illetve szükség esetén átdolgozása annak érdekében, hogy azokat az alacsonyabb iskolai végzettségű személyek is megértsék, tartalmukat hasznosítsák. Az eredmények alapján az a megállapítás is felvethető, hogy az egészségműveltség szintje függ attól, hogy milyen eszközt használnak annak mérésére.

Summary

Background: The concept of health literacy has been in the focus of health care for the past two decades. Several different concepts are known, and accordingly several tests can be used to measure it. In our country, the number of researches in this field has increased in the last few years, therefore the

number of validated questionnaires and representative national surveys is small. Our aim was to provide a reliable estimate of the health literacy in the Hungarian adult population by two frequently used questionnaires.

Methodology: Cross-sectional data was collected in 2019 on a sample of 1200 adults, representative of the Hungarian adult population in terms of age, gender and place of residence. Health literacy was assessed by the Brief Health Literacy Screening Tool (BRIEF) and the Newest Vital Sign (NVS). Descriptive analyses were performed on data weighted according to gender, age, and place of residence with the 95% confidence intervals. Determinants of health literacy were investigated with binary logistic regression.

Results: According to the NVS tool, 17.9% of respondents had inadequate, 28.1% probably limited, and 54.0% most probably adequate functional health literacy while according to results of the BRIEF scale, 34.3% of respondents had insufficient, 35.9% marginal, and 29.8% adequate health literacy. The odds of adequate functional health literacy measured by NVS increased by higher level of education, favourable health status, and strong social support. However, the odds of adequate subjective health literacy assessed by BRIEF were increased only by higher level of education. The results measured with the two different tests were positively related to each other, i.e. adequate subjective health literacy increased the chance of adequate functional health literacy, and vice versa.

Conclusions: Based on the results of both measurements, the conclusion is that interventions would be needed to improve health literacy in the Hungarian adult population. Since only the level of education showed unequivocal positive relationship with health literacy, schools seem to be optimal settings for such interventions. Since, according to the results, the health literacy of nearly half or more of the population is inadequate, it would be recommended that health-related written public messages and patient education materials should be reviewed and rephrased if needed to make them comprehensible and useful even for those with lower educational attainment. Our results suggest that the level of health literacy depends on the instrument used for assessment.

BEVEZETÉS

Az egészségműveltség (EM) fogalmának meghatározására számos koncepció született (Sørensen és mtsai, 2012; Csizmadia, 2016), amelynek következtében a mérésére is többféle validált teszt került kifejlesztésre. Egy 2014-ben megjelent tanulmány 51 egészségműveltség kérdőívet azonosított, melyek közül 26 szolgált az általános populáció egészségműveltségének mérésére (Haun, Valerio, McCormack, Sørensen és Paasche-Orlow, 2014). A Boston University által fenntartott online „Health Literacy Tool Shed” („Egészségműveltség Szerszámoskamra”) azonban jelenleg már 217 olyan eszközt tart nyilván különféle nyelveken, amelyek validálása legalább 100 fős mintán történt, és az eredmények közlésre kerültek a szakirodalomban (U.S. Department of Health and Human Services, 2022). Az egészségműveltség kérdőíveket többféle szempont szerint lehet csoportosítani, melyek egyike az, hogy az egészségműveltség szintjének becslése önmegítélés alapján, vagyis szubjektív módon történik, vagy adott kérdésekre adott helyes válaszok alapján, tehát

objektív méréssel (Haun és mtsai, 2014). Hazánkban az elmúlt néhány évben megnőtt az egészségműveltség iránti kutatói érdeklődés, de egyelőre kevés a magyar nyelven elérhető validált és publikált kérdőív (Papp-Zipernovszky, Náfrádi, Schulz és Csabai, 2016). Ezen túlmenően az elérhető kérdőívek egy része csak a populáció bizonyos csoportjaiban (Gács, Kun és Koltai, 2019; Horváth, Csányi és Révész, 2021; Nagy, Korom, Hódi és Németh, 2015), vagy az egészségműveltség speciális típusának mérésére (Zrubka és mtsai, 2019) használható.

Európai viszonylatban a teljes felnőtt lakosság körében végzett általános (nem adott témával vagy betegséggel kapcsolatos) egészségműveltséget vizsgáló felmérések közül — kutatásunk időpontját megelőzően — a 2011-es Európai Egészségműveltség Felmérés a legjelentősebb (European Health Literacy Survey, HLS-EU), melyet az Európai Unió nyolc tagállamában végeztek. Ehhez egy, az egészségműveltséget szubjektív szempontból, önmegítéléssel mérő 47 kérdéses eszközt dolgoztak ki. E felmérés eredményei szerint a résztvevő európai országok

lakosságának közel egyötöde a kitűnő, átlagosan csaknem a fele a korlátozott, és körülbelül egyharmada az elégséges szintű egészségműveltség kategóriájába tartozott, viszont az országok között jelentős eltérések voltak (HLS-EU Consortium, 2012). Ugyanezen kérdőívvel négy évvel később hazánkban is megtörtént az adatfelvétel a 16 éven felüliek körében, amely szerint a magyar lakosság egytizedének kitűnő, közel felének korlátozott, kétötödének elégséges szintű egészségműveltsége volt. Ez némileg kedvezőtlenebb eredménynek bizonyult a HLS-EU vizsgálat eredményeihez képest (Koltai és Kun, 2016a). A HLS-EU vizsgálatban a funkcionális egészségműveltséget is mérték az „Átlagos Tápérték Teszt” (*Newest Vital Sign, NVS*) nevű, 2005 óta használatban lévő kérdőív alkalmazásával (Weiss és mtsai, 2005), melynek eredményei alapján a résztvevő országok lakosainak körülbelül fele, míg a magyarok közel kétharmada került a „megfelelő” kategóriába (HLS-EU Consortium, 2012; Koltai és Kun, 2016b). Megjegyzendő, hogy ebben a hazai vizsgálatban az NVS eredeti változatának hazai viszonyokra nem adaptált, lefordított változatát használták. 2015-ben közlésre került egy másik, kisebb felnőtt mintán végzett hazai vizsgálat, melynek célja két egészségműveltség-mérőeszköz adaptációja volt. A „Rövidített Felnőtt Funkcionális Egészség-kompetencia Kérdőív” (S-TOFHLA) magyar változata alapján a válaszadók közel négyötödének adekvát volt a szövegértése és a számolási alapkészsége (Papp-Zipernovszky és mtsai, 2016). Ugyanezen vizsgálatban az előszűrésre alkalmas, egészségügyi alapellátásban ajánlott Chew-teszt magyar nyelvű változatának validálását is elvégezték (Papp-Zipernovszky és mtsai, 2016; Náfrádi, Papp-Zipernovszky, Schulz és Csabai, 2019).

További hazai egészségműveltség-felmérés történt kisebb, reprezentativitásra nem törekvő mintákon (Bánfai-Csonka, Bánfai, Musch, Derzsi-Horváth és Betlehem, 2021) vagy speciális csoportok körében, mint az egyetemi hallgatók (Végh és Bíró, 2018), szülők (Kun, Gács, Benedek, Mészner és Koltai, 2017), a magasvérnyomás-betegséggel élők (Varga, Stromájer-Rácz, Borne-misza, Lukács-Horváth és Csimá, 2021) vagy a krónikus obstruktív légúti betegségben szenvedők (Papp-Zipernovszky, Csabai, Schulz és Varga, 2021).

A fentiek alapján megállapítható, hogy Magyarországon eddig nem történt olyan országos reprezentatív egészségműveltség-felmérés, amelyben hazai viszonyokra adaptált funkcionális és szubjektív egészségműveltséget mérő eszközt is alkalmaztak volna. A célunk az volt, hogy ezt a hiányt pótoljuk, azaz jellemezzük a hazai felnőtt lakosság szubjektív és funkcionális egészségműveltségét.

MÓDSZERTAN

Vizsgálati minta és adatgyűjtés

Az adatgyűjtés 2019-ben egy 1 200 fős, a magyar felnőtt lakosságra kor, nem és lakóhely szerinti reprezentatív mintán történt. Az adatok gyűjtését egy közvéleménykutató cég végezte standard módszerrel, négylépcsős véletlen mintavételi eljárással és kérdezőbiztosokkal történő személyes lekérdezéssel, melynek során 2 029 főt kerestek fel. Az adatok feldolgozásakor a népszámlálási adatok alapján négydimenziós súlyozás alkalmazására került sor, amely a nem, az életkor, az iskolai végzettség és a településtípus szerint korrigálta a véletlen mintavételből elkerülhetetlenül adódó kisebb torzulásokat.

A demográfiai (nem, életkor, családi állapot, lakóhely) és társadalmi-gazdasági (iskolai végzettség, gazdasági aktivitás, önértékelt anyagi helyzet) státuszra vonatkozó kérdéseket az Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014-es kérdőívéből vettük át (Központi Statisztikai Hivatal [KSH], 2014). Az önmegítélés szerinti egészségi állapotot egy 5-fokozatú Likert-skálán (nagyon rossz – nagyon jó) mértük (Robine, Jagger és Romieu, 2002); az észlelt társas támasz mérésére a 3 kérdéses Oslo Social Support skálát használtuk, amin az összpontszám 8 pont alatt gyenge, 9–11 pont között közepes, 12 pont felett erős támasznak minősül (KSH, 2014).

Az egészségműveltség mérésére a Brief Health Literacy Screening Tool (BRIEF) (Haun, Luther, Dodd és Donaldson, 2012) és a Newest Vital Sign (NVS) (Weiss és mtsai, 2005) kérdőívek validált magyar változatait (Mátyás, Vincze és Bíró, 2021) alkalmaztuk. A BRIEF az egészségműveltséget szubjektív megítélés szerint mérő, négy kérdésből álló skála, melynek összpontszáma a kérdé-

sekre adott válaszokhoz rendelt értékek összeadásával kerül meghatározásra (4–20 pont). Az összpontszámból az értékelés során az alábbi kategóriák alakíthatók ki: inadekvát (elégtelen) (4–12), marginális (13–16) és adekvát (megfelelő) (17–20) (Haun és mtsai, 2009, 2012). Az NVS szövegértés és számolási készségek alapján objektíven, feladatokra adott válaszok mentén méri a funkcionális egészségműveltséget. A kitöltőnek egy jégkrémes dobozon látható tápanyagcímké alapján kell megválaszolnia hat kérdést. A helyesen megválaszolt kérdések száma alapján (0–6 pont) a válaszadók három kategóriába sorolhatók: nagy valószínűséggel inadekvát (elégtelen) (0–1 pont), valószínűleg limitált (korlátozott) (2–3 pont) és nagy valószínűséggel megfelelő (4–6 pont) (Weiss és mtsai, 2005).

Statistikai elemzés

A leíró elemzések a nem, kor és lakóhely szerint súlyozott adatokon történtek a 95%-os megbízhatósági tartományok (MT) megadásával.

Az egészségműveltség determinánsait bináris logisztikus regresszió segítségével határoztuk meg, melyhez az egészségműveltség változót bináris változóvá alakítottuk a két alsó kategória összevonásával (az inadekvát és marginális/limitált kategóriák együtt „nem megfelelő”-nek kerültek átkódolásra, a „megfelelő” kategóriához képest). Az esélyhányadosok (EH) meghatározása során családi állapotra, gazdasági aktivitásra, lakóhelyre, szubjektív anyagi helyzetre korrigáltunk. Az adatelemzés a Stata/IC 16.1 statisztikai program „survey data analysis” moduljával történt.

EREDMÉNYEK

A vizsgálati populáció jellemzése

A válaszadási arány 59,1%, a válaszolók átlag-életkora 49,1 év volt (18-96 év; szórás (SD): 17,1 év; 95% MT 47,9-50,3 év). A főbb demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezők szerinti megoszlást az 1. táblázat tartalmazza.

1. táblázat: Szocio-demográfiai jellemzők a súlyozott adatok alapján

		arány (95% MT)
Nem	férfi	46,2% (42,9-49,5)
	nő	53,8% (50,5-57,1)
Családi állapot	nőtlen/hajadon	19,2% (16,4-22,3)
	házas	45,3% (42,1-48,6)
	élettárssal él	8,8% (6,9-11,0)
	elvált	15,1% (13,1-17,4)
	özvegy	11,6% (9,9-13,5)
Lakóhely	község	30,2% (27,3-33,2)
	város	31,4% (28,5-34,5)
	megyei jogú város	21,9% (19,3-24,7)
	Budapest	16,5% (14,3-19,1)
Iskolai végzettség	8 osztály	16,9% (14,7-19,4)
	szakmunkásképző	35,7% (32,7-38,8)
	középiskola érettségivel	30,8% (27,9-33,9)
	főiskola vagy egyetem diplomával	16,6% (14,1-19,5)
Gazdasági aktivitás	aktív	60,6% (57,5-63,7)
	nyugdíjas	28,9% (26,3-31,6)
	inaktív	8,4% (6,6-10,6)
	tanuló	2,1% (1,1-3,9)
Önértékelt anyagi helyzet	rossz/nagyon rossz	20,1% (17,6-22,8)
	megfelelő	53,8% (50,5-57,0)
	jó/nagyon jó	26,1% (23,3-29,2)

Forrás: saját szerkesztés

MT: megbízhatósági tartomány

A válaszadók mintegy tizede (10,3%; 95% MT: 8,6-12,2%) az egészségi állapotát rossznak vagy nagyon rossznak, 31,1% (95% MT 28,3-33,9%) megfelelőnek és 58,7% (95% MT 55,5-61,8%) jónak vagy nagyon jónak minősítette. Az észlelt társas támasz mértéke 17,0% esetében (95% MT 14,7-19,6%) gyenge, 65,4% esetében (95% MT 62,2-68,4%) közepes, 17,6% körében (95% MT 15,2-20,3%) erős volt.

Az egészségműveltség és meghatározó tényezői

Az NVS kérdéseire adott válaszok alapján a lakosság 17,9%-a nagy valószínűséggel elégtelen, 28,1%-a valószínűleg korlátozott és 54,0%-a nagy valószínűséggel megfelelő funkcionális egészségműveltséggel bír. [2. táblázat] A BRIEF teszt alapján a válaszadók közel egyharmada az elégtelen, 35,9%-a a marginális, és 29,8%-a a megfelelő egészségműveltségi kategóriába került. [2. táblázat]

2. táblázat: A funkcionális és szubjektív egészségműveltség szintje

	Funkcionális egészségműveltség	Szubjektív egészségműveltség
Elégtelen (95% MT)	17,9% (15,5-20,5)	34,3% (31,3-37,4)
Korlátozott (95% MT)	28,1% (25,3-31,1)	35,9% (32,9-39,2)
Megfelelő (95% MT)	54,0% (50,8-57,3)	29,8% (26,9-32,9)

Forrás: saját szerkesztés

MT: megbízhatósági tartomány

A funkcionális egészségműveltség determinánsait vizsgálva, a megfelelő szintű funkcionális egészségműveltség esélyét növelte a magasabb iskolai végzettség, a kedvező szubjektív

egészségi állapot, az erős társas támasz és a megfelelő szubjektív egészségműveltség. [3. táblázat]

3. táblázat: A funkcionális egészségműveltség meghatározó tényezői

Magyarázó változók	EH (95% MT)*	p-érték
Nem (ref: férfi)	1,1 (0,8-1,5)	0,655
Kor (ref: 18-34 év)		
35-64 év	1,4 (0,8-2,2)	0,209
65+ év	1,2 (0,6-2,3)	0,620
Iskolázottság (ref: általános iskola)		
középsiskola érettségi nélkül	1,8 (1,2-2,8)	0,010
érettségi	2,1 (1,3-3,3)	0,001
főiskola/egyetem	1,8 (1,0-3,2)	0,038
Szubjektív egészség (ref: rossz/nagyon rossz)		
megfelelő	1,9 (1,1-3,1)	0,023
jó/nagyon jó	1,9 (1,1-3,4)	0,031
Társas támasz (ref: gyenge)		
közepes	0,9(0,6-1,4)	0,650
erős	1,7 (1,0-2,9)	0,043
Szubjektív egészségműveltség (ref: elégtelen)		
korlátozott	1,1 (0,8-1,6)	0,508
megfelelő	2,3 (1,6-3,3)	<0,001

Forrás: saját szerkesztés

* Családi állapotra, gazdasági aktivitásra, lakóhelyre, szubjektív anyagi helyzetre korrigálva.

A szignifikáns eredményeket félkövérrel szedett p-értékek jelölik. EH: esélyhányados, MT: megbízhatósági tartomány, ref: referencia.

Ugyanezt az elemzést elvégeztük a szubjektív egészségműveltség, mint kimeneti változó esetében és azt találtuk, hogy a megfelelő

szubjektív egészségműveltség esélyét csak a felsőfokú végzettség, valamint a megfelelő funkcionális egészségműveltség emelte. [4. táblázat]

4. táblázat: A szubjektív egészségműveltség meghatározó tényezői

Magyarázó változók	EH (95% MT)*	p-érték
Nem (ref: férfi)	1,1 (0,8-1,5)	0,698
Kor (ref: 18-34 év)		
35-64 év	1,1 (0,7-1,8)	0,808
65+ év	1,1 (0,5-2,2)	0,839
Iskolázottság (ref: általános iskola)		
középiskola érettségi nélkül	1,4 (0,8-2,4)	0,279
érettségi	1,7 (1,0-3,1)	0,058
főiskola/egyetem	2,9 (1,5-5,6)	0,001
Szubjektív egészség (ref: rossz/nagyon rossz)		
megfelelő	1,1 (0,6-2,0)	0,737
jó/nagyon jó	1,5 (0,8-2,9)	0,219
Társas támasz (ref: gyenge)		
közepes	1,2 (0,8-1,8)	0,451
erős	1,0 (0,6-1,8)	0,921
Funkcionális egészségműveltség (ref: elégtelen)		
korlátozott	1,0 (0,6-1,7)	0,944
megfelelő	2,2 (1,4-3,5)	0,001

Forrás: saját szerkesztés

* *Családi állapotra, gazdasági aktivitásra, lakóhelyre, szubjektív anyagi helyzetre korrigálva.*

A szignifikáns eredmények félkövérrel vannak jelölve. EH: esélyhányados, MT: megbízhatósági tartomány, ref: referencia.

MEGBESZÉLÉS

A funkcionális (objektív) mérés szerint a hazai felnőtt népesség 46,0%-a, önmegítélés szerint 70,2%-a nem megfelelő egészségműveltségű. Ez alapján indokolt az egészségműveltséget javító beavatkozások tervezése és kivitelezése a lakosság széles körében. Az EM determinánsainak logisztikus regressziós vizsgálata szerint az egészségműveltség általunk használt mindkét mércéje pozitív összefüggést mutatott a magasabb iskolai végzettséggel, vagyis az egészségműveltség emelésének kézenfekvő szinterei lehetnének az iskolák. Az itt végzendő munka azonban csak a jövő generációk egészségműveltségét fogja javítani, de nem befolyásolja a népesség felnőtt tagjainak egészségműveltségét. Annak javításához komplex populációs program szükséges, melynek első eleme lehet az egészséggel kapcsolatos írott tájékoztatók, egészségnevelési és betegedukációs anyagok felülvizsgálata és szükség esetén átdolgozása annak érdekében, hogy azokat alacsonyabb

iskolai végzettségű személyek is megértsék és tartalmát hasznosítani tudják (Szabó, Bíró és Kósa, 2021).

A befolyásoló tényezők közül csak az iskolai végzettség volt meghatározó tényezője az egészségműveltség mindkét jellemzőjének. A funkcionális egészségműveltség — korábbi kutatások eredményeivel egybehangzóan — a szubjektív egészséggel és a társas támasszal is mutatott összefüggést (Sørensen és mtsai, 2012). A HLS-EU felmérés a társadalmi-gazdasági helyzet több mutatójával igazolt olyan jellegű kapcsolatot (HLS-EU Consortium, 2012; Koltai és Kun, 2016a), hogy az alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú személyeknek kedvezőtlenebb az egészségműveltsége.

Ahogy a bevezetésben említettük, eddig viszonylag kevés egészségműveltség-vizsgálat történt hazánkban és azokban sem az általunk használt kérdőívek voltak az adatgyűjtés eszközei, ezért eredményeink csak korlátozottan

vethek össze a korábbi magyarországi kutatásokkal. A 2015-ös országos adatgyűjtés keretében az NVS kérdőív magyarra fordított, de hazai viszonyokra nem adaptált változatát használták, amely kedvezőbb eredményt mutatott (a jelen vizsgálatban azonosított 54%-kal szemben 69% tartozott a megfelelő egészségműveltségűek kategóriájába). Ez részben magyarázható lehet az eltérő kérdőívvel; illetve, ahogy arra a szerzők is utaltak, vizsgálatukban a kérdezőbiztosok tudták a helyes válaszokat, ami torzíthatta a válaszadást (Koltai és Kun, 2016b). Tendenciájában hasonló különbség volt megfigyelhető a két vizsgálat eredményei között a szubjektív egészségműveltség esetében is (Koltai és Kun, 2016a), de mivel a használt kérdőívek jelentősen eltértek, ezért ezen eredmények összevetése módszertanilag még kevésbé megalapozott.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az egészségműveltség javítását célzó programok tervezéséhez fontos lenne megvizsgálni, hogy a funkcionális EM determinánsaként azonosított társas támaszt hogyan lehetne

hasznosítani. Különböző közösségi programok megfelelő keretet adhatnának az ismeretek bővítésére és a társas támasz erősítésére (Geboers, Reijneveld, Koot és de Winter, 2018), vagy egészség-mediátorok segíthetnének hátrányos helyzetű rétegek elérésében, edukálásában, adott esetben akár az egészségügyi ellátórendszerrel való kommunikációban is. A társas környezet, mint a tudás-konstrukció egyik meghatározó tényezője azonosítható volt pl. szívbetegséggel született gyermekek szülei körében a témaspecifikus egészségműveltség egyik kontextuális elemeként (Nikolaidou és Bellander, 2020).

Eredményeinkből az is kitűnik, hogy az egészségműveltség szintjére vonatkozó eredményeket befolyásolja a vizsgálatban alkalmazott mérőeszköz. Jelen vizsgálatunkban az NVS és a BRIEF tesztekkel mért egészségműveltség megfelelő szintjén lévők aránya közt 24% eltérés volt. Ebből következően az egészségműveltség-felmérésekben a célok pontos meghatározását követően, az egyes mérőeszközök közötti konceptuális különbségek figyelembe vételével kell kiválasztani a célokhoz illeszkedő megfelelő eszközt.

A bemutatott kutatást a GINOP-2.3.2-15-2016-00005 számú projekt támogatta. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Regionális Fejlesztési Alap társfinanszírozásával valósult meg.

HIVATKOZÁSOK

- Bánfai-Csonka, H., Bánfai, B., Musch, J., Derzsi-Horváth, M., és Betlehem, J. (2021). Sürgősségi osztályos megjelenés és az egészségértés kapcsolata. *Egészségfejlesztés*, 62(2), 49–59. <https://doi.org/10.24365/ef.v62i2.6003>
- Csizmadia, P. (2016). Az egészségműveltség definíciói. *Egészségfejlesztés*, 57(3), 41–44. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i3.68>
- Gács, K. Zs., Kun, E., és Koltai, J. A. (2019). Szülői egészségértést vizsgáló, kulturálisan adaptált kérdőív létrehozása: koncepció és tanulságok. *Egészségfejlesztés*, 60(5), 122–134. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v60i5.429>
- Geboers, B., Reijneveld, S. A., Koot, J., és de Winter, A. F. (2018). Moving towards a comprehensive approach for health literacy interventions: The development of a health literacy intervention model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1268. <https://doi.org/10.3390/ijerph15061268>
- Haun, J., Luther, S., Dodd, V., és Donaldson, P. (2012). Measurement variation across health literacy assessments: Implications for assessment selection in research and practice. *Journal of Health Communication*, 17(Suppl 3), 141–159. <https://doi.org/10.1080/10810730.2012.712615>
- Haun, J., Noland Dodd, V., Varnes, J., Graham-Pole, J., Rienzo, B., és Donaldson, P. (2009). Testing a health literacy screening tool: Implications for utilization of a BRIEF health literacy indicator. *Federal Practitioner*, 26, 24–31.
- Haun, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., és Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health literacy measurement: An inventory and descriptive summary of 51 instruments. *Journal of Health Communication*, 19(Suppl 2), 302–333. <https://doi.org/10.1080/10810730.2014.936571>

- HLS-EU Consortium. (2012). *Comparative report of health literacy in eight EU member states. The European Health Literacy Survey HLS-EU*. (First revised and extended version).
- Horváth, C., Csányi, T., és Révész, L. (2021). Serdülők egészségműveltségét mérő kérdőív hazai adaptációja. *Egészségfejlesztés*, 62(4), 4–12. <https://doi.org/10.24365/ef.vi.6666>
- Koltai, J., és Kun, E. (2016a). A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*, 57(3), 3–20. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v57i3.62>
- Koltai, J., és Kun, E. (2016b). Az egészségértés gyakorlati mérése Magyarországon és nemzetközi összehasonlításban [The practical measurement of health literacy in Hungary and in international comparison]. *Orvosi Hetilap*, 157(50), 2002–2006. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30563>
- Központi Statisztikai Hivatal. (2014). *Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014 - kérdőív*. Budapest. http://www.ksh.hu/elef/archiv/2014/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf [Elérve: 2022. 05. 01.].
- Kun, E., Gács, Zs., Benedek, A., Mészner, Zs., és Koltai, J. (2017). A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig. *Egészségfejlesztés*, 58(4), 10–19. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i4.186>
- Náfrádi, L., Papp-Zipernovszky, O., Schulz, P. J., és Csabai, M. (2019). Measuring functional health literacy in Hungary: Validation of S-TOFHLA and Chew screening questions. *Central European Journal of Public Health*, 27(4), 320–325. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4885>
- Nagy, L., Korom, E., Hódi, Á. B., és Németh, M. (2015). Az egészségműveltség online mérése. In: Csapó B. és Zsolnai A. *Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában*. (pp. 147-177). Oktatókutatató és Fejlesztő Intézet.
- Mátyás, G., Vincze, F., és Bíró, É. (2021). Egészségműveltséget mérő kérdőívek validálása hazai felnőttmintán [Validation of health literacy questionnaires in Hungarian adult sample]. *Orvosi Hetilap*, 162(39), 1579–1588. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32212>
- Nikolaidou, Z., és Bellander, T. (2020). Health literacy as knowledge construction: learning about health by expanding objects and crossing boundaries in networked activities. *Learning, Culture and Social Interaction*, 24, 100256. <https://doi.org/10.1016/j.lcsi.2018.11.003>
- Papp-Zipernovszky, O., Csabai, M., Schulz, P. J., és Varga, J. T. (2021). Does health literacy reinforce disease knowledge gain? A prospective observational study of Hungarian COPD patients. *Journal of Clinical Medicine*, 10(17), 3990. <https://doi.org/10.3390/jcm10173990>.
- Papp-Zipernovszky, O., Náfrádi, L., Schulz, P. J., és Csabai, M. (2016). "Hogy minden beteg megértse!" - Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon ["So that each patient may comprehend": measuring health literacy in Hungary]. *Orvosi Hetilap*, 157(23), 905–915. <https://doi.org/10.1556/650.2016.30412>
- Robine, J. M., Jagger, C., és Romieu, I. (2002). *Selection of a coherent set of health indicators for the European Union. Phase II: final report*. Euro-REVES.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., és European Health Literacy Project Consortium (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Szabó, P., Bíró, É., és Kósa, K. (2021). Readability and comprehension of printed patient education materials. *Frontiers in Public Health*, 9, 725840. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.725840>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2022, április). *Health Literacy Tool Shed*. Healthliteracy.bu.edu. <https://healthliteracy.bu.edu/all>
- Varga, B., Stromájer-Rácz, T., Bornemisza, Á., Lukács-Horváth, M., és Csima, M. (2021). Az egészségműveltség és a terápiához való felmérése magasvérnyomás-betegséggel élők körében. *Egészségfejlesztés*, 62(1), 17–26. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v62i1.618>
- Végh, B. és Bíró, É. (2018). Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata. *Egészségfejlesztés*, 59(6), 3-13. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v59i6.357>
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., Mockbee, J., és Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: The Newest Vital Sign. *Annals of Family Medicine*, 3(6), 514–522. <https://doi.org/10.1370/afm.405>

Zrubka, Z., Hajdu, O., Rencz, F., Baji, P., Gulácsi, L., és Péntek, M. (2019). Psychometric properties of the Hungarian version of the eHealth Literacy Scale. *The European Journal of Health Economics*, 20(Suppl 1), 57–69.
<https://doi.org/10.1007/s10198-019-01062-1>

Információk a szerzőkről

Bíró Éva

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészség- és Járványtani Intézet, Debrecen

biro.eva@med.unideb.hu

Szabó Pálma

Debreceni Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskola, Debrecen; Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen; Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sürgősségi Orvostani Tanszék, Debrecen

Kósa Karolina

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet, Debrecen

Copyright © 2022 Bíró Éva, Szabó Pálma Tímea, Kósa Karolina. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi Központ. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből

[Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata](#)

[Ismertetés: Az egészségműveltség iskolákban történő fejlesztésének etikai alapjai: érvek \(„miért”\), irányok \(„mit”\) és hangszínek \(„hogyan”\)](#)

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

[Az egészségműveltség definíciói](#)

Az iskolavédőnők egészségfelfogásának és az egészségfejlesztés – iskolai egészségfejlesztés értelmezésének fókuszcsoportos vizsgálata

Health comprehension and health education of school health visitors – focus group survey of health promotion and understanding

Szerzők: Karácsony Ilona, Ferenczy Mónika, Pachner Orsolya
Kulcsszavak: védőnő; egészségfelfogás; egészségfejlesztés; iskolai egészségfejlesztés
Keywords: health visitor; health perception; health promotion; school health promotion

Beküldve: 2022. 03. 14., elfogadva: 2022. 06. 03., doi: [10.24365/ef.vi.8227](https://doi.org/10.24365/ef.vi.8227)

Összefoglaló

Bevezetés: A védőnők szerepe és felelőssége meghatározó az egészségfejlesztésben. Vizsgálatunk az iskolavédőnők egészséggel, egészségfejlesztéssel, iskolai egészségfejlesztéssel kapcsolatos szemléletmódjának, attitűdjének, lehetőségeinek, megismerésére irányult.

Módszertan: Kvalitatív, keresztmetszeti felmérésünk fókuszcsoportos interjú módszerével valósult meg Vas és Zala megyében 14 főállású iskolavédőnő bevonásával, két csoportban. A minta jellemzőinek bemutatásához leíró statisztikai módszereket alkalmaztunk, majd a fókuszcsoportos beszélgetés szöveges részének feldolgozását tartalomelemzéssel végeztük el.

Eredmények: A megkérdezett védőnők olyan egészségfogalmat vázoltak fel, amely az egészség testi-lelki-szellemi-társas nézőpontjainak harmóniáját állította a középpontba. Fejlesztése a szakemberek belső-külső integritásán, hitelességén alapuló érték közvetítő tevékenysége révén valósítható meg. Az iskolai egészségfejlesztés, mint az egészségfejlesztés speciális területe védőnői oldalról megközelítve szervezési, koordinációs feladaton, pozitív hozzáálláson alapuló sokrétű csapatmunka, amelynek kivitelezéséhez hiteles szakemberek, tudatosság, módszertani ismeretek szükségesek. Az iskolavédőnők iskolai egészségfejlesztő tevékenységének elemzése során erősségek, gyengeségek, lehetőségek és veszélyeztető tényezők egyaránt felmerültek.

Következtetés: A védőnők többsége az egészséget összetett fogalomnak tekintette. Az egészségfejlesztés az Ottawa Chartában megfogalmazott egészségfejlesztési stratégia alapelemeit foglalta magába. Az iskolai egészségfejlesztés megvalósításának feltétele a személyes és a kapcsolati erőforrások mellett jelentős szervezési készség is. A jövő kihívásaira irányuló eredményes és sikeres iskolai egészségfejlesztés a szakemberek együttes cselekvése, valamint a szakmai hálózatok megerősítése által érhető el.

Summary

Introduction: The role and responsibility of health visitors are determinant in health promotion. Our research focuses on understanding views, attitudes, opportunities of school health visitors regarding health, health development and health education.

Methodology: Our qualitative, cross-sectional survey was carried out using the focus group interview method in Vas and Zala counties with the involvement of 14 full-time school nurses in two groups. Descriptive statistical methods were used to present the characteristics of the sample, and then the processing of the textual part of the focus group discussion was carried out using content analysis.

Results: The participants outlined a concept of health that focused on the harmony of the physical-spiritual-social aspects of health. It can be accomplished value brokering activities based on the internal and external integrity and credibility of professionals. School health promotion, as a special field of health development from the perspective of health visitors, is multifaceted teamwork based on organizational and coordination tasks and a positive attitude, the implementation of which requires credible professionals, awareness, and methodological knowledge.

Throughout the analysis of school health promotion activities of school health visitors, strengths, weaknesses, opportunities and risk factors emerged.

Conclusions: The majority of nurses considered health to be a complex concept. Health promotion included the basic elements of the health promotion strategy defined by the Ottawa Charter. In addition to personal and relational resources, the implementation of school health promotion requires significant organizational skills. Effective and successful school health promotion, which is aiming to respond future challenges, can be achieved by strengthening the expert networks and collective action of experts.

BEVEZETÉS

Az egészségügyi ellátás dolgozóinak kiemelt feladata az egészségfejlesztés, mind egyéni, mind közösségi szinten. Az egyéni egészségfejlesztési teendők széles körű tevékenységet foglalnak magukba: az egészségi állapot figyelemmel kísérését, az egészségügyi felvilágosítást, nevelést, fejlesztést, az egészségtervezés támogatását. A védőnők szerepe és felelőssége is meghatározó az egészségfejlesztésben, a gondozottak egészségműveltségének fejlesztésében, ezért különösen fontos, hogy ők hogyan definiálják az egészséget. A védőnő mint az egészségügyi alapellátás szakembere valamilyen településen elérhető prevenció és egészségfejlesztési ellátást nyújt a várandós anyák, a nők (kiemelten a reprodukív korban lévő nők), illetve a 0–18 éves korosztály számára. Napjainkban a gyermekek, a családok egészségét, egészségfejlesztését megcélzó, a védőnők által is jól használható speciális, változásokra is fókuszáló módszerek (Soósné Kiss, 2002, 2009, 2014) színesítik a területi és az iskolai védőnők egészségfejlesztési-módszertani repertoárját (Lukács, Darvai et al. 2018, Lukács, Takács et al. 2021), mindemellett a védőnők egészségfelfogásáról, az iskolai egészségfejlesztés értelmezéséről keveset tudunk. A védőnők egészségfelfogásának, egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismereteinek feltérképezésére irányuló kutatások, különösen az iskolavédőnőkre fókuszáló felmérések, nem állnak rendelkezésünkre. Vizsgáltunk célja az volt, hogy feltérképezze az iskolavédőnők egészséggel, egészségfejlesztéssel, iskolai egészségfejlesztéssel kapcsolatos szemléletmódját, attitűdjét, lehetőségeit és a beavatkozások megvalósítása előtt álló akadályokat.

Az egészség fogalmának számtalan meghatározása létezik. Az utóbbi évtizedekben az egészségtudomány területén történt paradigmaváltást követően az egészség tudományos meghatározása meghaladta azt a felfogást, hogy az

egészség a betegség hiánya. Az egészség mára sokdimenziós fogalom lett, amely a biomedikális meghatározáson túl felöleli az egészség bio-pszicho-szociális-spirituális dimenzióit is (Csima, 2013). A holisztikus egészségfogalom hat egészségélelemet határoz meg: fizikai, mentális, érzelmi, társas, társadalmi és a spirituális egészséget (Naidoo & Wills, 1999). Az egészség meghatározható hétköznapi oldalról is. Az egészségről minden ember másként gondolkodik, eltérő jelentése van, amit laikus egészségfelfogásnak tekintünk (Benkő, 2009). Minden ember más-más egészségfelfogással bír, ami összefüggésben áll a mítoszokkal, a népi hagyományokkal az adott kulturális közeg értékrendjével, normáival, hiedelmeivel; generációról generációra száll át, de meghatározza az egyénnek az iskolai végzettsége (Tugut, Celik, & Yilmaz, 2021), szociális helyzete, ismeretei, biográfiai jellemzői (neme, életkora) is. Az egészségfelfogás kutatása azért is lényeges, mivel erős és pozitív összefüggést mutat az egészségmagatartással, az egészségügyi ismeretekkel, a szubjektív egészségi állapottal (Kim & Jung, 2015).

Több kutatásban is vizsgálták a holisztikus egészség szemlélet dimenzióit laikusok és szakemberek körében. Lipták és munkatársa (2020) nyitott kérdés segítségével mérte fel az egészség alkotóelemeit: „Milyen kép jut az eszedbe először, amikor meghallod az egészség szót? Meséld el, hogy mit látsz a képen, és írd hozzá egy rövid indoklást!” A kapott válaszok alapján a fizikai tényező volt a legerősebb (95,2%), majd ezt követte az érzelmi (31,7%) és a társas dimenzió (17,5%). A hazai lakosság (n = 1 000) körében végzett felmérés is megerősíti a fizikai dimenzió prioritását az egészség meghatározása során, de a válaszok között emellett megjelentek a komplexebb bio-pszicho-szociális modell elemeit adó feleletek is (Szakály, 2016). Baranya megyében pedagógusok körében (n = 12) félig strukturált interjú módszerével történt adatgyűjtést követően azt tapasztalták, hogy a vizsgált

iskolák szellemisége, értékpreferenciái is jelentősen hatnak a pedagógusok egészségfelfogására. A „szervezetfejlesztő” (mentálhigiénére alapozott szervezetfejlesztő programot megvalósító), és „holisztikus” (az egészségfelfogás egységben való gondolkodását, az egészségnevelésének sokoldalúságát preferáló) oktatási intézményben dolgozó tanárok egészség fogalmában a lelki-szociális területek kerültek dominánsan megemlítésre, míg a többi kutatásba bevont iskola pedagógusai esetében a fizikai dimenzió mutatkozott meg hangsúlyosan (Deutsch, 2011). Leendő és pályán lévő biológiateanárok egészségfogalmának vizsgálata során mindkét csoportban a testi, lelki jóllét dimenziói jelentek meg erőteljesen. Az egészség negatív irányú megközelítése, a hiányokra építő egészségfogalom a leendő biológia tanárok 1/4-nél jelent meg, míg a pályán lévő hasonló szakos pedagógusoknál ez az arány csökkent, és a válaszadók 1/5-nél volt bizonyítható az egészség betegség centrikus megközelítése (Végh & Pusztafalvi, 2020). Szarvasné Mátó Veronika és munkatársa (2006) kutatásában (n = 402) felsőoktatásban aktív hallgatói jogviszonnyal rendelkezők (tanító, művelődésszervező és egészségtan-tanár szakosok) egészségértelmezését vizsgálták önkitöltős kérdőív segítségével. A kutatásban részt vevőknek öt szóval kellett meghatározniuk az egészség fogalmát. A felmérés eredményei alapján az egészség fogalmának lelki, szellemi, érzelmi megközelítése érvényesült dominánsan, majd ezt követően az életmód, a testi megközelítést adó válaszok jelentek meg. Az egészség dimenzióinak megnevezése számottevően nem különbözött nappali és levelező tagozatos hallgatók, illetve nők és férfiak esetében, akik azonos jelentőséget tulajdonítanak az egyes fogalomköröknek. Az egészség betegség-centrikus megközelítése 8,56% arányban jelent meg a válaszok között. Az egészségtan-tanár szakos hallgatók egészségképe sokrétűbb, egészségközpontúbb értelmezést ábrázolt. Németh és munkatársai (2014a) 'draw and say' ('rajzold és mondd') technikát alkalmazva mérte fel az egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatók laikus egészségfelfogását. Az elemzett rajzokon az egészség pozitív irányú megközelítései jelentek meg, korlátozásokat és tiltásokat nélkülözve. A hallgatók elsődlegesen az egészség fizikai dimenzióját fejtették ki rajzban és szóban, amelynek hangsúlyosan megjelenő területei a testmozgás, a táplálkozás és a környezetvédelem volt. A válaszok

összesítését követően az egészség összetevői közül a további területek a következő fontossági sorrendet mutatták: szociális, érzelmi, spirituális (pl. jin-jang, béke, templom, Buddha, mérleg, arany középút, stresszkezelés, jóga, szárnyas szív, galamb szimbólumok, önértékelés), társadalmi (pl. tolerancia a társadalomban, település, egészségügyi ellátás, pénz) és legvégül a mentális összetevő (pl. tudás, műveltség, iskola, könyv) szimbólumok jelentek meg. A kutatók a későbbiekben az előzőekkel azonos adatgyűjtési módszer révén vizsgálták az egészségkép változását tudásbővítést követően is, egészségfejlesztési ismeretek elsajátítása után. Az oktatás után az egészség kiterjedése (I. felmérés átlag 3,85; II. felmérés átlag 4,73 dimenzió), illetve a rajzokon belül megjelenített kategóriák száma (átlag 7,37-ről 9,8 rajzelemre) is emelkedett. A második mérési ponton a kutatásba bevont hallgatók egészségfelfogása részletgazdagabban jelent meg és mélyrehatóbban értelmezték az egészség dimenziót, amelyek közül a fizikális, a mentális, az érzelmi és a spirituális területek ismertetése nagyobb mértékben mutatkozott meg (Németh, Lobánov-Budai, & Bársonyné Kis, 2014b).

Ezen kutatási eredmények alapján látható, hogy az egészségfelfogást a fizikai összetevő dominanciája jellemzi, valamint a laikusok és a szakemberek egészségértelmezése eltér egymástól. Az egészség fogalmának áttekintése mellett kutatásunk szempontjából jelentős megemlíteni az egészségnevelés, valamint az egészségfejlesztés fogalmi meghatározását is. A hagyományos egészségnevelés kockázati tényező elméleten alapuló, elsősorban a betegségek megelőzésére, a meglévő problémák korrigálására, a figyelem felkeltésére irányuló, jelen időre fókuszáló preventív tevékenység (Ewles et al., 1999, Meleg, 2006), elsősorban az egészségi állapot fenntartására irányuló szabályok, a közegészségügyi problémák és a testi nevelés kerül felszínre, a lelki egészséggel nem vagy kevésbé foglalkozik. Az új típusú egészségnevelés azonban olyan, változatos (célcsoport-, életkor- és személyiség-specifikus) kommunikációs és kooperációs formákat használó, tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek folyamata, amely az egészséggel kapcsolatos tudás (ismeretek, készségek, jártasságok, képességek, attitűdök) megszerzéséhez, fejlesztéséhez nyújt segítséget az egyén és a közösség(ek) egészségének előmozdítása érdekében (Paulus, 1995). Az egészségfejlesztés aktív,

cselekvő, pozitív tevékenység, a gondolkodás középpontjába a betegségközpontúság helyett az egészségközpontúság kerül, amelyben benne foglalják a felvilágosítás és az egészségnevelés (Benkő, 2003.). Az egészségfejlesztés komplex folyamat. A feladata képessé tétel a teljes egészség választására, elérésére, amely folyamat reflektálást, változásokhoz való alkalmazkodást, fejlődést vár el az egyéntől. 2012 óta előírás a köznevelési intézmények részére a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés, ami az iskola mindennapjaiban, a tanulók, a pedagógusok és alkalmazotti közösség, az iskolaegészségügyi szolgálat szakemberei, a szülők és az iskola környezetének bevonásával folyamatosan megvalósuló egészségfejlesztési tevékenységek összessége (Somhegyi, 2016, „Az egészség a TIEd is!”, 2016).

MÓDSZERTAN

Kvalitatív, keresztmetszeti, feltáró kutatásunkat Nyugat-Dunántúlon, Vas és Zala megyei főállású iskolavédőnők körében végeztük. Kutatásunk megvalósításához a minta kiválasztása egyszeri, szakértői, célzott mintavétellel történt. Beválasztási kritériumnak tekintettük a felsőfokú végzettségű, aktív foglalkoztatási jogviszonnyal rendelkező, köznevelési intézményekben egészségügyi alapellátást biztosító főállású iskolavédőnők körét. Kutatási engedélyt az iskolavédőnőket foglalkoztató munkahelyi vezetőktől kaptunk, akiknek támogatását követően vettük fel a kapcsolatot az esetscsoport tagjaival. Az iskolavédőnők számára a fókuszcsoporthoz való együttlátás önkéntes volt, mely során főbb kérdéscsoportok kerültek meghatározásra, emellett az egyéni jellegzetességek, a csoportban megfogalmazott vélemények megismerése volt a célkitűzésünk. A minta jellemzőinek bemutatásához leíró statisztikai módszereket alkalmaztunk, majd a fókuszcsoporthoz tartozó szöveges részének feldolgozását tartalomelemzéssel végeztük. Az adatok analízise során számunkra fontos volt az új információk kiemelése, megerősítése, az összegző tömör megfogalmazások, a közös álláspont kialakítása, és lehetőség szerint többféle módszer, szempont alkalmazása az eredmények értelmezése során (Krueger, 1998). Elsőként a szövegeket olyan kategóriákká alakítottunk, amelyekbe az elhangzott tartalmak elemei bizonyos szabályok szerint besorolhatók voltak, majd a minőségi követ-

zetetések megfogalmazása történt értelmező-magyarító eljárások alkalmazásával (Szabolcs, 2011, Soósne Kiss, et al. 2021).

EREDMÉNYEK

A minta jellemzői

A fókuszcsoporthoz interjúban résztvevő iskolavédőnők átlag életkora 46,57 év (SD: 7,17, min: 31, max: 58) volt, családi állapotukat tekintve 10 fő házasságban, 2 fő élettársi kapcsolatban élt, 2 fő egyedülálló/élt volt. Tizenkét védőnő nevelt családjában gyermeket (min: 1, max: 4, M: 2,13). Valamennyi megkérdezett legmagasabb iskolai végzettségét főiskolai képzésben szerezte, de a védőnői képesítés mellett még további főiskolai szintű képzettséggel rendelkezett 4 fő - ebből három védőnőnek egészségfejlesztő-mentálhigiénés szakember, egy főnek pedig egészségtan tanári oklevele volt. A megkérdezettek átlag 25,36 éve szerezték meg védőnői képzettségüket (SD: 7,49, min: 9, max: 36), a védőnői hivatásukat pedig átlagosan 25,21 éve gyakorolták (SD: 7,48, min: 9, max: 36), míg az iskolavédőnői szakmában átlagosan 20,07 éve dolgoztak (SD: 9,25, min: 5, max: 34).

Egészségértelmezés

Az egészség definíciójának feltérképezése kapcsán az interjúban részt vevő iskolavédőnőket arra kértük, hogy egy papírlapra írják le, mi az első szó, gondolat, ami eszükbe jut arról a fogalomról, hogy egészség. A 14 válaszadó felénél jelent meg az 1946-ban az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) Egészség konferenciáján megfogalmazott, majd 1948-ban a WHO Alkotmányában rögzített egészség meghatározás, mégpedig: „az egészség a testi, szellemi és szociális teljes jóllétnek állapota és nem csupán a betegség vagy fogyatékosság hiányából áll” (1948. évi XII. törvény az Egészségügyi Világszervezet Alkotmányának becikkelyezéséről). A csoportok által használt egészségfogalmat a felmerült gondolatok alapján a következőképpen határoztuk meg: az egészség eléréséhez annak valamennyi elemének (testi, szellemi, társas, lelki) megléte szükséges. A teljesség ezen részterületek egyensúlyával egyetemben egy egységes egész-egészséget alkot, lehetővé téve az egyén számára a bizton-

ságot, a gondtalanságot, ami a mindennapokban az életmódban realizálódik és így válhat az egyén életében az egészség a legdrágább kincsé, értéké és jelenthet befektetést a jövőbe. Az egészségfogalmakhoz kapcsolódó egyéni asszociációkat követően a csoportkonszenzus kialakítása során a következő definíciók születtek. „Egészség: testi-lelki összhang, harmónia, ami mindenek felett áll”. „Egészség: testi, lelki, szellemi, szociális egység, harmónia”. Az egészség fogalmakban a komplexitás mellett kulcsgondolat a harmónia, ami az egészség

korábban felsorolt valamennyi elemét összefogja. A fókuszcsoporthoz interjúkban megkérdezettek egészség fogalmi meghatározására adott válaszait rendszereztük és a következő, 1. ábrán foglaltuk össze, amelynek központi eleme az egészség testi-lelki-szellemi-társas egysége volt, amelyet annak további meghatározóival együtt a harmónia kapcsolt egy teljes egészévé, amit az 1. ábrán a kör végtelensége, folytonossága jelez. Ez az egészség, ami mindenek felett áll, a mindennapi élet forrása.

1. ábra: Gondolattérkép az iskolavédőnők asszociációi alapján kialakított egészségfogalom (n = 14)

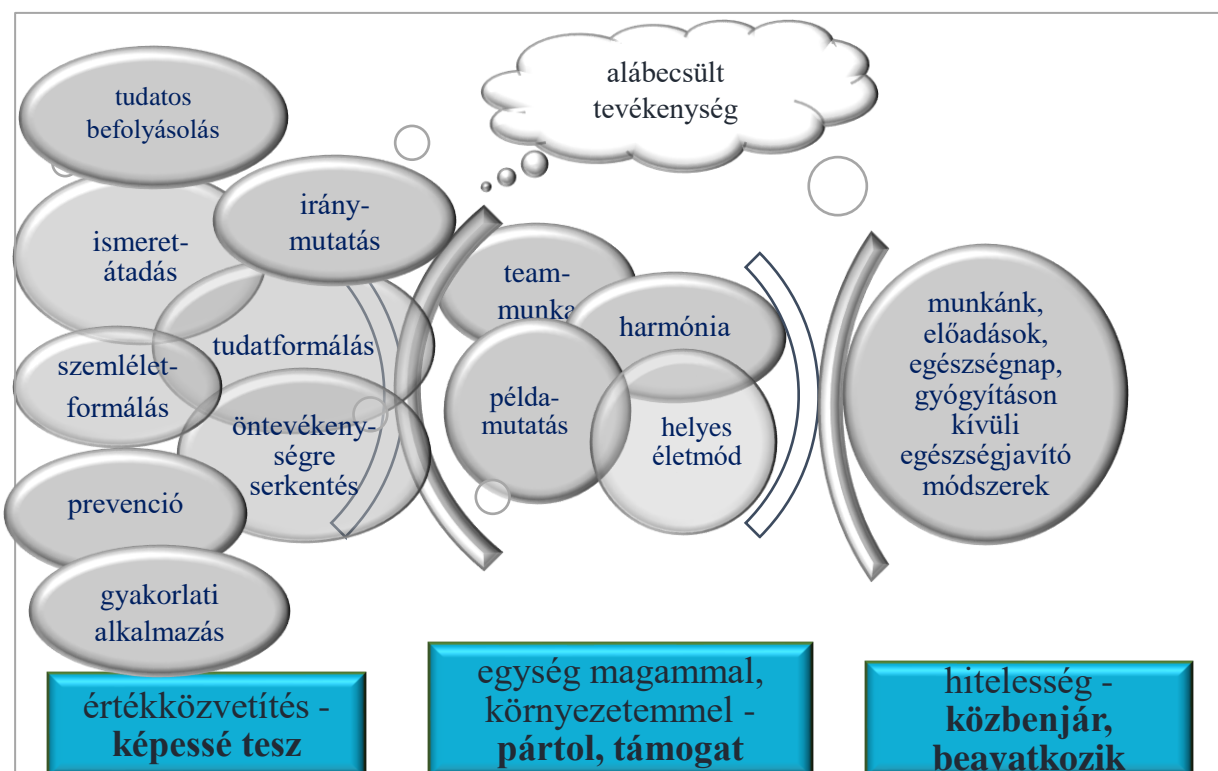


Forrás: saját szerkesztés

Az egészségfejlesztés fogalmi meghatározása

A fókuszcsoporthoz interjúk résztvevőivel az egészségfejlesztés definiálását az előbbi fogalomalkotáshoz hasonló módon tettük meg. A megkérdezettek válaszaiból az egészségfejlesztés feladatrendszerének kulcsfogalmaként az értékkövetítést jelöltük ki, ami egyben a megnevezett (iránymutatás, az ismeretátadás; tudat-, szemléletformálás, tudatos befolyásolás, a prevenció; az öntevékenységre serkentés és a gyakorlati alkalmazás) valamennyi cselekvéshez is köthető. Az egészségfejlesztés megvalósításának módszertanához az előadásokat, az egészségnapokat és a gyógyításon kívüli egészségjavító módszereket említették. A fentebb felsorolt módszertani területeket összefogó kulcsfogalomnak a hitelességet tekintettük, ami valamennyi megemlített feladat eredményesebb megvalósítását jelentősebb mértékben elősegítheti. Az egészségfejlesztés fogalmára adott asszociációk továbbá a következők voltak: példamutatás, helyes életmód, testi-lelki harmónia, teammunka, egység magammal és a környezetemmel. Ezeket az egészségfejlesztést végző szakemberek személyi erőforrásaiként fogalmazzuk meg, amelyek az egészségfejlesztési cselekvések sikeres megvalósításához járulhatnak hozzá, támogathatják azt. Egy meghatározást nem kapcsolunk egyik elemzési kategóriához sem, mégpedig az egészségfejlesztés társadalmi megítélésére vonatkozó asszociációt; az iskolavédőnők úgy gondolták, hogy az egészségért végzett cselekvés alábecsült tevékenység, amelyet a 2. ábrán eltérő színnel jelöltünk.

2. ábra: Gondolattérkép az iskolavédőnők asszociációi alapján kialakított egészségfejlesztés fogalom kapcsán (n = 14)



Forrás: saját szerkesztés

A válaszadók asszociációi alapján az egészségfejlesztési stratégia kulcselemei; az egészségfejlesztő szakemberek belső-külső integritásán, hitelességén alapuló alkalmazott módszertan, érték-közvetítő feladatrendszer. Ennek részzeit a 2. ábra mutatja be.

A közös álláspont megfogalmazása során az iskolavédőnők részéről a következő gondolatok merültek fel. „Ha az egyén nincs rendben, pszichésen nincs rendben, nem tudja átadni másoknak. Ebbe benne vagyunk mi is, mindenki a személyiségével dolgozik, nem tudunk kibújni magunkból. Ne csak egy anyagot adjunk át”. Az alapellátásban lévő szakemberek az egészségfejlesztés tevékenységének eredményességét az egészségfejlesztő személyiségében látták, amelyet az alábbi vélemény is megerősített: „Az én jóllétem, a másik ember jólléte is. Ha beleélem magam, mutatom, látják, ott vagyok”. Az egészségfejlesztés gyakorlati megvalósításához a szakmai tudás mellett elengedhetetlenül fontos a megfelelő személyiségjegyek (egység, külső-belső integritás, példamutatás, harmónia) birtoklása. A hivatásszemélyiséggel rendelkező szakemberek tudják professzionális szinten végezni az egyének, a közösségek egészségének fejlesztését, amelyet a csoportok konszenzus

fogalmi meghatározásai is tükröztek. „Egészségfejlesztés: hitelességen alapuló sokszínű értékátadás, formálás”. „Egészségfejlesztés: összhang, egység magamban, magammal, másik emberrel, környezetemmel”. Az egészségfejlesztés több, mint egészségnevelés.

Az iskolai egészségfejlesztés definiálása

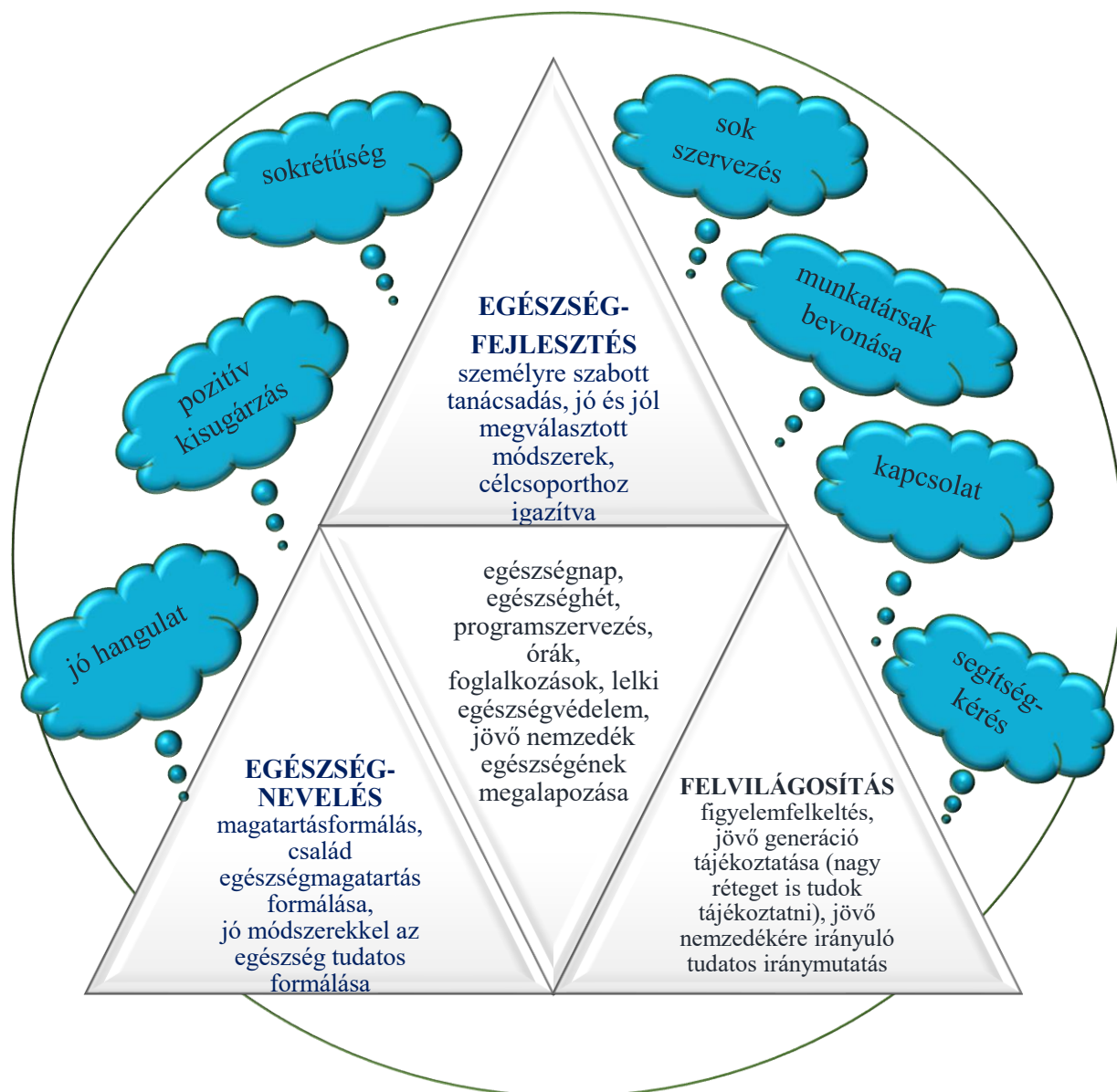
Az iskolai egészségfejlesztés fogalmának meghatározása során is rendszereztük az iskolavédőnők szabad asszociációi által adott válaszokat, mégpedig az egészségpedagógiai feladatok, a cselekvési területek és a megvalósítási feltételek alapján. A válaszok teljessége adta a kategóriába sorolást.

A védőnő egészségpedagógiai tevékenységének összegzését annak három szegmense mentén végeztük el: felvilágosításhoz kapcsolódó tevékenységek, egészségnevelési és egészségfejlesztési feladatok, amelyeknek összetevői a 3. ábrán láthatók. Az iskolavédőnők válaszaiban az iskolai egészségfejlesztés cselekvési területeihez tartozónak tekintettük az egészségnapot, az egészséghetet, a programszervezést, az órákat, a foglalkozásokat, a lelki egészségvédelmet, a

jövő nemzedék egészségének megalapozását. A megvalósítás feltételei közé soroltuk a személyes erőforrásokat (pozitív kisugárzás, jó hangu-

lat), a kapcsolati erőforrásokat (a munkatársak bevonása, kapcsolat, segítségkérés) és a munkaszervezést (sokrétűség, sok szervezés) [3. ábra].

3. ábra: Az iskolavédőnév tevékenységei és annak feltételei az iskolai egészségfejlesztésben az iskolavédőnév válaszai alapján (n = 14)



Forrás: saját szerkesztés

Az iskolai egészségfejlesztés része az iskolai környezet befolyásolása, együttműködés a pedagógusokkal, szülőkkel, diákokkal. Az iskolaegészségügy szakembereinek, így az iskolavédőnévnek jelentős feladatai vannak az iskolai egészségfejlesztési program stratégiai tervezésében is, amelynek része az intézmény tanulói egészségi állapotának, életmódjának az elemzése. A védőnév egészségfejlesztés fogalmi

meghatározására adott válaszait összevetettük az iskolai egészségfejlesztésre adott asszociációkkal: miben jelenik meg ennek a részterületnek a specificitása. Az iskolai egészségfejlesztés cselekvési területeinél plusz elemként jelent meg a lelki egészségvédelem. Az iskolavédőnév válaszai alapján elmondható, hogy az iskolai egészségfejlesztés az egészségfejlesztés speciális területe, annak valamennyi tevékenységét

magában foglalva kiegészül a tájékoztatás, figyelemfelhívás, magatartásformálás, lelki egészségvédelem feladataival, amelyek kivitelezését az erőforrásokra épített, jól megválasztott pedagógiai módszerek segíthetik.

Az iskolai egészségfejlesztés megvalósításának feltételeinél a személyes és kapcsolati erőforrások mellett jelentős szerepet kaptak a szervezési feladatok is.

Az iskolai egészségfejlesztés fogalomalkotásánál megjelenő véleményeket erősségek, gyengeségek, lehetőségek és veszélyeztető tényezők szempontjából kategorizáltuk, vagyis SWOT analízist végeztünk (Atrenghts – erősségek, Weakness – gyengeség, Opportunities – lehetőségek, T – veszélyeztető tényezők). Az iskolavédőnők (n = 14) alábbi, az egészségfejlesztésre irányuló feladataira vonatkozó SWOT analízisének eredményét alább foglaltuk össze:

- a tanórák, a foglalkozások új színterek az érték közvetítésben (lehetőség), de a kivitelezés hátráltató tényezői az időkorlát, a szervezési nehézségek (veszélyeztető tényezők);
- lehetőségek vannak, amikhez viszont hiányoznak a korszerű eszközök, módszerek (veszélyeztető tényezők).
- Az iskolában egészségfejlesztést támogató környezet található (lehetőség), ami viszont nem jár csapatmunkával (gyengeség).
- Motivált gyerekekkel jelentősebb eredmények érhetők el (lehetőség), míg belső indíték hiányában a feladatellátás küzdelmes (veszélyeztető tényezők).

Az iskolai egészségfejlesztés szabad asszociációi során a következő kijelentések jelentek meg (zárójelben a SWOT kategorizálás eredményét tüntetjük fel):

- „kevés az iskolavédőnői továbbképzés, a gyakorlati segítség, alig vannak, jó gyakorlatok, melyeknek a bemutatása hiányzik” (gyengeség, ez a védőnői szakmán múlik)
- „a továbbképzéseken hiányzik, hogy hogyan tudom segíteni, egészségfejlesztési foglalkozásokba beépíteni az egészséges énkép kialakítását, döntés helyzetek segítségét” (gyengeség)
- „a továbbképzés témakörei szinte azonosak, régiek, dohányzás, táplálkozás” (gyengeség)
- „alig vannak módszereink arra, hogyan csináljuk, (gyengeség) sok esetben magunk találjuk ki” (erősség)

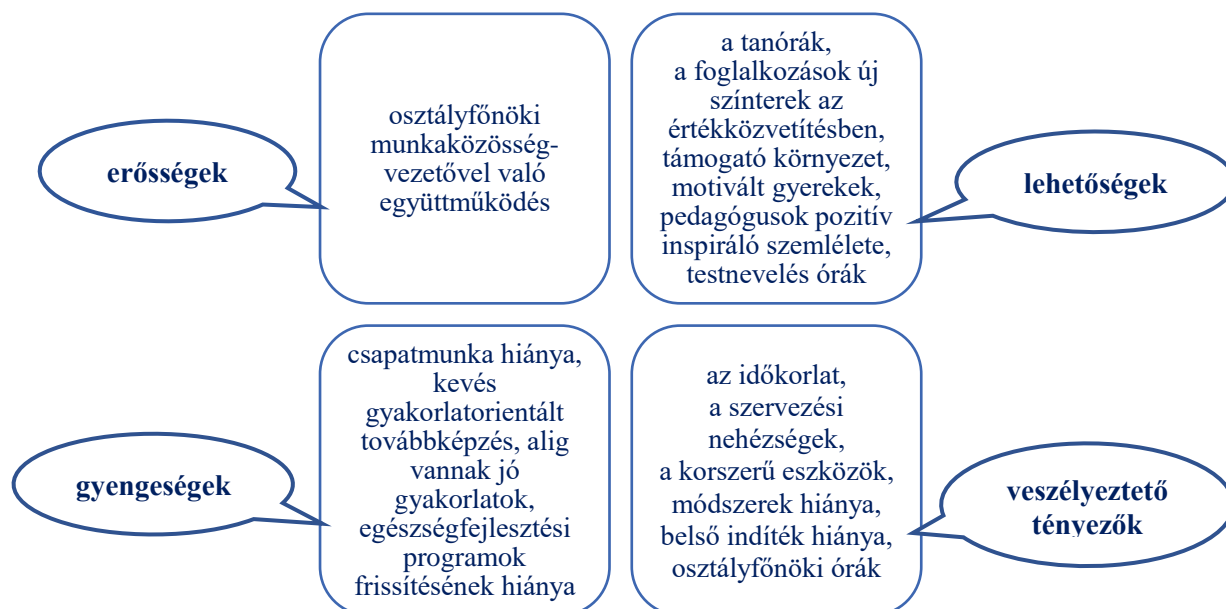
- „ezeket a módszereket egymásnak adjuk át, egymástól tanuljuk meg” (erősség mint teammunka, gyengeség mint szakma)

Beszélgetés alakult ki a szervezési nehézségek és az időgazdálkodás vonatkozásában is. Ezekből idézünk:

- „nagyon gyakran az osztályfőnöki órákat kapjuk meg az egészséges életmódra irányuló foglalkozások vezetéséhez, ami sok esetben 6., 7. óra, de legtöbb esetben péntek 6., 7. óra, ami elmarad, vagy már a tanulók fáradtak. Az osztályfőnöki óra nem alkalmas az egészséges életmódra irányuló foglalkozásokhoz. 45 perc sok esetben kevés – dupla órára lenne szükség” (veszélyeztető tényezők, ezeket nem tudja megváltoztatni a védőnői szakma, de stratégiát találhat arra, hogy miként alkalmazkodjon ehhez),
- „sokszor még a testnevelés órát kapjuk meg ilyen irányú foglalkozásra, az úgynevezett kis testnevelés órát, ami nem a nagy tornateremben van” (lehetőség, de ez panaszként fogalmazódott meg, ugyanakkor gyengeség – a módszertani rugalmasság hiánya),
- „testnevelés órai egészséges életmódra nevelésnek problémája, hogy nincs megfelelő hely az ismeretátadáshoz” (gyengeség – módszertani rugalmasság hiánya),
- „az iskolák egészségfejlesztő programja (Pedagógiai Program része) 5 éve készült, a megnevezett felelősök sok esetben nem dolgoznak az intézményben, tartalmi frissítésre lenne szükség” (gyengeség).

A fókuszcsoportos interjúk keretében az iskolavédőnőket megoldási javaslatok megfogalmazására is kértük, amelyből a következő véleményt tartjuk különösen fontosnak: „testnevelés órák lehetőség szerinti igénybevétele az egészséges életmódra neveléshez (lehetőség), másrészt az osztályfőnöki munkaközösség vezetőjével való együttműködés (erősség), valamint a pedagógusok pozitív, inspiráló szemlélete, viszonyulása különösen fontos (lehetőség)”. Az interjúkban megfogalmazott megoldási lehetőségekben erőteljesen megjelent a csapatmunka szerepe és a szervezési, megvalósítási útvonalak bemutatása. Az iskolai egészségfejlesztés fogalomalkotásánál elhangzott iskolavédőnői válaszok SWOT szempontrendszerbe történő kategorizációját összesíti a 4. ábra.

4. ábra: Az iskolavédőnök iskolai egészségfejlesztő tevékenységeinek meghatározása a SWOT szempontrendszerbe sorolva (n = 14)



Forrás: saját szerkesztés

Az iskolai egészségfejlesztés meghatározásának konszenzusos kialakítása során a következő megállapítások születtek. „Iskolai egészségfejlesztés: jelentős szervezési, koordinációs feladaton, pozitív hozzáálláson (tanár, diák) alapuló sokrétű teammunka”. „Iskolai egészségfejlesztés: a jövő nemzedékére irányuló tudatos iránymutatás, jól megválasztott módszerek segítségével, melyhez elengedhetetlen az én magam személyisége is. Módszerek + én magam személyisége – jövő nemzedékére irányuló tudatos tevékenység”.

MEGBESZÉLÉS, KÖVETKEZTETÉSEK

Az egészségfejlesztés komplex tevékenység magába foglalja az egészséget szolgáló közpolitikát, az egészséget támogató környezet kialakítását, a közösségi tevékenységek erősítését, az egyéni képességek fejlesztését, valamint az egészségügyi rendszer átszervezését is (Kósa, 2010). Az egészségfejlesztés az egészségügyben dolgozók munkájának kulcselemét képezi, ezért különösen fontos, hogy ők hogyan vélekednek az egészségről, az egészségfejlesztésről, ezért vizsgálatunk ennek megismerésére irányult.

Az egészségügyben dolgozók, így az iskolavédőnök számára is kiemelt jelentőségű az egészség fogalmának legátfogóbb ismerete. A család mellett az iskolának, mint másodlagos szocializációs színtérnek hangsúlyos szerepe van az egészséges életmód alakításában (Csima, 2015). Az értékválasztásban a példaképeknek, modelleknek jelentős funkciója van (Hideg, 2020; Hideg, 2021). Az iskolavédőnök hivatásuk és szerepük által közvetített személyes értékekkel a tanulók életmódjára hatást gyakorolnak, a tanulók egészségmagartására direkt és látens módon megjelenő mintával hatnak. Az egészségfejlesztésben a szakemberek érték-közvetítő tevékenysége mellett elengedhetetlenül fontos az egyének, közösségek aktivitása is. Kis elemszám miatt eredményeink értelmezése a jelen kutatásra értelmezhető, ez alapján megállapítható, hogy az iskolavédőnök is az egészségfelfogás professzionális aspektusát definiálták (Németh, Lobánov-Budai, & Bársonyné Kis, 2014b, Végh & Pusztalvi, 2020), az egészséget összetett fogalomnak tekintették. Megemlítették annak testi, lelki, szellemi és társas összetevőit, és ennek összerendezettségét, harmóniáját, amit jövőre irányuló befektetésnek tekintettek, amelynek fenntartása mindenekfelett áll. Az egészség,

az iskolai egészségfejlesztés fogalmának tágabb értelmezése révén az iskolavédőnők a holisztikus szemléletű egészségügyi ellátás biztosítását végzik. A megkérdezett iskolavédőnők az egészségfejlesztés fogalmának meghatározása során olyan válaszokat adtak, amelyek elsősorban az Ottawa Chartában megfogalmazott egészségfejlesztési stratégiát ölelik fel (Kósa, 2010), az egészségfejlesztés feladatrendszeréhez, alkalmazott módszertanához és az egészségfejlesztés szakembereinek erőforrásaihoz kapcsolhatók. Az iskolavédőnők az egészségfejlesztés fogalmát gyakorlatias módon, változatos tevékenységeken, módszereken és szempontokon keresztül ragadták meg. Az egészség fejlesztése a szakemberek belső-külső integritásán, hitelességén alapuló érték közvetítő tevékenysége révén valósítható meg. Az iskolavédőnők válaszai alapján az iskolai egészségfejlesztés az egészségfejlesztés speciális területe, amelynek megvalósításának feltételeinél a személyes és a

kapcsolati erőforrások mellett jelentős szerepet kapnak a szervezési feladatok is. Az iskolai egészségfejlesztés védőnői oldalról megközelítve szervezési, koordinációs feladaton, pozitív hozzáálláson alapuló sokrétű team-munka, amelynek megvalósításához hiteles szakemberek, tudatosság, módszertani ismeretek szükségesek. Az iskolavédőnői ellátás erőssége a felvilágosítás, az egészségnevelés elemeit magába foglaló egészségfejlesztésre irányuló feladatellátás, ami valamennyi iskolavédőnői tevékenységet érinti. Az egymás melletti és/vagy együttes feladatvégzés helyett, a kölcsönös, rendszerességen, együttműködésen alapuló, az egészség valamennyi területét érintő, egészséget támogató iskola-egészségügyi team működése lenne fontos a mindennapokban. A jövő kihívásaira irányuló eredményes és sikeres iskolai egészségfejlesztés szakmai hálózatok megerősítése által érhető el.

Köszönetnyilvánítás: Köszönetemet fejezem ki Prof. Dr. Benkő Zsuzsannának, aki kimagasló szakmai tudásával, értékes tanácsaival segítette a kutatás folyamatát. Köszönettel tartozom mindazoknak, akik a kutatásba vizsgálati személyként bekapcsolódtak, az ő lelkiismeretes hozzáállásuk nélkül nem valósíthatott volna meg ez a felmérés, valamint köszönet illeti az ő munkahelyi vezetőiket is, akik támogatásukkal lehetővé tették munkatársaik részvételét a fókuszcsoporthoz tartozó interjúban.

HIVATKOZÁSOK

- Benkő, Zs. (2003). Az egészségfelfogás változása. Kísérlet az egészség és az egészségfejlesztés értelmezése. In Benkő, Zs. *Mert életem millió gyökerű* (pp. 5–15.). Szeged, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Benkő, Zs. (2009). *Egészségfejlesztés módszertani kézikönyv*. Budapest, Mozaik Kiadó.
- Csima, M. (2013). Az egészségérték közvetítésének pedagógiai aspektusai. In Bertók, R. & Barcsi, T. *Etikák, identitások, perspektívák: szemelvények az erkölcselmélet és a kortárs hivatásetikák köréből* (pp. 299–304). Pécs, Ethosz Tudományos Egyesület Virágmandula Kft.
- Csima, M. (2015). Az egészségfejlesztés szükségessége az óvodapedagógusok és a kisgyermeknevelők képzésében. In Belovári, A. I. *Nemzetközi Kisgyermeknevelési Konferencia: Tanulmánykötet* (pp. 93–99). Kaposvár, Kaposvári Egyetem Pedagógiai Kar.
- Deutsch, K. (2011). Iskolai egészségfelfogás és egészségfejlesztés kvalitatív és kvantitatív kutatások tükrében. *Új Pedagógiai Szemle*, 61(1), 225–234.
- Ewles, L. & Simnett, I. (1999). *Egészségfejlesztés Gyakorlati útmutató*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Hideg, G. (2020). *A fair play múltja, jelene és értéke*. Budapest, Fakultás Kiadó.
- Hideg, G. (2021). Role Model Choice Habits of Primary School and University Students in An International Perspective. *International Journal of Advanced Research*, 3(1), 115–129. doi: 10.37284/ijar.3.1.400
- Kim, S. J. & Jung, E. Y. (2015). A Relevance on Health Perception, Health Knowledge and Health Promotion Behavior of the University students. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 16(8), 5394–5403. doi: 10.5762/KAIS.2015.16.8.5394
- Kósa, K. (2010). Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés? *Népegészségügy*, 88(1), 3–10.

- Krueger, A. R. (1998). *Analyzing end Reporting Focus Group Results*. Thousand Oaks, USA: SAGE Publications, Inc.
- Lipták, M. & Tarkó, K. (2020). Az egészséggel kapcsolatos naiv elméletek, tévképzetek egy próbamérés tapasztalatai alapján. *Egészségfejlesztés*, 61(2), 74–81. doi: 10.24365/ef.v61i2.590
- Lukács, Á., Darvai, S, Soósné Kiss, Zs., Füzi, R., Kerekóné Bihari, I., Gradwohl, E., Kolosai, N., Falus, A. & Feith, H. J. (2018). [Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében](#): Szisztematikus áttekintés. *Egészségfejlesztés*, 59(1), 6–24. doi: 10.24365/ef.v59i1.215
- Lukács, J. Á., Takács, J., Kitzinger, I., Soósné Kiss, Zs., Kapitány-Fövény, M., Falus, A. & Feith, H.J. (2021). [Iskolai cyberbullying-intervenció rövid- és hosszútávú eredményessége a segítségkérés és a programmal való elégedettség dimenziójában](#): A TANTUDSZ ifjúsági egészségnevelési program tapasztalatai általános iskolások körében. *Új Pedagógiai Szemle*, 71 (1–2), 37–55.
- Meleg, Cs. (2006). Egészség és nevelés = Egészségnevelés? *Mester és tanítványa*, 3(10), 18–27.
- Naidoo, J. & Wills, J. (1999). *Egészségmegőrzés gyakorlati alapok*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Rt.
- Németh, A., Bársonyné Kis, K., & Lobánov-Budai, É. (2014a). Egészségügyi főiskolai hallgatók egészségfelfogásának vizsgálata. *Egészségfejlesztés*, 55(1-2), 28–55.
- Németh, A., Lobánov-Budai, É., & Bársonyné Kis, K. (2014b). Egészségügyi főiskolai hallgatók egészségfelfogásváltozásának vizsgálata. *Egészségfejlesztés*, 5(4), 22–31.
- Paulus, P. (1995). *Die Gesundheitsfördernde Schule. Die Deutsche Schule*. Die Deutsche Schule.
- Somhegyi, A. (2016). Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE): jelen helyzet. *Különleges Bánásmód*, 2(4), 61–80. doi: 10.18458/KB.2016.4.61
- Soósné Kiss, Zs. (2002). [Programozott oktatás és alkalmazási lehetősége a szülőségre felkészítésben. Egészségnevelés](#), 43(6), 276–279.
- Soósné Kiss, Zs. (2009). Változó családalapítási tendenciák hatása az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek munkájára. *Egészségfejlesztés*, 50(3), 14–18.
- Soósné Kiss, Zs. (2014). [A sikeres családalapítás többé nem titok: családot alapító párok, őket felkészítő szakemberek kézikönyve](#). Budapest, General Press Könyvkiadó.
- Soósné Kiss, Zs., Feith, H. J., Lukács, J. Á., Mészárosné Darvai, S., Füzi, R., Bihariné Kerekó, I., Kolosai, N., Gradwohl, E., Zombori, J. & Falus, A. (2021). Tutorálás „felső” fokon – a Tantudsz ifjúsági egészségnevelési program tutoraival készített első fókuszcsoportos megbeszélés eredményei, programfejlesztési javaslatok, az új program bemutatása In Sántha, Á. Kortárs kihívások és megoldások a közegészségügyben (pp. 109–126). Kolozsvár, Presa Universitara Clujeana.
- Szabolcs, É. (2011). A tartalomelemzés folyamata. In I. Falus, I. K. Tóth, I. Bábosik, E. Réthy, É. Szabolcs, I. Nahalka, M. N. Mayer, *Bevezetés a pedagógiai kutatás módszereibe* (pp. 275–276.). Budapest, Műszaki Könyvkiadó Kft.
- Szakály, Z. (2016). Egészségmagatartás, viselkedésváltozás és személyre szabott táplálkozás: az élethosszig tartó egészség koncepciója. In A. Fehér, Á. Kiss Virág, M. Soós, & Z. Szakály, *Hitelesség és értékorientáció a marketingben* (pp. 5–25.). Debrecen, Debreceni Egyetem Gazdaságtudományi Kar Kereskedelem és Marketing Intézet.
- Szarvasné Mátó, V. & Benkő, Zs. (2006). Főiskolai hallgatók egészségképe összehasonlító vizsgálat. *Magyar Pedagógia*, 106 (2), 107–127.
- Tugut, N., Celik, B., & Yilmaz, A. (2021). Health Literacy and Its Association with Health Perception in Pregnant Women. *Journal of Health Literacy*, 6(2), 9–20. doi: 10.1016/j.pec.2014.04.014.
- Végh, V. & Pusztalvi, H. (2020). Leendő és gyakorló biológiateanárok egészségdefinícióinak összehasonlító elemzése. *Egészségfejlesztés*, 61 (1), 6–18. doi: 10.24365/ef.v61i1.528
- „Az egészség a TIE-d is!” A teljes körű iskolai egészségfejlesztés tevékenységei. Ajánlás a pedagógusok részére (2016). Budapest, EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága, EMMI Oktatásért Felelős Államtitkársága.

Információk a szerzőkről**Karácsony Ilona**

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi, Alapozó
Egészségtudomány és Védőnői Intézet, Szombathely
ilona.karacsony@etk.pte.hu

Ferenczy Mónika

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Ápolástudományi, Alapozó
Egészségtudomány és Védőnői Intézet, Szombathely

Pachner Orsolya

Eötvös Loránd Tudományegyetem Pedagógiai és Pszichológiai Kar Pedagógiai és
Pszichológiai Intézet, Szombathely

Copyright © 2022 Karácsony Ilona, Ferenczy Mónika, Pachner Orsolya. Kiadó: Nemzeti
Népegészségügyi Központ. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből

[Egészségnevelési attitűd és egészségmagatartás középiskolai pedagógusok körében](#)

[Cikkismertetés: Mennyire hatásos a közösségalapú, rendszerszemléletű
gyermekelhízás-megelőzés?](#)

[Serdülőkorú diákok társas kapcsolatainak elemzése a viselkedésváltoztatást célzó
beavatkozások támogatásához](#)

Szakedokumentum: Az egészségfejlesztő iskolák kézikönyve

Review: Manual for health promoting school

Ismertető:	Somhegyi Annamária
Ismertetett dokumentum:	Vilaça, T., Darlington, E., Velasco, M. J. M., Martinis, O., & Masson, J. (2019) EIE ISKOLAI KÉZIKÖNYV 2.0 - Módszertani útmutató az egészségfejlesztő iskolává váláshoz. Egészséges Iskolák Európában Hálózat Alapítvány (EIE), Haderslev, Dánia. ISBN 978-87-94161-08-4 https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/health-promoting-school/hungarian-she-school-manual2-0.pdf
Kulcsszavak:	iskolai egészségfejlesztés; teljeskörű megközelítés; részvétel
Keywords:	school health promotion; whole school approach; participation

Beküldve: 2022. 07. 08., elfogadva: 2022. 07. 08., doi: [10.24365/ef.8926](https://doi.org/10.24365/ef.8926)

A Schools for Health in Europe Network Foundation (rövidítve: SHE, magyarul: Egészséges Iskolák Európában Hálózat Alapítvány; EIE) 2019-ben megújította a 2013-ban kiadott, az egészségfejlesztő iskolák segítésére készített kézikönyvét. Ennek a „SHE School Manual 2.0” címet viselő kézikönyvnek a magyar fordítása a SHE felkérésére 2021-ben készült el és jelent meg a SHE honlapján.

Az „EIE Iskolai kézikönyv 2.0” 78 oldalon kalauzolja az olvasót az egészségfejlesztő iskolává válás útján, számos hasznos elméleti magyarázattal és még több gyakorlati tanáccsal, illetve módszerrel, bőséges szakirodalommal, informatív ábrákkal és táblázatokkal, igényes kivitelben. A cím ellenére nemcsak annak lehet hasznos, aki az iskoláját egészségfejlesztő iskolává kívánja alakítani, hanem annak is, aki ezen a téren javítani kívánja iskolája tevékenységeit.

Mivel hazánkban 2012 óta minden köznevelési intézmény részére előírás lett a teljeskörű intézményi egészségfejlesztés (TIE) (ld. a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012 /VIII. 31./ EMMI rendelet 128-131. §.), így nálunk jelentősen különbözik a helyzet attól az Európában egyébként szokásos helyzettől, melyben azért kell küzdeni, hogy minél több iskola váljon egészségfejlesztővé. Nálunk már nem ez a cél, hiszen a jogszabályi előírás miatt a TIE minden iskola kötelező feladata. Ellenben azért, hogy a minden iskola részére előírt tennivalókat a pedagógusok minél jobban

végezhessék, bizony nekünk is van még tennivalónk bőven.

A fenti lényeges különbség miatt az EIE Kézikönyv több ponton is eltér attól, ami nálunk szükséges, illetve lehetséges. Ezekre a lényeges pontokra a Kézikönyv előszava hívja fel az olvasók figyelmét. Ezek közül álljon itt négy példa a Kézikönyv elejéről:

- A 14. oldalon található 6 alkotóelem, melyet az EIE kezdetektől fogva hangsúlyoz, magában foglalja a TIE 4 alapvető egészségfejlesztési tevékenységét (ld. a jogszabályt, illetve a 2016-ban kiadott TIE-ajánlást: <http://www.egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-mindennapokban.html>), valamint a TIE-ajánlásban leírt alapvető körülményeket, melyek közt ezeket végezni szükséges. A mi megfogalmazásunk tömörebb.
- A 18. oldalon az EIE kézikönyv útmutatása nem javasol egészségtémákat, mert azok megválasztása az iskola feladata a folyamat részeként. Nálunk ez nem így van: a TIE meghatározta a tennivalókat és megadja az egészségtémákat is, hogy ne tegyük esetlegessé, hogy az egyes tanulókhöz mi jut el és mi nem. Természetesen az iskolának a saját munkája tervezésekor feladata van abban, hogy felossza, elhelyezze az egészségtémákat az egyes évfolyamok nevelésében-oktatásában (ld. TIE ajánlás IV. tevékenysége).

- A 19. oldalon az EIE kézikönyv annak mérlegelését írja le, hogy mi gátolhatja az iskola vezetését abban, hogy egészségfejlesztő iskolává akarja tenni intézményét. Ez nálunk nincs, nem is lehet így, hiszen egyik iskola sem óhajt jogszabályellenesen működni.
- A 22. oldalon - és később is még számos helyen - az EIE kézikönyv a szükséges pénzforrásokat hangsúlyozza. Ez sincs így nálunk: az iskolák működését, mint közfeladatot, az állam finanszírozza.

A Kézikönyv az első, 2013-as változatnál jóval hosszabb lett, aminek fő oka, hogy most több elméleti háttérismeretet és több gyakorlati-módszertani példát mutat be. Az első fejezetben (4-7. oldal) az új kiadás indoklását és célját, illetve felépítését találjuk meg. A második fejezet (8-15. oldal) az iskolai egészségfejlesztésről, az ehhez kapcsolódó alapfogalmakról, a „teljes iskola”, azaz a teljeskörű megközelítésről tájékoztat és működő mintákat is bemutat. A harmadik fejezet (16-37. oldal) az egészségfejlesztő iskola létrehozásának 5 lépését írja le. A negyedik fejezet (38-48. oldal) az iskolai egészségfejlesztés közös alkotáson alapuló tervezéséről szól. A referenciák a 49-52. oldalon, majd az 53-77. oldalig az 1-4. függelék található. Alább álljon néhány olyan lényeges idézet a Kézikönyv első és második fejezetéből, mely a Kézikönyv iránt érdeklődést kelthet azokban, akik az iskolai egészségfejlesztést jobbítani óhajtják saját környezetükben – akár pedagógusokban, akár az ő munkájukat segítő népegészségügyi szereplőkben, akár az iskola környezetében ténykedő és élő civilekben (köztük a szülőknél).

A Kézikönyv céljai között világosan látható, hogy a mi helyzetünkben is használható, hiszen nemcsak az egészségfejlesztővé válást, hanem annak egyre jobb megvalósítását is segíti:

„A Kézikönyv ösztönözni kívánja azokat a folyamatokat és lehetőségeket, melyek képessé teszik, bátorítják, támogatják és kalauzolják a gyermekeket és fiatalokat abban, hogy igényesen mérlegeljenek és cselekedjenek egyénileg és közösen is az egészség előmozdítása és a környezet fenntarthatósága érdekében. Ezért az óvodásokat és az iskolásokat is hasznos bevonni az egészségüket és környezetüket érintő kérdések megoldásába.

Felnőtt segítséggel ki lehet alakítani bennük azt a képességet, hogy cselekvően vegyenek részt saját egészségük megőrzésében, valamint az egészség feltételeinek és a környezeti fenntarthatóságnak a javításában ott, ahol élnek és tanulnak.

Összefoglalva, ezen kézikönyv célkitűzései:

1. Az egészségfejlesztő iskola fogalmának bemutatása.
2. Támogatás és ösztönzés nyújtása a nemzeti/regionális EIE koordinátorok, állami vezetők, iskolaigazgatók, tanárok, helyi segítők és más résztvevők részére, hogy az iskola egészségfejlesztővé váljon vagy ezen a téren egyre jobb legyen.
3. A nemzeti/regionális kormányzatok, minisztériumok bátorítása, hogy olyan köznevelési környezetet alakítsanak ki, melyben minden tanuló hatékony egészségfejlesztésben részesül az iskolájában.
4. Világos irányelvek, stratégiák és cselekvési tervek megfogalmazásának bátorítása az iskola egészségfejlesztővé válása vagy ezen a téren történő további fejlődése érdekében.
5. Nemzeti/regionális EIE koordinátorok, iskolaigazgatók, pedagógusok, helyi segítők és minden más résztvevő bátorítása arra, hogy az iskolai egészségfejlesztés a több színterű, együttes munkán alapuló megközelítésben történjen.
6. Az iskola támogatása abban, hogy a tanulók cselekvő és értő hozzáértése fejlődjön saját egészségük előmozdítása érdekében.”

Az egészség és az oktatás-nevelés összefüggése (ehhez a Kézikönyv természetesen szakirodalmi hivatkozást is ad):

„Az egészség és az oktatás egymással szorosan összefügg:

- Az egészséges gyermekek tanulási képessége jobb és kevesebbet hiányoznak az iskolából
- Az iskolába járó gyermekek nagyobb valószínűséggel lesznek egészségesek
- Azok a tanulók, akik jó kapcsolatban vannak a részükre meghatározó felnőttekkel és iskolájukkal, kevésbé

vesznek részt az egészséget kockázató tevékenységekben és nagyobb valószínűséggel lesznek jó tanulók

- A tanulási eredményesség pozitív kapcsolatban áll a hosszútávú anyagi helyzettel és az egészséggel
- Az iskolai alkalmazottak egészségének és jóllétének fejlesztése a táppénz csökkenéséhez és nagyobb munkahelyi elégedettséghez vezethet.
- Az iskolai alkalmazottak és a tanulók egészségfejlesztési tevékenységei révén a felnőtteknek lehetőségük nyílik pozitív példaképpé válni.

Mindezekért az iskolai egészségfejlesztés támogatja az iskola oktatási-nevelési valamint a társadalmi és munkahelyi céljait, miközben a teljes iskolai közösség egészségére hatással van.”

Az egészségfejlesztő iskola működésének lényege:

„Az egészségfejlesztő iskola az egészséget és a jóllétet rendszerbe, azaz az iskola mindennapi életébe épített módon szolgálja és erre van írásos terve vagy irányelve. Tevékenységekre épül az egész iskolai közösség, vagyis a tanulók, tanárok és egyéb iskolai alkalmazottak, szülők részvételével, és fontos szerepet játszik a döntések meghozatalában. Hangsúlyt helyez az ismeretek, készségek és az elkötelezettség növelésére az egész iskolai közösség körében az egészség és jóllét javításáért.”

Az egészség és a fenntartható fejlődés szolgálata összekapcsolódik:

„A bizonyítékok azt mutatják, hogy az egészséget és a fenntartható fejlődést szolgáló teljeskörű, más szóval ”egész-iskola” megközelítés szorosan összefügg és azt mutatja, hogy a tanulók egészsége és fenntartható környezete egyaránt alapvető a tanulási eredményességük szempontjából. St. Leger [13] hangsúlyozza,

hogy az egészség és a fenntartható környezet érdekében végzendő munkát szorosan össze kell kapcsolni.”

Néhány jól működő minta az iskolai egészségfejlesztésben:

- „Annak biztosítása, hogy az iskolai közösség tagjai – beleértve a tanulókat, tanárokat és egyéb alkalmazottakat és a szülőket – sajátjukénak érezzék az iskolát, az iskolai életet.
- A korábban szokásos, csak a tantermi foglalkozásokra és egyes különálló beavatkozásokra épülő egészségfejlesztés felváltása a teljeskörű, más szóval ”egész-iskola” megközelítéssel.
- Olyan társas környezet megteremtése, mely a nyílt és őszinte kapcsolatokat erősíti az iskolai közösség tagjai között.
- Olyan iskolai légkör teremtése, mely a tanulók társas kapcsolati készségeire és tanulási eredményességére is hangsúlyt helyez.
- Többféle tanulási és tanítási stratégia alkalmazása, beleértve a tudásátadás különböző csatornáinak együttes alkalmazását is (például tananyag, iskolai szabályok, tantermen kívüli tevékenységek).
- Az egészség-témák feltárása a tanulók saját életében és közösségeiben.”

A Kézikönyv végére ugorva: külön figyelemfelhívást érdemel a gazdag szakirodalom, valamint a 2. és a 3. függelék:

A 2. függelék az iskolai tevékenység-tervező, mely a harmadik fejezetben leírt 5 lépéshez mutat jól használható, kitölthető táblázatokat (ezek jó ötleteket adhatnak és minden iskola úgy használhatja, ahogyan az számára megfelelő).

A 3. függelék az iskola részére közvetlenül használható gyorsértékelő kérdéseket tartalmazza, szintén kitölthető táblázatokban. Ezen értékelő kérdések a Kézikönyv talán leghasznosabb részét képezik. Természetesen ezeket is helyi körülményekhez történő illesztéssel lehet alkalmazni az iskolának.

AJÁNLÁS A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az EIE Kézikönyv a hazai pedagógusok érdeklődésére is számot tarthat: főleg azon pedagógusok forgathatják majd haszonnal, akik mélyebben érdeklődnek, nemzetközi példákra is kíváncsiak és az olvasottakat a hazai, saját körülményeikhez tudják igazítani. A pedagógusokon kívül azonban a népegészségügyi szereplők is kaphatnak jó ötleteket akkor, amikor az iskolákban folyó teljeskörű egészségfejlesztési tevékenységekhez kívánnak segítséget nyújtani a pedagógusok részére. Mint azt a vonatkozó 20/2012. EMMI rendelet 128-131.§. 2021. augusztus 31-ei pontosítása is tartalmazza: a népegészségügyi szereplők ezen munkájához a kulcs, illetve a kapocs az iskolaorvos, vele közösen lehet megszervezni egy adott iskola részére a népegészségügyi segítségnyújtást.

HIVATKOZÁSOK

Vilaça, T., Darlington, E., Velasco, M. J. M., Martinis, O., & Masson, J. (2019) EIE ISKOLAI KÉZIKÖNYV 2.0 - Módszertani útmutató az egészségfejlesztő iskolává váláshoz. Egészséges Iskolák Európában Hálózat Alapítvány (EIE), Haderslev, Dánia. ISBN 978-87-94161-08-4 <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/health-promoting-school/hungarian-she-school-manual2-0.pdf>

Információk a szerzőről

Somhegyi Annamária
Országos Gerincgyógyászati Központ, Budapest
annamaria.somhegyi@bhc.hu

Copyright © 2022 Somhegyi Annamária. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi Központ.
Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből

[Cikkismertetés: Kanadai tapasztalatok az iskolások mindennapos testmozgási programjának sikeres megvalósításáról Serdülőkorú diákok társas kapcsolatainak elemzése a viselkedésváltoztatást célzó beavatkozások támogatásához](#)

[Cikkismertetés: A gyermekkori elhízás rendszeralapú megelőzése — N3.0 a gyakorlatban](#)

[Cikkismertetés: Óvodai és iskolai táplálkozási szakpolitikák az Egyesült Királyságban, Svédországban és Ausztráliában](#)

[Cikkismertetés: A káros gyermekkori élmények hosszú távú egészségügyi következményei és ezek költségei Európában és Észak-Amerikában](#)

Könyvismertetés: Egészségfejlesztő szervezetfejlesztés – álom vagy realitás?

Review: Health Promoting Organizational Development – vision or reality?

Ismertető:	Lippai László Lajos
Ismertetett cikk:	Grossmann, R. & Scala, K. (2004) <i>Egészségfejlesztés és szervezetfejlesztés. Egészséges színterek fejlesztése</i> . Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. ISBN 963 9167 93 2.
Kulcsszavak:	egészségfejlesztő szervezetfejlesztés; projektmenedzsment
Keywords:	health promoting organisational development; project management

Beküldve: 2022. 07. 08., elfogadva: 2022. 07. 22., doi: [10.24365/ef.8927](https://doi.org/10.24365/ef.8927)

HÁTTÉR

Az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodája 1993-ban adta ki két jeles osztrák szervezetfejlesztési szakember, Ralph Grossmann és Klaus Scala könyvét. A „Health Promotion and Organisational Development” angol kiadása „Egészségfejlesztés és szervezetfejlesztés” címmel 2004-ben magyarul is megjelent.

Annak dacára, hogy az eredeti kiadvány három évtizede íródott, megítélésünk szerint a mai napig aktuális és gondolatébresztő olvasmány.

RÖVIDEN A KÖNYVRŐL

A kötet az egészségfejlesztési kontextusban megvalósuló szervezetfejlesztés elméleti és módszertani megalapozására vállalkozik. Ehhez egybegyűjti az akkor aktuális egészségfejlesztési (vö. Ottawai Charta, lásd. WHO, 2005.) és szervezetfejlesztési alapokat, abban a mélységben, amely azon olvasó számára is követhető, akinek mindkét téma újdonság.

Azonban a szerzők túllépnek a konceptuális alapvetések pusztá egybegyűjtésén, mégpedig úgy, hogy az Ottawai Charta szellemiségében megvalósuló egészségfejlesztés szervezetfejlesztési olvasatát biztosítják számunkra. Az alábbiakban néhány gondolatuk kiemelésére mutatjuk be megközelítésük (számunkra) sarkalatos pontjait.

„Az egészséget befolyásoló tényezők széles skálája ismert: az ember biológiai működése és életmódja, az egészségügyi intézményrendszer, a társadalmi és a természeti környezet. Az uralkodó társadalmi attitűd azonban még mindig az, hogy az egészség főként az egészségügyi szakemberek és az egészségügyi szakembereket foglalkoztató szervezetek felelőssége és nem tartozik más szakmára, illetve szervezetekre.” (Grossmann és Scala, 2004, 8. o.) A szerzők kifejtik, hogy ha az egészségfejlesztést valóban ki akarjuk terjeszteni a társadalmi élet minden területére, akkor a társadalom összes szektorára kell hatást gyakorolnunk, mégpedig az adott szektor szervezeteiben megvalósuló egészségfejlesztésen keresztül.

„A jelenlegi egészségügyi rendszer a betegségre fókuszál. A betegségek kezelése nemcsak jobban szervezett, de az is nyilvánvaló, hogy könnyebben megszervezhető, mint az egészséggel kapcsolatos feladatok. [...] A szervezetek problémák megoldására jöttek létre; a probléma a betegség, az egészség viszont nem az. Nincs külön társadalmi alrendszer, amely az egészségfejlesztésért felelős lenne, mert az egészségfejlesztés egyszerre több társadalmi alrendszert céloz meg.” (Grossmann és Scala, 2004, 26. o.)

Az Ottawai Chartát inspiráló Lalonde Jelentés óta tudjuk - főként civilizációs betegségek és az egészségkárosító magatartásformák esetében -, hogy mire egy egészségi probléma az egészségügy látókörébe kerül, addigra az évek, évtizedek

óta fennálló káros szokások, viselkedéselemek, környezeti hatások következtében kialakuló egészségromlás a legjobb esetben is csak részben fordítható vissza (Lalonde, 1974).

Másfelől, ahogy arra már a Lalonde Jelentés is rámutat, a lakosság jelentős része az egészségről dichotóm koncepcióban – tehát az „egészséges” és a „beteg” diszkrét kategóriáiban – gondolkodik, melyekhez sajátos attribúciós torzítások is kapcsolódnak az egyéni felelősséget és kompetenciákat illetően. Ebből adódóan, állapítja meg a Lalonde Jelentés, a lakosság jelentős része úgy gondolkodik, hogy ha magát az „egészséges” kategóriába sorolja, akkor „minden rendben”, tehát semmi teendője sincs az egészségével kapcsolatban. Ha viszont „beteg”, akkor „mentsék meg az egészségügyi szakemberek”, tehát neki személy szerint szintén semmi teendője nincs az egészségét illetően (Lalonde, 1974).

Következésképpen, a lakosság jelentős része nem látja a saját helyét, szerepét önmaga egészségének megőrzésében. Ebből, állapította meg a Lalonde Jelentés, egy sajátos paradoxon adódik. Egyrészt, a lakosság életmódjának jelentős népegészségügyi következményei vannak, mely döntő hatással van az egészségügyi ellátó rendszer leterheltségére és hatékonyságára. Másrészt, a lakosság jelentős része nem törődik életmódjának egészségére gyakorolt hosszútávú következményeivel, és erre az egészségügyi ellátó rendszernek csak minimális ráhatása van. E paradoxon feloldására javasolták az egészségfejlesztést, melynek célja, hogy az „egészségesek” körében is legyen társadalmi szintű ráhatásunk arra, hogy egészségesebb életmódot folytassanak (Lalonde, 1974).

A Lalonde Jelentés tehát elsősorban társadalmi szintről közelítette meg ezt a kérdéskört. Az Ottawai Charta ehhez hozzátette még a szintérszemlélet jelentőségét is. Az viszont mindenképpen Grossmann és Scala (2004) érdeme, hogy kidolgozták az egészségfejlesztő szintérszemlélet szervezeti vonatkozásainak jelentőségét.

Grossmann és Scala (2004) kifejti, hogy a fenti paradoxon kialakulásában döntő szerepet játszik a szervezetek eredendő „csőlátása”. Az egészségügyi ellátó rendszert alkotó szervezetek és a szervezeteket működtető szakemberek a diagnosztizált egészségromlásra fókuszálnak, mert annak helyreállítása társadalmi feladatuk. A diagnosztizáló szakaszban – tehát a minden-

napi életben – az egészségügyi rendszer hatóköre, kompetenciája és felelőssége is erősen korlátozott. Miután az egészségügyben dolgozó szakemberek elsősorban a megrendült egészségi állapot helyreállítására fókuszálnak, a lakosság életmódját is elsősorban az egészségromlás esélyei és kockázatai felől közelítik meg. Ez az az egészségre erőforrásként tekintő, folyamatelvű szemléletmódra épülő egészségfejlesztésnek egy fontos, de viszonylag szűk szeletét fedi le csupán.

Hadd illusztráljuk mindezt egy hasonlattal! Ha ég egy ház, akkor tűzoltót hívunk. A tűzoltóknak az a társadalmi feladatuk, hogy ha valahol tűz üt ki, akkor minél előbb eloltsák azt, így előzve meg a nagyobb károkat. Továbbá tűzvédelmi feladataik is vannak, hogy minél kevesebb legyen az esély arra, hogy valahol tűz üthessen ki. Az egészségünk vonatkozásában az egészségügyi ellátó rendszer is hasonló szemléletmóddal működik.

Másfelől viszont a tűz fontos része mindennapi életünknek. Ételt készíthetünk a segítségével, vagy fűtésre is használhatjuk. Naponta használjuk, a mindennapi életünk szerves részeként és természetesen fontos, hogy ezt tűzvédelmi szempontból is biztonságosan tegyük meg, de más tudást igénylő szakemberekre van szükség ezekhez a feladatokhoz. A tűzvédelmi szabályzatok nem tudják kiváltani a szakácskönyveket vagy a fűtésszerelési útmutatókat.

Ez az analógia az egészségfejlesztés vonatkozásában akkor alkalmazható, ha az egészségre erőforrásként tekintünk. Az egészségfejlesztéssel a mindennapos tevékenységeinkbe, életmódunkba ágyazott szokásokat alakítunk, melyek elsősorban életcéljaink elérése szempontjából hasznosak számunkra, de egyúttal egészségesélyeinket is javítják. Elsősorban egy értelmes és boldog élet kialakítására törekszünk, nem csupán az egészségromlás vagy a depresszió elkerülésére. Erre a társadalmi élet minden aspektusában szükség van, legyen szó családkorról, iskolákról, munkahelyekről vagy a társadalmi élet más színtereiről.

Végül, vegyük észre, hogy a társadalomban tűzoltókra, szakácsokra és fűtésszerelőkre egyaránt szükség van. Nem releváns kérdés, hogy melyik szakma a fontosabb. Viszont nagyon is lényeges, hogy a szakácsoknak és a fűtésszerelőknél is legyenek tűzvédelmi ismereteik és ha szükséges,

tudják a tűzoltókat hívni. Másfelől viszont ugyanilyen fontos, hogy a tűzoltóknak is jusson finom étel egy kellemesen fűtött helyiségben. Hasonlóképpen, az egészség vonatkozásában is ugyanúgy szükség van egészségfejlesztésre, mint a megromlott egészségi állapot egészségügyi ellátására.

„Az egészségfejlesztés szempontjából alapvető, hogy felismerjük a szervezetek fontosságát. A szervezetek határozzák meg az egészség szempontjából fontos feltételeket, valamint az egészségfejlesztés is szervezeti változást igényel. [...] Az egészséggel kapcsolatos színterek fejlesztése azt jelenti, hogy szervezetekkel foglalkozunk, ami a beavatkozás és a megvalósítás speciális módját követeli meg.” (Grossmann és Scala, 2004, 5. o.)

Szervezet alatt, Andorka Rudolf nyomán, az emberek többé-kevésbé formális kapcsolatokra épülő csoportját érthetjük, amelyet valamilyen konkrét cél megvalósítása érdekében hoztak létre (idézi Klein, 2016). Ez minden esetben egy behatárolható társadalmi (és egyben) társas egységet is jelent, melynél egyértelműen megállapítható, hogy kik a tagjai és milyen eszközöket vagy infrastruktúrát birtokol. Így a szervezet tagjainak és eszközeinek pusztán összességéhez képest más minőséget jelent. Ez a más minőség részben arra utal, hogy az egyének önmagukhoz képest mások szervezeti kontextusban: lehetnek túlteljesítők (vö. szinergia) vagy alulteljesítők. Másfelől, a szervezeteknek vannak olyan sajátosságai is, amelyek a szervezeti tagok interakciói révén alakulnak ki, így csak az adott szervezetre jellemzők, azon kívül nem vagy nem olyan módon léteznek. Ezek azonosításával és vizsgálatával foglalkozik a szervezettudomány (pl. szervezeti struktúra, szervezeti kultúra, szervezeti döntéshozatal, szervezeti politika stb.)

A „szervezetek fontossága” egyáltalán nem olyan evidens az egészségfejlesztésben, mint amilyenek hangzik. Márpedig az egyének az iskolában, a munkahelyükön vagy más szervezetekben folytathatnak jóval egészségesebb vagy egészségtelenebb életmódot is annál, mint ahogy azt önmaguktól tennék. Nemcsak az individuális tudás, attitűdjük vagy készségeik számítanak tehát, hanem az a szervezeti környezet is erőteljes hatással van az egyén életmódjára, amelyet a szervezetekben zajló sajátos folyamatok (protokollok, normák és döntések) alakítanak ki. Az egészségfejlesztésben használt módszerek

többsége az egyéni döntések alakítására alkalmas pedagógiai és pszichológiai módszerek érintetlenül hagyják a szervezeti folyamatokat, ami az egészségfejlesztő akciók során is óriási hátrányt jelent. Egy-egy hatásos előadás, egyéni életmódtanácsadás, tréning keretében végzett csoportmunka vagy a social marketing keretében készült médiaanyag többé-kevésbé hatással van az egyén tudására, attitűdjére vagy magatartására. Viszont ez a hatás akkor maradhat jó eséllyel tartós, ha támogató szociális és tárgyi környezetben valósul meg. Egy informális szervezeti norma formájában jelentkező társas támasz vagy egy betartandó formális szervezeti előírás nagymértékben segíti az egyéni tudás, attitűd vagy viselkedésforma rögzülését. Másfelől, az egészségfejlesztő beavatkozás indulhat akár a szervezeti környezet felől is, melyhez szervezeti tagságuk révén alkalmazkodniuk kell az egyéneknek, ami utólag generálhat egy individuális tudás, attitűd vagy szokásváltozási folyamatot. Ha figyelmen kívül hagyjuk a szervezeti jelenségszintet, akkor ezek a motivációs hajtóerők nem hasznosulnak vagy akár felül is írhatják az egyéni beavatkozások eredményeit.

A szervezetek a természeti és társadalmi környezetükbe integráltak (vö. Benkő, 2019) léteznek. Tehát, szervezetszociológiai nyelven kifejezve, minden szervezet valamilyen intézményi kontextusban helyezkedik el (vö. Andorka Rudolf, idézi Klein, 2016.), amely a szervezet felé számos jogi, politikai és társadalmi elvárást, igényt és szabályt közvetít. Fontos tudni azonban, hogy a szervezetek *a maguk módján alkalmazkodnak* az intézményi kontextushoz. Egy-egy politikai irányelvből, döntésből vagy jogszabályból a szervezetek azt valósítják meg, amit megértettek belőle és olyan módon, amilyen szervezeti kompetenciákkal rendelkeznek. Az egészségfejlesztést támogató szervezeti kompetenciák fejlesztése nélkül a legjobb szándékkal született jogszabályok és politikai kezdeményezések is legfeljebb „papíron” fognak megvalósulni.

Bár „az egészségfejlesztő beavatkozások céljainak tisztázásában a színtér-szemlélet hasznosnak bizonyult” (Grossmann és Scala, 2004, 40. o.), ma is újdonságnak hat a szerzők azon kijelentése, miszerint „a „színtér” nemcsak az egészségfejlesztési akciók térbeli helyét határozza meg, de azokat a társadalmi entitásokat is, amelyeknek változniuk kell” (Grossmann és Scala, 2004, 40. o.). Ebből adódik, hogy például olyan mértékadó szakmai koncepciókban, amilyen például

Vitrai és mtsai (2021) tanulmánya is, az egészségfejlesztéséhez, megőrzéséhez és javításához kapcsolódó hazai és nemzetközi népegészségügyi és egészségfejlesztési trendek feldolgozása után kialakított elméleti és módszertani keretben nem jelenik meg a szervezetek jelenségszintje és a szervezetfejlesztés módszertana sem.

Az egészségfejlesztés kapcsán ritkán történik a szervezeti magatartásra vonatkozó empirikus adatgyűjtés. Jellemzően a célcsoportot képező egyének életmódjának, tudásának és kompetenciáinak feltérképezése valósul meg, az intézményi háttér elemzése is napirenden van, főként a politikai irányelvek és a jogszabályi környezet feltárásának formájában. Viszont a szervezetek formális és informális aspektusairól, valamint azok egészségre gyakorolt aktuális hatásairól ritkán készül rendszerezett felmérés.

Ebből adódóan az egészségfejlesztés módszertani repertoárjában sem hangsúlyosak a szervezetfejlesztési eszközök. „Az egészségfejlesztés központi feladata az, hogy az egészségesebb választás egyben a könnyebb választás is legyen. Ebből világosan kitűnik, hogy az egészségfejlesztés nem közvetlenül az egyénekre irányul, hanem az életfeltételek változtatásának szándékával lép fel.” (Grossmann és Scala, 2004, 17. o.). A szervezeti struktúra és kultúra alakítása speciális módszertant igényel, amelyről alig-alig esik szó. A szervezeti tagok egészségét befolyásoló tárgyi és infrastrukturális tényezők, döntési és munkafolyamatok és az informális közösségi élet szokásainak feltárása és összehangolt fejlesztése messze több lehet, mint néhány ad hoc értekezlet és pár tréning.

Grossmann és Scala könyve az egészségfejlesztő szervezetfejlesztés gyakorlati megvalósításához is nyújt módszertani támpontokat. Ebben a projektmenedzsment szerepét látják döntőnek. Megközelítésükben az egészségfejlesztő projektmenedzsment a szervezeti változások megvalósításának olyan módszertanát jelenti, melynek keretében az adott szervezet kiszámított pénz- és időbeni kockázatok mentén lépésről lépésre tapasztalhatja ki az egészségesebbé javítása érdekében szükséges szervezeti változásokat. Nem csak a kipróbálásra és a tapasztalatszerzésre, hanem a célszervezetben kitapasztalt változások állandósítására is nagy hangsúlyt helyeznek.

Grossmann és Scala kötetének megjelenése óta lényegében hasonló alapokra építő, de továbbfejlesztett koncepciók is megjelentek, mint például a partneri együttműködés keretrendszere (WHO Europe, é. n.). De színtérspecifikusabb szervezetfejlesztési koncepciók is vannak, lásd. az egészségfejlesztő iskolák módszertana (lásd. Vilaça és mtsai, 2020), vagy a munkahelyi egészségfejlesztés módszertana (az alapokért lásd. Demmer, 1995., és Hanson, 2007). Fontos hangsúlyoznunk azonban, hogy bár ezeknek a színtérspecifikus koncepcióknak vannak explicit szervezetfejlesztési aspektusai, a gyakorlatban ez sokszor háttérbe szorul és az egyénre fókuszáló módszerek dominálnak. A szervezetet jellemző élet- és munkakörülmények, a (munka)folyamatok és a szervezeti kultúra egészségesebb irányba történő befolyásolása lenne a tartós változás kulcsa, melyet nem tudnak kiváltani szórványos előadások, ismeretközvetítő és készségfejlesztő tréningek, social marketing akciók.

Ugyanilyen fontos aspektus, hogy ezen változásokat nem, vagy csak részlegesen lehet a szervezeten kívülről „kikényszeríteni”. Szervezetfejlesztési tapasztalat, hogy a szervezetek vezetői és tagjai annyit fognak megvalósítani az adott szervezetre vonatkozó jogszabályokból és rendeletekből, amennyit megértettek azokból (Klein, 2016). Megértés hiányában is megvalósulnak a szervezeti változások, de gyakran csak papíron vagy úgy, hogy idegen zárványként vannak jelen a szervezet mindennapjaiban (Grossmann és Scala, 2004). Ha azt szeretnénk elérni, hogy egészségfejlesztő szellemiségüknek megfelelően valósuljanak meg az ilyen kezdeményezések egy adott szervezetben, például egy iskolában vagy munkahelyen, akkor időt és szervezetfejlesztési támogatást is kell biztosítani az egyes szervezetek számára a szemléletmód lépésről lépésre történő befogadására. Ez az egészségfejlesztő szervezetfejlesztés végső célja.

Véleményünk szerint a könyvön erősen érződik, hogy tréninganyagnak íródott, annak minden előnyével és hátrányával együtt. Előnynek tekinthető, hogy az egészségfejlesztő szervezetfejlesztés szempontjából fontos koncepciók, modellek és módszerek koherens és könnyen befogadható áttekintését adja. Hátránya viszont, hogy ezen koncepciók és modellek kifejtésébe, értelmezésébe és szakirodalmába nem mélyed el kellő

részletességgel. A szerzők gondolatmenete ettől még érthető, de kijelentéseik szakirodalmi megalapozottságának feltárása többletmunkát igényel az olvasó részéről. Az egészségfejlesztő projektmenedzsment módszertani lépéseinek leírása is meglehetősen száraz, az értelmezést és gyakorlati megvalósítást segítő módszerek bemutatása hiányos. A könyvre épülő tréningben ezek minden bizonnyal megjelentek, de a kötetben nem kerültek kifejtésre.

A címben feltett kérdésre a válaszuk az, hogy az egészségfejlesztő szervezetfejlesztés egyszerre álom és realitás. Hitelesen képviselheti az egészségfejlesztés vízióját a szalutogenetikus egészségről, annak minden idealisztikusságával együtt. Ugyanakkor már Grossmann és Scala idejében is megvolt az a praktikus módszertani repertoár, melynek alkalmazásával a szervezetfejlesztés reálisan megvalósítható egészségfejlesztési beavatkozássá válhat.

AJÁNLÁS A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az Egészségfejlesztés és szervezetfejlesztés című könyv fő témáját az egészségesélyeket javító szervezeti változások megvalósításának módszertana képezi. Mindenképpen kiemelendő, hogy az itt bemutatott projektmenedzsment-megközelítés akkor is hasznos, ha a szervezeti változás pályázati támogatással, főleg, ha uniós támogatással valósul meg. Az uniós pályázatokban elvárt projekttervezési és megvalósítási módszerek és elvárások sokat finomodtak 1993 óta, de az egészségfejlesztő szervezetfejlesztéshez kapcsolódó projektek és pályázatok szakmai alapjainak megértéséhez még mindig hiánypótló munkának számít ez az írás.

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

HIVATKOZÁSOK

- Benkő, Zs. (2019). Az egészség történeti és modern megközelítése. Az egészségfejlesztés fogalma, szemléletmódja. In Benkő, Zs., Lippai, L., & Tarkó, K., *Az egészség az életünk tartópillére. Egészségtanácsadási kézikönyv.* (pp. 15-48). Szegedi Egyetemi Kiadó Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. ISBN 978-615-5946-06-6
- Demmer, H. (1995). *Worksite Health Promotion: How to go about it. With the assistance of Karin Kunkel und Barbara Orfeld.* European Health Promotion Series Nr. 4, WHO/Europe, BKK BV(edd.). ISBN 3-924379-40-8
- Grossmann, R. & Scala, K. (2004). *Egészségfejlesztés és szervezetfejlesztés. Egészséges színterek fejlesztése.* Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó. ISBN 963 9167 93 2.
- Hanson, A. (2007). *Workplace Health Promotion: A Salutogenic Approach.* AuthorHouse. ISBN 978-1-4259-9726-7.
- Klein, S. (2016). *Vezetés- és szervezetpszichológia.* Edge 2000. ISBN:978 963 9760 38 7
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: a working document.* Department of National Health and Welfare. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.
- Vilaça, T., Darlington, E., Miranda, M. J., Martinis, O., Masson, J. (2020). SHE SCHOOL MANUAL 2.0. A Methodological Guidebook to become a health promoting school. Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE). ISBN 978-87-971891-4-6
- Vitrai, J., Bíró, É., Girán, J., Kollányi, Zs., Pipicz, M., Somhegyi, A., & Várfalvi, M. (2021). Milyen legyen a népegészségügy legújabb iránya? Vitaindító az új népegészségügyi szemlélet sajátosságairól. *Egészségfejlesztés*, 62(1), 81-94. doi: 10.24365/ef.v62i1.716
- WHO (2005). Ottawai Charta. In Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (szerk.), *Iskolai egészségfejlesztés. Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez.* JGYF Kiadó. pp. 163-170. ISBN 963- 7356- 05-3
- WHO Europe (é. n.). *Coalition of Partners.* World Health Organisation Regional Office for Europe. <https://www.who.int/europe/initiatives/coalition-of-partners>.

Információk a szerzőről

Lippai László Lajos

Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségpszichológia és Mentálhigiéné Tanszék; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged
lippai.laszlo.lajos@szte.hu

Copyright © 2022 Lippai László Lajos. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi Központ.
Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből

[Cikkismertetés: Mi a hatékony együttműködés titka az egészségfejlesztésben \(is\)?](#)

[Komplex beavatkozások kidolgozása és értékelése](#)

[Cikkismertetés: Kanadai tapasztalatok az iskolások mindennapos testmozgási programjának sikeres megvalósításáról](#)

[Cikkismertetés: A beavatkozástól a beavatkozási rendszerig](#)

Cikkismertetés: A COVID—19 világjárvány hatása a szexuális tevékenységre és aktivitásra: szisztematikus áttekintés és metaanalízis

Article review: Effects of the COVID—19 pandemic on sexual functioning and activity: a systematic review and meta-analysis

Ismertető:	Devosa Iván
Ismertetett cikk:	Masoudi, M., Maasoumi, R. & Bragazzi, N.L. (2022): Effects of the COVID-19 pandemic on sexual functioning and activity: a systematic review and meta-analysis. <i>BMC Public Health</i> 22, 189 https://doi.org/10.1186/s12889-021-12390-4
Kulcsszavak:	COVID—19 világjárvány; szexuális tevékenység; szexuális aktivitás; szisztematikus áttekintés; metaanalízis
Keywords:	COVID—19 pandemic; sexual functioning; sexual activity; systematic review; meta-analysis

Beküldve: 2022. 04. 30., elfogadva: 2022. 06. 15., doi: [10.24365/ef.8475](https://doi.org/10.24365/ef.8475)

HÁTTÉR

2019 decembere óta, amikor először jelentettek megbetegedést a kínai Hubei tartománybeli Wuhanban, az új SARS-CoV-2 vírus gyorsan terjedni kezdett az egész világon, majd globális világjárvánnyá nőtte ki magát. A COVID—19 okozta pandémia során a bevezetett közegészségügyi intézkedések az emberek szexuális aktivitását is érintették. A rendkívüli körülmények, az emberi tevékenységek korlátozása, a sporttevékenységek csökkenése, a gazdasági problémák, a fokozott pszichológiai stressz és a szórakozási lehetőségek csökkenése valóban drámai hatással lehetett a szexuális aktivitásra és működésre. Az ismertetett tanulmány célja a COVID—19 világjárvány szexuális aktivitásra és működésre gyakorolt hatásairól szóló, korábban közzétett és adatbázisokban elérhető tanulmányokból származó bizonyítékok összegyűjtése, rendszerezése és összefoglalása.

MÓDSZER

Az adatgyűjtés 2019. december és 2021. január vége között zajlott. Az adatsorok elemzéséhez a standardizált átlagos különbséget (SMD) használták a COVID—19 okozta pandémia szexuális aktivitásra és működésre gyakorolt hatásainak becsléséhez és értékeléséhez, csak a hetero-

szexuális tevékenységre vonatkozó adatokkal dolgoztak. Ehhez forrást a MEDLINE (a PubMed interfészen keresztül), a Web of Science (WOS), az Embase, a CINAHL, a Cochrane Library, a Scopus és a PsycINFO tudományos adatbázisok szolgáltatták.

EREDMÉNYEK

Huszonegy tanulmányt vontak be a jelen tanulmányba, melyben összesen 2 454 nőt és 3 765 férfit vizsgáltak. A metaanalízisben a szexuális tevékenységet és aktivitást két standardizált és megbízható eszközzel, nevezetesen a "Női szexuális funkció index" (FSFI) és a "Nemzetközi erekciós funkció index-5 tétel" (IIEF-5) segítségével értékelték. Összesen 5 tanulmány számolt be az FSFI pontszámáról a COVID—19 világjárvány előtt és után a női résztvevőknél. A véletlenszerű hatásmodell alapján az SMD értékének csökkentése -4,26 volt (statisztikailag szignifikáns). Összesen 3 tanulmány számolt be az IIEF-5 pontszámáról a COVID—19 pandémia előtt és után a férfi résztvevőknél. A véletlenszerű hatásmodell alapján az SMD értékének csökkenése -0,66 (statisztikailag szintén szignifikáns). E tanulmányok többségében a résztvevők a COVID-19 világjárványt megelőző időszakhoz képest a szexuális kapcsolatok számának csökkenéséről és az önálló szexuális tevékenység,

különösen a maszturbáció gyakoriságának növekedéséről számoltak be.

KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmány eredményei feltárták, hogy a COVID—19-hez kapcsolódó korlátozások a szexuális diszfunkció magasabb arányával és a szexuális aktivitás csökkenésével korreláltak, a metaanalízis eredményei azonban azt is megmutatják, hogy a szexuális működésben bekövetkezett változás a nőknél nagyobb mértékű volt, mint a férfiaknál. Az elemzés

korlátja, hogy a vizsgálatba bevont tanulmányok földrajzi, kulturális és etnikai tekintetben sokfélék voltak, és az eredmények között jelentős különbségek mutatkoztak.

A szex minden ember életének egyik fontos dimenziója, ezért a kutatóknak azonosítaniuk kell azokat a tényezőket, amelyek a COVID—19 okozta pandémia miatt szexuális diszfunkcióhoz vezetnek a közösségükben. A szakembereknek hatékony programokat kell kidolgozniuk és megvalósítaniuk a szexuális tevékenységet befolyásoló heterogén okok csökkentésére, fókuszálva a világjárvány idején megjelenő pszichológiai megterhelésre.

AJÁNLÁS A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A pandémia hazánkat is súlyosan érintette, így a tanulmányban ismertetett adatok a magyar társadalmat is érzékenyen érintik. A hazai szakemberek felelőssége, hogy olyan preventív és poszttraumatív programokat dolgozzanak ki, amelyek a magyar kultúrkörben a leghatékonyabban segíti a COVID—19 okozta pandémia miatt kialakult problémák kezelését mind egyéni, mind társadalmi szinten.

HIVATKOZÁSOK

Masoudi, M., Maasoumi, R. & Bragazzi, N.L. (2022): Effects of the COVID-19 pandemic on sexual functioning and activity: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 22, 189 <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12390-4>

Információk a szerzőről

Devosa Iván
Károli Gáspár Református Egyetem Pedagógiai Kar, Kecskemét
ivan@devosa.hu

Copyright © 2022 Devosa Iván. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi Központ. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből

[Cikkismertetés: Mi a szexuális jóllét, és miért fontos a népegészségügy szempontjából?](#)

[Cikkismertetés: Mi a hatékony együttműködés titka az egészségfejlesztésben \(is\)?](#)

[A szexuális életre nevelő könyv ajánlója 81 évvel ez előttről](#)

Cikkismertetés: A katonai szexuális trauma mentális egészségi következményei: a francia hadseregben végzett felmérés eredményei

Article review: Mental health consequences of military sexual trauma: results from a survey in the French military

Ismerető:	Devosa Iván
Ismertett cikk:	Moreau, C., Duron, S., Bedretdinova, D. et al. Mental health consequences of military sexual trauma: results from a national survey in the French military. <i>BMC Public Health</i> 22, 214 (2022). https://doi.org/10.1186/s12889-022-12545-x
Kulcsszavak:	szexuális zaklatás; depresszió; poszttraumás stressz zavar; francia hadsereg; nemek közötti egyenlőtlenségek
Keywords:	sexual harassment; depression; posttraumatic stress disorder; French military; gender disparities

Beküldve: 2022. 04. 02., elfogadva: 2022. 05. 10., doi: [10.24365/ef.8371](https://doi.org/10.24365/ef.8371)

HÁTTÉR

A katonai szexuális trauma (*military sexual trauma, MST*) az Amerikai Egyesült Államok szövetségi törvénye szerint a katona aktív szolgálata során elkövetett szexuális erőszakból eredő pszichológiai trauma, melyet egyre inkább jelentős közegészségügyi problémaként ismernek el, tekintettel annak gyakoriságára és egészségügyi következményeire (Allard CB, Nunnink S, Gregory AM, et al 2011). Ez a jelenség különösen elterjedt az amerikai hadseregben szolgáló nők körében, bár szám szerint több esetben érintettek a férfiak, mivel ők létszám szempontjából felülreprezentáltak. Ugyanakkor keveset tudunk a katonai szexuális traumáról és következményeiről más katonai környezetben, ideértve az európai környezetet is.

MÓDSZER

A tanulmány egy, a francia hadseregben végzett felmérésen alapul, amely 1 268 katona és 232 katonanő bevonásával készült. Két- és többváltozós elemzést végeztek egyszerű és multinomiális logisztikus regressziók segítségével, hogy az MST különböző formái és a depresszió tünetei közötti összefüggéseket, valamint a pozitív poszttraumás stressz zavar (*post-traumatic stress disorder, PTSD*) szűrési pontszámai közötti

összefüggéseket értékeljék. Az elemzés az MST következő típusait vizsgálta: ismételt szexuális megjegyzések önmagukban; a szexuális elnyomás egyik formájának jelenléte (kényszerítés, ismételt szóbeli nem kívánt figyelem vagy támadás); illetve több szexuális stresszor együttes jelenléte.

EREDMÉNYEK

A nők nagyobb valószínűséggel éltek át az MST-t és súlyosabb formáit, mint a férfiak. A nők a férfiaknál nagyobb gyakorisággal számoltak be mentális egészség tünetekről is (a depressziós tünetek tekintetében 31% a 18%-kal szemben, valamint pozitív PTSD-szűrési pontszámok tekintetében 4,0% az 1,8%-kal szemben). Az MST különböző formái a pszichológiai distressz különböző szintjeivel jártak együtt. A kizárólag ismétlődő szexuális megjegyzéseket jelentő nőknél 3,0-szor nagyobb volt a depressziós tünetek esélye, mint az MST-t nem mutató nők esetében. Hasonlóképpen a depressziós tünetek esélye 6,5-szer volt magasabb azon nők és 8,0-szor magasabb azon férfiak körében, akik több szexuális stresszt tapasztaltak, szemben azokkal, akik nem számoltak be MST-ről. A szexuális stresszorok bármely formájáról beszámolt nők körében a PTSD-szűrési pontszámok küszöbérték alatti relatív kockázata is

magasabb volt, beleértve a szexuális megjegyzéseket. A több szexuális stresszhatást átélt nők körében az MST nélküli nőkhöz képest a pozitív PTSD-szűrési pontszámok relatív kockázatának tizenegyszeresét találták.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az MST összefüggésbe hozható a mentális egészségi problémákkal a francia hadseregben szolgálók, különösen az ott szolgáló nők esetében. Szükség van az MST csökkentését célzó megelőző programokra, valamint megfelelő pszichológiai támogatást biztosító szűrőprogramokra az MST megnövekedett kockázata és a pszichológiai következmények miatt.

AJÁNLÁS A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A Magyarországon működő egyenruhás testületeknél is óhatatlanul megjelenik a probléma, hiszen a merev alá-fölé rendeltséget biztosító parancsuralmi rendszer magában hordozza a szexuális visszaélés alapjait. Az átélt traumáknak az egyénre gyakorolt romboló hatása miatt fontos, hogy a szervezetek vezetői megfelelő súllyal kezeljék a kérdést, és szigorúan, időben fellépjenek ellene.

HIVATKOZÁSOK

- Moreau, C., Duron, S., Bedretdinova, D. et al. Mental health consequences of military sexual trauma: results from a national survey in the French military. *BMC Public Health* 22, 214 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12545-x>
- Allard CB, Nunnink S, Gregory AM, et al. Military sexual trauma research: a proposed agenda. *J Trauma Dissociation*. 2011;12:324–45

Információk a szerzőről

Devosa Iván
Károli Gáspár Református Egyetem, Budapest
ivan@devosa.hu

Copyright © 2022 Devosa Iván. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi Központ. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből

[Cikkismertetés: Mi a szexuális jóllét, és miért fontos a népegészségügy szempontjából?](#)

[A szexuális életre nevelő könyv ajánlója 81 évvel ez előttről](#)

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

Cikkismertetés: A társadalmi nemekről (genderről) való gondolkodás megváltoztatásának pozitív hatása a serdülőkorúak szexuális egészségére

Article review: The positive effect of transformed gender-related thinking on the sexual health of adolescents

Ismertető:	Vitrai József
Ismertetett cikk:	Lohan, M., Brennan-Wilson, A., Hunter, R., Gabrio, A., McDaid, L., Young, H., French, R., Aventin, Á., Clarke, M., McDowell, C., Logan, D., Toase, S., O'Hare, L., Bonell, C., Gillespie, K., Gough, A., Lagdon, S., Warren, E., Buckley, K., Lewis, R., & White, J. (2022). Effects of gender-transformative relationships and sexuality education to reduce adolescent pregnancy (the JACK trial): a cluster-randomised trial. <i>The Lancet. Public health</i> , 7(7), e626–e637. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00117-7
Kulcsszavak:	társadalmi nem; szexuális nevelés; serdülők
Keywords:	gender; sexuality education; adolescents

Beküldve: 2022. 07. 14., elfogadva: 2022. 08. 05., doi: [10.24365/ef.8937](https://doi.org/10.24365/ef.8937)

ELŐZMÉNYEK

Szisztematikus szakirodalmi áttekintés segítségével kimutatták, hogy az iskolai alapú párkapcsolati és szexuális nevelés (*relationships and sexuality education*; RSE) hatékonyan segíthet abban, hogy a serdülők elsajátítsák a nem kívánt terhesség elkerülését szolgáló tudást és készségeket, de nem biztos, hogy mindez csökkenti a védekezés nélküli szexuális kapcsolatok gyakoriságát. Továbbá, az átfogó RSE hatékonyabbnak bizonyult, mint a kizárólag az ún. önmegtartóztatásra épülő megközelítések. A szexuális és reprodukív egészséget és jogokat (*sexual and reproductive health and rights*; SRHR) befolyásoló nemi egyenlőtlenségek csökkentését célzó, nemekről való gondolkodást¹ módosító megközelítések

(*gender transformative approach*²) alkalmazására, valamint a fiúk és lányok szexuális és reprodukív egészséggel kapcsolatos közös felelősségének előmozdítására vonatkozó kutatások az RSE fókuszú szakirodalmi áttekintés során nem voltak azonosíthatók.

MÓDSZERTAN

A cikkben ismertetett folyamat- és egészséggazdasági értékeléssel kísért klaszter-randomizált vizsgálat az *If I Were Jack*³ (Ha Jack helyében lennék) iskolai beavatkozást tesztelte az Egyesült Királyság iskoláiban a 14-15 éves diákok esetében szokásosan alkalmazott RSE-vel (kontroll) szemben. Az iskolákat véletlenszerűen (1:1

¹ A társadalmi nem, vagy angolul gender meghatározása az Isztambuli Egyezmény 3. cikk c) pontja szerint: „azok a társadalmilag kialakult szerepek, viselkedési formák, tevékenységek és jellegzetes tulajdonságok, amelyeket egy adott társadalom a nők és a férfiak tekintetében helyesnek tekint;”

² A társadalmi nemekről való gondolkodás megváltoztatását célzó megközelítések (*gender-related thinking approach*) olyan programok és beavatkozások, amelyek lehetőséget teremtenek a fennálló nemi alapú normák megkérdőjelezésére és a nemek közötti egyenlőtlenségek kezelésére. A megközelítés a reprodukív egészség kapcsán például a nők felelősségének (pl. fogamzásgátló tabletta szedése) egyoldalú hangsúlyozása helyett mindkét nem egyenlő felelősségét helyezik előtérbe (pl. férfiak kondom használata, HIV szűrés) (Health Communication Capacity Collaborative (Hc3), 2014).

³ A "Ha én lennék Jack" egy bizonyítékokon alapuló, 14 éves fiatalokat célzó oktatási beavatkozás, amelynek célja a tinédzserkori terhesség megelőzése és a pozitív szexuális egészség előmozdítása. Egyedülálló társadalmi nemekről való gondolkodást módosító megközelítésével hatékonyan szólítja meg a fiúkat és a fiatal férfiakat, és arra kéri őket, hogy gondolják át szerepüket és felelősségüket a nem kívánt terhesség megelőzésében és a pozitív szexuális egészség előmozdításában. A beavatkozás egyedülálló módon egy interaktív videodrámát is tartalmaz, amelyet fiatalok és szakpolitikai szakértők közösen készítettek.

(<https://www.qub.ac.uk/sites/if-i-were-jack/>)

arányban) sorolták be a kísérleti és a kontroll csoportba, és a résztvevők a teljes beavatkozás során nem ismerték, hogy melyik csoportba tartoznak. A beavatkozás eredményeként elsődlegesen azt vizsgálták, hogy milyen arányban jelentkezett a védekezés nélküli nemi élet elkerülése (szexuális absztinencia vagy megbízható fogamzásgátló használata az utolsó szex alkalmával) a beavatkozást követő 12–14 hónap elteltével. Az adatokat a beválasztás szerinti (*intention-to-treat*) kevert-hatás regressziós modellek segítségével elemezték.

EREDMÉNYEK

A JACK-kísérlet az első olyan iskolai alapú, a társadalmi nemekről való gondolkodást módosító RSE-intervencióval kapcsolatban végzett randomizált kutatás, amely folyamat- és egészséggazdasági értékeléseket is tartalmaz. A „Ha Jack helyében lennék” beavatkozás célja a 14-15 éves fiúk és lányok közös felelősségvállalásának előmozdítása a nem kívánt terhességek megelőzése és a pozitív szexuális egészség növelése érdekében. A szerzők megállapították, hogy a teljes diákpopulációban a beavatkozásnak nem volt szignifikáns hatása a védekezés nélküli nemi élet megjelenési gyakoriságának csökkentésére, amelyet a szexuális absztinencia vagy az utolsó szexuális együttlétkor megbízható fogamzásgátlás használata mint indikátorok segítségével vizsgáltak. Az elsődleges eredmény két különálló összetevőjének, utólagos, *poszt-hoc* feltáró elemzése során azonban azt találták, hogy a megbízható fogamzásgátlás használata az utolsó szexuális együttlétkor jelentősen nőtt azon diákok körében, akik a beavatkozást követő 12–14 hónapban szexuálisan aktívak voltak vagy lettek. A kísérleti és a kontroll csoport között azonban nem mutatkozott a vizsgált időszakban szignifikáns különbség a szexuális absztinencia tekintetében. A beavatkozás pozitív hatással volt valamennyi diák szexuális egészséggel kapcsolatos

ismereteire, a progresszív férfiszerepekhez kapcsolódó normákra és a nem kívánt terhesség megelőzésére irányuló szándékra. Nem volt azonban szignifikáns hatása a szexuális énhatékony vagy a nem kívánt terhességre vonatkozó kommunikáció tekintetében. A „Ha Jack helyében lennék” más iskolai beavatkozásokhoz képest alacsony költségű, és a megbízható fogamzásgátló eszközök használatának megfigyelt növekedése alapján végzett modellezés azt sugallja, hogy egy húsz éves időszakra vetítve a beavatkozás valószínűleg költséghatékony lesz a nem kívánt terhességek és a szexuális úton terjedő fertőzések elkerülése révén.

KÖVETKEZTETÉS

Az átfogó, iskolai alapú RSE-intervenciók népegészségügyi jelentőségű hatásokkal járhatnak a serdülők biztonságos, pozitív és kellemes intim kapcsolataihoz szükséges alapvető ismereteinek javításában most és a jövőben. Különösen nagy érdeklődés övezi a társadalmi nemekről való gondolkodást módosító szexuális nevelésben rejlő lehetőségeket. Az ismertetett vizsgálat nem talált bizonyítékot arra, hogy egy ilyen beavatkozás a 14–16 évesek körében csökkenjen a védekezés nélküli szex valószínűségét a szexuális absztinencia vagy a fogamzásgátlás megbízható használatának növelése révén. Ugyanakkor a fiatal korban szexuálisan aktív diákok körében növelte a megbízható fogamzásgátlás használatát, és ennek eredményeképpen valószínűleg költséghatékony. A jövőbeni kutatásoknak meg kell fontolniuk a fiúkra irányuló, a társadalmi nemekről való gondolkodást módosító beavatkozásoknak az RSE-tantervekbe történő beépítését, és más korosztályokra vonatkozóan történő továbbfejlesztését és értékelését, valamint fel kell tárniuk e beavatkozások hosszabb távú hatásait, mivel egyre több diák válik szexuálisan aktívvá.

AJÁNLÁS A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A bemutatott eredmények arra utalnak, hogy érdemes minden fiatalt korán bevinni a szexuális nevelésbe a biztonságos pozitív és kellemes intim kapcsolatok kialakítása érdekében. Az ilyen megközelítés hazai indokoltságát alátámasztja az a tény, hogy Magyarországon a 20 év alattiak közel 7%-a volt várandós 2017-ben (Statista, 2022). A hagyományos szexuális nevelés kiegészítése hasznosnak látszik a társadalmi nemekről való gondolkodást módosító programokkal, hiszen az ismertetett közlemény eredményei is igazolják, a fiúk tudása és attitűdjük pozitív változtatása pozitívan és költséghatékonyan befolyásolja a serdülők szexuális életét.

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

HIVATKOZÁSOK

- Lohan, M., Brennan-Wilson, A., Hunter, R., Gabrio, A., McDaid, L., Young, H., French, R., Aventin, Á., Clarke, M., McDowell, C., Logan, D., Toase, S., O'Hare, L., Bonell, C., Gillespie, K., Gough, A., Lagdon, S., Warren, E., Buckley, K., Lewis, R., & White, J. (2022). Effects of gender-transformative relationships and sexuality education to reduce adolescent pregnancy (the JACK trial): a cluster-randomised trial. *The Lancet. Public health*, 7(7), e626–e637. doi: [10.1016/S2468-2667\(22\)00117-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00117-7)
- Health Communication Capacity Collaborative (Hc3) (2014). Gender Transformative Approaches. An HC3 Research Primer. <https://www.healthcommcapacity.org/wp-content/uploads/2014/08/Gender-Transformative-Approaches-An-HC3-Research-Primer.pdf>
- Isztambuli Egyezmény. Az Igazságügyi Minisztérium 2017. február 14.-én nyilvánosságra hozott Kormány-előterjesztése. <https://nokjoga.hu/wp-content/uploads/isztambuli-egyezmény-forditas-nane-patent-ne-2017-hu.pdf>
- Statista (2022). Share of live births to mothers aged under 20 years in Europe in 2017, by country. <https://www.statista.com/statistics/921890/rate-of-births-to-teenage-mothers-in-europe-by-country/>

Információk a szerzőről

Vitrai József

Egészségfejlesztés, Budapest; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged
vitrai.jozsef@gmail.com

Copyright © 2022 Vitrai József. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi Központ. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből

[Cikkismertetés: Mi a szexuális jóllét, és miért fontos a népegészségügy szempontjából?](#)

[Genfi Nyilatkozat a jóllétért](#)

[Cikkismertetés: Gyermekeket minden szakpolitikába 2030!](#)

Cikkismertetés: Serdülőkorúak mentális egészsége – az iskolai beavatkozások hatékonyságának szisztematikus szakirodalmi áttekintése

Article review: Adolescent mental health – A systematic review on the effectiveness of school-based interventions

Ismertető:	Lippai László Lajos
Ismertetett cikk:	Clarke, A., Sorgenfrei, M., Mulcahy, J., Davie, P., Friedrich, C. & McBride, T. (2021). Adolescent mental health: A systematic review on the effectiveness of school-based interventions. Early Intervention Foundation. https://www.eif.org.uk/report/adolescent-mental-health-a-systematic-review-on-the-effectiveness-of-school-based-interventions
Kulcsszavak:	lelki egészség és jóllét; prevenció; szisztematikus szakirodalmi áttekintés
Keywords:	mental health and well-being; prevention; systematic review

Beküldve: 2022. 06. 17., elfogadva: 2022. 07. 08., doi: [10.24365/ef.v63i3.8759](https://doi.org/10.24365/ef.v63i3.8759)

HÁTTÉR

A 12–18 éves fiatalok körében megjelenő pszichés problémák és magatartászavarok egyre nagyobb szakmai figyelmet érdemelnek. Angliai adatok alapján kijelenthető, hogy minden hetedik serdülő tapasztalt már legalább egyszer valamilyen pszichés rendellenességet, vagy mutatta jelét valamilyen magatartászavarnak.¹ Egyre szélesebb körű a szakmai konszenzus azzal kapcsolatban, hogy ilyen kiterjedt érintetti kör esetében a terápiaalapú beavatkozások önmagukban nem elégségesek, ezért a serdülők esetében (is) szükséges a mentális egészség és jóllét populációsintű fejlesztése.

Az iskolai szintér erre több szempontból is alkalmas. Egyrészt, a serdülők jelentős része iskolába jár, tehát itt elérhetőek a fejlesztőprogramok számára is. Másrészt a pedagógusok hosszú időn keresztül nyomon követ(het)ik a fiatalok érzelmi, hangulati és magatartásbeli sajátosságait, és

kedvezőtlen változások felismerése esetén a korai beavatkozásra is lehetőségük van.

Az iskolai döntéshozók és a közreműködő szakemberek munkáját is nagymértékben segíti, ha a fiatalok lelki egészsége és jólléte érdekében történő iskolai beavatkozásokról empirikusan megalapozott hatékonyságvizsgálatok készülnek. Azonban, bármilyen nagylélegzetű is egy-egy hatékonyságvizsgálat, minden esetben megvannak a maga korlátai. Vizsgálatsorozatok szisztematikus áttekintésével és metaelemzésével viszont ezek a hiányosságok jobban ellensúlyozhatóak, és átfogóbb megállapításokra nyílik lehetőség.

MÓDSZEREK

A tanulmány óriási érdeme, hogy három mértékadó tudományos adatbázisból (PsycInfo, SCOPUS, WoS²) dolgozva, a szisztematikus

¹ magyar adatokért lásd. Németh, Á. & Várnai, D. (2019., szerk): Kamaszélelmény Magyarországon. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2018. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó, Budapest.

² A PsycINFO az Amerikai Pszichológiai Társaság (APA) adatbázisa a pszichológiához kapcsolódó tudományos publikációkról. A SCOPUS az Elsevier tudományos kiadó katalógusa, amely minden tudományterületről gyűjti a lektorált könyvek, folyóiratok és konferenciaanyagok absztraktjait és hivatkozásait. A WoS [Web of Science] elsősorban tudománymetriai célból működő bibliográfiai adatbázis, mely főként a humántudományok és művészetek, természet- és műszaki tudományok, valamint társadalomtudományok szerinti bontásban rendszerezi a tudományos kiadványokat.

szakirodalmi áttekintés szigorú módszertani szabályait (PRISMA³) követve, két merítésben egybegyűjtötte azokat az empirikus vizsgálatokat, melyek az elmúlt évtizedben a 12–18 éves fiatalok lelki egészségére irányuló beavatkozások hatékonyságát elemezték.

Első merítésben a 2010–2020 közötti időszak kutatási eredményeit feldolgozó metaelemzéseket kerestek, majd 2048 darab találatból 34 kiemelkedő színvonalú metaelemzés eredményeit dolgozták fel. Második merítésben a 2017 és 2020 között megjelent primer vizsgálatokra szűrtek, és 6724 témába vágó empirikus kutatás áttekintésével választották ki azt a 97-et, melyek jó minőségű empirikus kutatások beszámolóit tartalmazták.

A tanulmány konklúzióinak értékelése szempontjából fontos módszertani limitáció, hogy kizárólag csak a magas jövedelmű országok középiskoláival foglalkozó, angol nyelven íródott tanulmányokat vették figyelembe. Magyarországi kutatás a felhasznált irodalmak között nem található, bár a szűrési szempontok alapján elvileg bekerülhetett volna magyar vizsgálat is.

EREDMÉNYEK

Az elemzésbe bevont vizsgálatokat három intervenció típusba csoportosították a szerzők.

Az első kategóriába kerültek az átfogó, tehát az egész iskolát egész évben és az egész tantervében átható, a fiatalok lelki egészségének és jóllétének fejlesztésére irányuló, zömében pedagógusok révén megvalósuló osztálytermi beavatkozások. Ezt a kategóriát nagyrészt olyan fejlesztő beavatkozások képezik, melyek a lelki egészséghez a szociális és érzelmi tanulás (Social and Emotional Learning, SEL) szempontrendszer mentén viszonyulnak. Jó minőségű kutatások igazolják, hogy e megközelítésnek kis vagy közepes mértékű hatása van a fiatalok társas és érzelmi kompetenciáira, és rövid távon enyhítik a depressziós és szorongásos tünetek előfordulási gyakoriságát is. Hosszú távon e pozitív hatásokat még nem vizsgálták módszertanilag magas színvonalú kutatásokkal. Másféle (pl. pozitív pszichológiára, mindfulness-re vagy meditációra épülő) programok hatékonyságát egyelőre nem igazolják jó minőségű empirikus adatok. Megállapítható volt az is, hogy a fiatalok lelki egészségműveltségének javulása önmagá-

ban még nem volt garancia arra, hogy nyitottabbá váljanak e téma iránt, és adott esetben könnyebben kérjenek segítséget.

A második kategóriába a magas kockázati célcsoportba tartozó fiatalokra irányuló, és valamilyen konkrét pszichés probléma (pl. depresszió, szorongás, stressz, önsértés, öngyilkosság) prevencióját célzó beavatkozások kerültek. Az ide sorolható intervenciók jelentős része a kognitív viselkedésterápián alapul, és az érzelmek szabályozásában, a negatív gondolatok és a hátráltató viselkedésformák azonosításában segíti a fiatalokat: részben előrevívó gondolkodási és viselkedésminták kialakításával, részben az aktuális problémák megoldására alkalmas egyéni megküzdési stratégiák kidolgozásával. Jó minőségű kutatások eredményei igazolják, hogy a szubklinikai tünetekkel rendelkező fiataloknál, főként a depressziós tünetek csökkentése akkor hatékony, ha az iskola külső szakember (pl. pszichológus) munkáját is igénybe veszi.

A harmadik kategóriába a magatartási problémák prevenciójának hatékonyságára vonatkozó kutatások kerültek, melyek főként a fiatalok körében megjelenő antiszociális, agresszív vagy bántalmazó viselkedésformák megjelenésének visszaszorítását tűzték ki célul. Itt is megállapítható volt, hogy az egész iskolát érintő, az iskolai környezetre és tantervre is kiterjedő beavatkozások voltak a leghatékonyabbak a magatartási problémák megelőzésében, illetve az arra adott válaszban. Fennálló problémák esetén az érdemi változások átlagosan 2–3 év múlva lettek mérhetőek.

KÖVETKEZTETÉS

A tanulmány egyik fontos következtetése az, hogy a fiatalok társas és érzelmi kompetenciáinak fejlesztése igazolhatóan pozitív hatással van a lelki egészségükre és jóllétükre, ami egyúttal a tanulmányi, a társas és az egészségi problémák szempontjából is védőfaktoroként működik. Leghatékonyabbnak azok az iskolai programok bizonyultak, ahol e kompetenciák fejlesztése a pedagógusok mindennapos tevékenységének részévé vált. Ehhez viszont minden intervenció esetében szükség volt a résztvevő pedagógusok alapos felkészítésére, munkájuk monitorozására és szakmai támogatására.

³ A PRISMA a tudományos közlemények szisztematikus áttekintésére és metaanalízisére vonatkozó kutatómódszertani irányelveket és publikálási ajánlásokat rendszerbe foglaló kiadvány angol címének betűszava.

A tanulmány másik érdemi következtetése az, hogy a szubklinikai vagy klinikai tüneteket mutató fiatalok esetében, ha valóban szeretnék a már kialakult pszichés vagy magatartási

problémáikon javítani, akkor ez nem terhelhető csak a pedagógusokra. A hatékony iskolai preventív beavatkozásokhoz mindenképpen szükséges más szakemberek rendszeres bevonása.

AJÁNLÁS A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A fent ismertetett eredmények az iskolai lelki egészségfejlesztés és mentálhigiéné hazai gyakorlata szempontjából is rámutatnak arra, hogy a hozzáértő és kiképzett pedagógusok hatékonyak lehetnek a fiatalok lelki egészségének fejlesztésében, ha ezt pedagógiai munkájukba integráltan teszik, és elsődlegesen a lelki egészséget támogató életvezetési kompetenciák kialakítására fókuszálnak. Bár ez a szaktudás a pedagógusok alapképzésében csak érintőlegesen jelenik meg, pedagógus szakvizsga-programok és szakirányú mesterszakok formájában Magyarországon is elérhető. Mindenképpen érdemes tehát a magyar iskoláknak is építeni ezekre a lehetőségekre.

A tanulmányban feldolgozott kutatási anyag volumene is jól mutatja, hogy az evidencián alapuló beavatkozási szemléletmód, és az erre épülő hatékonyságvizsgálat a lelki egészségfejlesztés és mentálhigiéné területén is egyre hangsúlyosabbá válik. Fontos lenne ezt a trendet követnünk a hazai vizsgálatokkal is. Már a kutatások tervezésében is hasznos lehet a metaelemzések módszertanára vonatkozó protokollok (pl. PRISMA) figyelembevétele. Az ismertetett tanulmányban is kizárásra kerültek például a kontrollcsoport nélküli hatékonyságvizsgálatok.

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

HIVATKOZÁSOK

Clarke, A., Sorgenfrei, M., Mulcahy, J., Davie, P., Friedrich, C. & McBride, T. (2021). Adolescent mental health: A systematic review on the effectiveness of school-based interventions. Early Intervention Foundation. <https://www.eif.org.uk/report/adolescent-mental-health-a-systematic-review-on-the-effectiveness-of-school-based-interventions>

Információk a szerzőről

Lippai László Lajos
Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségpszichológia és Mentálhigiéné Tanszék; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged
lippai.laszlo.lajos@szte.hu

Copyright © 2022 Lippai László Lajos. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi Központ.
Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből

[Könyvismertetés: Mitől függ a gyermekek jólléte a gazdag országokban?](#)

[Cikkismertetés: Az iskolai légkör és a serdülők szocio-emocionális egészsége közötti kapcsolat](#)

[A krízisállapot megjelenése fiatalok körében – A pedagógusok által alkalmazható technikák](#)

Cikkismertetés: Hogyan csökkenthető az internetes zaklatás? – Egy szisztematikus áttekintés következtetései

Article review: How to reduce cyberbullying? – The conclusions of a systematic review

Ismerető:	Prieara Dóra Katalin
Ismertett cikk:	Polanin, J. R., Espelage, D. L., Grotzger, J. K., Ingram, K., Michaelson, L., Spinney, E., Valido, A., Sheikh, A. E., Torgal, C., & Robinson, L. (2021). A systematic review and meta-analysis of interventions to decrease cyberbullying perpetration and victimization. <i>Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research</i> , 1–16. doi: 10.1007/s11121-021-01259-y
Kulcsszavak:	internetes zaklatás; online zaklatás; intervenció
Keywords:	cyberbullying; online bullying; intervention

Beküldve: 2022. 04. 15., elfogadva: 2022. 06. 10., doi: [10.24365/ef.v63i3.8396](https://doi.org/10.24365/ef.v63i3.8396)

HÁTTÉR

A gyermekek körében is megjelenő internetes zaklatás (más néven cyberbullying vagy online zaklatás) alapvető jellemzőiben megegyezik a hagyományos iskolai zaklatással, hangsúlyos az ismétlődő jelleg, az egyenlőtlen erőviszony és az ártó szándék megléte. Ugyanazok a szerepkörök azonosíthatók: az áldozat, a zaklató és a szemlélők – bár ez utóbbiak száma jóval nagyobb egy internetes zaklatás esetén. További különbség, hogy a cyberbullying esetén infokommunikációs technika (például e-mail, azonnali üzenet, chatszoba, közösségi oldal) használatával történik a zaklatás, ami jelenthet sértő üzeneteket, jelszavak vagy személyes információk elutajdonítását, továbbá csoportból, interakcióból való kizárást is. A zaklatás ebben az esetben már nem korlátozódik személyközi interakciókra, hanem bárhol és bármikor megtörténhet.

A kutatási eredmények azt mutatják, hogy az iskoláskorú gyermekek esetén az internetes zaklatás magatartási és teljesítményi problémákhoz vezet mind az áldozat, mind a zaklató esetében, például szerhasználathoz, agresszióhoz, a tanulmányi eredmények romlásához, depresszió kialakulásához. Ennek ismeretében számos iskolai programot dolgoztak ki és alkalmaztak az online zaklatás gyakoriságának csökkentése érdekében.

MÓDSZER

A kutatás célja az internetes zaklatás előfordulásának csökkentésére kidolgozott különböző prevenció programok hatásosságának a vizsgálata volt. A vizsgálatba olyan 1995 és 2018 között készített angol, spanyol és török nyelvű tanulmányokat válogattak be, amelyek óvodáskorúaktól egészen tizenkettedik osztályos gyermekek bevonásával zajlottak.

A tanulmányok gyűjtése tizenöt online adatbázisban folyt, emellett a szerzők célzott keresést is végeztek több folyóiratban az iskolai, illetve internetes zaklatás kulcsszavak felhasználásával, és az elemzésbe bekerült tanulmányok hivatkozási listáit is áttekintették további, potenciálisan használható vizsgálat után kutatva.

Az összehasonlító elemzésbe összesen 50 tanulmány került, 320 eredmény hatását vizsgálták meg, így végül a kutatásokban 45.371 résztvevő adatait elemezheték. A bevont tanulmányoknak nem feltétlenül az internetes zaklatás volt a fő vizsgálati területük, azonban az internetes zaklatás elkövetésére vagy az áldozattá válásra vonatkozó adatokkal rendelkeztek.

EREDMÉNYEK

A szisztematikus áttekintés és metaanalízis azt mutatta, hogy az iskolai programok képesek

csökkenteni a valószínűségét annak, hogy a gyermekek internetes zaklatás áldozataivá vagy elkövetőivé váljanak. Különösen akkor bizonyultak hatékonynak a beavatkozások, ha a mintában magas volt a fiúk aránya, a gyermekek magasabb társadalmi-gazdasági helyzettel rendelkeztek, illetve ha a programelemek között megjelent az internetes zaklatás is. Az iskolai prevenció programok bevezetésének következtében csökkent mind az internetes, mind a hagyományos iskolai zaklatás elkövetése és az áldozattá válás előfordulása egyaránt.

A programok elemzése során hét gyakran megjelenő programelemet tudtak elkülöníteni: készségfejlesztés, tananyagfejlesztés és anyagkészítés, pszichoedukáció, multimédiás anyag, képzés a tanárok, diákok és szülők részére, iskolai klíma vagy irányelv, és egyéni vagy csoportos célzott beavatkozás. A programok csaknem 80%-a tartalmazott valamilyen formában készségfejlesztést, 67%-a készített tananyagot, míg 65%-ban megjelent multimédiás anyag is.

A készségfejlesztés során a gyermekek megtanulják, mi a megfelelő reakció olyan szituációkban, amelyek internetes zaklatáshoz vezethetnek. Ennek általában a szerepjáték az eszköze, videók elemzése és körbeszélgetések folytatása. A tananyagfejlesztés jelentősége abban áll, hogy univerzális iránymutatót ad tanároknak, tanácsadóknak, az iskola dolgozóinak és esetenként a gyermekek családtagjainak is az internetes zaklatásról. Általában többalkalmas, körülbelül

45 percig tartó alkalmak megtervezésére szólnak, rendszerint munkafüzetrel vagy egyéb segédanyaggal. A pszichoedukáció szemléletű intervenciók fókuszában a tudatosság és a megértés fejlesztése áll, a hatékony megküzdési stratégiák elsajátítása. A multimédiás anyagok készítése azt jelenti, hogy a tananyag is lehet online, különböző webes felületeket, videókat is használhatnak az internetes zaklatás megismeretése során. A képzés nemcsak tanárok, hanem szülők bevonásával is történhet, a cél azonban közös: hogy meg tudják előzni, észrevenni és kezelni az internetes zaklatást. Az iskolai klíma azt jelenti, hogy a kortárskapcsolatok javításával, a közösségi élmény kialakításával a zaklatás előfordulása csökkenthető. Míg az egyéni vagy csoportos célzott beavatkozás arra utal, hogy előfordulhatnak olyan speciális gyermekcsoportok, amelyek külön figyelmet igényelnek. Ilyenkor az intervenció már nem az általános irányelvek mentén történhet, hanem fókuszáltan, a kiscsoport egyéni igényeinek megfelelően.

KÖVETKEZTETÉSEK

Az óvodáskortól tizenkettedik osztályig terjedő, vizsgált iskolai prevenció programok képesek csökkenteni, mind a hagyományos iskolai, mind az internetes zaklatás előfordulását. A programok különösen akkor hatékonyak, ha jól azonosíthatóan megjelenik bennük az internetes zaklatás, mint önálló témakör.

AJÁNLÁS A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Az eredmények azt jelzik, hogy a különböző, zaklatással foglalkozó prevenció programok akkor a leginkább sikeresek, ha nem általánosságban foglalkoznak az agresszív viselkedések csökkentésével, hanem speciális elemként, külön az internetes zaklatással is foglalkoznak. Mivel a kutatás korábbi empirikus adatok hatását elemezte, az eredmények támpontul szolgálhatnak a hazai szakemberek számára is, felhívva a figyelmet az internetes zaklatás témájának fontosságára.

Az Innovációs És Technológiai Minisztérium ÚNKP-21-4 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból Finanszírozott szakmai támogatásával készült. A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-Fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

HIVATKOZÁSOK

Polanin, J. R., Espelage, D. L., Grotzinger, J. K., Ingram, K., Michaelson, L., Spinney, E., Valido, A., Sheikh, A. E., Torgal, C., & Robinson, L. (2021). A systematic review and meta-analysis of interventions to decrease cyberbullying perpetration and victimization. *Prevention Science: The Official Journal of the Society for Prevention Research*, 1–16. doi: 10.1007/s11121-021-01259-y

Információk a szerzőről

Prievara Dóra Katalin
Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott
Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségpszichológia és
Mentálhigiéné Tanszék, Szeged; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged
prievara.dora.katalin@szte.hu

Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből

[Cikkismertetés: Tanuljunk együtt, hogy csökkenjen az iskolai zaklatás és agresszió!](#)

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

Cikkismertetés: A rasszizmussal, a szexizmussal, a heteroszexizmussal és a nemi binarizmussal kapcsolatos mérések az egészségmúltányosság kutatásában – A strukturális igazságtalanságtól a beépült ártalomig – ökoszociális elemzés (fordítás)

Review: Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm- An Ecosocial Analysis (translation)

Fordítók:	Vitrai József és Tarkó Klára
Fordított cikk:	Krieger N. (2020). Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm- An Ecosocial Analysis. <i>Annual review of public health</i> , 41, 37–62. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094017
Kulcsszavak:	nemi identitás; egészségmúltányosság; heteroszexizmus; rasszizmus; szexizmus; strukturális igazságtalanság
Keywords:	gender identity; health equity; heterosexism; racism, sexism; structural injustice

Beküldve: 2022. 07. 27., elfogadva: 2022. 08. 01., doi: [10.24365/ef.8979](https://doi.org/10.24365/ef.8979)

Összefoglaló

Rasszizmus. Szexizmus. Heteroszexizmus. Nemi binarizmus. Ezek együttesen az egészségmúltánytalanságok beépülését strukturáló öncélú hatalom és kiváltságok igen ártalmas, elkülönülő és összefonódó társadalmi rendszereit alkotják. A betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete alapján szintetizálok a kiválasztott "izmusok" fő jellemzőit, és a globális északi és a globális déli országok kutatásai alapján mérési sémát is adok. A tárgyalt mérőszámok között szerepelnek (a) strukturális mérőszámok, beleértve az explicit szabályokat és törvényeket, az implicit szabályokat és törvényeket, valamint a területi vagy intézményi, nem szabályozási intézkedéseket; és (b) egyéni szintű (kitétségi és internalizált) mérőszámokat, beleértve az explicit önbevalláson alapuló, kinyilvánított, rejtett és kísérleti mutatókat. Az ajánlások közé tartozik (a) a strukturális hatások mérésének kiterjesztése, hogy azok túlmutassanak a pszicho-szociális, egyéni szintű mérések jelenlegi elsődleges használatán; (b) a kitétség elemzése mind az életút, mind a korábbi generációk vonatkozásában; (c) az „anti-izmusok” mérésének kidolgozása; és (d) olyan területi alapú mérések kidolgozása, amelyek feltárhatják az igazságtalan „izmusok” strukturális meghatározói közötti kapcsolatokat, valamint azok környezetromlásra, éghajlatváltozásra és egészségmúltánytalanságokra gyakorolt hatásait.

Summary

Racism. Sexism. Heterosexism. Gender binarism. Together, they comprise intimately harmful, distinct, and entangled societal systems of self-serving domination and privilege that structure the embodiment of health inequities. Guided by the ecosocial theory of disease distribution, I synthesize key features of the specified "isms" and provide a measurement schema, informed by research from both the Global North and the Global South. Metrics discussed include (a) structural, including explicit rules and laws, nonexplicit rules and laws, and area-based or institutional nonrule measures; and (b) individual-level (exposures and internalized) measures, including explicit self-report, implicit, and experimental. Recommendations include (a) expanding the use of structural measures to extend beyond the current primary emphasis on psychosocial individual-level measures; (b) analyzing exposure in relation to both life course and historical generation; (c) developing measures of anti-isms; and (d) developing terrestrially grounded measures that can reveal links between the structural drivers of unjust isms and their toll on environmental degradation, climate change, and health inequities.

BEVEZETÉS

Rasszizmus. Szexizmus. Heteroszexizmus. Nemi binarizmus.¹ E látszólag elvont fogalmak mind-egyike nagyon is valóságos, káros és különböző öncélú társadalmi elnyomó és kiváltságrendszerket (13, 67, 74) foglal magában, amelyeket az emberek hoznak létre, és amelyek strukturálják az egészségmúltánytalanságokat (99) — vagyis a társadalmi csoportok egészségi állapota közötti múltánytalan, szükségtelen és megelőzhető különbségeket (26, 194). Az „izmusok” által okozott elkerülhető és múltánytalan szenvedés számbavétele olyan kitettségi méréseket igényel, amelyek (a) a kérdéses társadalmi csoportokat kódoló írott és íratlan szabályokra, valamint a felsőbbrendű/alsóbbrendű és a normális/rendellenes polarításra vannak hangolva, és (b) nemcsak azt tisztázza, hogy ki szenved kárt, hanem azt is, hogy ki húz hasznot társadalmi és anyagi értelemben ezekből a megosztottságokból (13, 99). Szükséges továbbá a biológiai esszencializmus² megkérdőjelezése, és az emberi hatalmi viszonyok elhelyezése a földi élet tágabb kontextusában (57, 61, 65, 97, 117).

Ezek nyilvánvaló kijelentéseknek tűnhetnek. Az 1990-es évek előtt azonban csak kevés kutatás mérte a diszkrimináció és az egészség közötti összefüggést, és az azóta — főként a globális északon — végzett kutatások nagyrészt a diszkriminációval kapcsolatos, önbevalláson alapuló tapasztalatok egyéni szintű mérését használták (91, 99, 157, 196) (1. sz. kiegészítő táblázat).³ Csak az elmúlt 10 évben jelent meg egy sor kutatás, a felváltva használt strukturális vagy intézményi diszkrimináció (8, 58, 77, 99, 196) egészségre gyakorolt hatásáról, heterogén társadalmi mérőszámok zavaros sokaságát használva. E munkának csak egy kis része foglalkozott a környezeti rasszizmussal (43, 182); még kevesebb foglalkozott a globális éghajlatváltozással (57, 162) (1. sz. kiegészítő táblázat).

Ennek megfelelően ebben az áttekintésben elsősorban azokra az elvekre összpontosítok, amelyek alapján végiggondolható, hogy az „izmusok” mérése mit jelent — akár azokra az izmusokra vonatkozóan, amelyekre ebben az írásban fókuszálok, akár azokra, amelyek nem tartoznak ennek az áttekintésnek a tárgykörébe.

Megvizsgálom, miért térnek el a mérési elvek nemcsak a múltánytalanság különböző típusai és a különböző társadalmi kontextusok mentén, hanem az idő múlásával is, az igazságos társadalmak építésére irányuló kollektív erőfeszítések előrelépéseitől és kudarcaitól függően. A betegségek eloszlásának ökoszociális elméletére támaszkodva összefoglalom ezeknek az izmusoknak a legfontosabb jellemzőit [1. táblázat], továbbá felállítok egy mérési rendszert [2. táblázat], amelyek együttesen szolgálnak alapul a Globális Északról és Globális Délről származó, konkrét kutatások megvitatásához. [3. táblázat] A közleményben felsorolt források között egyaránt szerepel olyan irodalom, amelylyel az elmúlt 35 év során amerikai szociálandemiológusként (90–99, 109) foglalkoztam, és olyan új anyagok, amelyeket e cikkhez tekinttem át (a keresőkifejezések a 2. sz. kiegészítő táblázatban találhatóak).⁴ Amint az alábbi példák-ból kiderül, a megfelelő mutatók elérhetősége — és gyakrabban azok hiánya — azt jelenti, hogy világszerte komoly szükség van a jobb munkára, hogy javítsuk ezeknek a nagyon is nélkülözhetetlen mérőszámoknak a fogalmi és módszertani szigorát, valamint alkalmazási körét és teljeskörűségét.

AZ IZMUSOKRÓL ÉS AZ EGÉSZSÉGMELTÁNYOSSÁGRÓL:⁵ FOGALMAK ÉS KIEMELT SZEMPONTOK

Minden izmus ötvözi a hitet és a cselekvést, de nem mindegyik jár igazságtalansággal

Az első pont az, hogy az izmusok nem dolgok. Az „izmus” kifejezés egy utótag, amely cselekvés eredményének kifejezésére szolgáló főneveket képez (153). Néha az érintett tevékenység emberi közreműködés nélkül történik, mint például a mágnesség (ford. megj. angolul *magnetism*) esetében (153). Gyakoribb azonban, hogy az izmus olyan eszmék, hiedelmek és gyakorlatok összefüggő rendszere, amellyel az embereknek célja van (153). A cselekvéshez útmutatást nyújtó izmusok lehetnek vallási, egyházi, filozófiai, politikai vagy társadalmi jellegűek, és különbözőképpen fejeződnek ki

¹ Fordító: Az említett fogalmak értelmezéséhez lásd Vitrai és Tarkó (2021)

² Fordító: A biológiai tulajdonságokat döntőnek, lényegesnek tartó szemlélet

³ A kiegészítő táblázatok az eredeti cikkből érhetőek el.

⁴ Fordító: A kereső kifejezések az ismertetésben nem szerepelnek, szükség esetén az eredeti cikkben keresendők.

⁵ Fordító: Az Egészségügyi Világszervezet Egészségfejlesztési szótára szerint: „az egészségkülönbség (*disparity*) és az egészségténylőtlenség (*inequality*). Az egészségkülönbség a tényleges eltérésekre, az egészségténylőtlenség az elkerülhető különbségekre, az egészségmúltánytalanság (*health inequity*) pedig az igazságtalan különbségekre vonatkozik.” (WHO, 2021)

intézményeken keresztül, illetve olyan tanok vagy elvek révén, amelyek önmagukban nem intézményesítettek (153). Az *Oxford English Dictionary* az előbbiekre olyan ismert példákat sorol fel, mint a "buddhizmus, kálvinizmus, katolicizmus, ... konzervativizmus, epikureizmus, judaizmus, ... liberalizmus, ... platonizmus, pozitívizmus, presbiterianizmus, protestantizmus, puritanizmus, ... kvékerizmus, taoizmus, ... whiggizmus" (153, az eredeti műben ferdével szedve); az utóbbiakat illusztrálja az "agnoszticizmust, altruizmust, animizmust, ateizmust, bimetallizmust, deizmust, egoizmust, egotizmust, empiricizmust, evangelizmust, fanatizmust, feminizmust, hedonizmust, idealizmust, imperializmust, sovinizmust, libertinizmust, monarchizmust, naturalizmust, oportunizmust, pædobaptizmust, politeizmust, realizmust, romantizmust, szanszku-lottizmust, szkeptizmust, sztoicizmust, teizmust, univerzalizmust" (153, az eredeti műben ferdével szedve) felölelő lenyűgöző lista.

Az izmusokkal kapcsolatban semmi sem követeli meg, hogy igazságtalansággal járjanak együtt. Az *Oxford English Dictionary* azonban 2004-ben két új tétellel egészítette ki az izmusok definícióját, ami közvetlenül kapcsolódik ehhez az áttekintéshez (153):

„a) Olyan főnevek képzése, amelyek jelentése 'az egyik ember felsőbbrendűségébe vetett hit egy másik emberrel szemben'; mint a *rasszizmus, szexizmus, fajgyűlölet* (ford. megj. angolul *speciesism*), satöbbi.

b) Főnevek képzése 'megkülönböztetés vagy előítélet az alábbiak alapján' jelentéssel; mint az *életkorizmus, testizmus, magasságizmus, arcizmus, kinézetizmus, méretizmus, súlyizmus*, satöbbi."

Az izmusok ezen halmazai szintén útmutatást adnak a cselekvéshez, ebben az esetben az államok, nem állami intézmények és egyének által a társadalmi kontextusukon belül különbözőképpen megvalósított igazságtalan gyakorlatokhoz.

Az 1. táblázat ennek megfelelően az ebben a cikkben tárgyalt izmusok jellemzőit mutatja be az egészségmúltánytalanságokkal kapcsolatban. A kérdés az, hogy az igazságtalan bánásmód meghatározott formái milyen típusú káros biofizikai és társadalmi jelenségeknek való kitettséget, és hogyan strukturálnak, az életút mely pontján, milyen etiológiai periódusokban, és milyen generációk közötti károsodási potenciállal.

Az izmusok és az egészségmúltánytalanságok elemzésére vonatkozó elvek: a betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete

A második pont az, hogy bár az igazságtalansággal járó izmusok a hiedelmekről szólnak, alapvetően a hatalom és a tulajdon feletti valós anyagi konfliktusokban gyökereznek (13, 67, 74) — és a különböző politikai gazdaságtani izmusok, például a kapitalizmus (beleértve a neoliberalizmust), a szocializmus, a kommunizmus, a feudalizmus, a kommunitarizmus, satöbbi, működéséhez kötődnek. Olyan társadalmi struktúrákról van szó, amelyek összekapcsolják a politikai kormányzást, a gazdasági szabályokat és azokat a szabályokat, amelyek meghatározzák, hogy kinek milyen az élethez, a termeléshez és a reprodukcióhoz (vagy ahhoz kapcsolódó hiányhoz) való joga, hol, milyen közösségi és családi struktúrákban, és milyen jogokkal használhatja, birtokolhatja és nyerheti ki a különböző földek, vizek, erdők és más fajok erőforrásait (13, 21, 57, 66, 67, 117, 162).

A betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete — amelyet először 1994-ben vettem fel, és azóta továbbfejlesztettem — ennek megfelelően az egészségmúltánytalanságokat a hatalom, a társadalmi szintek, az életút, a korábbi generációk, a biológia és az ökoszisztémák viszonylatában fogalmazza meg (91, 93, 95–97). [1. ábra] Négy alapvető, egymással összefüggő eleme a) a beépülésre; b) a beépülés folyamataira; c) a kitettség, a fogékonyság és az ellenállás halmozódó kölcsönhatására az életút során, és az egyes társadalmi szinteken keresztül; valamint d) az elszámoltathatóságra és a cselekvőképességre vonatkozik. Ahogy a beépülés ökoszociális konstrukciója már a kezdetektől fogva tisztázta (91, 95, 97), közösen éljük meg számtalan, jogilag és társadalmilag hozzárendelt kategóriánkat és identitásunkat, amelyek különösen egyéneként, idővel és kontextusonként változhatnak (25, 86, 122, 151, 190). Ehelyett a beépülés határozza meg az életünket – és a testünk minden egyes nap biológiailag integrál minden egyes olyan múltánytalanság és hasznos hatást is, amelyeknek minden egyes szinten ki vagyunk téve (96, 97). A jog- és társadalomtudományokból (67, 74) származó metszetszemlélethez⁶ hasonlóan közvetíti az igazságtalanság többféle típusának társadalmilag strukturált összefonódását, bár anélkül, hogy a tényleges biológiai beépülés útjaira és folyamataira összpontosítana (91–99).

⁶ Fordító: A metszetszemlélet abból indul ki, hogy az emberek különböző társadalmi identásaival szemben fellépő megkülönböztetések átfedhetik, felerősíthetik egymást

1. táblázat: Az igazságtalan izmusok legfontosabb sajátos és közös jellemzői: a megkülönböztetett és a kiváltságos csoportokról, a biológiáról és az egészségi állapotról alkotott alapvető hiedelmek, valamint az ezeket megkérdőjelező anti-izmusok ellentétes nézetei

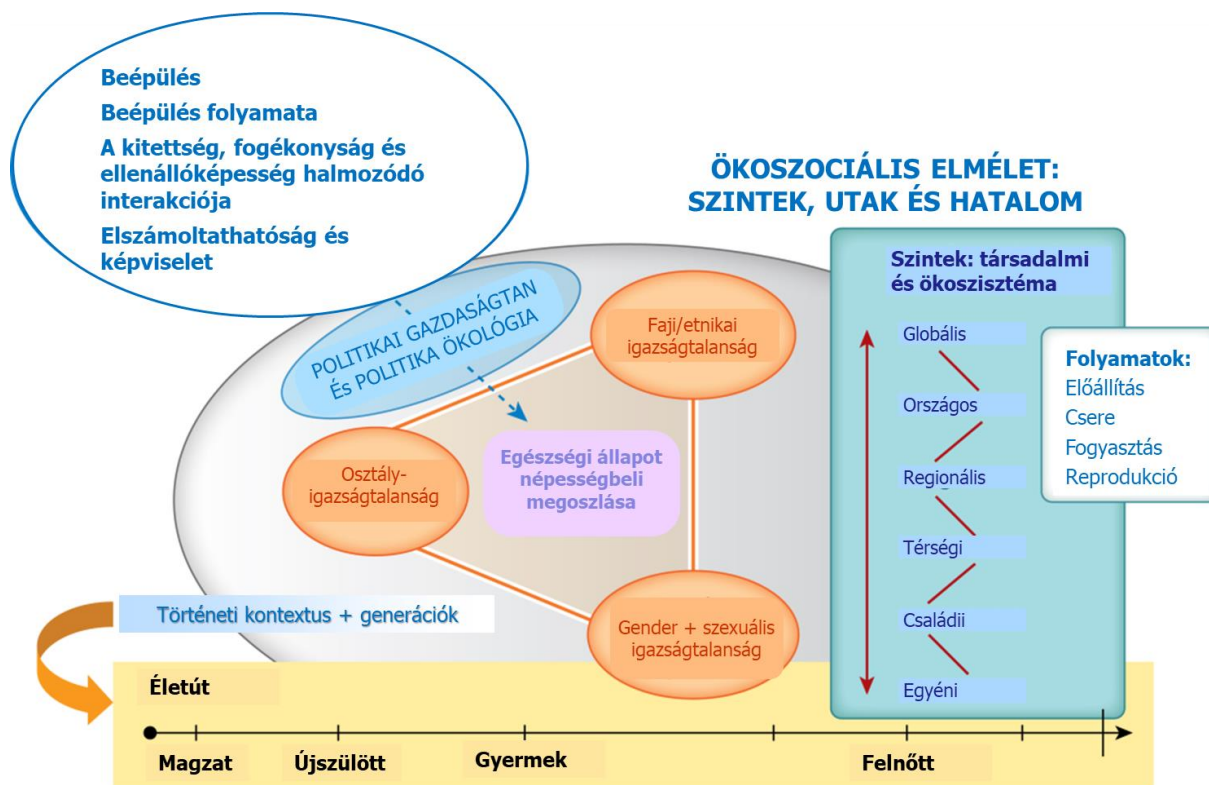
Tulajdonság	Rasszizmus	Szexizmus	Heteroszexizmus	Nemi binarizmus
Téves, igazságtalan előfeltevés(ek)	A faji felsőbbrendűség természetes tény	A férfi felsőbbrendűség természetes tény	A heteroszexualitás az egyetlen természetes szexuális irányultság	A születéskori biológiai nemnek megfelelő nemi identitás az egyetlen természetes nemi identitás
	Az emberek biológiailag különálló "fajokra" oszlanak	A férfiak és nők (és a fiúk és lányok) státusza és szerepe természetes módon következik a biológiai nemek különbözőségéből adódó biológiai különbségekből	Az azonos neműek vonzalma, viselkedése és identitása természetellenes (és ezáltal deviáns és erkölcsstelen)	A fentitől eltérő nemi identitás természetellenes (és ezáltal deviáns)
	Egyes "fajok" biológiailag felsőbbrendűek			
	A többi "faj" biológiailag alacsonyabb rendű			
	A biológiai felsőbbrendűség megteremtí az alapot a politikai, gazdasági, társadalmi és kulturális felsőbbrendűséghez			
Kiváltságos csoport	"Magasabb rendű faj(ok)"	Férfiak és fiúk	Heteroszexuálisok	Cisznemű személyek, akik megfelelnek a társadalom uralkodó nemi normáinak
	Általában, de nem mindig "fehérként" határozzák meg, mert a megjelölés a társadalmi kontextustól függ			
	Jellemzően a hódítások történetét, valamint a mások leigázásától és a telepések kolonializmusától függő politikai rendszerek és gazdaságok létrehozását tükrözi			

1. táblázat: Az igazságtalan izmusok legfontosabb sajátos és közös jellemzői: a megkülönböztetett és a kiváltságos csoportokról, a biológiáról és az egészségi állapotról alkotott alapvető hiedelmek, valamint az ezeket megkérdőjelező anti-izmusok ellentétes nézetei

Megkülönböztetett csoport	"Alacsonyabb rendű faj(ok)"	Nők és lányok	Azok a személyek, akik magukat leszbikusnak, melegnek, biszexuálisnak vagy queernek vallják, vagy akiket a leszbikus, meleg, biszexuális vagy queer kategóriába sorolnak (a terminológia társadalmi kontextusonként változik)	Olyan személyek, akik magukat transzneműnek, változékony neműnek (ford. megj. gender fluid) vagy genderqueernek vallják, vagy akiket transzneműnek, változékony neműnek (ford. megj. gender fluid) vagy genderqueernek kategorizálnak, a terminológia a társadalmi kontextus és a nyelvezet szerint változik (pl. hijra Indiában, muxok Mexikóban, travesztiták Dél-Amerikában)
	Általában, de nem mindig, "feketéként" és "óslakosként" meghatározott csoportok, mert a megnevezés a társadalmi kontextustól függ			
Támogató hiedelmek és intézményi ideológiák	Fehér felsőbbrendűség "vér" ("faji" alapú) nacionalizmus	Nőgyűlölet	Homofóbia	Transzfóbia
	Vallási fundamentalizmus	Vallási fundamentalizmus	Vallási fundamentalizmus	Vallási fundamentalizmus
Biológiai meghatározottságra való támaszkodás	A "biológiai faj" alapvető természeti kategóriaként történő kezelése	A biológiai nemet szigorúan bináris kategóriaként kezelik, amelynek természetes bináris kifejeződése a heteroszexuális, a ciszgender és a gender-konform		
Téves hiedelmek a csoport egészségi állapotával kapcsolatban	A megkülönböztetett csoportok és a kiváltságos csoportok egészségi állapotában megfigyelt különbségek alapvetően a veleszületett (és feltételezett genetikai) biológiai különbségekből fakadnak, beleértve a megkülönböztetett csoport feltételezett alacsonyabb rendű vagy deviáns biológiáját is			
Támogató struktúrák és gyakorlatok (az igazságtalan izmusok minden egyes típusához)	Strukturális: explicit és nem explicit igazságtalan "játékszabályok" (törvények, politikák és szabályok), valamint az igazságtalanság területi vagy intézményi örökségei és indikátorai			
	Interperszonális: a kiváltságos társadalmi csoporthoz tartozó személyek által a megkülönböztetett társadalmi csoportba tartozó személyek ellen irányuló diszkriminatív gyakorlatok és hiedelmek			
	Internalizált: a megkülönböztetett társadalmi csoportokba tartozó személyek önmagukat alárendelő gyakorlatai és hiedelmei			
Kapcsolódás a politikai gazdaságtanhoz, a politikai szociológiához és a politikai ökológiához	Milyen gazdasági hasznot húz a kiváltságos csoport, és milyen gazdasági kárt okoz a megkülönböztetett csoportnak az igazságtalan izmus?			
	Milyen társadalmi hasznot húz a kiváltságos csoport az igazságtalan izmusból, és milyen társadalmi kárt okoz a megkülönböztetett csoportnak?			
	Hogyan védi a kiváltságos csoport biofizikai, ökológiai környezetét, és hogyan károsítja a megkülönböztetett csoportot az igazságtalan izmus?			
Az anti-izmusok ellentétes nézetei	A biológiai esszencializmusra és a biológia alapú felsőbbrendűsége vagy alsóbbrendűsége vonatkozó állítások elutasítása			
	A társadalmi normalitás vagy deviancia biológiai esszencializmuson alapuló meghatározásainak elutasítása			
	Az emberi jogok tiszteletben tartása: "az emberi nem minden tagjának eredendő méltóságának, valamint egyenlő és elidegeníthetetlen jogainak", valamint annak elismerése, hogy a méltóság megvonása és a jogok megtagadása igazságtalanságot jelent és egészségmúltánytalanságot okozhat			
	Annak felismerése (különböző mértékben, a politikai szociológia, a politikai gazdaságtan és a politikai ökológia meglátásai alapján), hogy az igazságtalan társadalmi "játékszabályokat" a kiváltságos csoporthoz tartozó emberek alakítják ki, akiknek érdekük fűződik hatalmuk, kiváltságaik, tulajdonuk és erőforrásaik megőrzéséhez, vagy akár bővítéséhez, elsősorban a megkülönböztetett csoport(ok) tagjainak kárára			

Forrás: az ismertetett cikk 1. táblázat

1. ábra: A betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete: az egészségmúltánytalanságok az igazságtalanságok biológiai kifejeződésai



Forrás: ismertett cikk 1. ábra

Megjegyzés: Ez az ábra vázlatosan mutatja be, hogy a betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete miként értelmezi a népesség egészségmegoszlása, a szintek, a folyamatok és a hatalom között fennálló kapcsolatot, így rávilágítva arra, hogy az egészségmúltánytalanságok hogyan hozzák létre az igazságtalanság biológiai kifejeződéseit. A betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete négy, egymással összefüggő központi elemet (fehér ovális kék körvonallal) jelenít meg (91–98): (i) a beépülés; (ii) a beépülés folyamata; (iii) a kitettség, a fogékonyság és az ellenállóképesség halmozódó kölcsönhatása; és (iv) az elszámoltathatóság és a képviselő. Ezek az elemek alapvető fontosságúak az egészségi állapot népszerűségi megoszlásának ok-okozati magyarázatához. Mindezek az alapelemek (v) az életút során, az adott korábbi generációhoz (azaz a születési kohorszhoz) viszonyítva (sárga téglalap), és (vi) a szintek mentén (türkiz téglalap), a társadalom politikai gazdasága és politikai ökológiája (világoskék ovális) által közvetítve (vii) működnek. E fogalmak további kifejtéséért lásd „Az ökoszociális elmélet központi elvei” című 1. szövegdozst, valamint a „Megtetésülés módjai” című 2. szövegdozst.

Az izmusok elemzése megköveteli a biológiával való foglalkozást, és a biológiai esszencializmus megkérdőjelezését

A harmadik pont az, hogy az ökoszociális elmélettel (91, 97) összhangban az izmusok strukturális rendszerszemléletű megértése szükségszerűen megkérdőjelezi a biológiai esszencializmus két hibás előfeltevéését: (a) a biológiai faj hamis konstrukcióját, amely tévesen feltételezi, hogy az emberiséget olyan különböző biológiai "fajokra" lehet osztani, amelyek eredendően különböznek egymástól az egészségi állapot és más tulajdonságok tekintetében (169, 203), beleértve a boldoguláshoz szükséges jogok és erőforrások

iránti emberi szükségleteiket is; és (b) azt a téves hiedelmet, hogy a nem és a szexuális orientáció rögzített, bináris és a nemhez kötött biológia által meghatározott (54, 61, 86, 94, 161, 190). Szintén vitatandók (a) a hagyományos jogi meghatározások, amelyek a "diszkriminációt" az állítólagosan veleszületett, megváltoztathatatlan és elkülönülő tulajdonságokon alapuló tisztességtelen bánásmódra korlátozzák, pl, "faj", "nem" vagy "szexuális irányultság", és (b) a hagyományos — és ellentmondásos — ok-okozati következtetések, amelyek szerint a "faj", a "nem" és a "szexuális irányultság" vagy "nem módosítható" jellemzők (és így nem lehetnek "okok"), vagy pedig önmagukban véve az egészségkülönbségek

"okai" (105). Sőt, maga az elképzelés, hogy ezek olyan rögzített tulajdonságok, amelyek meghatározzák az embereket — ugyanakkor önmagukban ok-okozati szempontból elegendőek a csoportos egészségkülönbségek magyarázatához (anélkül, hogy hivatkoznának az okozó

rendszer szintű és egyéni elkövetőkre) — része a szóban forgó izmusok hitrendszerének. Figyelemre méltó, hogy a megkülönböztetés egyéb, törvény által elismert és tiltott formái közé tartozik a vallási meggyőződésen és politikai nézeten alapuló megkülönböztetés (3), amelyeket ugyan potenciálisan befolyásolhat a családi kontextus, de bizonyára nem veleszületettek és nem megváltoztathatatlanok.

1. szövegdozoz:

Az ökoszociális elmélet alapelvei

A beépülés arra utal, hogy a szó szoros értelmében, biológiailag hogyan építjük be az anyagi (biofizikai) és társadalmi világot, amelyben élünk. A beépülés útjainak fogalma arra utal, hogy a beépülés folyamatait miként alakítják egyidejűleg a társadalmi hatalmi és tulajdonviszonyok történeti alakulása, valamint a kifejlődött biológiánk ökológiai kontextusban rejlő korlátai és lehetőségei, beleértve a génexpressziót is, és nem csak a génfrekvenciát. A kitettség, a fogékonyság és az ellenállóképesség halmozódó kölcsönhatása az életút során és az egyes szinteken keresztül a hatások idejének és felhalmozódásának, valamint az ezekre adott válaszoknak a fontosságára utal, figyelembe véve mind az egyének életútbeli társadalmi és biológiai fejlődését, mind azt a nemzedéket, amelybe beleszülettek, valamint azokat a szinteket, amelyeken a hatások — és az ezekre való fogékonyság és ellenállóképesség — bekövetkeznek (pl. globális, nemzeti, regionális, területi vagy csoportos, családi, egyéni). Az elszámoltathatóság és a képviselő fogalma egyaránt vonatkozik (a) azokra az intézményekre és személyekre, akik felelősek az egészségmúltánytalanságok létrehozásáért vagy fenntartásáért, valamint (b) a nép-egészségügyi kutatókra az ezen igazságtalanságok magyarázatára vagy figyelmen kívül hagyására használt elméletekért. Ezek az összekapcsolódó konstrukciók együttesen alátámasztják, hogy az izmusok mérésének miért kell figyelembe vennie (a) azokat a strukturális, jogi és politikai összefüggéseket, amelyek a politikai és gazdasági hatalom változásaihoz kapcsolódnak (különböző szinteken) az izmusok fenntartása vagy megkérdőjelezése érdekében, és (b) mind a kitettségek, mind azok hatásainak időkereteit, mind a biofizikai és társadalmi világhoz, mind pedig a fellépő hatások etiológiai időszakához viszonyítva generációkon belül és között.

Tudás előállítása a cselekvés és az elszámoltathatóság érdekében, nem pedig az igazságtalanság bizonyítására

Az utolsó pont az, hogy — megismételve azt, amit 20 évvel ezelőtt már elmondtam — az igazságtalanság egészségkárosító hatása tanulmányozásának oka nem az, hogy bebizonyítsuk, hogy az igazságtalanság helytelen, mivel definíció szerint az (92). Ehelyett az okok inkább abban rejlenek, hogy elmélyítsük annak megértését, hogy az igazságtalanság hogyan alakítja a népesség egészségét, kinek a javára és kinek a kárára; hogy megkérdőjelezzük a méltánytalanságokat legalizáló narratívákat; és hogy bizonyítékokat gyűjtsünk az elszámoltathatósághoz. Végül is, ha az emberek méltánytalan társadalmi rendszereket és struktúrákat hoztak létre, akkor az emberek meg is kérdőjelezhetik ezeket a rendszereket és struktúrákat, és helyettük síkra szállhatnak az emberi jogok, az egészségmúltányosság és az ökológiai fenntarthatóság mellett (13, 21, 67, 74, 97, 155, 162, 181).

2. szövegdozoz:

A beépülés útjai

A beépülés útjai, melyek különösen fontosak az igazságtalan izmusoknak való kitettség szempontjából, magukban foglalják a társadalmi és gazdasági nélkülözéseknek való kedvezőtlen kitettséget (95–99); a környezeti veszélyeket (pl. mérgező anyagok, kórokozók és veszélyes körülmények); a társadalmi traumákat (pl. diszkrimináció és a mentális, fizikai és szexuális trauma egyéb formái); ártalmas árucikkek (pl. dohány, alkohol, egyéb törvényes és tiltott kábítószer) célzott forgalmazása; nem megfelelő vagy megalázó orvosi ellátás; és az ökoszisztémák leromlása, beleértve az őslakosok földjüktől való elidegenítését is. Ezek az utak és a többszörös izmusok egyszerre és kölcsönhatásban fordulnak elő és épülnek be.

AZ IZMUSOK HATÁSÁNAK MÉRHETŐSÉGE AZ EGÉSZSÉGMÉLTÁNYTALANSÁG KUTATÁ- SÁBAN: EGY SÉMA ÉS KONKRÉT PÉLDÁK

A 2. táblázat egy sémát mutat be az egészségmúltánytalanság-kutatás szempontjából releváns, meghatározott izmusok — és anti-izmusok — különböző típusú mérőeszközeinek meghatározásához, a vizsgálattervezés kérdéseire is figyelmet fordítva. Az anti-izmusok bevonása azért fontos, mert az oksági következtetéstől a legjobb magyarázatig érvényes (105, 124), hogyha a kedvezőtlen izmusok feltételezhetően az egészségmúltánytalanságok okozói, akkor az anti-izmusoknak az egészségmúltánytalanságok kialakulását kell elősegíteniük. A 3. táblázat viszont olyan, az egészségmúltánytalanságokra irányuló kutatások kiválasztott példáit mutatja be, melyek különböző szinteken végeztek méréseket, mind a Globális Délen, mind a Globális Északon. A 3. kiegészítő táblázat tartalmazza a szóban forgó kutatásokra vonatkozó technikai részleteket és mérőszámokat.

Strukturális hatások mérése: izmusok és anti-izmusok

A strukturális kifejezés — az izmusokra alkalmazva — az elmúlt évtizedben kezdett megjelenni a kis, de növekvő számú egészségmúltánytalansági vizsgálatokban (8, 14, 58, 77, 99, 196). [3. táblázat; 1. kiegészítő táblázat] A „strukturális” kifejezéssel azon „módok összességét” akarjuk kifejezni, ahogyan a társadalmak az igazságtalan izmusokat olyan „egymást erősítő rendszereken” keresztül támogatják, amelyek különbözőképpen érinthetik „a lakhatást, az oktatást, a foglalkoztatást, a jövedelmeket, a juttatásokat, a hiteleket, a médiát, az egészségügyet és a büntető igazságszolgáltatást” (8, 1453. o.), valamint a házassági jogot, a családjogot, a személyazonossági okmányokat és a tulajdonjogot (13, 21, 67). Ezek a törvények, szabályok és gyakorlatok viszont „megerősítik a diszkriminatív hiedelmeket, értékeket és az erőforrások elosztását” (8, 1453. o.). A strukturális igazságtalanság tehát a szóban forgó izmusokhoz igazodó igazságtalan személyközi kapcsolatok és egyéni meggyőződések felett és azokon túl létezik — miközben alakítja is azokat. [1. táblázat]

A strukturális izmusok mérésekor azonban nagyobb pontosságra van szükség. A „struktúra” különböző típusainak és jelentéseinek tisztázása kulcsfontosságú az etiológia, az elszámoltathatóság és a képviselő pontos azonosításához,

és így a cselekvési lehetőségek meghatározásához.

Explicit törvények és szabályok

A strukturális hatások mérőszámainak egyik csoportja az expliciten kimondott "játékszabályokra" (13, 11. o.) vonatkozik. [2., 3. táblázat, 3. kiegészítő táblázat] Ezek a szabályok törvényekben, politikákban vagy algoritmusokban fogalmazódhatnak meg, amelyekért akár kormányzati, akár nem kormányzati intézmények viselik a felelősséget, és ezáltal felvetik a potenciális jogi felelősség, jogorvoslati vagy jóvátételi igények és alternatív jogalkotás lehetőségét (13, 181, 187). Jól ismert példák erre az Egyesült Államokban a jogilag szentesített fehér felsőbbrendűség, a feketék rabszolgasorba taszítása, és az ezt követő legális faji megkülönböztetés (pl., Jim Crow-törvények) (1, 4, 56, 151; a legális és népi "faji higiéné" a náci Németországban (az amerikai Jim Crow-törvények alapján); a legális apartheid Dél-Afrikában (amely szintén a Jim Crow-törvényekből merített); a nők hosszú ideje tartó legális jogfosztása a világ legtöbb országában (a nőknek először 1893-ban Új-Zélandon adtak országos szavazati jogot, legutóbb pedig 2015-ben Szaúd-Arábiában nyerték el, bár csak helyi szinten (184)); az azonos neműek kapcsolatát tiltó nemzeti törvények 72 országban (2017-ig) (34); és egy új, jogorvoslati szakaszban lévő amerikai szövetségi politika, amely tiltja a transzneműek katonai besorozását (123).

Az ilyen típusú strukturális hatások mérése két szempontból jelenthet nehézséget: a megkülönböztetésnek való kitettség és egyéb kapcsolódó kitettség megfelelő mérése vonatkozásában. Először is, az ilyen típusú mérőszámokat alkalmazó egészségmúltánytalansági tanulmányok jellemzően az explicit szabályok jelenlétére összpontosítanak; kevesebb vagy semennyi figyelmet sem fordítanak annak értékelésére, hogy ezeket a szabályokat (szelektíven) érvényesítik-e, és ha igen, hogyan, így a tényleges kitettség fontos eltéréseit figyelmen kívül hagyhatják (13, 66, 181). Másodszor, az egészségmúltánytalansági kutatások jellemzően kizárólag egyfajta izmusra vonatkozó szabályokra összpontosítanak, és bár ez a megközelítés néha indokolt lehet, az állami politikák ideológiai irányultsága gyakran azt jelenti, hogy a kapcsolódó ártalmas izmusokra vonatkozó szabályok együttesen hatnak (13, 35); amit olyan mutatók használatával lehetne korrigálni, amelyek több kapcsolódó politikát ragadnak meg (13, 35).

2. táblázat: Séma az egészségmúltánytalansági kutatás szempontjából releváns, meghatározott izmusok — és anti-izmusok — különböző típusú mérőeszközeinek meghatározásához

Izmosoknak kitétség: szintek	Mérendő tényező típusa	Példák mérhető mutatókra	Vizsgálattervezéskor megfontolandók (mindegyik mutatóra)
Strukturális	Explicit "játékszabályok": igazságtalan törvények, politikák és szabályok)	<p>Igazságtalan izmus: olyan törvények, politikák és szabályok, amelyek explicit módon hátrányosan megkülönböztetik a megkülönböztetett, és előnyben részesítik a kiváltságos csoportot</p> <p>Anti-izmus: olyan törvények, politikák és szabályok, amelyek explicit módon tiltják a hátrányos megkülönböztetést vagy támogatják a pozitív megkülönböztetést (pozitív diszkrimináció és a méltányossági kritériumok; jóvátétel)</p>	<p>ÖSSZEHASONLÍTANDÓ CSOPORTOK</p> <p>Strukturális: Összehasonlító elemzéseket igényel az uralkodó politikai rendszerek vagy intézmények vonatkozásában:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Időbeli (longitudinális), egy politikán vagy intézményen belül: a megkülönböztetett csoport egészségi állapotának vagy a kiváltságos és a megkülönböztetett csoportok közötti egészségmúltánytalanság mértékének összehasonlítása a méltánytalan törvény vagy politika elfogadása vagy hatályon kívül helyezése előtt és után ▪ Politikai rendszereken vagy intézményeken átívelően: a megkülönböztetett és a kiváltságos csoportok egészségi állapotának összehasonlítása a meghatározott törvényekkel vagy politikákkal rendelkező és nem rendelkező szintereken <p>Egyéni (az izmosoknak való kitétség és az internalizált izmusok esetében is), releváns összehasonlítások:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A megkülönböztetett csoporton belül (a megkülönböztetett csoporton belüli kitétség mértékének és annak egészségre gyakorolt hatásának számszerűsítése érdekében) ▪ A megkülönböztetett és a kiváltságos csoport között (annak számszerűsítése érdekében, hogy a kitétség hogyan járul hozzá a megkülönböztetett és a kiváltságos csoport közötti egészségmúltánytalanságokhoz) <p>IDŐBELI SZEMPONTOK</p> <p>Strukturális: eltérő időkeretek: (a) a történelmi igazságtalanság hosszú távú hatása az igazságtalan izmusok miatt; b) az igazságtalan izmusok miatt aktuálisan fennálló igazságtalanság jelenkori hatása</p> <p>Egyének: az igazságtalan izmosoknak való kitétség és internalizációjuk hatása az élet során, beleértve a nemzedékek közötti kitétséget és internalizációt is</p> <p>Etiológiai időszak: figyelembe kell venni az egészségkárosodás kialakulásához szükséges időt, adott kitétség mellett</p>

2. táblázat: Séma az egészségméltánytalansági kutatás szempontjából releváns, meghatározott izmusok — és anti-izmusok — különböző típusú mérőeszközeinek meghatározásához

			<p>A KITETTSÉGI ADATOK ELÉRHETŐSÉGE ÉS ÉRVÉNYESSÉGE</p> <p>Strukturális: a jogszabályok, politikák és szabályok nem feltétlenül nyilvánosak vagy könnyen hozzáférhetőek, és a végrehajtásukra vonatkozó adatok nem feltétlenül elérhetőek</p> <p>Egyéni (az izmusoknak és az internalizált izmusoknak való kitettség esetében): az önbevalláson alapuló adatok csak azt tükrözik, amit az emberek hajlandóak vagy képesek elmondani arról, amit tudatosan tapasztaltak, és a válaszokat torzíthatja a társadalmi elvárás, a kényelmetlenség vagy a félelem; az implicit mérések feltárhatják az én és a csoport mint megkülönböztetett mögöttes érzését, de nem szolgáltatnak adatokat az expozíció kontextusáról; a kísérleti forgatókönyvek feltárhatják a biológiai mechanizmusokat, de nem biztos, hogy a valós kontextusokra általánosítható hatásbecsléseket adnak</p>
	<p>Implicit "játékszabályok": igazságtalan törvények, politikák és szabályok</p>	<p>Igazságtalan izmus: olyan törvények, politikák és szabályok, amelyeket szándékosan úgy alakítottak ki, hogy megkerüljék az antidiszkriminációs törvényeket annak érdekében, hogy ténylegesen, de nem kifejezetten diszkriminálják a megkülönböztetett, és előnyben részesítsék a kiváltságos csoportot</p> <p>Anti-izmus: olyan törvények, politikák és szabályok, amelyek megakadályozzák a megkülönböztetett csoporttal szembeni implicit diszkriminációt</p>	
	<p>Az igazságtalanság területi vagy intézményi hagyományai és indikátorai</p>	<p>Igazságtalan izmus: A megkülönböztetett és a kiváltságos csoportok esetében keletkező társadalmi kimenetek különbségei Népességalapú adatok az igazságtalan izmusokat támogató attitűdökről és meggyőződésekről (explicit felmérések; internet) Az igazságtalan izmusokat kifejező intézményi vagy állami gyakorlatok vizsgálata Az igazságtalan izmusokat támogató köztéri emlékművek és megemlékezések jelenléte</p> <p>Anti-izmus: ugyanazok a megközelítések, mint az igazságtalan izmusok esetében, de az anti-izmus támogatásával összefüggésben</p>	
Egyéni	<p>Explicit önbevallás Implicit mérés Kísérleti</p>	<p>Igazságtalan izmusok: explicit kutatási kérdésfeltevés, vagy implicit asszociációs tesztek (IAT-k), vagy igazságtalan izmusoknak való kitettséget vizsgáló kísérletek</p> <p>Anti-izmus: ugyanazok a megközelítések, mint az igazságtalan izmusok esetében, de az anti-izmusnak való kitettséggel összefüggésben</p>	
Internalizált	<p>Explicit önbevallás Implicit mérés</p>	<p>Igazságtalan izmusok: explicit kutatási kérdésfeltevés, vagy IAT-k, vagy az igazságtalan izmusok internalizálását magukba foglaló kísérleti elrendezések.</p> <p>Anti-izmus: ugyanazok a megközelítések, mint az igazságtalan izmusok esetében, de az anti-izmus internalizálásával kapcsolatban</p>	

Forrás: ismertett cikk 2. táblázat

3. táblázat: Konkrét egészségmúltányossági kutatások a rasszizmus, a szexizmus, a heteroszexizmus és a nemi binarizmus izmusok és anti-izmusok mérésére (hivatkozások az eredeti cikkben)

Szintek	Mérendő tényezők típusa	Az egészségmúltánytalanság-kutatásokból vett válogatott példák
Strukturális	Explicit "játékszabályok": igazságtalan törvények, politikák és szabályok	<p>Rasszizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> Az Egyesült Államokban a csecsemőhalandósággal kapcsolatban végzett, az 1960-as évekből származó polgárjogi intézkedések vizsgálata (2) Az USA államainak Jim Crow státusza (törvényes faji diszkrimináció), és annak az 1960-as évek közepén történő eltörlése, és az akkori és az azt követő csecsemőhalálozási ráták (101), a korai halálozás (102) és az emlőrák ösztrogénreceptor-státusza közötti összefüggések nemzeti szintű mérése Az Egyesült Államok szövetségi azon politikái, amelyek faji megkülönböztetést írnak elő a városrészek fejlesztésére és a lakáshitelek ("újrarajzolás"; 1930-as évektől az 1960-as évek közepéig (170)), a városon belüli városi erőszak (79), az önértékelt egészségi állapot (130), a rák stádiuma a diagnózis felállításakor jelenlegi arányaival (N. Krieger, E. Wright, J.T. Chen, P.D. Waterman, E.R. Huntley, M. Arcaya, bírálattal), és a koraszüléssel (N. Krieger, G. Van Wye, M. Huynh, P.D. Waterman, G. Maduro, W. Li, R.C. Gwynn, O. Barbot, M.T. Bassett, bírálattal) összefüggésben <p>Szexizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> A nők élelmezésbiztonsági jogainak nemzeti szintű mérése 42 alacsony és közepes jövedelmű országban (20) A nők földhöz fűződő jogai és a családon belüli erőszak összefüggésére vonatkozó országos mérések Kína vidéki területein (177) A nők legális gazdasági jogai és a malária előfordulási arányainak összefüggéseire vonatkozó országos szintű mérések 90 kevésbé fejlett országban (7) 11 európai jóléti államnak a megbetegedési és halálozási eredmények tekintetében mutatkozó nemi múltányosságra irányuló 12 szociális beruházási politikája hatásának nemzeti szintű mérése (15) A nők választójoga és a gyermekek életben maradása összefüggéseinek nemzeti szintű mérése az Egyesült Államokban (1869-1920, a nők nemzeti alkotmányos választójogának 1920-as elfogadása előtt) (138) <p>Heteroszexizmus és nemi binarizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> A diszkriminációmentességre vonatkozó LGBT-jogszabályok amerikai állami szintű mérései a szexuális kisebbséghez tartozó nők egészségügyi szolgáltatásokkal való elégedettségével kapcsolatban (9) Az azonos neműek házasságának amerikai állami szintű tiltása és pszichiátriai rendellenességek az LGBT-populációkban (73) Az USA állami szintű transzneműekkel kapcsolatos politikái és a transzneműek egészségének kapcsolata (50) A nemi identitással kapcsolatos nemzeti törvények és az argentin transznemű nők egészségi állapotának kapcsolata (5)
	Implicit "játékszabályok": igazságtalan törvények, politikák és szabályok	<p>Rasszizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> A „gerrymandering” (a szavazóközetek határainak pártpolitikai manipulációja) kifejezetten faji kritériumok használata nélkül), valamint a színes bőrű népességnek az amerikai Superfund telephelyekhez (nagy veszélyt jelentő mérgező hulladéklerakók) való közelsége amerikai állami szintű mérése (88) A demenciastátuszt becsülő algoritmusok és a faji/etnikai hovatartozás szerinti eltérő pontosság kapcsolata egy amerikai országos reprezentatív adatbázisban (60) <p>Szexizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> A nemek szerint nyilvánosan hozzáférhető illemhelyek (beleértve a piszoárokat is) helyi felmérései a közterületeken (repülőterek, pályaudvarok, bevásárlóközpontok) négy dél-afrikai városban (179) A munkaidő-küszöbértékek (nem tesz kifejezett említést a nemekről) és a mentális egészség terén mutatkozó nemek közötti egyenlőtlenségek nemzeti szintű mérése Ausztráliában (48) <p>Heteroszexizmus és nemi binarizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> Országos tanulmány a szexuális irányultságra és a nemi identitásra vonatkozó kérdések kihagyásáról az egészségfelügyeleti adatokból az Egyesült Államokban (159)

3. táblázat: Konkrét egészségmúltányossági kutatások a rasszizmus, a szexizmus, a heteroszexizmus és a nemi binarizmus izmusok és anti-izmusok mérésére (hivatkozások az eredeti cikkben)

	<p>Az igazságtalanság területi vagy intézményi hagyományai és jelzői</p>	<p>Megjegyzés: Az egészségügyenlőségi kutatásokban használt, az igazságtalan izmusokra vonatkozó, területalapú mérőszámok túlnyomórészt a lakóhelyi faji szegregáció városi szintű mérésére vonatkoznak (99, 192, 196); a térbeli polarizáció új mérőszámai lehetővé teszik a faji, gazdasági és faji alapra helyezett gazdasági szegregáció részletesebb, többszintű méréseinek használatát (108, 112, 115). Az alábbi példák a lakóhelyi szegregáció mérésén túlmutatnak.</p> <p>Rasszizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> Az Egyesült Államokban a környékbeli kockázati tényezők, pl. a raktárépületek (Los Angeles egyesített statisztikai területén) faji/etnikai hovatartozás szerinti méltánytalan területi eloszlásának helyi mérése (202) Az USA megyei és állami szintű mutatói a feketék és fehérek közötti különbségek különböző társadalmi és gazdasági indikátorainak kapcsolata vonatkozásában a születési eredményekkel (39, 189), a halálos kimenetelű rendőrségi lövöldözésekkel (134) és a szívinfarkttal kapcsolatban (125) Területi alapú amerikai internetes adatok a csecsemők egészségi állapotával kapcsolatban, pl. a gyűlöletbeszédre vonatkozó internetes adatok (36) vagy az implicit előítéltelességre vonatkozó felmérések (137, 152) felhasználásával <p>Szexizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> Nemzeti mérése a nemek arányára (nők/férfiak) a különböző társadalmi és politikai mutatók esetében és a nőgyilkosságok arányának kapcsolata 61 országban (156) A nemek közötti egyenlőtlenségek mérése a következő területeken: (a) az Egyesült Államok állami törvényhozásában való politikai képviselet, (b) a keresetek, a munkaerőpiaci részvétel és a szegénységi arány tekintetében, valamint a (c) vallási konzervatívok aránya az állam lakosságában és (d) abortuszt végző szervezet nélküli megyében élő nők aránya és ezek kapcsolata a krónikus egészség állapotokkal, az önértékelt egészségi állapottal és a fizikai teljesítőképességgel (77) Nemzeti mérések a nők parlamenti képviseletére és a halálozási arányokra vonatkozóan 155 országban (126) <p>Heteroszexizmus és nemi binarizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> Az azonos neműek házasságáról szóló népszavazás szavazási eredményeinek és az ausztráliai LMB népesség mentális egészségének kapcsolatára vonatkozó nemzeti szintű mérések (163) Amerikai közösségi adatok az explicit és implicit HIV-előítéletek és a HIV-fertőzöttek pszichológiai és fizikai jóléte kapcsolatára vonatkozóan a New England-i közösségekben (137)
<p>Egyéni: izmusnak kitettség</p>	<p>Explicit önértékelés</p>	<p>Rasszizmus</p> <p><i>Megjegyzés: A faji megkülönböztetés és az egészség (viselkedési, mentális és fizikai) vizsgálatában a legszélesebb körben a kitettség önbevalláson alapuló mérését használják (99, 121, 157, 196). Az alábbiakban felsorolt áttekintések és példák kiválasztásának indoka az ilyen mérések világszerte történő jelenlegi használatának szemléltetése.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> A faji megkülönböztetésnek (mint célpont vagy áldozat) való kitettségre vonatkozó nemzeti és közösségi alapú lakossági önbevalláson alapuló adatok- és a különböző egészségmutatók kapcsolatára vonatkozó áttekintések az USA színes bőrű lakossága és más országok faji alapon megkülönböztetett lakossága körében (12, 89, 99, 157, 158, 196) Nemzeti és közösségi alapú lakossági önbevalláson alapuló adatok a faji, etnikai és kasztok szerinti megkülönböztetéssel kapcsolatos tanulmányokban és ezek kapcsolata az egészségi állapottal és az egészségmagatartással Braziliában (160), Európában (46), Izraelben (45), Indiában (84) és Új-Zélandon (72) <p>Szexizmus</p> <p><i>Megjegyzés: Az egyéni önbevalláson alapuló adatok a legszélesebb körben használt mérőszámok a szexizmus és az egészség témakörében végzett világméretű kutatásokban, bár elsősorban a nemi alapú erőszakkal kapcsolatban, amely néha a szexuális zaklatást is magában foglalja (86, 133, 188). Az alább felsorolt példák kiválasztásának indoka azoknak a mai egészségmúltányosságitanulmányok szemléltetése, amelyek a nemi megkülönböztetés és a szexizmus kevésbé gyakran használt mérőszámait alkalmazzák, és amelyek kifejezetten a szexuális zaklatásra is összpontosítanak.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Önbevalláson alapuló adatok a nemi megkülönböztetésről és a nők drogfogyasztásáról az Egyesült Államokban (32) Önbevalláson alapuló adatok a szexista ideológiáról és a férfiaknak a nők reprodukív egészséggel kapcsolatos döntései feletti ellenőrzéséről az Egyesült Államokban (164) Önbevalláson alapuló adatok az amerikai nők szexizmussal kapcsolatos tapasztalatairól és a szexuális kockázati viselkedésről (41)

3. táblázat: Konkrét egészségmértányossági kutatások a rasszizmus, a szexizmus, a heteroszexizmus és a nemi binarizmus izmusok és anti-izmusok mérésére (hivatkozások az eredeti cikkben)

	<ul style="list-style-type: none"> • Önbevalláson alapuló adatok a szexuális zaklatásról és a mért fizikai egészségről az Egyesült Államokban (103, 183), valamint az önértékelt egészségről és az önbevalláson alapuló pszichológiai egészségről az Egyesült Államokban (28, 71) és világszerte (40) • Önbevalláson alapuló adatok a párkapcsolati nemek közötti egyenlőség és az önértékelt egészség kapcsolatáról Svédországban (178) <p>Heteroszexizmus és nemi binarizmus</p> <p><i>Megjegyzés: Az egyéni önbevalláson alapuló adatok a legszélesebb körben használt mérőszámok az LMBT-ellenes diszkrimináció és az egészség (viselkedés, mentális és fizikai) világméretű kutatásában (141, 142). Az alábbi példák kiválasztásának indoka az ilyen mérések jelenlegi használatának szemléltetése</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Önbevalláson alapuló adatok az LMBT személyek gyűlölet-bűncselekmények áldozatává válása és a mentális egészség kapcsolatáról az Egyesült Államokban (29) • Önbevalláson alapuló adatok a biszexuális-specifikus stresszfactorok és a pszichológiai distressz és az öngyilkosság kapcsolatáról az Egyesült Államokban (131) • Önbevalláson alapuló adatok az amerikai transznemű személyek nemi identitást megerősítő okmányai megszerzése és a dohányzási státusz kapcsolatáról (175)
Implicit mérés	<p><i>Megjegyzés: Úgy tűnik, hogy csak négy közzétett egészségmértányossági vizsgálat használta az IAT-ot annak felmérésére, hogy az emberek mennyire érzik magukat a faji diszkrimináció célpontjának, illetve elkövetőjének (33, 100, 113, 114); ezek közül az egyik a nemi diszkrimináció célpontjának, illetve elkövetőjének érzetét vizsgáló IAT-ot is tesztelte (33); ezeket a méréseket a dohányzási státusszal és a mért vérnyomással hozták összefüggésbe (100, 114)</i></p>
Kísérleti	<p>Rasszizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • A faji megkülönböztetésnek való kitettség kísérleti manipulációja amerikai vizsgálatokban: a faji stresszoroknak történő kitettség a nem-faji stresszoroknak való kitettséggel szemben (pl. vizuális címkék használata, írásos anyagok vagy szövetséges személyek beszámolóinak felhasználása) és a mért vérnyomás, a kardiovaszkuláris reaktivitás és a kortizolszintek kapcsolatának elemzése (6, 76, 78, 119, 171) <p>Szexizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • A szexizmusnak való kitettség kísérleti manipulációja amerikai vizsgálatokban (pl. szövetséges személyek beszámolóinak és írásos anyagok felhasználásával) és a kortizolszintek és a kardiovaszkuláris reaktivitás kapcsolatának elemzése (51, 185) <p>Heteroszexizmus és nemi binarizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nem találtunk kísérleti elrendezést alkalmazó egészségmértányossági tanulmányokat
Egyéni: internalizált	<p>Rasszizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Önbevalláson alapuló adatok az internalizált negatív faji csoportos attitűdök és a szív- és érrendszeri betegségek kapcsolatáról afroamerikai férfiak körében (37) • Önbevalláson alapuló adatok az internalizált rasszizmus és a mentális egészség kapcsolatáról az afroamerikaiak, az Egyesült Államokban született karibi feketék és a külföldön született karibi feketék körében az Egyesült Államokban (143) <p>Szexizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nem találtunk egészségmértánytalansági tanulmányokat <p>Heteroszexizmus és nemi binarizmus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Önbevalláson alapuló adatok az internalizált heteroszexizmus vagy homofóbia és a mentális és fizikai egészség kapcsolatáról az Egyesült Államokban (132, 166, 180) • Önbevalláson alapuló adatok az internalizált nemi kisebbségi stresszről és a depressziós tünetekről az amerikai transznemű és nemi szempontból nem konform fiatalok (42) és svájci transznemű felnőttek körében (80) • Önbevalláson alapuló adatok az internalizált transzfóbia és az öngyilkossági kísérletek kapcsolatáról az argentin transznemű felnőttek körében (129)
	Implicit mérés

Forrás: ismertett cikk 3. táblázat

Implicit törvények és szabályok

Máskor a törvények vagy szabályok szándékosan nem nevezik meg a megkülönböztetett csoportokat, például mert ez törvénytelen, de ennek ellenére a kialakítása vagy a hatása negatívan diszkriminál. [2., 3. táblázat, 3. kiegészítő táblázat] Két klasszikus példa az Egyesült Államokból, amelyek az afro-amerikaiakat célozzák anélkül, hogy a vonatkozó törvények kifejezetten megneveznék ezt a csoportot: a) a Kábítószer Elleni Háború, és annak a tömeges bebörtönzéssel való kapcsolata, melyek mindegyike az egészségmértánytalansággal kapcsolatos kutatások középpontjában áll, és b) a választók elnyomása, akár a (ma már törvényen kívül helyezett) közvélemény-kutatások és a műveltségi tesztek, akár a (még mindig legális) gerrymandering,⁷ a korlátozó szavazóazonosító törvények, a szavazási idők és helyek korlátozása (4, 151), melyek ezzel szemben kevés figyelmet kaptak az egészségmértánytalansággal kapcsolatos kutatásokban (88). Az implicit szabályalapú diszkrimináció újabb formája az algoritmikus-diszkrimináció, amikor a torzított adatokra alkalmazott elemzési algoritmusok torzított előrejelzéseket eredményeznek, amint ez megtörtént a gépi tanulás, az óriási adatbázisok esetében, valamint a foglalkoztatással, a büntetőítéletekkel, a jelzőhitelek jóváhagyásával és az orvosi ellátással kapcsolatos intézményi döntések esetében (63, 148, 168). Mindkét esetben az ilyen típusú méltánytalanságok elleni fellépéshez anti-izmus mérések szükségesek, hogy a megkülönböztetett csoportok védelme érdekében az izmus-tudatos szabályokat alkalmazni lehessen (1, 4, 70, 148, 168, 187).

Területi vagy intézményi nem szabályalapú mérések

Az egészségmértánytalansági szakirodalomban megjelenő, strukturálisnak is nevezett egyéb mutatószámok nem közvetlenül a hatályos (akár explicit, akár implicit) szabályok hatásait, hanem a strukturális méltánytalanság korábbról megörökölt területi vagy intézményi következményeit mérik. [2., 3. táblázat, 3. kiegészítő táblázat] Az ilyen mérések leggyakrabban népességalapú adatokat használnak, és a megkülönböztetett csoport és a kiváltságos csoport közötti (relatív vagy abszolút) különbséget számszerűsítik egy vagy több meghatározott társadalmi mutatóra,

mint például a csoportkülönbségek a jövedelem, az oktatás, a foglalkoztatás, a lakástulajdon, a lakóhelyi szegregáció, a politikai képviselet, a rendfenntartás, a tömeges bebörtönzés, a közlekedéshez való hozzáférés, a reprodukív egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, a mérgező hulladéklerakók vagy szennyező iparágak vagy létesítmények közelsége, satöbbi tekintetében. [2., 3. táblázat, 3. kiegészítő táblázat] Az egészségmértánytalanság-kutatásokban eddig használt mérőszámok igen különfélék, ami megnehezíti a különböző vizsgálatok eredményeinek összehasonlítását. E mérőszámok megbízhatóságát egyelőre korlátozza, hogy csak a nyilvánosan hozzáférhető, az érintett társadalmi csoportok szerint rétegezhető adatokból származnak. Ugyancsak potenciálisan érdekesek, de a kvantitatív, népességalapú egészségmértánytalansági kutatásokban még nem használtak olyan területi mérőszámokat, amelyek a méltánytalan izmusokat támogató köztéri emlékműveknek (pl. az Egyesült Államokban a konföderációt támogató emlékműveknek) való kitettségre, valamint — mint anti-izmusoknak — az ilyen emlékművek eltávolítására, illetve a méltánytalan izmusokat leleplező köztéri művészettel való helyettesítésükre vonatkoznak (23, 82, 136, 172). Az egészségmértánytalanság-kutatásokban újabban használt további területi mutatók az izmusokra vonatkozó társadalmi normák mérésére törekednek kérdőíves vagy internetes adatok felhasználásával. [2., 3. táblázat, 3. kiegészítő táblázat] Óvatosságra van azonban szükség, tekintettel a) a hátrányos diszkriminatív attitűdökre vonatkozó önbevallásos adatok jól ismert torzításaira (különösen az alacsonyabb számú bejelentésre) (10, 92, 99, 145, 154, 157), valamint b) a politikai megosztottságot szító, csalárd internetes bejegyzések gyors terjedésére, különösen az aktuálisan felkapott izmusok esetében (30, 148). Alternatíva lehet az ilyen torzításokat kiküszöbölő, de egyelőre nemigen használt megközelítés a népességalapú kutatásokban az olyan vizsgálat, amely során azonos önéletrajzokat — vagy hasonló testalkatú, azonos öltözetű emberek képeit — küldenek a potenciális munkaadóknak vagy bérbeadóknak, amik szerint a jelentkezők kizárólag faji/etnikai vagy nemi megjelenésükben vagy párkapcsolati státuszukban (pl. egyedülálló, azonos nemű pár, heteroszexuális pár) különböznek (118, 145, 154, 167). Egy másik újonnan alkalmazott megközelítés az egészségmértánytalanság-kutatásban a területi

⁷ Fordító: hatalmon lévő pártoknak kedvező, egyoldalúan megváltoztatott szavazókörzet-módosítás

alapú implicit elfogultsági adatok használata (137, 152); fontos azonban figyelembe venni, hogy a szelekciós torzítás befolyásolhatja azt, hogy kik keresik és töltik ki önként az ilyen webalapú tesztek (pl. főként a magasan képzett és jómódú személyek) (18, 22, 201). Az ilyen típusú területi mérőszámok együttesen kizárólag az úgynevezett statisztikai diszkriminációról szolgáltatnak bizonyítékot (azaz a csoportkülönbségek statisztikai bizonyítékai, amelyek feltehetően méltánytalan folyamatok miatt merülnek fel, de nincs explicit bizonyíték a válaszolók motivációira), és bár az ilyen bizonyítékok nem felelnek meg a szándékosság bizonyítását megkövetelő jogi normáknak (3, 174), mégis hasznosan tájékoztathatnak és ösztönözhetnek a méltányosság érdekében tett intézkedésekre.

Történelmi eshetőség, valamint a strukturális mérőszámok és az összehasonlító csoportok kiválasztása

Az, hogy milyen típusú strukturális mutatók alkalmazhatók, a társadalmi és történelmi kontextustól függ. Kulcsfontosságú szempont, hogy a szóban forgó méltánytalanság típusa jogilag vitatott-e.

Vegyük először a hátrányos, faji alapú lakóhelyi szegregáció esetét az Egyesült Államokban. A körvonalait az USA-beli szövetségi, valamint állami törvények és politikák alakították ki hivatalos térképekre lefordítva, melyek engedélyezték a lakóhelyi faji szegregációt és dezintegrációt a Jim Crow törvényt alkalmazó államokban és azokon kívül az 1930-as évektől az 1960-as évek közepéig, mely időszak után az ilyen legális faji megkülönböztetést országosan betiltották (55, 135, 170). Mivel 1965 után megszűnt a lakhatásban a faji megkülönböztetést engedélyező törvények helyi vagy időbeni különbözősége, az egészségmértánytalanság-kutatások elsősorban olyan területi mutatókra támaszkodtak, amelyek tükrözték a korábbi legális lakóhelyi szegregáció és a jelenlegi illegális faji megkülönböztetés hatását. Az ilyen mutatók különbözőképpen vonatkoztak a környék összetételére (pl. faji/etnikai, jövedelmi) és körülményeire (pl. fizikai környezet, lakóépületek), a lakhatási méltányossághoz kötődő vagy az elszegényedés generációk közötti átörökítésére, valamint a szavazóközetekhez és a választási létesítményekhez kötődő politikai hatalomra (4, 8, 58, 99, 135, 157, 192, 196). Csak az eredeti 1930-as térképek közelmúltbeli feltárásával és digitalizálásával vált lehetővé, hogy az egészségmértányosság kutatói

elkezdjék vizsgálni az eredeti legális diszkrimináció hosszú távú hatásait mind a lakóhelyi összetétel megváltozására, mind az egészségmértánytalanságokra vonatkozóan (79, 130, 135; N. Krieger, E. Wright, J. T. Chen, P.D. Waterman, E. R. Huntley, M. Arcaya, nem publikált adatok; N. Krieger, G. Van Wye, M. Huynh, P.D. Waterman, G. Maduro, W. Li, R. C. Gwynn, O. Barbot, M.T. Bassett, nem publikált adatok).

Ezzel szemben a jelenlegi jogi és politikai konfliktusok, például az azonos neműek házassága és élettársi viszonya (19, 34), valamint a transznemű és harmadik nemű személyek jogai (pl. travesztiták Dél-Amerikában, hijrák Indiában és muxok Mexikóban), lehetővé teszik a szóban forgó explicit szabályok egyidejű egészségi hatásainak elemzését. Ugyanez érvényes a szexizmussal kapcsolatban a szexuális zaklatással (81, 86, 149, 204), a nemi alapú erőszakkal (24, 86, 133, 188), valamint a szexuális és reprodukcióval kapcsolatos törvényekkel és politikákkal kapcsolatos jelenlegi konfliktusokra, például a fogamzásgátláshoz, az abortuszhoz vagy a szexuális vagy nemi kisebbségeket elfogadó egészségügyi ellátáshoz való hozzáféréssel, vagy a terhességi és szülői szabadsággal kapcsolatos politikák vonatkozásában (13, 24, 53, 59, 62, 67, 68, 86, 144, 181).

Az alkalmazott strukturális mutatók típusától függetlenül alaposan át kell gondolni mind az összehasonlítandó csoportokat, mind az etiológiai periódusokat (14, 97). Az is kérdéses, hogy az emberek jogszerűen milyen mértékben képesek változtatni annak érdekében, hogy részesüljenek a politikai változások előnyeiből vagy elkerüljék azok hátrányait (13, 135). Az összehasonlítások magukban foglalhatják a) a megkülönböztetett csoportok egészségi állapotának összehasonlítását a törvény vagy politika hatálybalépése előtt és után; b) a megkülönböztetett csoport és a kiváltságos csoport egészségi állapotában mutatkozó méltánytalanság mértékében bekövetkező, a politika változása előtti vagy utáni változásokat; és c) a megkülönböztetett csoport egészségi állapotának vagy a megkülönböztetett csoport és a kiváltságos csoport egészségi állapotában mutatkozó méltánytalanság mértékének keresztmetszeti összehasonlítását a vonatkozó törvény vagy politika alkalmazása tekintetében eltérő államok között. A rövid távú (vagy akár keresztmetszeti) időbeli összehasonlítások alkalmasak lehetnek a rövid etiológiai periódussal rendelkező mutatók (pl. pszichológiai distressz) esetében; hosszabb etiológiai

periódus esetében figyelembe kell venni az időeltolódást (13, 97).

Különösen fontos szempont a beépült ártalmak hosszú ideig való fennmaradása és intergenerációs megvalósulása. Ami jogi vagy politikai szempontból "réginek" tűnhet, az a biológiai generációk szempontjából lehet, hogy csak egy pillanat (97, 104, 107). A Jim Crow törvényeket például az Egyesült Államokban 1964-ben illegálisnak nyilvánították (1, 4, 151). Azonban bárki, aki 2019-ben 55 éves, vagy idősebb volt az Egyesült Államokban, az akkor született, amikor a Jim Crow törvény volt az ország törvénye, és bármelyik gyermekük egy olyan személy gyermeke, aki potenciálisan megtapasztalta ezt a mindent átfogó strukturális rasszizmust (2, 83, 101). A kis számú Jim Crow törvénnyel és annak eltörlésével kapcsolatos egészségmúltánytalanság-kutatás bizonyítja, hogy a törvény hatással volt a csecsemőhalandóságra, a korai halálzásra, és növelte több halálos típusú mellrák jelenlegi kockázatát (2, 70, 83, 101, 102, 106, 107). A beépült történelem ilyen értelmezése az, amit az egészségmúltánytalanság kutatói az izmusok hatásának méréséhez figyelembe vehetnek.

Egyéni: Az izmusoknak és anti-izmusoknak való kitettség

Az emberek kitettségét alakító strukturális feltételek fontossága ellenére az izmusokkal és az egészséggel kapcsolatos egészségmúltánytalanság-kutatásokban mégis a leggyakrabban használt mérési mód a diszkriminációnak való kitettség egyéni szintű explicit önbevallása (akár célpontként, akár szemtanúként). [2., 3. táblázat, 1–3. kiegészítő táblázatok] Más, ritkábban használt egyéni szintű mérőszámok közé tartoznak a diszkriminációnak való kitettség implicit és a beépült elnyomást mérő mutatói.

Explicit önbevallás

Amint azt más közelmúltbeli szakirodalmi áttekintésekben hosszasan tárgyalták (12, 89, 98, 99, 121, 141, 142, 157, 158, 196), a rasszizmus, a heteroszexizmus és a nemi binarizmus esetében a legtöbb kutatás önbevalláson alapuló explicit mérésekre támaszkodik. Ezek a mérések általában azt vizsgálják, hogy az izmusnak való kitettség megtörtént-e; milyen kontextusban (pl. munkahelyen, közterületen, iskolában, a rendőrségtől vagy a bíróságon, online, orvosi ellátásban stb.); a kitettség milyen intenzitású, gyakoriságú és időtartamú volt (a kitettséggel

érintett életkort is beleértve); és azt is, hogy a kitett személy hogyan reagált (pl. az ellenállástól az internalizációig). [2., 3. táblázat, 1–3. kiegészítő táblázatok] Ezzel szemben a szexizmus esetében a mérőszámok döntően a szexizmusra jellemző hiedelmek és gyakorlatok tevékenységben történő megjelenéseként értelmezhetők, például szexuális zaklatás (különösen a munkahelyen, de közterületen is), (31, 103, 150, 204) nemi alapú erőszak, valamint a szexuális és reprodukció jogok és egészség feletti ellenőrzés (24, 77, 86, 99, 133, 139, 161, 188). [2., 3. táblázat, 1-3. kiegészítő táblázatok]

Mint minden önbevalláson alapuló mérésnél, itt is óvatosnak kell lenni. [2. táblázat] Először is, az önbevalláson alapuló mérések csak azt közölhetik (92, 99), amit az emberek hajlandóak és képesek elmondani, amit a félelem, a társadalmi elvárás, a trauma, az internalizált elnyomás és a tudáshiány alakít (10, 33, 98, 145, 154, 157). Ezen túlmenően a kiváltságos csoport tagjai fordított diszkriminációra hivatkozhatnak, amikor szembeesnek a korábbi kiváltságaik potenciális csökkenésével (99, 144, 165, 191, 200); a kiváltságos csoportok tagjait is bevonó egészségmúltánytalanság vizsgálatok az eredmények értelmezésének megkönnyítése érdekében alkalmazhatók — de ritkán alkalmazzák — az ellenszenv releváns mérőszámait (pl. faji ellenszenv vagy ellenséges szexizmus (164)). A diszkriminációval kapcsolatos önbevalláson alapuló tapasztalatot ráadásul jellemzően kizárólag pszicho-szociális stresszorként elemzik (12, 89, 92, 98, 99, 121, 141, 142, 157, 158, 196), még akkor is, ha egyes kitettségek (pl. a tisztességtelen rendőri fellépés) nem csak pszicho-szociális, hanem fizikai kockázatot is jelentenek (1, 52, 75, 98).

A kizárólag pszicho-szociális fókusz korlátaira utalva gondoljunk a bérdiszkrimináció esetére, amely anyagi (gazdasági) károkat okozva károsíthatja az emberek egészségét (92, 99, 155, 174). Az Egyesült Államokban a munkahely a faji, nemi és LMBT-ellenes (leszbikus, meleg, biszexuális, transznemű) diszkrimináció leggyakrabban jelzett színtere (99, 147). A munkavállalók azonban nehezen tudják meg, hogy történik-e bérdiszkrimináció. Miért? A válasz nem egyszerűen a társadalmi normákban rejlik. Inkább amiatt, hogy az USA államai közül jelenleg csak 15-ben, valamint Columbia Körzetben törvényes, hogy a munkavállalók megosszák a bérükkel kapcsolatos információkat (198). Nem meglepő, hogy az Egyesült Államokban a közelmúltban számos nagy visszhangot kiváltó bérdiszkriminációs pert indítottak olyan felperesek, akik véletlenül megtudták

olyan munkatársaik bérét, akik ugyanazért a munkáért magasabb fizetést kaptak (120, 199). Szintén nem meglepő, hogy kutatások szerint azokban az államokban, ahol a bérek átláthatósága jogilag védett, ott a legalacsonyabbak a nemek közötti bér-méltánytalanságok a munkakörökön belül (85). Így, ahol szabályozzák, hogy az egyének mit nem tudhatnak meg, valószínű, hogy a strukturális mérőszámok pontosabb információt jelentenek, mint az önbevalláson alapuló kitettség mutatói.

Az önbevalláson alapuló mérésekkel kapcsolatos további, más szakirodalmakban (11, 27, 99, 121, 157, 196) hosszasan tárgyalt aggályok arra vonatkoznak, hogy a kérdéseknek kifejezetten a diszkriminációra (mint a "tapasztalatok a diszkriminációról" mutatóban (110, 111)), vagy a tisztességtelen bánásmódra (mint a "mindennapi diszkrimináció skála" (196, 197)) kell-e utalniuk, vagy csupán a kérdéses viselkedést kell megnevezniük. Még a szexuális zaklatás és a nemi alapú erőszak kutatásában is, ahol a konszenzus szerint a viselkedésre kell összpontosítani (a visszaélés vagy a szexizmus kifejezett említése nélkül), sok az ellentmondás azzal kapcsolatban, hogy mely viselkedéseket, kik által, kik ellen kell figyelembe venni, és hogyan lehet a legjobban ellensúlyozni a félelmeket és az internalizált hibáztatást, amelyek hozzájárulnak az alacsonyabb számú bejelentésekhez (133, 188, 204). Egy másik problémás kérdés, hogy a diszkrimináció és az egészség irodalma számos olyan vizsgálatot tartalmaz, amely kizárólag egy vagy két ítemes mérőszközt alkalmaz, annak ellenére, hogy jól ismertek az ennyire kevés ítemet tartalmazó eszközök megbízhatóságát és érvényességét befolyásoló pszichometriai hibák (12, 44, 99, 141, 142).

E kihívások ellenére a világ minden tájáról származó vizsgálatok igazolják, hogy a méltánytalan izmusokban gyökerező különféle típusú diszkrimináció és gyűlölet-bűncselekmények önbevalláson alapuló tapasztalatai erőteljesen összefüggenek a pszichológiai distresszel, és összetett módon kapcsolódnak az egészségkárosító magatartásformákhoz, a biomarkerekhez és a betegségekhez (99, 128, 157, 158, 193, 196). Ennek megfelelően ezek fontos kiegészítői a strukturális mérőszámoknak, betekintést nyújtanak azokba a személyes tapasztalatokba, amelyek a beépülés módjára utalnak, és összekötik a strukturális meghatározókat a beépült ártalmakkal és a népességi szintű egészség-méltánytalanságokkal.

Implicit mérés

Egy másik lehetőséget kínál az implicit asszociációs teszt (IAT), egy megbízhatóan validált és széles körben elfogadott kognitív idő-reakció teszt, amelyet a pszichológiai szakirodalom jól körülír, és amelyet úgy terveztek, hogy kezelje a szociálisan érzékeny témák önbevalláson alapuló mérését érintő jól ismert problémákat (10, 44, 64, 146). Az általunk kifejlesztett, a diszkriminációs célpontérzetet felmérő új IAT-okkal kapcsolatos előzetes vizsgálatokban (33, 100, 113, 114) azt találtuk, hogy ezek az IAT-ok nem kapcsolódtak a társadalmi elfogadottsághoz (ahogyan az önbevalláson alapuló adatok esetében általában előfordul), nem mutatták azokat a jól ismert személy-csoport diszkriminációs eltéréseket, amelyek az önbevalláson alapuló méréseket befolyásolják (amelyről korábban azt feltételezték, hogy a társadalmi elfogadottság termékének tekinthető), és a dohányzással és az emelkedett vérnyomással is összefüggésbe hozhatók (33, 144). Az ezekkel a mérésekkel kapcsolatos munka még gyerekcipőben jár.

Kísérlet

Az izmusok egészségre gyakorolt hatásainak pszicho-szociális kutatásában ritkábban kísérleti technikákat is alkalmaztak, a résztvevőket képzelt vagy ellenőrzött helyzeteknek tették ki, melyek célja, hogy megfeleljenek az izmusok által kialakított tapasztalatoknak, hogy felmérjék azok pszichológiai állapotra, fiziológiai izgalomra vagy különböző biomarkerekre gyakorolt hatását (44, 99, 128, 145, 158). Annak ellenére, hogy kétséges az ilyen eredményeknek a valós pszicho-szociális stresszorok hatásaira vonatkozó általánosíthatósága (44, 145, 154), e vizsgálatok betekintést nyújthatnak azon pszichológiai és biológiai mechanizmusokba, melyek részt vehetnek a méltánytalan izmusok ártalmas hatásainak beépülésében (44, 99, 116, 128).

Egyéni: Internalizált izmusok és anti-izmusok

Végül a rasszizmussal, heteroszexizmussal és nemi binarizmussal, de a szexizmussal alig foglalkozó egészségméltánytalansági vizsgálatok az úgynevezett internalizált izmusok, például internalizált elnyomás vagy megbélyegzés mutatóit alkalmazták. [2., 3. táblázat, 3. kiegészítő táblázat] A kérdés az, hogy a megkülönböztetett

személyek tudatosan vagy tudattalanul milyen mértékben fogadják el a kiváltságos csoportnak az őket alsóbbrendűnek, deviánsnak vagy szégyenletesnek tekintő nézetét. Az elfogadás ugyanis növelheti a megkülönböztetett csoportban a pszicho-szociális folyamatokon keresztül kialakuló egészségkárosodás kockázatát, mind viselkedéses, mind biológiai értelemben (99, 128, 157, 193, 196). Az anti-izmusok mérése [1. táblázat] ezzel szemben egyéni szinten képes felmérni, hogy a megkülönböztetett csoportba tartozó személyek milyen mértékben büszkék (esetleg éreznek dacot) a csoportjukkal kapcsolatban. Ilyen adatok informálhatnak arról, hogy ki és miért diszkriminálja őket (99, 157), valamint a népesség szintjén szintén fontos mutató a nyilvános demonstrációk és szlogenek megjelenése, mint például az LGBT büszkeség vagy a "fekete szép" szlogen (74, 127, 176, 187, 190). A diszkriminációnak való kitettség önbevalláson alapuló méréseihez hasonlóan az internalizált elnyomás és büszkeség mérése is jellemzően explicit önbevalláson alapuló mérőeszközökre (az önbevalláson alapuló adatokkal kapcsolatos összes fenntartással egyetemben) (44, 99, 157), vagy ritkábban implicit mérésekre támaszkodik (10, 38).

Előttünk álló kihívások: a cselekvéshez vezető tudás az igazságtalan izmusok okozta egészségmértánytalanságok megszüntetése érdekében

Amint annak nyilvánvalónak kellene lennie, az egészségmértánytalanságok kutatása megérett az igazságtalan izmusok és anti-izmusok mérésének fejlesztésére, hogy jobban hasznosítható ismereteket nyújtson az egészségmértányosságot előmozdító megértéshez és cselekvéshez. Az egyéni szintű pszicho-szociális méréseket alkalmazó kutatások túlsúlyán való túllépéshez a következő intézkedéseket javaslom:

- Az validált strukturális mérőszámok körének típus és időkeret szerinti kiterjesztése, hogy felölelje azokat a történelmi mértánytalanságokat, amelyek beépült egészségkárosodásai generációkon belül és generációkon

átítelve jelentkeznek (97, 101, 102, 104), és hogy integrálja a különböző típusú izmusoknak való kitettséget (ahogyan a testünk teszi ezt minden nap [67, 74, 92, 95, 99, 162]), annak tisztázása mellett, hogy a strukturális mutatók szabály-alapúak vagy feltételezett szabályok indikátorai.

- Az anti-izmus hatásának kiegészítő mérése a strukturálistól az internalizáltig terjedő mutatókkal, támaszkodva az egészség-igazságossággal kapcsolatos új munkára (21, 69, 155, 162).
- Az összehasonlító egészségmértányosság kutatások (13, 15) körének bővítése, kihasználva a mértánytalan izmusoknak és a korrekciós anti-izmusoknak való kitettség nemzetek közötti (vagy nemzeten belüli) és időbeli eltéréseit.
- Olyan területi mérések kidolgozása, amelyek feltárják az igazságtalan izmusok strukturális meghatározói és a környezetromlás, az éghajlati válság és az egészségmértánytalanság közötti kapcsolatokat (16, 21, 57, 87, 117, 162, 182).

Arra bátorítom az olvasót, hogy csatlakozzon a közös erőfeszítésekhez, hogy közösen felvállaljuk ezeket a kihívásokat, mint a sokoldalú, multiszektorális munka egy kis részét, amely ahhoz szükséges, hogy az egészségmértányosságot előmozdítsuk egy veszélyeztetett bolygón.

NYILATKOZAT

A szerzőnek nincs tudomása olyan hovatartozásról, tagságról, finanszírozásról vagy pénzügyi érdekességről, amely befolyásolhatná e közlemény objektivitását.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezt a munkát részben az American Cancer Society, a Clinical Research Professor Award (N.K.) és a Harvard T.H. Chan School of Public Health (Boston, Massachusetts) ösztöndíja támogatta.

AJÁNLÁS A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A fordításban ismertetett cikk fontos tanulságokkal szolgál a magyarországi igazságtalan társadalmi hatások, mint a különféle diszkriminációk egészségi állapotban jelentkező hatásainak kimutatásához. A közleményben bemutatott vizsgálati megközelítések és hivatkozott kutatások mintaként használhatók hazai egészségmértánytalanságok elemzéséhez.

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

HIVATKOZÁSOK

1. Alexander M. 2010. *The New Jim Crow: Mass Incarceration in the Age of Colorblindness*. New York: New Press
2. Almond DV, Chay KY, Greenstone M. 2006. *Civil rights, the War on Poverty, and black-white convergence in infant mortality in the rural South and Mississippi*. Work. Pap. 07–04, Dep. Econ., Mass. Inst. Technol., Cambridge. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=961021
3. Altman A. 2016. Discrimination. In *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, ed. EN Zalta. Stanford, CA: Metaphys. Res. Lab, Stanford Univ. Winter ed. <https://plato.stanford.edu/archives/win2016/entries/discrimination/>
4. Anderson C. 2018. *One Person, No Vote: How Voter Suppression Is Destroying Our Democracy*. New York: Bloomsbury
5. Arístegui I, Radusky PD, Zalazar V, Romero M, Schwartz J, Sued O. 2017. Impact of the gender identity law in Argentinean transgender women. *Int. J. Transgend.* 18(4):446–56
6. Armstead CA, Lawler KA, Gorden G, Cross J, Gibbons J. 1989. Relationship of racial stressors to blood pressure responses and anger expression in black college students. *Health Psychol.* 8:541–56
7. Austin KF, Noble MD, Mejia MT. 2014. Gendered vulnerabilities to a neglected disease: a comparative investigation of the effect of women’s legal economic rights and social status on malaria rates. *Int. J. Comp. Sociol.* 55(3):204–28
8. Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett M. 2017. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet* 389:1453–63
9. Baldwin AM, Dodge B, Schick V, Sanders SA, Fortenberry JD. 2017. Sexual minority women’s satisfaction with health care providers and state-level structural support: investigating the impact of lesbian, gay, bisexual and transgender nondiscrimination legislation. *Women’s Health Issues* 27(3):271–78
10. Banaji MR, Greenwald AG. 2013. *Blindspot: Hidden Biases of Good People*. New York: Delacourt
11. Barkan S. 2018. Measuring perceived mistreatment: potential problems in asking about “discrimination.” *Sociol. Inq.* 88(2):245–53
12. Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E, Barros AJD. 2010. Racial discrimination and health: a systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. *Soc. Sci. Med.* 70(7):1091–99
13. Beckfield J. 2018. *Political Sociology and the People’s Health*. New York: Oxford Univ. Press
14. Beckfield J, Krieger N. 2009. Epi + demos + cracy: linking political systems and priorities to the magnitude of health inequities—evidence, gaps, and a research agenda. *Epidemiol. Rev.* 31(1):152–77
15. Beckfield J, Morris KA, Bambra C. 2018. How social policy contributes to the distribution of population health: the case of gender health equity. *Scand. J. Public Health* 46:6–17
16. Bell K. 2016. Bread and roses: a gender perspective on environmental justice and public health. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 13(10):1005
17. Berkman LF, Kawachi I, Glymour M, eds. 2014. *Social Epidemiology*. New York: Oxford Univ. Press. 2nd ed.
18. Bethlehem J. 2010. Selection bias in web surveys. *Int. Stat. Rev.* 78:161–88
19. Beyrer C. 2014. Pushback: the current wave of anti-homosexuality laws and impacts on health. *PLOS Med.* 11(6):e1001658
20. Bhandari A, Burroway R. 2018. Hungry for equality: a longitudinal analysis of women’s legal rights and food security in developing countries. *Sociol. Q.* 59(3):424–48
21. Birn A-E, Pillay Y, Holtz TH. 2017. *Textbook of Global Health*. New York: Oxford Univ. Press

22. Blair IV, Brondolo E. 2017. Moving beyond the individual: community-level prejudice and health. *Soc. Sci. Med.* 183:169–72
23. Blinder A, Burch ADS. 2019. Fate of Confederate monuments is stalled by competing legal battles. *New York Times*, Jan. 20. <https://www.nytimes.com/2019/01/20/us/confederate-monuments-legal-battles.html>
24. Bonifacio GT, ed. 2018. *Global Currents in Gender and Feminisms: Canadian and International Perspectives*. Bingley, UK: Emerald
25. Bosse JD, Chiodo L. 2016. It is complicated: gender and sexual orientation in LGBTQ youth. *J. Clin. Nurs.* 25:3665–75
26. Braveman P, Gruskin S. 2003. Defining equity in health. *J. Epidemiol. Community Health* 57:254–58
27. Brown TN. 2001. Measuring self-perceived racial and ethnic discrimination in social surveys. *Sociol. Spectr.* 21(3):377–92
28. Buchanan NT, Settles IH, Wu IHC, Hayashino DS. 2018. Sexual harassment, racial harassment, and well-being among Asian American women: an intersectional approach. *Women Therapy* 41(3–4/S1):261–80
29. Burks AC, Cramer RJ, Henderson CE, Stroud CH, Crosby JW, Graham J. 2018. Frequency, nature and correlates of hate crime victimization experiences in an urban sample of lesbian, gay, and bisexual community members. *J. Interpers. Violence* 33(3):402–20
30. Cadwalladr C. 2018. Our Cambridge Analytica scoop shocked the world. But the whole truth remains elusive. *The Guardian*, Dec. 23. <https://www.theguardian.com/uk-news/2018/dec/23/cambridgeanalytica-facebook-scoop-carole-cadwalladr-shocked-world-truth-still-elusive>
31. Campos-Serna J, Ronda-Pérez E, Artacoz L, Moen BE, Benavides FG. 2013. Gender inequalities in occupational health related to the unequal distribution of working and employment conditions: a systematic review. *Int. J. Equity Health* 12:57
32. Carliner H, Sarvet AL, Gordon AR, Hasin DR. 2017. Gender discrimination, educational attainment, and drug use among U.S. women. *Soc. Psychol. Psychiatr. Epi.* 52(3):279–89
33. Carney DR, Banaji MR, Krieger N. 2010. Implicit measures reveal evidence of personal discrimination. *Self Identity* 9(2):162–76 54
34. Carroll A, Mendos LR. 2017. *State sponsored homophobia 2017: a world survey of sexual orientation laws: criminalization, protection, and recognition*. Rep., Int. Lesbian, Gay, Bisex., Trans Intersex Assoc. (ILGA), Geneva. https://ilga.org/sites/default/files/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2017_WEB.pdf
35. Caughey D, Warshaw C. 2016. The dynamics of state policy liberalism: 1936–2014. *Am. J. Political Sci.* 60(4):899–913
36. Chae DH, Clouston S, Martz CD, Hatzenbuehler ML, Cooper HLF, et al. 2018. Area racism and birth outcomes among blacks in the United States. *Soc. Sci. Med.* 199(SI):49–55
37. Chae DH, Lincoln KD, Adler NE, Syme SL. 2010. Do experiences of racial discrimination predict cardiovascular disease among African American men? The moderating role of internalized negative racial group attitudes. *Soc. Sci. Med.* 71(6):1182–88
38. Chae DH, Powell WA, Nuru-Jeter AM, Smith-Bynum MA, Seaton EK, et al. 2017. The role of racial identity and implicit racial bias in self-reported racial discrimination: implications for depression among African American men. *J. Black Psychol.* 43:789–812
39. Chambers BD, Erausquin JT, Tanner AE, Nichols TR, Brown-Jeffy S. 2018. Testing the association between traditional and novel indicators of county-level structural racism and birth outcomes among black and white women. *J. Racial Ethn. Disparities* 5(5):966–77
40. Chan DK-S, Lam CB, Chow SY, Cheung SF. 2008. Examining the job-related, psychological, and physical outcomes of workplace sexual harassment: a meta-analytic review. *Psychol. Women's Q.* 32(4):362–76
41. Choi KH, Bowleg L, Neilands TB. 2011. The effects of sexism, psychological distress, and difficult sexual situations on U.S. women's sexual risk behaviors. *AIDS Educ. Prev.* 23:397–411
42. Chodzen G, Hidalgo MA, Chen D, Garofalo R. 2019. Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *J. Adolesc. Health* 64(4):467–71

43. Coburn J. 2017. Concepts for studying urban environmental justice. *Curr. Env. Health Rep.* 4(1):61–67
44. Correll J, Judd CM, Park B, Wittenbrink B. 2010. Measuring prejudice, stereotypes, and discrimination. In *The SAGE Handbook of Prejudice, Stereotyping and Discrimination*, ed. JF Dovidio, M Hewstone, P Glick, VM Esses, pp. 45–62. Thousand Oaks, CA: Sage
45. Daoud N, Gao M, Osman A, Muntaner C. 2018. Interpersonal and institutional ethnic discrimination and mental health in a random sample of Palestinian minority men smokers in Israel. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 53(10):1111–22
46. de Freitas DF, Fernandes-Jesus M, Ferreira PD, Coimbra S, Teixeira PM, et al. 2018. Psychological correlates of perceived ethnic discrimination in Europe: a meta-analysis. *Psychol. Violence* 8(6/Suppl):712–25
47. Diehl A, Vieira DL, Zaneti MM, Fanganiello A, Sharan P, et al. 2017. Social stigma, legal and public health barriers faced by the third gender phenomenon in Brazil, India, and Mexico: travesties, hijras and muxes. *Int. J. Soc. Psychiatry* 63(5):389–99
48. Dinh H, Strazdins L, Welsh J. 2017. Hour-glass ceilings: work-hour thresholds, gendered health inequities. *Soc. Sci. Med.* 176:42–51
49. Doyal L, Gough I. 1991. *A Theory of Human Need*. Basingstoke, UK: MacMillan
50. Du Bois SN, Yoder W, Guy AA, Manser K, Ramos S. 2018. Examining associations between state-level transgender policies and transgender health. *Transgend. Health* 3(1):220–24
51. Eliezer D, Major B, Mendes WB. 2010. The costs of caring: Gender identification increases threat following exposure to sexism. *J. Exp. Soc. Psychol.* 46(1):159–65
52. English D, Bowleg L, del Río-González AM, Tschann JM, Agans R, Malebranche DJ. 2017. Measuring black men's police-based discrimination experiences: development and validation of the Police and Law Enforcement (PLE) scale. *Cult. Divers. Ethn. Minor. Psychol.* 23(2):185–99
53. Espey E, Dennis A, Landy U. 2019. The importance of access to comprehensive reproductive health care, including abortion: a statement from women's health professional organizations. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 220(1):67–70
54. Fausto-Sterling A. 2012. *Sex/Gender: Biology in a Social World*. New York: Routledge
55. FHA (Fed. Housing Adm.). 1934. *Underwriting Manual: Underwriting and Valuation Procedure Under Title II of the National Housing Act*. Washington, DC: Fed. Hous. Adm.
56. Frederickson GM. 2002. *Racism: A Short History*. Princeton, NJ: Princeton Univ. Press
57. Friel S. 2019. *Climate Change and the People's Health*. New York: Oxford
58. Gee GC, Ford CL. 2011. Structural racism and health inequities: old issues, new directions. *Du Bois Rev.* 8(1):115–32
59. Gezinski LB. 2012. The global gag rule: impacts of conservative ideology on women's health. *Int. Soc. Work* 55(6):837–49
60. Gianattasio KZ, Wu Q, Glymour MM, Power MC. 2019. Comparison of methods for algorithmic classification of dementia status in the Health and Retirement Study. *Epidemiol.* 30:291–302
61. Gilbert SF, Epel D. 2015. *Ecological Developmental Biology: The Environmental Regulation of Development, Health, and Evolution*. Sunderland, MA: Sinauer Assoc.
62. Gold RB, Starrs AM. 2017. US reproductive health and rights: beyond the global gag rule. *Lancet Public Health* 2(3):e122–23
63. Goodman SN, Goel S, Cullen MR. 2018. Machine learning, health disparities, and causal reasoning (editorial). *Ann. Int. Med.* 169:883–84
64. Greenwald AG, Poehlman TA, Uhlmann EL, Banaji MR. 2009. Understanding and using the implicit association test: III. Meta-analysis of predictive validity. *J. Pers. Soc. Psychol.* 97:17–41
65. Grene M. 1975. People and other animals. In *The Understanding of Nature: Essays in the Philosophy of Biology*, ed. M Grene, pp. 346–60. Dordrecht, Neth.: D. Reidel

66. Grodin MA, Tarantola D, Annas GJ, Gruskin S, eds. 2013. *Health and Human Rights in a Changing World*. New York: Routledge. 3rd ed.
67. Grusky DB, Hill J, eds. 2018. *Inequality in the 21st Century*. Boulder, CO: Westview
68. Guillaume A, Rossier C. 2018. Abortion around the world: an overview of legislation, measures, trends, and consequences, transl. P Reeve. *Population* 73:271–306
69. Haberle M, Kumiawan H, eds. 2018. *Strategies for health justice: lessons from the field*. Field Rep., Poverty Race Res. Action Council. (PPRAC), Washington, DC. <https://pprac.org/strategies-for-health-justice-lessons-from-the-field/>
70. Hahn RA, Truman BI, Williams DR. 2018. Civil rights as determinants of public health and racial and ethnic health equity: health care, education, employment, and housing in the United States. *Soc. Sci. Med. Popul. Health* 4:17–24
71. Harnois CE, Bastos JL. 2018. Discrimination, harassment, and gendered health inequities: Do perceptions of workplace mistreatment contribute to the gender gap in self-reported health? *J. Health Soc. Behav.* 59(2):283–99
72. Harris RB, Stanley J, Cormack DM. 2018. Racism and health in New Zealand: prevalence over time and associations between recent experience of racism and health and wellbeing measures using national survey data. *PLOS ONE* 13(5):e0196476
73. Hatzenbuehler ML, McLaughlin KA, Keyes KM, Hasin DS. 2010. The impact of institutional discrimination on psychiatric disorders in lesbian, gay, and bisexual populations: a prospective study. *Am. J. Public Health* 100(3):452–59
74. Hill Collins P, Bilge S. 2016. *Intersectionality*. Cambridge, UK: Polity Press
75. Hinton EK. 2016. *From the War on Poverty to The War on Crime: The Making of Mass Incarceration in America*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Press
76. Hoggard LS, Hill LK, Gray DL, Sellers RM. 2015. Capturing the cardiac effects of racial discrimination: Do the effects “keep going”? *Int. J. Psychophysiol.* 97:163–70
77. Homan P. 2019. Structural sexism and health in the United States: a new perspective on health inequality and the gender system. *Am. Sociol. Rev.* 84(3):486–516
78. Huynh VH, Hunyh Q-L, Stein M-P. 2017. Not just sticks and stones: indirect ethnic discrimination leads to greater physiological reactivity. *Cult. Divers. Ethn. Minor. Psychol.* 23(3):425–34
79. Jacoby SF, Dong B, Beard JH, Wiebe DJ, Morrison CN. 2018. The enduring impact of historical and structural racism on urban violence in Philadelphia. *Soc. Sci. Med.* 199:87–95
80. Jäggi T, Jellestad L, Corbisiero S, Schaefer DJ, Jenewein J, et al. 2018. Gender minority stress and depressive symptoms in transitioned Swiss transpersons. *Biomed. Res. Int.* 2018:8639263
81. Jane EA. 2017. *Misogyny Online: A Short (And Brutish) History*. London: SAGE 56
82. Kabel C. 2017. Health, equity and the narrative of place: commentary. *NAM Perspect.* Nov. 27. <https://nam.edu/health-equity-and-the-narrative-of-place>
83. Kaplan GR, Ranjit N, Burgard SA. 2008. Lifting gates, lengthening lives: Did civil rights policies improve the health of African American women in the 1960s and 1970s? In *Making Americans Healthier: Social and Economic Policy as Health Policy*, ed. RF Schoeni, JS House, G Kaplan, H Pollack, pp. 145–70. New York: Russell Sage Found.
84. Khubchandani J, Soni A, Fahey N, Raithatha N, Prabhakaran A, et al. 2018. Caste matters: perceived discrimination among women in rural India. *Arch. Women's Ment. Health* 21(2):163–70
85. Kim M. 2015. Pay secrecy and the gender wage gap. *Ind. Relat.* 54(4):648–67
86. Kimmel G. 2017. *The Gendered Society*. New York: Oxford Univ. Press. 6th ed.
87. Klein N. 2014. *This Changes Everything: Capitalism versus the Climate*. New York: Simon & Schuster
88. Kramar DE, Anderson A, Hilfer H, Branden K, Gutrich JJ. 2018. A spatially informed analysis of environmental justice: analyzing the effects of gerrymandering and the proximity of minority populations to U.S. superfund sites. *Environ. Justice* 11(1):29–39

89. Kressin NR, Raymond KL, Manze M. 2008. Perceptions of race/ethnicity-based discrimination: a review of measures and evaluation of their usefulness for the health care setting. *J. Health Care Poor Underserved* 19(3):697–730
90. Krieger N. 1987. Shades of difference: theoretical underpinnings of the medical controversy on black/white differences in the United States, 1830–1870. *Int. J. Health Serv.* 17(2):259–78
91. Krieger N. 1994. Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider? *Soc. Sci. Med.* 39(7):887–903
92. Krieger N. 1999. Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *Int. J. Health Services* 29:295–352. Repr., 2000. Discrimination and health. In *Social Epidemiology*, ed. L Berkman, I Kawachi, pp. 36–75. New York: Oxford Univ. Press
93. Krieger N. 2001. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int. J. Epidemiol.* 30(4):668–77
94. Krieger N. 2003. Genders, sexes, and health: What are the connections—and why does it matter? *Int. J. Epidemiol.* 32:652–57
95. Krieger N. 2005. Embodiment: a conceptual glossary for epidemiology. *J. Epidemiol. Community Health* 59(5):350–55
96. Krieger N. 2008. Proximal, distal, and the politics of causation: What's level got to do with it? *Am. J. Public Health* 98:221–30
97. Krieger N. 2011. *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*. New York: Oxford Univ. Press
98. Krieger N. 2012. Methods for the scientific study of discrimination and health: an ecosocial approach. *Am. J. Public Health* 102:936–44
99. Krieger N. 2014. Discrimination and health inequities. See Ref. 17, pp. 63–125. Repr., 2014. *Int. J. Health Services* 44:643–710
100. Krieger N, Carney D, Lancaster K, Waterman PD, Kosheleva A, Banaji M. 2010. Combining explicit and implicit measures of racial discrimination in health research. *Am. J. Public Health* 100(8):1485–92
101. Krieger N, Chen JT, Coull B, Waterman PD, Beckfield J. 2013. The unique impact of abolition of Jim Crow laws on reducing inequities in infant death rates and implications for choice of comparison groups in analyzing societal determinants of health. *Am. J. Public Health* 103(12):2234–44
102. Krieger N, Chen JT, Coull BA, Beckfield J, Kiang MV, Waterman PD. 2014. Jim Crow and premature mortality among the US black and white population, 1960–2009: an age-period-cohort analysis. *Epidemiology* 25(4):494–504
103. Krieger N, Chen JT, Waterman PD, Hartman C, Stoddard AM, et al. 2008. The inverse hazard law: blood pressure, sexual harassment, racial discrimination, workplace abuse and occupational exposures in US low-income black, white, and Latino workers. *Soc. Sci. Med.* 67(12):1970–81
104. Krieger N, Chen JT, Waterman PD, Kosheleva A, Beckfield S. 2013. History, haldanes, and health inequities: exploring phenotypic changes in body size by generation and income level in the US-born white and black non-Hispanic populations, 1959–1962 to 2005–2008. *Int. J. Epidemiol.* 42:281–95
105. Krieger N, Davey Smith G. 2016. The tale wagged by the DAG: broadening the scope of causal inference and explanation for epidemiology. *Int. J. Epidemiol.* 45:1787–808
106. Krieger N, Jahn JL, Waterman PD. 2017. Jim Crow and estrogen-receptor-negative breast cancer: US-born black and white non-Hispanic women, 1992–2012. *Cancer Causes Control* 28:49–59
107. Krieger N, Jahn JL, Waterman PD, Chen JT. 2018. Breast cancer estrogen receptor status according to biological generation: US black and white women born 1915–1979. *Am. J. Epidemiol.* 187:960–70
108. Krieger N, Kim R, Feldman J, Waterman PD. 2018. Using the Index of Concentration at the Extremes at multiple geographic levels to monitor health inequities in an era of growing spatial social polarization: Massachusetts, USA (2010–2014). *Int. J. Epidemiol.* 47(3):788–819
109. Krieger N, Rowley DL, Herman AA, Avery B, Phillips MT. 1993. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *Am. J. Prev. Med.* 9(Suppl.):82–122

110. Krieger N, Sidney S. 1996. Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA study of young black and white adults. *Am. J. Public Health* 86(10):1370–78
111. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. 2005. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc. Sci. Med.* 61(7):1576–96
112. Krieger N, Waterman PD, Gryparis A, Coull BA. 2015. Black carbon exposure, socioeconomic and racial/ethnic spatial polarization, and the Index of Concentration at the Extremes (ICE). *Health Place* 34:215–28
113. Krieger N, Waterman PD, Kosheleva A, Chen JT, Carney DR, et al. 2011. Exposing racial discrimination: implicit & explicit measures—the *My Body, My Story* study of 1005 US-born black & white community health center members. *PLOS ONE* 6(11):e27636
114. Krieger N, Waterman PD, Kosheleva A, Chen JT, Smith KS, et al. 2013. Racial discrimination & cardiovascular disease risk: *My Body My Story* study of 1005 US-born black and white community health center participants (US). *PLOS ONE* 8(10):e77174
115. Krieger N, Waterman PD, Spasojevic J, LiW, Maduro G, VanWye G. 2016. Public health monitoring of privilege and deprivation with the Index of Concentration at the Extremes (ICE). *Am. J. Public Health* 106(2):256–63
116. Kubzansky LD, Seeman TE, Glymour MM. 2014. Biological pathways linking social conditions and health: plausible mechanisms and emerging puzzles. See Ref. 17, pp. 512–61
117. Latour B. 2018. *Down to Earth: Politics in the New Climatic Regime*. Cambridge, UK/Medford, MA: Polity. Engl. Ed.
118. Lauster N, Easterbrook A. 2011. No room for new families? A field experiment measuring rental discrimination against same-sex couples and single parents. *Soc. Probl.* 58(3):389–409
119. Lepore SJ, Revenson TA, Weinberger SL, Weston P, Frisina PG, et al. 2006. Effects of social stressors on cardiovascular reactivity among black and white women. *Ann. Behav. Med.* 31(2):120–27
120. Levin S. 2019. Oracle systematically underpaid thousands of women, lawsuit says. *The Guardian*, Jan. 18. <https://www.theguardian.com/technology/2019/jan/18/oracle-women-workers-lawsuitsalaries-pay>
121. Lewis TT, Cogburn CD, Williams DR. 2015. Self-reported experiences of discrimination and health: scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 11:407–40
122. Liebler CA, Porter SR, Fernandez LE, Noon JM, Ennis SR. 2017. America's churning races: race and ethnic response changes between Census 2000 and the 2010 Census. *Demography* 54(1):259–84
123. Liptak A. 2019. Supreme Court revives transgender ban for military service. *New York Times*, Jan. 22. <https://www.nytimes.com/2019/01/22/us/politics/transgender-ban-military-supremecourt.html>
124. Lipton P. 2004. *Inference to the Best Explanation*. London: Routledge/Taylor and Francis Group. 2nd ed.
125. Lukachko A, Hatzenbuehler ML, Keyes KM. 2014. Structural racism and myocardial infarction in the United States. *Soc. Sci. Med.* 103(S11):42–50
126. Macmillan R, Shofia N, SigleW. 2018. Gender and the politics of death: female representation, political and developmental context, and population health in a cross-national panel. *Demography* 55(5):1905–34
127. MacPhee J, ed. 2010. *Celebrate People's History: The Poster Book of Resistance and Revolution*. New York: Fem. Press, City Univ. N. Y.
128. Major B, Dovidio JF, Link BG, eds. 2017. *The Oxford Handbook of Stigma, Discrimination, and Health*. New York: Oxford Univ. Press
129. Marshall BD, Socías ME, Kerr T, Zalazar V, Sued O, Aristegui I. 2016. Prevalence and correlates of lifetime suicide attempts among transgender persons in Argentina. *J. Homosex.* 63(7):955–67
130. McClure E, Feinstein L, Cordoba E, Douglas C, Emch M, et al. 2019. The legacy of redlining in the effect of foreclosure on Detroit residents' self-rated health. *Health Place* 55:9–19
131. Mereish EH, Katz-Wise SL, Woulfe J. 2017. Bisexual-specific minority stressors, psychological distress, and suicidality in bisexual individuals: the mediating role of loneliness. *Prev. Sci.* 18(6/S1):716–25
132. Mereish HE, Poteat VP. 2015. A relational model of sexual minority mental and physical health: the negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *J. Couns. Psychol.* 62(3):425–37

133. Merry SE. 2016. *The Seductions of Quantification: Measuring Human Rights, Gender Violence, and Sex Trafficking*. Chicago: Univ. Chicago Press
134. Mesic A, Franklin L, Cansever A, Potter F, Sharma A, et al. 2018. The relationship between structural racism and black-white disparities in fatal police shootings at the state level. *J. Natl. Med. Assoc.* 110(2):106–16
135. Metzger MW, Webber JS, eds. 2019. *Facing Segregation: Housing Policy Solutions for a Stronger Society*. New York: Oxford Univ. Press
136. Milevska S, ed. 2016. *On Productive Shame, Reconciliation, and Agency*. Berlin: Sternberg
137. Miller CT, Varni SE, Solomon SE, DeSarno MJ, Bunn JY. 2016. Macro-level implicit HIV prejudice and the health of community residents with HIV. *Health Psychol.* 35(8):807–15
138. Miller G. 2008. Women's suffrage, political responsiveness, and child survival in American history. *Q. J. Econ.* 123:1287–327
139. Molix L. 2014. Sex differences in cardiovascular health: Does sexism influence women's health? *Am.J. Med. Sci.* 348(2):153–55
140. Moore LD, Elkavich A. 2008. Who's using and who's doing time: incarceration, the war on drugs, and public health. *Am. J. Public Health* 98(5):782–86
141. Morrison MA, Bishop CJ, Morrison TG. 2018. What is the best measure of discrimination against trans people?: A systematic review of the psychometric literature. *Psychol. Sex.* 9(3):269–87
142. Morrison TG, Bishop CJ, Morrison MA, Parker-Taneo K. 2016. A psychometric review of measures assessing discrimination against sexual minorities. *J. Homosex.* 63(8):1086–126
143. Mouzon DM, McLean JS. 2017. Internalized racism and mental health among African-Americans, USborn Caribbean Blacks, and foreign-born Caribbean blacks. *Ethn. Health.* 22:36–48
144. Nadler JT, Lowery MR, eds. 2018. *The War on Women in the United States: Beliefs, Tactics, and the Best Defense*. Santa Barbara, CA: Praeger
145. Natl. Res. Counc. 2004. *Measuring Racial Discrimination*, ed. RMBLank, R Babady, CF Citro. Washington, DC: National Acad. Press
146. Nosek BA, Hawkins CB, Frazier RS. 2011. Implicit social cognition: from measures to mechanisms. *Trends Cogn. Sci.* 15:152–59
147. NPR/Harvard T. H. Chan Sch. Public Health/Robert Wood Johnson Found. 2017. Discrimination in America. *Race, Racism, and Health*. <https://www.rwjf.org/en/library/research/2017/10/discrimination-in-america--experiences-and-views.html>
148. O'Neil C. 2016. *Weapons of Math Destruction: How Big Data Increases Inequality and Threatens Democracy*. New York: Crown
149. O'Neil A, Sojo V, Fileborn B, Scovelle AJ, Milner AJ. 2018. The #MeToo movement: an opportunity in public health? *Lancet* 391(10140):2587–859
150. Okechukwu CA, Souza K, David KD, de Castro AB. 2014. Discrimination, harassment, abuse, and bullying in the workplace: contribution of workplace injustice to occupational health disparities. *Am. J. Ind. Med.* 57(5):573–856
151. Omi M, Winant H. 2015. *Racial Formation in the United States*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group. 3rd ed.
152. Orchard J, Price J. 2017. County-level racial prejudice and the black-white gap in infant health outcomes. *Soc. Sci. Med.* 181:191–98
153. Oxford Engl. Dict. 2018. Ism. *Oxford English Dictionary Online*. <https://www-oed-com.ezp-prod1.hul.harvard.edu/view/Entry/100006>
154. Pager D. 2010. Measuring discrimination. In *Discrimination in an Unequal World*, ed. MA Centeno, KS Newman, pp. 45–62. New York: Oxford Univ. Press
155. PAHO (Pan Am. Health Organ.). 2018. *Just societies: health equity and dignified lives. Executive summary of the report of the Commission of the Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities in the*

- Americas. Rep., PAHO, Washington, DC.
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49505/9789275120217_eng.pdf
156. Palma-Solis M, Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C. 2008. Gender progress and government expenditure as determinants of femicide. *Ann. Epidemiol.* 18:322–29
 157. Paradies Y, Bastos JL, Priest N. 2017. Prejudice, stigma, bias, discrimination, and health. In *Cambridge Handbook of the Psychology of Prejudice*, ed. CG Sibley, FK Barlow, pp. 559–81. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press
 158. Paradies Y, Ben J, Denson N, Elias A, Priest N, et al. 2015. Racism as a determinant of health: a systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE* 10(9):e0138511
 159. Patterson JG, Jabson JM, Bowen DJ. 2017. Measuring sexual and gender minority populations in health surveillance. *LGBT Health* 4(2):82–105
 160. Pavão ALB, Ploubidis GB, Werneck G, Campos MR. 2012. Racial discrimination and health in Brazil: evidence from a population-based survey. *Ethn. Dis.* 22:353–59
 161. Payne S, Doyal L. 2015. Women, men, and health. In *Oxford Textbook on Global Health*, ed. R Detels, M Gulliford, QA Karim, CC Tan, pp. 1328–44. New York: Oxford Univ. Press. 6th ed.
 162. People's Health Movement. 2017. *Global Health Watch 5: An Alternative World Health Report*. London: Zed Books
 163. Perales F, Todd A. 2018. Structural stigma and the health and wellbeing of Australian LGB populations: exploiting geographic variation in the results of the 2017 same-sex marriage plebiscite. *Soc. Sci. Med.* 208:190–99
 164. Petterson A, Sutton RM. 2018. Sexist ideology and endorsement of men's control over women's decisions in reproductive health. *Psychol. Women Q.* 42(2):235–47
 165. Pincus FL. 2003. *Reverse Discrimination: Dismantling the Myth*. Boulder, CA: Lynne Rienner
 166. Puckett JA, Newcomb ME, Ryan DT, Swann G, Garofalo R, Mustanski B. 2017. Internalized homophobia and perceived stigma: a validation study of stigma measures in a sample of young men who have sex with men. *Sex. Res. Soc. Policy* 14(1):1–16
 167. Quillian L, Pager D, Hexel O, Midtbren AH. 2017. Meta-analysis of field experiments shows no change in racial discrimination in hiring over time. *PNAS* 114:10870–75
 168. Rajkomar A, Hardt M, Howell MD, Corrado G, Chin HM. 2018. Ensuring fairness in machine learning to advance health equity. *Ann. Intern. Med.* 169:866–72
 169. Rosenberg NA, Edge MD, Pritchard JK, Feldman MW. 2018. Interpreting polygenic scores, polygenic adaptation, and human phenotypic differences. *Evol. Med. Public Health* 2019:26–34
 170. Rothstein R. 2017. *The Color of Law: A Forgotten History of How Our Government Segregated America*. New York: Liveright
 171. Sawyer PJ, Major B, Casad BJ, Townsend SSM, Mendes WB. 2012. Discrimination and the stress response: psychological and physiological consequences of anticipating prejudice in interethnic interactions. *Am. J. Public Health* 102(5):1020–26
 172. Sayej N. 2018. J. Marion Sims: controversial statue taken down but debate still rages. *The Guardian*, April 21. <https://www.theguardian.com/artanddesign/2018/apr/21/j-marion-sims-statue-removed-new-york-city-black-women>
 173. Schwartz S, Meyer IH. 2010. Mental health disparities research: the impact of within and between group analyses of tests of the social stress hypotheses. *Soc. Sci. Med.* 70(8):1111–18
 174. Shen W, Dhanani L. 2015. Measuring and defining discrimination. In *The Oxford Handbook of Workplace Discrimination*, ed. AJ Colella, EB King, pp. 297–314. New York: Oxford Univ. Press
 175. Shires DA, Jaffee KD. 2016. Structural discrimination is associated with smoking status among a national sample of transgender individuals. *Nicotine Tob. Res.* 18(6):1502–8
 176. Solnit R. 2016. *Hope in The Dark: Untold Histories, Wild Possibilities*. Chicago: Haymarket Press. 3rd ed.
 177. Song Y, Dong X-Y. 2017. Domestic violence and women's land rights in rural China: findings from a national survey in 2010. *J. Dev. Stud.* 53(9):1471–85

178. Sörlin A, Lindholm L, Ng N, Öhman A. 2011. Gender equality in couples and self-rated health—a survey study evaluating measurements of gender equality and its impact on health. *Int. J. Equity Health* 10:37
179. Steyn R. 2012. Expanding the suite of measures of gender-based discrimination: gender differences in ablution facilities in South Africa. *S. Afr. J. Econ. Manag. Sci.* 15(2):222–34
180. Szymanski DM, Gupta A. 2009. Examining the relationship between multiple internalized oppressions and African American lesbian, gay, bisexual, and questioning persons' self-esteem and psychological distress. *J. Couns. Psychol.* 56(1):110–18
181. Tarantola D, Gruskin S. 2018. The recognition and evolution of the HIV and human rights interface: 1981–2017. In *Research Handbook on Global Health Law*, ed. GL Burci, B Toebe, pp. 303–39. Northampton, MA: Edward Elgar
182. Taylor DE. 2014. *Toxic Communities: Environmental Racism, Industrial Pollution, and Residential Mobility*. New York: N. Y. Univ. Press
183. Thurston RC, Chang Y, Matthews KA, von Känel R, Koenen K. 2019. Association of sexual harassment and sexual assault with midlife women's mental and physical health. *JAMA Intern.Med.* 179(1):48–53
184. Towns A. 2018. Global patterns and debates in the granting of women's suffrage. In *The Palgrave Handbook of Women's Political Rights*, ed. S Franceschet, ML Krook, N Tan, pp. 3–20. London: Palgrave MacMillan
185. Townsend SSM, Major B, Gangi CE, Mendes WB. 2011. From "in the air" to "under the skin": cortisol responses to social identity threat. *Pers. Soc. Psychol. Bull.* 37(2):151–64
186. UN Gen. Assem. Resolut. 217 A (III). 1948. *Universal Declaration of Human Rights*, Dec. 10. UN Doc. A/810. <https://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/index.html>
187. Valls A. 2018. *Rethinking Racial Justice*. New York: Oxford Univ. Press
188. Walby S, Towers J, Balderston S, Corradi C, Francis B, et al. 2017. *The Concept and Measurement of Violence Against Women and Men*. Bristol, UK: Policy Press
189. Wallace M, Crear-Perry J, Richardson L, Tarver M, Theall K. 2017. Separate and unequal: structural racism and infant mortality in the US. *Health Place* 45:140–44
190. Weeks J. 2017. *Sexuality*. London: Routledge. 4th ed.
191. Wetts R, Willer R. 2018. Privilege on the precipice: perceived racial status threats that lead white Americans to oppose welfare programs. *Soc. Forces* 97(2):793–822
192. White K, Borrell LN. 2011. Racial/ethnic segregation: framing the context of health risk and health disparities. *Health Place* 17(2):438–48
193. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. 2015. Transgender stigma and health: a critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc. Sci. Med.* 147:222–31
194. Whitehead M. 1992. The concepts and principles of equity and health. *Int. J. Health Serv.* 22(3):429–45
195. Wildeman C, Wang EA. 2017. Mass incarceration, public health, and widening inequality in the USA. *Lancet* 389(10077):1464–74
196. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. 2019. Racism and health: evidence and needed research. *Annu. Rev. Public Health* 40:105–25
197. Williams DR, Yu Y, Jackson JS, Anderson NB. 1997. Racial differences in physical and mental health: socio-economic status, stress and discrimination. *J. Health Psychol.* 2(3):335–51
198. Women's Bur. 2017. Equal pay and pay transparency protections. *US Department of Labor*. <https://www.dol.gov/wb/equalpay/equalpaymap.htm>
199. Wong K. 2019. Want to close the pay gap? Pay transparency will help. *New York Times*, Jan. 20. <https://www.nytimes.com/2019/01/20/smarter-living/pay-wage-gap-salary-secrecytransparency.html>
200. Woo B. 2018. Racial discrimination and mental health in the USA: testing the reverse racism hypothesis. *J. Rac. Ethn. Health Disparities* 5:766–73
201. Yazdy MM, Werler MM. 2015. Comparison of web versus interview participants in a case-control study. *Ann. Epidemiol.* 25:794–96

202. Yuan Q. 2018. Mega freight generators in my backyard: a longitudinal study of environmental justice in warehousing location. *Land Use Policy* 76:130–43
203. Yudell M. 2014. *Race Unmasked: Biology and Race in the Twentieth Century*. New York: Columbia Univ. Press
204. Zippel KS. 2006. *The Politics of Sexual Harassment: A Comparative Study of the United States, the European Union, and Germany*. Cambridge, UK: Cambridge Univ. Press

HIVATKOZÁSOK A FORDÍTÁSBAN

- Vitrai, J., & Tarkó, K. (2021). Cikkismertetés: A Kiváltságok Érmemodellje és a Kritikus Szövetséges — Az egészségre gyakorolt hatások (fordítás). *Egészségfejlesztés*, 62(4), 56–75. [doi: 10.24365/ef.v62i4.7640](https://doi.org/10.24365/ef.v62i4.7640)
- Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Információk a fordítókról

Vitrai József

Egészségfejlesztés, Budapest; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged
vitrai.jozsef@gmail.com

Tarkó Klára

Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Szeged, MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged

Copyright © 2022 Vitrai József, Tarkó Klára. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi Központ. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből

[Cikkismertetés: A várható élettartam egyenlőtlenségének változása Magyarországon — Az elkerülhető halálokok szerepe](#)

[Cikkismertetés: A Kiváltságok Érmemodellje és a Kritikus Szövetséges — Az egészségre gyakorolt hatások \(fordítás\)](#)

[Cikkismertetés: Okoznak az egészségyenlőtlenségek biológiai elváltozásokat?](#)

Cikkismertetés: Mennyi alkohol nem árt? Kinek?

Article review: How much alcohol does not harm? For whom?

Ismertető:	Vitrai József
Ismertetett cikk:	GBD 2020 Alcohol Collaborators (2022). Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. <i>The Lancet</i> , 400, 10347, 185–235. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00847-9
Kulcsszavak:	alkohol; elvesztett egészséges életév; egészségkockázatok
Keywords:	alcohol; disability-adjusted life-year; health risks

Beküldve: 2022. 07. 18., elfogadva: 2022. 07. 27., doi: [10.24365/ef.8955](https://doi.org/10.24365/ef.8955)

ELŐZMÉNYEK

A mérsékelt alkoholfogyasztás egészségkockázatai továbbra is vitatottak. A kis mennyiségű alkoholfogyasztás csökkentheti egyes betegségek kockázatát, de növelheti másokét. Mindez arra utal, hogy az általános kockázat részben a háttérbetegségek arányától függ, amely régióként, életkoronként, nemenként és évenként változik. Az alkoholfogyasztás kockázataira vonatkozó eddigi szisztematikus áttekintések eredményei eltérők, ami részben hozzájárul ahhoz, hogy ez a téma ellentmondásos és vitatott. Számos tanulmány bizonyítékot talált arra, hogy az alkoholfogyasztás és az összes halálozás vagy betegségteher között J-alakú kapcsolat áll fenn. Más szóval alacsony fogyasztási szint esetén az alkoholfogyasztás csökkenti az összes halálozás kockázatát, míg bizonyos küszöbérték felett növeli azt. Más tanulmányok azonban arról számoltak be, hogy az alkoholfogyasztás azon szintje, amely minimalizálja az egészségkárosodást, napi nulla standard ital. (Alcohol Collaborators, 2018) Az eddigi vizsgálatok megállapításainak látszólagos ellentmondásossága rávilágít annak jelentőségére, hogy folytatni kell a téma vizsgálatát, és frissíteni kell a bizonyítékokat, amint több információ áll a rendelkezésünkre. Kiemelendő, hogy az alkoholfogyasztásnak az összes halálra gyakorolt hatását elemző korábbi vizsgálatok közül csak kevés vette figyelembe, hogy az alkoholfogyasztás és az egészség közötti kapcsolat hogyan függ az adott népességben elterjedt ún. háttérbetegségektől.

MÓDSZEREK

A szerzők a szakirodalom szisztematikus áttekintését végezték el, amelynek során a PubMed adatbázisban és a korábban közzétett metaanalízisek között kerestek olyan keresőkifejezésekkel, mint az "alkohol" és az "ivási magatartás", a vizsgálati eredményekre vonatkozó kifejezésekkel, mint a "kockázat", "esélyhányados" és "kockázati arány", valamint a vizsgálatba bevont konkrét okokra vonatkozó kifejezésekkel, mint például "ischaemiás szívbetegség" vagy "tuberkulózis". A 2019. december 31-ig megjelent tanulmányokat keresték, a keresés pedig az angol nyelvű publikációkra korlátozódott. Az egészségkárosodást minimalizáló alkoholfogyasztási szinteket aktualizált szisztematikus áttekintések és metaregressziók segítségével becsülték meg a GBD (Global Burden of Disease, Globális Betegségteher) 2016 eredményeire építve, valamint beépítve az értékelésbe a betegségek és sérülések régióspecifikus háttérarányait. A szerzők az elemzéshez az alkoholfogyasztással összefüggő huszonkét betegségre és sérülésre vonatkozóan az okozott teherrel súlyozott dózis-válasz relatív kockázati görbéket készítettek, hogy megbecsüljék az elméleti minimális kockázati expozíciós szintet (*theoretical minimum risk exposure level*; TMREL) és az absztinens egyenértékűséget (*non-drinker equivalence*; NDE), vagyis azt a fogyasztási szintet, amelynél az egészségkockázat megegyezik az absztinensekével. Az idősoros számítások az 1990 és 2020 közötti időszakra vonatkoznak, és a betegségek, sérülések és kockázati tényezők

globális terhei (GBD) 2020 vizsgálatból származó betegségrányok felhasználásával 21 régióra, köztük 204 ország és terület 15–95 éves és idősebb népességére terjednek ki 5 éves korcsoportok és nemek szerinti bontásban. Az NDE alapján számszerűsítették az ártalmas mennyiségű alkoholt fogyasztó népességet.

EREDMÉNYEK

Az alkoholfogyasztás kockázati görbéi régióként és életkoronként eltérők voltak. A 2020-ban 15–39 évesek körében a TMREL 0 (95%-os megbízhatósági tartomány 0-0) és 0,603 (0,400–1,00), az NDE pedig 0,002 (0-0) és 1,75 (0,698–4,30) standard ital/nap között változott.

A 40 éves és idősebb népességben a kockázati görbe minden régióban J-alakú volt, a TMREL 0,114 (0–0,403) és 1,87 (0,500–3,30), az NDE pedig 0,193 (0–0,900) és 6,94 (3,40–8,30) szabványos ital/nap között mozgott. A 2020-ban káros mennyiségű alkoholt fogyasztó egyének 59,1%-a (54,3–65,4) 15–39 éves volt, 76,9%-a (73,0–81,3) pedig férfi.

Magyarországon az ártalmas mennyiséget fogyasztók becsült aránya nemenként és életkori csoportonként jelentős eltérést mutat. [1. táblázat]

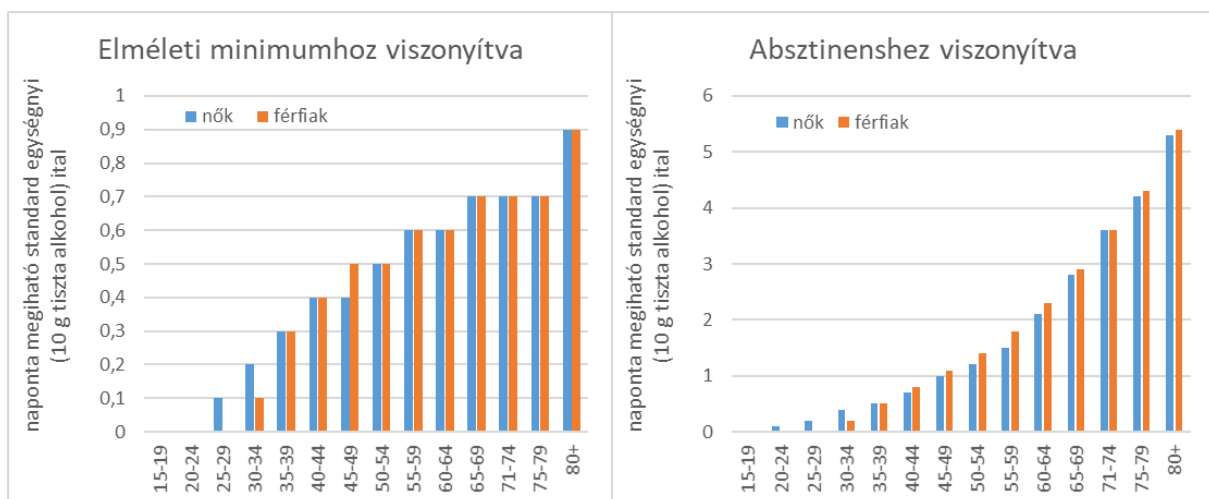
A kockázatmentesen fogyasztható alkohol mennyisége Magyarországra vonatkozóan a Közép-Európa régióra becsült értékei irányadóak. [1. ábra]

1. táblázat: Ártalmas mennyiségű alkoholt fogyasztók aránya nemek és életkori csoportok szerint Magyarországon, 2020

	nők	férfiak
15–39 évesek	51%	77%
40–64 évesek	25%	60%
65+ évesek	6%	35%

Forrás: saját szerkesztés az ismertett cikk adatai alapján

1. ábra: Ártalmatlan nem okozó alkoholfogyasztás nemenként és életkori csoportonként Kelet-Európában, 2020



Forrás: saját szerkesztés az ismertett cikk adatai alapján

A kelet-európai országok, így Magyarország népességére vonatkozóan is megállapítható, hogy az alkoholfogyasztás az elméleti minimumhoz viszonyítva, azaz figyelembe véve az alkoholfogyasztás — főképpen a szív- és érrendszeri

betegségekre kifejtett — kedvező hatását, még a legidősebbeknél sem éri el a kockázatmentesen naponta megiható 1 standard egységnyi italt (1 dl bor, vagy 3,3 dl sör, vagy 3 cl tömény). [1. ábra bal oldala] Az absztinenseknél nem

érvényesülhet az alkohol kedvező hatása, azaz náluk az alkoholfogyasztással összefüggő betegségek és sérülések kockázata összeségében nagyobb, mint az alkoholt mérséketesen fogyasztóknál, ezért a hozzájuk viszonyított kockázatmentesen fogyasztható alkohol mennyisége — a legfiatalabbakat leszámítva — minden korosztályban magasabb, mint az elméleti minimummal való összevetésben. Bár az ártalmat nem okozó alkoholfogyasztás a 40 évesnél fiatalabbaknál nem éri el a napi egy standard egységnyit, a 64 év felett korosztályban az absztinensekhez viszonyítva 3–5 egység fogyasztható kockázatmentesen. [1. ábra jobb oldala]

KÖVETKEZTETÉSEK

Az eredmények összhangban vannak a korábbi globális szintű megállapításokkal, ugyanakkor a jelen vizsgálatban végzett árnyaltabb elemzés határozottan azt sugallja, hogy az alkoholfogyasztás optimális szintjére vonatkozó nyilatkozatoknak, iránymutatásoknak és ajánlásoknak figyelembe kell venniük az egyes népesség-

csoportokra jellemző betegségek és sérülések arányát. A szerzők egyértelmű bizonyítékot nyertek arra, hogy az egészségkárosodást minimalizáló alkoholfogyasztás szintje népességenként jelentősen eltér, és számos életkori csoport, különösen a fiatal felnőttek esetében nulla vagy ahhoz nagyon közeli szinten marad. Ugyanakkor a világ számos régiójában a kis mennyiségű alkoholfogyasztás jobb egészségi eredményekkel jár azokban a korcsoportokban, amelyeknél túlnyomórészt nagy a szív- és érrendszeri betegségek terhe, különösen az idősebb felnőttek esetében. Ezen eredmények alapján javasolják a meglévő szakpolitikai iránymutatások módosítását, hogy a nemek szerint eltérő fogyasztási szintek ajánlásának jelenlegi gyakorlata helyett az életkor szerint eltérő optimális fogyasztási szintek hangsúlyozására összpontosítsanak. Ez a vizsgálat rávilágít a fiatal felnőttek alkoholfogyasztásának minimalizálására irányuló beavatkozások előtérbe helyezésének fontosságára. Erősebb, különösen a fiatalabbakra szabott beavatkozásokra van szükség az alkoholnak tulajdonítható jelentős globális egészségkárosodás csökkentése érdekében.

AJÁNLÁS A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Magyarországon a 40 évesnél fiatalabb, ártalmatlan mennyiségben alkoholt fogyasztók magas aránya miatt különösen fontos lenne körükben visszaszorítani az alkoholfogyasztást. Ehhez a jelenleginél sokkal hatásosabb, korszerű népegészségügyi beavatkozások lennének szükségesek. Olyanok, mint az alkoholos italok reklámozásának és a hozzáférésnek erősebb korlátozása (pl. minimumegységár bevezetése; Vitrai, 2022), az egészségkommunikáció megerősítése (Taller & Csizmadia, 2016), továbbá a megelőzésre fókuszáló egészségfejlesztés (Demetrovics, 2021).

Az alkoholfogyasztás visszaszorítása érdekében az ismertett vizsgálat eredményeire alapozva korcsoportokra bontva külön-külön lenne szükséges ajánlásokat közzé tenni. Ezek hiányában nemcsak a lakosság, de a szakemberek körében is téves ismeretek alapján ítélik meg az alkoholfogyasztás ártalmasságát. Ennek következtében több mint 9 000 honfitársunkat veszítettük el csak 2019-ben. (GBD Compare | Viz Hub, 2019)

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

HIVATKOZÁSOK

Demetrovics, Zs. (2021). Szerhasználat megelőzése — Szakértő válaszol: Demetrovics Zsolt. *Egészségfejlesztés*, 62(2), 114–116. doi: [10.24365/ef.v62i2.6019](https://doi.org/10.24365/ef.v62i2.6019)

GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet (London, England)*, 392(10152), 1015–1035. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)

GBD 2020 Alcohol Collaborators (2022). Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. *The Lancet*, 400, 10347, 185–235. doi: [10.1016/S0140-6736\(22\)00847-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00847-9)

- GBD Compare | Viz Hub (2019) Institute for Health Metrics and Evaluation , University of Washington; <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (Elérve: 2022. 07. 18.)
- Taller Á., & Csizmadia, P. (2016). Viselkedéserítés - A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban [Behaviour insights - Applying the results of behaviour sciences to policy making]. *Egészségfejlesztés*, 57(2), 55–61. doi: [10.24365/ef.v57i2.39](https://doi.org/10.24365/ef.v57i2.39)
- Vitrai, J. (2022). Cikkismertetés: Alkalmas volt a minimumegységár az alkoholfogyasztás visszaszorítására Skóciában és Walesben? *Egészségfejlesztés*, 63(2), 84–86. doi: [10.24365/ef.v63i2.7875](https://doi.org/10.24365/ef.v63i2.7875)

Információk a szerzőről

Vitrai József

Egészségfejlesztés, Budapest; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged

vitrai.jozsef@gmail.com

Copyright © 2022 Vitrai József. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi Központ. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből

[Cikkismertetés: Alkoholfogyasztási szokások és a májcirrózis kockázata:](#)

[A Million Women Study elemzése](#)

[Cikkismertetés: Alkoholfogyasztás és az általa okozott betegségteher a világ 195 országában és különböző régióiban 1990 és 2016 között: szisztematikus elemzés a 2016-os Globális Betegségteher Vizsgálathoz](#)

[Cikkismertetés: Globális helyzetjelentés az alkoholról és egészségről 2018](#)

Cikkismertetés: Rendszerszemléletű értelmezési keret népegészségügyi beavatkozásokhoz

Article review: A systems thinking framework for public health interventions

Ismerető:	Vitrai József
Ismertett cikk:	Bolton, K. A., Whelan, J., Fraser, P., Bell, C., Allender, S., & Brown, A. D. (2022). The Public Health 12 framework: interpreting the 'Meadows 12 places to act in a system' for use in public health. <i>Archives of public health = Archives belges de sante publique</i> , 80(1), 72. doi: 10.1186/s13690-022-00835-0
Kulcsszavak:	népegészségügy; rendszerszemlélet; beavatkozások
Keywords:	public health; systems thinking; interventions

Beküldve: 2022. 03. 27., elfogadva: 2022. 05. 22., doi: [10.24365/ef.v63i3.8488](https://doi.org/10.24365/ef.v63i3.8488)

HÁTTÉR

A rendszertudományi megközelítések bizonyítottan hatékonyak a komplex problémák hátterében álló tényezők azonosításában, illetve elősegítik a helyi igényekhez igazodó, megvalósítható, fenntartható és bizonyítékokkal alátámasztott lehetséges beavatkozások megtalálását. Annak ellenére, hogy a rendszerdinamikai szimulációs és más rendszertudományi modellezési technikák potenciálisan hasznosak lehetnek a végrehajtás irányításában, a magas idő- és költségű szükséglet korlátozza, hogy megfelelő iránymutatást nyújtsanak a komplex beavatkozások közösségekben történő végrehajtásához. Útmutatás szükséges ahhoz, hogy a rendszer és a megvalósítástudomány átfedő területeinek stratégiáira épülő beavatkozások hatásos rendszerszintű megoldásokhoz vezessenek. A szerzők a népegészségügy számára hasznos nyelvezetre fordították le a rendszerdinamika és a mérnöki tudományok területére Donella Meadows (1997) által kidolgozott útmutatást (M12), mely a beavatkozások eredményessége érdekében 12 olyan pontot azonosít a rendszerben, ahol érdemes beavatkozni.

MÓDSZEREK

Az M12 fordítását a 31 közösséggel való együttműködés során szerzett tapasztalataik alapján készítették el, két komplex, nagyszabású, véletlen besorolásos kontrollvizsgálat és egy nagy, a közösség egészét érintő esettanulmány

keretében. Ezek a kutatások a rendszertudományt és a megvalósítástudományt használták fel a gyermekkori elhízás megelőzésére irányuló beavatkozások közösséggel együttműködésben történő kidolgozásához. Minden kutatás az ausztráliai Victoria államban zajlott 2016 – 2020 között. A fordítást végző csoportban elméleti és gyakorlati szakemberek, megvalósítástudományi és rendszerdinamika szakértők dolgoztak. A szerzők a fordítással nyert népegészségügyi keretrendszer (N12) minden egyes szintjére 31 közösségből vett példát mutatnak be.

EREDMÉNYEK

Az N12 olyan értelmezési keretet biztosít, amely a kutatás és a gyakorlat számára is iránymutatást nyújt célzott, rendszerszintű beavatkozások végrehajtásához valós világbeli körülmények között. [1. táblázat] Az N12 a meglévő megvalósítástudományi elmélettel együtt segít kiválasztani a végrehajtásához szükséges olyan stratégiákat, amelyek minden lehetséges beavatkozási ponton keresztül célzott változást indíthatnak el a rendszerben.

KÖVETKEZTETÉS

A népegészségügyi szakemberek és kutatók számára eddig kevés iránymutatás volt elérhető arra vonatkozóan, hogy miként lehet rendszer-változást előidézni a közösség által vezetett népegészségügyi beavatkozásokban. Az N12

lehetővé teszi az M12 rendszerelmélet gyakorlatban történő alkalmazását a népegészségügyi beavatkozásokban. Az N12 segítheti a kutatókat és a gyakorlati szakembereket meghatározni a rendszerben azokat a beavatkozási pontokat,

amelyeken keresztül eredményes rendszerszintű beavatkozások várhatók. Ezek hozzájárulhatnak az eddigi erőfeszítések hiányosságainak azonosításához.

AJÁNLÁS A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A népegészségügyi beavatkozások, programok tervezésekor és megvalósításakor az eredményesség érdekében elengedhetetlen a rendszerszemlélet alkalmazása Magyarországon is. Nemzetközi tapasztalatok igazolják, hogy a népegészségügyi problémák, mint például az elhízás — társadalmi beágyazottságuk miatt —, komplex problémák, ezért csakis az érintettekkel közösen, a rendszer több szintjén, egyidejűleg több különböző beavatkozás megvalósításával lehet enyhítésüket elérni. Az N12 felhasználásával nagyobb eséllyel választhatók ki a rendszer azon pontjai, melyekre hatva a kívánt és tartós eredményekhez el lehet jutni.

Köszönetnyilvánítás: A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

HIVATKOZÁSOK

Bolton, K. A., Whelan, J., Fraser, P., Bell, C., Allender, S., & Brown, A. D. (2022). The Public Health 12 framework: interpreting the 'Meadows 12 places to act in a system' for use in public health. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 80(1), 72. doi: [10.1186/s13690-022-00835-0](https://doi.org/10.1186/s13690-022-00835-0)

Meadows, D. H. (1997) Places to Intervene in a System. Whole Earth Winter https://kipdf.com/places-to-intervene-in-a-system-by-donella-h-meadows-whole-earth-winter-1997_5ae16ec97f8b9a66548b4578.html

Információk a szerzőről

Vitrai József

Egészségfejlesztés, Budapest; MTA–SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged

vitrai.jozsef@gmail.com

Copyright © 2022 Vitrai József. Kiadó: Nemzeti Népegészségügyi Központ. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

Válogatás korábbi lapszámok kapcsolódó cikkeiből

[Cikkismertetés: Kanadai tapasztalatok az iskolások mindennapos testmozgási programjának sikeres megvalósításáról](#)

[Cikkismertetés: Mennyire hatásos a közösségalapú, rendszerszemléletű gyermekelhízás-megelőzés?](#)

[Cikkismertetés: A beavatkozástól a beavatkozási rendszerig](#)

[Cikkismertetés: A gyermekkori elhízás rendszeralapú megelőzése — N3.0 a gyakorlatban](#)

[Cikkismertetés: Live 5-2-1-0, azaz a gyermekkori elhízás megelőzése rendszerszintű gondolkodással és közösségek bevonásával](#)

[Cikkismertetés: Az elhízás rendszerszintű megközelítése](#)

[Cikkismertetés: A rendszertudomány alkalmazása az egészséges táplálkozással kapcsolatos egyenlőtlenségek feltárásához](#)

[Cikkismertetés: "A tegnapi megoldásai mára problémák lesznek". A rendszerszintű gondolkodással és komplexitás-tudománnyal kapcsolatos diskurzus értelmezése az értékelés elmélete és gyakorlata szempontjából](#)

['Szakpolitika, rendszer, környezet' megközelítés az elhízás megelőzésében: elméleti keretek helyi és állami beavatkozásokhoz](#)

1. táblázat: A Meadows által javasolt rendszerszintű beavatkozási pontok a népegészségügy „nyelvére fordítva” *

Meadows 12 (M12)	Népegészségügy 12 (N12)
1. Képesség a gondolkodási keret átértelmezésére	A világban a dolgok megváltoztatására vonatkozó, alapvető elképzeléseink folyamatos átértékelésére való képesség a többszörösen összetett problémákra hatékony reagálás érdekében
2. Az a gondolkodási keret, amelyből a rendszer céljai, struktúrája, szabályai, késleltetései, paraméterei erednek	A lakosság alapvető elképzeléseiben változás arról, hogy hogyan lehet hatékonyan reagálni a komplex problémákra (kultúra változása)
3. A rendszer célja vagy funkciója	Amikor egy rendszer alapvető célja megkérdőjeleződik és megváltozik
4. A rendszer struktúrájának megváltoztatására vagy fejlesztésére való képesség	A különböző 5-12. szintű intézkedések kombinációjának idővel történő végrehajtásához szükséges infrastruktúra (pl. politikai vagy kormányzati) létrehozása és fenntartása
5. Ösztönzők, büntetések, korlátozások	Új, módosított szabályok, például ösztönzők és elszámoltathatósági mechanizmusok a változashoz
6. Az információáramlás struktúrája	Létfonosságú információk mozgatása a hatalmi viszonyok megváltoztatása érdekében, amely több (és a megfelelő) ember számára nyitja meg a döntéshozatali folyamatokat
7. Az erősítő visszacsatolás nagysága	Egy olyan cél felé irányuló beavatkozás elindítása, amely önerősítő, és hatása növekszik a kívánt irányba
8. A gyengítő visszacsatolás nagysága	Egy olyan cél felé irányuló beavatkozás elindítása, amely gyengít egy nem kívánt változást
9. A beavatkozástól a hatásig eltelt idő	Stratégiai tervezés az időkeretek a rendelkezésre álló erőforrások, a jelenlegi felkészültség és a tervezett eredményekkel történő összehangolására
10. A rendszer fizikai meghatározottsága	Új fizikai infrastruktúra kiépítése, pénzügyi infrastruktúra biztosítása és/vagy a rendszeren belüli fizikai mozgás javítása
11. A stabilizáló lehetőségek a változashoz viszonyítva	Egy biztonsági háló fenntartása a közösségen vagy a rendszeren belül, hogy észszerűen előrelátható, de váratlan eseményeket felfogjon anélkül, hogy a dolgok menetét hátrányosan befolyásolná. Ez magában foglalja az egyének és csoportok számára nyújtott, a környezeten, az iskolákon és a munkahelyeken keresztül biztosított támogatásokat.
12. Állandók és paraméterek, mint például támogatások, adók, szabványok	A rendszer egy elszigetelt, meglévő részének megváltoztatása

Forrás: saját szerkesztés az ismertetett cikk alapján

* Megjegyzés: Meadows a beavatkozások szintjeit a változtatás nehézsége szerint sorba rendezte: az 1. szinten a legnehezebb, a 12. szinten a legkönnyebb változást elérni.