



PÉCSI TUDOMÁNYEGYETEM
Egészségtudományi Kar



KÉZIKÖNYV AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSHEZ

Szerzők:

Boncz Imre
Barcsi Tamás
Boros Julianna
Csákvári Tímea
De Blasio Antonio
Deutsch Krisztina
Dinnyés Katalin Julianna
Füzesi Zsuzsanna
Girán János

Horváth-Sarródi Andrea
Kiss István
Lampek Kinga
Máté Orsolya
Nagy Zsuzsanna
Németh Katalin
Orsós Zsuzsanna
Pusztafalvi Henriette
Vitrai József

Szerkesztette:

Boncz Imre
Lampek Kinga
Pusztafalvi Henriette

Lektor:

Prof. Dr. Barabás Katalin

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar
EFOP-3.4.3-16-2016-00005
2022.

ISBN:

ISBN: 978-963-626-047-7

SZÉCHENYI 2020



MAGYARORSZÁG
KORMÁNYA

Európai Unió
Európai Szociális
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

© Dr. Pusztafalvi Henriette, Prof. Dr. Boncz Imre, Dr. Lampek Kinga – 2022
A tankönyv az EFOP-3.4.3-16-2016-00005 Korszerű egyetem a modern városban: Értékközpontúság,
nyitottság és befogadó szemlélet egy 21. századi felsőoktatási modellben
pályázat támogatásával készült.

ISBN: ISBN: 978-963-626-047-7
Kiadja: Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar

Pécs, 2022.

TARTALOMJEGYZÉK

ELŐSZÓ	6
TUDOMÁNYOS / SZAKMAI BEMUTATÁS	7
I. FEJEZET – AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ALAPJAI (BARCSI TAMÁS, DINNYÉS KATALIN JULIANNA, PUSZTAFALVI HENRIETTE)	11
I.1. Bevezetés.....	11
I.2. Az egészség és az egészségfejlesztés néhány filozófiai-etikai vonatkozásáról - Antik gondolkodók a testi és a lelki egészség jelentőségéről.....	11
I.3. A kereszténység test- és egészségfelfogása, ennek változása a reneszánsz és a reformáció hatására.....	12
I.4. Az egészség fogalma és változása.....	13
I.5. Az egészségfejlesztés fogalmának kialakulása és változása.....	14
I.6. Az oktatás és az egészségnevelés intézményesülésének folyamata.....	16
I.7. Gyermekvédelem: Anya - és Csecsemővédelem és a Zöldkeresztes mozgalom szerepe az egészségfejlesztésben.....	20
I.8. Az érték fogalma.....	24
I.9. Modernitás és biohatalom: az egészség a hatékonyság szolgálatában.....	30
I.10. Az egészség a fogyasztói (és mediatiszt) társadalomban.....	31
I.11. Az egészségfejlesztés legfontosabb morális korlátja.....	33
I.12. Összegzés.....	34
I.13. Irodalomjegyzék.....	34
II. FEJEZET – EGÉSZSÉGMAGATARTÁS (LAMPEK KINGA, BOROS JULIANNA, FÜZESI ZSUZSANNA)	37
II.1. Bevezetés.....	37
II.2. Az egészségmagatartás fogalmi háttere.....	37
II.3. Az egészségmagatartás protektív tényezői.....	42
II.4. Az egészségmagatartás rizikótényezői.....	45
II.5. Összegzés.....	49
II.6. Gondolkodásra készítő kérdések az egészségmagatartás változásának területéről - Erősség alapú fejlesztés az egészségmagatartásban (is).....	52
II.7. Irodalomjegyzék.....	53
III. FEJEZET - A KOMPLEX EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SZEMLELETE (VITRAI JÓZSEF)	56

III.1. Az egészség komplex meghatározottsága	56
III.2. Az egészség társadalmi beágyazottsága	59
III.3. Viselkedésváltoztatás	65
III.4. Komplex beavatkozások	66
III.5. Egészségfejlesztési programok értékelése	72
III.6. Összegzés	76
III.7. Irodalomjegyzék	77
IV. FEJEZET – EGÉSZSÉGNEVELÉS (DEUTSCH KRISZTINA, PUSZTAFALVI HENRIETTE)	81
IV.1. Az egészségműveltség és oktatás	81
IV.2. Csoportos egészségnevelés alapjai	83
IV.3. Az egyéni egészségfejlesztés modelljei	86
IV.4. A hatékony egészségnevelés pedagógiai módszerei	92
IV.5. Irodalomjegyzék	98
V. FEJEZET – A SZÍNTÉR SZEMLÉLET AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBN (NAGY ZSU- ZSANNA, DE BLASIO ANTONIO, GIRÁN JÁNOS, HORVÁTH SARRÓDI ANDREA, PUSZTAFALVI HENRIETTE)	102
V.1. Bevezetés	102
V.2. Kisgyermekkorú színterek	102
V.3. TIE – Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés	108
V.4. Munkahelyi egészségfejlesztés	109
V.5. A WHO Európai Egészséges Városok programja és módszerei	119
V.6. Aktív idősödést segítő programok	121
V.7. Irodalomjegyzék	126
VI. FEJEZET – EGÉSZSÉGPOLITIKA ÉS EGÉSZSÉGGAZDASÁG SZEREPE AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBN (BONCZ IMRE, CSÁKVÁRI TÍMEA)	129
VI.1. Bevezetés	129
VI.2. Az egészség-gazdaságtani elemzések alapjai	130
VI.3. Költség-hasznosság elemzés (cost-utility analysis, CUA)	133
VI.4. Miben más egy egészségfejlesztéssel kapcsolatos intervenció egészség-gazdaságtani elemzése?	134
VI.5. Egészségpolitika és egészségfejlesztés kapcsolata	134
VI.6. Összefoglalás	136
VI.7. Irodalomjegyzék	137
VII. FEJEZET - KOMMUNIKÁCIÓ (MÁTÉ ORSOLYA)	139
VII.1. Egészségügyi kommunikáció sajátosságai	139

VII.2. A KOMMUNIKÁCIÓS ZAVAROK LEHETSÉGES OKAI	140
VII.3. Az egészségügyi ellátók nem kielégítő kommunikációs képzése	141
VII.4. Kommunikációs hiányosságok az egészségügyi ellátók és a betegek interakciója kapcsán	141
VII.5. A kommunikációs zavarok következményei	141
VII.6. A betegre gyakorolt hatások	141
VII.7. Az egészségügyi ellátásban fellelhető kapcsolat modelljei	142
VII.8. Speciális kommunikációt igénylő helyzetek	143
VII.9. Egészségügyi kommunikáció szerepe a megelőzésben	147
VII.10. Szűrővizsgálat	148
VII.11. Kockázatértékelés	148
VII.12. Primer prevenciós tanácsadás	149
VII.13. Önvizsgálat	150
VII.14. Az életmódtanácsok betartása	150
VII.16. Kommunikáció az alapellátásban	151
VII.17. Kommunikáció a szakellátásban	151
VII.18. Tömegkommunikáció szerepe az egészség fenntartásában	152
VII.19. Tömegkommunikáció krízishelyzet esetén	154
VIII. FEJEZET – A FŐBB KRÓNIKUS NEM FERTŐZŐ ÉS FERTŐZŐ BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSE (KISS ISTVÁN, ORSÓS ZSUZSANNA, NÉMETH KATALIN)	159
VIII.1. Bevezetés	159
VIII.2. A szív- és érrendszeri betegségek népegészségügyi jelentősége, főbb kategóriái	159
VIII.3. A koszorúér-betegség kockázati tényezői, csoportosítás, hatásuk, rizikófaktor-specifikus prevenció	160
VIII.4. Daganatok epidemiológiája és megelőzése	174
VIII.5. Légúti megbetegedések	190
VIII.6. Gasztrointesztinális megbetegedések	194
VIII.7. Fertőző betegségek és megelőzésük	199
VIII.8. Irodalomjegyzék	210
FOGALOMTÁR	212

ELŐSZÓ

Köszöntjük az olvasót!

A kézikönyv az egészségfejlesztéshez és a krónikus betegségek megelőzéséhez egészségtudományi hallgatók számára című könyvünk, azzal a céllal jött létre, hogy az egészségtudományi képzésben résztvevő hallgatókat segítse tanulmányaik kiteljesedésében. A kézikönyvet az egészségfejlesztés és a megelőző orvostan ismert szakemberei annak érdekében készítették el, hogy az egészségtudományi hallgatók számára egy kötetbe szerkesztve, jól használható módon legyenek elérhetőek a két nagy terület releváns ismeretei. Fontos célként jelöltük meg, mivel nem állt rendelkezésünkre hasonló könyv, hogy a magyar – és bizonyos tekintetben a nemzetközi – társadalmi sajátosságokat figyelembe véve töltsük meg tartalommal a kötetet. Másik kiemelt célunk volt, hogy olvasható, könnyen befogadható legyen, ezért közérthető nyelven, ábrákkal és táblázatokkal segítjük a megértést.

Az első fejezet az egészségfejlesztés történetébe és alapjaiba vezeti be az olvasót. Továbbá olyan alapismereteket mutat be, ami meghatározó ismeretet nyújt a későbbi fejezetekhez. Fontos múltunk ismerete, hiszen azon épül a jövőnk, így az egészségtudományi szakterület kialakulását is megismerhetjük vázlatosan.

A második fejezet az egészségmagatartás ismeretét tárja fel, az olvasót is invitálja a saját egészségtudatosságának áttekintésére, vajon milyen területen lehetne erőteljesebb kontrollt gyakorolnia saját egészsége felett.

A komplex egészségfejlesztés szemlélete fejezet bemutatja az aktuális világszemléletet, iránymutatóként a további fejezetekhez.

Az egészségnevelés fejezet feltárja és végig vezeti az olvasót az egyéni és csoportos intervenciók didaktikus és szisztematikus rendszerén. Bemutatja az egészségnevelés módszertani alapjait és lehe-

tőségeit, a modern oktatási lehetőségeket feltárva. Az egészségfejlesztés kiemelt, a gyakorlati megvalósítást bemutató területét jelentik a színtérprogramok. Az elméleti keretek bemutatásán túl a szerzők törekedtek a jó gyakorlatok felvonultatására is, így teszik szemléletessé, könnyen feldolgozhatóvá a fejezetet.

Az egészségpolitika és egészséggazdaság szerepe az egészségfejlesztésben című fejezetben a szerzők rendkívül fontos terület bemutatására vállalkoztak, mert szükséges, hogy a hallgatóknak legyen alapfogalmuk az egészséggazdaságról, hiszen jövőbeli munkájuk során tervezniük is kellhet, akkor pedig megkerülhetetlen a gazdasági elemzés. Kitűnő példák segítik a megértést.

Az egészségügyi kommunikáció segíti a hallgatók tájékozódását a speciális kommunikációs világban, hogy így támogassa a későbbi hivatásuk magas szinten történő művelését.

Az utolsó fejezet, a főbb krónikus nem fertőző és fertőző betegségek megelőzése téma vázlatosan mutatja be biomedikális szemlélettel az egészségfejlesztés klasszikus primer, szekunder és terciér lehetőségeit kitérve korunk jellegzetes betegségeire és annak megelőzésre.

A könyv végén összeállított didaktikus Fogalomtár maximálisan megkönnyítheti a hallgatók tanulását, a definíciók pontos megértését és megtalálását, kiemelve a jelen időben használt alapfogalmakat, tevékenységeket és szervezeteket. Az utolsó részben pedig az egészségprevenációs szemléletet hazánkban meghonosító meghatározó személyek rövid életrajzát, tevékenységét foglaltuk össze.

Szerkesztők

SZERZŐK BEMUTATÁSA

Prof. Dr. Boncz Imre

közgazdasági szakokleveles orvos, PTE Egészségtudományi Kar Egészségbiztosítási Intézet egyetemi tanár, intézetigazgató, dékánhelyettes, PTE Klinikai Központ stratégiai elnökhelyettes

Dr. habil Barcsi Tamás, PhD

filozófus, jogász, a Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Karán docens, a Jogbölcséleti és Társadalomelméleti Tanszék vezetője. Oktat a PTE Bölcsészettudományi és Egészségtudományi Karán is. Az MTA PAB Filozófiai Munkabizottságának titkára. Morálfilozófiai és társadalomfilozófiai témákat kutat. Legutóbbi monográfiái: A kivonulás mint lázadás (2012), Az emberi méltóság filozófiája (2013), Három filozófiai kérdés az emberről (2016). Fontosabb oktatási területei: Filozófia, etika, bioetika. Az Egészségtudományi Karon évekig oktatott az említettek mellett egészségfejlesztéssel - azok bölcsészettudományi vonatkozásaival - kapcsolatos tárgyakat (pl. Szellemi rekreáció, Média és egészségfejlesztés).

Boros Julianna, PhD

Szociológus, epidemiológus, a KSH Népeségtudományi Intézetének tudományos munkatársa. Részt vett számos kérdőíves lakossági egészségfelmérés tervezésében, lebonyolításában és eredményeinek elemzéseiben (Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2000 és 2003, World Health Survey – Világ Egészség Felmérés 2003 (WHO), Európai lakossági egészségfelmérés (ELEF) 2009 és 2014, 2016 Mikrocenzus – Egészségproblémákból fakadó akadályozottság felmérés, Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat). Doktori disszertációját a magyar lakosság egészségmagatartásáról írta a PTE Demográfiai és szociológiai doktori iskolájában. A Semmelweis Egyetemen orvosi szociológiát oktat magyar és angol nyelven.

Csákvári Tímea,

2013-ban egészségbiztosítási szakember, 2015-ben okleveles egészségügyi menedzser végzettséget szerzett a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán, ahol jelenleg is tanársegédként dolgozik. Jelenleg PhD tanulmányait végzi, kutatásának témája az innovatív forrásteremtési eszközök, különös tekintettel a népegészségügyi termékadó vizsgálata Magyarországon.

De Blasio Antonio

Az Egészséges Városok Mozgalom Kárpát-medencei Egyesülete elnöke, több mint 30 éves tapasztalattal rendelkezik helyi, országos és nemzetközi egészségfejlesztési projektek megtervezésében és megvalósításában, valamint helyi stratégiai dokumentumok kidolgozásában. Számos alkalommal volt az Egészségügyi Világszervezet tanácsadója egészségpolitikai, egészségstratégiai, egészségkommunikációs, és környezetegészségügyi kérdésekben. Kutatási területei: egészségfejlesztés a helyi döntéshozatali rendszerben, egészséghatás vizsgálat módszerének alkalmazása, egészségkommunikáció. Oktatási tevékenység: egészségkommunikáció.

Deutsch Krisztina, PhD, habil

2001 óta dolgozik a PTE Egészségtudományi Karán, mint egyetemi adjunktus, 2021-től az Egészségpedagógiai és Sürgősségi Alapozó Tanszék vezetője. Doktori értekezését a neveléstudományok területén, 2013-ban védte meg: „Elvek és gyakorlat. Egészségfelfogás, egészségnevelés és mentálhigiénés szemléletmód az általános iskolai egészségnevelési programok és a pedagógusokkal készült interjúk tükrében” című témában. Karunk alap- és mesterképzéseiben egészség tudományi és neveléstudományi tárgyakat oktat, és kutatásai is interdiszciplinárisak: a koherenciaérzet, az egészségmagatartás és az egészségi állapot összefüggéseit, illetve a tanulók, hallgatók, pedagógusok, egészségügyi szakdolgozók mentális egészségét vizsgálják.

Dinnyés Katalin Julianna

Pécsi Tudományegyetem „Oktatás és Társadalom” Neveléstudományi Doktori Iskola PhD-hallgatója a nevelésszociológiai alprogramban, valamint a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar tanársegédje. Doktori tanulmányai mellett szívügyének tekinti a doktoranduszok érdekeit, ezért a Doktoranduszok Országos Szövetsége Pszichológiai és Neveléstudományi Osztályának először alelnöke, majd 2021-től elnöke. Kutatási területéhez kapcsolódik a tankönyvekben megjelenő egészség vizsgálata, továbbá az egészségfejlesztés, az egészségérték és egészségi állapot összefüggésének vizsgálata. A PTE kutatócsoportjának tagjaként vizsgálja az egyetemi hallgatók, fogyatékkal élőkkel kapcsolatos attitűdjét.

Prof. Dr. Füzesi Zsuzsanna, PhD

Orvos, szociológus, coach, egyetemi tanár. A Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán a Magatartástudományi Intézetben dolgozik, az Orvosi Oktatásfejlesztési és Kommunikációs Tanszék vezetője. Orvosi szociológiát, egészségpszichológiát, egészségmagatartást tanít graduális és posztgraduális képzésben orvostanhallgatóknak, népegészségügyi szakos hallgatóknak, valamint PhD hallgatóknak a PTE Demográfiai és szociológiai doktori iskolájában. Az elmúlt évtizedekben végzett kutatásai közül számos szorosan kapcsolódik az egészségmagatartási témákhoz

Girán János, PhD

A PTE ÁOK Orvosi Népegészségtani Intézet adjunktusa, az Egészséges Városok Mozgalom Kárpát-medencei Egyesületének és a pécsi Egészséges Városért Alapítványnak a szakértője. Szakmai tevékenységének középpontjában több mint két évtizede a közösségi egészségfejlesztés és a települési egészségtervezés áll. Kutatási területei: színtér alapú egészségtervezés módszereinek, a városi környezet egészség hatásainak, valamint az egészséget meghatározó társadalmi tényezőknek a vizsgálata.

Dr. Horváth-Sarródi Andrea

egyetemi tanársegéd, Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézetében, ahol 2007 óta dolgozik az Orvosi Népegészségtani Intézetben oktatóként és 3 éve a karunkon működő egészségfejlesztési program (YourLife@ÁOK) koordinátoraként. Szakvizsgáját Megelőző Orvostan és Népegészségtanból szerezte 2011-ben. A régió számos munkáltatójánál működött közre munkahelyi egészségfejlesztési projekteken, amelyek során nemcsak előadásokat, hanem tréningeket is tartott kommunikáció, stresszkezelés témakörében. Kutatási témája az orvostanhallgatók lelki egészsége, hallgatóknak life coach-ként is igyekszik segíteni egyéni konzultációk formájában.

Prof. Dr. Kiss István, PhD, DSc

Intézetvezető egyetemi tanár, Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézetében, ahol 1986 óta dolgozik. PhD értekezését 2000-ben védte meg, az MTA doktora 2014-ben lett. Több, mint 35 éve vesz részt az orvostanhallgatók és fogorvostanhallgatók közegészségtan-oktatásában, illetve oktat még gyógyszerész- és biotechnológus hallgatókat, illetve az Egészségtudományi Karon több szakon számos képzésben vesz részt. Jó néhány jegyzet és tankönyv szerzője, illetve az orvostanhallgatók számára írt, de a szakorvosképzésben is használatos “Népegészségügyi Orvostan” című tankönyv egyik szerkesztője. Fő kutatási területe a krónikus nem fertőző betegségek epidemiológiája, prevenciója. A PTE ÁOK YourLife munkahelyi egészségfejlesztési programjának szakmai vezetője.

Lampek Kinga, PhD, habil

Közgazdász, szociológus, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán főiskolai tanár, tanszékvezető. Fő kutatási területei az egészségpszichológiai témaköröket érinti: felnőtt népesség egészségi állapotát befolyásoló társadalmi tényezők hatásának kutatása, az egészségügyben dolgozó szakdolgozók egészségi állapotának és életminőségének elemzése, illetve az idősödő társadalmak fő jellemzőinek, az egészséges idő-

södést támogató és gátló tényezők szerepének feltárása. Oktatási területe részben az egészség-szociológia, részben a hátrányos helyzetű, sérülékeny csoportok élethelyzetének, életminőségének megismerése az egészségfelméréseken keresztül.

Máté Orsolya, PhD, habil

2000-ben szerzett egyetemi diplomát, a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán 2001 óta dolgozik jelenleg pedig külügyi igazgatóként és egyetemi docensként. PhD fokozatát 2013-ban szerezte a PTE ETK Doktori Iskolájában „summa cum laude” minősítéssel, 2021-ben habilitált. Fő kutatási területe az egészségügyi kommunikáció, illetve a népegészségügyi programok kommunikációja, prevenció. Dr. Máté Orsolya tudományos közleményeinek száma 85. Ebből idegen nyelven 19 jelent meg, 2 monográfia és 5 könyvfejezet szerzője, amelyből egy magyar nyelvű. Oktatóként 3 nyelven oktat, magyar, német, angol nyelven tart előadásokat, gyakorlatokat. Az EMMI-nél szenior pedagógiai szakértői munkát végez tankönyvvé nyilvánítási eljárások során.

Nagy Zsuzsanna

A pécsi Egészséges Városért Alapítvány vezetője, több mint 20 éves tapasztalattal rendelkezik különböző szintereken (település, iskola, munkahely) megvalósuló egészségfejlesztési projektek és programok kidolgozásában és megvalósításában. Kutatási területei: települési egészségtervezés, egészséghatás vizsgálat módszerének alkalmazása az önkormányzati döntéshozatali rendszerben, a WHO Európai Egészséges Városok Hálózat működése.

Dr. Németh Katalin

2000-ben szerezte meg általános orvosi diplomáját a Pécsi Tudományegyetem Általános Orvos Karán. Ezt követően a Baranya megyei ÁNTSZ Járványügyi Osztályán dolgozott. 2005-ben Megelőzőorvostan és Népegészségtan szakvizsgát szerezett. 2013-tól a PTE ÁOK Orvosi Népegészségtani Intézet oktatója, mint egyetemi tanársegéd. PhD munkáját a fertőző betegségek témakörében írja. Rendszeresen részt vesz a magyar illetve külföldi hallgatók oktatásában a fertőző betegségek

epidemiológiája és megelőzése témakörökben

Orsós Zsuzsanna, PhD

egyetemi adjunktus a Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézetében. Doktori disszertációját a korai karcinogenezisben szerepet játszó genetikai tényezők allélpolimorfizmusairól írta. A 2013-ban megjelent Népegészségügyi Orvostan című tankönyv “Daganatok epidemiológiája” c. fejezetének szerzője. A témakörben összegyűlt tudását és tapasztalatait a “Daganat megelőzhető” című fakultatív kurzus keretében adja át az orvostanhallgatóknak. Szakmai érdeklődése a hátrányos helyzetű közösségek körében mutatkozó egészséggyenlőtlenségekre fókuszál, különös képen a krónikus nem fertőző betegségek befolyásolható kockázati tényezőire.

Pusztafalvi Henriette, PhD, habil

pedagógia szakos tanár, 2002 óta dolgozik a PTE Egészségtudományi Karán, mint egyetemi oktató, egyetemi docens. Oktatási területe a pedagógia, az egészségnevelés és a személyiségfejlesztés és kommunikáció. Koordinátorként részt vett az egészségtan- tanár képzésben. Fő kutatási területe a hatékony egészségprevenció és egészségnevelés kialakítása, mérése. 2011-ben doktori fokozatot szerzett az egészségnevelés intézményesülésének folyamatát vizsgálta. Számos tudományos és ismeretterjesztő előadást tartott az egészségprevenció témákban, fontos tevékenységének tartja az életminőséget meghatározó tényezők kutatását, és az egészségnevelés oktatási módszereinek vizsgálatát. A MTA PAB Pedagógia és Környezetvédelmi, Oktatási és Nevelési Munkabizottság aktív tagja.

Vitrai József, PhD

Biológus az alapvégzettsége, hosszú ideig kutatásokban biostatistikai és epidemiológiai szakértőként vett részt. Egyik kezdeményezője a modern egészségfelmérések és az egészségmonitorozás magyarországi bevezetésének, több egészségjelentésben szerkesztőként és szerzőként vett részt. Doktori dolgozatában az egészséggyenlőtlenség területén végzett kutatásainak eredményeit fog-

lalta össze. Tevékenyen részt vett az egészségfejlesztési irodák szakmai irányításában, támogatásában. A 2020-as nyugdíjba vonulása előtt az EMMI Népegészségügyi Főosztályának vezetőjeként dolgozott. 2016 óta az Egészségfejlesztés folyóirat főszerkesztője. Összes közleményeinek száma 229, független hivatkozások száma 1055, Hirsh indexe 16.

I. Fejezet

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ALAPJAI

(Barcsi Tamás, Dinnyés Katalin Julianna, Pusztafalvi Henriette)

I.1. Bevezetés

Arthur Schopenhauer, a neves német filozófus szerint boldogságunk kilenczted részben az egészségünktől függ: „Általa minden az élvezet forrásává válik, nélküle ellenben semmiféle külső dolog nem nyújt élvezetet, sőt még a szubjektív javakat, a szellem, kedély, és temperamentum sajátosságait is nagyban lefokozza és elsorvasztja a betegség” [1]. Az egészségértékkel kapcsolatos szociológiai kutatások [2] alapján megkockáztathatjuk azt az állítást, hogy ezt a gondolatot ma még többen helyeselnék, mint a 19. században, hiszen a mai, globalizált világban a boldogságot és az egészséget kiemelkedő értéknek tartják az emberek, még ha sokszor nem is tudják megmondani pontosan, mit értenek boldogság alatt és az egészséget is elsősorban testi egészségként fogják fel. A két érték között nyilvánvalóan van összefüggés. Schopenhauer is szűkebb, testi értelemben beszél egészségről, és úgy véli, hogy a testileg egészséges ember vidám, a vidámságnak pedig nagy befolyása van a boldogságra. A testi jól-lét valóban hozzájárul a boldogsághoz, de az a gondolat, hogy boldogságunk kilenczted részben a testi egészségünktől függ, megkérdőjelezhető, Schopenhauer túloz. A filozófus persze a boldogság egyéb aspektusairól is hosszasan ír az életbölcsestől szóló művében, illetve megjegyzi, hogy az egészség sem mindig garancia a vidámságra, olykor egy tökéletesen egészséges ember is lehet melankolikus és egyetért abban Arisztotelésszel, hogy a kiváló, nagy elméjű emberek mind melankolikusak [1]. Jelen fejezetünkben az egészségfejlesztést történeti oldaláról közelítjük meg és azt mutatjuk be, hogy nemzetközi és hazai téren az egészség fenntartásáért milyen gondolatokat és milyen gyakorlati intézkedéseket fogalmaztak meg eleink.

I.2. Az egészség és az egészségfejlesztés néhány filozófiai-etikai vonatkozásáról - Antik gondolkodók a testi és a lelki egészség jelentőségéről

A nagy görög és római filozófusok általában kiemelték a fizikai egészség fontosságát, de rámutattak arra is, hogy önmagában ez nem elég a jó élethez. A görögöknél az életrend (diatité) életművészetet jelentett, ennek a tudománya volt a diatetika, amelynek művelői kidolgozták a testről való gondoskodás megfelelő stratégiáit, a változó körülményeket is figyelembe véve (a diatetika kiter a testgyakorlatokra, a táplálékokra, az italokra, az álmokra és a szexuális kapcsolatokra). Az életrend gyakorlásának célját nem az élettartam minden áron való meghosszabbításában, hanem a hasznos és boldog élet biztosításában látták. A testtel való foglalkozás elhanyagolása az értelemet is negatív módon befolyásolhatja, de a lélek hatása a testre még meghatározóbb, mivel az életrend megkívánta helyes mérték követéséhez erkölcsi szilárdság szükséges [3] (az életrendről bővebben: FOUCAULT, 2011: 104-114). Platón Államában Szókratész arról beszél, hogy az ideális államban a múzsai művészet után az ifjakat testedzéssel kell nevelni, sőt ennek jelentősége később is megmarad: „Ebben is gondosan nevelnünk őket gyermekkoruktól kezdve egész életük során”, ugyanakkor azt is hozzáteszi: „Nem hiszem, hogy a test, még ha egészséges is, a maga kiválóságával jó minőségűvé tenné a lelket, hanem ez fordítva van: a megfelelő lélek teszi lehetővé a maga kiválóságával, hogy a test a legjobb minőségű legyen” [4]. Tehát az erényekkel bíró ember gondot fordít a testére is, de önmagában az egészséges test nem garantálja az egészséges lelket. Arisztotelész az erényt a középre törekvésnek, tehát a hiányosság és a túlzás kerüléseként értelmezi, és a testi erő, illetve az egészség „magától értetődő” példáját

hozza fel annak igazolására, hogy a hiányosság és a túlzás egyaránt rossz: „a túlzásba menő és a hiányos testedzés egyaránt ártalmára van a testi erőnek, aminthogy az étel és az ital is, akár több, akár kevesebb a kelleténél, aláássa az egészséget, helyes mértékben alkalmazva pedig nemcsak megalapozza, hanem gyarapítja és megtartja” [5]. Ahogy Platón, úgy Arisztotelész is elveti – más, nem kívánatos életmódok mellett – az élvezethajhászó életet.

Cicero szintén úgy véli, hogy a táplálkozásnak és a test ápolásának az egészség és az erő megőrzésére kell szolgálnia, nem az élvezetre [6]. A sztoikus gondolkodók is a lelki-szellemi egészség elsődlegességét hirdették. Senecánál például a következőket olvashatjuk: „Elismerem, hogy belénk van oltva a testünk iránti gyöngédség ... Nem tagadom, hogy gondoznunk kell, de hogy szolgáljunk kellene, azt tagadom. Sok másnak lesz rabja ugyanis, aki testének rabja, túlságosan félti, és mindent hozzá viszonyít” [7] (XIV. erkölcsi levél). „Régi, egészen az én koromig fennmaradt szokás volt a levél első szavaihoz hozzáilleszteni: »Ha egészséges vagy, minden rendben, én egészséges vagyok.« Mi viszont helyesen mondjuk: »Ha filozofálsz, minden rendben.« Mert éppen csak ez jelenti az egészséget, enélkül beteg a lélek. ... Így hát elsősorban a lelki egészséggel törődj, azután azzal a másikkal” [7] (XV. erkölcsi levél). A császárkori római gondolkodás nagy hangsúlyt fektetett arra, hogy az embereket az önmagukkal való törődésre buzdítsák: a cél az egyén önmaga feletti uralmának elérése, ami derűs örömmel jár együtt. Az önuralomhoz elengedhetetlen az önismeret, de a testhez való megfelelő viszony kialakítása is (az orvosi gondolkodás és a filozófia között párhuzamokat fedezhetünk fel, a „pathosz”, az „affectus” fogalma a lelki szenvedélyre és a testi betegségekre egyaránt vonatkozik [8].

I.3. A kereszténység test- és egészségfelfogása, ennek változása a reneszánsz és a reformáció hatására

Az említett görög és római gondolkodók a lelki-szellemi egészséget a testi egészség elé helyezték, illetve úgy vélték, hogy az erényes ember

tud megfelelő módon viszonyulni a testéhez, de a fizikai egészség jelentőségét is kiemelték. A keresztény szemlélet azonban a testet elsősorban a bűnök forrásának tekintette, így a középkori keresztény szerzők a testi egészség megőrzésére törekvést kevésbé hangsúlyozták. A reneszánsz korszakban változni kezd a testhez való viszony: ez megmutatkozik abban is, hogy a nagy reneszánsz festők és szobrászok az emberi test szépségét dicsőítik műveikben, gondoljunk például Botticelli *Vénusz születése*, vagy Michelangelo *Dávid* című alkotására. Agnolo Firenzuola reneszánsz író 1541-ben értekezést írt a női szépségről, amelynek nem a lelki szépség és a szerelem vizsgálata adja fő témáját, hanem a „tökéletes szépségű hölgy” testi jellemzőinek megragadása [9]. Luigi Cornaro velencei nemes értekezése a mértékletes életről a 16. század közepén jelent meg, ebben bizonyos húsok és borok elhagyásának áldásos hatásait ecseteli, de kiemeli, hogy a diétát nem kizárólag az egészségre gyakorolt kedvező hatása miatt érdemes követni, hanem azért is, mert segít úrrá lenni a testi szenvedélyeken [10]. A protestantizmusban már kifejezetten isteni adományként tekintenek az egészségre, amelynek megőrzése erkölcsi kötelességet jelent [11]. Többek között Cornaro is hatással volt George Cheyne angol orvosra, akinek dietetikája szintén vallásos-morális alapú. A 18. század első felében megjelent könyveiben Cheyne tej-, zöldségdiétát, rendszeres tornázást és alvást, az alkohol mellőzését javasolja, és persze ő is kitér a diéta kedvező mentális hatásaira (például megszünteti a búskomorságot, lásd erről: TURNER, 1997: 56-61). A protestáns szerzők az egészség megőrzését, az aszketikus életmódot azért tartják elengedhetetlennek, mert ez biztosítja a kemény munka feltételét [10]. Max Weber szociológus híres írásában rámutatott, hogy a kapitalizmus kibontakozását elősegítette az Isten dicsőségére végzett, hivatásként felfogott munka fontosságát, továbbá a takarékoság, a visszafogott fogyasztás erényeit kiemelő protestáns szemlélet, amely szerint a gazdagság nem kifogásolható, ha valaki azt a szorgalmas munkával érte el és mértékletesen, hivalkodás nélkül él [12]. Kierkegaard, a 19. századi, lutheránus dán filozófus megkülönböztette az „esztétikai” és az „etikai”

életszemléletet: amíg az „esztétikai” életet élő ember élvezni akarja az életet, addig az „etikai” életet élő tisztában van a saját életfeladatával, és azt teljesíti. Különbőféleképpen lehet megvalósítani az „esztétikai” életfelfogást, vannak olyan emberek például, akinek az élete egyetlen dolog körül forog, ebben találják meg életük jelentőségét, azonban ezt a dolgot nem uralják. Ez a dolog lehet az egészség vagy a szépség (vagy éppen a gazdagság, a tekintély, a tehetség), azonban mivel ezek mulandók, előbb-utóbb – az egészségre és a szépségre épített élet esetén nyilvánvalóan a betegségek megjelenésakor, vagy amikor megkopik az egyén szépsége – ez az életszemlélet boldogtalansághoz vezet, illetve ahogy Kierkegaard írja: ha az ember megfelelő szinten élte meg az „esztétikai” életet, eljut a gondolati kétségbeeséshez, tehát átlátja életszemléletének hiábavalóságát. Ez az egzisztenciális válsághelyzet lehetőséget is jelent: az ember választásra kényszerül. Ha elveti a korábbi, kizárólag az élet élvezetén alapuló életszemléletét és önmagát választja, a maga örök érvényességében, akkor átléphet az „etikai” életbe. Aki „etikailag” él, az is szereti élvezni az életet, tudja mi a pillanat varázsa, de nincs kiszolgáltatva hangulatainak, pillanatainak, vágyainak [13].

I.4. Az egészség fogalma és változása

A 19. században már világszerte megjelent az az igény a tudomány és a technika fejlődésnek köszönhetően, hogy új rendszerű közigazgatási szervezetek alakuljanak, amelynek része lett a közegészségügy is. Ennek köszönhető, hogy a WHO megalakulása előtt, ami jelenleg a nemzetközi közegészségügy/népegészségügy koordináló hatóságaként működik, voltak már olyan nemzetközi kezdeményezések, amelyek a járványok vagy egyéb betegségek, jelenségek leküzdésére jöttek létre.

Az első ilyen alkalom az 1851-ben Párizsban megrendezett **Nemzetközi Egészségügyi Konferencia** volt, ahol a nemzetközi összefogás - elsősorban a járványos betegségek: a kolera, a pestis és a sárgaláz terjedésének megakadályozását célozták meg a szakemberek. A jelenlévő 12 ország közül csak 5 ország ratifikálta ezt a megállapodást.

További két hasonló konferenciát tartottak az egyiket 1859-ben Párizsban és 1866-ban Konstantinápolyban, ahol szintén nem sikerült eredményt elérni.

Azonban az 1874-ben Bécsben ülésező IV. Nemzetközi Egészségügyi Konferencia határozatot fogadott el egy állandó nemzetközi járványügyi bizottság felállításáról. Majd 1903-ban a Párizs tartott XI. Nemzetközi Egészségügyi Konferencián sikerült egy egyezményt elfogadni a kolera, pestis és a sárgaláz elleni védekezésről. A folyamatosan fennálló pandémiáknak köszönhetően, 1907-ben, 12 állam küldöttei Rómában megalapították, és létrehozták az első nemzetközi egészségügyi szervezetet, a **Nemzetközi Közegészségügyi Hivatalt**, aminek feladatai közé sorolták a következőket:

- folyamatosan tájékoztasson a világ járványügyi-egészségügyi helyzetéről,
- összehangolja a járványok elleni küzdelmet,
- nemzetközi tapasztalatcseréket szervezzen.

1919-ben a **Nemzetközi Közegészségügyi Hivatal** a **Népszövetség szervezetébe integrálták** az egyre romló egészségügyi helyzetre hivatkozva, mint a spanyolnátha néven ismert nagy influenza endémia, ami közel 15 millió áldozatot szedett. Továbbá feladatuk volt a két világháború közötti időszakban a főbb járványos megbetegedések ellenei küzdelem, mint a kolera, pestis, sárgaláz, a variola, a tífusz elleni küzdelem a nemzetközi szintéren. Továbbá nagy munkát jelentett a tengerészek nemibetegségének kezelésével foglalkozó nemzetközi egyezmény végrehajtásának az ellenőrzése, és az antitífériás szérum nemzetközi standardizálása. Talán a legjelentősebb volt a kábítószerrel való visszaélések elleni küzdelem megszervezése és ellenőrzése. Végül 1946. július 22-én alakult meg az Egészségügyi Világszervezet (WHO) az ENSZ főtitkára által, New Yorkba összehívott nemzetközi egészségügyi konferencián, ahol elfogadták az alapokmányát.

Hivatalosan 1948. április 7-én kezdte meg működését, mint az ENSZ szakosított intézménye - ez a nap azóta az *Egészségügyi Világnap*. A WHO Székhelye Genf (Svájc), jelenleg 194 tagállama

van. A WHO irányító testülete a tagállamokból álló közgyűlés, amely minden évben ülészik. A Közgyűlés 24 tagú Végrehajtó Tanácsot választ, amelynek a döntéseit és politikáját megvalósítja. A Közgyűlés éves munkaprogramot, direktívákat készít és ajánlásokat dolgoz ki a tagországok kormányai számára. Regionális Bizottságokból áll, az egy-egy földrajzi régió képviselőiből álló Regionális Bizottságok évente egyszer üléseznek, feladatuk a WHO központi szervei által kidolgozott programok helyi szinten történő megvalósításának elősegítése. Hazánk a szervezet megalakulása óta tagja a WHO-nak. 1954 óta az együttműködés szoros és folyamatos. 1986 óta részt veszünk az Egészséges Városok projektben, melynek célja az, hogy a városok döntéshozóinak napirendjén az egyik legfontosabb helyen szerepeltesse ez egészséget és elősegítse az átfogó helyi stratégiák kidolgozását az egészség és a fenntartható fejlődés biztosítása érdekében.

Az 1948-ban megalakult *World Health Organization* (WHO), az egészséget a következőképpen definiálta: „Az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya”. [14]

Az egészség fogalmát a dimenzióin keresztül tudjuk értelmezni, meghatározni, amelyek a következők:

biológiai egészség: a szervezetünk megfelelő működése

lelki egészség: személyes világnézetünk, magatartásbeli alapelveink illetve a tudat nyugalmanak és az önmagunkkal szembeni békének a jele

mentális egészség: a tiszta és következetes gondolkodásra való képesség

emocionális egészség: az érzések felismerésének, illetve azok megfelelő kifejezésének a képessége

szociális egészség: másokkal való kapcsolatok kialakításának egészsége

A reális megfogalmazás alapján ugyanakkor azt is látni kell, hogy az egészség objektíven sohasem határozható meg, mert az egészségről alkotott társadalmi kép mindig szubjektív, azaz egy adott társadalom aktuális elvárásai szerint alakul. Realista

egyszerűséggel azt mondhatjuk, hogy a lakosság általános egészségi állapota, valamint az orvostudomány fejlettsége alapján kialakul egy (korcsoportonként változó) egészségkép, és egészséges az, akinek az egészségi állapota nem rosszabb, mint az így kialakított társadalmi elvárás. Az egészségképet alapvetően az orvostudomány fejlettsége, a lakosság átlagos egészségi állapota, valamint a társadalmi minták határozzák meg.

Az életminőség szintén egy fontos mutatója az egyén egészségéről, ezt az Egészségügyi Világszervezet az alábbiak szerint határozza meg: „Az életminőség az egyén észlelete az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt életterének kultúrája, értékrendszerei, valamint saját céljai, elvárásai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez fűződő viszonyát.” A tartósan megromlott egészségi állapot ugyanis több szempontból is tragikus lehet az egyén számára, hiszen nemcsak magából a betegségből fakadnak hatások (pl. fájdalom), de a betegség következtében az egyén akadályozottá válhat a munkavégzésben, és szociális közege is megváltozhat. Nehézségei akadhatnak például a társas kapcsolatok kialakításában és fenntartásában. A betegség tehát nemcsak a testi funkciócsökkenés miatt jelent megterhelést az egyén és a társadalom számára, hanem az élet többi területére kiterjedő „kompetenciaérzést” is negatívan befolyásolja, ami jelentősen csökkenti a szubjektív életminőséget, és az egészségi állapot további romlását eredményezheti. [15]

I.5. Az egészségfejlesztés fogalmának kialakulása és változása

Marc Lalonde kanadai egészségügyi és népjóléti miniszter 1974-ben közreadott egy kiadványt „A kanadaiak egészségi állapotának új távlatára” címmel. A kiadvány legfontosabb mondanivalója az volt, hogy a környezet (strukturális megközelítés) és az emberi magatartás (életmód-megközelítés) jobbítása a megbetegedés és idő előtti halálozás jelentős csökkenését eredményezné. A beszámoló

hatására a kanadai kormány politikáját megváltoztatva a betegségek kezeléséről, azok megelőzésére, és végső soron az egészség előmozdítására helyezte át a hangsúlyt. A Lalonde-beszámoló sokak meggyőződését tükrözte, akik az egészség orvosi megközelítését túlságosan szűklátókörűnek ítélték. Nem szabad elválasztani a testet a lélektől, a betegséget a betegről, és az embert attól a környezettől, attól a társadalomtól, ahol él. Míg az orvosi modell gyökerei a tudományos magyarázatokra az oksági megközelítésre koncentráltak, figyelmen kívül hagyták azokat az összetettebb társadalmi kérdéseket, amelyekkel az egyénnek meg kellett küzdenie. A Lalonde riport új irányelvei és a még újabb törekvések igazán nagy nyilvánosságot csak kilenc évvel később kaptak, az 1986-os Ottawai Chartán. A szakirodalom egységesen ezt a dokumentumot tartja a legmeghatározóbbnak az egészségfejlesztés szemléletének szempontjából, hiszen a WHO hivatalosan itt hirdette meg először az Egészségfejlesztési Programot (Health Promotion Program). A charta a társadalmi tényezők kérdéséről az egészség társadalmi modelljét - Holisztikus egészségfelfogás - alkotta meg. A modell felhívja a figyelmet arra, hogy a társadalmi ranglétrán való elhelyezkedés és a halálzási, valamint a betegség előfordulásának aránya között erős korreláció van. Ennek értelmében szétválaszthatatlan a kapcsolat a társas és a gazdasági kondíciók, a fizikai környezet és az egyéni életmód között.

Az Ottawai Charta alkotta meg a napjainkban is érvényes egészségfejlesztés alapelveit és annak öt területét:

1. *Egészséget támogató politika.* Az egészségfejlesztés túlmegy az egészségügyi ellátás keretein ezért összehangolt az állam minden szervének tudatos közreműködésére van szükség.
2. *Egészséget támogató környezet.* Itt az élet, a munka és a pihenés hatásaira figyelmeztet. A munkának és a pihenésnek az egészség forrásává kell válnia.
3. *A közösségi cselekvések erősítése.* A közösségeknek legyen lehetőségük saját sorsukat befolyásolni
4. *Az egyéni készségek fejlesztése.* Ha képzett,

művelt a társadalom akkor képes a saját egészségét befolyásolni.

5. *Betegellátás irányvonalának újragondolása.* Az egészségügyi ágazat feladatának az egészségfejlesztés irányába kell eltolódnia mindamelllett, hogy intézeti és gyógyító ellátást nyújt.

Több, jelentős és fordulatot jelentő konferencia zajlott a későbbiekben is, ami a nemzetközi egészségfejlesztési irányvonalakat meghatározta. Ilyen volt például az Adelaide-i ajánlások az egészséget támogató közpolitikáról: II. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia. Továbbá a Sundsvalli nyilatkozat az egészséget támogató környezetről: III. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián állapodtak meg. Majd a Dzsakartai Nyilatkozat – amit az Egészségmegőrzés a XXI. században címmel tartottak meg. Aztán az egyenlőtlenség megszüntetését irányozta elő az V. Globális Egészségfejlesztési Konferencia, Mexikóvárosban, 2000-ben. A VI. Nemzetközi konferencia célja az volt, hogy megvizsgálják, mennyiben befolyásolja a globalizáció az egészségfejlesztési tevékenységeket. Nairobiban 2009-ben megrendezett VII. Nemzetközi Egészségfejlesztési konferencia záródokumentumában azt hangsúlyozták, hogy az egészségfejlesztés hatékonyságára vonatkozó bizonyítékok és a korábbi nemzetközi nyilatkozatok ellenére az egészségfejlesztés céljainak széleskörű megvalósítása még várat magára. Három területen neveztek meg hiányosságokat, így a bizonyítékoknak a gyakorlatba ültetése, a politikai döntéseknél az egészség társadalmi determinánsainak a figyelembevétele, és az egészségügyi rendszereknek az egészségfejlesztés irányába történő elmozdítása. Éppen ezért fontos a kormányok népegészségügyi felelősségvállalása, amelynek feltételei az ágazatközi együttműködés, a lakosság bevonása, és partnerség kiépítése. Prioritásként kell kezelni a társadalmi igazságosság és az esélyegyenlőség elősegítését, az ezt megalapozó társadalmi és gazdasági egészségre való törekvést. [16,17,18,19,20].

2013-ban Helsinkiben tartották a VIII. nemzetközi egészségfejlesztési konferenciát. A rendezvény

az „Egészség minden szakpolitikában” (*Health in all policies*) megközelítés köré szerveződött. Ennek fő jellemzője az egészség szempontjainak érvényesítése a politikaformálás minden szintjén, azaz a döntéseknek az egészségügyi rendszerre való hatását kívánta kiterjeszteni. 2016-ban került megrendezésre a IX. nemzetközi egészségfejlesztési konferencia Sanghajban, A Sanghaji Deklaráció kimondja, hogy az egészség és jóllét elengedhetetlen a fenntartható fejlődési célok (*sustainable development goals*) eléréséhez. Ehhez 3 fő cselekvési területet jelöl ki: az első a megfelelő kormányzás, azaz az egészséget szolgáló politikai döntéshozás. Ennek keretein belül javasolja többek közt az egészségtelen termékek adóztatásának és törvényi szabályozásnak a szigorítását, illetve az általános egészségbiztosítás bevezetését. A második a helyi akciók megvalósítása a városok és közösségek bevonásával. Végül pedig az egészségműveltség fejlesztésén keresztül a lakosság felhatalmazása, vagyis a döntésképességének növelése lenne a fő cél [16, 21].

Láthatjuk, hogy a világkonferenciák a főbb irányokat meghatározzák, azonban minden cél megvalósítása a helyi kormányzati és szakmapolitikában dől el, hogy milyen mértékben és milyen módon lesz végrehajtható.

I.6. Az oktatás és az egészségnevelés intézményesülésének folyamata

Az egészség megőrzésének, fenntartásának koncepciója hasonlóan más európai állammal nálunk is része volt a művelt emberek életfelfogásának és az orvosok tevékenységének, ezt bizonyítják a korai írásos emlékek is. Apáczai Csere János *Magyar Encyclopaedia* című művében definiálja az egészséget, ahol már helyet kap a különböző életkorokra vonatkozó egészség megőrzésére irányuló javaslatok sora is: „Az egészség az embernek belső állapota, mellyel tagjaiban jól lévén, az ő cselekedeteit jól viszi végben” – állítja Apáczai, majd elmélkedik azokról a fontos tényezőkről, melyek meghatározzák az egészséges e világi életet. Ilyen a: „levegő, az étel, ital, alvás és vigyázás, a mozgás és állás, kiadottak és bennmaradtak, az elmének indulatai, továbbá a ruházat, ház és ágy”. Többször említi az egészségben ma-

radás fontosságát és az emberi jólét szükségességét mindenki számára. Az egészséggel kapcsolatos ismeretek, tudások magyar nyelvű leírásához, és ezek értelmezéséhez Apáczai Enciklopédiája teremtett teret, mert sok, addig ismeretlen vagy latin kifejezés, fogalom magyar nyelvű változatát alkotta meg. Az egészség és betegség viszonyát az egyén és a család összefüggésébe helyezi, melyben a mindennapi élethelyzetekben betöltött szerepét emeli ki.

Pápai Páriz Ferenc 1690-ben *Pax Corporis* című munkájában nyíltan felvállalja az orvos tanácsadó, nevelő feladatát és a mindenható gyógyító szerep mellé újra az orvos feladatai közé rendezte. A 18. és 19. század a magyar egészségügyi felvilágosítás fellendülésének kora volt. A kor nagy alakjai között említhetjük Zsoldos Jánost, aki „*Diaetika vagy Az Egészséget fenntartó, és a Betegségtől tartóztató Rendszabások*” című munkájában így ír: „aki élni és egészséges lenni akar, hogy megtanulja és megtartsa fő kötelességének lenni állítom a megfelelő magatartást tanusítani.”

Kibédi Mátyus István, kolozsvári orvos, *Diaetika (Ó és Új Dieatetika)* című művében részletesen kifejti, hogyan kellene az egyénnek megőriznie egészségét, az egészséges életmód fenntartását célzó módszerek bemutatásával. Az elsőként kiadott két kötetes művét jó néhány év tapasztalata szerint kibővíti és részletesen kifejti ezeket a preventív területeket egy-egy kötetben. Például a IV. kötetben, ahol a testmozgást részletezi a különböző mozgásformákat mutatja be és életkorok szerint fejti ki pontosan milyen testi munkát/mozgást javasol külön a férfiaknak és a nőknek. Ez a több, mint 400 oldalas munka a maga aprólékosságával és részletességével hívja fel a figyelmet arra, hogy a korabeli népesség is hajlamos volt a kényelmes életmódra és sok betegséget/nyavalyát megelőzhetnének az emberek a tudatos és rendszeres testmozgással [22].

Az egészségfejlesztés és egészségnevelés intézményesülésének folyamata szinte egyidőben ment végbe a világon. Csodálkozhatunk, hogy ez a korai globalizációként is értelmezhető folyamat vajon hogyan alakulhatott ki annak ellenére, hogy az információk cseréje, megosztása sokkal

nehézkesebben, lassabban ment végbe. A 18. és 19. század adott teret az ugrásszerű információ cserének, hiszen a szaklapok forradalma zajlott, a szakkönyvek kiadása egyre szervezettebben folyt, és nem csak a nemzetek saját nyelvén kerültek kiadásra, hanem a világnyelveken akár egy vagy két éven belül megjelentek, hogy a nemzetközi térben is megismerhető legyen az új ismeret vagy éppen az új koncepció vagy újítás. A szakújságok információs csatornáinál mellett szinte évente rendeztek meg világ konferenciákat, ahol a szakma elismert szakértői, állami megbízottaként képviselték nemzetüket. Így volt ez például az I. Iskola-egészségügyi Kongresszuson is, amit Nürnbergben tartottak, közel 1400 fő részvételével, 1904-ben. Magyarország tizennyolc vezető szakembert küldött ki.

Természetesen az intézményes oktatás -nevelés is a korszerű ismertek átadására törekedett. Az elemi iskola egyre szélesebb népréteg számára lett elérhető, sőt később a kötelező oktatás bevezetésével (1868. évi népiskolákról szóló törvény), pedig már nem volt kérdés, hogy mindenki számára elérhetővé váltak ezek a mindennapi élet számára fontos tudások.

Először az első *Ratio Educationis*-ban (1777) találkozhatunk az egészségügyi ismeretekkel, hiszen ott a tanulók egészségének megőrzése fontos tényezőként szerepelt az iskolai nevelésben. Jelentést tartalmát elemezve viszont a dokumentum csakis az egyén testi-fizikai egészségének megtartásával foglalkozik. Ugyanakkor kiemeli az orvoshoz fordulás jelentőségét, amit az oktatás során tudatosítani kívántak. A szabad mozgás terének kialakítása- játszótér-, megnevezése is ezt bizonyítja.

Az egészségügyi ismertek bevezetése elsősorban a pedagógusképzésben volt jelentős, mivel a gyermekek nevelése közben jórészt csak magukra számíthattak, más segítségük nem volt. Így először a hazai Tanítóképzőkben (fiú és női), majd később a Kisdidnevelő képzőkben és a dajka képzésben (mai nevén Óvodapedagógus képző) intézmények tantárgyai között szerepelt az Egészségtan, mint

önálló tantárgy az 1840-es évektől kezdődően. Az első tankönyv, amit bizonyítottan használtak a tantárgyhoz, Zimmermann Jakab írta, Egészség s rögtöni esetek gyógytana címmel. Ezt a korszerű tankönyvet egészen Schermann Adolf Test és egészségtan címmel kiadott 1879-es kiadásáig biztosan használták, mert más hasonló munka nem volt elérhető magyar nyelven [23, 24].

1.6.1. Az egészségügyi iskolai tantárgyként való bevezetése és Fodor József szerepe az iskolai higiénés mozgalomban

Az egészségnevelés iskolai tantárgyként való megjelenésére és bevezetésére a világban már sok példa akadt, mint például Franciaországban, ahol maga az Iskolaorvos intézményével együtt került bevezetésre elsőként a világon 1833-37-között. Másik jelentős példa az *angol* iskolaorvosi intézmény, ami szintén sajátos szervezeti formát épített ki, mégis eszmérendszerében és gyakorlatában párhuzamot vonhatunk a magyar koncepciókkal. Jane Pilcher (2007) tanulmányából az angol iskolákban folyó egészségnevelés egyik jelentős területéről, a szexuális nevelés és a vele szorosan összefüggő jellemfejlesztési koncepciójáról kaphatunk képet. Az 1870-ben kiadott állami tantervnek már része volt a gyermekek egészségnevelése. 1908-ban pedig létrehozták az Iskolaorvosi Szolgálatot. Az állami Oktatási Bizottság az elemi iskolák tantervében is rögzítette 1927-ben az egészségnevelést, és 1928-ban adta ki az Egészségtan Kézikönyvét, mely 6 kiadást is megélt. A tanárok bibliaként használták ezt a vezérfüggelécet az egészségneveléshez, amellyel a hatékony fizikai és mentális egészség fenntartását tudták elérni. Az első 3 kiadásban domináltak a fizikai egészségre irányuló tevékenységek, a fizikai erőnlét, a tisztaság, a jó ételek és az anyaságra való felkészülés és a gyermekgondozás témaköre. A fizikai egészség fenyegetettségét taglaló fejezethez tartozott az alkohol probléma és a fertőző megbetegedések tárgyalása. A szerző, a könyvben megjelenő konzervatív gondolkodásmódot említi jelentős problémának, ami főként a szexuális nevelésben jelentett gondot, mivel a könyv a szexuális ártatlanságot hirdeti és szemet huny a szabados eszmék valóságban terjedő mozgalmá-

nak. Ez az ellentmondás egészen az 1940-es évek, nemzeteken átnyúlóan jelen van az egészségügyi felfogásokban.

Az egészségügyi ismeretek oktatására a hazai iskolákban 1885-től volt lehetőség, amikor Fodor József vezetésével és irányításával bevezetésre került az Orvosegyetemeken (Budapest és Kolozsvár) az Iskolaorvos és egészségügyi tanárképzés. A felkért oktatók között találjuk Fodor József mellett Kármán Mórt, aki a pedagógiát oktatta, mellette Dollinger Gyulát és Csapodi Istvánt is. Később, az 1895-ös tanévtől már Rigler Gusztáv is részt vett a tanfolyam szervezésében és az oktató munkában. „Az idők jelének tekinthető az, hogy a cursusra föl vételért – mint lapunk értesült – 105-en folyamodtak” – emlékezett meg az iskolaorvosi tanfolyamról a *Közegészségügyi Kalauz*ban, mivel csak 20 főt vehettek fel egy évben, láthatóan nagy volt az érdeklődés, írta Fodor József. „A VKM 1885. évi 48.381 számú, a középiskolai iskolaorvosok és egészségügyi tanárok kiképzése s alkalmazása tárgyában szabályzatot bocsátott ki, mely szerint a hazai orvosegyetemeken évenként szeptember 15-től december 15-ig tartandó, 20-20 fő vehető fel. A tanfolyam díjtalan, de a vizsga 9 ft, oklevél ára 1 ft. A cursus elengedése mellett vizsgázók 50 ft-ot fizetnek. Fizetésük állami teljes középiskolai tanár esetében 200 ft (400 K), nem teljes, ahol az egészségügyi tanítani nem kellett 100 ft (200K).

Az egészségügyi tanárok kötelessége volt az iskola és a tanulók egészségi állapotát, a tanulók lakását ellenőrizni, az egészségügyi előadni. Az illető tagja a középiskolai tanári testületnek s egészségügyi kérdésekben szavazattal bír. Az egészségügyi minden teljes középiskola (gimnázium vagy reál) 7. vagy 8. osztályában, mint rendkívüli tantárgy, egész éven át, hetenként 2 órában tanítandó.”

A tanfolyam tananyaga az iskolai egészségügyet és az egészségügynek középiskolákban tanítandó részét ölelte fel, rendelkezett a szabályzat 11§-a. A képesítő vizsgálat gyakorlati és szóbeli részekből állt. A gyakorlati vizsgán vagy egy előadási kísérletet kellett bemutatni, vagy iskola-egészségügyi vizsgálatot kellett végezni, mely legalább negyed órán át tartott. A szóbeli vizsgán az iskolai egészségügyi ismereteit, valamint a tanítási képes-

ségét igazolta a jelölt. A képesítés végén elnyert cím „középiskolai képesített egészségügyi tanár” volt, majd ha a hallgatók alkalmazására sor került, a „középiskolai orvos és egészségügyi tanár” nevet viselhették. Sajnos a képzés rendszerével az évek során egyre nőttek a problémák, így a képzés megújítása mellett döntöttek a vezetők [25].

A minisztériumi megbeszélések során keletkezett javaslatok a következő területeket érintették: a pedagógiai ismeretek kibővítése minden szintre, ne csak a középiskolás korúakra szóljon, és egyébként is szükséges a pedagógiai módszertani tudás megszerzése, „mert az orvosok tanítani nem képesek” – írta Juba Adolf az orvosokra vonatkoztatva önkritikus megjegyzésében.

A legfontosabb javaslat, melyet maga Fodor adott elő, az volt, hogy az iskolaorvosok alkalmaztassanak minden iskolatípusban, sőt, még a minisztériumban is, minden szakértelmet kívánó ügyben. Fodor József sajnálatos hirtelen halála miatt felfüggesztették a tárgyalásokat,

Az iskolaorvoslást az 1906. február 17-ei hatállyal kelt, 14.532 sz. rendelettel kiterjesztették az elemi iskolákra, ennek a következő volt a címe: „Az **állami elemi népiskolákban** iskolaorvosok alkalmazásáról”. Az iskolaorvosok teendői, amit oly sokan hangsúlyoztak, csakis a megelőző tevékenységekre terjedtek ki. Az 1906-os rendelkezés szerint az elemi népiskolákban az iskolába lépő gyermekek szűrővizsgálatát kellett elvégezniük ugyanazon területeken, mint a középiskolások esetében.

Az egészségügyi ismeretek terjesztésének eszmérendszere ellen is történtek központi intézkedések, amire a legjobb példa az 1902. évi egységes tanítóképzési tanterv bevezetése, amellyel megszüntették az állami tanító- és tanítónő képezdékben az egészségügyi, mint rendes tantárgyat. Az elszánt és józan igazgatók pótolták a központi veszteséget, és a negyedik évfolyamon rendkívüli tantárgyként meghagyták jó néhány intézetben az egészségügyi. Az iskolaorvosi teendők azonban megmaradtak a középfokú tanítóképezdékben is (a mai gimnáziumi oktatás rendszerében folyt a képesítés megszerzése).

Az 1907. évi 40.036 számú rendelettel bővült az iskolaorvosok ellátási kötelezettsége, ugyanis iskolájuk összes tanulójának megvizsgálása lett a feladatuk, nem csak az újonnan belépett gyermekek vizsgálata és a gyenge egészségű tanulók ellenőrzése. A vizsgálatot mindjárt a tanév elején kellett megejteni, a tanév közben pedig a gyógyító tevékenység is belépett a feladatok sorába, mivel a fekvő és járóbeteg tanulók gyógyítása is a hatáskörükbe került.

A leányok felsőbb, rendszeres, nappali tagozatos iskoláztatásának bevezetésével, a leánygimnáziumok legitimitásának elnyerésével új területtel bővült az iskolaorvosi teendők ellátása. Először a felső iskolákban, majd folyamatos bővüléssel a többi iskolatípusban is helyet kaptak az orvosok. A minisztériumi elképzelés szerint a leányiskolákba lehetőleg női iskolaorvosokat kívántak alkalmazni, de ennek elfogadtatása sem volt könnyű feladat. A leányiskolák közül legkésőbb a felsőkereskedelmi iskolák alkalmaztak iskolaorvost, de akkor is csak alkalmoszerűen, bár fontos lett volna a szervezett egészségnevelés oktatása is. Erre nem mindenütt került sor, mivel csakis az állami iskolákban fizették ki az iskolaorvosi tiszteletdíjakat, más fenntartású intézményekben továbbra is az intézménynek kellett téríteni a kötelezően alkalmazott orvos díját.

Az állami népiskolákban (általános iskola) az 1916. évi 3798 sz. VKM rendelet szerint kezdték meg az oktatást, melyben a következő tantárgyi tartalmakat jelölték ki a negyedik osztályban: „elsősegélynyújtás: sebzések és azok ápolása, vérzéscsillapítás, csonttörés, ficamodás, kötözés, ájulás, tetszhalál, mesterséges lélegzés, megfúlás veszélye, mérgezések; részegség; görcsök; guttaütés; epilepszia; napszúrás; megfagyás; villámcsapás; betegszállítás” (ami a mentőegyletek munkáját mutatta be).

A háború elvesztése az iskolákra, és így az iskolaorvosi munkára is kihatott. A Trinanoni szerződés után pedig az ország területi vesztesége az oktatási intézményeknél is súlyos hiányt okozott. Az iskolahálózat újragondolása, újjáépítése nagy

feladatot rótt az ország vezetésére. Az egyetemek átköltöztetése (a Kolozsvárit Szegedre és a Pózsonyit Pécsre), új helyzetet teremtett az orvosképzésben és a továbbképzésben is. A debreceni egyetem megnyitása szintén új teret nyitott az orvosok képzésében, és az orvosi egészségnevelő munka területi behatárolásában. Az iskolaorvosi tanfolyamok egy felálló új intézményhez rendeltettek, az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottságához, de csak a szervezés és a meghirdetés szempontjából. A tanfolyamokra való jelentkezéseket hivatalos nyomtatványon kellett beadni. A tanfolyamok rendje szabályozott lett, a képzések rendje, időbeosztása előre megjelent. Továbbra is az egyetemek kezében hagyták a tanfolyamok lebonyolítását és megtartását. A budapesti központtal működő továbbképzésekhez nagy segítséget nyújtott, hogy felépült az orvosi szálló, ahol ingyenesen tartózkodhattak a tanfolyam ideje alatt a vidéki kollégák. Az iskolaorvosi tanfolyam az 1920-as évek első felében szünetelt.

Az iskolaorvosi képzésben, az újabb szabályozás életbeléptetésével megvalósult a régen elvárt pedagógia ismeret és gyakorlat súlyának megfelelő követelménye, az 1926/13.618 VKM *Iskolaorvosok képesítése* címmel megjelent rendelettel. Az iskolaorvosi munka állami népiskolákra való kiterjesztésével már elengedhetlenné tette a nevelélméleti, módszertani és lélektani ismeretek elsajátítását. A képzés így több részből tevődött össze: az iskolaorvosi tanfolyam (elméleti és gyakorlati) és a pedagógia elmélete (neveléstan, módszertan, egyéb iskolai nevelő tevékenységek) és gyakorlata. A gyakorlat szigorúan a végzett és gyakorlott egészségnevelés tanárok vezetésével zajlott, és tényleges jelenlétet követelt. A mintatanításon, mely a képesítés elnyerését is jelentette, részt vett az iskolaorvoson kívül az iskola igazgatója is.

A pedagógiai gyakorlat letöltésének helyét és idejét a miniszter engedélyezte a jelöltek számára. A mintatanítás idejét és témáját is a miniszter jóváhagyásához kötötték. Az állások betöltése jóváhagyólag szintén a minisztérium hatáskörébe tartozott.

A tanfolyam újabb szabályozásáról az 1933. évben kiadott rendelet gondoskodott, az állította helyre a rendszeres és tervszerű egységes képzést. Az 1933. évi 12.663. számú, az iskolaorvosi és egészségtan tanári képesítés újabb szabályozásáról szóló VKM rendelet szerint a képzés ismét egységes iskolaorvosi és egészségtan tanári képesítést adott. Újra az egyetemek szervezhatték saját hatáskörrel a tanfolyamokat. A tanfolyam két hónap terjedelmű volt, és évente kétszer lehetett meghirdetni október-november hónapban, és tavasszal, március-áprilisban. A képzés rendszeresítéséhez, egységessé rendezéséhez, az 1933-ban kiadott, az *Iskoláskor egészségügye* címmel megjelent, az iskolaorvosi tanfolyam előadásainak tankönyvbe szerkesztett változata szolgált. A könyv a tanfolyam anyagát teljes mértékben lefedte. A szerzők között találhatjuk a szakma legkiválóbb képviselőit, mint többek között Darányi Gyula, Perjéssy Kálmán, Imre Sándor, Ranschburg Pál, Horváth Mihály, Gerlóczy Zsigmond, Bárczy Gusztáv, Melly József, Gortvay György személyét, természetesen a teljesség igénye nélkül. Ahogy Darányi Gyula írja előszavában: egy olyan összefoglaló kötetet sikerült létrehozni, mely még sohasem jelent meg, amióta az iskolaorvosi intézmény bevezetésre került. A könyv a későbbi tanfolyamok hallgatóinak is támaszául szolgált [25].

Az Iskolaorvosi képzés a második világháború végéig fennmaradt, és hasonlóan maga a rendszer is. Az iskolák államosítását követően – 1948-tól, azonban beolvadt az egészségnevelés az iskolai közösségi életre nevelésbe, és az úttörő mozgalomba. Az Iskolaorvoslás ma is része a köznevelési intézmények munkájának, de jelentős változásokkal valósul meg a folyamatosan változó rendszerben. Az Iskolaorvosok már csak orvosi munkát (státusz vizsgálat, kötelező oltások beadása, akut rosszullétek kezelése) végeznek a korábbi iskolánövéri feladatot ellátó iskolavédőnök pedig az egészségtan oktatását (megjegyzem nem szükséges a tanári képesítés megszerzése) és a szűrővizsgálatok lebonyolításában segédkeznek. A 2000-es években elindult újra az egyetemi képzésekben az önálló Egészségtanár képzés, azonban az iskolai elhelyezkedésük nem volt biz-

tosított (esetleges volt az egészségtan tanóra az iskolákban). [26] Jelenleg az iskolavédőnök vették át az egészségügyi ismertek oktatását a biológia és a testnevelő szakos tanárok mellett.

I.7. Gyermekvédelem: Anya - és Csecsemővédelem és a Zöldkeresztes mozgalom szerepe az egészségfejlesztésben

A gyermekvédelem (szociális gondoskodás) hazánkban a civil szervezetek, egyesületek egyre nagyobb számban való megjelenésével teljedett ki a 20. század elején. Egyrészt a támogató és érzékeny nemesség kezdeményezéseinek köszönhető az intézmények létrejötte, másrészt a világ más tájain megerősödő, határozott antidiszkriminatív mozgalmak voltak hatással a szegény és alacsony sorsú gyermekek vagy árva gyermekek felnevelésére létrejövő szociális intézkedéseknek. Hazánkban nem csak ezek a hatások érvényesültek, hanem sürgetővé vált a beavatkozás az egyre alacsonyabb születésszámokat mutató statisztikák miatt is. Ugyanakkor a háború következményeként megjelenő szintén növekvő számú árva vagy félárva gyermekek száma is egyre nőtt, ez hívta életre ezeket a mozgalmakat. Már nem volt elegendő a segítő és a nagylelkű támogatást nyújtó szervezetek tevékenysége sem, hanem szükséges volt az állami beavatkozás megszervezése. Az „Országos Anya-és Csecsemővédő Egyesület” védőnője, Stefánia királyi hercegnő volt, Lónyay Elemérné az első „Anyák Otthona” megnyitó – ünnepélyén mondott lelkes és lelkesítő szavai jól összefoglalja a kor szellemét „Bár fogadnák meg szavamot szeretett honfitársaim s ne csak lobogjon a lelkesedés lángja, de széles e hazánkban céljainkat szolgáló intézetek alakuljanak és működjenek!”

1901-ben (az 1901. évi VIII. törvénycikk) törvényben rendelkeztek a talált és a hatóságilag elhagyottá nyilvánított gyermekek állami védelméről. Az „elhagyott gyermekek” kategóriájába sorolta mindazokat a 15 éven aluli vagyontalan gyermekeket, akiknek eltartásra és nevelésre köteles és képes hozzátartozói nincsenek és nevelésükről rokonok, jótevők, jótékony intézetek vagy egyesületek kellően nem gondoskodnak. *Állami*

gyermekmenhelyek felállítását rendelte el a törvény. Az első állami gyermekmenhelyet 1902 május 15-ikén adták át rendeltetésének, árvaházakat minden nagyobb településen építettek, ez évente közel 50 000 gyermeket érintett [27]. Korábban vagy a Jótékony Nőegyletek vagy az egyház által fenntartott rendek gondoskodtak a gyermekekről. Hasonlóan Pécsen is az Irgalmas rend tartotta fenn az árvaházat (egy kisdédóvó intézettel együtt, ami mondhatnánk egyedi volt az országban) [28].

1.7.1. Rockefeller Alap és a közegészségügy

A Rockefeller Alapítvány magyarországi fölbukkanása 1920-ra tehető. Már az itt lévő amerikai intézménytől, az American Relief Administration of the European Children's Fund budapesti irodájától kértek tanácsot, kikkel is kellene kapcsolatba lépniük. Végül Grosz Emil szemészprofesszort választották. A második világháború után az Alapítvány megkísérelte a folytatást, de kevés sikerrel.

A szakterületeket tekintve mindvégig az egészségügy és az orvostudomány állt az Alapítvány magyarországi tevékenységének középpontjában. A megindulás korában főként a laboratóriumok hiányos felszerelését, illetve a klinikák könyvtárainak hiányzó folyóirat-köteteit segítettek pótolni. Az Alapítvány tevékenységének sémája szerint első lépésként minden célba vett területen felmérést végzett. Az első tanulmányt Selskar Gunn későbbi elnökhelyettes készítette Public Health in Hungary címen 1926-ban. A kb. 100 oldalas füzet tartalmazta a releváns statisztikákat, a legfontosabb itteni betegségeket, a főbb intézményeket, az egészségügy magyarországi szervezetének leírását, még az orvosi múzeumét is, részben nyomtatott anyagokra, részben az itteni tájékozódásra, interjúkra, megbeszélésekre támaszkodva. Klebelsberg Kunó miniszter és a tudományos ügyek felelőse, Magyary Zoltán professzor készséges partnernek mutatkozott. A Gunn-tanulmány szerint nem volt kielégítő az ország higiénés állapota. Ennek következménye az, hogy a Rockefeller Foundation támogatásával épült legnagyobb szabású létesítmény, amely aztán itteni központjuknak is számított, az 1927-ben megnyílt Országos

Közegészségügyi Intézet lett. Első igazgatóját, Johann Bélát az itteni rezidensüknek is tekintették. Magyarországi költségvetésük egyik legfőbb állandó tétele volt az intézet fenntartása és fejlesztése; 1936-tól kezdve külön is támogattak egy kutatási témát: az influenza tanulmányozását. Az intézet 1925-1940 között összesen 370 ezer dollár támogatást kapott. A Gunn-tanulmány másik következtetése az volt, hogy nem megfelelő a nővérek száma és a képzettségi színvonala. 1927-től kezdve az Alapítvány egyre növekvő segítséget nyújtott a budapesti és a később megindult debreceni nővérképzés számára, amit eleinte a Stefánia Szövetség kezdeményezett és végzett [29, 30].

1.7.2. A Stefánia Szövetség

Külföldi példákat követve alakult meg hazánkban is a Stefánia Szövetség, 1915-ben, melynek feladata a rászoruló anyák és csecsemők védelme, tanácsadással és segélyezéssel. Megalakulásával felkarolta az anya és csecsemővédelmet és az árva gyermekek ellátást, gondozását és folyamatosan kiépítette a hálózatot az egész országban. Az ellátáson túl célja volt a csecsemőhalandóság csökkentése, ami képzett prevenciós szakembereket igényelt. Az Intézmény feladata volt a születendő gyermekek védelme, a terhes- és szülönöket, valamint a csecsemőket érintő higiénés és szociális ártalmak megelőzésnek tanulmányozása és tanítása. Továbbá a tanfolyamok szervezése szakemberek számára, mint a bábák, orvosok, gyermekápolók, orvosnövendékek, stb. részére.

A Stefánia Szövetség országos hálózatának kiépítése 1916-ban kezdődött Szeged, Arad, Debrecen, Újpest, Kolozsvár, Paks és Salgótarján városokban, majd Temesváron is, ahol a következő évben nyílt meg az intézmény, és évről-évre folyamatosan bővült az intézetek, otthonok köre az egész országban [31].

A szövetség a következő programot hirdette meg;

- az anya nem kerülhet rosszabb helyzetbe, mert egy új életnek ad életet és neveli fel;
- az anyát és magzatát óvni kell a szülési folyamat veszélyeitől;
- lehetővé kell tenni, hogy szoptasson;
- anyákat tájékoztatni kell a nevelés kérdéseiről;

- a társadalomnak fel kell ismerni a csecsemőhalandóságból keletkező veszteséget.

Taufér Vilmos szülész orvos, megalakulásától kezdve támogatta a mozgalmat, tőle származik a védőnő kifejezés is.

A szövetség másik feladata az ápolók/védőnők, majd később a zöldkeresztes védőnők szakmai kiképzése lett, amit eleinte csak az Országos Magyar Anya- és Csecsemővédő Központ végzett, budapesti székhellyel. Ezt a munkát a Székesfeváros/ Budapest is támogatta. Itt évente 30 főt képezhettek egy-egy tanfolyamon, de mivel kevesnek bizonyult a szakszerű kiképzésben résztvevők száma, bővítették a képzési helyeket.

1.7.3. Zöldkeresztes mozgalom

Az 1927-ben meginduló Zöldkeresztes Mozgalom, Johann Béla államtitkár vezetésével egy új lendületet adott a védőnői tevékenységnek és a képzésnek. A mintajárások kialakításával, a feladatok folyamatos növekedésével sokkal több képzett szakemberre volt szükség, így már Debrecenben is elindult a Zöldkeresztes Védőnők képzése. Ehhez csatlakozott később Szeged, Kassa és Kolozsvár is, ahol az intézetek felállítása után indulhatott a szakszerű képzés. A későbbiekben az állam átvette ezt a feladatot és állami képzéseket hozott létre, egységes rendszerben.

De nézzük mi is volt a védőnők feladata, tevékenysége. A védőnő, tágabb értelemben egészségügyi védőnő az anya- és csecsemő- védelemben alkalmazott: anya- és csecsemővédőnő, vagy a tüdőbeteg-gondozó intézetekben alkalmazott: tüdőbeteggondozónő, vagy az iskola-egészségügyi szolgálatban dolgozó: iskolanővér; de szűkebb értelemben azonban „egészségügyi védőnő”-nek a Zöldkeresztes Egészség-védelmi Szolgálat keretében dolgozó védőnőket nevezzük.

A közönség őket „zöldkeresztes védőnő” vagy „zöldkeresztes testvér” név alatt ismerte. [30]

Az egészségügyi védőnőket a M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet igazgatója alkalmazta és osztotta be valamelyik egészségvédelmi szolgálathoz. Ugyancsak ő helyezte át, bocsátotta el őket. Az Intézet utalta ki illetményeiket, amelyre a fedezetet a Belügyminisztérium költségvetése biztosította [29].



I.1. ábra: Zöldkeresztes védőnő
Forrás: [30] Johann Béla (1939) Gyógyul a magyar falu, Budapest

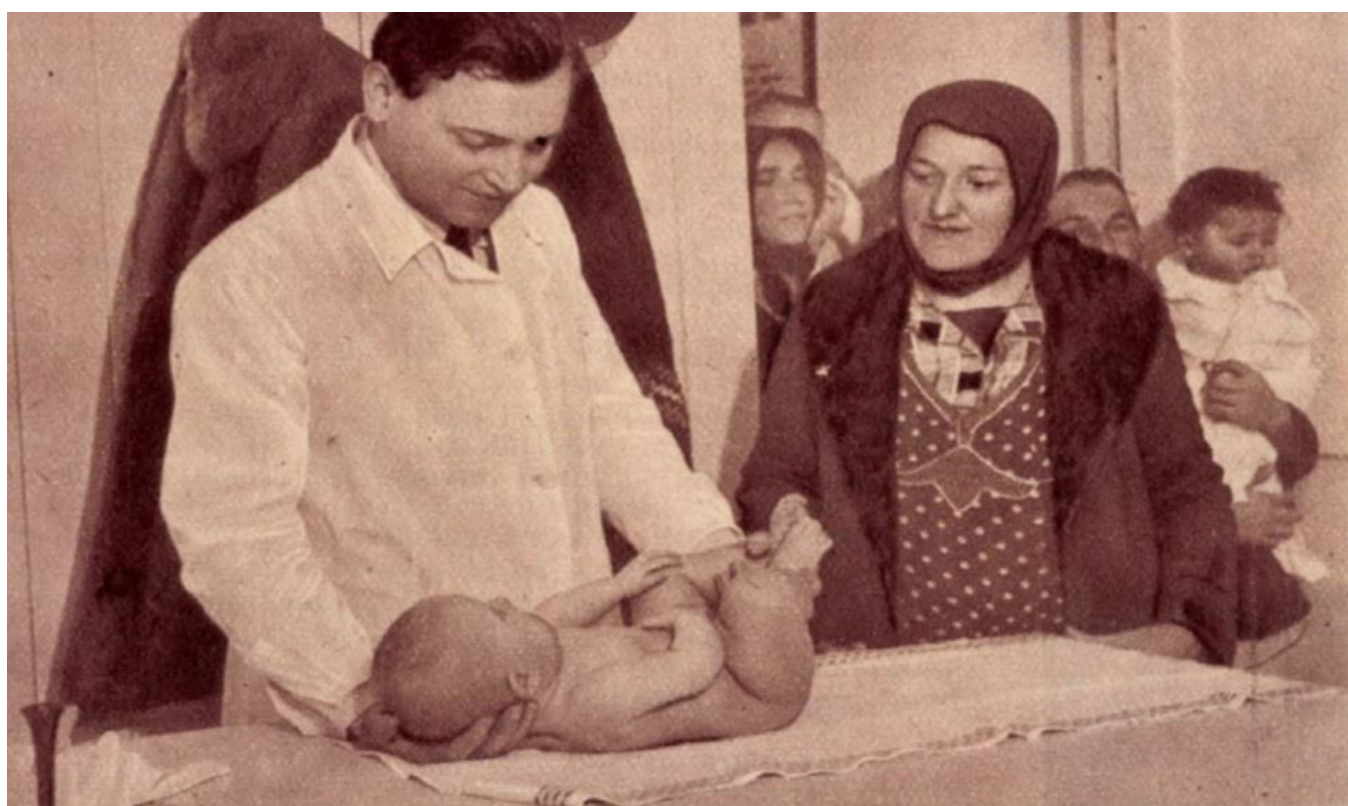
A gyermekvédelemi tevékenységet a nemzet jövőjéért végzett munka egyik legfontosabb ágazatának tekintették, de nézzük az új törvényi átalakítás milyen változásokat hozott. Milyen új egészségtudományi professziók jönnek létre, és milyen akciók jelentek meg a falun élők és városiak életében.

Az akciókat tekintve jelentős volt a Zöldkeresztes Tejakció, a Zöldkeresztes Cukorakció, Zöldkeresztes Gyermekétkeztetés, a rendszeres és időnkénti akciók hirdetése. Ezek a legszegényebb településeket segítette, a zöldkeresztes testvérek segítségével. A sajtó segített a propaganda tevékenységével megismertetni a zöldkeresztes munkát, így például „Így kell főzni” címmel jelent meg az Amerikai Magyar Népszavában – „a



Tanácsadásra összegyűlt anyák és csecsemők tömege a szegvári Egészség Házában.

I.2. ábra: Anya és Csecsemőotthon, Tanácsadásra várakozók
Forrás: [31] Tolnai Világlapja, 1936, 01, 454-460



Vajdovich Árpád zöldkeresztes orvos csecsemőt vizsgál a szegvári Egészség Házában.

I.3. ábra: Anya és Csecsemőotthon, Csecsemő vizsgálata zöldkeresztes orvossal
Forrás: [31] Tolnai Világlapja, 1936, 01, 454-460

Zöldkereszt megtanítja, hogy kell főzni” a falusi asszonyokat, hogy gyermekeiket megfelelően tudják táplálni című cikk. Szinte minden héten hírt adtak a lapok a Zöldkeresztes munkáról.

Ugyanakkor sokkal nagyobb változást végzett a Zöldkeresztes Mozgalom, hogy csak a védőnői munkát emeljük ki, mivel egészséges ivóvízhez juttatta a falun élőket és a villamosítás megszervezésével, kiépítésével életminőségi változást hozott a falun élő lakosok számára. Az egészségügy átszervezése, megszervezése, államosítása több téren jelentősen megváltoztatta az egészségügyet és ez a mai szervezetünk alapját is képezi.

Ilyen volt például a betegszállítás, a mentés megszervezése (mentőszolgálat kiépítése az országban). A közegészségügy teljes átalakítása megtörtént a szervezet államosításával, mint például a Tiszti főorvosok és orvosok állami rendszerbe való beszerzése, vagyis el kellett dönteniük, hogy magán praxist működtetnek, vagy főállású állami tiszti orvosok/ orvosok lesznek megszabott előmeneteli rendszerben. Ugyanígy a védőnők és a közegészségügyi járások és járási körorvosság megszervezése és az orvosi rendszer, az Egészségházak kiépítése, mind az 1936: IX. t.-c, és a 1936: XXIII. törvénycikk kiegészítve a rendeletekkel 100/1936. B. M. sz. rendelet 22. §-a és az 1030/1936. B. M. sz. rendelet teljesen új szisztémát hoztak létre. Jelentős változást hozott az óvodák életébe is, hogy a Belügyminisztérium alá kerültek a VKM helyett, és a Tisztifőorvos sok feladatot átvett a Tanfelügyelőtől.

Azonban meg kell jegyeznünk, hogy ez a járási alapok szerinti működés segítette a hazai egészségügyi rendszer modernizálását, csökkentette a gyermekhalandóságot és javította a fertőző betegségek elleni küzdelmet is. Míg 1920-ban 100 csecsemőből 18,7 % halt meg, 1940-re már 11,7%-ra csökkent a letalitás. Segítséget nyújtottak a csecsemőket nevelő anyáknak a kelengye, és a szappan juttatással. A faluhelyen az anyák 42,7 %-a vette igénybe a terhesgondozást, míg a csecsemőgondozást 73,3% -uk az 1941-es évben. Az országban ekkora már 756 egészségvédelmi körzet jött létre. [30, 31]

Az óvodák egészségügyi szervezetté alakítása nem maradt tartós, mert az vissza került az oktatási felügyelet rendszerébe és nem vált be a koragyermekkor egészségügyi rendszerben való meghatározása. Hasonlóan a bölcsőde intézmény rendszerét tekintve, ma már a szociális ágazathoz tartozónak tekinti a 0-3 év közötti gyermek ellátásának igazgatását, ugyanakkor a pedagógus képzés rendszerébe sorolja a kisgyermeknevelő képzést is. A jelenlegi egészségprevenciós tevékenységet a Színtereket bemutató fejezetben ismerhetjük meg részletesen.

I.8. Az érték fogalma

A fejezet az egészség, mint érték témakörét kívánja ismertetni kezdve a történelmi vonatkozással, az értékfogalom számos meghatározásával, az értékváltozások áttekintésével, az érték kutatás eszközeivel és az egészséget, mint eszköz és célérteket tükröző egészségtudatosság bemutatásával. *Az érték fogalmát* illetően nem született konszenzus [33], illetve a különböző tudományterülethez való kapcsolódása is nehezíti a meghatározást (pl. egészségtudomány, neveléstudomány, pszichológia, marketing, vállalkozás, közgazdaságtan, szociológia, filozófia). Az érték terminológiája számos tudományban vitaindító volt, egyedül a társadalomtudomány, tehát a szociológia-pszichológia-antropológia területén egységes az értékfelfogás. A marketingszakembereknél az egyik leggyakrabban alkalmazott értékdefiníció Milton Rokeach 1973-as definíciójához köthető, amely 36 elemből álló értéklistaként értelmezte azt és létre hozta az értékek mérésére alkalmas eszközt, amit a mai napig is alkalmaznak a kutatók. *Hofmeister-Tóth* (2017) szerint az értékek „mérceként szerepelnek, kritériumai viselkedésünknek, attitűdjeinknek, amelyek lehetővé teszik, hogy bíráljunk másokat és önmagunkat. Az értékek kulturálisan meghatározottak, és a szocializáció útján tanuljuk őket” [34]. *Kluckhohn* (1951) szerint „az érték olyan kívánatos dolgokra vonatkozó koncepció, amely lehet explicit vagy implicit, egyénre vagy csoportra jellemző, és amely befolyásolja bizonyos rendelkezésre álló módok, eszközök és célok közötti választást” [35]. Az értékek, a szükségletek kielégítését és blokkolását jelenti, tovább-

bá akár új szükségletek előhívását és a fiziológiai szükségleteken alapuló Maslow-piramis és az értékek összekapcsolását valószínűsíti Kluckhohn (1954) szakirodalma. *Super* (1995) értelmezése alapján az értékek a szükségletekből erednek. Roberts és Robins (2000) szerint az érték az emberi személyiség motivációs rendszere. Hankiss (1977) szerint az érték szubjektív szempontból azt jelenti, amit egy rendszer saját maga számára a fejlődés tekintetében fontosnak vél és objektív a létezéshez és működéshez szükséges tényezőket jelenti [36]. Andorka (2006) megfogalmazásában az érték azokat a kulturális alapelveket jelenti, amelyek kifejezik, hogy az adott társadalom mit tart fontosnak, kívánatosnak, illetve jónak [37]. Más szakirodalom alapján az értékek szervezik, tagolják múltunkat, jelenünket és jövőnket, „orientálnak, szabályozzák testi-lelki energiáink felhasználását, behatároljuk, és kifejezik társadalmi hovatartozásunkat, társadalmi énünket” [38].

Az eszköz-cél lánc modell egy hierarchikus tudásstruktúra, amely értékcsoportokat és termékjellemzőket foglal magában. Az elv lényege, hogy „egy fogalom jelentése egy vagy több másik fogalom jelentésének oly mértékben függvénye, amennyire ezek az asszociációs hálóban kapcsolódnak egymáshoz” [34]. Az eszköz-cél lánc modellt Hofmeister-Tóth (2017) az alábbi példá-

val szemlélteti: „koleszterinszegény margarin – egészséges táplálkozás – nincs lerakódás az érfa- lon – érték = egészségtudatosan élni”.

Az eszköz jelenti a tevékenységet vagy tárgyat, míg a célok jelentik az értékeket. Például a futás, a jógázás tevékenysége jelenti az eszközt, míg a célok jelenítik meg azt a végállapotot, amely a boldogságban, biztonságban vagy teljesítményben nyilvánulnak meg. Az eszköz-cél modell elemei az értékeket és a magatartást kapcsolják össze, amellyel a fogyasztás folyamatát kívánják ismertetni. Hofmeister-Tóth (2017) megközelítése alapján az eszköz-cél lánc az értékutatásoknál létratechnikát alkalmaznak, amelynek lényege, hogy mélyinterjú segítségével feltárják, hogy lehet összeegyeztetni a termékek tulajdonságát a saját értékeikkel, így a válaszadónak át kell gondolnia a saját személyes motivációit. Az alábbi ábra Hofmeister-Tóth (2017) tanulmányát idézi, amely az Érték „egészség”: értéktől a termékig tartó folyamatot szemléletesen ábrázolja.

Hofmeister-Tóth (2017) szerint az értékek nem velünk született elemek, hanem a szocializáció termékei, amelynek a kialakulását a társadalmi környezet, a család, az oktatás, a társadalmi osztályba tartozás határozza meg. Az értékek változásának oka lehet az életciklus, a generáció, az oktatás



I.4. ábra: Érték „egészség”: értéktől a termékig
(Forrás: HOFMEISTER-TÓTH, 2017)[34]

és maga a környezet. Ahhoz, hogy értékváltozás valósuljon meg az új értékek keletkezése, az értékhierarchia átértékelése illetve a régi értékek elhagyása szükséges. Az elemek kölcsönösen hatnak egymásra. Hofmeister-Tóth-Simányi nevéhez köthető egy átfogó értékváltozással kapcsolatos vizsgálat, miszerint hangsúlyeltolódás figyelhető meg az egyénre és a más emberekre irányuló értékekkel kapcsolatban. Az udvariasság, segítőkészség, felelősségteljes értékek 1992-2005 közötti vizsgált időszakban csökkenő jelentőségűek, míg az egészség, boldogság, belső harmónia népszerűbbek, előtérbe kerültek a fontossági sorrend alapján. Míg az udvariasság, segítőkészség és felelősségteljes értékek a környezetre irányulnak, addig az egészség, boldogság az egyén fizikai és érzelmi állapotára utalnak. A család, a biztonság, igaz barátság a lakosság egy-egy csoportjánál jelenik meg kifejezetten a vizsgálatuk alapján. A szerzők megállapítják, hogy az egyén és a szűk környezete előtérbe kerültek, míg a csoport és a társadalom fontossága leértékelődött. „Ez a jelenleg a piacgazdaság mechanizmusaira reflektál, a korábbi szocialista szolidaritással szemben. Az új életkörülményekhez illeszkedik, hogy az eszközértékekkel szemben a célértékek fontossága felé tolódik el a hangsúly”. A 90-es években hazánkban a hagyományokon alapuló életmódra vonatkozó eszközérték jelentőségteljes szerepet töltött be, amelyek a társadalom erkölcsi alapját képezték. A rendszerváltást követően a társas kontroll csökkent, tehát a másoknak való megfelelés háttérbe szorult, sokkal inkább innovatívnak kell lenni az utak és a megfelelő megoldások megtalálásában. A környezet gyorsan változik, azaz a fejlődésre való hajlam elengedhetetlen [34].

A társadalomban domináló értékhierarchiák „az iskolán keresztüli közvetítéssel, generációk szemléletét befolyásolják, alakítják vagy éppen meghatározzák” [39]. Amikor értékekről gondolkodunk, eszünkbe juthat életünk fontos elemeit meghatározó dolgai, kulturális elemei. *Schwartz* (2012) által megfogalmazott értékek közös jellemzői *Pavluska* (2015) tanulmányában olvashatók, ami szerint az értékek:

1. meggyőződés, amely aktivizálódáskor érze-

lemmel telített lesz,

2. cselekvésre sarkalló kívánatos célok részét képezik,
3. túlmutatnak az adott cselekvésen és helyzeten,
4. kritériumként funkcionálnak,
5. irányítják a cselekvést és az attitűdöket.

Ahogy *Keller* (2008) összegzi munkájában az értékek és szükségletek értékfelfogásához soroljuk Maslow és Inglehart nevéhez köthető értékfelfogást [33]. Maslow nézete szerint az emberi szükségletek piramisrendszer szerűen egymásra épülve helyezkednek el, tehát az emberi viselkedés biológiai alapokon nyugszik, majd innen a társadalmi, pszichológiai dimenziók felé mozdul el. A szükségletek hiányaként jelennek meg és pszichológiai szempontból azért érdekesekek, mert sosem elégíthetők ki. Leegyszerűsítve, a hiányok által motivált ember ki van szolgáltatva a saját hiányainak és ezek olyan cselekvésre sarkallják az embert, amelyek a hiányok megszüntetésére törekcszenek. Inglehart feltételezése is megerősíti ezt az álláspontot, miszerint az ember azokat tartja értékesnek, amelyekből kevés áll rendelkezésre.

Keller (2008) szerint az értékek és motivációk csoportjába Rokeach és Schwart állítása tartozik, viszont fontosnak tartja megemlíteni, hogy Charles Morris nevéhez köthető a vélt (vágyott) értékek koncepciója, valamint az emberek életében vezérelvként érvényesülő (operatív) eszközértékek megfogalmazása. Az értékutatásokban gyakran alkalmazott teszt, a Rokeach Value Survey (RVS), tulajdonképpen az értékek osztályozási rendszerét jelenti. Rokeach az emberi cselekvés megértéséhez megkülönbözteti az értékek és az attitűd fogalmát. Rokeach szerint az attitűd tartós viselkedések összegzése egy tárggyal kapcsolatban, míg az érték tartós vélekedés, amelyek egyénileg és társadalmilag kívánatos viselkedésmódokra, illetve végállapotokra vonatkozik. Alapvetően megkülönbözteti a célértéket és eszközértéket, amelyekhez önálló értékeket rendel. „A célértékek elérésének eszközei, vagyis a kívánatos viselkedési módok az eszközértékek” [2]. A Rokeach nevéhez köthető 18-18 célérték és az eszközérték az alábbi táblázatban látható.

I.1. táblázat: Célérték és eszközérték lista

A./ Célértékek	B./ Eszközértékek
1. béke (a world of peace)	1. bátorság (courage)
2. belső harmónia (inner harmony)	2. becsvágy (ambition)
3. boldogság (happiness)	3. engedelmesség (obedience)
4. bölcsesség (wisdom)	4. fantázia (imagination)
5. családi biztonság (family security)	5. fegyelmezettség (self-control)
6. egyenlőség (equality)	6. felelősségtudat (responsibility)
7. elégedettség érzése (a sense of accomplishment)	7. hatékonyság (capatibility)
8. a haza biztonsága (national security)	8. intellektus (intellect)
9. igaz barátság (true friendfship)	9. jódedély (cheerfulness)
10. igaz szerelem (mature love)	10. logikus gondolkodás (logic)
11. izgalmas élet (an exciting life)	11. megbocsátás (forgiveness)
12. kényelmes élet, anyagi jólét (a comfortable life, material well being)	12. önállóság, függetlenség (independence)
13. önbecsülés (self-respect)	13. őszinteség (honesty)
14. öröm (pleasure)	14. segítőkészség (helpfulness)
15. szabadság (freedom)	15. széles látókör (broad-mindedness)
16. társadalmi elismerés (social recognition)	16. szeretet (love)
17. társadalmi elismerés (social recognition)	17. tisztaság (cleanliness)
18. üdvözülés (salvation)	18. udvariasság (politeness)

(Forrás:[2] Rokeach, 1973 In: Pavluska, 2015, 4)

Rokeach-féle értékrendszert szociológiai, marketingkutatásokban és pszichológiai vizsgálatokban is egyaránt alkalmazzák. A másik jelentős pszichológiai értékelmélet és modell Schwartz pszichológus nevéhez köthető. Tíz alapértéket határozott meg Schwartz, amely három univerzális követelményen alapulnak [2].:

1. egyének, mint biológiai szervezetek szükségletei,
2. a koordinált társadalmi interakciók kellékei,
3. csoportok túlélési és jóléti szükségletei.

Az értékek két bipoláris dimenzió mentén helyez-

kednek el: nyitottság a változásra – megőrzés, megtartás, majd az önmegvalósítás – altruizmus. Az értékek kapcsolatban állnak egymással, ellentétesek, illetve kompatibilisek. Az értékek és motiváció szempontjából Rokeach és Schwartz neve és munkássága a kiemelkedő.

A nemzetközi érték kutatások a 20. század közepén kezdődtek el, amely a külföldi és a hazai szociológia legfontosabb területévé nőtte ki magát. Az 1980-as években felerősödtek a vizsgálatokkal szembeni ellenvélemények, ennek ellenére Inglehart nemzetközi kutatássorozata (World Va-

lues Survey, WVS) ekkor indult el. Ennek a nagy kutatássorozatnak az egyik legjelentősebb eredménye az úgynevezett kulturális térkép. A térkép azért vált népszerűvé, mert igazolni tudta, hogy „az emberek hite (értékrendje, kultúrája) kulcsszerepet játszik a gazdasági fejlődésben, a demokrácia felemelkedésében és kiteljesedésében, a nemek közötti egyenlőség és a hatékony kormányzás megteremtésében” [2].

1.8.1. Az érték, mint fogalom megjelenése a társadalomban

A korai életmódkutatások alapján az egészség, mint érték már a kezdetleges emberi közösségek tudatában is megjelent [40]. A test-lélek-ember-közösség kapcsolatában megjelenő harmónia jelentőségét is ismerték, majd az organikus világméretet felváltotta a holisztikus szemlélet, az ember egészségének komplex fogalmi felfogása, viszont ennek leírása csak az elmúlt évszázad eredménye. Az egészségkép alakulása számos változáson ment keresztül az elmúlt időben. Ahogy a görög poliszok világában vélték, úgy napjainkban is helytálló, az az állítás, hogy az ember nagyban felelős a saját egészségének alakulásáért, amely tükrözi az egyén egészségtudatosságát [40,41]. Az egészségtudatosságban az egyéni felelősségnek kiemelt szerepe van, hiszen a saját magunk testi-lelki és kapcsolati egyensúlya érdekében és a jó közérzet elérése érdekében tett felelősségteljes cselekvést jelenti [41].

Az egészséget, mint értéket azokkal a tényezőkkel magyarázhatjuk, amelyeket azért teszünk, hogy egészségi állapotunkat meg tudjuk tartani, helyreállítsuk, illetve a megfelelő állapotot elérjük, így kapcsolódik össze az egészség, mint érték és egészségtudatosság témaköre [2].

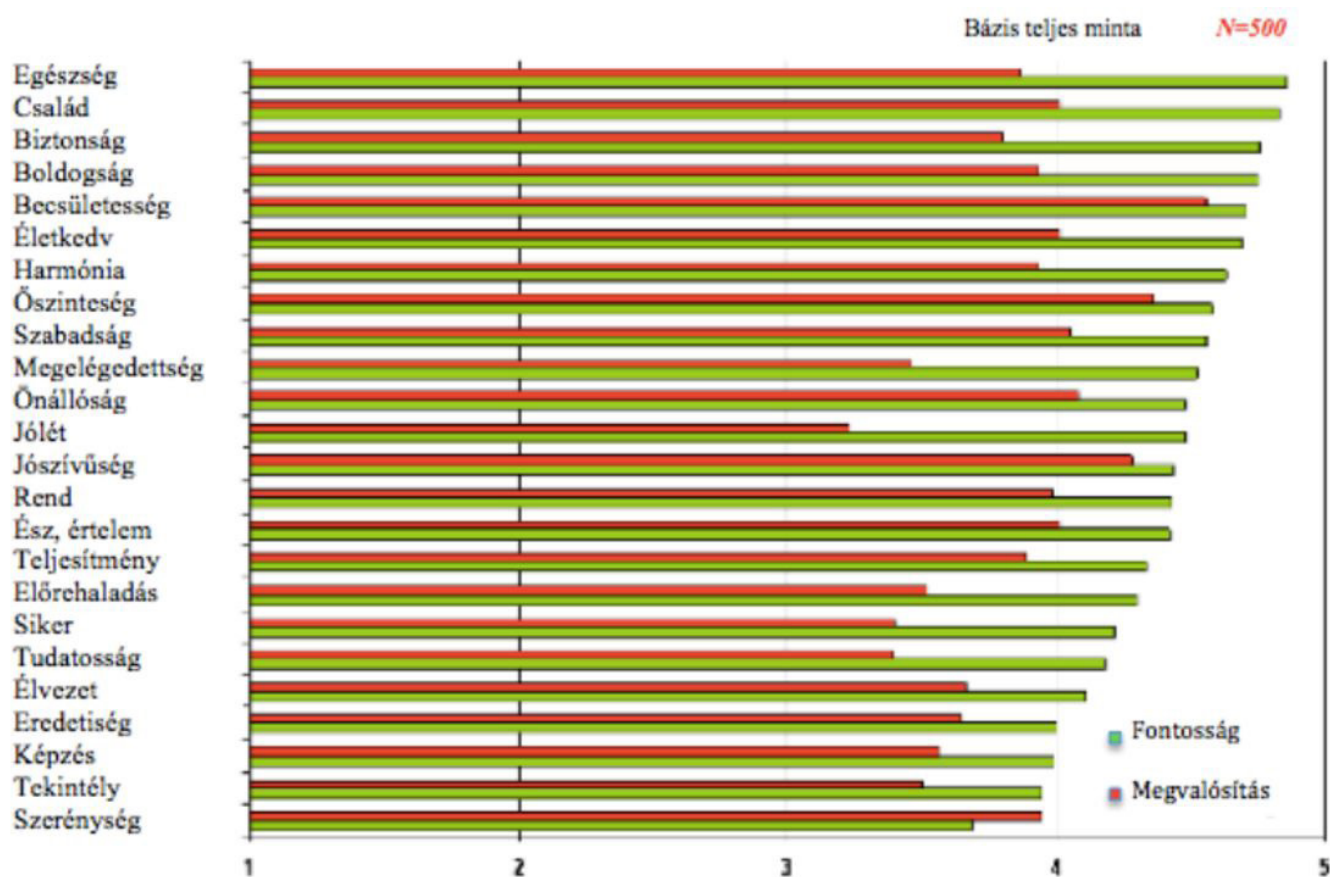
A történelemben az egészségérték témakörében számos párhuzamot láthatunk. A hippokratészi iskola tanításai (görög orvosi elméletek) leginkább az egészség megőrzését és a betegségmegelőzést hangsúlyozták a gyógyítás helyett [40]. Az egészség kérdésköre a keresztény szemléletben Isten ajándéka, hiszen a legfőbb tanító számunkra Krisztus, aki orvos és tanítómester, és az egészség-

megőrzés útmutatója, az ételszabály-gyűjteménye pedig maga a Szentírás. A Bibliában számos egészséggel és betegséggel kapcsolatos teendő (testi egészség, személyes higiéné, betegségyógyítás, fertőző betegségekkel kapcsolatos teendők, tisztálkodás szabályai, ételekre vonatkozó utasítások) megtalálható. Nézetük szerint az egészség egy teljesség, amely csak szilárd hittel érhető el, hiszen a lélek nyugalma és harmóniája szükséges, mert ezek nélkül a fizikai test nem tud jól működni. A Biblia szerint a lélek fontosabb, mint a test, hiszen ezzel nem kell törődni. A lélek megtisztítása a test megfeszítésével érhető el. Újkori gondolkodók közé soroljuk John Locke angol filozófust, aki a 17. századi művében a „Néhány gondolat a nevelésről” címmel pedagógiai elveket fogalmazott meg, érintve az egészség fogalmát és a test egészség megőrzésének lehetőségeit. Véleménye szerint az egészséges állapot elérését leginkább orvos és gyógyszer nélkül lehet elérni, amellyel a szakirodalom szerint a megelőzést népszerűsítette valójában. Hazánkban Kéri (2007) szerint a 18. században kezdtek az egészség fogalmával és megőrzésével kapcsolatos szakirodalmak megsokasodni. Az orvostudományban ez egy igen jelentősegteljes időszak volt, hiszen ekkor születtek hazánkban nem csak az egészség fogalmával, hanem a gyermekgondozás témakörében is kimagasló mennyiségű szakirodalmak [40]. Az emelkedő iskolázottság eredményeképpen megnőtt az igény a minőségi táplálékok, életvitel, és a felelősségteljes egészséges gyermeknevelés iránt. Az egészség, mint érték mindenhol megjelent a történelem során.

1.8.2. Az egészség, mint érték vizsgálata

Az egészséget, mint értéket azokkal a tényezőkkel magyarázhatjuk, amelyeket azért teszünk, hogy egészségi állapotunkat meg tudjuk tartani, helyreállítsuk, illetve a megfelelő állapotot elérjük, így kapcsolódik össze az egészség, mint érték és az egészségtudatosság.

Varga és munkatársai [41] (2008) OTKA pályázati beszámolója alapján erős kapcsolat mutatkozik az egészségérték fontossága és az egészségtudatosság, mint komplex változó között. Harris és Guten (1979) modellje alapján nyolc fő változó



I.5. ábra: A személyes értékek fontossága és elérésük megvalósítása a teljes lakosság körében (Forrás: [2] HOFMEISTER-TÓTH – NEULINGER, 2009 IN: PAVLUSKA, 2015)

tartozik az egészségtudatossághoz: tudatos táplálkozás, személyi higiéné, rendszeres egészségügyi önellenzés, szorrel való visszaélés elkerülése, kiegyensúlyozott lelki élet, pihenés higiénája, szűrővizsgálatok igénybevétele, fizikai aktivitás [42].

Az egészségtudatosság modellje az elegendő alvással, és a folyadékfogyasztással egészült ki [42] (FREYER és mtsai, 2019 kutatásában. Szakály és mtsai (2014) szerint a magyar lakosság nagyrésze birtokában van annak a tudásnak, amellyel tehetne saját egészségének megőrzése érdekében, ennek ellenére mégsem cselekednek. Erre jó visszaigazolás, hogy a tanulmány alapján a válaszadók 48%-a nem is tervezi, hogy változtasson saját egészsége érdekében az életmódján. Éppen ezért fontos üzenet számunkra, hogy a szükségletekre és körülményekre figyelve az egészségtudatosabb életmódra nevelést támogatni és preferálni kell – mindegyik korosztály esetében.

Egy másik vizsgálatban Pavluska (2015) megalkotta az *egészségportfoliót*, amely egy olyan check-listát jelöl, „amelyet az *egészség, mint érték* megvalósulásának értékeléséhez, az egészségmagatartás vizsgálatához felhasználhatunk” [2]. Az *egészség, mint érték* általánosságban azokat a tényezőket, műveleteket jelenti, amelyek eszközértékként jelennek meg az egészségi állapot elérésében, megtartásában és helyreállításában. Eszközértékek viselkedési módok, amelyek a célérték elérését szolgálják. A jelenleg hatályos kormányzati dokumentumokban az egészség, mint érték kiemelt fontosságú. Az Alaptörvény egyértelműen kijelenti, hogy joga van mindenkinek a testi és lelki egészséghez. A törvény úgy értelmezi, hogy ennek az alapértéknek az elérése a megfelelő környezettel, az egészségügyi ellátással, sportolással, ételmiszerekkel, ivóvízzel és a közegészség megfelelő működtetésével érhető el. A Nemzeti Együttműködés Programban szerepel az egészség a munka, otthon, család, rend

megjelölése mellett. A kormányzati elhivatottságot az „Egészséges Magyarország 2014-2020” és a jelenleg érvényes „Egészséges Magyarország 2021-2027” program is igazolja.

Hazánkban 2006-ban vizsgálták „A fogyasztóvá válás folyamata Magyarországon” című projekt keretein belül az egészségértéket. A vizsgálatban elemezték az értékek fontosságát és megvalósulását. A válaszadók szerint az egészség áll az első helyen, majd a család, a biztonság, a boldogság és a becsületesség. A legfiatalabb korosztály elsőnek az életkedvet jelölte, és ezt követte az egészség. A fiatal korcsoport legkevésbé tartja fontosnak a takarékoságot, míg a legidősebb korcsoportnál a szerénység helyett a siker értéke áll. Az eredményeket az alábbi összefoglaló ábra mutatja be.

Magyarországon végzett reprezentatív vizsgálat alapján az értékek fontossága, valamint a megvalósítása között különbség húzódik. A válaszok alapján az egészség fontos, hiszen az első helyen áll, viszont a megvalósítás tekintetében már jóval lejjebb áll, a 14. helyre csúszott le. A *személyes értékek rangsorában az egészség* – amely a materiális értékrendhez szorosan kötődik (fittség, fizikai erő, stb.) – magasan helyezkedik el. Az egészségmagatartás kutatásával választ kaphatunk az egészségértékről, hiszen az egészség, mint érték a cselekvésben nyilvánul meg.

Azokat az elemeket, amelyek eszközértékként szolgálnak a megfelelő egészségi állapot elérésében, megtartásában és javításában, egy *egészség-értékportfólióban* lehet összegezni. Az egészség érték-portfóliójának elemeit nagyobb kategóriákba rendezve az *életmód* (egészségtudatos táplálkozás, sport és mozgás, lelki egészség, minőségi szabadidő, stb.), a *megelőzés* (szűrővizsgálatok, tudatos vásárlói magatartás, informáltság, védőoltások igénybevétele, stb.) és a *gyógyítás/gyógyulás* (együttműködés az alapellátással és szakellátással, kezelések, stb.) kategóriáját lehet elkülöníteni.

Az egészség, mint eszközérték. Az egészségérték területéhez tartozik azoknak a tevékenységeknek,

viselkedéseknek a vizsgálata, amelyekben megjelenik az egészségérték. Ide soroljuk az *egészségmagatartás* területét, tehát az egészségtudatosságnak a vizsgálatát. Az egészség, mint eszközérték manifesztálódik a *fiatalok egészségi állapotában* (fizikai aktivitás, alkoholfogyasztás, dohányzás, szexuális magatartás, táplálkozási magatartás, drog és egyéb tiltott szerek, abúzusok) [2]. Az *egészségmagatartás* „Olyan személyes attribúciók, mint amilyenek a hitek/meggyőződések, várakozások/sejtések, motívumok, *értékek*, percepciók és más kognitív elemek; személyiségjegyek, magukban foglalják az érzelmi és emocionális állapotokat és egyéni sajátosságokat; és bizonyos viselkedési minták, tevékenységek és szokásokat, amelyek az egészség fenntartására, helyreállítására és fejlesztésére vonatkoznak.” [43, 44].

Mint láthatjuk a fentiekből, az egészség, mint érték a kutatások, és vizsgálatok érdeklődésére tart számot, azonban az egészségtudatosság és az egészségmagatartás fogalmának alapos ismerete és értelmezése nélkül nem kezdhetünk megalapozott kutatásba. Ezért meghatározónak és fontosnak tarjuk a fenti fejezet áttekintő elemzését az egészség értelmezésével kapcsolatban.

1.9. Modernitás és biohatalom: az egészség a hatékonyság szolgálatában

A 19. században az egészséggel kapcsolatos diskurzusokban még jelen vannak a vallási és a morális vonatkozások, de a hatékonyság válik a legfontosabb szemponttá. A szexualitás történetéről szóló művének I. kötetében Michel Foucault azt állítja, hogy a 19. századi polgárság szexuális „stratégiáját” nem az aszketizmus, a test leértékelése jellemezte, hanem éppen ellenkezőleg, a test felértékelése. A polgárok célja egészségük megőrzése, a fizikai erőnlétük növelése, egészséges utódok létrehozatala és felnevelése volt, ennek eszközt jelentette a testről való gondoskodás, a test, a szexuális élet kontrollálása [45]. Az egészség, illetve általában az élet feletti kontroll, felügyelet általánossá válását Foucault azzal magyarázza, hogy a 17. századtól meghatározó hatalmi változások történnék Nyugat-Európában. A korábbi évszázadokban a szuverén kiváltsága volt az élet és halál feletti jog, aminek jelképe a pallos:

a hatalom elsősorban adóztató fórum, kisajátítási mechanizmus, az uralkodó akár az alattvaló életét is elveheti, ha megszegi a törvényeit. A 17. századtól egyre kevésbé az elkobzáson van a hangsúly, ez csak az egyik eleme lesz a hatalomnak, amelynek már kevésbé az alávétel, inkább az élet hatékony megszervezése a célja, a hatalom mintegy gondnoka lesz az életnek, biohatalommá válik (a halál feletti hatalom ennek a hatalomnak a kiegészítése, a véres modern háborúkat már nem az uralkodó, hanem a közösség egészének nevében indítják meg, a nép, a „faj” életének megóvásárára, fennmaradásának biztosítására hivatkozva, [45]. A biohatalomnak kétféle megjelenési formáját különböztethetjük meg. (1) Az emberi test anatómia-politikája. Ennek tárgya a gépként felfogott emberi test, és arra törekszik, hogy olyan felügyeleti rendszerek jöjjenek létre, amelyekben az emberek engedelmes és hasznos testként funkcionálnak (iskola, kaszárnya, műhely, gyár, kórház, börtön), itt a különféle rendszabályoknak van meghatározó szerepe.

(2) A népesség biopolitikája (ennek kialakulása a 18. század közepére tehető): „ez a pólus már arra a testre összpontosít, amelyet keresztül-kasul áthat az eleven anyag mechanikája, és amely a biológiai folyamatok színtere: vagyis a népszaporulatra, a születési és halálozási arányra, az egészségre, az élettartamra, illetve mindazon körülményekre, amelyek közrejátszanak e tényezők alakulásában” [45], az első formának Foucault külön könyvet is szentel, ebben a hatalom mikrofizikájáról beszél a felügyeleti rendszerek elemzésekor [46].

Az egészségpolitikák is e két formához kapcsolódnak. Az egészség megőrzése, pláne fejlesztése ekkoriban a legtöbb felügyeleti intézményben – kivéve például a jobb iskolákat – kevésbé fontos, a lényeg, hogy az egyén képes legyen megfelelően elvégezni a feladatát: az étrendek összeállításakor megkezdődik a kalóriák számolgotása, annak kutatása, hogy milyen minimális étrend szükséges a maximális energiatermeléshez [47]. A 19. századi gyárakban sokszor különösen rossz volt a helyzet egészségügyi szempontból. Az egészségtelen körülmények között élő és dolgozó városi gyári munkásság helyzetének javítása, illetve általá-

ban a városokban tapasztalható egészségkárosító tényezők kezelése biopolitikai beavatkozásokat kívánt meg (a Foucault által a népesség biopolitikájának nevezett biohatalmi forma keretében). Turner alapvetően három tényezőre vezeti vissza, hogy nyugati államokban felismerték a központi közegészségügyi rendelkezések szükségességét: a városi szegények között terjedő fertőző betegségek és a városi szenny a felsőbb osztályok egészségét is veszélyeztette; a beteg szegények elhelyezése, ellátása komoly adóterheket jelentett a gazdagoknak; végül a modern tömeghadviselés kezdetekor nyilvánvalóvá vált, hogy a munkásosztályból származó fiatalok sok esetben alkalmatlanok katonának, rossz egészségi állapotuk miatt [47].

I.10. Az egészség a fogyasztói (és mediatizált) társadalomban

A két világháború között Nyugaton (először az USA-ban, majd Nagy-Britanniában) kialakult a fogyasztói kultúra, megjelentek az először a középosztályt, majd az egyre szélesebb tömegeket megcélzó modern reklámok, amelyek segítségével a vállalatok új szükségleteket, vágyakat próbáltak teremteni, és amelyek a kemény munka, a kötelesség, a takarékoság értékei helyett az élet élvezetének, a pillanat megragadásának értékvolttát szajkózták. Sok egészségtelen terméket is bemutatnak reklámok (gondoljunk csak a dohányreklámokra, az I. világháború után a nők körében is kezd elterjedni a dohányzás), de a fogyasztói kultúrában a kezdetektől jelen van az egészség fontos értéként való hangsúlyozása, méghozzá a szépséghez kapcsolódóan. Az árukat szép és egészségesnek tűnő emberekkel (főként karcsú nőkkel) hirdetik, a reklámok, és a filmsztárokat bemutató magazinok azt sugallják, hogy a szép test az élet élvezetének a feltétele. Az öltözködési szokások változásával a ruhák egyre többet mutatnak a testből, és nem mindegy, hogy milyen is az a test, hiszen a jellem helyett mindinkább a vonzó személyiségben látják az emberek a (magánéletbeli, társasági, munkahelyi) siker biztosítékát, ehhez pedig hozzátartozik a vonzó külső is, elsősorban a nőknél, de egyre inkább a férfiaknál is. A fogyasztói világ értékei iránt fogékony nők

(és férfiak) folyamatosan ellenőrzik a testüket, életstílusukat, hogy azok megfelelnek-e a reklámképeken, a hollywoodi filmsztárok magazinfotóin látható „ideális” testnek és életstílusnak [48]. Mindez csak látszólag nagy változás a viktoriánus időszak „visszafogottságához” képest: ahogy szó esett róla, a polgárság a 19. században is sokat foglalkozott az egészséggel a test hatékonyságának növelése érdekében, a hatékonyság továbbra is fontos, csak éppen a pszichoanalízis hatására már a szexualitás „felszabadítását” látják szükségesnek az egészséges, hatékony test biztosításához [45], és a testkarbantartásra még nagyobb hangsúly helyeződik, mivel a testi szépség felértékelődik. Persze, a testkarbantartás „mániája” a reklámok, magazinok, filmek, majd a televízió hatására az alsóbb néposztályokban is egyre jobban elterjed. A felügyeleti intézményeket és a népesség biopolitikáját is befolyásolják az említett társadalmi tendenciák. A huszadik század második felében a jóléti társadalmakban már tömegek várnak arra, hogy megszabadulva az iskolai vagy a munkahelyi kötöttségektől délután és a szabadnapokon élvezhessék az életet, ami leginkább a fogyasztást jelenti (nem csak tárgyi javak, hanem élmények fogyasztását is). Az egyén észre sem veszi, hogy a fogyasztással és az aktuális szépségélmény elérése érdekében végzett testkarbantartással (fogyókúra, fitness, szolárium stb.) szintén a társadalmi elvárásoknak tesz eleget, igazodik az elvárthoz, ha úgy tetszik önfelügyeletet gyakorol (és úgy kezeli saját magát is, mint ha áru, fogyasztási cikk lenne, lásd erről: [48]. A népesség biopolitikájával kapcsolatban csak egy vonatkozást kiemelve: azok egészségnevelési kampányok lesznek a leghatásosabbak, amelyek az egészséges életmódnak a szépségre, a jó megjelenésre gyakorolt hatásait emelik ki [48].

Ma, a globalizált (digitális) kapitalizmus időszakában hihetetlen mennyiségű, ideálisnak feltüntetett testet ábrázoló álló- és mozgóképpel szembesülnek az emberek az internetes közösségi portálokon (Facebook, Instagram, stb.), és videómegosztó felületeken (YouTube, TikTok, stb.). A szépség- és egészségkultusz korában vagyunk, amelynek számos problematikus vonása

van, például az, amit már Kierkegaard is leírt, hogy az ezen értékek valamelyikére – vagy éppen mindkettőre – épített élet, előbb-utóbb válságba juthat, de ha el is kerül valakit a válság, az, aki nem önmaga kibontakoztatásán munkálkodik, „üres”, értelmetlen életet él. Az is probléma, hogy sokan az egészségük rovására próbálnak szépek lenni, vagy maradni (ami persze a korábbi századokban is jelen volt, a már említett Firenzuolánál is olvashatjuk, hogy vannak nők, akik túlzásba viszik a púderozást, nem gondolnak rá, hogy idő előtt elkopik és megöregszik a bőrük, [9]; vagy gondoljunk a még a 20. század elején is népszerű fűzőre), ez az „egészségizmus” korában meglehetősen nagy ellentmondásnak tűnik. Ennek hátterében annak a már említett, a fogyasztói társadalmakra jellemző jelenségnek a kiteljesedése áll, hogy az üzleti érdekek által manipulált aktuális szépségélménynek megfelelő, fiatal, vagy legalább fiatalos testhez a sikeresség, az „előírtnak” nem megfelelő testalkathoz a sikertelenség képzelete kapcsolódik. Az „ideálistól” eltérő testalkattal rendelkező embereknek frusztrációt okozhat, hogy naponta ki tudja hányszor szembesülniük kell (látszólag) tökéletes testek látványával reklámokban, hollywoodi filmekben, sorozatokban, a közösségi oldalakra feltöltött képeken, videókon. A szépségkultusznak való megfelelni akarás komoly egészségkárosodást is eredményezhet, fiatal lányoknál gyakori az anorexia vagy a bulimia kialakulása (persze a szépségkultusz a férfiakra is egyre erősebb hatással van, testképzavarok férfiaknál is kialakulhatnak, esetükben jellemző pl. az izomdiszmorfia, ezekről a zavarokról lásd pl.: TÚRY – PÁSZTHY, 2008 [49]). De ha nincs is szó egészségkárosító magatartásról, az egészségmegőrzés kérdése sokaknak csak annyiban fontos, amennyiben az a külső megjelenésük javításának szolgálatában áll, ami ezen kívül esik, azt elhanyagolják (pl. a szűrővizsgálatokon való részvételt stb.). Vannak persze, akik nem helyezik a szépségüket az egészségük elé, és mindent meg akarnak tenni az egészségük megóvása érdekében, ők viszont szakember segítsége nélkül, csak az interneten talált információkra hagyatkozva könnyen valamelyik álszakértő, illetve valamilyen tudománytalan módszer követőjévé válhat-

nak. Éppen ezért előfordulhat, hogy az egészség megőrzésére törekvés is egészségromboláshoz vezet. Szerencsére szaporodnak a média negatív hatásait mérséklő kezdeményezések: találhatunk olyan reklámokat, amelyekben nem kivételes testi adottságokkal rendelkező modellek, hanem hétköznapibb testalkattal rendelkező nők szerepelnek, kialakultak az egészségügyi kérdésekkel foglalkozó weboldalak minősítési rendszerei (erről lásd: KÖDMÖN, 2018)[50], de a szórakoztatva nevelő egészségkampányok is említhetők. Azonban a COVID-19 világjárvány alatt tanúi lehetünk annak, hogy hiába jutottak el tömegekhez az egészség megővését segítő információk, a vírustagadó és víruszsheptikus, illetve oltásellenes nézetek képviselői a közösségi oldalak felhasználásával nagy károkat tudtak okozni. Mediatizált világunkban az egészségfejlesztő szakembereknek nemcsak azoknak kell segítséget nyújtaniuk, akik rossz társadalmi helyzetük, szegénységük (amelynek egyik megvalósulási formája az információs szegénység) miatt keveset tudnak az egészségvédelemről, hanem azoknak is, akik elvesznek az egészséggel kapcsolatos információáradatban.

I.11. Az egészségfejlesztés legfontosabb morális korlátja

Az egészségfejlesztő munka során, legyen szó egyéni tanácsadásról, csoportos foglalkozásról vagy éppen egy médiakampány megtervezéséről, az emberi méltóság tiszteletének elvét mindig figyelembe kell venni. Az elv legtöbbször idézett megfogalmazása a felvilágosodás filozófusa, Immanuel Kant nevéhez fűződik: „Cselekedj úgy, hogy az emberiségre mind saját személyedben, mind bárki másában mindenkor, mint célra, sohasem, mint pusztán eszközre legyen szükséged” [51]. Az emberi méltóság tisztelete elvének más – a Kant által leírttól eltérő, de az ember öncél voltát tételező – megfogalmazást is adhatunk. Így például a következőképpen is megragadhatjuk az elvet: az emberi személy létezéséből adódóan önmagával rendelkezik, ebből következően alapvető érdeke, hogy életének „szentségét”, lehető legkiterjedtebb szabadságát, egyedi személyiségét más személyekével egyenlő módon tiszteljék (ennek

értelmezéséről lásd: BARCSI, 2013) [52]. Fontos tehát, hogy az egészségfejlesztő szakember célként és ne eszközként tekintsen a vele kapcsolatba kerülő emberekre, tisztelje mások életének szentségét, szabadságát, személyiségét.

A szórakoztatva nevelő médiakampányoknak van létjogosultságuk, hiszen ezekre nagyobb figyelem irányul, mint a száraz, kizárólag a tényeket (veszélyeket, statisztikai adatokat) ismertető társadalmi célú reklámokra. Fontos azonban, hogy ne sértsék meg az emberi méltóság tiszteletének elvét a kampányok. Ilyesmi olykor előfordul, még ha nyilvánvalóan nem szándékosan történik is ez. Bemutattak például olyan, a dohányzás egészségkárosító hatásairól szóló társadalmi célú reklámot, amely stigmatizálta a dohányosokat, és gyűlöltre készítetett. Az ittas vezetés megelőzése érdekében készített egyik reklámban egy tolókosci fiatal nő jelent meg. A mozgássérültek felléptek a reklám ellen, mert úgy látták, hogy az a fogyatékoságot úgy ábrázolta, amely még a halálnál is rosszabb (ezekről bővebben és további példákat lásd: CSÁSZI, 2004 [53]).

Ahogy az orvosnak és ápolónak, úgy az egészségfejlesztőnek is további fontos (bio)etikai elveket kell figyelembe vennie. A „Ne árts!” elve szerint az egészségfejlesztőnek mindig a lehető legnagyobb gondossággal kell eljárnia, hogy a tevékenységével potenciálisan együtt járó veszélyek bekövetkezési lehetőségét minimalizálja. A jótékony megvalósítása is alapvető cél, hiszen az egészségfejlesztőnek jobb állapotba kell hoznia mindazok egészségügyi állapotát, akikkel foglalkozik. Az igazságosság elve elsődlegesen az emberek közti hátrányos megkülönböztetés tilalmát jelenti, ez egyébként az emberi méltóság tiszteletéből is következik (a bioetikai alapelvekről bővebben [54]).

I.12. Összegzés

Visszatérve a kiinduláshoz: az egészség nagyon fontos, de a boldogságunkat önmagában nem garantálja, az egészségünk megőrzésére és fejlesztésére irányuló magatartásunknak az értelmes életre törekvés részét kell alkotnia. Számos

pszichológiai kutatás alátámasztotta, amit már az ókori görög és római gondolkodók is megfogalmaztak: a lelki-szellemi egészség, vagy egy másik terminológiával: az értelmes élet a testi egészségünkre is pozitív hatással van (lásd erről [55,56]). Nagy jelentőségű munkát végeznek azok a szakemberek, akik a testi egészséget a lelki és a szellemi egészséggel összefüggésben értelmezve, egy jobb, teljesebb élethez segítik hozzá az embereket.

A fenti fejezetben Barcsi Tamás az 1,2, 3, 9, 10, 11, 12 számmal jelölt szakaszokat jegyezte.

I.13. Irodalomjegyzék

1. SCHOPENHAUER, A. (2001): Életbölcseesség. Ford. Kelen Ferenc, Szukits, Budapest.
2. PAVLUSKA V. (2015): Az egészség, mint érték a magyar társadalomban. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.
3. FOUCAULT, M. (2011): A szexualitás története II. A gyönyörök gyakorlása. Ford. Albert Sándor, Szántó István, Somlyó Bálint. Atlantisz, Budapest
4. PLATÓN (2014): Állam. Ford. Steiger Kornél, Atlantisz Kiadó, Budapest
5. ARISZTOTELÉSZ (1997): Nikomakhoszi etika. Ford. Szabó Miklós, Európa, Budapest
6. CICERO, Marcus Tullius (1987): A kötelességekről, Első könyv, 30. In: Cicero válogatott művei, válogatta és az idézett részt fordította: Havas László, Európa, Budapest. 325-326.
7. SENECA (2002): Erkölcsi levelek. Ford. Bollók János, Kopeczky Rita, Kurcz Ágnes, Németh András, Sárosi Gyula, Takács László. In: *Seneca prózai művei I.*, Szenszár Kiadó, Budapest, 101-612.
8. FOUCAULT, M. (2001): A szexualitás története III. Törődés önmagunkkal. Ford. Sujtó
9. FIRENZUOLA, Agnolo (2010): A női szépségről. Ford. Molnár Dávid, Attraktor, Máriabesnyő-Gödöllő.
10. TURNER, Bryan S. (1997): Az étrendről folyó diskurzus. In: Mike Featherstone – Mike Hepworth – Bryan S. Turner: A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória. Ford. Erdei Pálma, Józsoveg Műhely Kiadó, Budapest, 54-69.
11. MAGYAR L. A. (2011): Egészség és protestantizmus <https://elitmed.hu/ilam/gondolat/egeszseg-es-protestantizmus> [2021.08.20.]
12. WEBER, M. (1982): A protestáns etika és a kapitalizmus szelleme. In: Max Weber: A protestáns etika és a kapitalizmus szelleme. Vallásszociológiai írások. Ford. Gelléri András, Józsa Péter, Somlai Péter, Tatár György, Gondolat, Budapest, 27-290.
13. KIERKEGAARD, S. A. (1994): Vagy-vagy. Ford. Dani Tivadar. Osiris-Századvég, Budapest.

14. WHO - <https://www.who.int/> [2021. 03.22]
15. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349> [2022. 03.22]
16. BÍRÓ É., MÁTYÁS G., (2019) Egészségfejlesztési konferenciák anno és most, Egészségfejlesztés, LX. évfolyam, Jubileumi lapszám
17. Bangkok Charter for Health Promotion in a globalized world. The 6th Global Conference on Health Promotion. Bangkok, 7-11 August 2005. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/en/>
18. Bangkoki charta az egészségfejlesztésért a globalizált világban. Egészségfejlesztés, XLVI. évfolyam, 2005. 4. szám pp. 3-5.
19. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era – Leading Health Promotion into the 21st Century, Jakarta, from 21 to 25 July 1997. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/>
20. KISHEGYI J, MAKARA P. (szerk): Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Egészségfejlesztési módszertani füzetek. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. pp. 35-36. <http://regi.oefi.hu/modszertan1.pdf>
21. Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. The 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai, China, 21-24 November 2016. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>
22. MÁTYÁS I. K.: Ó és Új Diaetetica I-VI kötet (Pozsony, 1787-1793)
23. ZSOLDOS J. (1814) Diaetetica vagy Az Egészséget fenntartó, és a Betegségtől tartóztató Rendszabások, Győrben, özvegy Streibig Józsefné betűivel
24. TIGYI ZNÉ PUSZTAFALVI H.,(2011) Egészségtan tanítása a Tanítóképzőkben, a 19. században használt tankönyvek alapján, In: Pinczésné, Palásthy Ildikó (szerk.) A református tanítóképzés múltja, jelene, jövője , Debrecen, Kölcsey Ferenc Református Tanítóképző Főiskola
25. TIGYINÉ PUSZTAFALVI H., (2013) Az egészségnevelés intézményesülésének története, EDUCATIO 22 : 2 pp. 224-234. , 11 p.
26. PUSZTAFALVI H. (2017) Egészségtan tanárképzés a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán, In: Kurucz, Rózsa (szerk.) A pedagógusképzés évszázadai a Kárpát-medencében, Pécs, PTE Kultúratudományi, Pedagógusképző és Vidékfejlesztési Kar
27. JOHANN B. (1941) Az egészségügyi és szociális gyermekvédelmünk bírálata, Budapest
28. PUSZTAFALVI H,(2007) Az óvodákról szóló fejezetek, In: Pásztor, Andrea (szerk.) Régi pécsi iskolák albuma, 1868-1948 Pécs, Baranya Megyei Múzeumok Igazgatósága,
29. A Zöldkeresztes védőnők munkája, Magyar Rendőr, 1938 (5. évfolyam, 1-24. szám)1938-05-01 / 9. szám
30. JOHANN B, (1939) Gyógyul a magyar falu, Budapest, A Magyar Kir. Országos Közegészségügyi Intézet közleményei. 7. Sz
31. KALICHNÉ DR. SIMON M. (2015), A védőnői hivatás története, Medicina Kiadó, Budapest
32. A csodálatos Zöldkereszt áldásos működése (1936) Tolnai Világlapja, 01, 454-460
33. KELLER, T. (2008). Értékrend és társadalmi pozíció. MTA Szociológiai Kutatóintézet. [2020.11.23.] <https://www.yumpu.com/hu/document/read/17989966/ertekrend-es-tarsadalmi-pozicio-mta-szociologiai-kutatointezet>
34. HOFMEISTER-TÓTH Á. (2017). *A fogyasztói magatartás alapjai*. Akadémiai Kiadó. <https://doi.org/10.1556/9789630598897>. https://mersz.hu/hivatkozas/dj241afma_18_p1#dj241afma_18_p1[2020.11.23.]
35. KLUCKHOHN, CLYDE. K. M. (1951): Values and value orientations in the theory of action. In. Parsons T. – Sils, E. (szerk.), Toward

- a general theory of action. Cambridge, MA: Harvard University Press, 388-433.
36. HANKISS E. (1977): Érték és társadalom. Tanulmányok az értékpszichológia világából, Budapest, Magvető Kiadó
 37. ANDORKA R. (2006): Bevezetés a szociológiába. 2. jav., bőv. kiadás. Osiris Kiadó, Budapest
 38. KAMARÁS I. (2010): Érték, értékelés és értékrend (szociológiai és szociálpszichológiai szempontból), http://www.metaelmelet.hu/pdfek/tanulmanyok/ertek_ertekeles.pdf
 39. MELEG, Cs. (2015). Nevelésszociológiai problémakörök és nézőpontok. In Varga, A. (Eds). nevelésszociológia alapjai, Pécs, HU: Pécsi Tudományegyetem Bölcsészettudományi Kar Neveléstudományi Intézet Romológia és Nevelésszociológia Tanszék, Wlisslocki Henrik Szakkollégium. <http://mek.oszk.hu/14500/14566/14566.pdf>
 40. KÉRI, K. (2007): Az egészség kultúrtörténeti megközelítése (az ókortól a 18. századig). In: Egészségpszichológia a gyakorlatban. II. rész, II. fejezet. Szerk.: Kállai János, Varga József, Oláh Attila; Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2007, 37-50. o.
 41. VARGA K. (2003) Értékek fénykörében, 40 év értékutatás és jelen országos értékvizsgálat, Akadémia Kiadó, Budapest
 42. FREYER T., HORVÁTH D., NAGY Á. (2019) Fogalomtisztázó törekvések az egészség tudatosság vizsgálatához.
 43. NAGY, L., BARABÁS, K. (2011). Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei. http://pedagogus.edia.hu/sites/default/files/public/2_6/Nagyne_Barabas_2011.pdf
 44. GIDDENS, A. (2003): Szociológia. Osiris Kiadó, Budapest
 45. FOUCAULT, M. (2014): A szexualitás története I. A tudás akarása. Ford. Ádám Péter. Atlantisz, Budapest.
 46. FOUCAULT, M. (1990): Felügyelet és büntetés. Ford. Fázsy Anikó és Csűrös Klára. Gondolat, Budapest.
 47. TURNER, Bryan S. (1997): Az étrendről folyó diskurzus. In: Mike Featherstone – Mike Hepworth – Bryan S. Turner: A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória. Ford. Erdei Pálma, Józsoveg Műhely Kiadó, Budapest, 54-69.
 48. FEATHERSTONE, M. (1997): A test a fogyasztói kultúrában. In: Mike Featherstone – Mike Hepworth – Bryan S. Turner: A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória. Ford. Erdei Pálma, Józsoveg Műhely Kiadó, Budapest, 70-107.
 49. TÚRY F. – PÁSZTHY B. szerk. (2008): Evészavarok és testképzavarok. Pro Die Kiadó, Budapest.
 50. KÖDMÖN J. (2018) Egészségügyi információ az interneten. Orvosi Hetilap, 159 (22). 855-862.
 51. KANT, I. (1991): Az erkölcsök metafizikájának alapvetése. Ford. Berényi Gábor. In: Immanuel Kant: Az erkölcsök metafizikájának alapvetése, A gyakorlati ész kritikája, Az erkölcsök metafizikája, Gondolat, Budapest, 13-101.
 52. BARCSI T. (2013): Az emberi méltóság filozófiája. Typotex, Budapest.
 53. CSÁSZI L. (2004): Az egészségnevelés reprezentációja a médiában. Média-kutató. 5 évf./4. https://mediakutato.hu/cikk/2004_04_tel/01_az_egeszsegneveles_reprezentacioja [2021.08.20.]
 54. KOVÁCS J. (1999): A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába. Medicina, Budapest
 55. RYFF, C. D. – SINGER, B. H. – DIENBERG LOVE, G. (2004): Positive health: connecting well-being with biology. In: Philosophical transactions of the Royal Society of London: Biological sciences, 359(1449), 1383-1394.
 56. SELIGMAN, M. 2011: Flourish – élj boldogan! A boldogság és a jól-lét radikálisan új értelmezése. Ford. Bozai Ágota, Akadémiai Kiadó, Budapest

II. Fejezet

EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

(Lampek Kinga, Boros Julianna, Füzesi Zsuzsanna)

II.1. Bevezetés

A XX. században – különösen az 50-es évektől kezdve – megfigyelhető, hogy a fejlett országokban az egészségi problémák jelentős részét a krónikus, nem fertőző betegségek okozzák, melyek hátterében az életmódtényezők hangsúlyos szerepét számos kutatás igazolta. Az életmód azonban nem elkülönült egyéni döntések mentén alakul, hanem összefoglalóan jeleníti meg a társadalmi pozíció jellemzőit, az adott közösség specifikumait és az egyén személyiségi tényezőit is [1].

Ismert emellett az is, hogy a jó egészségi állapot fenntartása életminőségünket jelentős mértékben befolyásoló tényező, egészségi állapotunk változásai különböző mértékben, hosszabb vagy rövidebb távon átalakíthatják mindennapi életünk tevékenységeit, szokásait, de hatással lehetnek társas kapcsolatainkra is. Számos tudományterület – különösen a magatartástudományok – több évtizede kutatják, hogy az emberek hogyan reagálnak egészségi állapotukra vagy betegségeikre, mit, hogyan és miért tesznek a kedvező helyzet megőrzése, a javulást hozó változás érdekében, vagy éppen milyen elhárító mechanizmusokat alkalmaznak. A vizsgálatok fő célja, hogy megértsük ezt az emberi viselkedést, a mögötte álló motivációkat, a viselkedést befolyásoló egyéni, közösségi és társadalmi tényezőket, lehetőségeket. E kutatások lényegre törő összefoglalását tartalmazza a fejezet, fókuszba helyezve a magyar lakosság egészség- és rizikómagatartására jellemző adatokat, folyamatokat.

II.2. Az egészségmagatartás fogalmi háttere

II.2.1. Az egészségmagatartás fogalma

Az egészségmagatartás fogalmát a XX. század óta számos kutató határozta meg, többé-kevésbé

tartalmilag hasonló módon. Az egyik lényeges különbség ezekben a definíciókban az, hogy miképp oszlik meg a felelősség az egyén, a közösség és a társadalom egésze között, míg abban is különbséget találunk, hogy milyen erőforrásokra és motivációkra lehet építeni az emberek egészségéért végzett tevékenységek kialakításánál és fenntartásánál.

Írásunkban Harris és Guten gyakran idézett definícióját alkalmazzuk, miszerint az egészségmagatartás azoknak az egyéni viselkedéseknek és attitűdöknek az összessége, amelyek célja, hogy az egyén fenntartsa, elősegítse vagy helyreállítsa az egészségi állapotát, függetlenül attól, hogy a követett magatartás hatékony-e, ténylegesen kedvezően befolyásolja-e az egészségi állapotot [2].

A mindennapi életünket megfigyelve is tapasztalhatjuk, hogy az emberek többsége úgy gondolja, hogy egészségi állapotának alakulását érdemi módon tudja befolyásolni, aktív szerepet tud vállalni az egészségben eltöltött életévek hosszának növelésében. Egyesek már kisgyermekkorától tanulják és követik, hogy megismerjék az egészséget támogató szokásokat, másokat csak egy súlyos betegség vezet el a szokások kialakításához és fenntartásához. Ugyancsak kutatások sora igazolta, hogy – társadalmanként eltérő mértékben ugyan –, de az emberek egy része rendszeresen, rutinszerűen, mások alkalmanként vagy ötletszerűen cselekszenek az egészségük védelme érdekében, meglehetősen széles tevékenységi skálán és gyakran a viselkedést befolyásoló különböző szocio-demográfiai tényezők – az egyén neme, életkora, iskolai végzettsége, munkaerőpiaci pozíciója vagy anyagi, jövedelmi helyzete – is jelentős hatást gyakorolnak a választott viselkedésre.

Kasl és Cobb [3] az egészségmagatartás három típusát különíti el: a preventív magatartást, a betegségmagatartást és a betegszerep-magatartást. A preventív egészségmagatartás magában foglal minden olyan tevékenységet, amelynek a célja, hogy az önmagát egészségesnek tartó egyén megelőzze a betegségeket, egészségproblémákat (ilyen cselekvések például a rendszeres fizikai aktivitás, a dohányzás elkerülése, az egészséges táplálkozás). A betegségmagatartás ezzel szemben az önmagukat betegnek érző egyének olyan tevékenységeit jelenti, amelyek célja a betegség pontos meghatározása, a gyógymód keresése. A betegszerep-magatartás szintén a betegekhez kötődik, de célja a betegségből való felépülés – ide tartozik például a különböző kezeléseken való részvétel, az orvossal, egészségügyi szakdolgozókkal való együttműködési hajlandóság. E magatartásformákat e tanulmány szerzői „problémafókuszúnak” nevezik, mivel a jövőben potenciálisan bekövetkező, vagy egy már meglévő problémára reagálnak, megoldást is keresve rá.

Az egészségmagatartást értelmezhetjük úgy, mint egészséggel kapcsolatos, illetve mint egészségre irányuló magatartást [3]. Az előbbi általában nem tudatosan az egészségre irányul, de nem szándékolt következményként az egészségi állapotra is hatással van. Ha például valaki csak azért gyalogol naponta fél órát a munkahelyére, mert nincs autója, a testmozgás akkor is ugyanolyan jótékonyan hathat az egészségre, mintha azért gyalogna, mert ismeretei szerint a rendszeres mozgás csökkentheti számos betegség kialakulásának valószínűségét. A cselekvések egy másik, kifejezetten tudatosan az örömet kereső, ám hatásában az egészségre irányuló magatartást – szintén a saját elnevezésünk szerint – „hedonistafókuszúnak” tartjuk. A hedonista kifejezést nem a túlzásba vitt örömek, élvezetek keresése jelentésben használjuk, hanem abban az értelemben, amely az emberi viselkedés fő mozgatórugóját az örömben keresi, és számos filozófiai, vallási irányzatban, kultúrában és szubkultúrában is megjelenik. Ezek minden esetben – az örömek megélése mellett – célzottan az egészség fenntartását vagy javítását hivatott elősegíteni.

A kétfajta megközelítés (a problémafókuszú és a hedonistafókuszú) nem zárja ki egymást, szerencsés esetben kapcsolódnak. Gondoljunk csak a táplálkozásra, mely az energiapótlás, a szükséges tápanyagösszetevők bevitele mellett élvezeti értékkel is bír, főként, ha ez a társas tevékenység iránti szükségleteinket is szolgálja. A „problémafókuszú” közelítés pedig át is fordulhat „hedonistába”: pl. amikor a testedzés, a sportolás már nem csak jövőbeli betegségek megelőzésére, vagy a jelenlegiek szintentartására, javítására szolgál, hanem beépülve az idegpályákba, szokásmintává válik, és a „hormonéhség” (pl. endorfin, adrenalin stb.) is előhívja a testmozgás ismétlését. Mint minden szokásnak – túlzásba vite – természetesen ezeknek is van hátulütője, pl. ha démonizáljuk az étkezést (anorexia, bulimia) vagy függővé válunk a testedzéstől.

Az egészségmagatartást gyakran egyéni szintű viselkedésként közelítik, de – különösen a társadalomtudományok felfogásában – az egészségmagatartás csoportok vagy populációk szintjén is mérhető és elemezhető [4; 5; 6].

Az egészségmagatartás tevékenységei lehetnek preventív jellegűek, ami az egészség megőrzését, sok esetben fejlesztését is eredményezheti, és lehet kockázatot hordozó, az egészséget rövidebb vagy hosszabb távon veszélyeztető rizikómagatartás is [7]. A preventív egészségmagatartást a tudatosság jellemzi, ide sorolható például az egészséges táplálkozási szokások kialakítása és fenntartása, a rendszeres fizikai aktivitás, a mértékletes alkoholfogyasztás, a környezetszennyezés kerülése, a balesetmegelőzéshez kapcsolódó szokások, a betegségek megelőzését vagy időben történő felfedezését szolgáló orvoshoz fordulás. Az egészségre káros hatással bíró magatartásformákat – például a rendszeres dohányzást, a túlzott mértékű alkoholfogyasztást, a fizikai inaktivitást, az elhízást eredményező táplálkozási szokásokat, a kockázatos, nem biztonságos szexuális viselkedést, a nem megfelelő stresszkezelést – nevezzük kockázati vagy rizikómagatartásnak.

A preventív és a kockázatkereső magatartás azonban gyakran csak egy modellben különíthető el élesen. A sporttevékenységek egy része kifejezetten kockázatokat növelő: gondoljunk csak a síelésre, snowboardra, vagy bármely atlétikai sportágra, amelyek magukban hordozzák a sérülés, a baleset kockázatát, nem szükséges ahhoz még extrém sportot sem művelni. Az orvosi beavatkozások – legyenek azok akár preventív célúak is –, szintén jelenthetnek kockázatot az egyén egészségkárosodása szempontjából (pl. a fertőzések és egyéb iatrogén ártalmak miatt). A példák sora folytatható, de ezekkel nem a preventív célú egészségmagatartások fontosságát kérdőjelezzük meg. Kétségtelen, hogy egy kirándulás is hordozhat kockázatokat (a megfázástól a kullancscsípésen át a súlyosabb balesetekig), mégis azt gondoljuk, hogy a kanapén való évekig tartó ücsörgés sokkal nagyobbakat hordoz magában az egészségi állapot kimenetele szempontjából.

Az egészséget kedvező irányba befolyásoló magatartások további két dimenzió mentén is jellemezhetők: egyrészt az egyszerűen, könnyen végrehajtható vagy összetett, komolyabb erőfeszítéssel, esetleg kellemetlenséggel is járó magatartások dimenziójával, másrészt pedig az adott viselkedés megkívánt gyakoriságának dimenziójával. Kisebbségi megterhelést jelenthet például a napi vitamin bevétele vagy esetleg a rutineljárásban lefolytatott szűrővizsgálatokon való részvétel. Nagyobb erőfeszítést igénylő tevékenységek lehetnek például a rendszeres testedzés megvalósítása, a dohányzás csökkentése, elhagyása vagy az étkezési szokások megváltoztatása. Gyakoriság tekintetében pedig beszélhetünk az egyszeri, illetve az időnkénti ismétlést igénylő egészségvédő tevékenységekről, valamint a gyakran vagy folyamatosan végzendő cselekvésekről.

II.2.2. Egészségmagatartás elméletek

Az egészségmagatartással kapcsolatban számos elméletet és modellt dolgoztak ki, melyek közül három fő modelltypust mutatunk be: az *egészség-hiedelem elméletet* [8], a *társadalmi kognitív elméletet* [9], illetve a *tervezett cselekvés elméletet* [10].

Az *„egészség-hiedelem modell”* (Health Belief Model, HBM) kidolgozása Rosenstock és Hochbaum nevéhez fűződik, akik az 1950-es években azt vizsgálták, milyen szociálpszichológiai indoka lehet annak, hogy az emberek nem vesznek részt TBC-szűrésen, amikor egy gyógyítható betegség detektálásáról van szó, ráadásul még különösebb energiabefektetést sem igényelt a vizsgálat, mert a szűrőbuszok alkalmazása miatt nem kellett sokat utazni a lakosoknak. A HBM modell szerint az emberek akkor hajlandóak tenni az egészségükkel kapcsolatban, ha úgy érzik, hogy hajlamosak valamilyen betegségekre, amely várhatóan súlyos következményekkel jár vagy ha van olyan lehetséges magatartás, cselekvés, aminek a segítségével csökkenthető a betegségekre való hajlam vagy az állapot súlyossága. Emellett növelheti az aktivitást, ha előnyökkel jár a cselekvés, illetve, ha a cselekvés költségei, nehézségei nem múlják felül az elérhető előnyöket [11].

A *„társadalmi kognitív elmélet”* (Social Cognitive Theory, SCT) Miller és Dollard szociális tanulás elméletére épül. Bandura ezt továbbfejlesztve, a megfigyelés általi tanulás és a megerősítés elemeit is beépítve arra próbált magyarázatot találni, hogy az emberek hogyan alakítanak ki, illetve követnek bizonyos magatartási mintákat. Ehhez egy háromtényezős modellt dolgozott ki, amely azt mutatja meg, hogy egy megfigyelt magatartás követését miképpen befolyásolja a személyes, a magatartási, illetve a környezeti tényezők interakciója. Megállapítása szerint a személyes faktor arra vonatkozik, hogy az egyén mennyire hisz abban, hogy képes az adott viselkedést követni; a magatartási faktor azt a választ jelenti, amit az egyén kap egy cselekvés végrehajtásakor; a környezeti faktor pedig a szociális vagy fizikai környezet hatását mutatja arra vonatkozóan, hogy mennyire képes az egyén sikeresen végrehajtani egy cselekvést. A három tényező folyamatosan hat egymásra. A megfigyelés általi tanulásnál a személy nemcsak azt nézi, hogy egy másik személy hogyan hajt végre egy cselekvést, hanem azt is, hogy eközben milyen megerősítést kap [9]. A szociális kognitív elmélet érték- és elvárásalapú megközelítés: az egészségmagatartással kapcsos-

latban az értéket a betegségek elkerülése, illetve az egészség megőrzése vagy javítása jelenti, míg az elvárás arra vonatkozik, hogy egy adott viselkedés, cselekvés megelőzhet egy betegséget vagy javíthatja az egészségi állapotot [11].

A „*tervezett cselekvés elmélete*” (Theory of Planned Behavior, TRA) az észszerű cselekvés elméletére (Theory of Reasoned Behavior, TRB) épül, amely szerint az attitűdöt a magatartási szándék, illetve az egészséggel kapcsolatos tevékenységekkel és eredményükkel kapcsolatos elképzelés és meggyőződés határozza meg. A tervezett cselekvés elmélete ehhez hozzáteszi, hogy az egészségmagatartás nem csupán egyéni törekvés, hanem jó gyakorlat a viselkedés szabályozására is, valamint felhívja a figyelmet a hiedelmek jelentős szerepére, amelyek a szándék és a tényleges magatartás előfutárai. Az elmélet oksági láncot feltételez a magatartási - a normatív - és a kontrollhiedelmek, valamint a magatartási szándékok és az attitűdőkön, szubjektív normákon és a vélt kontrollon keresztül megvalósult magatartás között. A szándékolt cselekvés elméletének Montano és Kasprzyk által továbbfejlesztett változata az integrált magatartási modellt, amelyben a szándék kap kiemelt szerepet a magatartás kialakulásában, de négy másik tényező is közvetlenül hat a magatartásra: a viselkedéshez szükséges tudás és készség, a szokások, a környezeti korlátok (vagy azok hiánya), illetve az, hogy a magatartás fontos legyen az egyén számára. A magatartási szándékot három tényező, az attitűd (mind a tapasztalati, mind az instrumentális), a vélt normák, illetve a személyi összetevő – a vélt kontroll és az önhatékonyosság – befolyásolják [11].

Végül érdemes még megemlítenünk Okechukwu és munkatársai [12] modelljét, amely társadalmi kontextusban vizsgálja, hogyan változtatható az egészségmagatartás. A modell abból indul ki, hogy bár az egészségmagatartás egyéni jellemző, mégis az egyénen kívüli interperszonális, családi, történeti, szociális, politikai és egyéb tényezők befolyásolják a realizálódását. A társadalmi-gazdasági alapjellemezők, mint például a nem, az életkor, a társadalmi osztály, az etnikum, az anya-

nyelv, a születési hely, több tényező módosításán keresztül hatnak. Ezek, azaz az interperszonális tényezők (például anyagi körülmények, társas kötődések, a baráti hálózat kiterjedtsége, a családi szerepek, felelősségek), a szervezeti tényezők (például munkahelyi légkör, társadalmi tőke), lakóhelyi tényezők (például lakókörnyezet biztonsága, szomszédsági kapcsolatok, közlekedési lehetőségek) illetve az esetleges diszkrimináció, mint társadalmi tényező azok, amelyek egyaránt befolyásolhatják az egyéni jellemzőket. Mindehhez hozzájárulnak még az egyéni (önhatékonyosság, attitűdök, hiedelmek, ismeretek, szándékok) illetve a szociális (társadalmi normák, társas támogatottság, szervezeti környezet) közvetítő mechanizmusok [13].

II.2.3. Az egészségmagatartást befolyásoló társadalmi tényezők vizsgálata

Az egészségmagatartás egyaránt formálja az egyének és szélesebb körben a társadalom tagjainak egészségét és jóllétét. Az eddigiekben az egyéni viselkedést állítottuk a középpontba, de az egészséget befolyásoló magatartásmódok nem elkülönülten, hanem mindig egy komplex, nagyobb egész részeként működnek.

Az elmúlt évtizedekben az egészséget meghatározó társadalmi tényezők iránti tudományos és politikai érdeklődés jelentősen megnőtt. A kutatók egyetértenek abban, hogy a lakosság egészségi állapotában megjelenő különbségeket nem az egészségügyi rendszer működésének jellemzői határozzák meg elsődlegesen, hanem az adott természeti és társadalmi környezetben kialakítható életmód, az ezt befolyásoló egyéni szocio-demográfiai tényezők (nem, életkor, iskolai végzettség, munkaerőpiaci aktivitás, anyagi, jövedelmi helyzet), valamint az egészséggel kapcsolatos ismeretek, hiedelmek, szokások, motivációk. [14; 15].

Az egészségmagatartás és a beavatkozási lehetőségek kutatásainak első időszakában jellegzetes volt az a megközelítés, hogy az egészségmagatartás egyéni választás és személyes felelősség kérdése, így a változtatást segítő beavatkozás fő társadalmi eleme az egészségi hiedelmek és csele-

kedetek megváltoztatására irányuló oktatás [16]. Mindezt az információk közvetítésével képzelték (és még képzelik ma is sokan), annak ellenére, hogy önmagában a tájékoztatás bár szükséges, de nem elégséges feltétele a kívánatos cselekvések kiváltásának és fenntartásának.

Az 1970-es évektől az egészségpszociológiai megközelítések hangsúlyozták, hogy az egyéni viselkedést a társadalmi környezetbe helyezve szükséges vizsgálni, figyelembe véve a választást korlátozó kényszereket, a társadalmi érték- és normarendszer, valamint a társadalmi struktúrát kialakító egyenlőtlenségi rendszer és a hatalmi viszonyok jellemzőit. Megállapítható ugyanis, hogy az egészségmagatartás egyéni szinten valósul meg, de a közösségi (mezo) és a társadalmi (makró) szint alakítja azt [14]. A társadalom makroszintjéhez sorolhatjuk pl. a munkaerőpiaci viszonyokat, az egészségügyi ellátó rendszert, a mezoszint alatt pedig azokra a közeli interperszonális kapcsolatokra gondolhatunk, amelyekben az emberek a mindennapi életüket élik: családok, baráti kapcsolatok, munkahelyek, vallási közösségek stb. Kutatások igazolják, hogy az egészségmagatartás alakulását jelentősebb mértékben befolyásolja a mezoszint – pl. a családi szocializáció, a kortárskapcsolatok, az iskolai és munkahelyi környezet –, de mindezekre jelentős mértékben hatnak a makroszint egyenlőtlenségi viszonyai – pl. szegénységi arányok, alacsony iskolai végzettség, munkanélküliség –, az egészség értéként való megjelenése és ezek viselkedési normákban való kifejeződése. A mezoszint esetében gondoljunk például a családban követett táplálkozási szokásokra, a kortárs csoportok hatására kialakult dohányzásra, a munkahelyi környezetben működő stresszkezelési módszerekre. Makroszinten pedig példaként említhetjük, hogy bár a magyar társadalom tagjai nagyon fontos értéknek tartják az egészséget, a jelentős kockázatot hordozó súlyos mértékű alkoholfogyasztás gyakori és jól tolerált viselkedés, vagy a dohányzási szokások is nagyon nehezen változtatható rizikómagatartást jelentenek a magyar népesség körében. Még annak ellenére is így van, hogy az 1999. évi XLII. és a 2011. évi XLI. törvények megfogal-

mazták és szabályozták a nemdohányzók védelmében tett intézkedéseket, pl. a dohányzás betiltását a munkahelyeken, közlekedési eszközökön, a hozzáférés korlátozását a 18 év alattiak körében. Az Európai Lakossági Egészségfelmérések eredményei szerint azonban, a dohányzás prevalenciájában sajnálatos módon nem tapasztalható jelentős csökkenés Magyarországon.

II.2.4. Az egészségmagatartás változására irányuló beavatkozások

Az egészségmagatartás elméleteire épülő beavatkozások kapcsán három lényeges kérdés merül fel: mi lehet a beavatkozás alapja és motivációja, hogyan történhet a viselkedés megváltoztatása, és miképpen tartható fenn a megváltozott viselkedés. Ehhez próbálunk praktikus tanácsokat adni az egészségmagatartás-változás megvalósítása terén, melyeket saját magunk és a kliensekkel való foglalkozás során is hasznosíthatunk:

- Az egészségmagatartási beavatkozások fejlesztésére tett kísérleteink egyik gyakori problémája az, hogy bár meghatározzuk, hogy mit kell megváltoztatni a viselkedés átalakulásához, de elmarad a konkrét, akár mérhető módon nyomon követhető lépések megtervezése, vagyis az, hogy hogyan változtassuk meg ezeket a fennálló viselkedésmintánkat.
- Az egészségmagatartás változtatása során gyakran kerülhetünk abba a helyzetbe, hogy több viselkedéses beavatkozást javasolunk az általános egészségi állapot javításának céljából. Ilyen lehet például, ha egyidejűleg kívánunk változtatni a dohányzási, a táplálkozási és a fizikai aktivitáshoz köthető szokásainkon. Ezen a területen végzett kutatások arra a következtetésre jutottak, hogy a mérsékelt számú ajánlást célzó beavatkozások eredményezték a legnagyobb változást. Ezt azzal magyarázták, hogy azok a beavatkozások, amelyek egyetlen viselkedés megváltoztatására irányulnak, növelik a szándék erejét az adott magatartás iránt, és hatékonyabbak lehetnek, ha az egyéneket arra ösztönzik, hogy prioritásként kezeljék ezt a viselkedésmódosítási célt más versen-

gó célokkal szemben.

- Az egészségmagatartás megváltoztatására irányuló célok mellett nagyobb hangsúlyt érdemes fektetni az újonnan kialakult egészségmagatartás fenntartására, hiszen az egészségi állapot javulása elsősorban a hosszabb ideig tartó beavatkozásokhoz kapcsolódnak. Egészségfejlesztő szakemberként az egészségmagatartás fenntartását meghatározó tényezők nagyobb megértésére szükséges törekedni, hiszen valószínű, hogy ezek sok esetben eltérnek az egészségmagatartás-változás megindításakor jellemző tényezőktől. Ezen túlmenően, bár a fenntartó magatartás egészségügyi előnyei a legszorosabban összefüggenek a hosszabb időn át tartó következetes teljesítménnyel, ezeknél a viselkedéseknél gyakoriak lehetnek a megszakítások vagy a tartós visszaesések. Elengedhetetlen ezért a folyamatos motiváció és az önhatékonyság fejlesztése, a pszichológiai és fizikai erőforrások, a szokások, valamint a környezeti és társadalmi hatások támogató erejének hangsúlyozása.

II.3. Az egészségmagatartás protektív tényezői

Az elméleti összefoglaló után nézzünk néhány konkrét adatot arról, hogyan is jellemezhető a magyar lakosság egészségmagatartása. Mint ahogyan azt már említettük, alapvetően két fő típusba sorolhatóak az egyes egészségmagatartási, életmódbeli tényezők: egyrészt beszélhetünk az egészség megőrzését vagy fejlesztését lehetővé tevő védőfaktorokról, azaz protektív tényezőkről, másrészt ugyanilyen hangsúlyosak az egészséget károsító kockázati magatartásformák.

A protektív tényezők egy része társadalmi védőfaktor, mint például a társas támogatás (beleértve a család támogató funkcióját is), a társadalmi tőke (a bizalom) vagy a vallás. Mindezek mellett számos pszichológiai vonás szintén hozzájárulhat az egészség megőrzéséhez, ezek közül kiemelkedik az optimizmus, az étellel való elégedettség, az élet értelmébe vetett hit, az énhatékonyság, az önszabályozott viselkedés, vagy pedig a jövőorientáció [17].

Szintén fontos tényező az egészségtudatosság, azaz annak felismerése, hogy a saját egészségünkért mi magunk is felelősek vagyunk – egészségtudatosság híján lehetetlen volna a már kialakult egészségmagatartási szokásainkon változtatni.

Jelen fejezetben most az életmódhoz szorosabban köthető védőfaktorokba nyújtunk betekintést, kiemelve a testmozgás és a táplálkozás területét, végül megvizsgáljuk azt is, hogy az egészségügyi ellátórendszer preventív szolgáltatásait milyen arányban veszi igénybe a magyar lakosság.

A 2019-ben végzett Európai lakossági egészségfelmérés [6] adatai alapján úgy tűnik, hogy a magyar lakosság többsége tudatában van saját felelősségének e téren, hiszen 26%-uk úgy gondolja, hogy nagyon sokat, további 58%-uk, pedig, hogy sokat tehet saját egészségéért. Az elméleti tudás azonban sokszor nem mutatkozik meg a mindennapi életben, mint az a testmozgásra, illetve a táplálkozási szokásokra vonatkozó adatokból kiderül.

II.3.1. Fizikai aktivitás

A megfelelő mennyiségű és minőségű fizikai aktivitás az izom- és csontrendszerre, a szív- és érrendszerre, a légzőrendszerre, illetve az endokrin rendszerre egyaránt jótékonyan hat, ezáltal csökkenti a korai halálozást, a szív- és érrendszeri megbetegedéseket, a magas vérnyomást, a vastagbélrák és a cukorbetegség esélyét [18]. A fizikai jóllét mellett a testmozgás a mentális egészség fenntartásában is nagy szerepet játszik, hiszen segíthet a stressz leküzdésében, az önbecsülés növelésében, az alvási nehézségek legyőzésében.

Az Egészségügyi Világszervezet ajánlása szerint hetente legalább 150 perc fizikai aktivitásra van szükség ahhoz, hogy a mozgás előnyei érvényesüljenek. Egyes becslések szerint az európai felnőttek mintegy harmada fizikailag inaktívnak tekinthető [19].

Az ELEF2019 adatai szerint a felnőtt magyar népesség kevesebb mint negyede végez legalább heti 150 perc szabadidős testmozgást, a férfiak 27%-a, a nők 21%-a. Az életkor számottevően befolyásolja a sportolási szokásokat: a 15-34 éves

férfiak 42%-a végez megfelelő testmozgást, a 35-64 éveseknek már csak 22%-a, 65 évesek és idősebbek csoportjában pedig 17%. A nőknél már a fiataloknál is csak 30% a sportolók aránya, ez csökken le a középkorúaknál 22%-ra, az időseknél pedig 11%-ra. A jobb anyagi helyzet egyértelműen növeli annak az esélyét, hogy valaki megfelelő testmozgást végezzen, miképpen az iskolázottság is. Ez utóbbi esetében az érettségi jelent választóvonalat: a legfeljebb 8 osztályt végeztek és a szakmunkás-bizonyítvánnyal rendelkezők egyaránt kevesebbet mozognak szabadidejükben, mint az érettségizettek és a diplomások. A szabadidős mozgás mellett nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt sem, hogy a mindennapjaink jelentős hányadát kitevő munkavégzés során mennyire vagyunk aktívak fizikailag. A felmérés eredményei szerint az emberek 40%-a nagyrészt ül, 11%-a egy helyben áll, 42%-a többnyire sétál, könnyű mozgást végez munkája során, 7%-a pedig nehéz fizikai munkát végez.

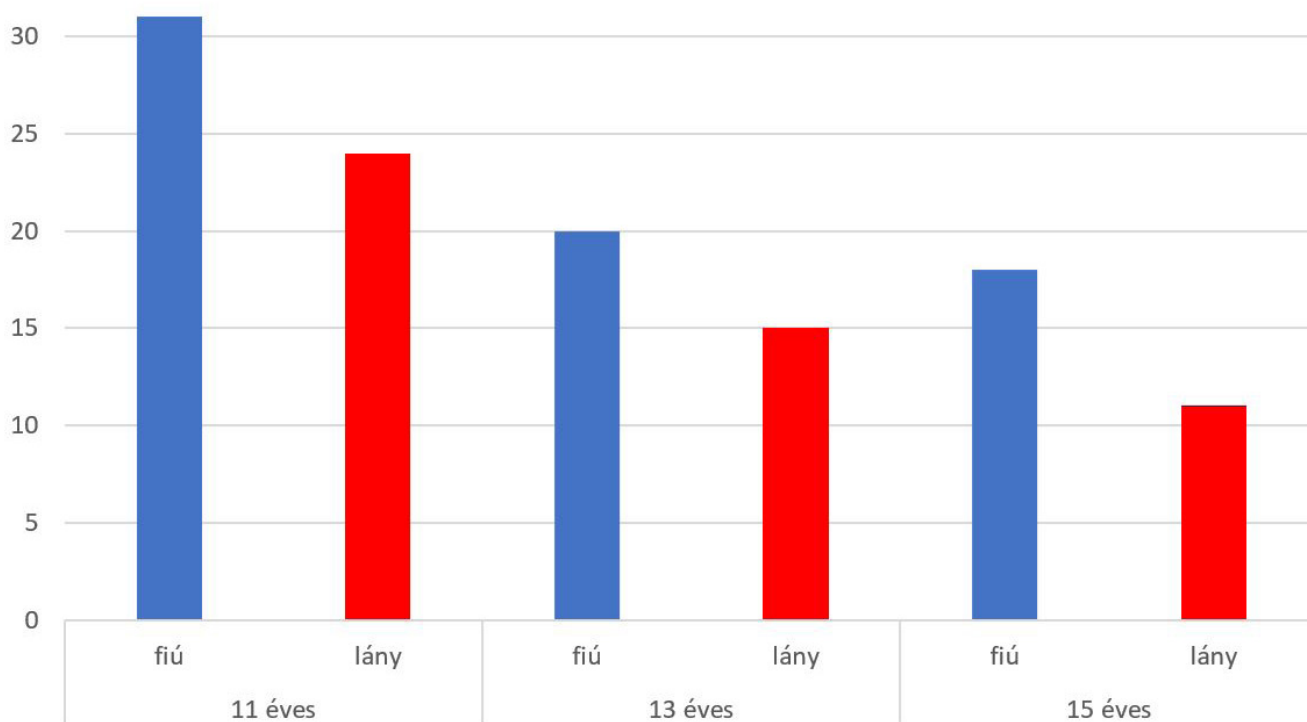
A fiatalokra az eltérő fizikai sajátosságok miatt más ajánlások vonatkoznak: ideális esetben naponta legalább egy óra mérsékelt testmozgást,

illetve heti 4 alkalommal intenzív testmozgást kellene végezniük. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása [20] elnevezésű, négyévenként elvégzett nemzetközi kutatás 2018-as magyar adatai szerint a fiúk a felmérésben résztvevő mindhárom korosztály (11, 13 illetve 15 évesek) esetében gyakrabban sportolnak, mint a lányok, de az előző felméréshez (2014) képest szűkült a két nem közötti olló, mivel a fiúk esetében csökkent a gyakoriság, a lányoknál viszont nem volt változás. Az II.1. ábrán az is látható, hogy az életkor előrehaladtával rohamosan csökken az ajánlásoknak megfelelő időtartamban testmozgást végzők aránya.

II.3.2. Táplálkozási szokások

Az egészséget közvetlenül befolyásoló életmódbeli tényezők közé tartozik a táplálkozás is.

A táplálkozási szokások napjainkban igen gyakori változásokon mennek keresztül: az iparosodás, az urbanizáció, a gazdasági fejlődés és a piacok globalizációja egyre gyorsítja a változások ütemét. Az életszínvonal és a szolgáltatásokhoz való hozzáférés szintje ugyan általánosságban növekedett, de a változásoknak hátulütői is vannak: a



II.1. ábra: A naponta 60 perc testmozgást végzők aránya nem és korcsoport szerint 2018 (%)

Forrás: HBSC [20]

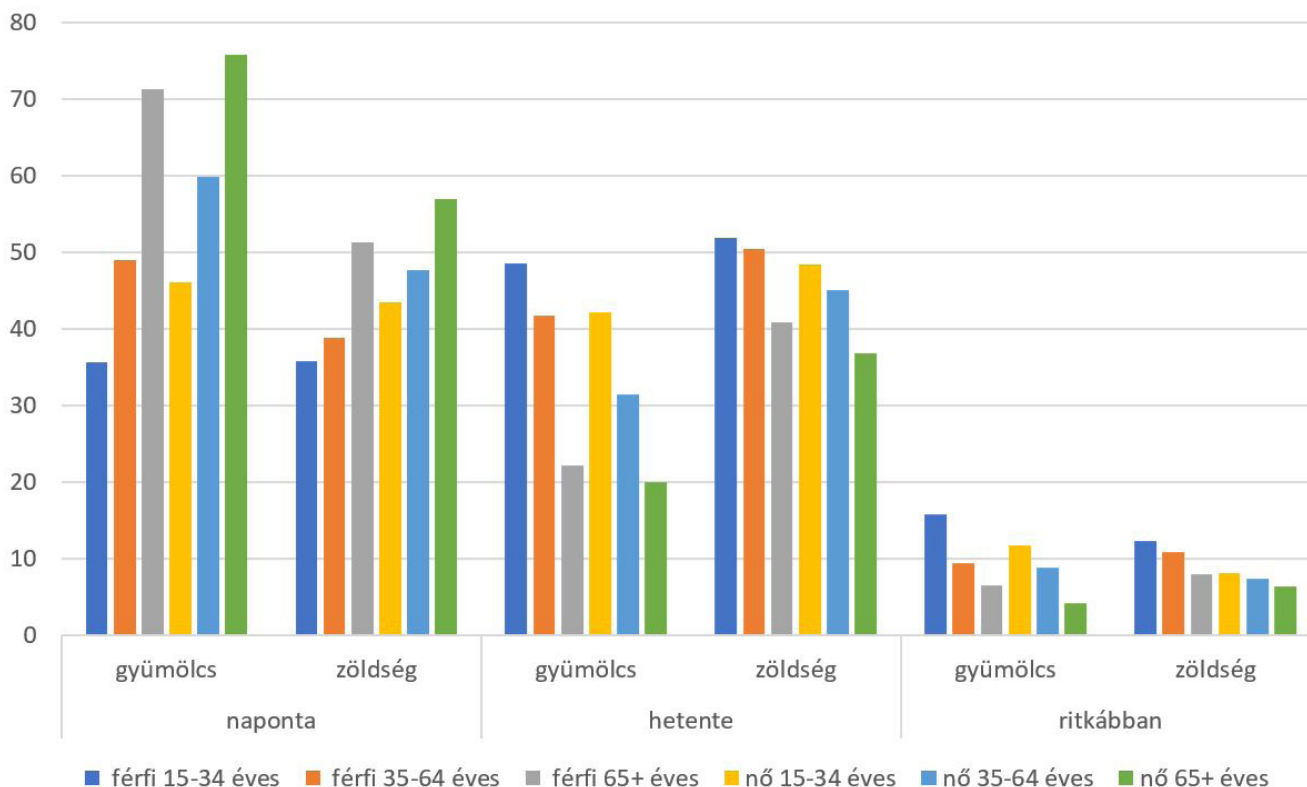
fizikai aktivitás csökkenése és a nem megfelelő tápanyagbevitel könnyen elősegítheti bizonyos krónikus betegségek kialakulását. Világszerte problémát okoz az energiadús, zsírban (főleg telített zsírsavakban) gazdag, és komplex szénhidrátokban szegény táplálkozás, ami a fizikai tevékenységek háttérbe szorulásával, alacsonyabb energiafelhasználással párosul.

A „nyugati” étrend kialakulásának számos biológiai, kulturális, életmódbeli és gazdasági oka is van. A legtöbb kutató egyetért abban, hogy a gazdasági okok közé tartozik az ételmezőrendszer átalakulása, amely mögött az ételmezőtermelési, szállítási és marketing technológiák globalizációja húzódik meg. Ennek eredményeként az ételmezőtermékek feldolgozottsági szintje a friss alapanyagokról és termékekről egyre inkább a magas feldolgozottsági szint felé tolódik. Az ultrafeldolgozott ételmezőtermékek (mint például üdítőitalok, sós rágcsálnivalók, édességek, hús-készítmények, csomagolt készételek, instant levesek) általános előretörése növeli az energiabevitelt, a szénhidrát, a hozzáadott cukor és a telített zsírok fogyasztását,

de csökkenti a szervezet számára fontos rostok, vitaminok és ásványi anyagok bevitelét [21].

A táplálkozási ajánlások változnak, de a tekintetben hosszú ideje konszenzus alakult ki, hogy a zöldség- és gyümölcsfogyasztás rendkívül fontos az egészség szempontjából. A rendszeres napi zöldség- illetve gyümölcsfogyasztás szignifikánsan csökkenti a halálozások kockázatát, főleg a szív- és érrendszeri betegségek esetében.

Az ELEF2019 eredményei szerint a felnőtt lakosság több mint fele (a nők 61, a férfiak 49%-a) naponta legalább egyszer evett friss gyümölcsöt. A fogyasztási gyakoriság a legidősebb korosztályban volt a legmagasabb: a 65 éves és idősebbek háromnegyede iktatta be napi étrendjébe a gyümölcsöt. A fiatal férfiaknak viszont csak harmada, a fiatal nőknek is kevesebb mint fele tartozott a rendszeres gyümölcsfogyasztók közé (II.2. ábra). A friss zöldségek fogyasztása valamivel népszerűtlenebb volt a gyümölcsöknél, a férfiak 43, a nők 49%-a fogyasztotta napi rendszerességgel.



II.2. ábra: Gyümölcs- és zöldségfogyasztás gyakorisága, nem és korcsoport szerint, 2019 (%)

Forrás: ELEF2019 [6]

A gyümölcs- és zöldségfogyasztás az iskolai végzettséggel is összefüggésbe hozható: a legfeljebb 8 osztályt elvégzők 52%-a eszik naponta gyümölcsöt, 40%-a pedig zöldséget, a felsőfokú végzettségűek 58, illetve 48%-a.

II.3.3. Preventív célú orvoshoz fordulás

A protektív egészségmagatartás részét képezi az is, ha valaki megelőzési célból vesz igénybe egészségügyi szolgáltatásokat. Magyarországon többféle szűrési program működik az állam által koordináltan, ezek közül kiemelkedik az emlő- illetve a méhnyakrák-szűrés, amelyek azért bírnak különös jelentőséggel, mert a daganatos halálozás igen magas értékeket mutat hazánkban. A méhnyakrákszűrésen a 20-69 év közötti nők számára ajánlott a rendszeres (legalább 3 évenkénti) részvétel. Az ELEF2019 adatai szerint az e korosztályba tartozó nők 74%-a vett részt a vizsgálaton 3 éven belül, ez azonban csökkenést mutat az előző felmérés (2014) adataihoz képest, amikor még 79% volt ez az arány. Azt is meg kell jegyeznünk, hogy a szűrések 39%-a magánellátásban történik, nem pedig az állami szűrőprogramban.

Szakmai ajánlás szerint a 45 és 60 év közötti nőknek a korai felismerés érdekében két évente ajánlatott részt venniük emlőrontgenen, azaz mamográfiai vizsgálaton. A középkorú nők fele volt ilyen jellegű vizsgálaton a 2019-es felmérést megelőző két év alatt. A részvétel erős összefüggést mutatott az iskolai végzettséggel illetve a jövedelemmel is: a kedvezőbb anyagi helyzetben lévők, illetve a magasabb iskolázottságúak nagyobb arányban mentek el mamográfias vizsgálatra.

A másik nemre vonatkozóan is ajánlott a szűrés: az ajánlások szerint az 50 év feletti férfiaknak évente részt kellene venniük prosztatatarák szűrésen. A 65 éves és annál idősebb korosztály 28%-a jelent meg egy éven belül szűrésen, ugyanakkor 39%-uk még soha nem volt ilyen vizsgálaton. Az iskolázottság hatása ebben az esetben is jelentős: míg az alapfokú végzettségű férfiak 7%-a vett részt időben a szűrésen, a középfokú végzettségűeknek a 12%-a, a diplomásoknak pedig 18%-a – még ez utóbbi is nagyon alacsony értéknek számít.

II.4. Az egészségmagatartás rizikótényezői

A protektív tényezők mellett vessünk egy pillantást az egészségi állapotra ható kockázati faktorokra is. Az közismert, hogy a magyar lakosság meglehetősen kedvezőtlen megbetegedési és halálozási adatokkal jellemezhető, ezek háttérében pedig, ha nem is kizárólagosan, de jelentős mértékben a kedvezőtlen egészségmagatartási, életmódbeli tényezők állnak. Jelen fejezetben az egészségre leginkább ható két káros szokást, a dohányzást és az alkoholfogyasztást mutatjuk be.

II.4.1. A dohányzás

A kockázati magatartásformák közül a dohányzás okozza a legnagyobb egészség-károkat. A dohányosok körében gyakoribb a daganatos, a szív- és érrendszeri, illetve a légzőszervi megbetegedések előfordulása, emiatt – a WHO becslése szerint – a dohányosok mintegy fele idő előtt hal meg, nemdohányzó kortársaiknál átlagosan 14 évvel korábban. Az egyéni életkilátások rontása mellett a dohányzás növeli az egészségügyi kiadások volumenét is, illetve a betegségek miatt kieső munkanapok csökkentik a gazdasági mutatókat. A dohányzás hatásai évtizedek óta jól ismertek, nemcsak a szakemberek, hanem a laikusok körében is, sőt a dohányosok nagy része is tisztában van a kockázatokkal. Ha a világ összességét nézzük, akkor azt láthatjuk, hogy a dohányzók aránya az utóbbi 40 évben csökkenésnek indult, viszont abszolút számukat tekintve, a növekvő népesség miatt, ma már mintegy 1,3 milliárd dohányosról beszélhetünk a világban, ami több mint félmilliárdos növekedést jelent 1980-hoz képest.

A legfrissebb magyar adatok, azaz az ELEF2019 eredményei alapján a felnőtt lakosság negyede dohányzik napi rendszerességgel. Ez a gyakoriság ugyan még mindig magasnak tekinthető, de az elmúlt két évtizedben mégis mérsékelt javulás tapasztalható. A csökkenés inkább a férfiakra jellemző, náluk is főleg a fiatal és középkorú korosztályba tartozókra. A nőknél a fiatal korosztályban megtorpanni látszik az elmúlt években kezdődött visszaesés, 2019-ben 3 százalékponttal több 18-34 éves nő dohányzott, mint öt évvel korábban. A legidősebb korosztályban pedig határozott nő-

vekedés figyelhető meg, így a két nem közötti különbség a 65 éves és idősebb korosztályban lényegében eltűnt (II.3. ábra).

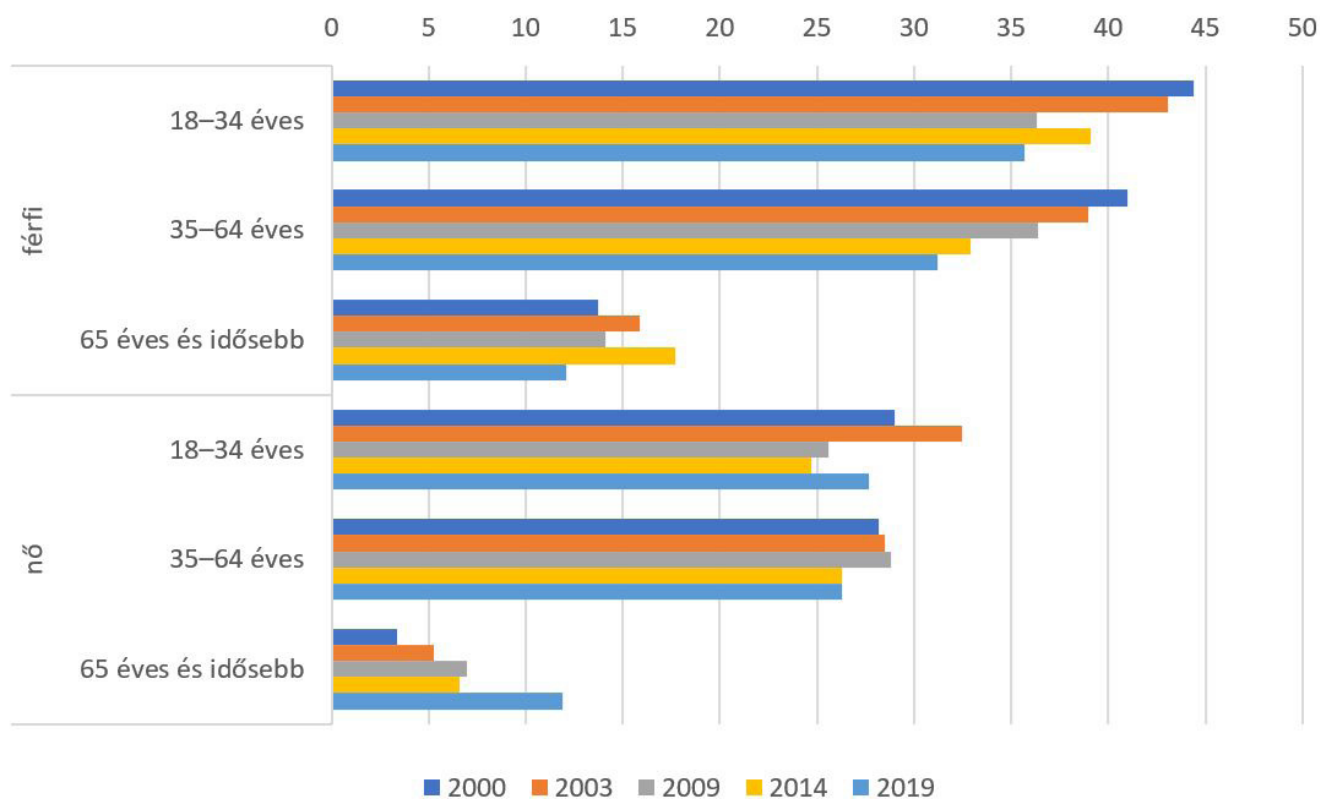
A dohányzás összességében valamivel nagyobb arányban érinti a férfiakat, mint a nőket: előbbiek 29, utóbbiak 23%-a rendszeres dohányos. Az iskolai végzettség is összefüggésben áll a dohányzással: a legfeljebb 8 osztályt végzett férfiak között négyszeres (48% vs 12%), a nőknél csaknem háromszoros (31% vs 11%) volt a rendszeres dohányosok aránya a felsőfokú végzettségűekhez viszonyítva. A jövedelmi helyzet szerint vizsgálva azt láthatjuk, hogy a legrosszabb anyagi helyzetben lévők között kétszer akkora a naponta rágyújtók aránya, mint a legmagasabb jövedelmi ötödbe tartozóknál (38% vs 20%). Földrajzi eltéréseket is megfigyelhetünk: a legmagasabb arányban Észak-Magyarországon és Észak-Alföldön (31% ill. 30%), míg a legkisebb arányban Budapesten (17%) vannak a rendszeresen dohányzók. Az alkalmi dohányosok viszont inkább az iskolázottabbak, illetve a magasabb jövedelműek közül kerül-

nek ki, igaz, arányuk a rendszeres dohányosokhoz képest elenyésző.

A dohányzásra való rászokás gyakran még a felnőttkor kezdete előtt megtörténik, ebből a szempontól a 15-19 éves kor közötti időszak számít kritikusnak, amikor a fiatalok körében az önállósodási vágy, a kortárs csoportok nyomása miatt gyakran kialakulnak a függőségek. Pikó Bettina négy fő magyarázatot ad a szerhasználat serdülőkori kialakulására: a konfliktusmegoldás, a társas motiváció, az énmegerősítés és az unaloműzés [22]. A HBSC nemzetközi kutatás 2018-as magyar adatai szerint a dohányzás a kamaszok körében népszerű, de csökkenő tendenciát mutat: a 15 éves lányoknak 25, a fiúknak 21%-a dohányzott a kérdezést megelőző 30 napban – 2014-ben még a lányok 32, a fiúk 28%-a [23].

II.4.2. Az alkoholfogyasztás

A dohányzás mellett az alkohol a másik legálisan fogyasztható drog, amelynek használata évszázadok óta beleépült a kultúránkba. A mértéktelen



II.3. ábra: A rendszeres dohányosok aránya nem és korcsoport szerint 2000-2019 (%)
 Forrás: ELEF 2019 [6]

szeszesital fogyasztás mintegy kétszáz különböző betegség kialakításában szerepet játszik, amelyek közül a legismertebbek a májcirrózis, a stroke, a daganatos betegségek, de számos baleset kiváltó oka is lehet [24]. Ugyanakkor a mértékletes alkoholfogyasztásnak a szív- és érrendszeri betegségekkel szemben egyes kutatások szerint preventív szerepe van: az absztinensekhez és a nagyivókhoz viszonyítva kisebb eséllyel fordul elő szív- és érrendszeri megbetegedés azoknál, akik csak időnként, kisebb mennyiségben isznak szeszes italokat. Meg kell azonban azt is említenünk, hogy a szakirodalomban a mérsékelt alkoholfogyasztás pozitív szerepe nem egyértelmű, hiszen az absztinencia mögött sokszor betegségek húzódnak.

Az egy főre jutó tiszta alkoholban számított fogyasztási adatok alapján Magyarországon a 80-as években volt a legmagasabb az alkoholfogyasztás (1980-ban 16,9 liter), majd a rendszerváltást követően megkezdődött a csökkenés, az utóbbi 10 évben pedig nagyjából stagnál, 2018-ban 10,8 liter/fő volt ez az érték. Ez az EU átlagot minimálisan meghaladó érték a viszonylag magas fogyasztású országok közé helyezi Magyarországot, Németország, Lengyelország, Luxemburg, Portugália, Spanyolország, Románia vagy Nagy-Britannia társaságába, ugyanakkor vannak még több alkoholt fogyasztó országok is, mint Franciaország, Írország, Csehország vagy a Baltikum államai.

Az ELEF 2019 önbevallásra épülő adatai szerint (amelyek erős alulbecslésnek tekinthetők), a naponta alkoholt fogyasztók felnőttek aránya 6%, további minden ötödik ember pedig legalább hetente (de a napinál ritkábban) iszik alkoholt. Ugyanakkor a felnőtt lakosság csaknem harmada egyáltalán nem fogyaszt szeszesitalt. Ha az elfogyasztott mennyiségeket is figyelembe vesszük, akkor azt láthatjuk, hogy a férfiak közül minden tizedik, a nők közül viszont alig több mint minden századik tartozik a nagyivók körébe, azaz fogyaszt hetente legalább – férfiak esetében – 14, vagy – nők esetében – 7 italt. Korosztályok szerint eltérnek a két nem alkoholfogyasztási szokásai: a férfiaknál a nagyivók arányában nincs lényeges különbség a korcsoportok között, ugyanakkor az

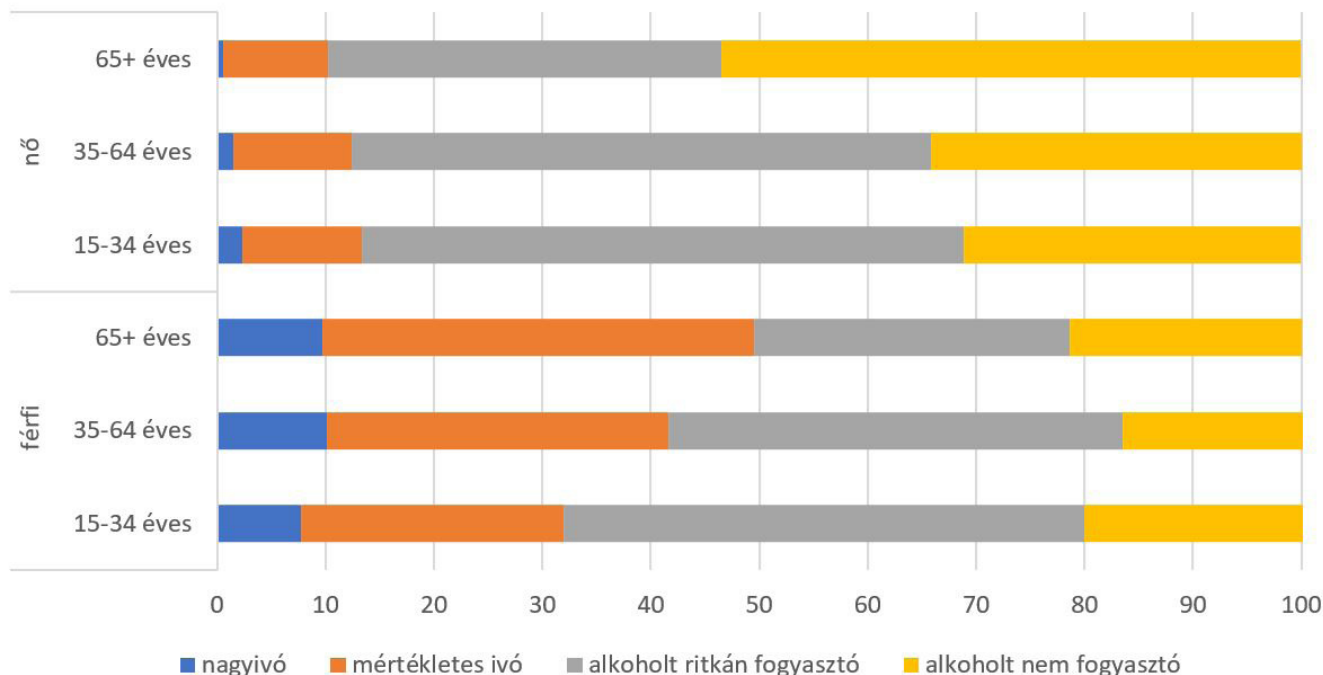
idősebb férfiak között nagyobb arányban vannak a naponta, de mértékletes mennyiségben fogyasztók, viszont kevesebben az alkoholt csak alkalmanként fogyasztók. A nőknél a legidősebb korosztály tagjai között kiemelkedő az absztinencia gyakorisága: a 65 éves és idősebb nők több mint fele egyáltalán nem iszik alkoholos italt saját bevallása szerint (II.4. ábra).

Az alkoholfogyasztást illetően is megfigyelhetők iskolázottság illetve anyagi helyzet szerinti különbségek. Mindkét nem esetében az alacsonyabb iskolai végzettség növeli annak az esélyét, hogy valaki egyáltalán ne igyon alkoholt (a legfeljebb 8 osztályt végzett nők 59, a felsőfokú végzettségűek 23%-a absztinens, ugyanezek az arányok a férfiaknál: 32% vs 9%). Hasonlóképpen, a legrosszabb jövedelmi ötödbe tartozók szintén nagyobb arányban tartózkodnak az alkoholfogyasztástól, mint a legjobb anyagi körülmények között élők.

Ami a fiatalokat illeti, a HBSC adatai szerint a 15 évesek fele (51%) fogyasztott alkoholt a kérdést megelőző 30 napon belül, a lányok 20, a fiúk 24 százaléka pedig legalább egyszer be is rúgott ezen időtartam alatt. De már a két évvel fiatalabbnál is minden huszadik volt egy hónapon belül legalább egyszer berúgva, mind a fiúknál, mind a lányoknál, alkoholt pedig egy hónapon belül a 13 éves fiúk 23, a lányok 17 százaléka fogyasztott.

A dohányzás és az alkoholfogyasztás sok esetben már azelőtt kifejti káros hatását, hogy valaki világra jönne: a várandósság alatt fogyasztott cigaretta illetve szeszes italok magzati károsodáshoz, alacsonyabb születési súlyhoz vagy koraszüléshez vezethetnek, és a megszülető gyermek későbbi egészségét, fejlődését is befolyásolhatják a méhben ért hatások.

A Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat [4] segítségével képet kaphatunk a magyar várandósok egészségmagatartásáról. A kutatás a 2018-ban született gyermekek reprezentatív mintáját nyomon követő longitudinális vizsgálat, melynek első szakasza már a születés előtt, a várandós anyák körében felvételre került, a terhesség hetedik hónapjában.



II.4. ábra: Alkoholfogyasztási kategóriák nem és korcsoport szerint 2019 (%)

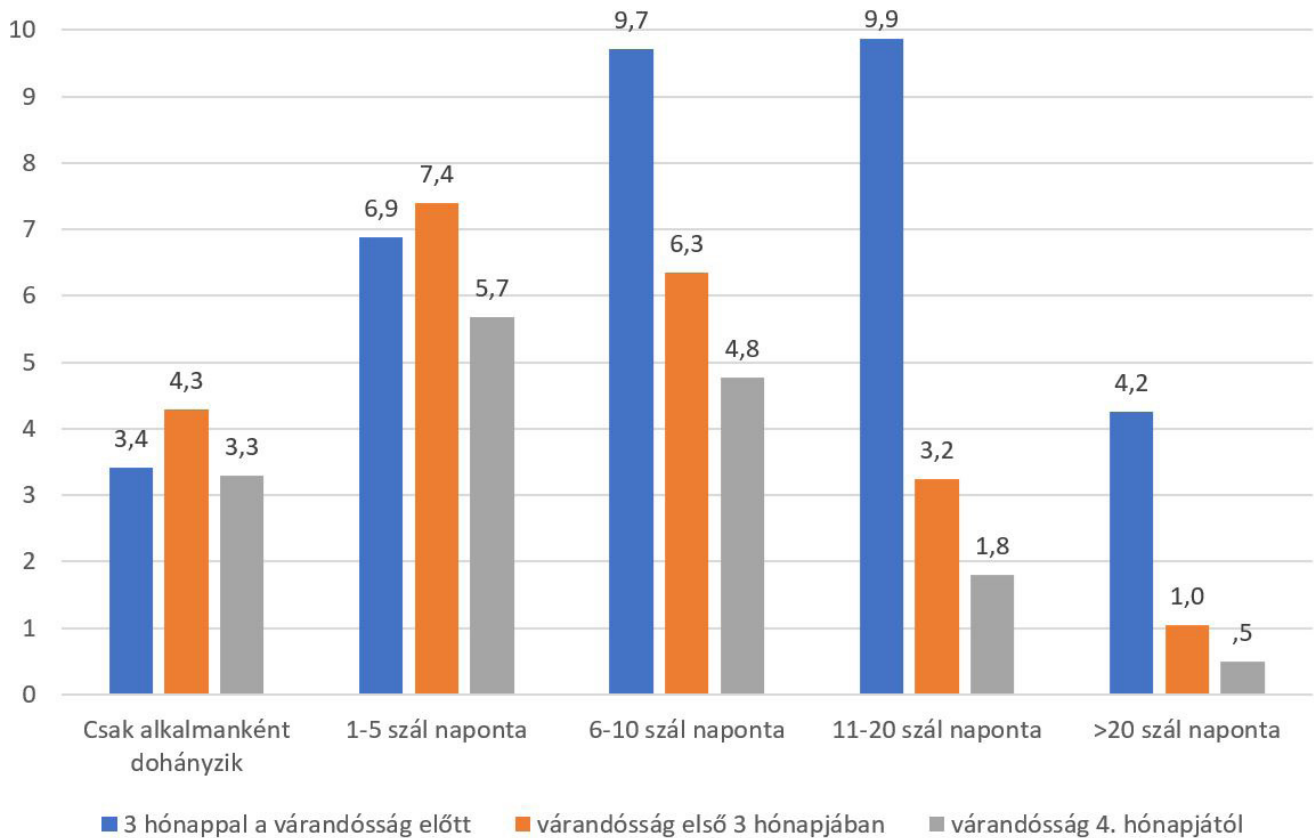
Forrás: ELEF 2019 [6]

Az eredmények szerint a várandósok több mint fele (53%) dohányzott valamikor élete során, közülük a túlnyomó többség több mint egy évig, és még a várandósságot három hónappal megelőzően is több mint harmaduk (34%) a dohányzók közé tartozott. Ez az arány a terhesség alatt valamelyest csökkent, de még így is magasnak mondható: a várandósság első harmadában a kismamák több mint ötöde (23%) dohányzott, a negyedik hónaptól pedig 16%. A dohányosok kis hányada (3-4%) volt csak alkalmi dohányos, a többiek napi rendszerességgel cigarettáztak, bár a naponta elszívott mennyiség kis mértékben csökkent a gyermekvárás során. Míg közvetlenül a várandósság előtt az anyák 14%-a szívott naponta tíznél több cigarettát, a várandósság első három hónapjában már csak 4, a negyedik hónaptól kezdve pedig 2%-uk.

A várandósság alatti dohányzás tekintetében jelentős különbségek figyelhetők meg az egyes társadalmi-gazdasági csoportokban. Nagyobb arányban dohányoztak a fiatalabb, alacsonyabb iskolai végzettségű, rosszabb anyagi helyzetben lévő, kisebb településen lakó, nem házasságban

élő várandósok. Például a diplomások közül minden 23. gyújtott rá a terhessége során, a legfeljebb 8 általánost végzetteknek viszont több mint fele (55%). Hasonlóképpen, a legjobb és a legrosszabb anyagi helyzetben lévők között is majdnem ötszörös a különbség a dohányzást illetően: a legszegényebbek 45%-a, a legtehetősebbeknek csak 8%-a dohányzott. A 20 évnél fiatalabb várandósok fele dohányzott a várandósság alatt, hozzájuk viszonyítva már a 25-29 éves korcsoportban is kevesebb mint feleannyi a gyakoriság (21%), és ez az arány tovább csökken az idősebb korcsoportokban. A lakóhely szerint is jelentősek a különbségek: a fővárosban élő várandósok közül minden nyolcadik dohányzott, a legfeljebb 1000 fős kistélepülésen élők közül ugyanakkor minden harmadik. A házasságban élő várandósoknál (11%) háromszor nagyobb arányban dohányoznak az élettárrsal élők (34%) és csaknem ötször akkora arányban a partner nélkül élők (51%).

Az alkoholfogyasztásra vonatkozóan kissé eltérő mintázatot figyelhetünk meg. Az általános ajánlással ellentétben, amely szerint a várandósság alatt egyáltalán nem szabadna szeszes italokat fogyasztani, a kismamák tizede ivott valamilyen



II.5. ábra: Dohányzás a várandósság előtt és alatt (%)
 Forrás: Kohorsz , 18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat [25]

alkoholos italt a terhesség első három hónapja során, 8% pedig a negyedik hónap utáni időszakban is, kisebb-nagyobb gyakorisággal.

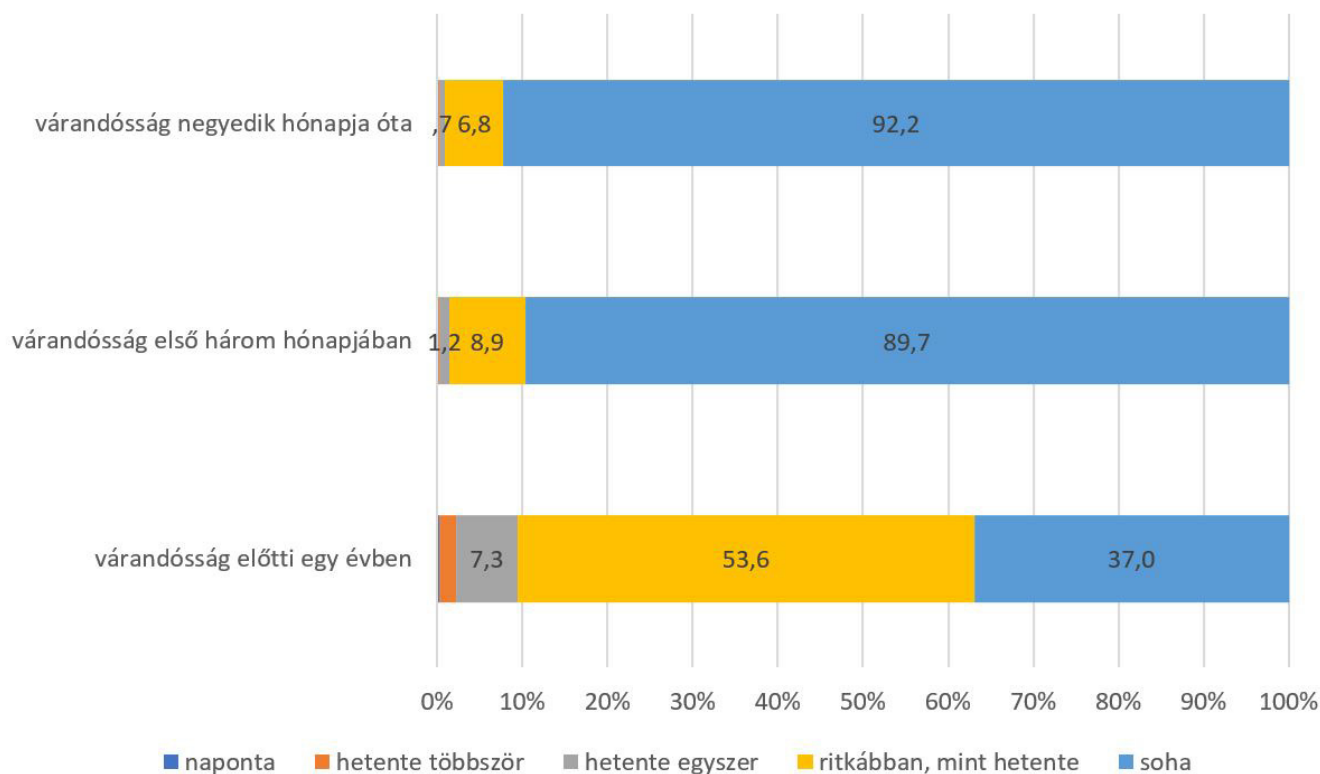
A várandósság alatti alkoholfogyasztás épp a magasabb státuszú anyákat érinti nagyobb mértékben: az iskolázottabb, nagyvárosi, idősebb, jobb anyagi helyzetben lévő, házas nők nagyobb arányban fogyasztottak alkoholt, legalábbis saját bevallásuk szerint, mind a várandósságot megelőzően, mind pedig a várandósság alatt.

II.5. Összegzés

A jelenlegi tanulmány olyan jövőbeni szakembereknek készül, akik az egészségfejlesztés területén is dolgoznak a jövőben, direkt vagy indirekt módon, így szemléletük, alkalmazott gyakorlataik az egyének, illetve népességi csoportok egészségmagatartására nagy hatással lesznek. Az összegzésben tetten érhető kritikai megközelítésünk éppen ezért nem öncélú, hanem nagyon is inspiráló szándékú a szükséges változtatásokhoz.

Nem hisszük, hogy túlzás az a kijelentés, hogy a hazai népegészségügy egészségmagatartással, egészségfejlesztéssel (egészségneveléssel) kapcsolatos törekvései, beavatkozási kísérletei nem tekinthetők egyértelműen eredményesnek. Az adatok alapján úgy tűnik, hogy azon csoportoknál érünk el eredményeket, ahol a tudás (a magasabb iskolázottságból), az életkörülmények (a megfelelő társadalmi-gazdasági státuszából) eleve motívációt teremtenek egy egészségesebb életmód választására és az azzal való élésre. Ám még ott sem mindig magától értetődő! Mik lehetnek az okai ennek az eredménytelenségnek?

Az egyik legnagyobb hiányossága az egészségmagatartással kapcsolatos megközelítésnek és az erre épülő beavatkozásoknak, hogy nem az ember teljes személyiségét veszik figyelembe a tervezés és a megvalósítás során. A teljes személyiség paradigmája szerint [26] az embernek a testi (fizikai, biológiai) dimenziója mellett értelmi dimenziója (folyamatos fejlődés, tanulás iránti igénye), ér-



II.6. ábra: Alkoholfogyasztás gyakorisága a várandósok körében (%)

Forrás: Kohorsz ,18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat, Várandós kutatási szakasz. KSH Népeségutódományi Kutatóintézet, 2020 [25]

zelmi dimenziója (társas kapcsolódási, szeretetkapcsolati igénye) létezik, valamint a legtöbb embernek transzcendentális dimenziója (keresi élete értelmét) is van. Covey a 4L alatt összegzi ezen szükségletünket: Live (élni), Learn (tanulni), Love (szeretni), Leave a Legacy (nyomot hagyni a világban). Az egészségmagatartással kapcsolatos beavatkozásokra ezzel szemben még nagyon erőteljesen az orvosi megközelítésen alapuló egészségfogalom hat, amely elsődlegesen a fizikai dimenzióval dolgozik a mindennapi gyógyítási gyakorlatban. Bár a modern agyutatók az utóbbi évtizedekben nyilvánvalóvá tették, hogy az emberi személyiség nagyon is összetett, és az egészségben maradásunk nem csupán a fizikai egészségünktől függ, ez a mindennapi gyakorlatban (sem az egészségfejlesztésben, se az orvosi-ban) még nem érhető tetten. Másként fogalmazva: bár Descartes több száz éve halott, elmélete a test és a lélek különválasztásáról, a racionalitás mindenek felettiségéről, masszívan él még. Emellett csodáljuk a modern agyutatót, ám eredménye-

it a gyakorlatba még nem voltunk képesek megfelelően átültetni. Ezt úgy is értékelhetjük, mint ami jelentősen korlátozza a szemléletmódunkat (a kiinduló paradigmáinkat), és emiatt a cselekvéseink is korlátozottak maradnak, amelynek eredményeként nem is jutunk máshová, csak ahonnan elindultunk. Könnyen belátható, ha ugyanarra a (hibás) paradigmára építünk, ugyanazokat a(z elavult) módszereket használjuk, nem meglepő, hogy ugyanazon eredményeket (kudarccokat) is kapjuk. A teljes személyiség paradigmája – a leszűkítő fizikai/ biológiai értelmezéssel szemben, illetve annak figyelembevételével is – mélyen hisz abban, ha folyamatosan reflektálunk önmagunkra (pl. önfejlesztés révén), ha törődünk a kapcsolatainkkal, keressük létezésünk értelmét, megéri az egészségmagatartásba való befektetés is.

Az egészségfejlesztésből, az egészségmagatartás befolyásolására törekvő beavatkozásokból nagyon gyakran hiányzik az együttérzés. Azaz az értő és érző figyelem és reflexió az adott demo-

gráfiai és társadalmi csoport helyzetének megértésében, a személyre/ közösségre szabottság alakításában. Gyakran olyan modelleket ajánlunk és tartunk egyedül üdvözítőnek (akár utasítások formájában is), amelyeket mi sem választanánk, nemhogy egy tőlünk életkorban, társadalmi helyzetben jelentősen eltérő egyén (pl. egy kamaszkorban lévő hátrányos helyzetű fiatal). Az sem hiteles, ha valamit csak tiltunk, de nem ajánlunk helyette, vagy még inkább keresünk a kliens lehetőségeivel és szándékával összhangban, más lehetőséget a teljes – vagy legalábbis jobb – élet megélésére. Senki nem választja önmagától az aszketikus életet, a lemondást az örömről, az élvezetekről egy bizonytalan kimenetelű, esetleg hatásaiban évtizedek múlva detektálható eredmény reményében. Mi sem tesszük! Az együttérzés nélkülözése a legnehezebb helyzetben lévő egyénnel és csoportokkal nem csak szakmailag, hanem morálisan is vitatható, főként, ha az az áldozat vádolásával is jár.

Az e területen dolgozó szakemberektől elvárt a tanulási agilitás, a rugalmas és gyors alkalmazkodás, az adaptibilitás, az egyének és közösségek autonómiájának tiszteletben tartása. Ez nem jelent laissez faire szemléletet és gyakorlatot. Ehelyett az irányított/kontrollált autonómia preferált, azaz a tudomány és a bizonyított jó gyakorlatok általi keretek adása, és azon belül az egyének/a közösségek szabad cselekvésének bátorítása annak érdekében, hogy lehetőségeiknek, beállítódásaiknak, személyes fejlettségüknek figyelembevételével választhassanak és cselekedhessenek. Ez mind az egyén, mind a közösség mély tiszteletén alapul, elismerve azt, hogy felnőtt emberek, akiktől elvárt, hogy önálló döntéseket hozzanak az életük szinte minden területén. Éppen ezért az egészségfejlesztésben sem vehetők arra rá, hogy mérlegelés nélkül, vakon kövessék a tanácsainkat.

Van még mit javítanunk a szakemberek esetében a hitelesség kérdésében is. Ezt a hitelességet a tisztesség, a jó szándék (azaz együtt a jellem) mellett a megfelelő képességek és a bizonyított eredményesség (azaz együtt a kompetencia) adja. [27]. Sok esetben csak a jellem, azaz a tisztesség és a

jószándék bizonyítható, a szakmai képességek, és az eredményesség azonban már nem. Márpedig ezek által válnak elfogadhatóvá, követhetővé a szakemberek által ajánlott modellek a célcsoportoknak. Kérdés, hogy vannak-e olyan szakembereink elegendő számban, akik XXI. századi korszerű szemlélettel rendelkeznek, és a nagyon gyorsan változó körülményekre, a VUCA világra reziliensen, rugalmasan, sikeresen alkalmazkodva reagálnak? A VUCA kifejezés jelentése: Volatile, Uncertain, Complex, Ambiguous, vagyis gyorsan változó, bizonytalan, komplex, nehezen érthető világ. Bár a fogalom néhány éve már forgalomban van, a pandémia extrémén láthatóvá tette, hogy az eddigiektől eltérő más készségekre, paradigmákra és kultúrára is van szükség egy ennyire rapidan megváltozni képes környezetben.

Az egészségfejlesztés, az egészségmagatartás gyakorlata még mindig nagyobb hangsúlyt helyez a tiltásokra, mint arra, hogy mitől jó valami (vagy annak az elhagyása). Azaz azt nézi, hogy *mi nem működik*, ahelyett, hogy arra fókuszálna *mitől működik* valami. A pozitív pszichológia [28], ha nem is több százéves, de már több évtizede jelen van a tudományokban, éppen ideje lenne elkezdni használni bizonyított eredményeit az egészségmagatartás formálásában is. Más szavakkal: „*azabaj*” [29] – kölcsönözve a Belga együttes dalából és a gyakran használt hazai köznyelvből – helyett, az „*#azajó*” [30] szemléletet kellene meghonosítanunk. A reaktív nyelvhasználat korlátozó cselekvéseket indukál („mit *kell* tenni”), és nem segít a motiváció felkeltésében, míg a proaktív nyelvhasználat („*úgy döntöttem, hogy ezt teszem*”) energetizál, és a kontroll érzését adja meg életünk és cselekvéseink felett az egészségmagatartás területén is.

Hogy mi számít preventív magatartásnak és mi kockázatokat hordozónak, azt nagyon gyakran szakemberek és döntéshozók (politikuskok) definiálják. A fogyasztói kultúra identitásokat teremtő és fenntartó fogyasztása például ritkán kérdőjeleződik meg, hiszen GDP termelő szerepük társadalmilag hasznosnak minősített. Például az autók és a digitalizációhoz kapcsolódó termékek eladá-

sának felpörgetése, a tartósítószerrel kezelt élelmiszerek és ruhaneműk minél nagyobb arányú forgalmazása, de még a folyamatos munka- és teljesítménykényszer is ellene dolgozik az egészséggel kapcsolatos jó döntéseknek. A jó állampolgár sokat dolgozik, és sokat is fogyaszt, mert ez pörgeti a gazdaságot. Azaz sokat tesz bele és sokat is használ fel, sokszor saját egészségét, önmagát áldozva fel. E szemléletmód megkérdőjelezésének is régen eljött az ideje, és talán a 2020 eleje óta Európa országaiban is jelenlévő pandémia is felgyorsíthatja ezt a folyamatot.

Az egészségmagatartásra irányuló tervezések és beavatkozások alapja – ugyanúgy, mint más területeken is – az ún. 4C: critical thinking, creativity, collaboration, communication, azaz kritikai gondolkodás, kreativitás, együttműködés és kommunikáció. Ezek nélkül nincs a XXI. században, az új generációkat is elérő eredményesség.

Az egészségfejlesztés nagyon gyakran az egészségügyi ellátás mintájára szerveződik, és sajnálatos módon ugyanazt a szervezeti kultúrát hordozza. Azaz, nem a szükségletekre reagál, alapvetően csak az egyént célozza meg, akkor is, ha közösséginek nevezi a beavatkozásokat. Emellett kiszakítottan kezeli a személyt vagy a célcsoportot a saját környezetéből, és a kliens/ közösség feje fölött történik a „diagnózis-alkotás” és a „terápia eldöntése” (az iskolától a munkahelyig). Gyakran konkrét egészségügyi ellátási feladatokat vesz át (pl. egészségfejlesztés címen szűri a tanulókat, munkavállalókat). Súlyos probléma, hogy hasonlóan az egészségügyi ellátáshoz, mélyen alulfinanszírozott, és emellett – a nem eredményes beavatkozások miatt – tetten érhető a szűkös források pazarlása is.

Az egészséggel kapcsolatos magatartások, ajánlott cselekvési módok, üzenetek ellentmondásossága társadalmi szinten nem használ az egészséges választások iránti elköteleződésben. Ha Magyarországon évente fejenként 50 liter 80%-os pálinka főzése legitim tevékenység (ami 100 liter 40%-osnak felel meg), ez nehezen fér bele az egészségfejlesztő szakemberek által mértékletesnek hirdetett alkoholfogyasztásba.

Az egészségfejlesztésben is gyakran tetten érhető, hogy nem a befolyásolási körünkre, hanem inkább az érdekeltségi körünkre fókuszálunk. A befolyásolási körben azok a cselekvések vannak, amelyeket megtehetünk és felelősséget is vállalunk értük. Az érdekeltségi körünkbe tartozó tevékenységek felett nincs kontrollunk, így a cselekvés, a felelősség kérdése fel sem merül. A döntés a mi kezünkben is van.

II.6. Gondolkodásra készítő kérdések az egészségmagatartás változásának területéről - Erősség alapú fejlesztés az egészségmagatartásban (is)

A következő saját élményű gyakorlatot javasoljuk, hogy önmagára vonatkoztatva végezze el. Ne feledje: nem kell megfelelnie senkinek és semmilyen elvárásnak, így megengedheti magának, hogy őszintén válaszol a kérdésekre. Lehet, hogy nem azonnal találja meg azokat, nem probléma: gondolkozik rajtuk, később visszatér a válaszaihoz, és módosíthatja is azokat. Az idő, amit saját magával és az erősségei felfedezésével tölt, a legértékesebb dolog, amivel megajándékozhatja önmagát!

- Mi lenne az az egyetlen dolog, amit, ha megtenne, az sokat javítana az egészségi állapotán és /vagy feltehetően sokáig megőrizné azt?
- Miért ez a tevékenység a legfontosabb az egészségvédő tevékenységei közül most a jelenlegi élethelyzetében?
- Ha ezt az egyet meglépi, mire lesz az még hatással? (Gondoljon a mindennapjai, az élete, a munkája, a kapcsolatai bármelyik dimenziójára!)
- Milyen gyakorisággal kellene ezt az Ön által választott tevékenységet megtennie, gyakorolnia? (naponta, hetente többször, naponta stb.)
- Ha egy skálán képzeljük el az aktivitását, ahol a 0 azt jelenti, hogy még nem tett ezért semmit, a 10-es pedig azt, hogy már mindent megtett, Ön most hol áll?
- Hogyan jutott el eddig, ahol most áll? Pl., ha most a 3-ason áll, ezt hogyan érte el? Gondolja végig, milyen tényezők, cselekvések,

esetleg személyek, csoportok segítségével jutott el ideig!

- És mi segítheti abban, hogy a jelenlegi értékről (pl. a 3-asról) eljusson egy következő szintre (pl. a 4-esre).

Ugye milyen sok erőssége van, amelyek már segítettek elérni azt, hogy itt tart? Ne felejtse el ezeket megjegyezni! (És legyen büszke rá!)

- Ha még csak az elképzelt skála 0 pontján áll, mi tartotta vissza eddig, hogy előrébb lépjen?
- Ha ezeket a nehézségeket, érveket, akadályokat külön-külön megvizsgálja, hogyan minősítené azokat? Leküzdhetetlen akadályok vagy valami mások?
- Mit tud tenni annak érdekében, hogy a nehézségek, akadályozó tényezők ellenére a 0-ról előbbre, a vágyott cél irányába lépjen a képzeletbeli skálán?
- Volt-e már olyan az életében, amikor valamit nagyon akart, s bár voltak akadályok, nehézségek, legyőzte azokat, és megtette? Visszaemlékezve, mik / kik segítették ebben?

Ha talált ilyen erősségeket (segítőket), ezekre talán most is építhet! Mit gondol? Vegye számba őket, írja le!

Bárhol is tart a skálán, most képzelje el, hogy sikerült előrébb lépnie vagy elindulnia. Lehet, hogy csak néhány dolgot tud megtenni, de már halad. Ma is, holnap is, lassan hetek múlnak és még mindig...

- Mit gondol mi lesz más az életében, ha ezt tudja tartani?
- Mit fog tapasztalni önmagán?
- Mit fognak látni mások Önön?
- És mit fog gondolni önmagáról?

Egy utolsó skálás kérdés. És most mennyire elkötelezett egy 0-tól 10-ig tartó skálán?

Ne feledje: rengeteg erőssége van, ahogy a klienseinek, pácienseinek, ügyfeleinek is. Ezeket fejlesztjük, a gyengeségeinket pedig hagyjuk!

II.7. Irodalomjegyzék

1. PIKÓ, B. (2002). *Egészségpszichológia*. Budapest: Új Mandátum.
2. HARRIS, D. M., Guten, S. (1979). Health-protective behaviour: An exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(1), 17–29.
3. GLANZ, K., Maddock, J. (2002). Behavior, Health-Related. *Encyclopedia of Public Health*. Encyclopedia.com. <https://www.encyclopedia.com/medicine/psychology/psychology-and-psychiatry/health-behavior> Letöltés: 2021. április 17.
4. Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009. http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef_2009_osszefoglalo.pdf Letöltés: 2021. 04.10.
5. Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014. <https://www.ksh.hu/elef/archiv/2014/kiadvanyok.html> Letöltés: 2021. 04.10.
6. Európai Lakossági Egészségfelmérés 2019. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html Letöltés: 2021. 04.10.
7. MATARAZZO, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.
8. BECKER M. H. ed. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Thorofare, NJ: Slack
9. BANDURA, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development. Vol. 6. Six theories of child development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
10. AJZEN, I. (1991). The theory of planned behavior *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50(2), 179-211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
11. GLANZ, K., Rimer, B. K., Vishwanath, K. (2015). *Health Behavior -Theory*,

- Research and Practice*. 5th edition. San Francisco: Jossey-Bass.
12. OKECHUKWU, C. Davison, K., & Emmons, K. (2014). Changing health behaviors in a social context. In Berkman, L. F., Kawachi, I., Glymour, M. M. (Eds.), *Social Epidemiology*. Second edition. (pp. 365-395). New York: Oxford University Press.
 13. BOROS J. (2019). A felnőtt magyar népesség egészségmagatartása PhD disszertáció http://szociologia.btk.pte.hu/sites/default/files/Doktori_Iskola/egeszsegmagatartas_doktori_ertekezes_bj_pte.pdf Letöltés: 2021. április 10.
 14. SHORT, S. E. Mollborn, S. (2015). Social Determinants and Health Behaviors: Conceptual Frames and Empirical Advances. *Current Opinion Psychology*, 5, 78–84. doi:10.1016/j.copsyc.2015.05.002
 15. VITRAI, J. (2015). Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Mitől függ és hogyan változtatható az egészségmagatartás? *Egészségtudomány*, 3, 57-70.
 16. COCKERHAM, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health Social Behavior*, 46(1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/002214650504600105>
 17. PIKÓ, B. (2010). Védőfaktorok nyomában – Pozitív fordulat a magatartáskutatásokban? In Pikó, B. (szerk). *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. (pp.11-21). Budapest: L'Harmattan.
 18. U.S. Department of Health and Human Services (2008). Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington DC.
 19. European Commission, Directorate-General for Education and Culture (2014). Sport and physical activity report. Special Eurobarometer 412. Brussels
 20. Health Behaviour in School-aged Children, HBSC (2018). <http://www.hbsc.org/> Letöltés: 2021. április 20.
 21. STEELE, E. M., Popkin, B. M., Swinburn, B., & Monteiro, C. A. (2017). The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: evidence from a nationally representative cross-sectional study. *Popul Health Metr.*, 15(1), 1-11. doi: 10.1186/s12963-017-0119-3.
 22. PIKO, B. F., Varga, S., & Wills, T. A. (2015). A Study of Motives for Tobacco and Alcohol Use Among High School Students in Hungary. *J Community Health*. 40(4), 744-749. doi:10.1007/s10900-015-9993-4
 23. INCHLEY, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jåstad, A., Cosma, A., ... & Samdal, O. (2020). Spotlight on adolescent health and well-being: Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. *WHO Regional Office for Europe: Copenhagen, Denmark*.
 24. Committee on Health and Behavior Research Practice And Policy, Board On Neuroscience And Behavioral Health (2001).: Health And Behavior: The Interplay Of Biological, Behavioral, And Societal Influences http://www.nap.edu/html/health_behavior Letöltés: 2021. április 17.
 25. VEROSZTA, Zs., Boros, J., Kapitány, B., Kopcsó, K., Leitheiser, F., Szabó, L., & Spéder, Zs. (2020). Várandósság Magyarországon. Kohorsz '18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat. Kutatási Jelentések 103. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.
 26. COVEY, S. R. (2004). *The 8th Habit: From Effectiveness to Greatness*. Free Press.
 27. COVEY, S. M. R., Merrill, R. R. (2011). *A bizalom sebessége*. Budapest: HVG Könyvek
 28. SELIGMAN, M. E. P. (2008). *Autentikus életöröm – A teljes élet titka*. Győr: La-

urus.

29. TITKOS, Cs. (2019). Az a baj. Szinkronicitás, avagy a szervezetfejlesztés és a művészet találkozása: egy modell - egy zeneszám. In *I. Farkas Ferenc Nemzetközi Tudományos Konferencia Kötet* (pp. 343-361). Pécs: PTE KTK.
30. SZILÁGYI, J. (2020). #azaajó... blog a LinkedIn-en

III. Fejezet

A KOMPLEX EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SZEMLÉLETE

(Vitrai József)

Az egészség nem más, mint képesnek lenni az adott körülmények között megtenni azt, amit akarunk. Hiszen mindegy mit tudunk, milyen készségekkel, tapasztalatokkal rendelkezünk, ha testi-lelki egészségünk az adott pillanatban korlátozza egyéb képességeink hasznosíthatóságát. Egészségünk befolyásolja, hogy mennyi tudást szívunk magunkba, milyen állást és erőforrásokat tudunk megszerezni, és ezek által milyen életkörülményeket teremtünk magunk számára. Végül soron egészségünk befolyásolja, milyen pályát futunk be életünk során. Nem kétséges, az egészség boldogulásunk záloga, a legnagyobb értékek egyike.

III.1. Az egészség komplex meghatározottsága

Az egészség javításához, és az egészségbeli egyenlőtlenségek csökkentéséhez elsőként tisztáznunk kell, hogy milyen tényezők befolyásolják egészségünket. A befolyásoló tényezőkről alkotott elképzeléseket gyakran egészségmodellekben foglalják össze.

III.1.1. Egészségmodellek fejlődése

Már az ókori görögök is tisztában voltak azzal, hogy az egészséget befolyásolja a fizikai környezet (Hippokratész), az adott személy foglalkozása (Szókratész), vagy életmódja (Platón). A középkori tudósok betegségek okaiként testbe kerülő apró részecskéket, fertőző anyagokat vagy éppen a rossz levegőt azonosították. Bár a 17. században már felfedezték a baktériumokat, mégis kétszáz évnek kellett eltelni ahhoz, hogy Pasteur kimutassa, hogy a baktériumok betegséget képesek okozni. A mikrobákra visszavezethető betegségek megismerése, valamint a DNS szerepének tisztá-

zása vezetett a biomedikális egészségmodellhez. E szemlélet szerint, amikor a szervezetünkben a biológiai folyamatok egyensúlya megbomlik, betegség lép fel. Az egyensúly orvosi beavatkozással, például gyógyszerrel történő visszaállítása az egészséget helyreállítja.

Ez a leegyszerűsítő megközelítés figyelmen kívül hagyott számos, már akkoriban is jól ismert tényezőt. Igazolásként idézzük a nemzetközileg elismert, „közegészségünk első apostolának” is nevezett Fodor Józsefet: „Az ember életére és egészségére sokféle tényező foly be. Közülök legfontosabbak a következők: 1. a táplálkozás, 2. a lakás, 3. a foglalkozás, 4. a test ápolása, 5. a fertőző betegségek és a 6. a véletlen veszedelem” [1].

Platón nézetét kitágítva, a modern kor megfigyeléseire és kutatásaira alapozva alakult ki az úgynevezett életmódmodell szemlélet, amely szerint egészségünk alapvetően függ attól, hogy mit eszünk, mennyit mozgunk, hogyan alszunk, mennyi stressz ér minket, és ha az egészségünkben valamilyen problémát tapasztalunk, kérünk-e segítséget. Ennek, valamint a biomedikális modellnek a kombinációja az úgynevezett oksági lánc modell, mely szerint az életmódunk miatt minket ért ártó tényező, ami a testünkben betegséghez vezető biológiai változásokat okoznak.

Az előzőekben említett egyéncentrikus egészségmodellek két világnézeti meggyőződésen alapulnak, mint az individualizmuson és a redukcionizmuson. Az előző szerint az egyén belsőleg meghatározott és a populáció egyenlő az egyének összességével, a betegségek populációs aránya megfelel az egyéni események összegével. A

második feltételezi, hogy a részek tulajdonságai meghatározzák az egészet, és emiatt elegendő a részeket vizsgálni az egész megértéséhez.

Már a 19. század óta gyűlnek az érvek amellet, hogy a politikai viszonyok, mint a demokrácia és a kormányzás minősége, vagy társadalombiztosítási rendszer erősen meghatározza a népesség egészségét. Ezen tényezőkre is reagálva, a múlt század végén Dahlgren és Whitehead megalkotta az III.1. ábrán látható, nevezetes „hagymahéj” modellt, amelynek célja az egészségügyenlölenségek csökkentésére irányuló beavatkozások szintjeinek azonosítása volt. [2] Kiemelendő, hogy a társas és közösségi kapcsolatok megjelenítése a pszichológiai tényezők fontosságának elismerését is jelenti. Emiatt a modell a bio-pszicho-szociális modellként is értelmezhető.

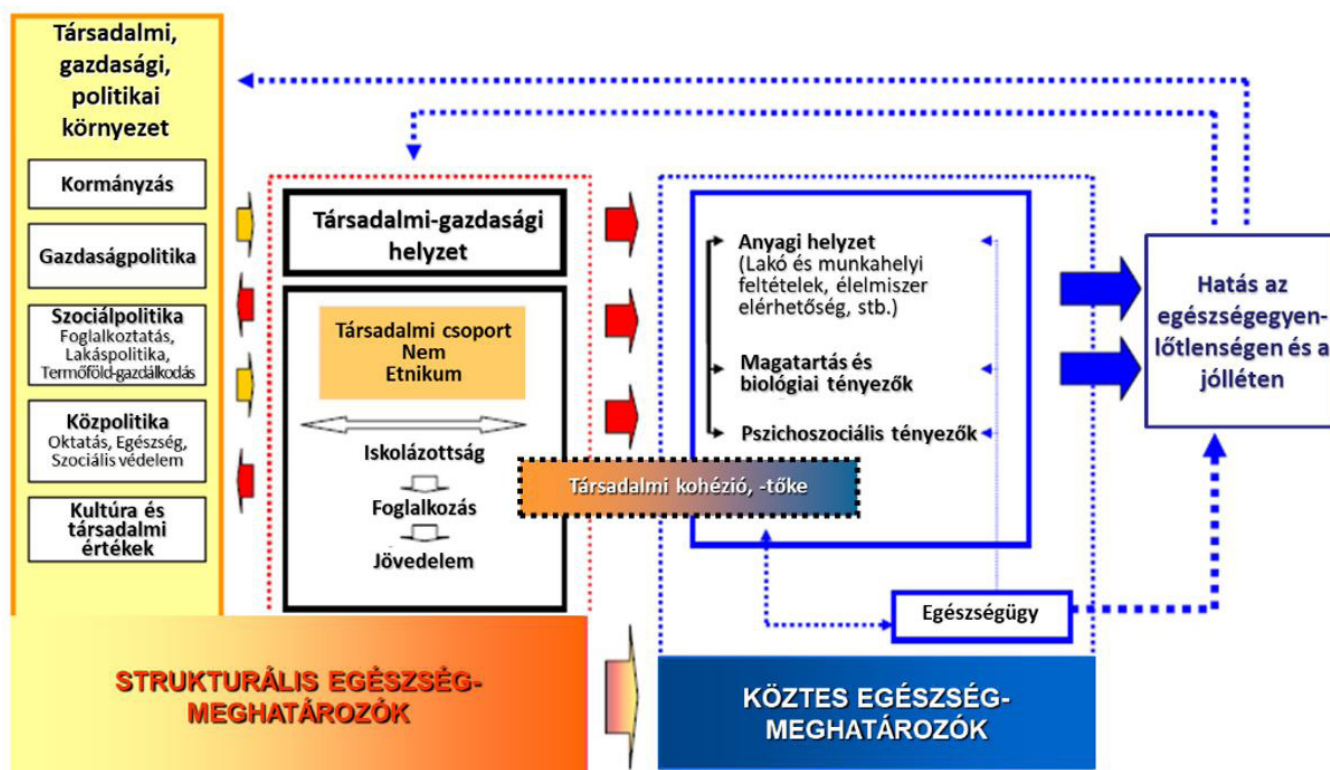
Az egyén és környezetének tényezőit is egyaránt magába foglaló megközelítést fejlesztették tovább az Egészségügyi Világszervezet szakértői a 21. század első évtizedében [3]. A III.2. ábrán a

hatásokat jelképező nyilak száma és vastagsága jelzi, a szakértők szerint az egészséget döntően a társadalmi-gazdasági tényezők határozzák meg.

A különböző társadalmi csoportok egészségében megnyilvánuló egyenlölenségek okait kutató Nancy Krieger a befolyásoló tényezők négy sajátosságára hívta fel a figyelmet [4]. Elsőként arra, hogy a környezeti hatások mintegy beépülnek az egyénekbe, azaz biológiai tulajdonságokká válnak. Erre példa, hogy a gazdasági válságok miatt éhező generáció utódai eltérő módon emésztik meg az ételt. Másodikként kifejtette, hogy a befolyásoló tényezők több társadalmi szinten, valamint időben és térben változó mértékű hatást fejtenek ki. Harmadik érvelése szerint az egyéneknek a környezeti hatásoknak való kitettsége, valamint az öröklött betegségekkel szembeni ellenálló képessége közötti kölcsönhatások halmozódnak az egyéni és történeti időben. Egyszerűbben, a hátrányos körülmények között élők általában rosszabb egészségűek. Hosszabb távon – leszámítva az alkalmazkodással kivédhető következménye-



III.1. ábra: Az egészség fő meghatározóinak „hagymahéj” modellje
(Forrás: saját szerkesztés [2] alapján)



III.2. ábra: Az egészség társadalmi meghatározóinak hatásait összegző modell
(Forrás: saját szerkesztés [3] alapján)

ket – ezt örökítik is. Negyedikként, és ez talán a leginkább rendhagyó megállapítása: a tudomány társadalmilag meghatározott. Magyarán, amit ma az egészség meghatározottságáról tudunk, azt a jelenlegi (és a múlt) társadalmi-politikai viszonyai határozzák meg. Például, hogy mit, hogyan kutatnak, és a kapott eredményeket hogyan magyarázzák, azt a kutatókon „keresztül” az adott társadalom értékei, elvárásai befolyásolják. Erre jó példa az emberi „fajok” sajátosságairól született korábbi tanulmányok (mint az eugenetika, a „fajok” fejlesztése vagy a náci fajelmélet), és a jelenlegi, rasszokról folyó tudományos kutatások (pl. romaspecifikus biológiai különbségek kutatása). Krieger ökoszociális elméletét magyarul Csizmadia foglalta össze [5].

III.1.2. Komplex egészségmodell

Az előzőek és a többi, itt nem részletezett modellek közül kiemelkedik Bircher 2005-ben megalkotott, rendszerszemléletre alapozott egészségmodellje,

amit magyarul Csizmadia ismertet részletesebben [6]. A modell szerint az egészség az egyént is magába foglaló összetett rendszer terméke, és nem az egyén tulajdonsága. Az egészségmodell megértéséhez feltétlenül szükség van rendszer-tudományi szemléletre, a komplex rendszerek sajátosságainak ismeretére. Komplex rendszerek a sok összekapcsolódó, különböző, több szinten működő elem együttese, amelyik olyan új tulajdonsággal rendelkezik, ami az egyes részelemek tulajdonságaiból nem vezethető le¹. Valamennyi élőlény biokémiai folyamatok komplex rendszerének tekinthető, és mint olyan, új tulajdonságként az életet „teremti”. Az élőlényekből álló közösségek (boly, raj, falka stb.) ugyancsak összetett rendszernek tekinthetők.

A komplex rendszerek legfontosabb sajátossága, hogy egy külső hatás vagy egy elem működésének módosítása a rendszer egészében gyakran megjósolhatatlan változást okozhat. A komplex

¹ Egy sejtet összetett rendszernek tekintve belátható, hogy az élet a sejtnek, mint komplex rendszernek az új tulajdonsága, „terméke”, az egyes alkotó elemekhez nem kapcsolható, a sejt nélkül nem értelmezhető.

rendszerek egy osztálya (*complex adaptive systems*) képes a külső környezet megváltozásához alkalmazkodni—a fejlődő élővilág éppen teszi. A rendszertudományi ismeretek és módszerek befogadása a legtöbb szakterületen lassan halad, ennek ellenére a népegészségügyben már jó pár éve megjelent a szemlélet, és alkalmazzák egyes eszközeit [7].

Induljunk ki abból, hogy az egyén életéhez nélkülözhetetlen szükségletek és igények kielégítésére rendelkezésre álló saját erőforrások egyrészt az öröklött, másrészt az adott pillanatig befutott életpálya során *szerezett* összege. Egy adott időpontban fellépő szükségletek és igények kielégítéséhez a szükséges, illetve az éppen rendelkezésre álló erőforrások egyensúlya szabja meg, hogy az egészségi állapot a tökéletes (100%) és a halál (0%) között éppen hol helyezkedik el, ahogy ez a III.3. ábrán megfigyelhető.

Ha a saját erőforrások nem elegendőek a szükségletek és igények kielégítésére, akkor megromlott egészségről, betegségről beszélhetünk (az ábrán pirossal jelölt területek.) Mind a szükségletek,

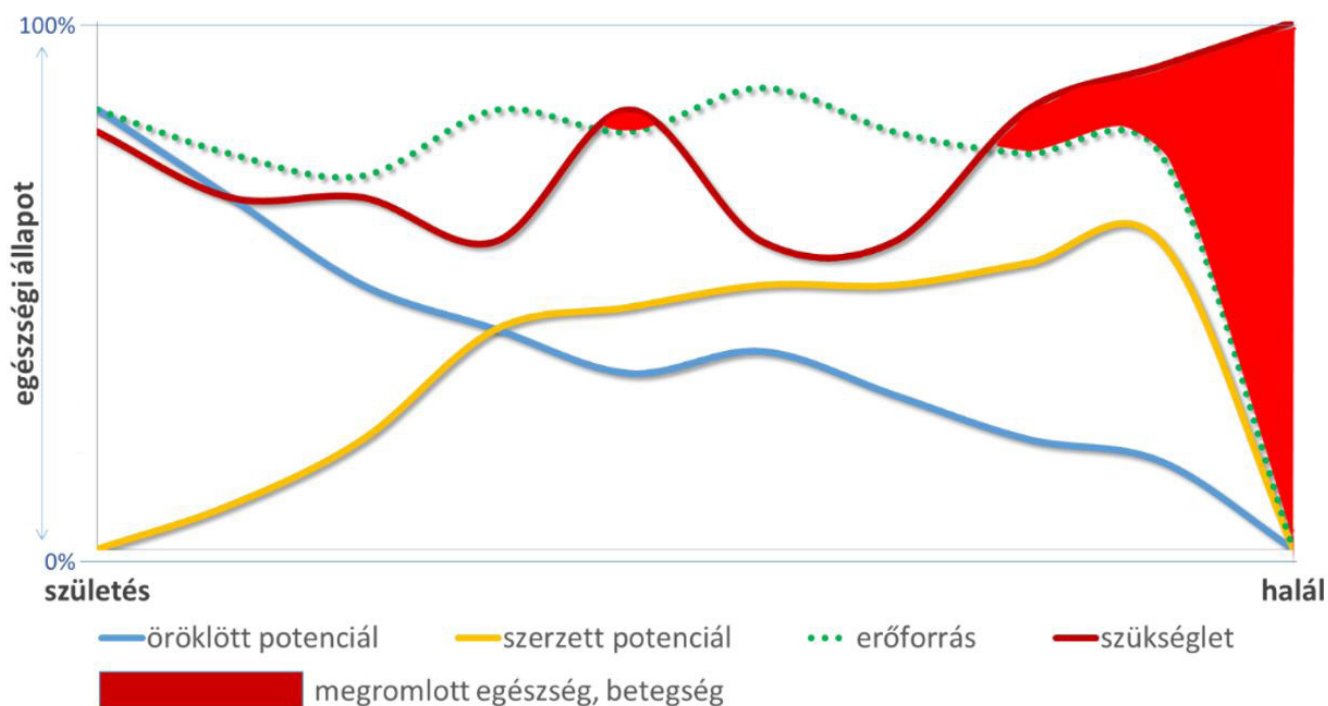
mind az igények az egyén környezetével kölcsönhatásban vannak, együtt, a III.4. ábrán felvázolt komplex rendszert alkotják. Ezért fontos hangsúlyozni, hogy az egészség az egyén környezetével való kölcsönhatásában értelmezendő, másképpen, az egészség megváltozását csak az egyén és a környezet együttesére, vagyis az egész rendszerre ható beavatkozással remélhetünk.

III.2. Az egészség társadalmi beágyazottsága

Az egészségre vonatkozó elméletekben újra és újra felbukkan a társadalmi tényezők meghatározó szerepe. Ez nem meglepő, hiszen az ember nem csupán biológiai lény, hanem társadalmi szereplő is. Az egészség társadalmi beágyazottságát, meghatározottságát jobban megérthetjük az alábbiak alapján.

III.2.1. Egészségkultúra

Sokan hajlamosak a kultúrát a komolyzenével, a szépirodalommal vagy a képzőművészettel azonosítani. Az ENSZ Tudományos és Kulturális Szervezetének (UNESCO) meghatározása szerint azonban a kultúra ennél jóval több: „... a társadalomnak, vagy egy csoportjának külön-



III.3. ábra: Az egészségi állapot változása születéstől a halálig a Bircher egészségmodelljében (Forrás: saját szerkesztés [8] alapján)

Az egészség a jóllét egy állapota, mely az egyéni potenciál és a fellépő szükségletek, valamint a társadalmi, környezeti befolyásoló tényezők interakciójának terméke.



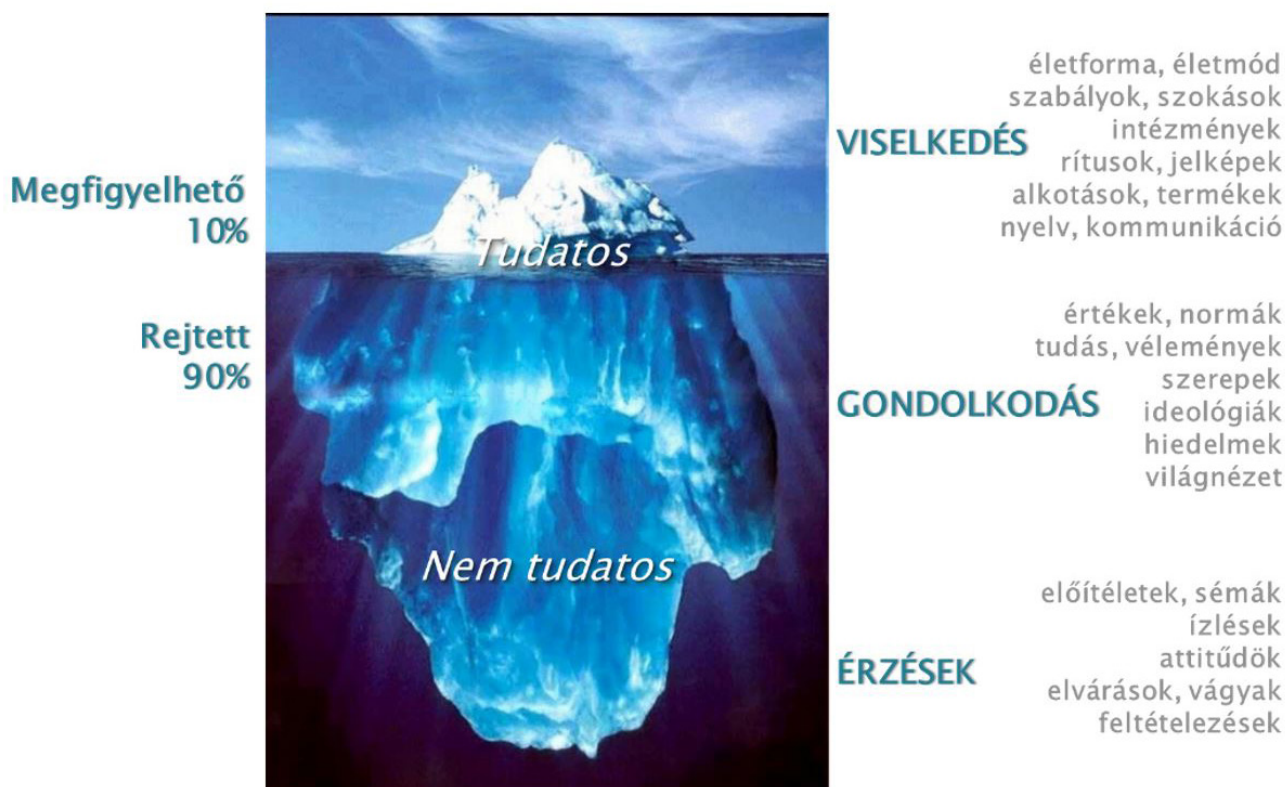
III.4. ábra: Az egészség, mint egy komplex rendszer „terméke”
(Forrás: saját szerkesztés [8] alapján)

böző szellemi, anyagi, intellektuális és érzelmi jellegzetessége, mely a művészet és az irodalom mellett magába foglalja az életmódot, az együttélés módját, az értékeket, a hagyományokat és a hiedelmeket.” A kultúra kiterjesztett értelemben tulajdonképpen mindent magába foglal, amit az ember maga teremtett, és ezt leginkább érzékletesen Rocher által megalkotott, az III.5 ábrán bemutatott jéghegymodell szemlélteti [9].

Beletartozik a minket körülvevő fizikai világ, mint például a helyi közlekedést meghatározó településszerkezet, ami befolyásolja, hogy megnyit gyalogolunk, de ide értendők az újságok, az áruk, a szobrok és egyéb műalkotások, azaz tulajdonképpen valamennyi, emberi tevékenység által létrejött, „vízszint feletti”, azaz megfigyelhető „dolog”. A kultúra másik nagy területét a „rejtett dolgok” szintje adja, melyben megtalálhatók például az adott közösség írott és íratlan szabályai, értékei, szokásai, hagyományai, mítoszai és az egyének viselkedésével szembeni elvárások. A felnőtté válás során ezeket, illetve az érzések körébe sorolt előítéleteinket, ízlésünket vagy a világról alkotott feltételezésünket személyiségünkbe

építve alakítjuk életmódunkat, és ezáltal egészségünket, hogy életünk során a kihívásoknak minél sikeresebben meg tudjunk felelni. Összefoglalva, a kultúra összetevői meghatározzák önképünket, világnézetünket, azokat a kereteket, amiben döntéseinket hozzuk, amik szerint cselekszünk a családban, a közösségekben, a munkahelyen, társas környezetünkben. Ennek alapján nyilvánvaló, hogy cselekedeteink csak részben szabad akaratunkból hozzuk, hiszen egyrészt akaratunk a szocializációnk függvénye, másrészt döntésünk—kényszerűen—figyelembe vesszük a körülmények szabta lehetőségeket. Éppen emiatt az egyéni felelősségre, viselkedésre irányuló beavatkozások eleve sikertelenségre vannak kárhóztatva [10].

A kultúrának az egészségre, az azt befolyásoló tényezőkre vonatkozó részét szokás egészségkultúrának nevezni. Példaként említhető az étel és az étkezések kultúrában betöltött szerepe. A mediterrán diéta 2014-ben felkerült az UNESCO az emberiség szellemi kulturális örökségének reprezentatív listájára, amely komplex módon úgy jellemzi a diétát, mint a terményeket, a betakarítást,



III.5. ábra: A kultúra jéghegymodellje
(Forrás: saját szerkesztés [9] alapján)

a halászatot, az állattenyésztést, a feldolgozást, a főzést és különösen a megosztást és az élelmi-szerek elfogyasztását magába foglaló készségek, tudás és hagyományok összességét [11]. A mediterrán diétát jellemzi még a vendégszeretet, a szomszédság, a kultúrák közötti párbeszéd és a kreativitás fontossága, valamint a sokféleség tiszteletben tartása, ami egyértelművé teszi, hogy az étkezés soha nem csak a táplálkozásról szól. Az Egészségügyi Világszervezet Európai Irodájának kiadványa szemléletesen mutatja be, hogy a betegségek társadalmi beágyazottsága az orvosi tevékenységhez viszonyítva milyen nagymértékben befolyásolja a cukorbetegség ellátását, amint az a II.6. ábrán megfigyelhető [12].

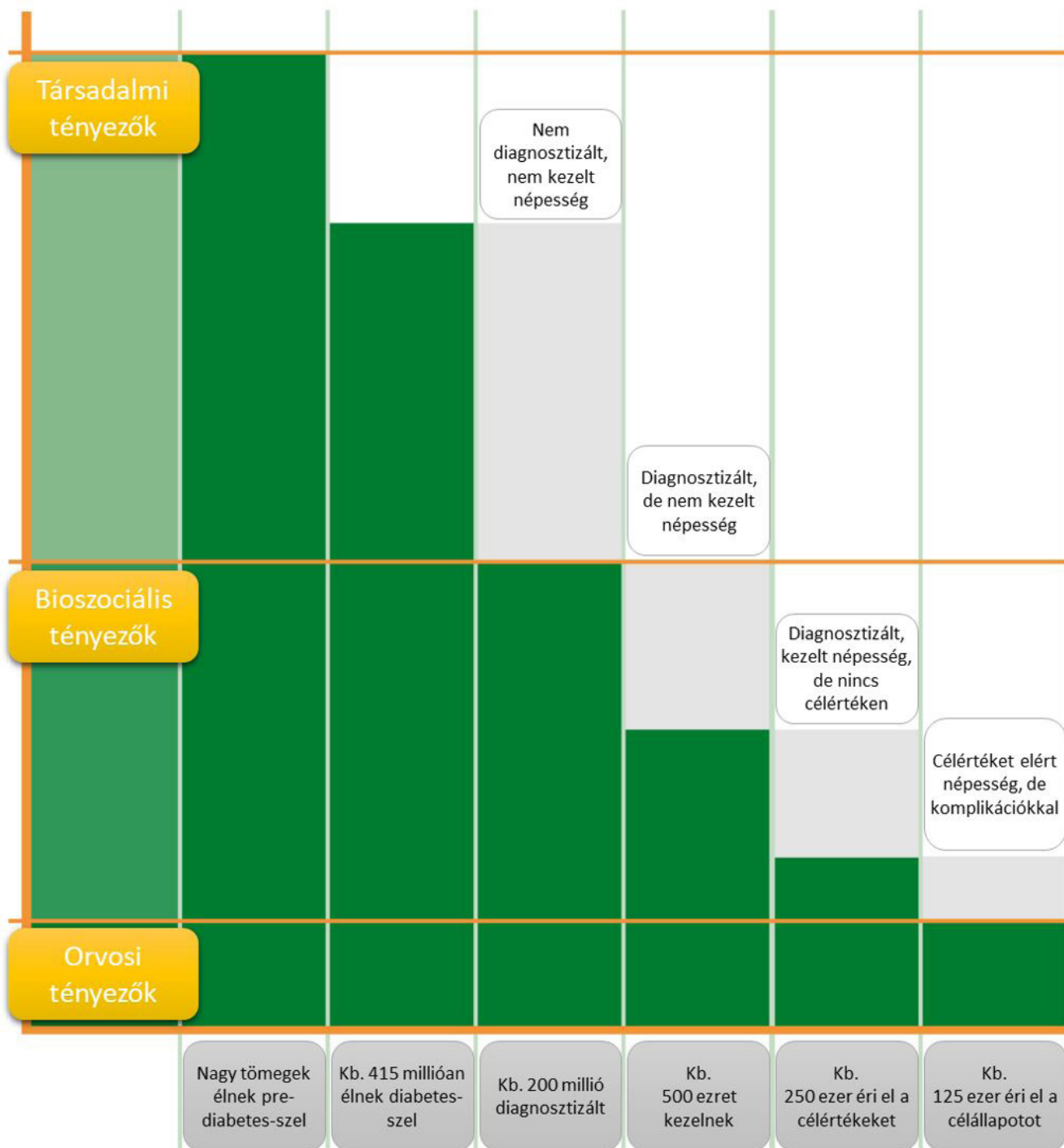
A társadalmi-gazdasági tényezőknek a betegségek gyógyításában betöltött meghatározó szerepének felismerése arra indította az orvosok egy csoportját („upstream doctors”), hogy tevékenységüket kiterjesszék a hagyományos orvosláson túlra [13]. Belátták ugyanis, hogy a kezelt betegség kialakulását, fennmaradását részben a beteg életkörülmé-

nyeit meghatározó társadalmi-gazdasági tényezők okozzák.

III.2.2. Egészségyenlőtlenségek

A társadalmi egyenlőtlenségeket sokan a mezőgazdaság mintegy 10 ezer évvel ezelőtti elterjedéséig vezetik vissza, amikor is a közösséggel szemben megjelent a magántulajdon. A magántulajdon védelmét, gyarapítását biztosító hatalmi viszonyok és az azt támogató kultúra formálódása a társadalmi csoportok közti egyenlőtlenségek kialakulását és rögzülését eredményezte.

Mint fentebb láthattuk, az egyének és közösségek egészségét a természeti környezeten túl erősen befolyásolja az ember által teremtett, mesterséges környezet, a társadalmi kultúra. A különböző társadalmi csoportok egészségében kimutatható különbségeket többféle kifejezéssel jelölik: egyenlőtlenségek (*inequalities*), eltérések (*disparities*), méltánytalanságok (*inequities*), igazságtalanságok (*injustice*). Egészségyenlőtlenségnek nevezük a jelen tudásunk szerint módosítható tényezők által okozott egészségbeli különbségeket.



III.6. ábra: „Felezési szabály” a cukorbetegség ellátásában
(Forrás: saját szerkesztés [12] alapján)

Az egészségügyenlétlenségek szemléltetésére gyakran használt társadalmi dimenzió az iskolázottság. Például a felsőfokú végzettségű magyar férfiak több mint 11 évvel hosszabb életre számíthattak 2017-ben, mint azok, akik nem végeztek el az általános iskola 8 osztályát [14]. A 2019-ben végzett Európai Lakossági Egészségfelmérés III.7. ábrán bemutatott adatai is meggyőzően

illusztrálják a társadalmi csoportok egészségében tapasztalható egyenlőtlenségeket.

Az ábrán megfigyelhető, hogy az iskolázottsággal párhuzamosan növekszik mind az egészségüket nagyon jónak vagy jónak tartók, mind a mindennapi tevékenységekben korlátozásmentesek aránya. Az egészségi probléma miatti súlyos korlátozott-



III.7. ábra: Egészségyenlőtlenségek Magyarországon 2019-ben
(Forrás: saját szerkesztés [15] alapján)

ság 7-szeres különbséget mutat a legalacsonyabb és a legmagasabb iskolázottságúak között!

Az egészségyenlőtlenségek kialakulását az egészséget befolyásoló tényezők társadalmi csoportonként eltérő hatásai magyarázzák. Mivel e tényezők, amint azt az egészségmodellek kapcsán láthattuk, komplex módon határozzák meg, az egyenlőtlenségek okainak feltárása bonyolult feladat egy-egy csoport esetén, megszüntetésük pedig komoly nehézséget jelent. Pedig ha elolvassuk az angol tisztifőorvosnak az egészség megőrzéséhez adott 10 jó tanácsát a feladat egyszerűnek tűnik [16]:

1. Ne dohányozz! Ha tudsz, szokj le, ha nem, szívj kevesebbet!
2. Táplálkozz változatosan, fogyassz sok gyümölcsöt, zöldséget!
3. Maradj fizikailag aktív!
4. Kezeld a stresszhelyzeteket, például a problémák megbeszélésével, és szánj időt a kapcsolódásra!
5. Ha fogyasztasz alkoholt, mértékkel tedd!
6. Védekezz a tűző nap ellen, és védj gyermeked is a leégéstől!
7. Törekedj biztonságos szexre!
8. Vegyél részt rákszűrésen!
9. Vigyázz az utakon, tartsd be a KRESZ-t!
10. Ismerd meg az elsősegélynyújtás legfontosabb elemeit!

Igaz, ha viszont Gordon és Raphael alternatív 10 jó tanácsát is elolvassuk, beláthatjuk, az egyenlőt-

lenségek csökkentése nem könnyű feladat [17]:

1. Ne légy szegény! Ha szegény vagy, próbálj meg ne túl sokáig az maradni!
2. Ne lakj lepusztult környéken! Ha ott laksz, költözz el!
3. Ne légy fogyatékos és ne legyen fogyatékos gyermeked!
4. Ne vállalj stresszes, rosszul fizetett, fizikai munkát!
5. Ne lakj dohos, rossz lakásban, vagy ne légy hajléktalan!
6. Legyél képes megengedni magadnak szórakozást és üdülést évente!
7. Ne legyél egyedülálló szülő!
8. Szerezd meg valamennyi neked járó szociális juttatást!
9. Legyél képes megengedni magadnak egy autót!
10. Használd ki iskolázottságodat, hogy feljebb juss a társadalmi ranglétrán.

Az egyenlőtlenségek csökkentésének nehézségét érzékelteti a következő példa. Egy kis, határmenti zsáktelepülésen elvégzett átfogó szűrővizsgálat az országot jóval meghaladó gyakorisággal mutatja ki a magas vérnyomás és a cukorbetegség előfordulását. A helyzetet alaposan elemző szakemberek arra jutnak, hogy a betegségek mögött elsődlegesen a munkanélküliség okozta stresszhez kapcsolható dohányzás és alkoholfogyasztás, valamint a testmozgáshiány áll. A munkanélküliség egyrészt a település földrajzi helyzetére,

másrészt a lakosság alacsony iskolázottságára valamint a kilátástalanság okozta tehetetlenség megélésére vezethető vissza. Az okok felfejtése tovább folytatható, a különböző tényezők hatásai szétszalazhatók, de az eddigiekből is látszik, hogy a betegségek kialakulásában számos egymással összefüggő társadalmi-gazdasági sajátosság szerepet játszik. Ha az ottlakók egészségét javítani akarják, nyilván nem elég gyógyszereket felírni, mert azon túl, hogy pénzhány miatt nem váltják ki, a betegséget előidézı okok továbbra is hatni fognak.

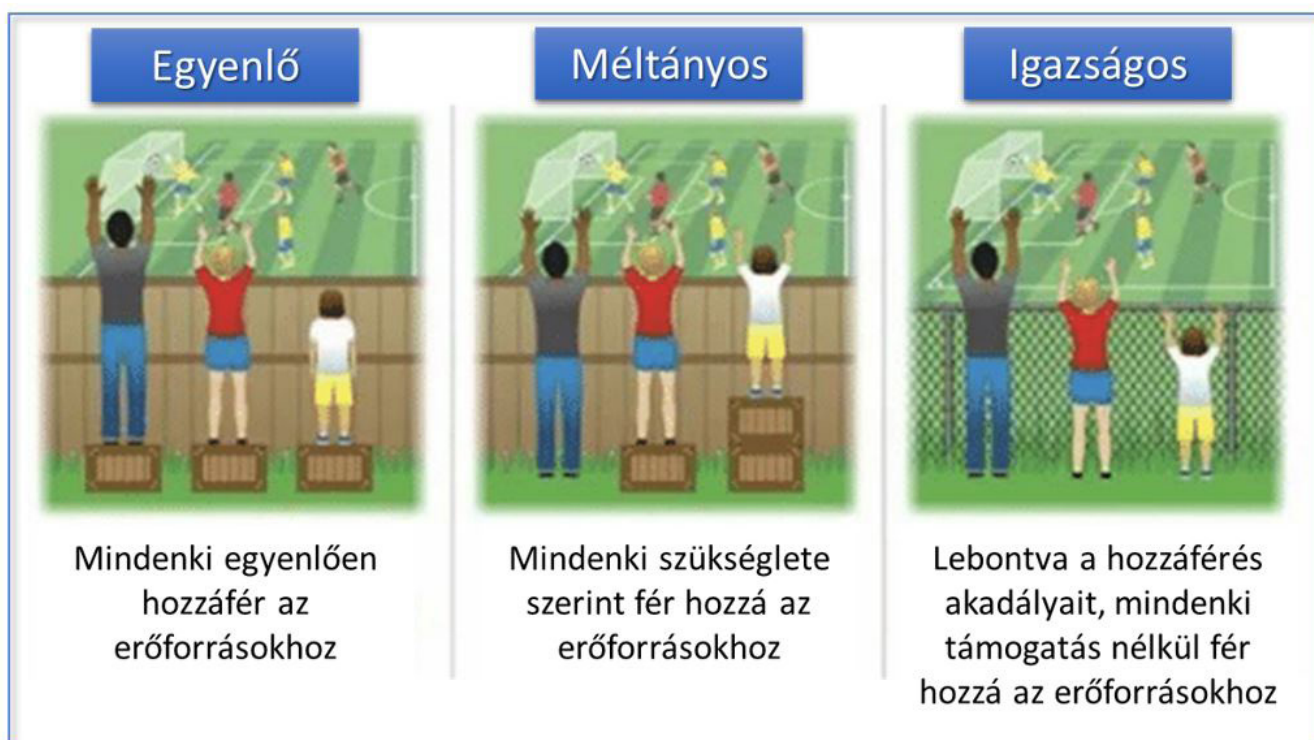
Gyakran tapasztalják, hogy a példában jelzett okok okai, vagy Link és Phelan elnevezésével az alapvetı társadalmi okok („a pénz, a tudás, a presztízis és a hasznot hozó társadalmi kapcsolatok”) miatt sok egyenlıtlenség csökkentését célzó beavatkozás – legtöbbször az egészséget támogató termékekhez vagy szolgáltatásokhoz való hozzáférés javítása – akár az ellenkező hatást is kiválthatja. [18] Csizmadia Link és Phelan következtetéseit így foglalja össze: „...az egészségegyenlıtlenségek csökkentését célzó beavatkozás, amely a hátrányos helyzetű csoportok aktivitását és/vagy

szabálykövetı magatartását feltételezi,- ami tulajdonképpen megfelelı képességeket, motivációt és támogató környezetet igényel—hatástalan marad, vagy akár az egyenlıtlenségek fokozódásával is járhat az elvárt egészségnyereség helyett. ... Ezzel szemben a megfizethető és a gyakorlatban könnyen használható, elsősorban a regulációkra építı és nem közvetlenül az egyén egészségmagatartását befolyásoló intervenciókkal lehetségesé válik az egyenlıtlenségek csökkentése” [19]. Így a biztonsági öv becsatolása igen, az asztali só jódozása nem igényel aktivitást az egészségnyereség eléréséért, emiatt az elıbbi növelheti, míg azutóbbi csökkenti az egyenlıtlenséget.

Az egyenlıtlenségek csökkentésének gyakori eszköze a különbözı termékekhez, szolgáltatásokhoz, erıforrásokhoz való hozzáférés javítása. De, mint azt a III.8. ábra mutatja, a megvalósítástól függ, eléri-e célját, és hatását a ráfordítással összevetve hatékonyak bizonyul-e.

III.3. Viselkedésváltoztatás

Magatartásunk két szempontból meghatározó az egészségünk szempontjából: egyrészt viselke-



III.8. ábra: A társadalmi erıforrásokhoz való hozzáférés egyenlıtlenségei (Forrás: saját szerkesztés [20] alapján)

désünk tesz ki minket a környezetkárosító (pl. dohányfüst) vagy éppen támogató (pl. baráti beszélgetés) hatásainak, másrészt viselkedésünkkel módosíthatjuk környezetünk ártó (pl. környezetvédelem) vagy segítő (pl. civil szervezet alapítása) hatásait. A viselkedésváltoztatás tehát alapvető fontosságú az egészségfejlesztési beavatkozás.

III.3.1. Viselkedépszichológiai elméletek, COMB - modell

A társadalmak kialakulása óta mind gazdasági, mind politikai érdekek miatt tudatosan törekszenek az emberi viselkedés megváltoztatására. Nem meglepő tehát, hogy erre vonatkozó elméletek százai születtek az idő során [21]. Az egészségmagatartás főbb magyarázó modelljeit, mint az egészséghiedelem, a védelemmotiváció, a tervezett cselekvés elméletét, vagy a viselkedésváltozás transzteoretikus modelljét magyarul Urbán foglalta össze [22]. A sokféle, döntően lineáris modell áttekintésére, összegzésére a 2000-es évek elején elméleti és alkalmazott pszichológia neves szakembereinek egy csoportja vállalkozott. Munkájuk eredményeiből kiindulva született meg a viselkedési rendszer COM-B modellje, és az arra épülő, a viselkedést bizonyítottan módosító beavatkozások „viselkedésváltoztatás kereke” modell [23]. A COM-B modell szerint a képesség (Capability), a körülmények (Opportunity), a motiváció (Motivation) együttesen befolyásolják a viselkedést (Behaviour) úgy, hogy az egyrészt visszahat a befolyásoló tényezőkre, másrészt azok egymásra is hatnak. A 19 pszichológiai elméletet összegző, szakmai konszenzus alapján kidolgozott COM-B modell szerint ahhoz, hogy megtegyünk valamit, egyidejűleg szükségünk van a végrehajtáshoz nélkülözhetetlen ismeretekre és készségekre, kellő motivációra, hogy a cselekvést végre akarjuk hajtani, továbbá a tevékenység megvalósítását lehetővé tevő körülményekre, azaz a magatartásunkat támogató fizikai és társas környezetre egyaránt [24].

Az egészséges étrend követéséhez például ismerünk kell az egészséges táplálkozás alapelveit, tudnunk kell elkészíteni az egészségesnek számító ételeket (képessegek), akarnunk kell egész-

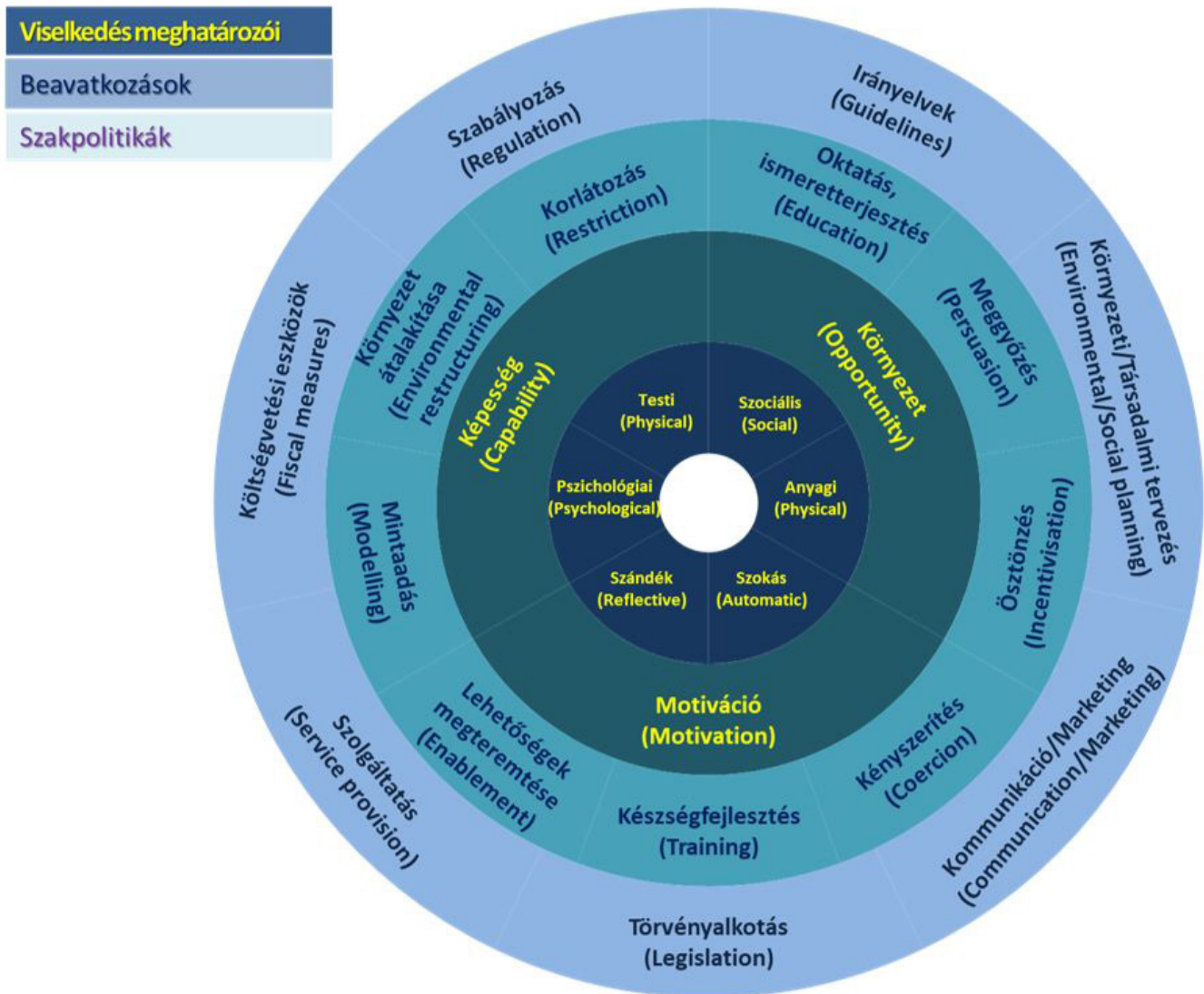
ségesen étkezni (motiváció), továbbá hozzá kell férnünk a szükséges élelmiszerekhez, főzőalkalmatosságokhoz, és ehhez még olyan családi, baráti közegre van szükségünk, amelyik támogat elhatározásunkban (környezet).

A III.9. ábrán tanulmányozható a „viselkedésváltoztatás kereke” modell, amelynek két külső körgyűrűje a viselkedés megváltoztatásához felhasználható, igazoltan hatásos beavatkozásokat és szakpolitikákat tartalmazza. Ismét: a beavatkozások és a szakpolitikák egy része a viselkedést befolyásoló—az egyénen kívüli—környezetre irányulnak!

III.3.2. Viselkedésértés: „nudging” és „insight”

A „nudging”, azaz gyengéd ösztökélés a viselkedési közgazdaságtan, a politikaelmélet, és a viselkedési tudományok „varázsszava” a viselkedés és a döntéshozatal a pozitív megerősítéssel és közvetett utalásokkal történő befolyásolására. Ha például egy internetes boltban választás elé állítanak, akkor az alapként felkínált (*default*) válaszlehetőség legtöbbször a bolt érdekeinek felel meg. Ezzel ösztökélnék minket arra, hogy a sajátunk helyett a számukra előnyöst válasszuk. A közjó érdekeinek felel meg ugyanakkor az a szervadományozásról szóló angol szabályozás, ami az adományozás előzetesen, nyilatkozatban tett megtagadásának hiányában az elhunyt szervének felhasználását beleegyezettnek tekinti. Az angol kormányt támogató, viselkedépszichológusokból álló *Behavioural Insight Team* (Viselkedésértés Csoport) 2013-ban kísérlettel igazolta, hogy a szervadományozásra vonatkozó nyilatkozatnak a megtagadásról kell szólnia, és nem az engedélyezésről [25]. A csoport számos egyéb egészségkockázatot magatartásra vonatkozóan tett ajánlást, amiket Taller és Csizmadia foglalt össze magyarul [26].

Több lehetőséget is kipróbáltak már a viselkedépszichológia alkalmazására az egészséges táplálkozás előmozdítását és az elhízás visszaszorítását célzó beavatkozások során. Példaként említhető a pénztárak melletti élelmiszerválaszték olyan módosítása, ami a kockázatot jelentő termékek (pl. édességek, sós rágcsák) helyett egészséget támogató (azonnal fogyasztható, dobozolt friss gyü-



III.9. ábra: A „viselkedésváltoztatás kereke” modell
(Forrás: [24])

mölcsök) termékeket kínál [27]. Ugyancsak erre példa a gyerekeket célzó egészségfejlesztés, ami gyakran játékosá alakított tudásbővítést és motiválást alkalmaz például pontszerzésen alapuló jutalmazással, vagy versenyeztetéssel.

III.4. Komplex beavatkozások

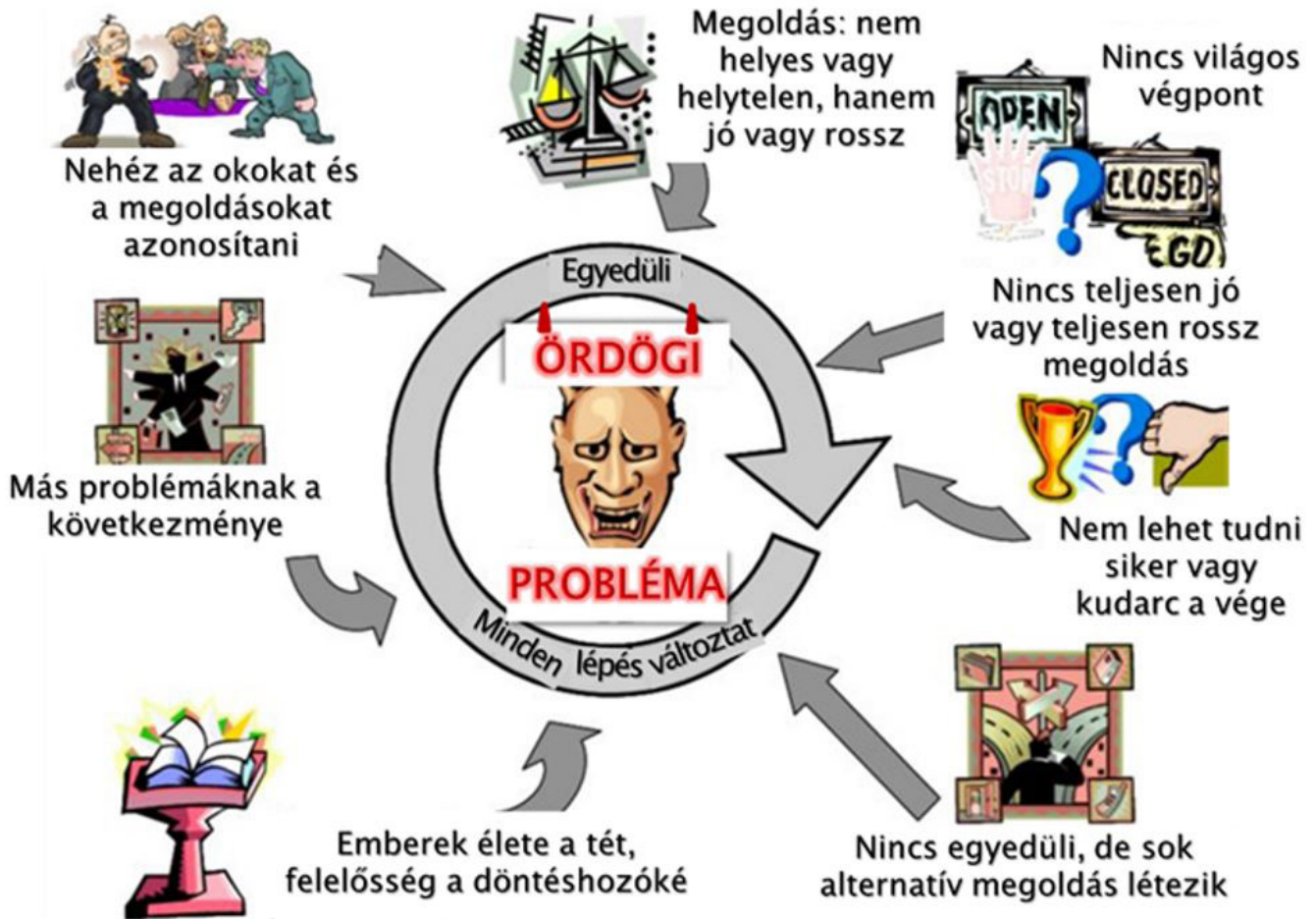
Az élőlények közösségei, így az emberi csoportok, társadalmak is komplex rendszerek: a bennük élő egyedek fejlődése, viselkedése a többiek és az élőhelyi környezet által meghatározott.

III.4.1. Komplex társadalmi problémák

Közel 50 éve fogalmazta meg Rittel és Webber, miért ördögien nehéz a közösségi problémákat megoldani [29]. Az ördögi problémák (*wicked*

problems) témája az utóbbi években, a megoldásukra tett erőfeszítések ellenére fennmaradó, vagy éppen súlyosbodó olyan társadalmi problémák, mint az egyenlőtlenségek miatt került ismét a figyelem fókuszába. A sikertelenségek okait könnyen megérthetjük, ha röviden áttekintjük, a két tudós III.10. ábrán illusztrált és alább a szövegdobozban kifejtett 10 pontban összefoglalt érveit.

A komplex, egészséggel kapcsolatos problémák, mint pl. az elhízás megoldásához, komplex, a befolyásoló tényezők összefüggéseit figyelembe vevő megközelítés szükséges: csupán az egyénre irányuló beavatkozások ezért is bizonyulnak sikertelennek.



III.10. ábra: A társadalmak ördögi problémáinak jellegzetességei
(Forrás: saját szerkesztés [30] alapján)

- I. **Nehéz az ördögi problémát meghatározni, körülhatárolni.** A társadalmi problémák—szemben a szelídnek nevezett természettudományi problémákkal (*tamed problem*)—egymással összefüggnek, sokszorosan kölcsönhatásban vannak, így az okok és a megoldások emiatt szétszálazhatatlanok. A hátrányos helyzetűek magasabb arányú elhízottsága mögött nem csak a friss zöldség-gyümölcs megfizethetlensége áll, hanem például nem is árulnak a közelben (nincs rá kereslet), vagy az étkezési szokások (energiában gazdag ételeket fogyasztásának hagyománya) nem is tesz azokat kívánatosá. A probléma megértéséhez, és természetesen az eredménytelennel kecsegtető megoldás kiválasztásához, ezért a rendszerszemlélet nélkülözhetetlen.
- II. **Az ördögi problémának nincs végleges megoldása.** Mivel közösségek problémái sok másikkal összefüggnek, nincs lehetőség egyszerre valamennyit megoldani, mindegyikre egyidejűleg végleges megoldást találni. A célba vett elhízást például a jövedelmekre, az iskolázottságra, az élelmiszerkereskedelemre, -előállításra irányuló beavatkozásokkal fokozatosan lehet visszaszorítani, és egyre többet tudunk meg az egymással kölcsönhatásban lévő okokról. De nincs egy olyan pont, amikor már nem bővíthetjük ismereteinket, amikor kijelenthetjük, már mindent tudunk az elhízásról
- III. **A megoldás nem objektíven helyes vagy helytelen, hanem az érintettek szerint jó vagy rossz.** A társadalmi problémák

sajátságából következően nincs egyetlen tudományos szempont, ami alapján kijelenthető, hogy egy megoldás egyértelműen helyes vagy helytelen. A közösség egyes csoportjai saját értékei, igényei szerint a javasolt megoldásról állíthatják, hogy az jó, míg más, eltérő érdekű csoportok ugyanazt a megoldás tarthatják rossznak. A magas cukortartalmú üdítők forgalmazásának korlátozása a kereskedők számára káros, a túlsúlyos lakosság számára ugyanakkor éppenhogy hasznos.

IV. Az ördögi problémák soha nem tűnnek el. Csak átalakulnak. A megoldásukra tett kísérletek ugyanis újabbakat keletkeztetnek. A magas cukortartalmú üdítők megadóztatása például a „zéró cukor” vagy „light” italok fogyasztásának növeléséhez vezetett, amelyekben az édesítőszeresek jelennek ma még nem pontosan ismert egészségkockázatot. Hasonló a helyzet a hagyományos dohányzást helyettesítő e-cigarettákkal.

V. Nincs kipróbálási lehetőség. Bármit teszünk a probléma megoldására, az „élesben” megy, akár javíthat, de ronthat is a helyzeten. Sőt, meg is változtatja! Egy táplálkozási felmérés például ismereteket bővíthet: korábban nem ismert, új fogalmakra hívhatja fel a válaszoló figyelmét, mint a magas rosttartalmú kenyér, vagy telített zsírsavak. Az újonnan szerzett ismeretek pedig változást okozhatnak a fogyasztási szokásokban. Nem várt negatív hatású volt például egy amerikai kábítószerellenes kampány a fiatalokat körében, mert utána gyakoribbá vált a kipróbálás.

VI. Nincs egy teljes eszköztár az ördögi problémák megoldására. A szerzett tapasztalatok értékelésével bővülő tudásunk alapján a bevethető megoldások listája folyamatosan bővül. Ma bevált jó gyakorlatokról derül ki, kevésbé eredményesek, mint például az egyéni tanácsadás, míg ma még extrémnek tűnő beavatkozást, mint a menükben az ételek mellett az energiatartalom feltüntetése, eredményei alapján ké-

sőbb elterjesztenek.

VII. Minden ördögi probléma egyedi. A helyi sajátságok egyedülivé teszik mind a problémákat, mind a megoldási lehetőségeket, ezért nincsenek előregyártott, mindenütt bevethető megoldások. Az egészséget támogató élelmiszerek fogyasztásának növelésére sokféle kipróbált eszköz létezik, mint az élelmiszerjegyek, adókedvezmény, előírt áru kínálat, közösségi kertek, tankonyhák, stb., de hogy egy adott településen ezek milyen kombinációja lehet eredményes, arról ott kell a helyi sajátságokat figyelembe véve dönteni. Nem kizárt, hogy ott éppen főzőversenyek indíthatnak el változást.

VIII. Mindegyik ördögi probléma egy másiknak a tünete. Mivel az adott probléma okai maguk is ördögi problémák, az egyik megoldása nem oldja meg a másikat. Úgy is mondható, hogy a megoldandó probléma egy okozat, az a mögöttes ok tünete. Például, ha egy hátrányos helyzetű településen kevés friss zöldséget-gyümölcsöt fogyasztanak, a tünete a szegénységnek, a tudatlanságnak, a kínálatnak, stb. Ha a szegénységet veszik célba, akkor az tünete a képzetlenségnek, a munkahely hiányának, stb.

IX. Ördögi problémára többféle magyarázat és megoldás létezik. Az érintettek mindegyike a saját ismeretei, tapasztalatai alapján értelmezi a problémát, és annak megfelelően lát megoldást. Mivel nincs egyszerűen átvehető megoldás (lásd a 6. és 7. állítást), és nincs lehetőség próbát tenni (5.), csak többféle értékelés és megoldás marad. Egyesek az egészségkockázatot jelentő ételek könnyű hozzáférhetőségét gondolják leginkább megoldandónak, ezért a gyorséttermek iskolák körüli „megritkítását”. Mások a hagyományos étkezési szokásokat okolják, ezért az iskolai étkeztetés javítását vélik alkalmasnak az elhízás visszaszorítására. Eredményt hozó beavatkozások kiválasztásához az érintettek egyeztetéseken keresztül kialakított közös

döntése vezethet.

- X. A szakértőnek nincs joga tévedni.** Valamennyi, a közösségi problémák megoldásában részvevőnek tisztában kell lennie, hogy akármelyik megoldást támogatja, az a közösség tagjainak életét befolyásolja. A probléma megoldását támogató szakértő szempontjai, ugyanannyira „érvényesek”, mint a laikusoké (3.), főként, ha a tanácsot adó szakértő nem tagja a közösségnek. A felelősség megosztása is elengedhetlené teszi a részvételiséget a közösségi problémák megoldásában.

III.4.2. Partnerség, részvételiség

A közösségek komplexitásából következően a közösséget alkotó valamennyi egyed—különböző mértékben—szerepet játszik a többiek viselkedésének befolyásolásában. A közösségi kapcsolatok, hatások elemzésekor emlékezni kell arra, hogy a kultúra jéghegyének 90%-a „víz alatt van”, azaz nehezen, vagy egyáltalán nem megfigyelhető. A közösség viselkedését befolyásoló tagok közötti viszonyrendszer, kapcsolati háló mellett figyelembe kell venni továbbá, hogy a közösségek tagjai a problémákat és a megvalósítás lehetőségeit eltérő szempontból, különbözőképpen ítélik meg, ahogyan azt a III.11. ábra is szemlélteti. Az eltérő szempontokat az egyedi tudások, tapasztalatok, készségek, érdekek, cselekvési hajlandóságok, és a közös célra áldozni hajlandó erőforrások befolyásolják.

A problémák és a megoldások sokféle megközelítése alapján hozott közösségi döntések biztosíthatják, hogy a többség azokkal egyetértsen, és részt vegyen a megvalósításban. Az ilyen, az érintettek² részvételiségén alapuló döntések—azon túl, hogy nagyobb eséllyel vezetnek sikerre—növelik a közösségen belüli bizalmat, az összhangot, az összetartozás-érzést, és a közösségi értékteremtésen keresztül gyarapítják a közösség szociális tőkét.

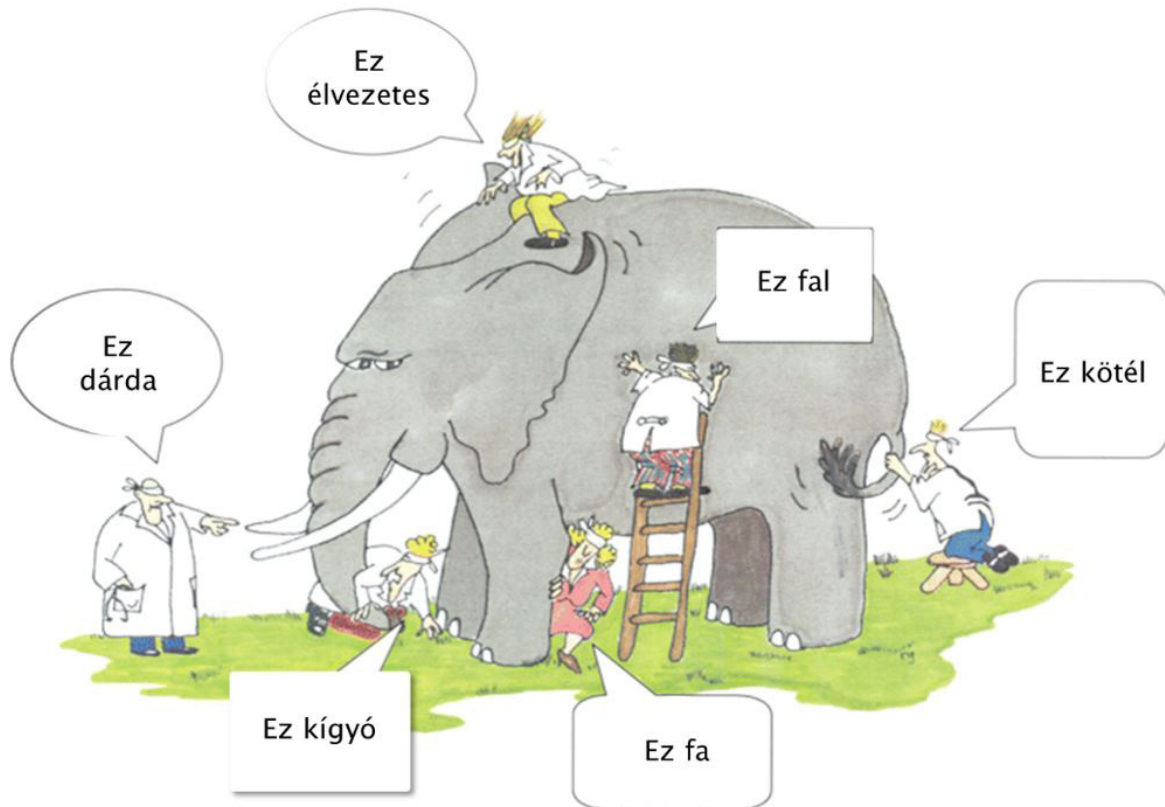
Egy-egy problémában érintettek nagy száma miatt gyakran közülük önként vállalkozókból álló partneri együttműködés (*coalition of partners*) képviseli. [32]

III.4.3. Komplex egészségfejlesztési programok

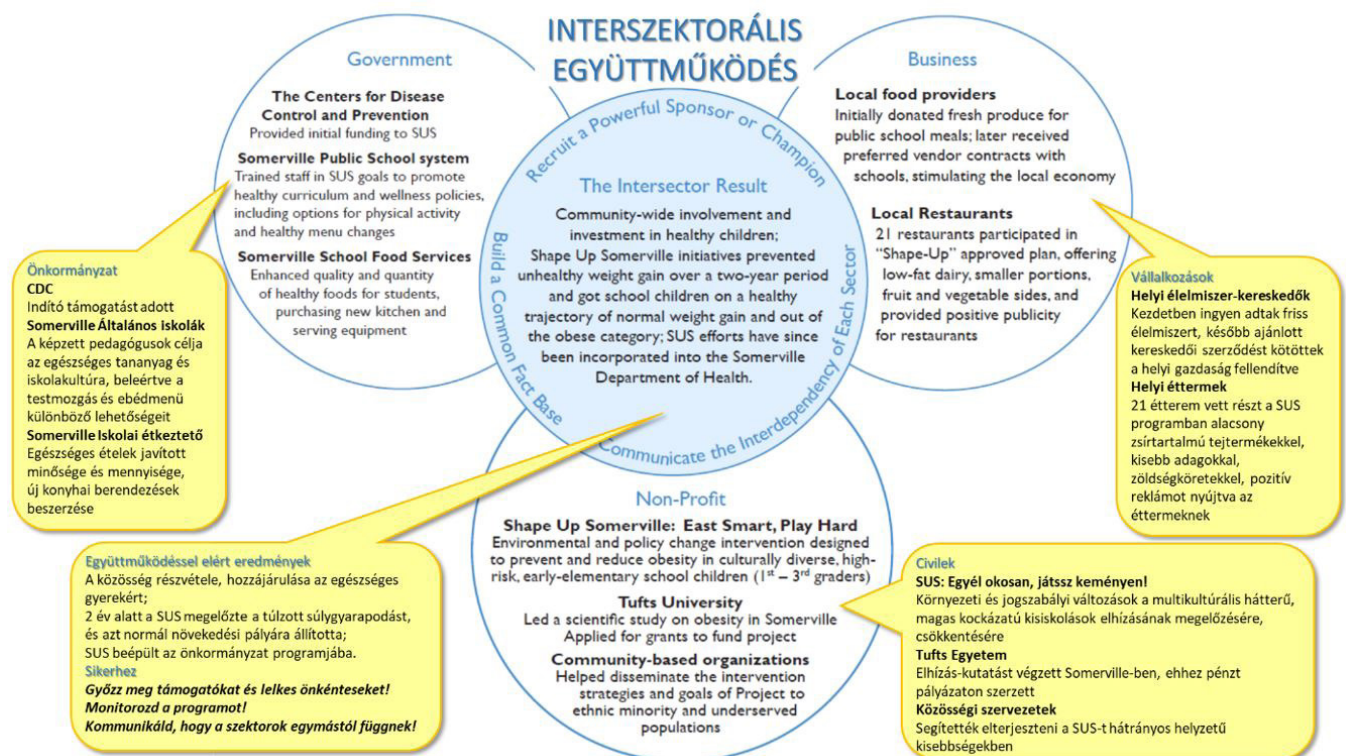
A szakirodalom tényként kezeli, hogy az egy, vagy néhány tényezőre irányuló egészségfejlesztési programok nem tudnak tartós eredményt elérni. [33, 34] Az már kevésbé ismert, hogy összetettebb, több támadáspontú beavatkozások sem mindig sikeresek. A 2004-ben indított francia EPODE program [35] mintáját követő hazai GYERE - Gyermek Egészsége Program [36] dél-ausztráliai változatának támogatását a kormányzat beszüntette [37], mert a program nem csökkentette az alsó tagozatos gyerekek elhízását. [38] Feltételezhető, hogy nehézséget jelentett valamennyi érintettet mozgósítani, a közös cselekvésbe bevonni.

A partnerségre, részvételiségre alapuló komplex, közösségi (*whole-of-community* vagy másképp *whole systems*) egészségfejlesztési programok közül egyik legrégebbi a „Lendülj formába Somerville!” (*Shape Up Somerville*; SUS). [39] A kezdeményezés kiváltó oka az volt, hogy 2003-ban kiderült, a Boston melletti Somerville-ben az 1. és 3. osztályosok 46%-a túlsúlyos volt, vagy fennállt ennek kockázata. [40] Felismerve, hogy a gyermekek korlátozottak az ételmiszer és a fizikai aktivitási lehetőségek megváltoztatásában, a Tufts Egyetem kutatói az önkormányzattal együttműködve elindítottak egy közösségi szintű, interszektoralis kezdeményezést. A megvalósított interszektoralis programot a III.12. ábra foglalja össze. Már az első két évben a SUS statisztikailag szignifikáns csökkenést eredményezett a kisiskolások testtömeg-indexében. A beavatkozás fenntarthatóságát biztosítja, hogy a SUS 2012-re a Somerville-i önkormányzat programjává vált, és azóta is folytatódik [41].

² Érintettnek tekintünk mindenkit, akit az adott probléma sújt, vagy éppen kedvezményez, vagy akik a probléma megoldásában szerepet játszik, vagy játszhat. A dohányzást véve példaként, érintett a dohányzó, a füstjét „élvező” családtagjai, barátai, munkatársai, érintett a jogalkotó, a népegészségügyi szakember, de a dohánytermékeket előállító, forgalmazó cégek is.



III.11. ábra: Ugyanarról eltérő szempontból, különböző következtetések vonhatók le (Forrás: saját szerkesztés [31] alapján)



III.12. ábra: A „Lendülj formába Somerville!” program szektorális részvevői (Forrás: saját szerkesztés [39] alapján)

„Az emberek azt hiszik, hogy túlsúlyosnak lenni egy abnormális egyéni reakció a normális környezetre. Ez egyáltalán nem igaz! Ez egy normál reakció egy abnormális környezetre.” véli Jaap Seidell, az amsterdami Free University professzora idézi Kaposvári. [42] A 2013-ban indított „Amsterdami Egészséges Testsúly Program”, hasonlóan a SUS-hoz, a gyermekek elhízásának visszaszorítását célzó, a városi önkormányzat által megvalósított program. [43] A programban a szövegdobozban felsorolt beavatkozásokat indították útra, és 2012 és 2015 között a túlsúlyos vagy elhízott gyermekek aránya 21%-ról 18.5%-ra csökkent, igaz a legfrissebb adatok szerint 2019-ig ez az érték tovább már nem változott.[44].

III.4.4. Közösségi egészségtervezés és megvalósítás

Az eddigiekből következően csak olyan egészségfejlesztési beavatkozással lehet tartós sikert elérni, mely valamennyi érintettet bevon a tervezés és megvalósítás folyamatába. A közösség egészségének javítását célzó sokféle tevékenység (viselkedésváltoztatás, egészséges életmódot támogató környezet kialakítása) rendszerbe foglalt megvalósításához, a különféle szereplők érdekeinek összehangolásához, és ezáltal a lehető legtöbb közösségi erőforrás bevonásához a közösségi egészségtervezés folyamata szolgálhat alkalmas keretül. [45] A szakértőkkel támogatott közösségi tervezés és cselekvés az érintetteknek lehetőséget nyújt az egészségüket érintő problémák felismerésére, az okok azonosítására, a megfelelő megoldások kiválasztására, valamint a megvalósításukhoz és a tevékenységeik értékeléséhez szükséges ismeretek és készségek megszerzésére [46]. A részvételiség elvének következetes alkalmazása biztosítja, hogy a közösségben a különböző élethelyzetek, érdekek, és tapasztalatok egymással ne versenyezzenek, hanem azok sokfélesége előnyként jelentkezzen.

Megelőzés

- csecsemők elhízás szűrése
- tanácsadás gyermeket tervező anyáknak
- várandós anyáknak tanácsadás az egészséges táplálkozásról

- szoptatástámogatás
- kiegészítő támogatás tinédzser és hátrányos helyzetű anyáknak
- egészséges iskolai környezet kialakítása
- bicikliutak biztonságosságának növelése
- tanítás utáni elfoglaltság biztosítása a gyerekeknek
- sportklub tagsági díjának támogatása alacsony jövedelmű családoknak
- közösségi egészségnagykövet kinevezése
- együttműködés a szupermarketekkel és étel-szolgáltatókkal: menük módosítása, adagok csökkentése; ételmiszer megfelelő kínálat javítása; pénztárközeli polcok egészségesebb választékának kialakítása; közlekedési lámpajelek elhelyezése az ételmiszereken
- egészségtelen ételek és italok szponzorálásának tiltása sporteseményeken
- egészségtelen ételek és italok hirdetésének tiltása önkormányzati ingatlanokon

Egészségügyi ellátás

- védőnők kijelölése
- ellátási eljárások megtervezése
- túlsúlyos és elhízott gyermekek ellátásának biztosítása
- a viselkedés jobb megértését célzó kommunikáció

Támogató tevékenységek

- tényekre alapozott megközelítés
- beavatkozások monitorozása
- újszerű digitális eszközök használata
- digitális egészségpénz bevezetése
- egészséges alvást befolyásoló tényezők és azokra ható beavatkozások vizsgálata

A tervezési, cselekvési és értékelési ciklus a közösség egészségproblémáinak feltárásával, a szükségletek és az érintettek igényeinek felmérésével kezdődik. A szükségletek és igények alapján a közösség azonosítja, majd rangsorolja a megoldandó problémákat. A helyi lehetőségeket számításba véve, a megvalósíthatóság, a hatékonyság és a hatásosság kritériumait szem előtt tartva, a közösség eldönti, milyen beavatkozásokat akar megvalósítani. A közösség a megvalósítás folya-

matát és az eredményességet időről-időre értékeli, és a tapasztalatok alapján a tervezett tevékenységeket szükség szerint módosítja. A szakértőkkel támogatott, és a megvalósítás közben szerzett tapasztalatok értékelése alapján módosuló közösségi tervezés és cselekvés tulajdonképpen egy részvételi akciókutatás ³ [47, 48].

III.5. Egészségfejlesztési programok értékelése

A szakirodalomban közölt eredményes egészségfejlesztési beavatkozások többsége később, más-hol megismételve nem bizonyul sikeresnek. Vajon csak a metodikai leírás nem volt elég részletes az eredeti közleményekben? Elsiklottak fontos, de látszólag lényegtelen részletek felett? Milyen tényezőktől függ, hogy egy beavatkozás megvalósítása sikeres lesz-e? Milyen szempontokat kell figyelembe venni, hogy a korábban máshol sikeresen alkalmazott beavatkozást magunk is eredményesen tudjuk megvalósítani?

Az egészségfejlesztési programok értékelésekor fontos hangsúlyozni, hogy bár nyilvánvalóan jó szándékkal valósítják meg, lehet, hogy azok mégsem lesznek eredményesek, vagyis ténylegesen a szűkös erőforrások pazarlásával járnak, sőt, akár még kárt is okozhatnak. Utóbbira jó példa a kábítószer-fogyasztás megelőzését célzó kommunikációs kampányok: *“A kutatások együttes elemzése alapján megállapítható, hogy a médiakampányok nem befolyásolták a használat csökkentését, és gyenge hatást gyakoroltak a tiltott anyagok felhasználására. Aggodalomra adnak okot az esetleges nemkívánatos hatások, mert a tapasztalatok szerint a fiatalok a médiakampányok után inkább hajlandók kipróbálni a drogokat”* [49]. A kockázatok csökkentése érdekében felkészült szakemberek bevonása elengedhetetlen, mind az egészségfejlesztési programok tervezésébe, mind azok megvalósításába.



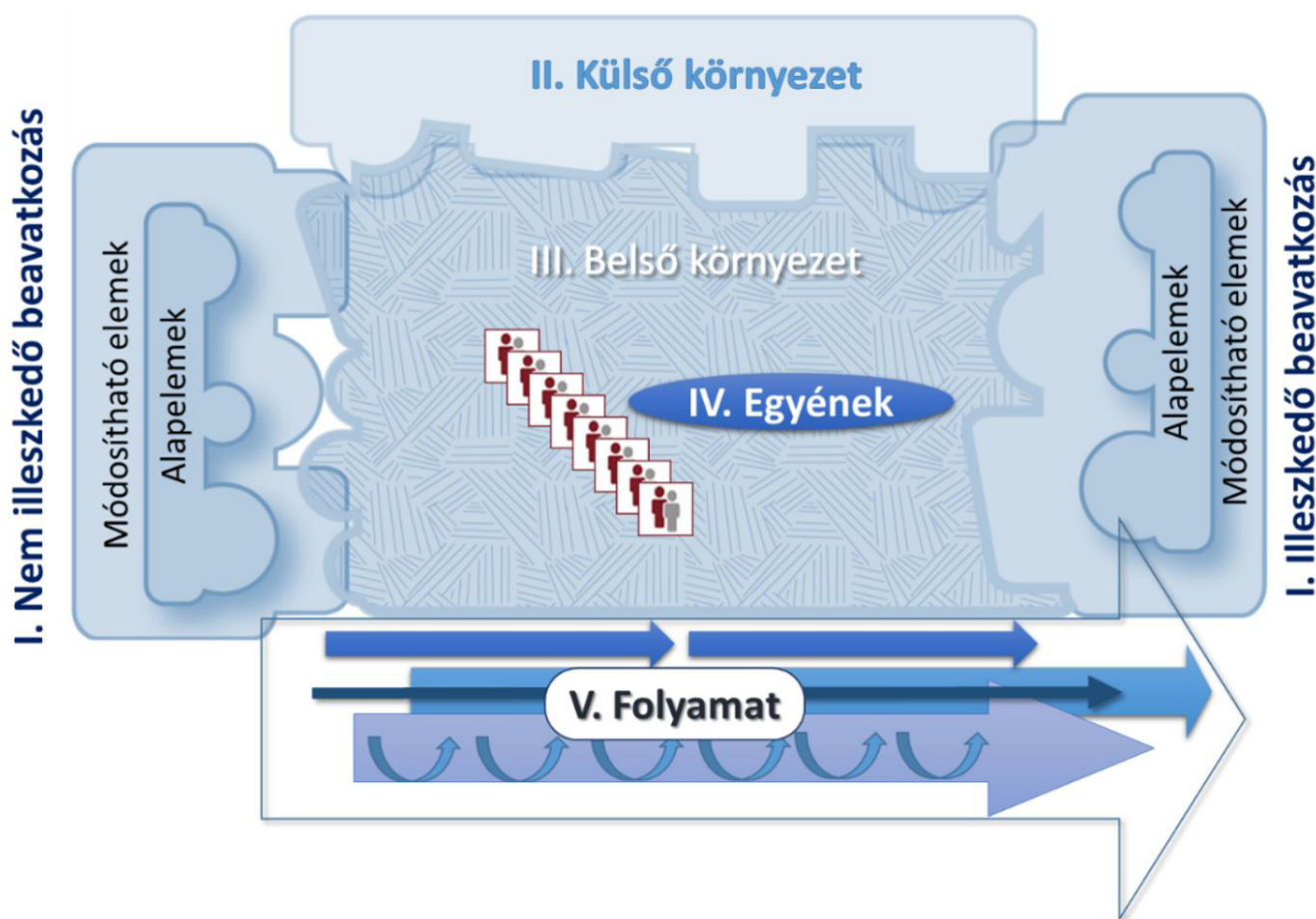
III.13. ábra: Az értékelési keretrendszerek (Forrás: saját szerkesztés [50] alapján)

³ A részvételi akciókutatás célja olyan társadalmi változás előmozdítása, ami növeli a helyi demokráciát és csökkenti az egyenlőtlenségeket; figyelembe veszi a helyi sajátosságokat, gyakran egy adott csoport szükségleteire irányul; a kutatás, a cselekvés és az értékelés ismétlődő ciklusa; és gyakran arra törekszik, hogy „felszabadítsa” a résztvevőket, hogy jobban tudatában legyen helyzetüknek, hogy lépéseket tegyenek.

Az egészségfejlesztési programok eredményességének, máshol való alkalmazhatóságának megítéléséhez sokféle szempontból történő, körültekintő értékelés szükséges. Az értékelőknek egy beavatkozás hatásának elemzésén túl a megvalósítás folyamatát, a felhasznált erőforrásokat, a célcsoport mellett a megvalósításban résztvevőket, valamint a tapasztalt változások lehetséges külső feltételeit, okait is célszerű megvizsgálniuk ahhoz, hogy egy egészségfejlesztési tevékenységet hatásosnak, másoknak is ajánlható „jó gyakorlatnak” minősítsenek. A programok, beavatkozások megvalósításával foglalkozó implementáció-tudomány⁴ [50] az értékelések keretrendszerének két nagy csoportját különbözteti meg, amint az a III.13. ábrán

megfigyelhető. Az egyik csoportot inkább a kísérlet-alapú megközelítés, míg a másikat az elméletekre alapozottság jellemzi.

A kísérletre alapozott megközelítésben az értékelő számára a statisztikai módszertan szab keretet, azt figyelembe véve vonhat le következtetéseket. Legtöbbször azonban a valóságra nem alkalmazhatók statisztikai módszertan megkötései, például nem lehet egy iskolai egészségfejlesztési programot kettős vak vizsgálatként elvégezni, ezért ez az értékelési keret kevésbé alkalmas a komplex egészségfejlesztési beavatkozások eredményességének elemzésére. Az elméletből kiinduló értékelés kereteit a korábbi tapasztalatokat is magukba



III.14. ábra: Beavatkozás megvalósításának elméleti modellje
(Forrás: saját szerkesztés [51] alapján)

⁴ Az implementáció-tudomány a bizonyítékokon alapuló gyakorlatok, beavatkozások és szakpolitikák bevezetésének és integrálásának elősegítésére szolgáló módszerek tanulmányozása a rutin egészségügyi ellátásban és a népességügyben. Ez a tudomány arra törekszik, hogy szisztematikusan kiküszöbölje a szakadékokat az ismeretek és a cselekedetek, az elmélet és a gyakorlat között azáltal, hogy azonosítja azokat a korlátokat, amelyek lassítják vagy megállítják a bevált egészségügyi beavatkozások és a bizonyítékokon alapuló gyakorlatok alkalmazását.

foglaló elméleti modellek alkotják, ezáltal a kísérletnél jobban illeszkednek a valósághoz. Emiatt az elvégzett értékelés eredményei egyrészt a gyakorlatban jobban hasznosíthatók, másrészt azokat felhasználva a kutatók az alkalmazott elméleti modellt tovább finomíthatják.

A következőkben a komplex egészségfejlesztési beavatkozásokhoz legjobban illeszkedő értékelési eljárások közül mutatunk be néhányat.

III.5.1. Megvalósítás szempontú értékelés

Elsőként az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos implementáció-tudományi elméletek alapján Damschroder és munkatársai által kidolgozott értékelési szempontrendszer⁵ érdemes szemügyre venni [51]. A szempontrendszer alkalmazása egy beavatkozás adaptálásakor lehetőséget nyújt megvizsgálni, mely tényezők játszanak kulcsszerepet, és a siker érdekében melyeket érdemes a megvalósításkor nyomon követni, értékelni. A szempontrendszer az III.14. ábra elméleti modellje alapján dolgozták ki. A modell szerint egy beavatkozás megvalósulását a beavatkozás⁵ jellemzőin túl további 4 tényező befolyásolja: a külső és belső környezet, a megvalósító egyének jellemzői, valamint a megvalósítás folyamata.

Egy közösség még az átvenni tervezett beavatkozás elindítását megelőzően azonosíthatja a kritikus elemeket, és azokból levezethető problémákra előzetesen megoldásokat tud kidolgozni.

A tervezéskor célszerű megvizsgálni például, hogy az átvenni szándékozott beavatkozásból mi az, amihez ragaszkodni kell, és mi az, amit a helyi viszonyokhoz, körülményekhez illeszteni érdemes (I. Beavatkozás elemei). Azt is fontos átgondolni, hogy a beavatkozás megvalósításához milyen támogatottságra (II. Külső környezet) számíthatnak, hogy milyen akadályozó és milyen segítő erők léphetnek fel. Mivel a megvalósító közösség szervezeti kultúrája, működésmódja (III. Belső környezet) kulcsfontosságú, ezért elengedhetetlen a közösség sokféle szempontból kielégítő felkészítése. A közösség összetétele, tagjainak

elkötelezettsége (IV. Egyének) a sikeres megvalósítás kritikus elemei, a felkészülés időszakában már ezekre oda kell figyelni. Végül, a beavatkozás minél zökkenőmentesebb végrehajtásához (V. Folyamat) érdemes előre felmérni például, kikre lehet önkéntesként, „élharcosként” számítani egy-egy váratlan nehézség felbukkanásakor. A szempontrendszer segíthet továbbá a beavatkozás monitorozásának előkészítésében is, hiszen tervezéskor az adott beavatkozáshoz fontosnak ítélt tényezőkhöz érdemes folyamat- vagy eredménymutatót választani, majd a megvalósítás során annak értékeit gyűjteni, és végül elemezni.

III.5.2. Komplex beavatkozások értékelése

Az előzőekben ismertetett szempontrendszerrel jóval összetettebb megközelítést javasol a komplex beavatkozások, programok tervezéséhez és sikeres megvalósításához. A céljaik Eléréséhez ugyanis a közösségek valójában nem egy, hanem több elemből álló „beavatkozáscsomagot” valósítanak meg. Az összetett beavatkozások több olyan elemből állnak, amelyek önállóan vagy kölcsönhatásban is működhetnek egy program során. Az összetett beavatkozások értékelésekor gyakran nehéz egymástól elkülöníteni a különböző beavatkozások hatásait, és meghatározni, hogy azokban milyen szerepet játszottak a megvalósítás körülményei. Hogy egy beavatkozás valóban képes-e változást elérni, annak igazolásához a körülményeknek, a megvalósítás feltételeinek és a megvalósítás folyamatának együttes értékelése szükséges.

Az ilyen célra Pfadenhauer által kidolgozott, „Komplex beavatkozások kontextusa és megvalósítása” (*Context and Implementation of Complex Interventions*) elméleti modell rávilágít arra, hogy az összetett beavatkozások tervezésénél és megvalósításuk értékelésénél fontos a körülmények, a megvalósítás feltételeinek megértése és figyelembevétele [52, 53]. A modell megértését hivatott segíteni a III.15. ábra.

⁵ Az ábra bal oldalán grafikusán is jelezve van, hogy a beavatkozás a helyi körülményekhez nem illeszkedik, míg a jobb oldalon egy illeszkedő beavatkozást látható

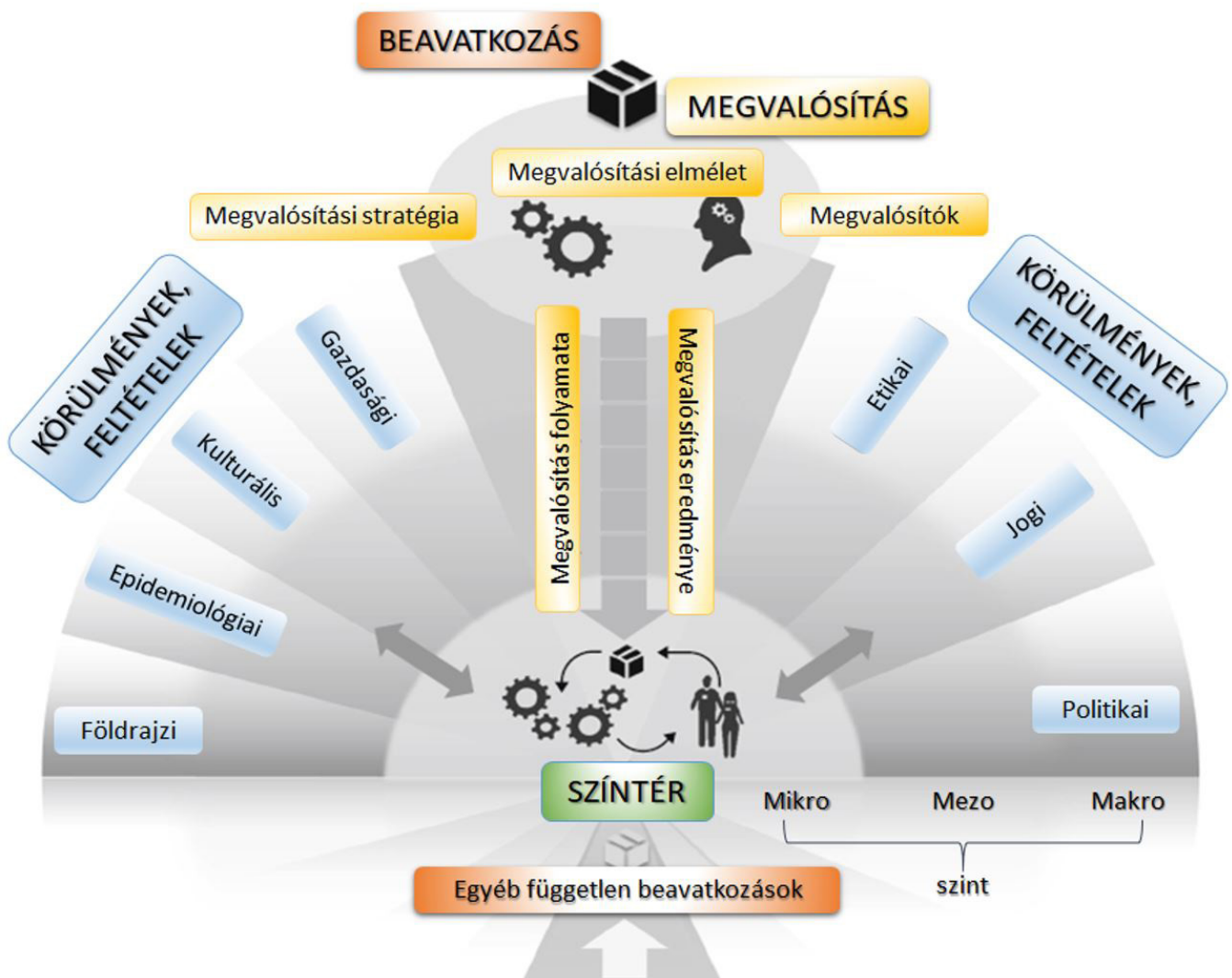
A modell segít megérteni az eredményeket befolyásoló tényezők sok különböző elemből több szinten összeálló rendszerét, és segít meghatározni, a megvalósítás mely elemei, és a környezet mely tényezői, feltételei játszottak kritikus szerepet az eredmények alakulásában. Az így szerzett ismeretek hozzájárulnak annak feltérképezéséhez is, hogy egy-egy összetett beavatkozást vagy „jó gyakorlatot” hogyan lehetne más szinten, szintéren, megvalósítani.

III.5.3 Realisztikus értékelés

A realista filozófiai iskola kiindulópontja, hogy mind az anyagi, mind a társadalmi világ „valós”, és mindkettőnek valódi hatásai lehetnek, ezért mindkettőt figyelembe kell venni ahhoz, hogy

megértsük, mi okozza a változásokat. A Pawson és Tilley által bevezetett realiztikus értékelés során nem a „Működik?”, hanem a „Mi működik, kik számára, mi változik, mennyire, milyen körülmények között és hogyan?” kérdésekre keresik a választ [54, 55]. A realiztikus értékelő az összetett kérdés megválaszolásához azonosítja, hogy milyen mechanizmus (*Mechanism*), hogyan hozta létre az eredményt (*Outcome*), és azt a konkrét környezet (*Context*) hogyan befolyásolta (context-mechanism-outcome; CMO).

Az ilyen értékelés elmélettel kezdődik, és elmélettel végződik, mert az értékelés során a beavatkozás alapjául szolgáló elméletet a tapasztalatok alapján „finomítják”. A kiindulási elmélet a ko-



III.15. ábra: A „Komplex beavatkozások kontextusa és megvalósítása” elméleti modell elemei (Forrás: [53])

rábbi kutatások, tapasztalatokon és a beavatkozást tervezők feltételezésein nyugszik. Valójában a tervezéskor mindhárom elemet, a mechanizmust, az eredményt és a körülményeket (feltételeket) ismertnek tekintik, és ennek megfelelően tervezik a monitorozást, azaz az adat- és információgyűjtést is.

A realiztikus értékelés a beavatkozás által előidézett változást magyarázza azokra a résztvevőkre (beleértve a megvalósítókat és a célcsoportokat is) vonatkozóan, akik a meghatározott körülmények között és külső tényezők befolyása alatt (beleértve magát a beavatkozást is) cselekszenek és változtatnak meg (vagy nem) egy helyzetet. A résztvevőkre és a beavatkozásokra úgy tekintenek, hogy azok beágyazódtak egy olyan társadalmi valóságba, amely befolyásolja a beavatkozás végrehajtását és azt, hogy az érintettek hogyan reagálnak rá (vagy sem).

Az elemzés első szakaszában a kiindulási elmélettel összhangban megvizsgálják, hogy a gyűjtött tervezett adatok kapcsolódnak-e a megvalósított beavatkozáshoz, illetve a körülményekhez, a mechanizmushoz, az eredményekhez és résztvevő csoportjaihoz. Ezután meghatározzák, melyek azok a feltételek, amelyben az egyes mechanizmusok működnek (vagy nem). A feltételek kapcsolatosak lehetnek egyes résztvevői csoportokkal, egyes a végrehajtási folyamatokkal, vagy a szervezeti, társadalmi-gazdasági, kulturális és politikai körülményekkel. Az elemzés utolsó fázisában meghatározzák, hogy melyik CMO-megállapítás nyújtja a legmegbízhatóbb és legmegfelelőbb magyarázatot a megfigyelt eredmények mintázatára. A kapott CMO-megállapítást ezután összehasonlítják a kiindulási elmélettel, amelyet az értékelés fényében módosítanak (vagy sem), és a következő beavatkozásnak már ez lesz a kiindulási elmélete. (Vesd össze a 4.4. Közösségi egészségtervezés pontban említett részvételi akciókutatás tervezés-cselekvés-értékelés ciklusával!)

III.6. Összegzés

A komplex egészségfejlesztési szemlélet alapja az egészség komplex meghatározottságának felis-

merése. Ezért az egészség javításának feladatához rendszerszemlélettel, többféle tudományág ismereteinek felhasználásával, több irányból közeledik.

Először is, az egészséget olyan összetett rendszer termékének tekinti, mely magába foglalja az egyént vagy a közösséget. Ebből következően—túllépve a biomedikális megközelítésen—az egészséget annak kontextusában, azaz a környezetével és előzményeivel együtt értelmezi. Így érthető, hogy eredményt csakis az egyént vagy a közösséget magába foglaló teljes rendszerre irányuló, sokféle beavatkozásokról vár.

Másodszor, az egészséget nagymértékben meghatározó természetes és mesterséges környezetet ugyancsak rendszerként fogja fel, ezért azt állítja, hogy a környezet egészséget támogatóvá alakítása csupán többféle, összehangolt cselekvéssel oldható meg.

Harmadszor, a viselkedésváltoztatást tekinti az egészség javítása szempontjából kulcselemnek, mert a viselkedés megváltozása csökkentheti az egészségkockázatoknak kitettséget, illetve növelheti az egyén vagy a közösség ellenállóképességét, továbbá a viselkedés változtathatja egészséget támogatóvá a környezetet. Mivel az emberek viselkedését a társadalmi kultúra határozza meg, az egyéni döntések szerepét az egészség szempontjából korlátozottan tartja. Ez is a rendszerszintű, vagyis a közösségi beavatkozások fontosságát húzza alá.

Negyedszer, a komplex egészségfejlesztési programokban a problémák felismerése, a megfelelő megoldások azonosítása és a megvalósítás az egészségproblémákban érintettek aktív közreműködésével valósul meg. Az egészségfejlesztési szakemberek feladata az érintetteket képviselő partneri együttműködések megalakulásának előmozdítása, a programok megvalósítására való felkészítése. Az egészséget támogató fizikai és társadalmi környezet kialakítása, az egészséges életmód közösségen belüli elterjesztése hosszán tartó, a tervezés-cselekvés-értékelés ciklusából

álló, ismétlődő folyamat, melyben a résztvevők szakértői támogatása mindvégig nélkülözhetetlen.

III.7. Irodalomjegyzék

1. Fodor, J. (1886). Egészségtan a középiskolák felső osztályai számára valamint magán használatra. Budapest, Lampel.
2. Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Arbetsrapport 2007:14, Institute for Futures Studies.
3. World Health Organization. (2010). Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Geneva.
4. Krieger, N. (2011). Epidemiology and The People's Health: Theory and Context. New York: Oxford University Press.
5. Csizmadia, P. (2017). Az egészség ökoszociális elmélete. Egészségfejlesztés, 58(3), 26-30.
6. Csizmadia, P. (2018). Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására. A Meikirch modell. Egészségfejlesztés, 59(1): 45-51.
7. Varsányi, P. & Vokó, Z. (2016). Hálózat kutatás a népegészségügy területén - áttekintő közlemény. Egészségfejlesztés, 57(4), 3-11.
8. Bircher, J. (2005). Towards a Dynamic Definition of Health and Disease Medicine Health Care and Philosophy 8:335-341.
9. Rocher, G. (1969). Introduction à la sociologie générale. (3 tome) Montréal, Hurtubise HMH.
10. Baum, F. & Fisher M. (2014). Why behavioural health promotion endures despite its failure to reduce health inequities. Sociol Health Illn, 36: 213-225.
11. Nagy, B. (2017). Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás, kultúra és egészség. Egészségfejlesztés 2017;58(2):42-46.
12. World Health Organization Regional Office for Europe. (2017). Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making. Copenhagen.
13. Manchanda, R. (n.d.). What makes us get sick? Look upstream. https://www.ted.com/talks/rishi_manchanda_what_makes_us_get_sick_look_upstream (Elérve: 2022. 05. 03.)

14. Eurostat. (n.d.). Life expectancy by age, sex and educational attainment level. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_mlexpedu/default/table?lang=en (Elérve: 2022. 05. 03.)
15. Központi Statisztikai Hivatal. (n.d.). Tehetünk az egészségünkért. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html (Elérve: 2022. 05. 03.)
16. Donaldson, L. (1999). Ten tips for better health., London UK: Stationary Office.
17. Gordon D. & Raphael D. (1999). Alternative 10 tips for better health. University of Bristol, York University.
18. Link, B. G. & Phelan, J. (1995). Social Conditions as Fundamental Causes of Disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, Extra Issue, 80–94.
19. Csizmadia, P. (2017). Az egyenlőtlenségek alapvető társadalmi okai és az elmélet alkalmazási lehetőségei az egészségügyi szakpolitikákban. *Egészségfejlesztés*, 58(2), 17-19.
20. Pacific Northwest University (n.d.). Equity vs. Equality Defined. <https://www.pnwu.edu/about/office-of-diversity-equity-and-inclusion/dei-education/gender-equity/> (Elérve: 2022. 05. 03.)
21. Rimer, B. & Glanz, K. (2005). Theory at a Glance. A Guide For Health Promotion Practice (2nd Edition). National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
22. Urbán, R. (2017). Az egészség pszichológiai alapjai. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest.
23. Michie, S., Van Stralen, M. M. & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions; *Implementation Science*. 6.42.
24. Vitrai, J. & Kimmel, Zs. (2015). Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Mitől függ és hogyan változtatható az egészségmagatartás? I. rész. *Egészségtudomány*, 59(3):57-70.
25. Behavioural Insight Team (n.d.). <https://www.bi.team/> (Elérve: 2022. 05. 03.)
26. Taller, Á. & Csizmadia, P. (2016). Viselkedésértés – A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban. *Egészségfejlesztés*, 57(2), 55-61.
27. Devosa, I. (2020). Cikkismertetés: Segít-e, ha a pénztáraknál kínált ropogtatnivalókat egészségesebbre cserélik? *Egészségfejlesztés*, 61(3):20-20.
28. Okosdoboz. (n.d.). <http://www.okosdoboz.hu/hu-hu/Exercises/Index?classes=1,2,3,4&topic=830> (Elérve: 2022. 05. 03.)
29. Rittel, H. W. J. & Webber, M. M. (1973): Dilemmas in a General Theory of Planning. *Policy Sciences*, 4, 155-169.
30. Maqsood, T., Finegan, A. D., & Walker, D. H. T. (2003) A soft approach to solving hard problems in construction project management. In Second International Conference on Construction in the 21st Century (CITC-II), Sustainability and Innovation in Management and Technology, 10–12 December 2003, Hong Kong. <http://eprints.qut.edu.au/27439/> (Elérve: 2022. 05. 03.)
31. Martinez, N. D. (2020). Allometric Trophic Networks From Individuals to Socio-Ecosystems: Consumer–Resource Theory of the Ecological Elephant in the Room. *Frontiers in Ecology and Evolution*. 27 May 2020. <https://doi.org/10.3389/fevo.2020.00092>
32. WHO Regional Office for Europe. (n.d.). Coalition of Partners. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/coalition-of-partners> (Elérve: 2022. 05. 03.)
33. Den Hertog, K. & Busch, V. (2020). The Amsterdam Healthy Weight Approach: A whole systems approach for tackling child obesity in cities, *European Journal of Public Health*, Volume 30, Issue Supplement_5, September, ckaa165.516, 10.1093/eurpub/ckaa165.516
34. Waterlander, W. E., Luna Pinzon, A., Verhoeff, A., den Hertog, K., Altenburg, T., Dijkstra, C., Halberstadt, J., Hermans, R., Renders, C., Seidell, J., Singh, A., Anselma, M., Busch, V., Emke, H., van den Eynde, E., van Houtum, L., Nusselder, W. J., Overman, M., van de Vlasakker, S., Vrijkotte, T., ... Stronks, K. (2020). A System Dynamics

- and Participatory Action Research Approach to Promote Healthy Living and a Healthy Weight among 10-14-Year-Old Adolescents in Amsterdam: The LIKE Programme. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(14), 4928. <https://doi.org/10.3390/ijerph17144928>
35. Borys, J. M., Le Bodo, Y., Jebb, S. A., Seidell, J. C., Summerbell, C., Richard, D., De Henauw, S., Moreno, L. A., Romon, M., Visscher, T. L., Raffin, S., Swinburn, B., & EEN Study Group (2012). EPODE approach for childhood obesity prevention: methods, progress and international development. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 13(4), 299–315. <https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00950.x>.
 36. Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége. (n.d.). GYERE® Program -Diósgyőr. <https://mdosz.hu/gyere-program-diosgyor/> (Elérve: 2022. 05. 03.)
 37. InDaily. (2016.12.21.) SA's \$35m childhood anti-obesity program to be abandoned. <https://indaily.com.au/news/local/2016/12/21/sas-35m-childhood-anti-obesity-program-to-be-abandoned/> (Elérve: 2022. 05. 03.)
 38. Bell, L., Ullah, S., Leslie, E., Magarey, A., Olds, T., Ratcliffe, J., Chen, G., Miller, M., Jones, M., & Cobiac, L. (2019). Changes in weight status, quality of life and behaviours of South Australian primary school children: results from the Obesity Prevention and Lifestyle (OPAL) community intervention program. *BMC public health*, 19(1), 1338. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7710-4>
 39. City of Somerville (n.d.). About Office of Food Access and Healthy Communities. <https://www.somervillema.gov/ofahc> (Elérve: 2022. 05. 03.)
 40. Economos, C. D., Hyatt, R. R., Goldberg, J. P., Must, A., Naumova, E. N., Collins, J. J., & Nelson, M. E. (2007). A community intervention reduces BMI z-score in children: Shape Up Somerville first year results. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 15(5), 1325–1336. <https://doi.org/10.1038/oby.2007.155>
 41. Appel, J. M., Fullerton, K., Hennessy, E., Korn, A. R., Tovar, A., Allender, S., Hovmand, P. S., Kasman, M., Swinburn, B. A., Hammond, R. A., & Economos, C. D. (2019). Design and methods of Shape Up Under 5: Integration of systems science and community-engaged research to prevent early childhood obesity. *PloS one*, 14(8), e0220169. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220169>
 42. Kaposvári, Cs. (2018). Az Amszterdami Egészséges Testsúly Program. *Egészségfejlesztés folyóirat*, 59(4), 38-43.
 43. Hawkes, C., Russell, S., Isaacs, A., Rutter, H. & Viner, R. (2017). What can be learned from the Amsterdam Healthy Weight programme to inform the policy response to obesity in England? University College London, National Institute for Health Research Obesity Policy Research Unit, Rapid response briefing paper.
 44. Council and Health Department of Amsterdam. (n.d.). Amsterdam Healthy Weight Programme. <https://www.amsterdam.nl/so-ciaaldomein/aanpak-gezond-gewicht/amsterdam-healthy-weight-programme/> (Elérve: 2022. 05. 03.)
 45. Girán, J. (2019). Az egészséget támogató közpolitika és az egészségtervezés néhány összefüggése. *Egészségfejlesztés*. 60(3):16-19.
 46. Anselma, M., Altenburg, T. M., Emke, H., van Nassau, F., Jurg, M., Ruiters, R., Jurkowski, J. M., & Chinapaw, M. (2019). Co-designing obesity prevention interventions together with children: intervention mapping meets youth-led participatory action research. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 16(1), 130. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0891-5>
 47. Institutes of Development Studies. (n.d.). Participatory Action Research. <https://www.participatorymethods.org/glossary/participatory-action-research> (Elérve: 2022. 05. 03.)
 48. Málóvics, Gy. (2019). Tudás létrehozása társadalmi hatással karöltve: a részvételi akciókutatás (RAK) megközelítése. *Magyar Tudomány* 2019/8.

49. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2013.05.). Can mass media campaigns prevent young people from using drugs? (Perspectives on drugs). <http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/mass-media-campaigns> (Elérve: 2022. 05. 03.)
50. University of Washington. (n.d.). What is Implementation Science? <https://impsciuw.org/implementation-science/learn/implementation-science-overview/> (Elérve: 2022. 05. 03.)
51. Damschroder, L.J., Aron, D.C., Keith, R.E., Kirsh S.R., Alexander J.A., Lowery J.C. (2009): Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4,50.
52. Pfadenhauer, L.M., Gerhardus, A., Mozygemba, K., Lysdahl K., Booth A., Hofmann B., Wahlster P., Polus S., Burns J., Breerton L.,Rehfuess E. (2017): Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Sci* 12, 21.
53. Kaposvári, Cs., Járomi, É. & Vitrai, J. (2018). A komplexitás értelmezése a kontextusban és a megvalósításban: a komplex beavatkozások kontextusának és megvalósításának (CICI) keretrendszere – cikkismertetés. *Egészségfejlesztés*. 59(1):56-60.
54. Better Evaluation. (n.d.). Realist Evaluation. https://www.betterevaluation.org/en/approach/realist_evaluation (Elérve: 2022. 05. 03.)
55. Pawson, R. & Tilley, N. (1997). *Realistic Evaluation*. London: Sage.

IV. Fejezet

EGÉSZSÉGNEVELÉS

(Deutsch Krisztina, Pusztafalvi Henriette)

IV.1. Az egészségműveltség és oktatás

Az egészségműveltség kifejezés 1970-es években jelent meg a népegészségügyben és az egészségügyi ellátásban. Egy tanulmány, amely áttekintette az egészségműveltség szakirodalmát nem kevesebb, mint 17 különböző definíciót azonosított, ebből az egyik leggyakrabban idézett a WHO meghatározása, amely szerint az egészségműveltség „az emberek kognitív és szociális készsége (*skills*), amely meghatározza az egyének motivációját és az egyének képességét (*ability*), amely segítségével hozzáférnek, megértik és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik és fenntartják jó egészségüket [1]. Mit látjuk a gyógyítás sikerességét, és a preventív intervenciók sikerességét is meghatározza, hogy a beteg/kilens/egyén érti-e és megfelelően használja-e az orvosi információkat, és ezt jelentős mértékben befolyásolja az úgynevezett „health literacy” (egészségműveltség). Az egészségműveltség definíciója a legelterjedtebb meghatározás szerint, „... az egészséggel kapcsolatos alapvető információk és szolgáltatások elérésének, értelmezésének és megértésének képessége, valamint ezen információk és szolgáltatások felhasználásának kompetenciája az egészség fejlesztése érdekében” [2]. A WHO 1998-as definíciója külön hangsúlyozza az információkeresés egyéni motivációját, valamint az ezek mögött álló kognitív és szociális készségeket. Schulz és Nakamoto (2005) [3] modellje három komponensre bontja az egészségműveltséget: deklaratív tudás (tárgyi tudás az egészséggel és megőrzésével kapcsolatban); *procedurális tudás* (a tárgyi tudás alkalmazásának képessége egészséggel kapcsolatos szituációkban – ide tartozik a más felosztásokban funkcionálisnak nevezett *alapkészségek*, például beszéd, számolás, írás és olvasás működtetése is), illetve az *ítélőkép-*

ség (a tárgyi tudásra alapozva az új információk, helyzetek hatékony megítélése).

Az egészségműveltség területén végzett kutatások Amerikában és Európában is jelentős összefüggésekre világítottak rá a funkcionális egészségműveltség és a demográfiai, illetve szocioökonómiai változók között. Egy 2007-es, brit felnőttek körében végzett kutatásban a TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults) [4] tesztet alkalmazva azt találták, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségű személyek, a férfiak és az alacsony jövedelemmel rendelkezők nagyobb valószínűséggel estek a korlátozott egészségműveltség kategóriájába.

Európában átlagosan az emberek 47,6%-ának nem megfelelő az egészségműveltsége. Magyarországi vizsgálatot tekintve még rosszabb eredményeket kaptak a kutatók 2016-ban, egy reprezentatív magyar minta vizsgálatával, amelyben a résztvevők 20%-ának elégtelen és 32%-ának problémás szintű egészségműveltségéről számoltak be. Megjegyzendő, hogy az egészségműveltség komplexebb, kulturális felfogását érvényesítő mérőeszköz inkább az egészségtudatosság mértékét jelzi, vélhetően az eredményeket befolyásolhatja a személy önértékelése, az egészséggel kapcsolatos problémamegoldási készségeinek megítélése, sőt az adott ország egészségügyi rendszerére jellemző patriarchális felépítés is.

Az egészségműveltség olyan személyes erőforrás, amely lehetővé teszi az egyén számára, hogy döntéseket hozzon az egészségügyi szolgáltatások, prevenció és egészségfejlesztés területein a mindennapokban [5]. Így az alacsony egészségműveltség összefüggést mutat az alábbi tényezők-

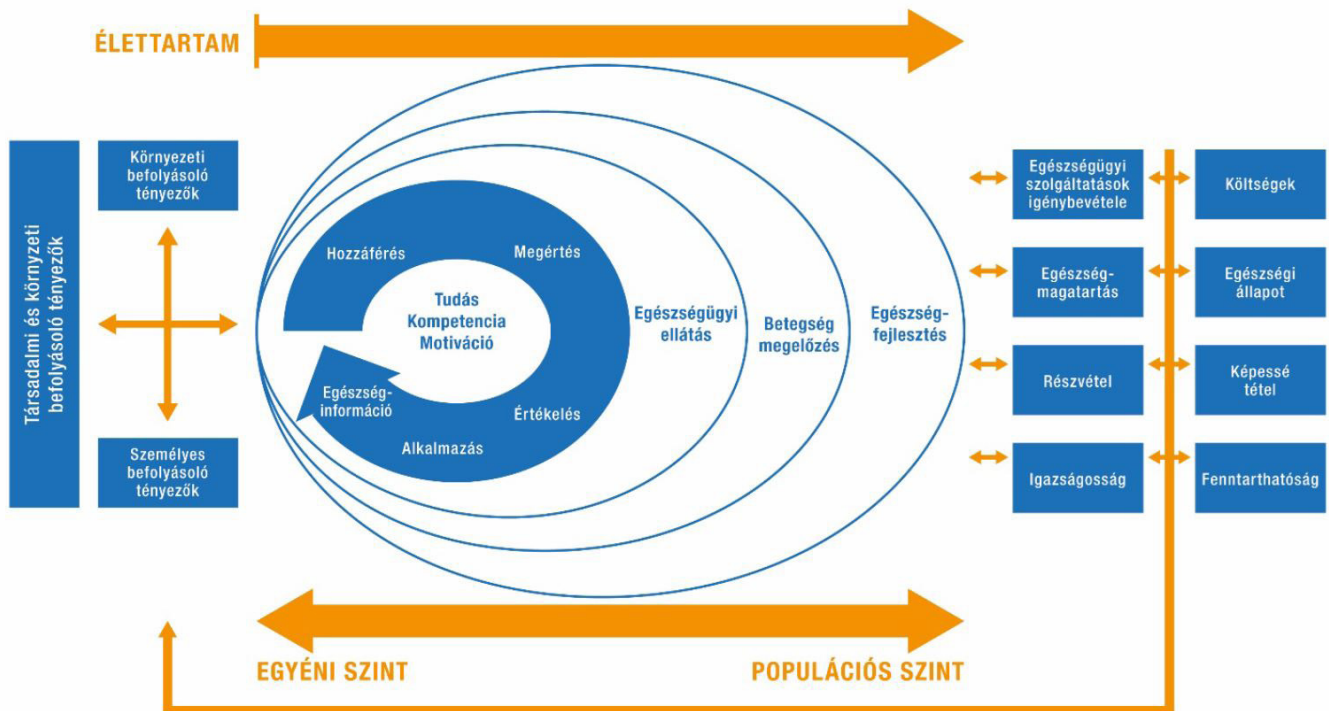
kel: nem megfelelő egészségi állapot, magas halálozási arány, kórházban töltött napok nagyobb száma, orvosi utasítások nem megfelelő betartása, az egészségügyi szakemberekkel való kevésbé hatékony kommunikáció, a prevenció tevékenységeiben való alacsonyabb részvétel, kedvezőtlenebb egészségmagatartás, végül pedig a magasabb egészségügyi kiadások [4, 6, 7].

Sørensen és mtsai (2012) [8] az egészségműveltség áttekintését összegző tanulmányukban megalkották az integrált modellt, mivel az addigi modelleket statikusnak vélték, amelyek nem veszik figyelembe az egészségműveltség folyamatát. Az integrált modell magába foglalja a hozzáférést, a megértést és az információátadást. Az így kialakított modell arra épül, hogy „az egészségműveltség kapcsolatban áll a műveltséggel és hozzájárul ahhoz, hogy az emberek tudása, motivációja és kompetenciája alkalmassá váljon az egészség információkhoz való hozzáféréshez, azok megértéséhez, értékeléséhez és alkalmazásukhoz a mindennapi életben bekövetkező véleményalkotás és döntéshozatal idején az egészségügyi ellátás, a prevenció és az egészségfejlesztés területén, an-

nak érdekében, hogy fenntartsuk vagy javítsuk az életminőséget életünk során” [8].

Annak érdekében, hogy az egészségműveltség pozitív hatással legyen az egészségre egy életen át [4] egyre nagyobb jelentőséggel bír a népegészségügyi erőfeszítések során a gyermekkori és serdülőkori egészségműveltség elősegítése, fejlesztése [9]. Az egészségmagatartás és az egészségi állapot mérése mellett egyre nagyobb szerepe van az egészségműveltség vizsgálatának, ami nem csak a felnőtt korosztályban adhat útmutatót a hiányosságok irányára, hanem a serdülők és fiatalok egészségműveltségének javítására is adhat útmutatót. A fiatalok számára kidolgozott, magyar adaptáció HELMA-H néven érhető el [10]. (HORVÁTH és mts.,2021).

A serdülők egészségműveltségét mérő adaptált kérdőív (HELMA-H), fontos szerepet kaphat az intervenciók programok tervezését megelőzően, amivel képesek lesznek az egészségfejlesztő szakemberek a hiányokat feltárni és adekvát módon pontosan meghatározni az intervenciókat, ennek megfelelően pedig az egyének ismereteit, készségeit fejleszteni.



IV.1. ábra: Forrás: Sorensen et. al. Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012, 12:80[8].

IV.2. Csoportos egészségnevelés alapjai

Elsőként a fejezetünk fókuszában álló egészségnevelést kívánjuk definiálni. Az egészségfejlesztés a társadalom egészségi állapotának javítása céljából magába foglal gazdasági, szabályozási, politikai, népegészségügyi intézkedéseket, közösségi és egészségügyi prevenciós tevékenységeket egyaránt. Az egészségnevelés szerves része a korszerű egészségfejlesztésnek, megcélózva az egészséget támogató viselkedések kialakítását, fejlesztését vagy a rizikómagatartások megváltoztatását egy szakember által irányított, ugyanakkor az egyén felelősségére épülő folyamatban.

A WHO Sanghaj-i világkonferenciájának záródokumentuma meghatározza az egészségfejlesztés cselekvési lehetőségeit mikro- (lokális kiscsoportos), mezo- (tágabb közösségi) és makroszintű (populációs és/vagy kormányzati) struktúrában, a betegellátáson kívüli szakemberekre, szinterekre és szereplőkre fókuszálva [11]. E fejezet a mikroszinttel, tehát a lokális kiscsoportos egészségnevelés alapjaival foglalkozik. Az egészségnevelés definiálásában Nagy Lászlóné és Barabás Katalin megfogalmazása jelenti a kiindulást, miszerint az **egészségnevelés** „Olyan változatos kommunikációs formákat használó, tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek összessége, amely az egészséggel kapcsolatos ismereteket, tudást és életkézségeket bővíti az egyén és a közösség egészségének előmozdítása érdekében”. [12].

IV.2.1. Az egészségnevelés célcsoportjai

A csoportos (kiscsoportos) egészségnevelési programok is leggyakrabban az élet természetes szintereihez: iskolákhoz, településekhez, munkahelyekhez kapcsolódnak s leggyakrabban a WHO által beazonosított sérülékeny csoportokra fókuszálnak. A WHO a gyermekeket, a várandósokat és az időseket helyezi az egészségfejlesztés fókuszába [13, 14], és rajtuk kívül az adott társadalom szintjén dől el, hogy milyen más speciális csoportok minősülnek még kiemelten fontosnak. Ha az egészségnevelés lehetséges célcsoportjait rendszerben kívánjuk áttekinteni és elfogadjuk azt, hogy egészségfejlesztési szükségletek más célcsoportok esetén is adódhatnak a sérülékeny csoportokon túl, akkor az életkor szerinti bontás

egy lehetséges keretet ad az áttekintésre. Eszerint az egészségnevelés célcsoportjai az életkor-szakaszok, s az elérésük szinterei alapján a következők lehetnek:

- *kora gyermekkor csoportjai (0-6 éves korcsoport, bölcsőde és óvoda intézménye),*
- *kisiskolások csoportja (6- 10 éves korúak, alsó tagozatos iskolás gyermekek)*
- *serdülőkorúak csoportjai (felső tagozatos iskolás gyermekek, és középfokú képzésben tanulók, továbbá a lakóhelyhez vagy kollégiumhoz kapcsolódó kamaszok csoportjai),*
- *fiatal felnőttek csoportjai (melyek kapcsolódhatnak oktatási/felsőoktatási intézményhez, lakóhelyhez, munkahelyhez, élethelyzethez pl. várandósság, gyermekvállalás),*
- *érett felnőttek csoportjai (kapcsolódhatnak lakóhelyhez, munkahelyhez, élethelyzethez pl. munkanélküliség, gyermeknevelés, krónikus betegségben való érintettség, rokkantság),*
- *idősödők és időskorúak csoportjai (kapcsolódhatnak lakóhelyhez, bentlakásos intézményhez, élethelyzethez pl. magányos – egyedül élő nyugdíjas, bizonyos betegséggel élők).*

Amikor egy csoportos egészségnevelési program tervezése során a célcsoportunkat jellemezzük érdemes megválaszolnunk a következő kérdéseket.

- A csoport milyen közösségi szintéren jelenik meg és miként kapcsolódik a munkakörünkhöz, szakmai tevékenységünkhöz?
- Milyen szocio-demográfiai jellemzők mentén írható le a csoport? (nem, életkor, iskolázottság, társadalmi státusz, foglalkoztatottság).
- Milyen egészségfejlesztési szükséglettel rendelkezik a csoport? (egészségi állapot, egészség- és rizikó magatartások, krónikus betegség, mentális krízis, bántalmazás stb.) A szükségletet, a veszélyeztetettséget a csoport szintjén, de tágabb társadalmi kontextusban is érdemes bemutatni. Ez utóbbi esetben célszerű meghatározni a probléma népegészségügyi súlyát és prevenciós lehetőségeit.

- Melyek a csoport speciális körülményei, igényei, elvárásai? Sajátos veszélyeztetési tényezők fennállnak-e? pl. hátrányos helyzetű gyermekek, szegregátumban élő romák, a munkahelyhez vagy településhez kapcsolódó speciális veszélyek/nehézségek, csak esti időpontban tartható program stb.

A következőkben a csoportok formáit, működésük jellemzőit tekintjük át pszichológiai szempontból a teljesség igénye nélkül.

IV.2.2. A csoportszerveződés és működés pszichológiai jellemzői

A csoport szociálpszichológiai értelemben az egymással tartósan interakcióban lévő személyeket jelenti, akiket a közös cél, együttes tevékenység, kohézió és csoportstruktúra jellemez. A csoportok rendszerezhetők nagyságuk, a szerveződés módja és funkciójuk alapján. A pszichológia a kiscsoport létszámát 3-20 fő közé helyezi, feltételezve, hogy a tagok interakcióban, személyes kapcsolatban állnak és a kölcsönös bizalom és támogatás alapján képesek együttes tevékenységre. E fölött 50 főig nagycsoportról, míg 50 fő felett tömegről beszélünk. A nagycsoportban is ismerik egymást a tagok, de nincs közöttük minden esetben közvetlen kapcsolat, ezért szükségszerűen alcsoportokra oszlanak. Szükségszerűen ez jellemzi a nagyobb létszámú osztályközösségeket is [15]. A kiscsoportos egészségnevelés gyakorlatában is jellemző a 15 – 17 fő körüli csoportlétszám a hatékony és reflektív csoportfolyamatok elősegítése érdekében [16].

A csoportszerveződés alapján formális és informális csoportokról beszélhetünk, melyben a formális csoportokat a közös cél hozza össze, míg az informális csoport a rokonszenv vagy közös érdeklődés alapján szerveződik, és az érzelmi kötődés, az együttlét öröme tartja össze [15].) Ez alapján az egészségnevelési csoport kétségkívül formális csoport, hiszen konkrét cél és feladat mentén szerveződik. Azonban előfordul, hogy a csoporttagok közötti korábbi vagy a program során kialakuló érzelmi kapcsolatok, illetve a pozitív klíma miatt a csoport informális csoportként tovább él. Van olyan példák, konkrét esetek, hogy a szülés-

re és szülői szerepre felkészítő egészségnevelési program várandóscsoportja a programot és szülést követően támogató anyacsoportként, mint informális csoport működött tovább.

Minden csoport – beleértve az egészségnevelési csoportokat is – keresztül megy a csoportfejlődés öt fázisán. Csoportot vezető szakemberként ezekről ismerhetjük fel, hogy a tényleges feladatra koncentráció működésig a csoport három fejlődési fázison halad át, illetve fel kell készíteni a csoportot a megszűnésre is. A fejlődés fázisai a következők: [17]

1. **Megalakulás:** ekkor ismerkednek meg a csoporttagok, s a sokoldalú bemutatkozáshoz biztosított lehetőségek segítik a közösséggé válást. Itt az intézményi elvárások, s azokhoz illeszkedő teljesítmény is megmutatkozik. Az egészségnevelés szempontjából ez azt jelenti, hogy a csoport indításakor figyelni kell a csoporttagok fogadásának egyszerű emberi gesztusaira (Hol lehet lenni a kabátot, esernyőt, babakocsit? Hol talál mosdót? Hol foglalhat helyet?) csökkentve a megérkezés és beilleszkedés kezdeti stresszét, és törekedni kell a kezdeti érzéseket és elvárásokat tisztázó, a feszültségcsökkentést és kölcsönös ismerkedést egyaránt támogató módszerek, játékok alkalmazására.
2. **Viharzás:** a legtöbb csoport áthalad egy konfliktust jelentő szakaszon, amely általában a pozíciókért és a szerepekért folytatott harc. Az egészségnevelési csoport esetén megmérettetik a csoportvezető, viták alakulhatnak ki a munkamódszerről, de mindez fontos a csoport érése szempontjából.
3. **Normaképzés szakasza:** megszilárdulnak a normák a csoportra jellemző értékek és viselkedési szabályok mentén. Ezért van szükség már a program kezdetén az alapszabályok lefektetésére, amelyeket célszerű, ha demokratikus szellemben megvitát a csoport, mert a konszenzuson alapuló szabályok a leginkább betarthatók. Különösen fontos a titoktartást, mint normát lefektetni. De az időtartás (érkezés, távozás, szünetek), evés-ivás, a viselkedés egyéb vonatkozásai

és a kommunikáció szabályai is fontosak. A csoportban meg kell beszélni a várható feladatokat, és előremutatón az értékelés módját és időpontját is.

4. Működés: a csoport maximális hatékonysággal a végrehajtandó feladatokra koncentrálnak.
5. Megszűnés: a csoport befejezte a feladatát, felbomlik. Már a program elején ismertetnünk kell a program időtervét, s ezen belül a befejezés időpontját, a program lezárásának módját, amelyre a program során is utalunk. Így lehetőséget teremtünk az elválásra való személyes felkészülésre, melynek egy hosszabb időtartamú (több hónapos, egész éves) program esetén már komoly létjogosultsága van.

Az egyén és a csoport közötti viszony leírására szolgál a Kurt Lewin nevéhez fűződő *csoportdinamika* elmélete, jelentősége pedig abban áll, hogy annak ismerete és megfelelő alkalmazása eredményesebb csoportműködést generálhat. Bagdy és Telkes szerint a csoportdinamika azon a tényen alapul, hogy az emberi együttlét mindig létrehoz a jelenlevőkben egyfajta többlet feszültséget [18]. A csoportdinamika során a tagok egymással interakcióba lépnek, kommunikálnak, együttműködnek, amelynek hatására a csoport is és a csoportban résztvevő személy is megváltozik [19]. A csoportdinamikai jelenségek közé tartozik a csoportkohézió, a csoportban kialakuló szerepek, és a vezetői stílusok hatása a csoport működésére.

A *kohézió* a csoport összetartására utal, és azért lényeges feladat a kohézió erősítése az egészségnevelési kiscsoportban is, mert az pozitív légkört, hatékonyabb együttműködést, jobb teljesítményt és nagyobb elégedettséget eredményez [20].

Csepeli György szerint a csoportban megnyilvánuló egyéni viselkedés a funkcióját tekintve célozhatja a feladat végrehajtását, a csoport építését, vagy akár egy probléma megoldását is. A csoport működését a *konstruktív szerepek előmozdítják, míg a destruktív szerepek akadályozzák*, azonban

az általuk előidézett konfliktusok is eredményezhetnek előrevívő hatást [21].

Konstruktív vagy feladat-szerepek:

- Kezdeményező: változtatásokat, újításokat vezet be, meghatározza a célokat.
- Információkereső: kérdez, véleményt, felvilágosítást kér.
- Információt nyújtó: tájékoztatást ad, véleményt nyilvánít.
- Szabályalkotó: a csoportnormák létrehozója és ellenőrzője.
- Általánosító: összefoglal, tisztáz bizonyos kérdéseket a csoport előtt.
- Engedelmeskedő: passzív hallgatóság.

Destruktív szerepek:

- Akadékoskodó, vetélkedő, mindentudó, hírharang.

A csoport fennmaradását szolgáló kapcsolati szerepek:

- Összhangteremtő.
- Kapuőr: a kommunikációs csatornák nyitva tartásában segít.
- Bátorító: barátságos, dicsér, elfogad másokat.
- Kiegyező, kompromisszumra hajló.
- Diagnosztizáló: elemzi a csoportban a feladatvégzést akadályozó érzelmi folyamatokat.
- Feszültségoldó: a negatív érzelmeket tréfával, viccel oldja

A csoportdinamika harmadik jelensége a *vezetési stílus*. Az egészségnevelési csoportban a vezető az aktuális helyzettől és feladattól, továbbá függően az autokratikus és demokratikus vezetési stílus között tevékenykedik. Alapvetően mind a támogató empatikus légkört, mind a vélemények-nézőpontok szabad vállalását, mind a készség- és képességfejlesztést a demokratikus vezetés módszerei szolgálják inkább. Azonban lehetnek olyan feladatok (pl. egy mozgásforma vagy relaxációs technika megtanítása), illetve gyors döntést igénylő helyzetek, amikor a csoport egyértelmű útmutatást - vezetést vár, ekkor az autokratikus,

tehát irányító jellegű vezetésre lesz szükség. A sikeres csoportvezetés azonban számos más tényezőtől is függ, mint például a vezető személyisége és domináns vezetési stílusa [22].

IV.2.3. A csoportokkal való munka néhány aspektusa az egészségnevelésben

A csoportos egészségnevelés számára kedvező feltételt jelentenek az alábbi tényezők.

- A tanulás támogató légköre, melyben az új koncepció és gyakorlat megvitatható, segít – félelemmentes módon – új dolgokról gondolkodni és magatartást kialakítani.
- A kiscsoportban megvalósuló közvetlen visszajelzés és megerősítés erőteljes motiváló tényező.
- A kiscsoport elősegíti az aktív részvételt a tanulási folyamatban, lehetőséget adva arra, hogy összevegyék az új gondolatokat más felfogásokkal. A motiváció nagymértékben növekszik, ha a résztvevő érzi a változás szükségességét és elfogadja a tanulási helyzetet. A kiscsoportos módszer különösen hatékony a változással szembeni ellenállás csökkentésében az alternatívák feltárása révén.
- A kísérleti tanulás, a változatosan alkalmazható módszerek igen realiztikus tanulási helyzetet biztosítanak. Ahelyett, hogy a csoportvezető közölné készen az információt, a résztvevők átélik és tanulnak a gyakorlatok tapasztalataiból.

A problémák és nehézségek kezelése a csoportban

Az egészségfejlesztő szakemberek gyakran ijesztőnek tartják a csoportvezetést, úgy érzik képtelenek azzal megbirkózni. Az előrelépést ezeknek a félelmeknek a beismerése és a velük való szembenézés jelenti, illetve stratégiák kidolgozása arra az esetre, ha problémák merülnének fel. Hasznos lehet, ha kezdetben párban vezetnek csoportot, és készítenek forgatókönyvet továbbá tartalék feladatokra is felkészülnek.

Ha túl kevés ember jelenik meg a programon, át kell gondolni az előkészítést, a reklám- és marketing tevékenységet. A tervezhetőség érdekében

segít az előzetes jelentkezéshez kötött mód és a kapcsolatfelvétel, illetve tájékoztatás a programról több infokommunikációs csatornán.

A felmerülő viselkedési problémák, csoportban kialakuló konfliktusok is nehézségek elé állítják a csoportvezetőt. Az aktív részvétel és hozzászólás hiányát, de a túl sokat beszélők és mindenhez hozzászólók problémáját is segít megelőzni a módszerként alkalmazott körkérdés, a páros és kooperatív csoportmódszerek, interaktív feladatok és más strukturált módszerek. A csoportban felmerült konfliktust mindenképp kezelni kell asszertív kommunikációval és lehetőség szerint problémamegoldó stratégiával a felelősök keresése helyett.

Ha valaki teljesen visszahúzódó, akkor direkt módon is a megszólíthatjuk, megnevezve az illetőt és felkérve a hozzászóláshoz. Ha mindez nem segít, akkor beszéljük meg vele személyesen a problémát.

IV.3. Az egyéni egészségfejlesztés modelljei

A népegészségügy egyik legnagyobb kihívása, hogy a rizikóval élő személyek viselkedésváltozásával csökkentse az életmóddal összefüggő betegségek morbiditását, mortalitását, megelőzve a korai halálozást és növelve az egészségben eltöltött éveket. Az egyéni egészségnevelés feladata, hogy a magatartástudományok segítségével olyan modelleket kínáljon, melyek hatékonyan képesek támogatni a viselkedésváltozás folyamatát, a motivációtól a megfelelő stratégiákon keresztül. Ehhez az elméleti keretrendszert leginkább a pszichológia és a pedagógia kínálja. E fejezetben elsőként arra vállalkozunk, hogy bemutassunk néhány tudományosan megalapozott modellt a viselkedésváltozás facilitálásában, majd az egyéni egészségnevelést a kliens és szakember viszonyában tekintjük át, meghatározva a kompetens szakemberek körét, a változás gyakran felmerülő szükségleteit, s a támogató kapcsolat jellemzőit is. Végül részletesen bemutatjuk Prochaska és DiClemente transzteoretikus viselkedésváltoztatási modelljét.

IV.3.1. A viselkedésváltoztatás modelljei

IV.3.1.1. COM-B modell

A modern értelmezés szerint ez a magatartásváltozás célját szolgáló COM-B modellt, amely hatékony népegészségügyi beavatkozások tervezéséhez nyújthatnak segítséget, s melynek működéséhez ad értelmezési keretet „viselkedésváltoztatás kereke” modell. Ezt részleteztük a 2. fejezetben, fontos megjegyezni, hogy a viselkedésváltoztatás keretében jelenleg ezt a modellt használjuk.

IV.3.1.2. HAPA modell

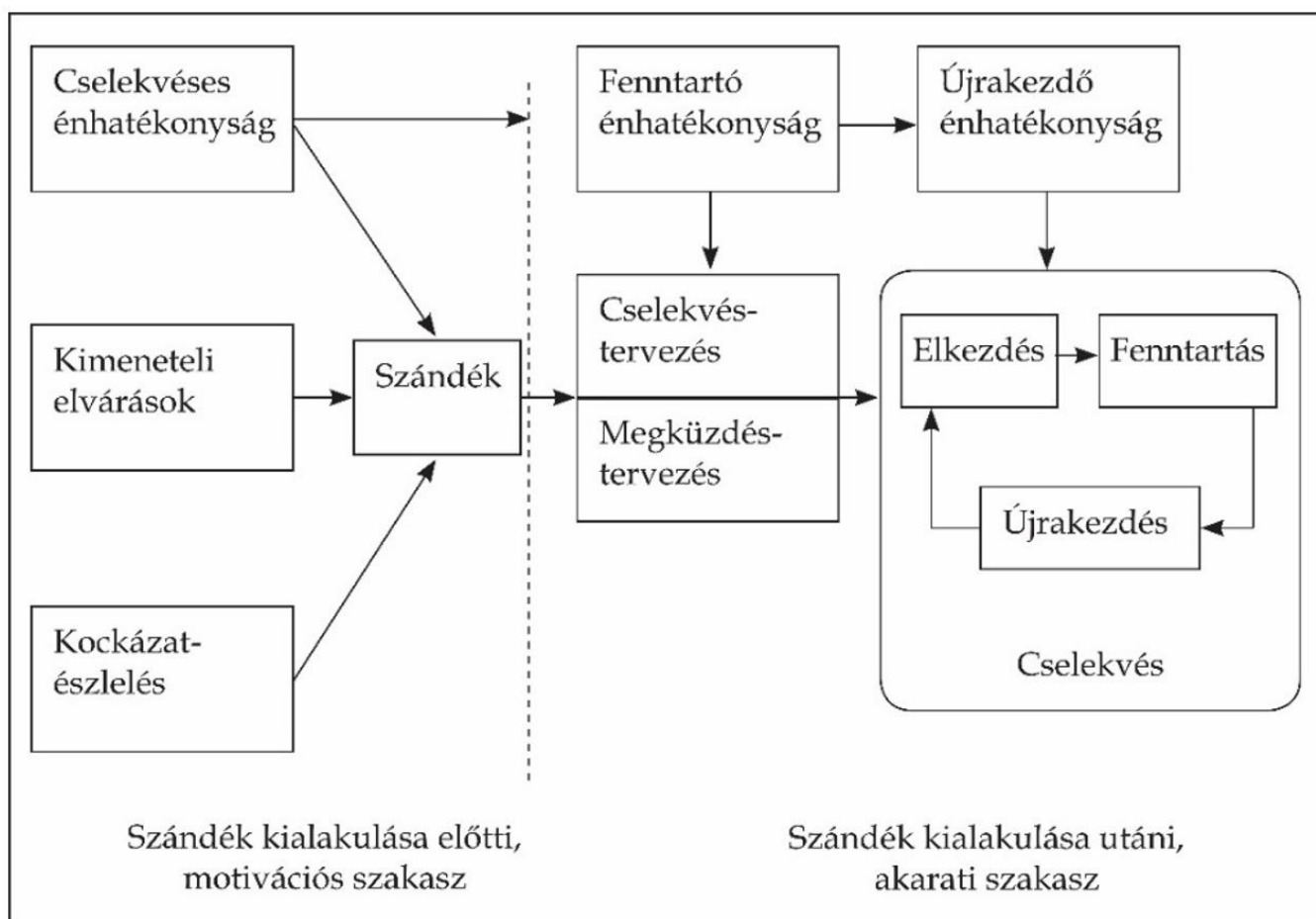
A HAPA (Health Action Process Approach) modellt Ralf Schwarzer és kutatócsoportja dolgozta ki, mely az egészségmagatartás szociális - kognitív folyamatmodelljeként értelmezhető. Kifejezett előnye, hogy továbbfejlesztett változatban foglalja magába a korábbi egészségviselkedésekkel kapcsolatos modelleket. Kutatási eredmények bizonyítják, hogy hatékonyan alkalmazható számos egészségviselkedés változtatásában, legyen szó akár rövid távú, vagy hosszú távú módosításról. Eredményesnek bizonyult a modell többek között a testmozgás, egészséges táplálkozás, higiénés kézmosási szokások, terápiás adherencia vonatkozásában [23, 24].

„A legtöbb szociális-kognitív modell a viselkedéses szándék kialakulását hivatott magyarázni és előre jelezni, azonban mind a hétköznapi tapasztalat, mind a kutatási eredmények szerint a kialakított szándék nem minden esetben vezet tényleges viselkedéshez. A modell ezért – az ún. szándék–viselkedés-rés áthidalása érdekében – megkülönbözteti a szándék kialakulása előtti motivációs szakaszt, amely (a korábbi modellekhez hasonlóan) a szándék megformálásához, valamint a kialakulása utáni akarati (volicionális) szakaszt, amely a tényleges egészségviselkedéshez vezet. Az integrációra törekvő HAPA-modell a korábbi klasszikus modellekhez képest nagy hangsúlyt fektet a szándék kialakulása utáni tényezőkre, úgy, mint a cselekvés és az akadályokkal történő megküzdés tervezése, valamint a cselekvés fenntartásához hozzájáruló önszabályozási folyamatok és a specifikusan ezzel kapcsolatos személyes haté-

konyság érzése.” [25] E modell alapjául Bandura szociális tanuláselmélete szolgált, mely szerint a viselkedés feltárása és változása ugyanazon kognitív mechanizmusokkal magyarázható, így a vikariáló, a szimbolikus és önszabályozó folyamatokkal. A vikariáló mechanizmus leegyszerűsítve azt jelenti, hogy tanulunk mások viselkedésének megfigyeléséből, és a társas tapasztalatok felhasználásával már nem kell mindent a saját bőrünkön kipróbálni. A szimbolizmus olyan mentális folyamat, melynek segítségével kognitív szinten dolgozzuk ki egy probléma legjobb megoldását és nem cselekvéssel próbáljuk ki a lehetséges megoldási alternatívákat. Az önszabályozás teszi lehetővé a saját viselkedés kontrollját, beleértve a környezeti feltételek és a viselkedési következmények kezelését is. Bandura koncepciójának, s az erre alapuló HAPA modellnek is központi kategóriája az énhatékonyság, mely az önszabályozó képesség egyik fő komponense. Az énhatékonyság alapján hiszünk a képességeinkben, melyek a kívánt viselkedéshez szükségesek, beleértve érzelmi és gondolkodási folyamatokat, motivációt és a viselkedés feletti személyes kontrollt. Az énhatékonyság így összeségében a célkitűzéseinket, az erőfeszítéseinket és az akadályokkal szembeni kitartásunkat is befolyásolja [26]. Így az énhatékonyság érzése a legfontosabb előjelzője a viselkedéses szándéknak [23].

IV.3.1.3. Prochaska és DiClemente transzteoretikus magatartásváltoztatási modellje

A XX. század második felében jellemző tradicionális egészségnevelés, azaz a cselekvéses paradigma szemléletmódját követően – melyben a problémával élő kienstől csupán információátadás hatására várták a gyors és önálló változást – valóságos forradalmat, pszichológusok több évtizedes munkájára épülő paradigmaváltást hozott a transzteoretikus magatartásváltoztatási modell. Bár a szerzők a modell megalkotásához az elsődleges tapasztalatokat a szenvedélybeteg felépülési folyamatának a megfigyeléséből nyerték, a koncepció végül számos más viselkedésváltoztatási területen hatékonynak bizonyult. A modellben leírásra került az a folyamat, melynek stációján a szokás- és magatartásváltozás során a



IV.2. ábra: Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje (Health Action Process Approach, HAPA; Schwarzer, 2011, 601. o. nyomán [25])

kliens mindenképp végigmegy, akár önállóan, akár terápiás segítséggel viszi véghez és szilárdítja meg a változást. E tudományos megközelítés azt feltételezi, hogy a kliens tudja, hogy épp mely szakaszban van a leküzdendő problémát illetően, a siker kulcsa pedig a jól időzített megküzdési készségek alkalmazása. Ugyanis kudarcra ítélt a személy a változásban, ha arra még nem készült fel, vagy ha olyan feladaton dolgozik, amit már elért, vagy meghaladott. A kihívást, a feladatot, illetve a megküzdést mindig az aktuális változási szakaszhoz kell igazítani [27].

A következőkben áttekintjük a magatartásváltoztatás fázisait a modell szerinti értelmezésben. A folyamat megértését segíti a IV.3. ábra.

1. A fontolgatást megelőző stádium

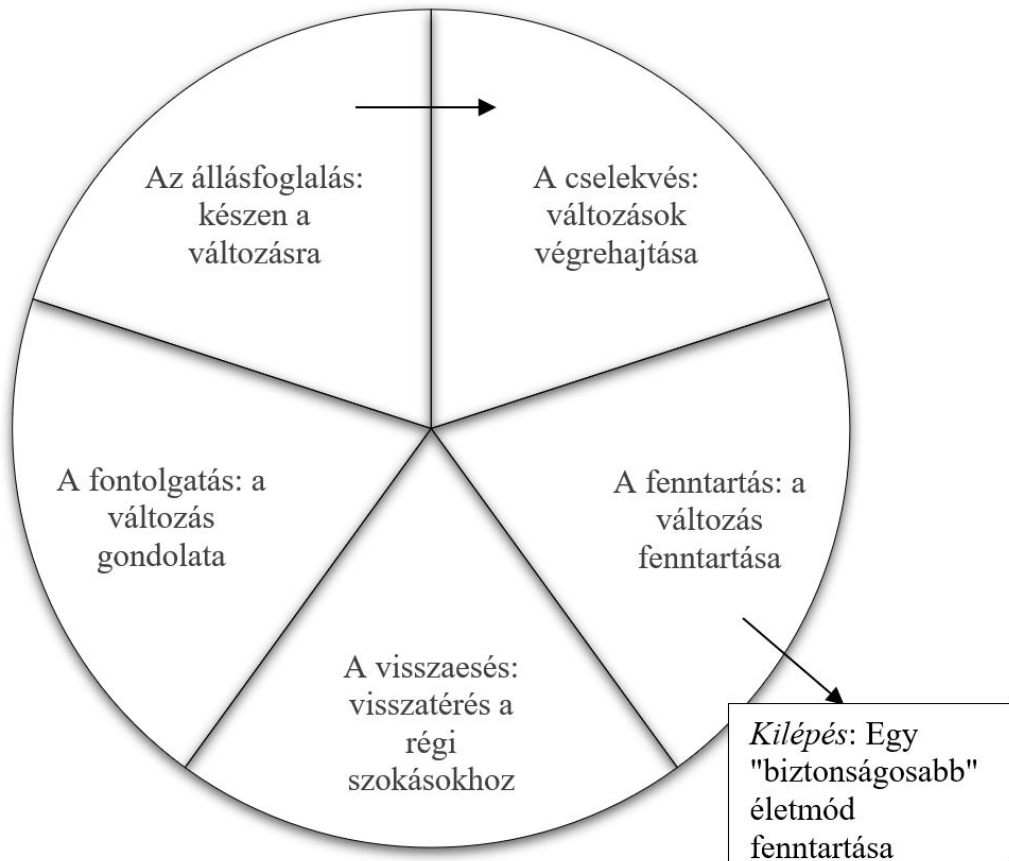
Az egyén még nincs tudatában a változás szükségességének, azaz vagy még nem látja, vagy szándékosan hátrítja a problémát. Az énvédő mecha-

nizmusok egész sorát alkalmazza azért, hogy ne kelljen szembenézni a változás szükségességével, ezért nem motivált a folyamat megkezdésében. Sok esetben abban bízunk, hogy problémái a környezete – például házastársa, gyermeke, főnöke – változásával megoldódnak.

Ebben a szakaszban a szakemberek a probléma és a hátrítás tudatosításával tudják segíteni kliensüket, hogy az a fontolgatás szakaszába lépjen. A figyelem és gyakorlás módszerével a maladaptív hátrítások pozitív viselkedéssé alakíthatók.

2. A fontolgatás stádiuma

A kliens már kellő motivációval rendelkezik a változtatásra, és céljait is pontosan kell megfogalmazni saját maga számára. Ha a célok túl homályosak, akkor a kliens saját magának, illetve a szakember a kliensnek tisztázó kérdéseket tehet fel.



IV.3. ábra: Az egészséggel kapcsolatos magatartásformák megváltoztatásának stádiumai
(Forrás: Prochaska, J.O., Norcross, J.C., DiClemente, C.C. transzteoretikus modellje alapján saját szerkesztés)

A facilitátor szerepben megjelenő szakember ebben a stádiumban tudja alkalmazni az attitűdök, értékek tisztázását segítő stratégiákat. Ezek a stratégiák segítenek az értékrendszerükkel és meggyőződéseikkel kapcsolatos kritikus gondolkodásban. Segít e szakaszban a probléma pontos megfigyelése és elemzése is, akár étkezésünk és energiabevitelünk, akár alkoholfogyasztásunk, vagy éppen dühkitöréseink számbavétele egy vagy több hetes ciklusban. Lényeges szerepet kap ebben a fázisban a funkcióelemzés, azaz, azon dolgoknak a megfigyelése, amelyek közvetlenül megelőzik, vagy követik a problémás magatartást, így fény derülhet azokra az eseményekre, amikor a személy a kontrollt elveszti. A fontolgtás stádiumában biztatnunk kell kliensünk önleltár készítését. A kérdések egyrészt a viselkedésre, másrészt a változásra vonatkoznak: Célszerű minden érvt és ellenérvt összegyűjteni a változással kapcsolatban saját magunk és környezetünk szempont-

jából is, hogy döntésünk megalapozott legyen. A probléma tisztánlátásában, az öntudatosság fokozásában segíthetnek a szakember által alkalmazott következő módszerek:

- *Rangsorolás, kategorizálás: Alkalmas az értékek tisztázására. Pl. Mit jelent az Ön számára egészségesnek lenni?*
- *Értékkála: ez a technika segít az embereknek abban, hogy megértsék, illetve meghatározhassák saját álláspontjukat egy adott témán belül.*

3. Az állásfoglalás, döntés stádiuma

A kliens az érvek és ellenérvek mérlegelése után döntést hoz arra vonatkozóan, hogy változtat egészségkárosító magatartásán, szokásán. Nyilvánosságra hozza döntését és segítséget kér a környezetétől.

Döntéshozást segítő stratégiák

Első lépés: Teremtsünk elfogadó légkört, melyben a kliens nyitottá válhat. Feltétlen elfogadást, őszinteséget, empátiát fejezünk ki non-verbális és verbális kommunikációkkal egyaránt.

Második lépés: Segítsünk a mélyebben fekvő szükségletek és a probléma feltárásában nyitott és tisztázó kérdésekkel, valamint aktív hallgatással.

Harmadik lépés: Segítjük a klienst a lehetőségek meghatározásában, a reális célok kitűzésében.

„Hogy érezné magát, ha...”

Ha a dolgok úgy alakulnának, ahogy Ön szeretné, mi lenne másként, mint most?” [22]

Negyedik lépés: Segítjük a klienst a változás lehetséges alternatívái, módjai közötti választásban, de nagyon fontos, hogy ő válasszon, hiszen csak a saját döntés mentén lesz elkötelezett a megvalósításban. A választás magába foglalja az az érvek és ellenérvek mérlegelését, az egyes alternatívák követéséből adódó lehetséges következmények megfontolását, a legjobb alternatíva kiválasztását.

Ötödik lépés: Ekkor a kliens felkészül a cselekvésre, melyben támogatjuk, de a cselekvési terv kidolgozásában is a kliensé a főszerep.

Cselekvési terv magába foglalja:

- A magatartásváltozás módját, bizonyos esetekben a változás mértékét is.
- A változás kezdetének időpontját, egyes esetekben a változásra tervezett időt.
- A magatartásváltoztatás előkészítését, a lelki felkészülést, a megküzdési stratégiák átgondolását.
- A család, munkatársak és más fontos személyek felkészítését (szándékaink és kéréseink megfogalmazását), a lakásban, munkahelyen a tárgyi környezet előkészítését.
- Segítő személyek, csoportok számbavételét, a szakembertől elvárt segítség módjait.

4. A cselekvés stádiuma

Elkezdődik a változtatás folyamata, melyben már elköteleződött. Tervei szerint aktívan cselekszik, helyettesíti a rizikómagatartást más tevékenységekkel, kontrollálja viselkedését, él a segítő kapcsolatok támogatásával, a napi nehézségeket igyekszik leküzdeni. Ez a szakasz rendszerint hónapokig tart.

5. A fenntartás stádiuma

Ebben a stádiumban az emberek azért harcolnak, hogy fenntartsák a változást és ennek érdekében különböző megküzdési stratégiákat alkalmaznak. Ekkor már legalább 6 hónapja tart a változási folyamat. A változtatás megkezdése és annak fenntartása is komoly erőfeszítést kíván a kliens-től, melynek támogatásában az egészségfejlesztő szakember a következő módszereket alkalmazza, illetve javasolja kliensének.

- *Önmegfigyelés:* a változtatni kívánt magatartásforma részletes és precíz megfigyelését jelenti, akár napló formájában követve a változást. Ez a módszer segít az embereknek saját magatartásmintáik elemzésében, az önkontroll kialakításában, valamint egy olyan alapszint meghatározásában, amihez képest követhető a fejlődés.
- *Áldozatok, előnyök, és jutalmazás:* a magatartásváltozás nehézségeire, az áldozatokra tudatosan fel kell készülni, amelyet ellensúlyoz az előnyök világos meghatározása, a jutalmazás és a kitartás segítése. Az előnyök lehetnek rövid és hosszú távúak, áttételesek is (pl. a várandós azért éljen egészségesen, hogy a gyermeke is egészséges legyen).
- *A célkitűzések és a fejlődés értékelése:* reális célok szükségesek, és ha nem sikerül elérni a kitűzött fejlődést, akkor fel kell tárni annak az okait. Az erőfeszítések elismerése is fontos, a legapróbb eredményeket is jutalmazni, dicsérni kell.
- *Megküzdési stratégiák kidolgozása:* csak akkor tartható fenn a változás, ha rendelkezésre állnak a hiányérzet és a stressz kezelésére a megfelelő megküzdési stratégiák. Ilyenek lehetnek az önsegítő csoportok, feszültségcsökkentő módszerek, relaxáció, nemet mondási készség fejlesztése stb.?” [22]

6. A visszaesés stádiuma

A kliens nem tudja fenntartani a változást, visszatér a korábbi viselkedéséhez, szokásához. Ez gyakori jelenség, mivel számos tényező (pl. a botlás túlértékelése, visszahúzó társas hatások, rendkívüli kihívások és stresszsituációk, a szenvedés

stb.) gátolhatja a változás folyamatát. A szenvedés azonban (magába foglalva szorongást, magányt, érzelmi problémákat és depressziót) a leggyakoribb ok, amely 60-70%-ban megjelenik mind a szerfüggő szenvedélybetegek, mind az evési problémával küzdők visszaeséseiben. A szerzők megfigyelése, hogy a dohányosok rendszerint három visszaesést követően tudnak megbirkózni a leszokással. Amennyiben ez történik, akkor a szakember feladata az, hogy elemezzék a klienssel a visszaesés okait, a felkészülés hiányosságait. E tapasztalatokból tanulva ismét előkészíthetik a magatartásváltozást, tehát újra kezdődhet a fontolgatás vagy a felkészülés stádiuma.

7. A kilépés stádiuma

Az emberek rögzítették a magatartásváltozást, az új, már megváltozott viselkedés a természetes (új táplálkozási modell szerint étkeznek, beépítették a rendszeres testmozgást az életükbe, leszoktak a dohányzásról, stb). A továbbiakban már nem igényel erőfeszítést a változás fenntartása, hiszen már nem kíván áldozatokat, egyértelműek az előnyök, ráadásul a kliens önismerete gazdagodik, önértékelése erősödik általa [27].

IV.3.2 Az egyéni egészségnevelésben szerepet játszó szükségletek, szakemberek és a szakember-kliens kapcsolat jellemzői

IV.3.2.1 Az egyéni egészségnevelésben megjelenő leggyakoribb szükségletek

Az alábbiakban azoknak az egészséghez kapcsolódó személyes szükségleteknek az áttekintése történik, amelyek óvodáskortól az időskorig megjelenve igényelhetik a viselkedésváltozást, és amelyekben a kompetens szakember egészségnevelő tevékenysége facilitálhatja, azaz előmozdítja és támogathatja a kliens magatartásváltozását.

Fizikai egészség vonatkozásában: túlsúly és elhízás csökkentése, táplálkozási szokások megváltoztatása, fizikai aktivitás bevezetése/növelése/változtatása, higiénés szokások változtatása, balesetek/elesés prevenciója, várandóssághoz kapcsolódó speciális szükségletek (fizikai aktivitás, táplálkozás, nemi higiéné, szexuális élet vonatkozásában), szexuális úton terjedő betegségek

(SZTB-k) prevenciója, osteoporosis prevenciója, kémiai veszélyek elhárítása stb.

Mentális egészség vonatkozásában: érzelmi intelligencia fejlesztése, megküzdési stratégiák fejlesztése, kommunikáció – konfliktuskezelés fejlesztése, önismeret – önértékelés fejlesztése, időmenedzsment fejlesztése, krízismenedzsment igénye, társas igény támogatása stb.

Mentális és fizikai egészség vonatkozásában: dohányzásról való leszoktatás, alkoholizmus/kábítószerfüggőség/viselkedéses addikció felismerése, a kezelést/józanodást nyújtó szervezetekhez való delegálás.

Fontos azonban megjegyeznünk, hogy a szenvedélybetegek kezelésében, társadalmi visszailleszkedésük támogatásában kizárólag dohányzásleszoktató szakember(orvos), addiktológusok, valamint pszichiáterek és pszichológusok, továbbá az általuk is támogatott intézmények (pl. Drog-rehabilitációs otthonok) és Anonim önségítő csoportok (pl. AA csoportok) a kompetensek.

IV.3.2.2 Az egyéni egészségnevelésben kompetens szakemberek

Az egészségfejlesztést végző szakember esetében azt, hogy milyen személyes egészséggel összefüggő szükségletre tud reagálni, azt leginkább a szakképzettségéből fakadó szakmai kompetencia, munkaterület és szakmai jártasság határozza meg.

- Egészségügyi szakemberek az alapellátásban, illetve a szakellátásban: háziorvosok és szakorvosok, fogorvosok, védőnők, ápolók, dietetikusok, gyógytornászok, mentőtisztek, szülésznők, dentálhigiénikus szakemberek stb.
- Egészségfejlesztők, mentálhigiénés szakemberek, pszichológusok.
- Rekreációs szakemberek, szakedzők, testnevelők.
- Pedagógusok (egészségtan tanár) és lelkesek: egészségnevelőként a saját munka- és ellátási területükön a mentális egészség támogatásában a szerepük kulcsfontosságú.

IV.3.2.3 A kliens-szakember kapcsolat jellemzői

Az egyéni egészségnevelés során a kapcsolat a

szakember elfogadásán, a kliens függetlenségének biztosításán, továbbá partnerszemléleten alapul. Az elfogadás lényege az, hogy a szakember tisztában lévén a saját és a kliense értékrendszerével, ismereteivel és attitűdjeivel, azok különbözőségével, nem tekinti e tényezők mentén értékesebbnek magát, kliense felett nem ítélkezik. A szakember segítheti a kliens egészség feletti kontrollképesség növelését a függetlenség biztosításával, oly módon, hogy bátorítja a kliens saját döntéseit, próbálkozásait, ötleteit. A partneri kapcsolatot nyíltság és kölcsönös bizalom jellemzi, ahol a szakember épít a kliens véleménynyilvánítására, tudására és tapasztalataira, s azt is elismeri, ha tanult tőle [22].

IV.4. A hatékony egészségnevelés pedagógiai módszerei

Mivel a csoportos egészségnevelés is egy valós nevelési folyamat, ezért alapvetően a pedagógiai tervezés koncepcióját alkalmazzuk, amely a szükségletekre reflektáló célok és feladatok meghatározásával kezdődik. Először áttekintjük vázlatosan a tervezés szempontjait és lépéseit, majd a későbbiekben részletezzük is ezeket.

1. A célcsoport jellemzése és a szükséglet, probléma meghatározása: Kiknek szól a program? Milyen hiányra, szükségletre, problémára reflektálunk?

2. Cél, feladat: Mik lesznek a csoport céljai, megvalósítandó feladatai?

3. Tematika: Milyen témakörökre irányul és milyen időtervezésben kerül kialakításra a program?

4. Módszerek: Milyen módszerekkel valósul meg a célok által kialakított tematika, milyen konkrét feladatok mentén?

5. Források, eszközök: Milyen humán és tárgyi erőforrások szükségesek a megvalósításhoz, illetve milyen infrastrukturális háttér szükséges?

6. Értékelés: Mit értékelünk és hogyan (értékelés tárgya és módja)?

Richard Windsor a Tervezés és értékelés c. munkájában is megerősíti tervezésünk szempontjait, hangsúlyozva azt, hogy egészségfejlesztési és betegségmegelőzési programtervnek tartalmaznia kell a program felépítését, folyamatát, tartalmát, módszereit, eszközeit, és a résztvevő szakembe-

reket. Kiemeli a célok és az értékelés kapcsolatát is [28].

Azonban már a célok kitűzése során figyelembe kell vennünk azt a ténytet, „hogy az egészséggel kapcsolatos ismeretek – bármily széles körűek is – nem garantálják az egészséges életvitelt. ... azt is figyelembe kell venni, hogy az adott, egészséget befolyásoló magatartásforma nem izoláltan létezik, hanem az életmód részeként, amelyben a különféle viselkedéses, szociális és egyéni tényezők bonyolult kölcsönhatásban állnak egymással.”[12:488] A célok az oktatás és nevelés, tehát általában a személyiségfejlesztés szellemében irányulhatnak az ismeretek, készségek, képességek fejlesztésére, továbbá az attitűd- és magatartás-változás irányába is [29, 30]. Ennek megfelelően a csoportos egészségnevelés céljai lehetnek:

- Ismeretátadás, ismeretek bővítése és pontosítása.
- A kliensek szükséglethez kapcsolódó attitűdjének formálása.
- A kliensek szükséglethez kapcsolódó készségeinek, képességeinek a fejlesztése.
- A kliensek szükséglethez kapcsolódó magatartásának, szokásainak a megváltoztatása.

Az egészségnevelésben fontos, hogy a célok eléréséhez a tevékenységeket, feladatokat pontosan megtervezzük, mert az eredményesség csak így érhető el.

Mit várunk a csoport minden tagjától az ismeretek bővülését vagy az attitűdök változását a program során? Mit szeretnénk elérni a viselkedésváltozás vonatkozásában? Elégedettek lehetünk-e, ha a csoport 1-2 tagjánál megkezdődik a magatartás- illetve a szokásváltoztatás? Vagy ennél sokkal többet várunk? Eredménynek tekintjük-e, ha a résztvevők egy része fontolgatóvá válik, vagy csak akkor eredményes a program, ha a csoport egy meghatározott része már átlépett a cselekvés stádiumába? Ha belegondolunk, akkor egy dohányzásleszoktató vagy túlsúlycsökkentő program esetén ezek abszolút reális kérdések. Az egészségfejlesztés tehát úgy gondolkodik a megvalósítandó feladatról, hogy abban az adott időintervallum alatt elérni kívánt végeredményt fogalmazza meg. Ennek megfelelően a feladatnak reálisnak és felmérhető-

nek kell lenni, azzal együtt, hogy a szakember és a csoport számára kihívást jelent. [22]

A pedagógiai gondolkodás mentén haladva, a célok és feladatok ismeretében tematikát készítünk, tehát a program koherens tartalmának, témakörének egyes elemeit, készség- és képességfejlesztés esetén a gyakorlást szolgáló tevékenységeket is logikus rendszerbe, időrendbe szervezzük. A tematikus tervezés előnye az egységben látás mellett az alapos felkészülés lehetősége [31]. A tematika tervezése lehetőséget kínál az egyes témák tartalmi mélységeinek, a képességfejlesztés lehetőségeinek az átgondolására, s eredményképpen a program struktúrája is kialakul: az egyes egészségnevelési alkalmak/foglalkozások száma, időtartama, s végül a program teljes időintervalluma.

Miközben a program eredményessége végső soron a nevelési stratégiáin múlik, azaz, hogy a kitűzött célokat megtudjuk-e valósítani a célcsoporthoz illeszkedő módszerekkel, eszközökkel, eközben az egészségneveléshez kapcsolódó kutatások a módszertan közlésének hazai és nemzetközi hiányosságaira [16], míg hazánkban ezen kívül az elavult módszertani gyakorlatra, az adaptivitás, az értékelés és a hatékonyság problémáira hívják fel a figyelmet. Feith és mtsai középiskolások körében végzett kutatása szerint az egészségfejlesztési programok többsége még mindig a kevésbé hatékony frontális oktatásszervezésben, a tanulók aktív és problémamegoldó részvétele nélkül történik [32].

Módszertani kihívást jelent, a Z és alfa generáció digitális bennszülöttjei számára az intervenció megszervezése, mivel más módszerekre és megközelítések alkalmazására van szükség, mint az X és Y generáció. [33, 34]. Somhegyi is felhívja a figyelmet a teljes körű iskolai egészségfejlesztés (TIE) vonatkozásában, hogy az iskolák egészségnevelési gyakorlatában kiaknázhatók az online információforrások és feladatok, mint például az Okosdoboz portál [35] játékos online feladatokkal és animációs kisfilmekkel [36].

A módszertan vonatkozásában azonban az iskolai egészségnevelésben már vannak jó gyakorlatok,

amik a hatékonyság irányába mutatnak. A 2015-ben indult Tanulj, Tanítsd, Tudd! (TANTUdSZ) Ifjúsági Egészségnevelési Program az alap- és középfokú oktatás diákjainak egészségmagatartását támogatja, az egyetemi hallgatók által képzett középiskolai kortársoktatók segítségével. A tanárközpontú tudásátadás helyett az egészségnevelés a kislétszámú hallgatói csoportok által kidolgozott innovatív és interaktív módszerekkel történik [37]. A program során teljes feladatbank, egy korcsoportonként meghatározott receptgyűjtemény került fejlesztésre, amely tartalmazza a feladatok teljes leírását, beleértve az alkalmazás célját és a feladatba foglalt pedagógiai módszereket is [33]. A COM-B modell-re épülő „Komplex iskolai egészségnevelő program” Balassagyarmaton szintén épít az e-learning típusú tudanyagokra és a kortársoktatók által vezetett interaktív kiscsoportos foglalkozásokra is [16]. Az óvodás és iskolás gyermekeknek szóló elsősegélynyújtás-oktatás vonatkozásában kiemelkedő a módszertani megalapozottsága a Bánfai és mtsai által fejlesztett, a gyermekeket maximálisan aktivizáló, gyakorlatra épülő programnak [38, 39].

A módszerek megválasztása és alkalmazása jelentős felkészültséget vár el az egészségfejlesztő szakembertől. A módszerek összegyűjtésében támaszkodunk didaktikai forrásokra [40, 41], illetve az egészségfejlesztés, egészségnevelés irodalmi forrásaira is [22, 42, 33].

Elsőként azokat a módszereket tekintjük át, amelyek *a csoportban az ismerkedést, a feszültség oldását szolgálják*: névjátékok, jégtörő játékok, páros bemutatkozó játékok, asszociációs játékok a csoporttagok érzéseiről képek, kártyák, versek, dalok alapján, négy soros vers írása az érzésekről, elvárásokról.

A következőkben a témára való ráhangolódást, a résztvevők ismereteiről, attitűdjeiről való tájékozódást, valamint az interaktivitást megalapozó módszereket tekintjük át. Meg kell jegyeznünk, hogy ezek közül több módszer nem csak ráhangolódást, hanem a téma feldolgozását is szolgálhatja.

Brainstorming/ötletroham: olyan technika, amelylyel az embereket kreatív gondolkodásra készítjük anélkül, hogy gondolataikról ítéletet mondánánk. Tegyük fel egy olyan kérdést, amire gyors, egyszavas válaszok adhatók: Pl. „Mi jut eszetekbe, ha azt mondom, hogy szerelem?” Minden választ kommentár és megjegyzés nélkül felírunk a táblára. Ezután csoportosíthatjuk a gondolatokat valamilyen vezérlőelv alapján. Bízassuk a visszahúzódóbbakat. Pl. „Egyéb ötletek?” „Szeretné még valaki kiegészíteni?” Esetleg szólítsuk meg az illetőt. „Kíváncsi lennék a Te véleményedre is!”

Körkérdések: A csoport tagjai körben, egymás után tesznek rövid megjegyzést, vagy adnak részletesebb kifejtést a csoportvezető által feltett kérdésre, így mindenkinek egyenlő lehetőséget nyújt a részvételre. A sikeres körkérdéseknek három fontos szabálya van: senkit nem szabad félbeszakítani, amíg be nem fejezte mondanivalóját, nem tehető megjegyzés mindaddig amíg a kör le nem zárult, és bárki dönthet úgy, hogy kimarad egy körből. Erre a lehetőségre a csoportvezetőnek fel kell hívnia a figyelmet a körkérdések megkezdése előtt: „Lehet passzolni az egyes kérdéseknél!” A körkérdések a csoportfoglalkozások elején és végén is hasznosak lehetnek. A befejező körként használt kérdések különösen hasznosak lehetnek visszajelzéseként, a napi program rövid értékeléseként a csoport számára. pl. „Mi az, ami igazán tetszett a mai foglalkozáson?” „Milyen érzésekkel volt ma jelen, hogy érezte magát?” „Mit tanult a mai foglalkozáson, mit szűrt le az ott történtekből?”

Vita, vitaindító anyagok alkalmazása:

A vita megindítható a témához kapcsolódó, a véleményeket megosztó videófilmmel, plakáttal, szórólappal, újságcikkkel, internetes hírrel, podcast-el stb. A felosztott csoportban a résztvevők feladata, hogy a téma ellentétes oldalait képviselve, érveléssel meggyőzzék egymást, a közösen kialakított vitaszabályok mentén. A módszer fejleszti a logikus gondolkodási képességet, de a kommunikációs készségeket, egymás meghallgatását is.

A következőkben olyan módszereket mutatunk be, melyek az ismeretek átadását, a téma feldolgozását, megvitatását, egyes pontokban a konszenzusalkotást segítik. Az életkor függvényében a témakörök feldolgozásához kapcsolódó tudás mennyisége és mélysége természetesen eltérő, de a módszerek fontos jellemzője az interaktivitás, a kooperativitás, a kreativitás, a játékoság, az élményközpontúság, amelyek által többnyire megvalósul a cselekvés által történő tanulás (learning by doing).

Villámcsoportok: három vagy több fős kiscsoportok a csoporton belül, akik egymás közt viszonylag rövid idő alatt megvitatnak egy kérdést, vagy feldolgoznak egy feladatot, amit a csoportvezető meghatároz. Ez a feladat mindig szorosan kapcsolódik a korábban elhangzott tényanyaghoz. Amennyiben azt szeretnénk, hogy az egész csoporttal megosszák az ötleteiket, akkor azt pl. csomagolópapírra plakátszerűen felírhatják.

Strukturált tanulás: Egy feladat megközelítésekor a résztvevők, párok vagy a résztvevők kisebb csoportjai (pl. hárman), meghatározott időt kapnak egy téma feldolgozására. Ezt követően a saját eredményeiket, véleményüket megvitatják a többi párral, vagy csoporttal és közös álláspontot alakítanak ki.

Snowballing: A csoporttagok egyénileg kapnak egy feladatot, melyet meghatározott időn belül elvégeznek. Ezt követően a strukturált tanuláshoz hasonlóan párokban beszélnek meg gondolataikat, eredményeiket, majd a párok kapcsolódnak egymáshoz és a végén kialakul a csoport véleménye. Így lesz egyre nagyobb és érdekesebb a „hóglyó”. Megvalósul a saját korábbi tudás, tapasztalat mobilizálása, az egyéni vélemények tiszteletben tartása, a korrekció lehetősége, melyet az egyén végez el a többiek visszajelzése alapján.

Kooperatív csoportmunka: A résztvevők (4-6 fős) kis csoportokban végzett tevékenységén alapul. Az ismeretek és az intellektuális készségek fejlesztésén túl kiemelt jelentősége van a szociális készségek, együttműködési képességek kialakí-

tásában. A kooperatív módszereknek sok formája van, és természetesen fejleszthetők újak is. Minden életkori csoportban alkalmazható, s időigénye miatt az egészségnevelésbe is jól beilleszthető a mozaiktanulás, vagy a csoportkutatás módszere és még számtalan kooperatív forma.

Kutató – felfedező módszer: egyénileg, vagy kooperatív csoportmunkával is történhet az ismeretszerzés, akár kísérlet útján, akár internetes vagy könyvtári forrásokból való adatgyűjtéssel, összefüggések meghatározásával akár a kritikus gondolkodás is fejleszthető.

Megfigyelés: szolgálhatja az elhangzott ismeretek alátámasztását, de az önálló következtetések megfogalmazását is az észlelés által. A megfigyelés tudatosságát a megfigyelési szempontok biztosítják. Az időben meghatározott megfigyelési tevékenységet a látottak megbeszélése, értékelése követi.

Megbeszélés: az egészségnevelési folyamat bármely fázisában alkalmazható, népszerű és gyakori módszer, ahol a szakember célszerű kérdésekkel irányítja a beszélgetést. A csoporttagok egymástól is kérdezhetnek, gondolkodásra - aktivitásra készítenek. Hasznos módszer lehet az alapok tisztázásánál, az új ismeretekre való rávezetésben, de az összegzést is szolgálhatja.

Az *előadás* az ismeretek átadására, egy téma logikus, részletes kifejtésére szolgáló módszer. Időkerete a résztvevők életkorától függően 15-20 perctől 1,5-2 óráig terjed. Általában ötvözi az elbeszélést, a magyarázatot és a szemléltetés elemét. Bevezetésből, kifejtésből és összegzésből áll, s a legnagyobb nehézséget a figyelem fenntartása jelenti. Az egészségnevelés során jól meg kell fontolni, milyen életkori csoportban és milyen témában alkalmazzuk, mert a legkevésbé hatékony módszerként értelmezzük.

A *szemléltetés* során tárgyakat, jelenségeket, folyamatokat mutatunk be azzal a céllal, hogy azt a résztvevők észleljék, megfigyeljék, illetve elemezzék. Az egészségnevelés során közvetlenül tudunk például mozgásformát, ételkészítési technikát, relaxációs technikát szemléltetni. De info-

kommunikációs eszközök segítségével szinte bármit képesek vagyunk életszerűen illusztrálni, az élettani folyamatoktól kezdve, élethelyzeteken át az életmentő beavatkozásig.

Az alábbiakban az ismeretek alkalmazását, rendszerezését és rögzítését szolgáló módszerek kerülnek bemutatásra.

A *strukturált gyakorlatok* keretében az ismertanyaghoz, tényanyaghoz kapcsolódó gyakorlati feladatok készség szintű begyakorlása folyik párban, vagy 3 fős csoportokban, pl. elsősegélynyújtás, csecsemőgondozás, ételkészítés stb. A módszer biztosítja a különböző gyakorlati feladatok biztonságos elsajátítását, az önálló gyakorláshoz képest oldott hangulatban, megfelelő pár- és csoportalkotás esetén stresszmentesen.

Az *elmetérkép* kiscsoportban való elkészítése alkalmas egy téma, vagy egy probléma vizuális megjelenítésére, kevés szöveg és sok ábra segítségével. A tanulást intenzívebbé és eredményesebbé, ugyanakkor örömtelivé, élményszerűvé teszi. A gondolattérkép tárgya mindig középen, egy központi helyen helyezkedik el. Ebből ágaznak ki a tárgyhoz kapcsolódó főbb témák kulcsfogalmakkal, és a hozzájuk tartozó tartalmakkal ábrák, képek, színek segítségével. Mivel minden elmetérkép pontos tartalmát csak az alkotója érti, ezért a csoportkohéziót is támogatja az együttes munka, a közös „kódolás”.

További interaktív feladatok lehetnek: interjúkészítés, plakátkészítés, versírás, dalszerzés, kisfilm készítése, internetes feladatok, kvízzjátékok pl. Kahoot programmal, Mentimeter alkalmazással.

Kérdőív, teszt: csoportfoglalkozást indító és záró módszerként alkalmazhatjuk. Ha indító módszerként használjuk, akkor információt adhat a csoport ismereteiről, véleményéről, hozzáállásáról az adott témával, kérdéssel kapcsolatban. Ha záró módszerként alkalmazzuk, akkor visszajelzést kaphatunk az elsajátított ismeretekről. Ha egy tesztet, vagy kérdőívet a programindító és záró módszereként használjuk, akkor megtudhatjuk, hogy a csoport honnan indult és hová jutott

el az ismeretekben, attitűdökben. Ilyenkor fontos szempont, hogy ugyanazt a tesztet, kérdőívet használjuk a program elején és a végén is. Ha a résztvevők maguk hasonlítják össze a nyitó és a záró kérdőívüket, akkor a fejlődés személyes tanulságainak a levonására szolgálhat.

A *gamification* (játékok alkalmazása) koncepciója szerint a preventív tevékenységek, intervenciók hatékonysága is növelhető játékelemek beiktatásával. A játékok lehetnek társasjáték jellegűek, szóbeli vetélkedők, internetes kvízzjátékok pl. Kahoot programmal, de akár keresztrejtvény jellegűek is. A játékok motivációs ereje a gyerekeknél óriási, de még a felnőtteknél is motiválón mozgalmas a módszer, ezért ma reneszánszukat élik a nevelési programokban. A Kapitány –Fővény és mtsai által fejlesztett VoltEgySzer preventív mobilalkalmazás hatékonynak bizonyult az átadott tudás és a szerhasználati gyakoriság tekintetében [43]. Az elmúlt években fejlesztett Preventív szabadulósorozatban a 45 perces játékelményt közel 30 perces kiscsoportos diszkusszió követi, ahol lehetőség nyílik az információk elmélyítésére és a megszerzett élmény feldolgozására [44]. Mindezek már online változata is élményeket kínáló módon segíti a preventív foglalkozásokat.

Projekt módszer: iskolai szinten és felnőttek egészségfejlesztésében is használatos gyakori módszer, amely a csoport vagy a közösség érdeklődésére, a csoport és a szakemberek közös tervező és megvalósító tevékenységére épít. Középpontjában mindig egy gyakorlati jellegű probléma áll, melyet a csoport komplex módon: pl. történeti, technikai, gazdasági, biológiai, népegészségügyi összefüggésben dolgozza fel. Mindig közös produktum és értékelés zárja a munkát, ahol a megszerzett és rendszerezett ismeretek szinte melléktermékei a programnak.

A módszerek utolsó csoportjaként kerülnek bemutatásra a kommunikációs és szociális készségeket, problémamegoldást, kritikus gondolkodást, felelős döntéshozást fejlesztő módszerek.

Az esetelemzés alkalmazása során megtörtént vagy kitalált esetet dolgozunk fel. Bemutathatók

az élethű vagy életszerű történet által a szereplők nehézségei, a kételyek, a döntési folyamat és helyzet, a megoldást elősegítő és hátráltató tényezők, mint például az egészséget befolyásoló tényezők, egészség-hiedelmek, stb. Véleményalkotás, vita kiindulópontja is lehet.

A *problémamegoldás* módszerében, miután a csoport tagjai információt kapnak egy adott kérdéssel, helyzettel kapcsolatban, először strukturált módon megvitatják azt, hogy konszenzus jöjjön létre a probléma meghatározását illetően. Ezt követően az adott lehetőségeket, alternatívákat mérlegelve igyekeznek a legjobb megoldási stratégiát kialakítani. A módszer segíti a korábbi tudás és tapasztalatok mobilizálását, a nyitott és kritikus gondolkodást.

Szerepjáték: Általában azt jelenti, hogy egy személy szerepét vesszük fel egy megadott szituációban és eljátsszuk azt, hogy az adott szereplő vajon miként cselekedne, miket mondana abban a helyzetben. A módszer fejleszti az empátiás készséget, különösen, ha az adott szituációt szerepcserével játsszuk el, tehát minden szereplő bőrébe bújva tudjuk más és más nézőpontból vizsgálni ugyanazt a helyzetet, problémát.

Helyzetgyakorlat, szimuláció: Egy adott helyzet megoldási alternatíváit feldolgozó módszer. Fejleszti a problémamegoldást, a nyitott és kritikus gondolkodást. Az alapszituáció ismertetését követően a kiscsoportok/párok eljátsszák a szituációt, bemutatva a probléma egy lehetséges megoldását is. Rendkívül fontos a megoldási alternatívák megbeszélése. Bár itt is játék történik, a szerepjárátktól eltér a cél és a megvalósítás módja is.

IV.4.1. Források, eszközök

A nevelési stratégia tervezésében a módszerek mellett, természetesen a megvalósításukhoz szükséges tárgyi és infokommunikációs eszközöket, infrastrukturális háttérrel is tervezni kell. Gondoljunk itt a különösen speciális háttérigényű táplálkozási, sportjellegű, vagy éppen elsősegélynyújtási programokra. A módszerek tervezésénél ily módon tehát már figyelembe kell venni az

egészségnevelési program helyszínét adó intézmény, iskola, munkahely, közösségi ház, egészségház, klub stb. adottságait, illetve a pályázati vagy egyéb támogatásokból megszerezhető eszközöket. A programok humán erőforrásait jelentő szakemberek esetében is átgondolt tervezésre, szervezésre, közös előkészítésre van szükség. Számos kutatás azonban azt igazolja a fiatal populáció esetében, hogy nem a képzett szakember a leghatékonyabb egészségnevelő. „A prevenció csak akkor lehet hatékony, ha létrejön a preventorok és a fogadó fél, a preventáltak lélektani értelemben vett „találkozása”. Az országos felmérések, hatékonyságvizsgálatok alátámasztották tapasztalatainkat. A fiatalok kiugró arányban (60 százalékban) a társaikhoz fordulnak a problémáikkal, és csak ezután a szüleikhez, tanáraikhoz, szakemberhez. A kortársakat alkalmazó programok esetén a fiatalok „elérése”, a program hatékonysága messze meghaladja a hagyományos oktatóprogramokét. A program közvetítői élethelyzetük, problémálatásuk, kommunikációs stílusuk hasonlósága révén ugyanis hatékonyabban találnak utat társaikhoz.” [45]. Így, különösen az iskolai egészségfejlesztésben a kortársoktatók által végzett hatékony csoportos egészségnevelés lehet a jövő egyik útja, melyre hazánkban már több évtizede vannak kezdeményezések. Napjainkban azonban már az életmód számos elemére koncentrálnak, az egészségtudatosságot komplexen fejlesztő kortársoktató programok is működnek, mint például a TANTUdSZ program, Komplex iskolai egészségnevelő program a COM-B modell tükrében [46, 37, 16].

IV.4.2. Értékelés az egészségnevelésben

Nemzetközi és hazai irodalmak közös tanulsága, hogy az egészségfejlesztési/egészségnevelési programok hatékonyságvizsgálata sok esetben elmarad, vagy a tudományos, objektív mérés szempontjainak nem felel meg [47, 48]. Ez hazánkban még inkább hiányosság, azonban e téren is pozitív példaként jelenik meg a fejezetben már többször hivatkozott TANTUdSZ program, melyben a hatékonyságvizsgálat minden esetben elvégzésre kerül. „Ez alapján az intervenciót megelőzően, majd közvetlenül az egészségfejlesztési progra-

mot követően, végül három-négy hónap elteltével kvantitatív módszerrel (saját fejlesztésű kérdőívvel) kerül sor a célpopuláció körében a tudás-, az egészségmagatartás- és az attitűdvizsgálatra. Az egészségfejlesztési témától függően igyekszünk a kérdőíves felmérésen túl egyéb, valid mérésekre alkalmas módszereket is bevonni.” [37]. A nemzetközi irodalom is hangsúlyozza azt, hogy az értékelés képezze integráns részét az egészségfejlesztés tervezésének szinkronban a célokkal, ugyanakkor értékelési javaslatokat is megfogalmaz, köztük a csoportos elő- és utótesztek, valamint a nem randomizált kontrollcsoportos vizsgálatok alkalmazását [28].

A javaslatok tanulsága tehát, hogy a célokkal adekvát értékelésére mindenképp törekedni kell. A rövidebb és kevés, helyi erőforrással működő települési, iskolai és munkahelyi egészségnevelési programok esetén is meg kell valósítani a célokra és feladatokra reflektáló értékelést. Az értékelés tervezésekor tehát elsőként meg kell vizsgálni a célkitűzéseket és feladatokat, hiszen azok alkotják az egészségnevelési program értékelésének tárgyát, és ehhez illeszkedően kell megtervezni az értékelés érvényes módszereit. Különösen ügyelni kell arra, hogy az ismeretek, attitűdök és az egészségmagatartás felmérése a programot megelőzően, és azt követően is megtörténjen azonos mérőeszközökkel.

Az értékelés tárgya tehát az, amire a célkitűzésünk irányult. Például:

- alkohol hatásaival kapcsolatos ismeretek bővülése,
- elsősegélynyújtási készségek, képességek fejlődése,
- fogamzásgátlással kapcsolatos attitűdök, szexuális viselkedés változása,
- stresszkezelési módszerek, megküzdési stratégiák fejlődés,
- testmozgási, dohányzási, táplálkozási szokások változása.

Az értékelés módszere, akkor felel meg a validitás feltételének, ha képes az értékelés tárgyának adekvát mérésére. Az egészségnevelési programokban értékelési módszerek lehetnek: körkérdés, interjú, kérdőív, teszt, önreflexió, helyzetgyakorlat, gya-

korlati bemutató, magatartásleltár készítése. Amíg ismereteket teszttel és kérdőívvel is tudunk mérni, addig az attitűd mérésére a Likert- skálás kérdőív és az önreflexió, a magatartásváltozás mérésére inkább az interjú, az önreflexió és követéses vizsgálat esetén a magatartásleltár alkalmas.

IV.5. Irodalomjegyzék

1. CSIZMADIA J. (2016), Egészségműveltség definíciója, Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2016. 3. szám;
2. RATZAN, S. C., Parker, R. M.: Introduction. In: Selden, C. R., Zorn, M., Ratzan, S., et al. (eds.): National Library of Medicine. Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Eds.: NLM Pub. No. CBM 2000-1. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, 2000
3. SCHULZ, P. J., Nakamoto, K.: Emerging themes in health literacy. *Stud. Commun. Sci.*, 2005, 5(2), 1–10
4. PAPP-ZIPERNOVSZKY O., NÁFRÁDI L., Peter J. SCHULZ, CSABAI M., „Hogy minden beteg megértse!” - Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon, *Orvosi Hetilap*, (2016) 157. évf., 23. sz., 905–915
5. NUTBEAM, D.: The evolving concept of health literacy. *Soc. Sci. Med.*, (2008), 67(12), 2072–2078.
6. KIMMEL Zs, VITRAI J (2015): Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Mitől függ és hogyan változtatható az egészségmagatartás? II. rész. *Egészségtudomány*. 2015, 3. szám. 70-78.
7. VARSÁNYI P., VITRAI J(2016): Az Egészségjelentés 2015 – Információk a hazai egészségveszteségek csökkentéséhez című tanulmány bemutatása. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 54, 1-2. szám. 15-25.
8. SORENSEN et. al. Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* (2012), 12:80
9. World Health Organization Regional Office for Europe (WHO Europe) (2013). Health Literacy. The Solid Facts. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf> [2021.05.23.]
10. HORVÁTH C., CSÁNYI T., RÉVÉSZ L., Serdülők egészségműveltségét mérő kérdőív hazai adaptációja, (2021) Egészségfejlesztés,

- Évf. 62 szám 4. 1-9.
11. WHO (2016): Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1> [2021.05.23.]
 12. BARABÁS K. és NAGY L.-né (2012) Egészségi állapot, egészségmagatartás. In: Csapó B. (szerk.): *Mérlegen a magyar iskola*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 477–510.
 13. WHO (2017): Recommendations on Maternal Health. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259268/WHO-MCA-17.10-eng.pdf?sequence=1> [2021.05.23.]
 14. WHO (2020): Ageing: Healthy ageing and functional ability. <https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en>. [2021.05.23.]
 15. N. KOLLÁR K. - SZABÓ É. (2004): A csoport. In: N. Kollár Katalin - Szabó Éva: (szerk.) *Pszichológia pedagógusoknak*. https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_pszichologia_pedagogusoknak/ch16s02.html [2021.05.23.]
 16. EÖRSI D., HERCZEG V., ÁRVA D., TEREBESSY A. (2020): Komplex iskolai egészségnevelő program a COM-B modell tükrében. *Egészségfejlesztés*, 61, 1. szám. 36-47.
 17. D. R. FORSYTH (2006): Introduction to Group Dynamics. <http://elibrary.vssd-college.ac.in/web/data/books-com-sc/mcom-pre/GROUP%20DYNAMICS.pdf> [2021.05.23.]
 18. BAGDY E. – TELKES J. (1999): *Személyiségfejlesztő módszerek az iskolában*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
 19. ESTEFÁNNÉ VARGA M, HATVANI A, TASKÓ T (2001): *Személyiség és szociálpszichológia*. Távoktatási jegyzet. EKF. Eger.
 20. SMITH, Eliot R. – MACKIE, Diane M. (2004): *Szociálpszichológia*. Osiris Kiadó. Budapest.
 21. CSEPELI GY (2001): *Szociálpszichológia*. https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_szocialpszichologia/ch08s03.html [2021. 05. 23.]
 22. EWLESS L., SIMNETT I. (2013): *Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató*. Medicina Könyvkiadó. Budapest.
 23. SCHWARZER, R., LUSZCZYNSKA, A., ZIEGELMANN, J.P., SCHOLZ, U., LIPPKE, S. (2008). Socialcognitive predictors of physical exercise adherence: three longitudinal studies in rehabilitation. *Health Psychology*, 27, 1.szám. 54–63.
 24. SCHWARZER, R. (2011). Health behavior change. In H.S. FRIEDMAN (Ed.) *The Oxford handbook of health psychology* (591–611). Oxford: Oxford University Press.
 25. TELEKI SZ, TIRINGER I (2017): Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje (HAPA-modell). *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 18, 1.szám. 1–29.
 26. BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 2. 191–215.
 27. PROCHASKA, J.O., NORCROSS, J.C., DICLEMENTE, C.C. (2009): Valódi újrakezdés. Hatlépcsős program ártalmas szokásaink leküzdésére és életünk jobbá tételére.
 28. R. WINDSOR (2015): Planning an Evaluation. <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780190235079.001.0001/med-9780190235079-chapter-2> [2021.04.25.]
 29. NAGY S. (1993) *Az oktatás folyamata és módszerei*. Volos Kiadó, Budapest.
 30. BÁTHORY Z. (1997) *Tanulók, iskolák, különbségek. Egy differenciális tanításméltet vázlat*. OKKER Kiadó, Budapest, pp 143-144. o.
 31. KOTSCHY B. (2003): Az iskolai oktatómunka tervezése. In: Falus Iván (szerk.): *Didaktika - Elméleti alapok a tanítás tanulásához*. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt. Budapest.
 32. FEITH H. J. MELICHER D. MÁTHÉ G. GRADVOHL E., FÜZI R. DARVAY, S. HAJDÚ, Zs., NAGYNÉ H. E., SOÓSNÉ K. Zs., BIHARINÉ K. I., FÖLDVÁRI-NAGY Lné, LENTI K.,

- MOLNÁR, E., SZALAINÉ T. T., URBÁN V., KASSAY A., FALUS, A. (2016): *Tapasztalatok és motiváltság: magyar középiskolások véleménye az egészségvédő programokról*. Orvosi Hetilap, 157, 2. szám. 65-69.
33. FÜZI R A – NAGYNÉ H. E (2019): Előszó az Egészségprogram receptgyűjtemény használatához. In: Feith Helga Judit, Falus András (szerk.) Egészségfejlesztés és nevelés. A kortársoktatás pedagógiai módszertana elméletben és gyakorlatban. <https://mersz.hu/egeszsegfejleszt-es-nevel-es> [2021.03.25.]
34. VÉGH V ; PUSZTAFALVI H., (2020) Leendő és gyakorló biológiateanárok egészségdefinícióinak összehasonlító elemzése, Egészségfejlesztés, 61: 1 pp. 6-18
35. Okosdoboz portál egészségfeladatai és videofilmjei (2018). <http://www.okosdoboz.hu/gyakorlas/osszes-osztaly/egeszsegnevel-es-osszes-temakor> <http://www.okosdoboz.hu/videok> [2021.03.25.]
36. SOMHEGYI A (2019): Teljes körű intézményi egészségfejlesztés: jogszabályi előírás minden köznevelési intézmény részére. In: FEITH H. J., FALUS A. (szerk.) Egészségfejlesztés és nevelés. A kortársoktatás pedagógiai módszertana elméletben és gyakorlatban. <https://mersz.hu/egeszsegfejleszt-es-nevel-es> [2021.03.25.]
37. FEITH H. J. – FALUS A. (2019): A TANTUDSZ Ifjúsági Egészségnevelési Program létrejötte, felépítése, programjai. In: FEITH H. J., FALUS A. (szerk.) Egészségfejlesztés és nevelés. A kortársoktatás pedagógiai módszertana elméletben és gyakorlatban. <https://mersz.hu/egeszsegfejleszt-es-nevel-es> [2021.03.25.]
38. BÁNFAI B., BÁNFAI-CSONKA H., BETLEHEM J. (2019): Hogyan menthetnek életet gyermekeink? Az elsősegélynyújtás oktatásának lehetőségei az iskolában. Új Pedagógiai Szemle. 2019, 1-2. szám. <https://folyoiratok.oh.gov.hu/uj-pedagogiai-szemle/hogyan-menthetnek-eletet-gyermekeink> [2021.04.25.]
39. BÁNFAI B., BÁNFAI-CSONKA H., MUSCH J., DERZSI-HORVÁTH M., DEUTSCH K., BETLEHEM J. (2020): Iskolai elsősegélynyújtás oktatás a pécsi tankerületi központban – kihívások és lehetőségek. Egészségfejlesztés. 61, 4. szám. 17-29.
40. FALUS I. (2003): Az oktatás stratégiai és módszerei. In: Falus Iván (szerk.): Didaktika. Elméleti alapok a tanítás tanuláshoz. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt. Budapest. 244-296.
41. TIGYINÉ PUSZTAFALVI H. (2015): Oktatási módszerek és oktatásszervezési módok. In: Betlehem József (szerk.): *Egészségügyi szakmódszertan*.
42. MELEG Cs. (2001): EGÉSZ-SÉG. Lelki egészségvédelem és iskolafejlesztés. Pécsi Tudományegyetem. Pécs.
43. KAPITÁNY-FÖVÉNY M. és mtsai (2018) Potential of an Interactive Drug Prevention Mobile Phone App (Once Upon a High): Questionnaire Study Among Students. JMIR Serious Games 6, 4. szám. 19.
44. KAPITÁNY-FÖVÉNY M. – GILBERT A. – SZEDMÁK E. (2019): Játékelemek alkalmazása az egészségfejlesztés területén: egy preventív szabadulószoza bemutatása. In: FEITH H. J., FALUS A. (szerk.) Egészségfejlesztés és nevelés. A kortársoktatás pedagógiai módszertana elméletben és gyakorlatban. <https://mersz.hu/egeszsegfejleszt-es-nevel-es> [2021.03.25.]
45. PAKSI B. és DEMETROVICS Zs. (2003) Az iskolai drogprevenciós gyakorlat megismerése. A budapesti drogprevenciós programok felmérése és értékelése. L'Harmattan Kiadó, Budapest.
46. LUKÁCS J. Á. (2019): Kortársoktatás – sokszínű egészségfejlesztés. In FEITH H. J., FALUS A. (szerk.) Egészségfejlesztés és nevelés. A kortársoktatás pedagógiai módszertana elméletben és gyakorlatban. <https://mersz.hu/egeszsegfejleszt-es-nevel-es> [2021.03.25.]
47. LUKÁCS J. Á. és mtsai (2018) Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikusan

áttekintés. Egészségfejlesztés 59, 1. szám.
6–24.

48. J. KEMM (2015): Evaluation. In: John Kemm: Health Promotion: Ideology, Discipline, and Specialism. <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198713999.001.0001/med-9780198713999?rskey=wMJewf&-result=1> [2021.04.28.]

V. Fejezet

A SZÍNTÉR SZEMLÉLET AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBEN

(*De Blasio Antonio, Nagy Zsuzsanna, Girán János, Horváth Sarródi Andrea, Pusztafalvi Henriette*)

V.1. Bevezetés

Az Ottawai Charta [1] új korszakot és új megközelítést hozott az egészségfejlesztés területén. Az egészségfejlesztés alapidokumentuma meghatározza az egészségfejlesztés fogalmát, az egészség előfeltételeit, az egészségfejlesztési tevékenységek körét – kiemelve az egészséget szolgáló közpolitika szerepét. A WHO Egészséget Mindenkinnek stratégiájában [2] megjelent színtér-megközelítés is az Ottawai Kartában teljesedett ki, mely szerint az egészség a mindennapi élet színterein jön létre, ahol az emberek tanulnak, élnek, játszanak, és szeretnek.

A színtérszemlélet, a WHO definíciója szerint az a hely vagy társadalmi közeg, ahol az emberek hétköznapi tevékenységeket folytatnak, amelyek során a környezeti, szervezeti és személyes tényezők kölcsönhatása befolyásolja az egészséget és a jól-létet, például iskolák, munkahelyek, kórházak, falvak és városok [1].

A színtér-megközelítés gyakorlati alkalmazása először a WHO Európai Regionális Irodája által kezdeményezett Egészséges Városok (*Healthy Cities*) program 1987-ben történt elindításával valósult meg. Az Egészséges Városok program sikere, rövid időn belül, több új színtérprogram elindulását is eredményezte a kilencvenes években: Egészségmegőrző Iskolák (*Health Promoting Schools*), Egészségmegőrző Kórházak (*Health Promoting Hospitals*), Egészség és Börtönök (*Health and Prisons*). A munkahelyi színteret megcélzó hálózat az Európai Unió kezdeményezésére jött létre.

V.2. Kisgyermekkor színterek

Az egészséges nemzedék felneveléséhez, a mindennapi élettér - az egészséges környezet (mindennapi élettérként értelmezzük) kialakítása alapvető szükséglet, amit a 20. század végén az Ottawai Chartában (1986) is rögzítettek. Ebben az egyezményben megállapításra kerültek az egészség alapfeltételei és forrásai: béke, lakás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség. A gyermekek egészséges felnevelését csak a fenti tényezők meglétével biztosíthatjuk a különböző színtereken. Mivel az adott közösségi színterek kiváló terepet nyújtanak a hatékony egészségfejlesztési beavatkozásokhoz, ezért szükséges ezt a lehető legjobban kihasználni.

A közösségi színtér program olyan stratégiai terv és cselekvési program, amelynek célja egy adott életszíntérhez, pl. településhez, iskolához, munkahelyhez vagy bármely más közösséghez tartozó emberek egészségi állapotának javítása az élet minőségét befolyásoló tényezők változtatásán keresztül. A közösségi színtér program, miközben az adott települést, iskolát, munkahelyet és egyéb közösséget érintő konkrét problémák megoldását (ezen keresztül az ott élő, tanuló, dolgozó emberek testi, lelki és szociális jóllétét) szolgálja, eközben új társadalmi gyakorlat meghonosodását, annak begyakorlását is elősegíti, ezáltal önbizalmat ad, cselekvési lehetőséget biztosít [3].

A saját problémáik megoldásában aktívan részt vevő, autonóm módon szerveződő közösségek erőforrásként kezelhetők.

V.2.1. Biztos Kezdet Gyerekház Program

A Biztos Kezdet gyerekházak eredeti célja a koragyerekkori intézményekkel korlátozottan rendelkező, hátrányos helyzetű településen élő kisgyermek fejlődésének elősegítése és a szülői kompetenciák megerősítése. Továbbá a szociokulturális hátrányokkal küzdő, elsősorban a hátrányos helyzetű vagy halmozottan hátrányos helyzetű gyermekek egészséges fejlődésének biztosítását támogató, a fejlődési lemaradását kompenzáló prevenciós szolgáltatás biztosítása. Meg kell jegyeznünk, hogy az intézmény nem nyújt komplex bölcsődei szolgáltatást.

Az intézmény felállítása során a fő cél az volt, hogy a növekvő mélyszegénység, a leszakadó térségek, a szegregátumok vagy településrészek és minél több hátrányos helyzetű, ingerszegény környezet felszámolása történjen meg. A negatív példák a „jövőtlenység” vagy a hagyományok fogságában élők a „lemorzsolódás” veszélyének kompenzálása, csökkentése volt. Ismert tény, hogy a szegény családokban több gyermek születik, illetve a sok gyermek miatt az anya általában nem dolgozik, így szegényebb a háztartás. Kiemelt cél a gyermekek optimális fejlődésének biztosítása és az anyák tudatos szülővé formálása, a közösségépítés, az együttműködés megtanulása a védőnővel, az orvossal, a szociális munkással, a családsegítővel, a gyermekjóléti szolgálattal és a központ egyéb munkatársaival.

A célcsoport elsődlegesen a 0–3 éves gyerekek és a szüleik, elsősorban az anyák, a várandósságuktól kezdve akár. Az intézmény szolgáltatásokat nyújt. A fenntartó lehet maga az állam, az egyház és alapítvány is.

Az intézmény, alapelvei szerint mindenki számára ingyenesen hozzáférhető, jól megközelíthető helyen van, és az év minden munkanapján nyitva tart. Együttműködik a szülőkkel és a szakmaközi együttműködést segíti, támogatja, mint a korai fejlesztések, családsegítés, stb.

Az épület, ahol a gyermek és a szülők megsegítésben részesülnek meleg, száraz, nem dohányfüstös, tiszta, biztonságos (fizikailag, érzelmi), ingergazdag (sok jó minőségű játék, könyvek) a

fejlődéshez szükséges eszközökkel teli (mászófelület, tükör), alkalmas a háztartási ismeretek közvetítésére, (takarítás, főzés, kert gondozása) működtetésére.

A szakmai vezető, és a feladatban résztvevő munkatársak a gyerekház szakmai vezetője képes a feladatok ellátására, biztosítja a helyi humán erőforrások megfelelő kiválasztását, aki a gyerekház munkatársa lesz – gyerekházsegítő, aki lehetőleg helyi lakos.

A gyerekház vezető feladatai közé tartozik a dokumentációk vezetése többek között a gyermekekről, (jelenléti stb.), egyéni fejlesztési tervek, állapotfelmérés, szakemberhez irányítás, és az egyéb tevékenységekről szóló feljegyzés készítése, mint a családlátogatások, beszélgetések, előadások a gyermeknevelésről, az egészségügyi ismeretekről (családtervezés, gyermekkori betegségek, egészséges étkezés, egészséges életmód vezetése, stb.). Az intézmény legalább napi 4 órában van nyitva a gyermekek és szülők számára. A foglalkozások tartalmát tekintve lehetnek kreatív foglalkozások (finommotorika, szem-kéz koordináció) fejlesztése, a nagymozgások (egyensúlyérzék, testséma, mozgásfejlődés stb.) kialakítása.

Továbbá a biztonságos kötődést segítő tevékenységek, mint a mondókázás, mese, vers, diavetítés, bábozás (szókincs fejlesztése, stb.) és a zenés foglalkozások, ahol a ritmusérzék fejlesztése történik.

Külön a szülőket célzó, közösségépítő, ismeretterjesztő programok szervezése is feladata, mint például az interaktív előadások, torna/zumba, közös főzés, önkéntes akciók szervezése.

A humán szolgáltatások megszervezése is cél, így a fejlesztőpedagógus, a gyógytornász, a logopédus, a pszichológus stb. igénybevételének megszervezése is.

Kötelező havi két közösségi, nyílt program megtartása (ünnepek, kirándulás stb.), Legalább havi egy megbeszélés az óvodával, a gyermekjóléti szolgálattal, a családsegítővel és a részvétel a „biztos kezdet” képzésen, a szakmai műhelyeken

és más gyerekházak látogatása.

A személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet (Nmr.) módosítása 2018. július 1-től számos fontos változást tartalmazott a Biztos Kezdet Gyerekházak számára [4].

A rendezvények célcsoportját pontosítja a jogszabály, ezen felül előírja, hogy a két közösségi rendezvény közül egynek kifejezetten az igénybe vevő családok szükségleteihez kell igazodnia. A Biztos Kezdet Gyerekház a Gyvt. 38/A. § (1) bekezdésében meghatározott célokat szolgáló, a helyi szükségleteknek megfelelő és kellően indokolt tevékenységeket is elláthat. Ezen belül javasolhatja a védőnői ellátás, más egészségügyi szolgáltatás, illetve a szociális és gyermekjóléti szolgáltatás igénybevételét, illetve közreműködhet a családtervezési ismeretek átadásában, a veszélyeztetett várandósság megelőzésében, és segítheti a várandós anyákat a gyermek fogadására való felkészülésben.

A Biztos Kezdet Gyerekház a *család- és gyermekjóléti szolgálattal*, valamint a *család- és gyermekjóléti központtal* együttműködve segíti elő a gyermek és a család sikeres társadalmi integrációját. A kapcsolódást erősíti az a rendelkezés is, mely szerint a család- és gyermekjóléti szolgálat a családban jelentkező nevelési problémák és hiányosságok káros hatásainak enyhítése céljából *tájékoztatja* a szülőt az ellátási területén lévő Biztos Kezdet Gyerekház szolgáltatásainak tartalmáról és igénybevételének feltételeiről, valamint *személyes közreműködéssel segíti e szolgáltatások igénybevételét is*.

A **nyitva tartás** szabályozásában, rugalmasabb, a helyi igényeknek jobban megfelelő működés válik lehetővé. A Biztos Kezdet Gyerekház nyitva tartásának havi átlagban el kell érnie munkanaponként *a hat órát*, azzal, hogy a Gyerekháznak – meghatározott kivételekkel – *minden munkanapon 8 és 12 óra között nyitva kell tartania*. A kötelező nyitvatartási időn felüli nyitva tartást a

Biztos Kezdet Gyerekházban vezetői munkakörben foglalkoztatott személy határozza meg a helyi igények alapján.

A közösségi rendezvény megtartása a nyitva tartás egy része hétvégére és munkaszüneti napra is eshet. A Biztos Kezdet Gyerekház **zárva tartása** is szabályozásra került, ez alapján a Gyerekház zárva tarthat évente *öt munkanapot* a munkaterveben meghatározott feladatok végrehajtása érdekében, és a Biztos Kezdet Gyerekház működését ellehetetlenítő *vis maior* eset elhárításának időtartama alatt, illetve a foglalkoztatottaknak *a Biztos Kezdet Alapképzésen való részvételének időtartama* alatt is.

A Biztos Kezdet Gyerekház nyújtotta szolgáltatás rendszeres igénybe vevőjének számít az a **0–3 éves korú gyermek**, aki szülőjével az adott hónap nyitvatartási napjainak **legalább negyven százalékában** látogatja a Biztos Kezdet Gyerekházat. A Gyerekház nyújtotta szolgáltatást rendszeresen igénybe vevő gyermekek *legalább felének rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben* részesülőknek kell lennie, azzal együtt, hogy a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő gyermekek *legalább felének egyúttal hátrányos vagy halmozottan hátrányos* helyzetűnek is kell minősülnie.

A Biztos Kezdet Gyerekház nyújtotta szolgáltatást rendszeresen igénybe vevő gyermekek létszámának **havi átlagban** el kell érnie az **öt főt**. A Biztos Kezdet Gyerekház által nyújtott szolgáltatás igénybevételéről **napi jelenléti ívet** kell vezetni. A jelenléti ív tartalmazza a gyermek nevét, születési idejét, társadalombiztosítási azonosító jelét (TAJ szám). Feltüntetendő a végzett tevékenység azonosító kódja, illetve az, hogy a gyermek rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesül-e, valamint, hogy hátrányos vagy halmozottan hátrányos helyzetűnek minősül-e. A jelenléti ívet a gyermek szülője aláírásával igazolja.

A Biztos Kezdet Gyerekházban vezetői munkakörben foglalkoztatott személynek részt kell vennie a Gyerekházak számára szervezett szakmai műhelyeken. A vezetői munkakörben foglalkoztatott személynek a vezetői munkakörben történő

foglalkoztatásának kezdő időpontjától számított *egy éven belül* el kell végeznie a Biztos Kezdet Alapképzést.

A Biztos Kezdet Gyerekházban nem vezetői munkakörben foglalkoztatott személynek rendelkeznie kell az Nmr. 2. számú melléklet II. Rész „I. Alapellátások” cím 2.1. pontjában a *kisgyermeknevelő* munkakörnél meghatározott képesítések valamelyikével.

A Biztos Kezdet Gyerekházban a szolgáltatás nyújtása a miniszter által jóváhagyott módszertan alapján folyik. A miniszter a módszertant az általa vezetett minisztérium honlapján és a *Szociális Ágazati Portálon* közzéteszi, valamint gondoskodik annak folyamatos frissítéséről. A kezelő szerzői feladatokat a Biztos Kezdet Gyerekház esetén a Társadalmi Esélyteremtési Főigazgatóság (a továbbiakban: TEF), egyéb szolgáltatás esetén a Nemzeti Szociálpolitikai Intézet (a továbbiakban: NSZI) látja el [5].

Az országban 2013-ban 58 ilyen intézmény jött létre, 2020-ig már 172 településen működött a program, ahol 2231 fő, 0-3 éves korú gyermek részvételével zajlottak a foglalkozások, rendezvények a KSH adatai alapján. Az intézményeknek nagyon fontos szerepe van a felzárkóztatásban és a gyermekjóléti szolgáltatásban [6].

V.2.2. Egészségfejlesztés lehetőségei a bölcsődei nevelés során

A bölcsőde a gyermekjóléti alapellátás része, a családban nevelkedő gyermekek napközbeni ellátását, szakszerű nevelését biztosítja. Az egészség megőrzésére nagy hangsúlyt fektet a bölcsőde, mint a bölcsődei nevelés egyik alapfeladata. Az egészségre nevelés összefügg a gondozói, a szomatikus, az érzelmi, az akarati, az értelmi és a szociális neveléssel. A bölcsődei nevelés célja a helyes egészségügyi szokások és az egészséges életmód kialakítása [7].

A bölcsődékben az egészségvédelem terén a következő feladatokat jelölhetjük meg: a személyi és tárgyi feltételek kialakítása, biztosítása. Járványügyi előírások betartása, a bölcsődei dolgozók egészségügyi szabályai, a környezet higiénés sza-

bályainak betartása (takarítás, szennyes ruha kezelése, gyermekek felszereléseinek ellenőrzése, csoportszoba bútorai, játékok, udvari játékok). [8]

A kisgyermek fejlődését segítő személyi és tárgyi feltételek megteremtése, ellenőrzése a kisgyermeknevelő feladata, amit a bölcsőde vezetője folyamatosan ellenőriz. A kisgyermeknevelő példamutatással, személyes készségeivel is felel a gyermekek egészségmegőrzéséért és az egészségmagatartásával hatást gyakorol a szülők és a gyermekek nevelésére.

A kisgyermeknevelőnek fontos feladata az optimális feltételek biztosítása a gondozási- nevelési program során. A program akkor éri el célját, ha: a kisgyermekek edzetek lesznek, elsajátítják a koruknak megfelelő egészségügyi szokásokat, mozgásuk egyre harmonikusabb, összerendezettebb lesz; szívesen tartózkodnak és tevékenykednek a szabadban. Az egészséges életmódot a szülők és a kisgyermeknevelők útmutatásával, a szabályok belsővé válásával tanulja meg a gyermek. A higiénés műveletek elsajátításában nagy szerepe van az utánzásnak, a felnőtt példamutatásának. Az életkornak megfelelő helyes életritmus, a jó napirend kialakítása az egészséges testi és szellemi fejlődés alapfeltétele.

A táplálkozás, a testápolás, az öltözködés, a mozgás, a levegőzés, a pihenés és az alvás megszervezésével, az ezekhez kapcsolódó tevékenységekkel és az ezeken alapuló szokások kialakításával biztosítjuk a kisgyermek számára a megfelelő életritmus kialakítását [8].

V.2.2.1. Egészségügyi ellátás – járványügy, tisztaság biztosítása

A kisgyermeknevelő köteles a munkába lépés előtt a Foglalkozás-egészségügyi munkaköri alkalmassági vizsgálatán megjelenni. Egészségügyi nyilatkozatot kell aláírnia, melyben nyilatkozik, hogy nincs eltitkolt betegsége, és részt vesz a foglalkozás-egészségügyi orvos által megjelölt vizsgálatokon, amely alapján alkalmassága elbírálható (33/1998. (VI.24.) NM rendelet). A bölcsőde vezetője köteles ezt folyamatosan figyelemmel

kísérni. A dolgozó köteles jelenteni a bölcsőde vezetőjének, ha egészségi állapotában a munkáját kedvezőtlenül befolyásoló változás (ismeretlen eredetű lázas megbetegedés, mások megbetegedését okozó bőrbetegség, hasmenés és heveny gyomor- és bélpanaszok) következik be.

A bölcsődei gondozottnál az életkorhoz kötöten kötelező védőoltásokról nyilvántartást kell vezetni az egészségügyi törzslapon. A védőoltásokkal kapcsolatos részletes feladatokat az Országos Epidemiológiai Központ által évente kiadott, az adott védőoltási év tevékenységére vonatkozó módszertani levél határozza meg. A védőoltások nyilvántartása és jelentése a házi gyermekorvos feladata. Az oltások megtörténtéről az oltott személyt egyéni dokumentációval is el kell látni.

Ha a bölcsődében fertőző betegség vagy annak gyanúja fordul elő, azt a 63/1997. (XII. 21.) NM-rendeletben foglaltak szerint jelenteni kell.^[9]

A bölcsőde belső felszerelési és berendezési tárgyai könnyen tisztíthatók és fertőtleníthetők legyenek. Tisztításuk nedves, fertőtlenítő ruhával történjék. Járvány esetén a vonatkozó közegészségügyi szabályok szerint kell a takarítást végezni. A bölcsődében a csecsemőcsoportban használatos játékokat szükség szerint naponta, akár többször is, folyó meleg vízzel le kell mosni. A többi gyermekcsoportban hetente kell elvégezni a gyermekjátékok lemosását. Hetente egyszer és járvány idején soron kívül fertőtleníteni kell. A fertőtlenített játékokat meleg folyó vízzel többször, alaposan le kell öblíteni. A takarítás úgy szervezendő, hogy az a gyermekeket ne zavarja. Csak azokat a helyiségeket lehet nyitvatartási idő alatt takarítani, ahol gyermekek nem tartózkodnak. A takarítás nyitott ablaknál történjék. A szobákat étkezés után rendbe kell tenni, az ételmaradékot el kell távolítani. A padló tisztítása nedves, fertőtlenítőszeres ruhával történjék.

A bölcsődei nevelés-gondozásnak három fő feladata van:

1. Az érzelmi fejlődés és a szocializáció segítése
2. A megismerési folyamatok fejlődésének segítése

3. Egészségvédelem, az egészséges életmód megalapozása

Ezek közül az egészségvédelem és az egészséges életmód megalapozása az elsődleges. Az egészségvédelem, az egészséges életmód megalapozása, a harmonikus testi és lelki fejlődéshez szükséges egészséges és biztonságos környezet megteremtése, a fejlődés támogatása; a primer szükségletek egyéni igények szerinti kielégítése; egészségvédelem, egészségnevelés, a környezethez való alkalmazkodás és az alapvető kultúrhigiénés szokások kialakulásának segítése (a testi-lelki harmónia kialakulását és megőrzését segítő napirend – ezen belül: étkezés, mosakodás, öltözködés, alvás, szobatisztaságra nevelés, pihenés, levegőzés, játék, mozgás); szükség esetén speciális szakember bevonásával prevenció és korrekciós feladatok ellátása.

A kisgyermeknevelő egészségfejlesztési feladatai elsősorban a kisgyermekekre terjed ki, egyben hatása van a szülőkre, ugyanakkor az önművelésére is figyelmet kell fordítania.

A szülők egészségnevelésére több lehetősége van, úgy mint a közvetett a gyermekeken keresztül érvényesülő áttételes nevelés során, és a közvetlen, mint a családlátogatások, szülők érkezési és távozási ideje, fogadóórák, szülői értekezletek, nyílt napok. Továbbá lehetőség van üzenőfalon keresztül ismeretek átadására, egészségghét és kiállítás stb. program során az egészségnevelés korszerű ismereteinek átadására.

Összegezve, a bölcsődei egészségnevelés az egészséges életmód szokásainak kialakítására a legelső és legalkalmasabb szintér, mivel a kisgyermek a legfogékonyabb életkori szakaszát éli. Ebben az életkori szakaszban még a szülőket is könnyebben formálhatjuk, alakíthatjuk, mert gyermekeik alapvető szükségleteinek helyes kielégítését megtaníthatjuk. Azt mondhatjuk, hogy nagy felelőssége van a kisgyermeknevelő szakembernek, hiszen a kellő, egészséges életforma, a helyes napirend szokássá alakítása az ő feladatai közé tartozik.

V.2.3. Egészségfejlesztés feladatai az óvodában

Az óvoda, a nevelés következő intézményes színterének látogatása ma már kötelező minden harmadik életévét betöltött magyar gyermek számára, hat éves korig. Fontos megjegyezni, hogy az egészséges életmódra nevelés egy olyan színterével foglalkozunk, amely megerősíti a bölcsődei nevelés során elkezdett folyamatot vagy a most belépő gyermekek esetében pedig a családi nevelés tevékenységét folytatja, vagy bővíti ki.

Mindenesetre, mint a köznevelési intézményrendszer egyik első eleme, meghatározó szerepe van a gyermekek egészséges életmódra nevelésében.

A gyermekek egészségügyi ellátását a 2011. évi tc. Köznevelésről szóló törvény mellett a (26/1997. NM. sz.) rendelet szabályozza. Az óvodai ellátás során biztosítani kell a szakszerű, preventív szűrővizsgálatokon való részvételt, mint a fogászati szűrés vagy a hallás és látás szűrése. Az óvoda a területi védőnővel szoros kapcsolatot tart fenn (igaz ez helyenként változó), a gyermekek érdekében, mivel a szűrővizsgálatok megszervezésén és lebonyolításán túl szerepe van a korszerű egészségmegőrzéssel kapcsolatos ismeretek átadásában, és annak gyakorlásában a szülők és az óvodapedagógusok számára is [10].

Az óvodai nevelés alapprogramja – (ONAP) a kompetencia alapú egészségnevelést (2012) írja elő azokat a területeket és a hozzá kötődő feladatokat határozza meg, ami az óvodás gyermekek egészséges fejlődését segíti elő.

Az óvodai nevelésnek három fő területe van:

- az egészséges életmód alakítása,
- az érzelmi, az erkölcsi és az értékorientált közösségi nevelés,
- az anyanyelvi-, értelmi fejlesztés és nevelés megvalósítása

Az egészséges életmód a következő területekkel foglalkozik, mint a testápolás, a tisztálkodás, fogmosás, az étkezés, különösen a magas cukortartalmú ételek és italok, a magas só- és telítetlenzsír-tartalmú ételek fogyasztásának csökkentése, a zöldségek és gyümölcsök, illetve tejtermékek

fogyasztásának ösztönzése, továbbá az öltözködés, a pihenés, a betegségmegelőzés és az egészségmegőrzés szokásainak alakítása. Az **óvodáskor végére** a gyermekek többsége éretté válik az iskolába lépésre. Az iskolakezdéshez testi, lelki és szociális érettségre van szükség:

- A **testileg** egészségesen fejlődő gyermek az óvodáskor végére összerendezettebb, harmonikus finommozgásra képes. Mozgását, viselkedését, testi szükségletei kielégítését szándékosan irányítani képes.
- A **lelkileg** egészségesen fejlődő gyermek az óvodáskor végére nyitott érdeklődésével készen áll az iskolába lépésre. A tanuláshoz szükséges képességei alkalmassá teszik az iskolai tanulás megkezdéséhez. (Az önkéntelen emlékezeti bevésés és felidézés, továbbá a közvetlen felidézés mellett megjelenik a szándékos bevésés és felidézés. Megjelenik a tanulás alapját képező szándékos figyelem, és az elemi fogalmi gondolkodás is kialakulóban van.) Különös jelentősége van a téri észlelés fejlettségének, a vizuális és az akusztikus differenciációnak, a téri tájékozottságnak, a térbeli mozgásfejlettségnek, a testséma kialakulásának.
- Az óvodáskor végére a gyermekek **szociálisan** is éretté válnak az iskolára. A szociálisan érett gyermek egyre több szabályhoz tud alkalmazkodni, késleltetni tudja szükségletei kielégítését. Feladattudata kialakulóban van, s ez a feladat megértésében, a feladattartásban, a feladatok egyre eredményesebb elvégzésében nyilvánul meg. Kitartásának, munkatempójának, önállóságának, önfegyelmének alakulása biztosítja ezt a tevékenységet [11].

V.2.3.1. Az egészséges életmódra nevelésre a következő nevelési területeken kerül sor

Testi nevelés

Az alapelvekkel összhangban különös figyelem kerül a mindennapos testnevelés tervezésére, megszervezésére, biztosítására. A rendszeres egészségfejlesztő testmozgás, a gyermekek egyéni fejlettségi szintjéhez igazodó mozgásos játékok és feladatok, a pszichomotoros készsé-

gek és képességek kialakításának, formálásának és fejlesztésének eszközei. A mozgásos játékok, tevékenységek, feladatok rendszeres alkalmazása kedvezően hatnak a kondicionális képességek közül különösen az erő és az állóképesség fejlődésére, amelyek befolyásolják a gyermeki szervezet teherbíró képességét, egészséges fejlődését. A spontán, szabad játék kereteiben végzett mozgásos tevékenységeket kiegészítik az irányított mozgásos tevékenységek. Az óvoda törekszik a gyermekeket legjobban fejlesztő, kooperatív mozgásos játékok széleskörű alkalmazására. Mindennapos testnevelés (délelőtt és délután) és a szabad levegőn **végzett** önirányított mozgások, továbbá a testnevelés foglalkozáson heti egy alkalommal kötelező tevékenység- ahol irányított mozgást végez a gyermek, a testi fejlődését szolgálja.

Személyi és környezeti higiénia

A személyes higiénés szokásokkal érkezik a gyermek az óvodába a családból, ami nem feltétlenül egyezik az óvoda mindennapos tisztálkodási rendjével, ezért nagyon fontos, hogy ennek bevezetése tapintatosan történjen meg, tanítsuk meg a helyes szabályokat, eljárásokat. A legfőbb nevelési feladat a kézmosási szokások kialakítása (törölköző, fésű, fogmosás, zsebkendő használata és a legintimebb a WC-használata). Körültekintőnek és következetesnek kell lenni ezek kialakításban. A környezeti higiénia területén elsődlegesen az óvoda tisztaságának megóvását, a szépítését, a foglalkoztatók szellőztetését, fűtés és világítás biztosítását értjük. Magában foglalja az eszközök tisztán tartását, a takarítást, a játékszerek folyamatos tisztítását. Fontos, hogy a környezet ne csak tiszta, de esztétikusan legyen kialakítva.

Egészséges táplálkozás

Nagyon fontos feladat az egészséges étkezési szokások kialakítása (nyugodt, esztétikus környezet biztosítása), és a minél színesebb, az egészséges táplálkozás alapelveit magában foglaló, a Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége által kialakított OKOS TÁNYÉR alapelvei szerint felépített étkezés [12]. További feladatnak tartjuk a különböző természetes ízek megismerését- megismertetését a gyerekekkel (só és cukormentes ételek,

természetes zöldségek és gyümölcsök, víz, mint az alapvető folyadék) így csökkenthetjük a felesleges és az egészséget károsító anyagok bevitelét. A kialakított egészséges közétkeztetés és a heti rendszerességgel bevezetett zöldség és gyümölcsnap ezt tudatosítja a gyermekekben. Fontos megjegyeznünk, hogy a szülők úgynevezett áttételes nevelése is célként kell, hogy megjelenjen. A szülők ismeretének bővítésére lehetőség nyílik a szülői értekezleten és az egészségnapok alkalmával. A közétkeztetés megreformálása is ezt a célt szolgálja, hogy csökkentsük a gyermekek felesleges egészségterhelését a cukros és a sós ételek adásával. Természetesen a folyadékbevitel természetes (csapvíz) formáinak propagálása is további feladata az óvodai élet mindennapjainak.

Lelki és szociális nevelés

A lelki egészségvédelem körébe tartozik az egészséges napirend gyakorlása, a megfelelő viselkedésmódok kialakítása, érzelmi – indulati módok kezelése, készségek fejlesztése. Főbb feladatok közé tartozik a társas – társadalmi beilleszkedés tevékenysége, az elfogadó, toleráns attitűd kialakulásának segítése, mivel ezek mind tanult viselkedés minták és egész életen át tartó adaptációs folyamatot rögzítenek a gyermekekben. A beilleszkedési és társas kapcsolati minták a személyiség fejlődésének alapját képezik, ezért ezt a szentív időszakot fontos a megfelelő súllyal kezelni.

Önismeret fejlesztése, személyes készségek, társas interakciók

A gyermek a társas kapcsolatai során önmagáról szerez információt. Fontos olyan alapvető ismeretek megszerzése az óvodás évek alatt, ami képessé teszi a gyermeket a meglévő szükségleteinek megfelelő, adekvát kielégítésre. Tudatában van a balesetek megelőzésének, és az alapvető egészségi szükségleteinek kielégítésével. Természetesnek tekinthető, hogy az óvodapedagógus az egészségmegőrzés és egészségnevelés szempontjából minthaadó személy.

Integrált nevelés – tolerancia tanulás – természetes közege

Az óvodai nevelésben egyre fontosabb feladattá

válí az integráció elvének érvényesítése. Fontos teendő az óvodapedagógusok számára a másság elfogadásának megtanítása. Cél a minél szélesebb együttnevelés meghonosodása, kiteljesedése. A gyermekek csak ilyen módon ismerhetik meg és sajátíthatják, azaz fogadhatják el a többségi társadalomtól eltérő, atipikusan fejlődő társaikat.

Összefoglalás

Az óvodai nevelésnek több szempontból is meghatározó szerepe van az egyed fejlődése során, azaz a későbbi szerepe, tevékenysége, társaihoz való viszonya itt kerül megalapozásra és mélyen bevéssző élményeket adnak az egyén számára. Itt fog eldőlni az egészséges életmódhoz való adaptációja, ugyanakkor a társas kapcsolatainak is meghatározó szerepe lesz, ami kihat az egész életére.

V.3. TIE – Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés

A hazai egészségveszteségek döntően a viselkedéssel összefüggő kockázatokra vezethetők vissza, ahogyan ezt a magyar egészségmagatartási mutatóknak az EU-ban kirívóan rossz értékei is alátámasztják. Jelentős javulást ezért csakis a lakosság egészségmagatartásának megváltoztatásától lehet várni, leginkább a szintérszemlélet kihasználva, a közösségi egészségfejlesztés területén, így azt a köznevelésben, azon belül is az iskolában kell megalapozni [13]. Az iskolai egészségfejlesztés a többi szintéren történő beavatkozásnál ígéretesebbnek tűnik, mivel a közösségi egészségfejlesztés során történő beavatkozás folyamatos megerősítést is eredményezhet, ha az iskola nevelői példamutatóan járnak el.

Magyarország Alaptörvénye XX. cikk (1) bekezdése szerint „Mindenkinek joga van a testi és lelki egészséghez”. A 2015. évben elfogadásra került „Egészséges Magyarország 2014-2020” című stratégia az Alaptörvénnyel összhangban meghatározza a fő népegészségügyi célokat és tennivalókat, ezek között az egyik beavatkozás a teljeskörű intézményi/iskolai egészségfejlesztés (továbbiakban rövidítve: TIE). A TIE az egészség megőrzését, fejlesztését, a betegségek hatékony megelőzését, az egészségtudatos magatartást és

az egészségismereten alapuló szemléletet elősegítő iskolai tennivalók összefoglaló neve. A teljeskörű egészségfejlesztés megvalósítását az iskolák részére több projekt segítette 2013-2015 között. Az iskolai egészségfejlesztés (a tanulók egészségben nevelése) akkor hatékony, ha teljeskörű. Ez az alábbiak teljesülését jelenti: ha mindegyik fő egészség-kockázati tényezőt befolyásolja; az iskola mindennapi életében folyamatosan és rendszeresen jelen van; az egészségfejlesztést megvalósító iskola minden tanulója részt vesz benne; a teljes tantestület részt vesz benne; és bevonja a szülőket és az iskola közelében működő, erre alkalmas civil szervezeteket, valamint az iskola társadalmi környezetét is [13].

A WHO 2020 stratégiai állásfoglalása szerint az interszektoriális tevékenységet helyezi előtérbe, vagyis az iskoláknak az egészségügygel közösen kell kialakítani az egészséges iskolákat, azaz az egészséget támogató nevelési környezet segítheti a jobb tanulási eredményességet. A jobb tanulási teljesítményt nyújtó gyermeknek jobb az egészségi állapota is [14].

A teljeskörű iskolai egészségfejlesztés az alábbi négy egészségfejlesztési alapfeladat rendszeres végzését jelenti az iskola mindennapjaiban - minden tanulóval, a teljes tantestület és alkalmazotti közösség, az iskolaegészségügyi szolgálat szakemberei, a szülők és az iskola környezetének bevonásával, szakmai segítség és ellenőrzés mellett:

- **Egészséges táplálkozás** megvalósítása (lehetőleg a helyi termelés - helyi fogyasztás összekapcsolásával);
- **Mindennapos testnevelés** minden tanulóknak az egészségfejlesztési kritériumok teljesítésével, és az azt kiegészítő egyéb testmozgás;
- **A gyermekek érett személyiséggé válásának, azaz lelki egészségének elősegítése** személyközpontú pedagógiai módszerekkel és a művészetek személyiségfejlesztő hatékonyságú alkalmazásával (énekek, tánc, rajz, mesemondás, népi játékok és népi rítusjátékok, kézművesség, stb.);
- **Egészségismeretek** széles köre készség

szintű elsajátításának, más szóval az egészségműveltségnek az elősegítése [15].

Somhegyi szerint a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés az idevágó nemzetközi és hazai szakirodalom bizonyítékai szerint az alábbi részterületeken jelentkező hatások révén eredményezi a jobb egészséget:

- a tanulási eredményesség javítása;
- az iskolai lemorzsolódás csökkenése;
- a társadalmi befogadás és esélyegyenlőség elősegítése;
- a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a kábítószer-fogyasztás és egyéb szenvedélyek elsődleges megelőzése;
- bűnmegelőzés;
- a társas kapcsolatok javulása a kortársakkal, szülőkkel, pedagógusokkal;
- az önismeret és önbizalom javulása;
- az alkalmazkodókészség, a stresszkezelés, a problémamegoldás javulása;
- érett, autonóm személyiség kialakulása;
- a krónikus, nem fertőző népbetegedések (lelki betegségek, szív-érrendszeri, mozgás-

szervi és daganatos betegségek, cukorbetegség) elsődleges megelőzése;

- a társadalmi tőke növelése [15].

Fentiek alapján azt mondhatjuk, hogy a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés hatékony megvalósítása népegészségügyi, pedagógiai és ösztársadalmi cél. Ezért, az Oktatásért Felelős Államtitkárság és az Egészségügyért Felelős Államtitkárság 2016. márciusban elkészítette a pedagógusok részére a TIE ajánlást, melyben összegyűjtötték, hogy a mindennapi TIE-tevékenységeikhez hol találnak segítséget. Ezen TIE ajánlást az Oktatási Hivatal 2016. április 19-én kiküldte minden iskola igazgatójának és felkerült a www.kormany.hu honlapra, 2018. április óta a Népegészségügyi Nemzeti Központ (NNK) hivatalos honlapján is olvasható.

Amit a fenti ábrán láthatunk, az úgynevezett Comb -B rendszer, a viselkedésváltoztatás modellje, ezt a viselkedés megváltoztatását leíró modellt Michie és munkatársai 2011-ben dolgozták ki, szintetizálva valamennyi akkor ismert viselkedésváltoztatást leíró elméletet. A modell három



V.1. ábra: A Comb-B rendszer viselkedésváltoztatás modellje [13]

alapvető meghatározó tényezőt tartalmaz, úgymint pszichológiai és fizikai képesség (*Capability*), szociális és fizikai környezet (*Opportunity*) - amely megfogalmazás tágabb értelmezésben az egyént körülvevő környezetet jelenti, automatikus és reflektív motiváció (*Motivation*), amelyek a viselkedést (*Behavior*) befolyásolják [13].

Az egészségmagatartás megváltoztatását célzó egészségfejlesztés fő irányát, lehetséges kitérési pontját az iskolai egészségfejlesztés jelenti több szempontból is. Az iskolában az egészségfejlesztés célcsoportja koncentráltan elérhető. Emellett a gyermekek idejük egy jelentős részét az iskolában töltik, távol a családi esetlegesen negatív mintát közvetítő környezettől. Ebben az életkorban a személyiségfejlődés még nem zárult le, a fiatalok még fogékonyak a változásra, az új gondolkodási sémák elsajátítására. További előny, hogy a gyerekek egészségmagatartásának megváltoztatásához csak egy viszonylag szűk, felsőfokú képzettséggel rendelkező csoport (egészségfejlesztési szakemberek, pedagógusok) egészségkultúráját, és ezen keresztül viselkedését szükséges megváltoztatni. Mindemellett fontos megjegyezni, hogy az iskolán kívüli társadalmi szereplők számára a gyermekek egészségének megóvása a saját egészségük fejlesztésénél is nagyobb motivációt jelent.

McIsaac és munkatársai az iskolai egészségfejlesztést a hatásháló elgondoláshoz hasonló megközelítéssel a társadalmi szereplők és rendszerek közötti többszintű kapcsolatot vizsgálták. Szerintük az iskolai egészségfejlesztést egy olyan komplex rendszerként kell elképzelni, amelyben az iskolák maguk is összetett rendszerként működnek. A tanulók alkotta osztályközösségek, a tanári kar, a szülők ennek a rendszernek a szereplői. Viselkedésüket eltérő érdekek és szövevényes viszonyrendszerek alakítják. Az iskola ugyanakkor a helyi társadalom rendszerébe ágyazva, jó néhány társadalmi-gazdasági szereplővel (pl. önkormányzat, közétkeztető, civil szervezetek, stb.) együttműködik. Az iskolák ezen felül részei az országos szintű köznevelési intézmény-rendszernek is, amely jogi szabályozással, források biztosításával és szakemberképzéssel befolyásolja az

iskolák működését, infrastruktúráját.

A Magyar Diáksport Szövetség 2013-ban útnak indította az Testnevelés az Egészségfejlesztésben Stratégiai Intézkedések (T.E.S.I.) elnevezésű kiemelt projektjét, melynek fókuszába az egészségfejlesztés egyetlen eleme, a fizikai aktivitás került. A projekt egyik kutatás-fejlesztési feladata az volt, hogy létrehozza a magyar iskolarendszerben egységesen működtethető, egészségközpontú fittség mérési, értékelési rendszerét. Az új fizikai fittség mérési rendszerben a Nemzeti Egységes Tanulói Fitsségi Teszt (NETFIT) segítségével méri fel a testnevelők a diákok fitsségi állapotát az adott tanév meghatározott mérési időszakában.

Egy másik egészségmagatartáshoz - egészséges étkezés - kapcsolódóan több előremutató szabályozási lépés történt. A táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014 EMMI rendelettel, illetve az iskolai büfék áru kínálatát korlátozó 20/2012 EMMI rendelettel a jogalkotók célja az iskoláskorúak egészséges táplálkozási szokásainak elősegítése volt.

A TIE célja az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartásának javítása, az egészségmegőrzés és az egészségben eltöltött életevek számának növelése, vagyis felnőttként rendelkezzenek az önálló életvezetési képességekkel, legyenek felkészülve a megfontolt és kívánt családtervezésre. A gyermek fogantatása és felnevelése hasonlóan egészséges körülmények között történjen, szeretetben az élet megpróbáltatásait megfelelően kezelve legyenek képesek feldolgozni.

Összeségében elmondható, hogy a gyermekek készüljenek fel az „életre” vagyis rendelkezzenek megfelelő egészségműveltséggel, legyenek fizikailag aktívak és éljenek majd egészségtudatosan felnőttként.

V.4. Munkahelyi egészségfejlesztés

V.4.1. A munkahelyi egészségfejlesztés fogalma

A Luxemburgi Nyilatkozat szerint „A munkahelyi egészségfejlesztés a munkáltatók, munkavállalók és a társadalom együttes erőfeszítései a dolgozók

V.1. táblázat: TIE koncepció a különböző országokban

SHE (Európa, 2011)	TIE 4 alaptervékenység (Magyarország, 2012)	WSCC (USA, 2014)	TIE Koncepció (Magyarország, 2015)
1. Egyéni egészséggel kapcsolatos készségek és kompetenciák	1. Az egészségismeretek készség szintű elsajátításának elősegítése	1. Egészségnevelés	1- Ismeretátadás, készségfejlesztés
2. Egészséges iskola szakirányelv	2. Mindennapos testnevelés	2. Testnevelés és fizikiai aktivitás	2. Átfogó fizikai aktivitás (Életmód, egészségmagatartás célterület keretében)
	3. Egészséges táplálkozás	3. Étkezési körülmények és szolgáltatások	3. Egészséges táplálkozás elősegítése (Életmód, egészségmagatartás célterület keretében)
3. Egészségügyi szolgáltatások	4. A gyermekek kiegyensúlyozott, érett személyiségfejlődésének (azaz lelki egészségének) elősegítése	4. Egészségügyi szolgáltatások	4. Egészség szolgáltatások (az egyes tanulókat támogató szolgáltatások)
		5. Tanácsadás, lelki és szociális szolgáltatások	3. Egyéni mentorálási funkció
4. Iskolai társas környezet		6. Társas és érzelmi légkör	5. Iskolai kultúra, pozitív légkör
5. Fizikai környezet		7. Fizikai környezet	6. Megfelelő fizikai környezet
		8. Dolgozók jólléte	7. Iskolai dolgozók jólléte
6. Közösségi kapcsolatok		9. Családok bevonása	8. Megfelelő családi környezet kialakítása
			9. Közösségi szerepvállalás
		10. Közösségek bevonása	10. Iskolán kívüli közösségek bevonása

Forrás: SOLYMOSSI J. B. (2016) Teljes körű iskolai egészségfejlesztési koncepció Egészségfejlesztés, LVII. évf, 1. sz [16]

egészségének és jóllétének javítása érdekében. Ez az alábbiak segítségével érhető el:

- a munkahelyi szervezet és a munkakörnyezet javítása, fejlesztése
- aktív részvétel serkentése
- egyéni részvétel bátorítása.” [17]

A munkahelyi egészségfejlesztés számos diszciplína információanyagát felhasználja és egyszersmind vegyíti azokat. Így az egészségfejlesztésen túl az orvostudomány (azon belül is a foglalkozás-egészségügy, a megelőző orvostan), a humán erőforrás-menedzsment, a szociológia, a pszicho-

lógia, a marketing, az építészet és az ergonómia tárgyköreiből is merít.

A munkahelyi egészségfejlesztéssel foglalkozó nemzetközi szervezetek:

- a WHO (Egészségügyi Világszervezet)
- a CDC-hez tartozó NIOSH (National Institute for Occupational Safety and Health)
- az EU-OSHA (Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség) - magyarországi fókuszpontja az Országos Munkabiztonsági és Munkaügyi Főfelügyelőséghez tartozik
- az ENWHP (European Network for Workplace Health Promotion)

Hazai releváns szervezet az EMEGY (Egészségesebb Munkahelyekért Egyesület).

V.4.2. A munkahelyi egészségfejlesztés alapküldetése

Ottawai Charta

Már az 1986-os konferencia egészségfejlesztést forradalmasító dokumentuma is tartalmaz a munkahelyre vonatkozó információt:

„(...) A munkának és a pihenésnek az egészség forrásává kell válnia az emberek számára. A módnak, ahogyan a társadalom a munkát szervezi, hozzá kell járulnia az egészséges társadalom létrehozásához. Az egészségfejlesztés olyan élet- és munkakörülményeket eredményez, amelyek biztonságosak, ösztönzők, megelégedést hoznak és élvezetesebbek.(...)” [18].

Az ENWHP Nyilatkozatai

Az európai hálózat tagjainak alapvető megállapításait, közös céljait, vízióját tartalmazza ezek a dokumentumok, melyek az egészséges munkahelyekért folytatott munka alapját, kiindulópontjait képezhetik (Luxemburgi, Cardiff-i, Lisszaboni, Barcelona-i, Edinburgh-i, Brüsszeli Nyilatkozat).

V.4.3. Szintér szemlélet a munkahelyen

„A közösségi szintér az a hely, ahol az ember otthon van, ahol a probléma is otthon van, és ahova a beavatkozást is el kell juttatni” [19].

A munkahely azért is speciális szintér, mert az egyének itt azzal a céllal alkotnak közösséget,

hogy (profitot) termeljenek, ill. fizetést és egyéb juttatásokat kapjanak tevékenységükért, munkájukért. Emiatt a mindenkori munkáltatónak az elsődleges célja a termelés maximalizálása. Amennyiben a munkálató meggyőződik (meggyőződhet) arról, hogy a munkahelyi egészségfejlesztés során eszközölt intézkedések nem csökkentik, esetleg még növelik is a szervezet termelékenységét, csak ebben az esetben fog támogatni vagy akár önmaga kezdeményezni releváns folyamatokat. Könnyen belátható, hogy amennyiben a vezetőség erre nem lát garanciát (akár rövid-, közép- vagy hosszútávon), úgy nincs értelme energiát fektetnie ezen területekbe.

Ma már elmondható, hogy egyre több munkálató (köztük mamutcégek is mint az IKEA vagy a Google) ismeri fel a munkavállalók egészségével való törődésben rejlő erőt, s hazánkban is egyre több jó gyakorlatot és példát láthatunk nemcsak a vállalati szektorban, hanem a közszférában egyaránt.

V.4.4. Szükséglet és igény a munkahelyen

Amikor egy munkahelyen elkezdjük felmérni a munkavállalók igényeit és szükségleteit, fontos különbséget tennünk e kettő között:

A szükséglet: valamely alapvető kielégítetlenség esetén hiányérzet formájában jelentkezik.

Az igény: valamely konkrét szükséglet kielégítésére irányul [20].

Egyes vélekedések szerint a munkahelyi egészségfejlesztés során a szükségleteket kell inkább figyelembe venni (ezek sokszor azonban nehezen feltérképezhetők, ugyanis sokan nehezen tudatosítják, ill. verbalizálják ezeket – még rákérdezésre is), ugyanakkor az igényekkel is érdemes lehet foglalkozni. Amennyiben ezekre a jól – akár egyéni, akár csoportok szintjén – megfogalmazott igényekre is figyelmet fordítunk, könnyebb lesz a munkavállalók bevonása az egészségfejlesztési folyamatokba, hiszen ebben az esetben kialakulhat egyfajta bizalom, ill. a megértettség érzése a dolgozóknál.

A munkahelyi egészség több ponton is összefonódik a humán erőforrás menedzsment elméleti alapjaival, tárgykörével, feladataival.

A Maslow-i szükséglethierarchia (V.2. ábra) elméletét is széles körben használják, megalkotásának eredeti célja a munkavállalók motiválása volt, a termelékenység növelése érdekében. Ugyanakkor ez a logika megfordítható: ha a dolgozónak a munkahelyén nem kielégíthetőek az alapvető szükségletei (pl. étkezés, folyadékfogyasztás, mosdóba menni, hőmérsékleti változások esetén megfelelő klíma, ruházat, stb.), felesleges a magasabb rendű szükségletekkel foglalkozni, azokba energiát és anyagi forrást investálni, hiszen nem lesznek fogékonyak ezekre a lehetőségekre.

V.4.5. Mitől lesz egészséges egy munkahely?

Az egészséges munkahely definíciója a WHO szerint:

„Egészséges az a munkahely, ahol a dolgozók és a menedzsment közösen dolgoznak azokon a fo-

lyamatokon, melyek eredményeképpen a munkavállalók egészségvédelme és egészségfejlesztése, a biztonság, a jóllét, a munkahely fenntarthatósága folyamatosan fejlődik és javul, ill. az alábbi, beazonosított szükségleteken nyugszanak:

- egészséggel és biztonsággal kapcsolatos szempontok a fizikai munkakörnyezetben,
- egészséggel, biztonsággal és jólléttel kapcsolatos szempontok a pszichoszociális munkakörnyezetben (beleértve a munkaszervezést és a munkahelyi kultúrát is),
- az egészség egyéni forrásai a munkahelyen,
- a közösségben való részvétel módjai a munkavállalók, családjaik és a közösség többi tagja egészségének javítása érdekében” [22].

V.4.6. A munkahelyi környezet

A munkahelyi környezet fizikai és szociális elemei hasonlóképpen hatnak kölcsönösen egymásra, ill. fonódnak össze szerves egységet alkotva, mint a testi és lelki (mentális) egészség. A szerve-



V.2. ábra: A Maslow-féle szükséglethierarchia
(Soósné Göbölly Ildikó: Humántőke menedzsment II., Eszterházy Károly Főiskola, 2014.[21])

zeti kultúrában pedig mindkét környezeti dimenzió eredete fellelhető.

Az épített környezetet alkotó elemek többek között a munkahelyet képező épület/ek, azok stílusa, hangulata, a burkolatok színe, anyaga, állapota, tisztasága, a helyiségek elrendezése, azok elválasztásának módja (pl. ajtók, ill. nagyobb méretű, amerikai típusú irodák, ahol legfeljebb térelválasztókkal biztosítják a tér tagolását).

A közvetlen fizikai környezet esetében kell említést tennünk a bútorzatról, fényviszonyokról (természetes és mesterséges fényekről), klímáról. Az ergonómiai szempontok rendkívüli mértékben befolyásolják a munkavállalók egészségi állapotát, ill. maradandó egészségkárosodást is okozhatnak a nem megfelelően megválasztott vagy rosszul beállított bútorok, eszközök. Ez minden olyan tevékenységre igaz, amelyet repetitív módon végez a munkavállaló, és ide tartoznak a hosszabb ideig mozdulatlansággal járó tevékenységek is. Így a munkafelületet és eszközöket nem csak a munkafolyamathoz, hanem a munkavállaló testi adottságaihoz is szükséges optimalizálni. Sokszor feledkeznek meg pl. a balkezesekről, akiknek teljesen más felépítésű eszközök, körülmények szükségesek.

Külön megemlítendő az ülő ill. monitor előtt végzett munkával járó elővigyázatosság és feladatok. (A 2019-2021-es Covid-19 pandémia idején rengetegen kerültek home office-ba, mely valószínűleg számos munkahelyen évekig fennmaradhat, ezért is érdemes ezzel külön is foglalkozni.) A rosszul beállított / pozicionált szék, asztal, monitor, billentyűzet olyan hosszú távú károsodásokat okozhat, mint a gerincsérv, különböző ízületi panaszok, az ún. „előre tolt nyak” jelensége, ill. az RSI-szindróma (repetitive strain injury). Talán felesleges is taglalni, hogy amennyiben ezek kialakulnak, nemcsak a munkavállalónak okoznak szenvedést és irreverzibilis károsodást, hanem jelentősen növelik a táppénzes napok számát, ezáltal csökkentve a termelékenységet. Ennek okán nem túlzás azt állítani, hogy a munkáltatónak kifejezetten megéri e területnek figyelmet szentelni, ill. anyagi ráfordítást eszközölni. Fontos megje-

gyezni, hogy hiába adottak a megfelelő tárgyi feltételek, ha azok nem specifikusan a munkavállaló testi adottságaihoz és szokásaihoz vannak beállítva. Ennek kivitelezéséhez jól jöhet az ergonómiában jártas szakember (ergoterapeuta), gyógytornász illetve akár gerincgyógyász.

Említést kell tennünk azokról a munkahelyekről is, amelyek rendelkeznek ugyan szilárd, épített infrastruktúrával, az alkalmazottak / alvállalkozók jelentős része mégsem tölt időt ezeken a helyeken, mert a munka jelentős része „külső” helyszíneken valósul meg. Az építőipar, a mezőgazdaság továbbá bizonyos szolgáltatások is ide tartoznak. Ezekben az esetekben a munka-„hely” teljesen más értelmezést kap. Ugyanakkor az épített környezet hiányának fontos a szerepe bizonyos alapvető emberi szükségletek szempontjából (pl. mosdók, táplálkozás, extrém hőmérsékleti körülmények, fizikai munkából eredő további szempontok, stb.).

Markánsan azonosíthatóak azok a foglalkozás-egészségügy tárgykörébe tartozó egészségügyi kockázatot jelentő körülmények, amelyekről itt most csak röviden teszünk említést.

Speciális foglalkozások esetében fizikai tényezők (pl. vibráció, extrém hő, napsugárzás és egyéb sugárzások, porok, stb.), kémiai anyagok (karcinogén, fokozottan balesetveszélyes, gyúlékony, robbanékony, stb.), biológiai kockázati tényezők (vírusok, baktériumok, gombák, pollenek, stb.) is felmerülhetnek. A munkavédelmi előírások betartása, ezek konzekvens kommunikációja a munkavállalók felé, valamint a vezetők példamutatása rendkívül fontos és elengedhetetlen az alkalmazottak egészségének védelme szempontjából.

A munkahelyi kockázatértékelés- és kezelés komplex feladat, mely munkabiztonsági, illetve munkaegészségügyi szaktevékenységnek minősül. Folyamatába érdemes a munkavállalót is bevonni, ill. számos forrásból információt szerezni.

A szociális környezet részei a közvetlen és közvetett társas kapcsolatok, a munkahelyi ill. szer-

vezeti kultúra, a pszichoszociális tényezők és a (meglévő vagy hiányzó) hagyományok is.

Megemlítendő, hogy a munkahely egyben a harmadlagos szocializáció színtere is, így a munkahelyen honos társas és kommunikációs normák (nyílt és rejtett tartalmakat tekintve egyaránt) hosszútávon is jelentős. Ha csak azt tekintjük, hogy pl. az újonnan belépő vagy akár „átutazó” gyakornokok későbbi életük során is hajlamosak lehetnek az első munkahelyen tapasztalt normákat követni. Így generációkon átívelő előnyökhöz juthatunk vagy hátrányokat rögzíthetünk a jövő számára.

V.4.7. Egészségtervezés vagy egészségfejlesztési terv(ezés)?

A hazai releváns irodalomban egyéni és közösségi szintű tervezési folyamatokat különböztetnek meg. Előbbit általában egészségtervezésként, utóbbit pedig egészségfejlesztési tervezésként definiálják, egységes és konzekvens nevezéktanról azonban egyelőre nem beszélhetünk.

Mindazonáltal a munkahelyi kollektíva egyének összessége is egyszersmind, így mindkét szinten relevánsak a tervezési folyamatok. Elképzelhetetlen ugyanis egy olyan munkahelyi egészségfejlesztési program, ahol nem vesszük figyelembe az egyéni különbségeket, és nincs központi szándék a személyre szabott segítő szolgáltatások léteire vagy támogatására (amelyek során pl. egyéni egészségterv készíthető).

Az egészségfejlesztési terv klasszikus lépései (mint más hasonló tervezési folyamatok esetében is):

1. Állapotleírás
 2. Helyzetértékelés (egészségkép)
 3. Stratégiák, majd cselekvési terv kidolgozása
 4. Programok végrehajtása
 5. Értékelés, feedback/visszacsatolás (eredmények, hatások, monitoring)
 - (6. Az egészségfejlesztési ciklus újraindítása)
- Jól látható, hogy az egészségfejlesztési tervezés gyakorlatilag a népegészségügyi ciklus működésének elvét követi.

A cselekvési terv kialakítása előtt fontos további lépés egy az adott munkahely SWOT- és stakeholder-analízisének elkészítése is. Csak így, a feltárt információk birtokában lehet ugyanis az adott munkahelyre szabni magát a folyamatot, ill. annak minden elemét, a változtatások mértékét, ütemét, a fő prioritásokat. Ahogyan más közösségek, úgy a munkahely esetében is igaz, hogy csak a közösség fejlettségi szintjéhez képest érdemes mérni az eredményeket, vagyis nem beszélhetünk „abszolút nulla” szintről. A lényeg, hogy megkezdődjön egy tudatos fejlesztési / fejlődési folyamat.

Bár Mihalic és munkatársai más jellegű egészségfejlesztési programok kapcsán gyűjtötték össze a megvalósítást akadályozó legfontosabb tényezőket, az egyik ezek közül az elégtelen szervezeti és vezetői támogatás. Értelemszerűen ennek hiányában átfogó munkahelyi egészségfejlesztésről nem, legfeljebb sporadikus, alkalmoszerű programokról, kezdeményezésekről beszélhetünk.

Néhány konkrét példa olyan programokat, intézkedéseket illetően, melyek munkahelyi egészségfejlesztés keretében valósíthatók meg:

- akciónapok, egészségnapok, sportnapok
- csapatépítő programok
- ergonómikus munkaeszközök beszerzése, helyes testtartás ellenőrzése, gyakoroltatása ergoterapeutával
- étkezéssel kapcsolatos intézkedések (ebédidő, kulturált étkezési lehetőségek, mikrohullámú sütő, étterem, büfé, ezek kínálatának egészséges irányba való módosítása, az egészséges menü anyagi támogatása a munkáltató által)
- béren kívüli juttatások: rekreáció, sportolási lehetőségek, szűrővizsgálatok, életmóddal kapcsolatos konzultáció, terápia biztosítása
- megfelelő, és a dolgozók által térítésmentesen használható sportinfrastruktúra
- előírt pihenőidők betartatása
- relaxációs helyiség létesítése
- stressztényezők azonosítása, azokra megoldási lehetőség kidolgozása a munkavállalók bevonásával (ez sokszor a munkafolyamatok átalakításával is jár)

- kommunikációs folyamatok hatékonnyá tétele
- dolgozók bevonása a döntéshozatalba, döntésselőkészítésbe

2/3-át okozza a dohányzás és a helytelen táplálkozás. Nem kérdéses tehát, hogy a prevencióba fektetett pénz, energia és figyelem megéri a munkáltatóknak.

V.4.8. *Megtérülő befektetés? A munkahelyi egészségfejlesztés számokban.*

Hazánkban 2016-ban az Egészségbiztosítási Alap 89 milliárd forintot fizetett ki táppénzre. És bár a táppénzes napok száma csökkent az elmúlt évtizedben, a táppénzes esetek száma évről évre nő. Ahogyan a VII.3. ábra is mutatja, (a terhességgel és szüléssel kapcsolatos táppénzt leszámítva) az első két helyen a daganatok és a keringési rendszer betegségei állnak, melyek köztudottan a megelőzhető betegségek közé tartoznak. Az e betegségsoportba tartozó esetek megközelítőleg

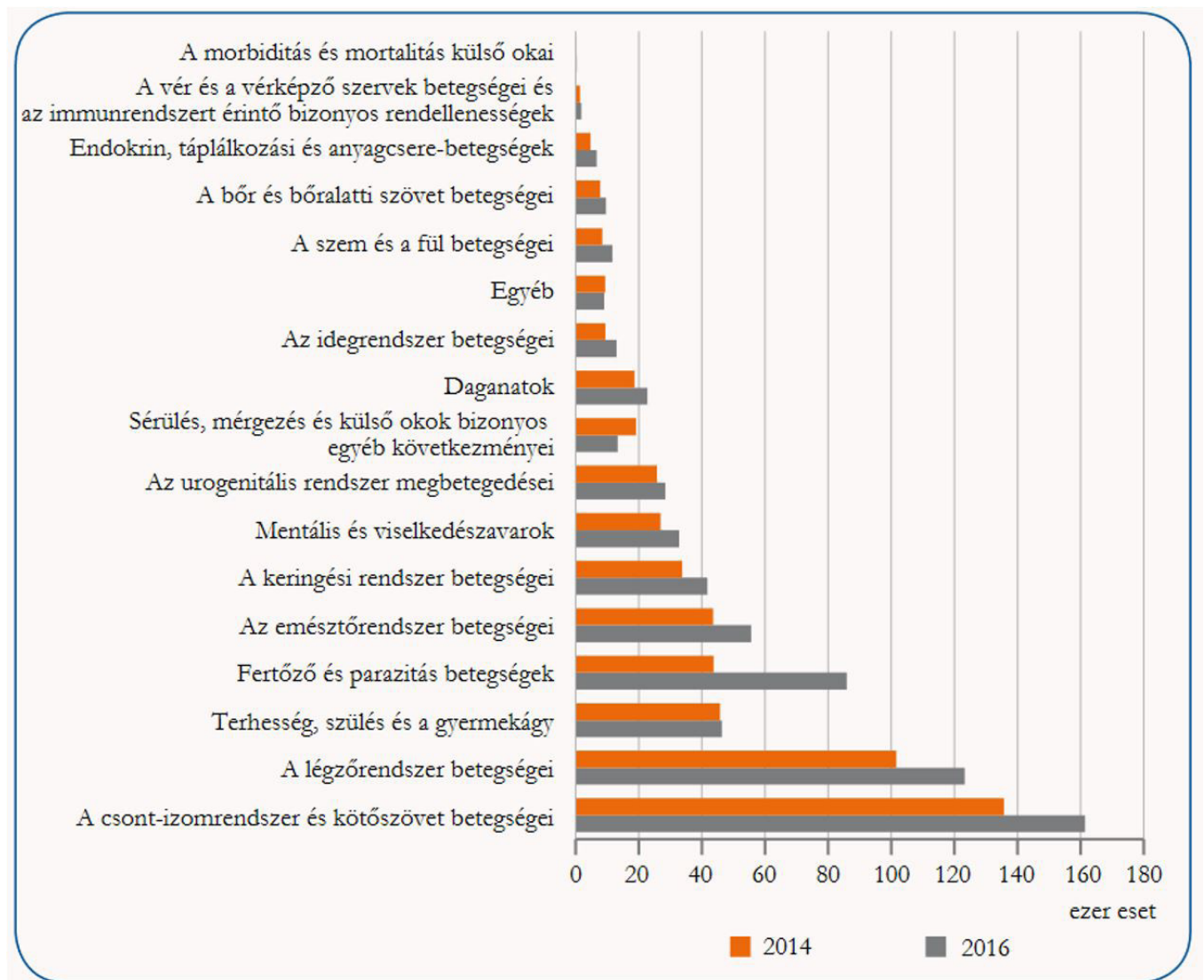
Hogyan mérhető a munkahelyi egészségfejlesztés hatásossága és hatékonysága?

Hatásosság: milyen mértékben érjük el / elérjük-e a kívánt / várt eredményt.

Hatékonyság: mennyi erőforrás – pénz, humán erőforrás, idő, stb.- felhasználásával érjük el a kívánt eredményt.

A hatásosság mérésére alkalmas indikátorok lehetnek például:

- táppénzes napok száma (csökken)
- termelékenység, eredményesség nő
- fluktuáció (csökkenése)



V.3. ábra: Egy esetre jutó táppénzes napok száma betegségcsoportonként (Táppénz, 2014-2016 KSH)[23]

- munkavállalók elégedettsége nő
- egészségmagatartás és rizikómagatartás kedvező irányban változik

Amennyiben egy komplex, hosszútávú egészségfejlesztési tervezés folyamatát tekintjük, további eredmény indikátorok lehetnek többek között:

- egészséggel, wellbeinggel kapcsolatos intézkedések megjelenése a munkahely stratégiai dokumentumaiban
- az egészség és wellbeing (mint princípium) megjelenése a döntési folyamatokban
- az egészség és wellbeing értéként való megjelenése a szervezet / munkahely / szervezeti egységek küldetésnyilatkozatában, missziójában
- az egészség és wellbeing szempontjainak integrálása a szervezeti kultúrába

A ROI (return of investment) egy a közgazdaságtudományban használt fogalom, befektetés arányos megtérülést jelent. Érthető, hogy a munkáltatók ezt a számot szeretnék tudni, amikor a munkahelyi egészségfejlesztés különböző elemei felvetődnek. Egy összefoglaló közlemény [24] szerint 47 munkahelyi egészségfejlesztő programot vizsgálva, azok közül 46 esetben sikerült pénzt megtakarítani, és 41 esetben többet a befektetett összegnél.

Egy másik tanulmány [25] szerint a vizsgált kutatások esetében a ROI átlagosan 138%-nak mutatkozott, ugyanakkor ennek értéke függ a vizsgálat minőségétől, és néhány esetben negatív ROI-t is találtak (ami azt jelenti, hogy ezekben az esetekben nem térült meg a befektetett összeg). Mindent összevetve elmondható, hogy a munkahelyi egészségfejlesztő programok, módszerek megtérülése sok tényezőtől függ, és ezzel kapcsolatosan további vizsgálatok szükségesek.

V.4.9. Jó gyakorlatok

Google

A Google esetében a szervezeti kultúra egyes elemeit emeljük most ki, ami rendkívüli mértékben hatja át a fizikai környezetet is.

Sokat elárul, hogy a Google alapítói a Montesso-

ri-pedagógia filozófiai elve szerint nevelkedtek, ami azt jelenti, hogy kérdőjelezzenek meg mindent, ahelyett, hogy szabálykövetően „beállnának a sorba”. Ez a szellemiség hatja át az egész szervezetet, és így érthető, hogy miért az alábbi alapelvek a legfontosabbak: inspiráló munkahelyi környezet, szabadság, alkalmazotti helyett tulajdonosi szemlélet, elégedettség, játék és szórakozás.

Valószínűleg a hazai közsférában szocializálódott munkavállalók számára mehökkentő lenne az élmény, amint egy Google „irodába” lépnek, ami tele van babzsákokkal, színes csúszdákkal és kerékpárokkal. A szórakoztató környezet kedvez a kreatitásnak, és a munka valódi örömforrássá válhat. A cég irányítása a dolgozók aktív bevonásával történik, valóban számít és fontos a munkavállalók véleménye, és a tapasztalatok szerint rendkívüli mértékben csökkenti a frusztrációt néhány apró intézkedés, változtatás bevezetése [26].

A PTE ÁOK YourLife@ÁOK programja (felsőoktatási intézmény, mint speciális munkahely)

Az Orvosi Népegészségtani Intézetből indult kezdeményezést - mely a Health Promoting Universities alapelvein nyugszik - 2018 januárjában hagyta jóvá az akkori dékáni vezetőség. Egyik alaptézise, hogy érdemi változás a Kar polgárainak egészségi állapotában csak úgy érhető el, ha a hallgatókat és a munkatársakat egy közösségként kezeljük.

Hosszas egyeztetések nyomán, a felméréseket követően négy pillér (táplálkozás, mozgás, lelki egészség, dohányzás) köré szervezték tevékenységüket és kommunikációjukat a program felelősei. A YourLife csapata egy multidiszciplináris team: nemcsak orvosok, dietetikusok, gyógytornászok, hanem marketing- és kommunikációs szakemberek, informatikusok, adminisztratív területen dolgozók, sőt hallgatók is alkotják.

A program során nemcsak konzultációkat indítottak a négy pillér szerint, hanem folyamatosan támogatják a fontosabb döntések, infrastrukturális és egyéb változtatások során az egészség, mint érték beépítését a releváns folyamatokba.

Missziójuk továbbá a Karon folyó kutatások összehangolása és infokommunikáció az életmódot érintő témákban nemcsak egyetemi szinten, hanem a laikus érdeklődő közönség körében egyaránt.

V.5. A WHO Európai Egészséges Városok programja és módszerei

V.5.1. Színtérprogramok megjelenése az Egészségügyi Világszervezetben (WHO)

Az Ottawai Charta [1] új korszakot és új megközelítést hozott az egészségfejlesztés területén. Az egészségfejlesztés alapl dokumentuma meghatározza az egészségfejlesztés fogalmát, az egészség előfeltételeit, az egészségfejlesztési tevékenységek körét – kiemelve az egészséget szolgáló közpolitika szerepét. A WHO Egészséget Mindenkinnek stratégiájában [2] megjelent színtér-megközelítés is az Ottawai Kartában teljesedett ki, mely szerint az egészség a mindennapi élet szinterein jön létre, ahol az emberek tanulnak, élnek, játszanak, és szeretnek.

V.5.2. Az Egészséges Városok program bemutatása

Az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodája 1987-ben döntött egy olyan demonstrációs projekt elindításáról, melynek célja az egészségügyön kívüli szektorok, az önkormányzatok és a közösségek bevonása az egészségfejlesztésbe. A program a következő alapelvek mentén működik:

Multiszektoralitás – *az egészségügyön kívüli szektorok bevonása és összefogása annak érdekében, hogy tevékenységükkel hozzájáruljanak az egészség fejlesztéséhez*

Városi döntéshozók elkötelezettsége az egészség érdekében – *az önkormányzat döntései jelentős hatással vannak a lakosság egészségét befolyásoló tényezőkre (pl. környezet, lakhatás, szociális tényezők)*

Partneri együttműködés – *széleskörű együttműködés más szervezetekkel az Egészséges Városok program megvalósításában*

Közösségek részvétele – *a közösségek bevonása az egészségüket alakító döntési mechanizmusokba*

Egyenlő esélyek biztosításának elve – *elsősorban nem különálló ügyként kezelve, hanem beépítve az egyes programelemekbe, horizontális szemléletet alkalmazva*

Fenntartható fejlődés biztosítása – *nem kizárólag elszigetelt programok szervezésével, hanem rendszerszintű szemléletet alkalmazva*

Az Egészséges Városok program 6 európai várossal (köztük Pécs városával) indult el demó-projektként, azonban már az első pár év után 35 tagvárosa lett, majd rövid idő alatt világméretű mozgalommá nőtte ki magát. Jelenleg az Európai Régióban közel 100 projektváros és 30 nemzeti hálózat tagjaként több, mint 1500 város része a programnak [27].

A WHO Európai Egészséges Városok Hálózat a kezdetektől fogva ötéves munkaszakaszokra – avagy ciklusokra – határozza meg célkitűzéseit. Az egyes ciklusokban a tagvárosok meghatározott témák és prioritások mentén végzik tevékenységüket. A VII. ciklus 2019-ben vette kezdetét.

Magyarország az Egészséges Városok program indulása óta aktív résztvevője az európai hálózatnak. A magyar nemzeti hálózat az Egészséges Városok Mozgalom Kárpát-medencei Egyesülete, melynek jelenleg 24 tagvárosa van, 8 határon túli tagvárossal [28]. Az Egyesület főbb tevékenységi területei a következők:

Települési, intézményi egészségterv készítés
Önkormányzati stratégiai dokumentumok egészséghatás vizsgálata

Egészségfejlesztési programok különböző szinteken (iskola, munkahely, lakóhely), különböző társadalmi csoportok részére (nők, férfiak, gyermek- és ifjúsági korosztály, idősek)

Tájékoztatás, szemléletformálás – az egészségműveltség fejlesztése.

Hálózatépítés, együttműködés az egészség elősegítése érdekében – konferenciák, szakmai fórumok szervezése

V.5.3. A színterek és a települési önkormányzat szerepe az egészségfejlesztésben

A mindennapi élet szinterei fontos szerepet ját-

szanak az egészség alakításában – a települések, helyi önkormányzatok, az oktatási intézmények, a munkahelyek döntései és az általuk befolyásolt társadalmi és fizikai környezet mind hatással vannak az egyének egészségére.

A színtér-megközelítés nemcsak arra ad lehetőséget, hogy célzottan elérjük a lakosság adott csoportját (pl. gyerekek, ifjúsági korosztály, felnőtt lakosság) egy-egy üzenettel, ismeretátadó programmal, egészségfejlesztési tevékenységgel, projekttel. De lehetővé teszi, hogy magát a színteret alakítsuk át olyan módon, hogy az elősegítse az adott színteret alkotó egyének, közösségek egészségének fejlesztését, az egészséges választások lehetőségét, akár szervezeti változtatásokkal, a szervezeti kultúra alakításával, akár a konkrét fizikai környezet megváltoztatásával [29].

A lakosság egészségének és jól-létének fejlesztése, javítása egyaránt érdeke és felelőssége az egyének és a társadalomnak is. Az egészséget az egyén adottságai, életvitele mellett széles körű társadalmi, gazdasági és környezeti tényezők befolyásolják [30], így az egészség fejlesztése, a lakosság egészségének és jól-létének pozitív irányba történő elmozdítása, széleskörű összefogást igényel a különböző kormányzati szintek között, és a különböző szinteken működő szektorok között is, mely csak tudatos tervezéssel érhető el. Ennek az összetett döntéshozatali folyamatnak az egyik eszköze az egészségtervezés.

A helyi egészségtervezési feladatokat illetően a települési önkormányzatoknak kiemelt szerepük van, hiszen döntéseik nagymértékben befolyásolják a lakosság egészségét és jól-létét. Ily módon fontos, hogy a döntéshozók tudatában legyenek döntéseik egészségre gyakorolt hatásainak és annak, hogyan befolyásolhatják pozitív irányba a lakosság egészségét, illetve hogyan csökkenthetik, vagy eliminálhatják az egészségre hátrányosan ható tényezőket.

Az önkormányzati döntéseket sok esetben a település közép és hosszú távú koncepciói, programjai alapozzák meg, így különösen fontos, hogy ezekben a dokumentumokban megjelenjenek az egészséget támogató alapelvek, értékek. Ennek

elérésében nyújt segítséget az egészséghatás vizsgálat és a települési egészségterv módszere.

V.5.4. Egészségterv készítés módszerének összefoglalása

A települési egészségterv készítés módszerét az WHO Európai Egészséges Városok Hálózatában résztvevő városok és a WHO szakértői dolgozták ki közösen, több évtizedes munkájuk és tapasztalataik alapján, melyet az Egészséges Városok Mozgalom Kárpát-medencei Egyesülete adaptált, és ismertetett meg tagvárosainak önkormányzataival, valamint az együttműködő intézményekkel, szervezetekkel és szakemberekkel.

A városi egészségterv olyan stratégiai tervezési dokumentum, amely a város egészségvédelemmel és egészségfejlesztéssel kapcsolatos cselekvési irányait adott időszakra kijelöli [31]. Az egészségtervek elsődleges szerepe, hogy olyan eszköz álljon a települések vagy szervezetek, intézmények rendelkezésére, melynek segítségével stratégiai partnerkapcsolatokat építhetnek ki és tarthatnak fenn az egészség védelme érdekében, valamint egy olyan közös megközelítést hozhatnak létre, amely informálhatja az összes szektort, illetve kulcsszereplőt arról, hogy munkájukban az egészség és az életminőség hol jelenhet meg. Egyúttal tudatosul tevékenységük egészségre gyakorolt hatása, így az egészségtervezés sikerességét nem csupán az elkészült dokumentum tartalma jelenti, hanem a folyamat során kialakult együttműködések és azok jövőbeni hasznosulása az egészség érdekében.

Egészségterv készülhet egy településre, vagy annak különböző szintereire (munkahelyekre, iskolákra) vonatkozóan, illetve egyéb intézmények is rendelkezhetnek egészségtervvel (pl. kórházak, börtönök). Az egyes területeken készített egészségtervek alapelvei nem különböznek egymástól, azok a települési egészségterv módszerével egyeznek meg (az adott szervezet, intézmény sajátosságaihoz igazítva). A települési egészségterv készítés folyamatának rövid vázlatát az V.2. táblázat foglalja össze.

Az egészségterv program nélkülözhetetlen alapfeltétele, hogy az egészségtervnek legyen olyan

megrendelője, aki egyben felelős annak megvalósításáért is, így csak saját döntéshozói hatáskörébe tartozó területre készülhet olyan egészségterv, ami meg is valósul.

Fontos megjegyezni, hogy a közösségi egészségfejlesztési programok szervezése önmagában még nem egészségtervezés. Adott közösség (település, iskola, munkahely, egyéb szervezet) egészségterve éppen azt a célt szolgálja, hogy a megvalósítandó egészségfejlesztési tevékenységek az egészségtervben megfogalmazott prioritásokra, az érintettek igényeire épüljenek. Így a meglévő erőforrások (anyagi, humán, stb.) felhasználása is tervszerűen és hatékonyabban történhet meg. Az egészségterv nem egyenlő az egészségügyi ellátórendszer működésére, átalakítására vonatkozó stratégiákkal sem, amelyeket sok esetben tévesen egészségtervnek neveznek.

A V.3. táblázat bemutat néhány gyakorlati példát, „Pécs Megyei Jogú Város Egészségfejlesztési Terve 2019-2024” [33] segítségével, hogy a helyzetfelmérés kutatásai alapján feltárt egy-egy problématerület megoldása, hogyan jelenik meg az egészségtervben, szemlélítve az egészségkép és az egészségterv ok-okozati összefüggését.

V.6. Aktív idősödést segítő programok

V.6.1. Öregedő társadalom. Az idősek helye a társadalomban.

A népesség korosodása (a születéskor várható átlagos élettartam, az átlagéletkor és az idősek arányának növekedése) több évtizede okoz fejtörést és kihívásokat a népegészségügyi, népesedéspolitikai szakembereknek, és a politikusoknak. Még komolyabb probléma az egészségben (korlátozottság, ill. krónikus betegség nélkül) eltöltött várható élettartam és az átlagos élettartam közti szakadék (betegségben eltöltött életevek).

V.2. táblázat: A települési egészségterv készítés folyamatának vázlatja

Előkészítés	Munkacsoport megalakítása, szakmai egyeztetés, munkamódszerek, időterv meghatározása
Egészségkép kidolgozása	Lakossági véleménylekérdezés Önkormányzati stratégiai dokumentumok elemzése az egészséghatás vizsgálat módszerével Strukturált interjúk döntéshozókkal A város állapotának felmérése a WHO Európai Egészséges Városok indikátorrendszer segítségével [32]
Egészségterv kidolgozása	Az egészségkép eredményeinek értékelése Alapelvek megfogalmazása, prioritások és célok meghatározása Az egészségterv munkaanyagának szakmai, politikai, és társadalmi egyeztetése
Egészségterv megvalósítása	Megvalósítás éves akciótervek alapján, a szükséges források hozzárendelésével
Monitorozás	Legkorábban 3-5 év elteltével, az egészségkép aktualizálásával

(Forrás: saját szerkesztés)

V.3. táblázat: Az egészségkép és az egészségterv ok-okozati összefüggése „Pécs Megyei Jogú Város Egészségfejlesztési Terve 2019-2024” alapján

Kutatási anyag (Egészségkép)	Megállapítás (Egészségkép)	Javasolt intézkedés (Egészségterv)
<i>Lakossági véleménylekérdezés</i>	A válaszadók a mindennapi élethez kapcsolódó tényezők értékelésekor a kerékpárút-hálózat nagyságával voltak legkevésbé elégedettek	A kerékpárút-hálózat és a közösségi kerékpár-hálózat fejlesztésének folytatása szükséges
<i>Önkormányzati stratégiai dokumentumok elemzése</i>	A készülő önkormányzati stratégiai dokumentumok egészséghatás vizsgálata 2011 óta folyamatos, mely munka hozzájárult ahhoz, hogy az egészségkép kutatása során vizsgált dokumentumok mind tartalmazták az egészséget támogató közpolitika alapelveit	A pozitív tapasztalatok alapján a jövőben is fontos a készülő stratégiai dokumentumok ilyen irányú elemzése
<i>Strukturált interjúk döntéshozókkal</i>	A válaszadók a szabadidő aktív eltöltését támogató lehetőségek bővítését hangsúlyozták, adott korosztály sajátosságaihoz igazítva	30 év felettieket és időseket célzó sportprogramok; Komplex egészségnevelési programok a gyermek és ifjúsági korosztály részére; Városi rendezvényeken jelenjenek meg a prevenció, ismeretátadó programok; Ismeretbővítés az egészségvédelem jeles világnapjaihoz kapcsolódóan
<i>A város állapotának felmérése a WHO Európai Egészséges Városok indikátorrendszer segítségével</i>	Hajléktalanként élők 79%-a szenved krónikus betegségben, ami másfélszerese az átlagpopulációs értéknek; Pécsen a hajléktalanok becsült száma az országos átlaghoz képest magasabb	A hajléktalanként élők számára a krónikus betegségek kialakulásának megelőzését és az életmódbeli egészségkockázatok csökkentését célzó akcióprogram kidolgozása szükséges

(Forrás: saját szerkesztés)

Ez az időszak komoly anyagi és egyéb terhet ró a társadalomra, családokra, az egyénre egyaránt. Klasszikus példaként említve: amikor egy – még az aktív és produktív éveit töltő – 50-es éveiben

járó férfi vagy nő stroke következtében súlyos és maradandó egészségkárosodást szenved, például lebénul, ágyhoz kötött lesz és gondozásra szorul. Hosszú évekig élhet még a korszerű kezelések

következtében, ugyanakkor dolgozni nem lesz képes, és krónikus ápolást végző intézménybe kerül vagy családtag látja el a gondozási feladatokat, amelynek okán ők is kiesnek a munkából – ily módon növelve az indirekt költségeket.

Az öregedés számos aspektusa között meg kell említenünk e témakör kulturális hátterét, beágyazottságát is. Sajnos a fogyasztói társadalmak nemcsak a használati tárgyak esetében nem töreksenek az előregedett javak megőrzésére, tiszteletére, de sajnos idősebb állampolgáraink esetében is így van ez. Felgyorsult világunkban az idősebb (például nyugdíj előtt álló) munkavállalók nehezebben tartanak lépést az új technológiai, informatikai megoldásokkal, teherbírásuk csökken, reflexidejük nő, ezek sok esetben a munka elvesztéséhez vezetnek. A döntéshozók ugyan igyekeznek mérsékelni ezeket a folyamatokat (pl. 55 éven felüli munkavállaló alkalmazásáért járó kedvezmények), azonban ezen a területen hosszútávú javulást csak a valódi szemléletváltás eredményezhet. Gondoljunk csak azokra a társadalmakra, ahol az idősek igazán nagy tiszteletnek örvendnek (pl. Japán), s az állampolgárok egészen másként, sokkal pozitívabb életszemlélettel, békésebben (s egyben aktívabban) élik meg saját idősödésüket. Az idősek tapasztalatait ki lehet, sőt, kellene aknáznunk, a munkahelyeken és a családi életben egyaránt.

Meg kell említenünk az időskori szerepek megváltozását is. Azzal, hogy hazánkban egyre későbbi életkorra tolódik a gyermekvállalás (sok nő 30. életévét követően szüli meg első gyermekét), a nagyszülővé válás is párhuzamosan kitolódik. Az, ami hazánkban korábban megszokott volt, mint a többgenerációs családok együttélése, feladatok elosztása a családban (pl. amíg a szülők dolgoznak, a nagyszülők vigyáznak a gyermekekre, dédszülők is a családdal együtt élnek, gondozásuk a családon belül megoldott, sőt, aktív részesei a mindennapoknak), ma már egyre kevésbé fellelhető. A családok atomizálódtak, és több mint egymillió egyfős háztartásról tudunk Magyarországon, melyek túlnyomó többsége egyedül élő idős.

Hogy kit is nevezünk idősnek, milyen életkori szakaszban azt az V.4. táblázat szemlélteti.

V.6.2. Egészséges életmód idős korban

Számos (halált okozó vagy életminőséget romboló) krónikus betegség eredete olyan rizikómagatartásokhoz, rossz szokásokhoz köthető, amelyek az épp az idős korban lépő egyéneket egész életükön át kísérték. Nem egyszerű új, egészségesebb

V.4. táblázat: Az életszakaszok WHO szerinti beosztása

Az életszakaszok WHO szerinti beosztása	
50 – 60 év	az áthajlás kora
60 – 75 év:	az idősödés kora
75 – 90 év:	időskor
90 – 100 év:	aggkor
100 év <:	matuzsálemi kor

(Forrás: saját szerkesztés)

szokásokat kialakítani, rossz szokásokat elhagyni ebben az életkorban (sem). Érdemes tehát leszögeznünk, hogy az időskorban problémát okozó betegségek megelőzését sokkal korábban, gyermekkorban, sőt, magzati korban kell elkezdeni (pl. caries prevenció). Bár komoly jelentőséggel bírnak, illúzió azt hinnünk, hogy csupán az időseket célzó programokkal valódi eredményeket érünk el a népesség szintjén illetve hosszútávon.

Jelentős életszakasz a nyugdíjba lépés körüli időszak, illetve amikor valaki felhagy a munkájával. Ez az időszak a mindennapok újrastrukturálásával jár, így némi tudatossággal kedvező szokások, egészséges életvitel alakítható ki. Ugyan sokak életében természetes váltás ez, szerepe lehet a munkáltatónak is, az utolsó években támogathatja a(z egészség)tudatos tervezést nyugdíj előtt álló munkavállalóinál.

V.6.3. Mozgás

„(...) *Mert a mozgás az élet, az élet pedig mozgás.*
(...)” (Ron Fletscher)

Az 'aktív' idősödés kapcsán valószínűleg sokan a fizikai aktivitásra asszociálnak elsőként. S valóban, talán az aktív idősödés egyik legfontosabb elme a mozgás. A rendszeres és jól megválasztott fizikai aktivitás nemcsak az izomerő, illetve a váz-izomrendszer egészségének megtartásában segít, de az olyan mentális betegségek kialakulásának esélyét is csökkenti, mint a depresszió és a demencia. Amennyiben valaki csoportos testmozgást választ, akkor további előnyként a társas kapcsolatok megőrzése is mutatkozik. Az időskori esések (és az ezekből adódó súlyos következmények, úgy, mint a patológiás csonttörések, műtéti szövődmények, pneumonia, decubitus, sepsis, stb.) kockázatát jelentősen csökkenthetjük olyan mozgásformák rendszeres gyakorlásával, amelyek az egyensúlyérzéklet fejlesztik, így például a jóga, a tai chi, a tánc. Ebben az életkorban fontos szempont az ízületek kímélése is, így sokkal inkább javasolt az úszás, a séta, ellentétben az ízületekre hirtelen erőbehatással járó mozgásformákétól (pl. futás, különösen beton felületen). Alapvetően elmondható, hogy ugyanúgy, mint gyermekkorban, az idősek esetében is inkább a grassroots irányú megközelítés (= eredmény helyett játék, élmény és a sport megszerettetése) lenne kívánatos.

Az oszteoporózis kialakulása kapcsán fontos megemlíteni, hogy azok, akik gyermek- és fiatal korukban rendszeresen végeztek antigravitációs típusú (pl. ugrálással járó) mozgást, futást, ill. a táplálkozásuk is hozzájárult egy ideális maximális csonttömeg és csontsűrűség kialakulásához, azoknál a leépülés során is kisebb mértékű a csontvesztéssel kapcsolatos veszélyeztetettség.

V.6.4. Táplálkozás

A korábbi aktív mindennapok elvesztésével sokaknál borulhat fel a bevitt és felhasznált energia egyensúlya. Ez túlsúlyhoz és elhízáshoz vezethet, amely az előfutára lehet számos krónikus betegségnek (diabétesz, szívinfarktus, stroke, ízületi betegségek), amely ördögi körből ebben az életkorban igencsak komoly kihívás kilépni.

Mint minden más életkorban, időskorban is fontos a megfelelő mennyiségű zöldség- és gyümölcsfogyasztás, nemcsak a rostbevitel, hanem a fontos mikrotápanyagok szervezetbe juttatása érdekében. Nem mindig egyszerű ez, főként ha arra gondolunk, hogy sokan fogai elvesztése miatt protézissel, vagy anélkül kénytelenek táplálkozni. Komoly probléma lehet az étvágy elvesztése, a nyáltermelés csökkenése, folyadékfogyasztás csökkenése és dehidratáció.

V.6.5. Mentális egészség

Az idősödés során leggyakrabban a kognitív képességek hanyatlását látjuk, mely nagy hatást gyakorol a mindennapi életvitelre, az önellátásra, szociális kapcsolatokra. Leggyakoribb mentális problémák a demencia, a depresszió és meg kell említenünk az öngyilkosság fokozott kockázatát is.

A demencia és a depresszió esetében már bizonyított, hogy a mediterrán diéta csökkenti ezen betegségek gyakoriságát[34], a táplálkozással kapcsolatban így nem csak a szív-érrendszeri betegségek kockázatára gyakorolt hatást, hanem ezt a kedvező aspektust is érdemes figyelembe venni. Az idősekkel kapcsolatos munkában komoly szerepe van a játéknak, a játékos fejlesztő tevékenységeknek. Sokan keresztretjvényekkel próbálják memóriájukat karban tartani, ugyanakkor pozitív hatással van a kognitív képességekre az is, ha egyszerű fejtörőket vagy akár matematikai feladványokat oldanak meg játékos formában az idősek.

Fontos szerepe van a hobbi-tevékenységeknek is. Ezek egyszersmind örömteli tevékenységek, és strukturálják az időt, rendszeres és kiszámítható részei a mindennapoknak. Sok idős ember kerétkedik, ami egyszerre fizikai aktivitás, szabad levegőn töltött idő, hobbi és akár a megélhetéshez is hozzájárul. Tervezést igényel, ami évről-évre célt ad, és nem elhanyagolható szempont, hogy a hasznosság érzését is jelenti ebben az életkorban (ugyanúgy mint korábbi életkorban a napi munka tette ezt).

A családon belüli és azon kívüli szociális kapcsolatok komoly védő hatással bírnak az idősek

esetében. Nemcsak gyermekeikkel, de unokákkal ápoltszoros kapcsolatuk is jótékony hatással bír az idősek lelki egészségére, sőt, igazolták, hogy az unokák (mentális) jóllétét is kedvező irányba befolyásolja ez a kapcsolat [35].

V.6.6. Aktív idősödést segítő eszközök

Sok idős él egyedül otthonában, náluk különösen fontosak azok a kiegészítők, apróbb szempontok, melyek akár az életüket menthetik meg, vagy megóvhatják őket az eleséstől. Ilyenek a megfelelő helyekre (lépcsők mellé, fürdőszobába) felszerelt kapaszkodók, a küszöbök eltávolítása, futószőnyeg helyett rögzített szőnyegek használata, megfelelő mankó, járókeret, egyéb járássegítő eszközök. Ezek használatával az idős személy sokáig megőrizheti autonómiáját, ami az önértékelés szempontjából is fontos lehet.

Technológiai megoldások az aktív idősödés szolgálatában

Az idősek mindennapjait segítő, életminőségét javító számos alkalmazás érhető el az okos telefonokon, többek közt esésfigyelők, gyógyszeradagoló, pulzuszámoló és nagyító is [36].

Itt kell megemlítenünk azokat az egyre fejlődő távdiagnosztikai megoldásokat is, amelyek lassacskán napjaink valóságát képezik, és valóban életet mentenek, hatékonyabbá tehetik és kiegészíthetik a hagyományos ellátórendszer működését. Számos olyan közösségépítő, egészséget fejlesztő jó gyakorlatot ismerhetünk a világon, ami az aktív idősödést és a boldog idősödést segíti [37].

V.6.7. Jó gyakorlatok

Szenior Örömtánc

A szenior örömtánc [38] (és akár az ülve táncolás is) Nyugat-Európában már közel öt évtizede működik, hazánkban azonban csak nemrég honosodott meg. Ez egy olyan kíméletes sporttevékenység, melyhez sem előzetes tánc tudásra, sem táncpartnerre nincs szükség. Bizonyítottan kedvező a hatása a depresszióval és a szorongással kapcsolatban, javulás mutatkozik az önellátásban, a családi és a társadalmi szerepekkel összefüggésben [39].

Vallási közösségek

A vallást aktívan gyakorlóknak sokat jelent, hogy időről időre találkozhatnak más hívőkkel, és különböző közösségi eseményeken vehetnek részt rendszeresen. Igen komoly megtartó erővel bírnak ezek a közösségek, és a hitélettel együtt fontos kapaszkodót jelentenek, talán leginkább az egyedülálló idősek számára.

Jelzőrendszeres házi segítségnyújtás és további intézkedések Zalaegerszegen

Példamutató a zalaegerszegi önkormányzat 2020-23-ra kidolgozott Idősügyi Koncepciója (úgy gondoljuk, méltán nyerték el néhány éve az Idősbarát Önkormányzat Díjat) [40].

Az idős emberre értékként tekintenek, támogatják az idősek munkavállalását, élethosszig tanulását, és a generációk közti szakadékok enyhítésére rendszeresen szerveznek szemléletformáló programokat. A Koncepció nem csupán a szociális alapú ellátásokat taglalja, hanem olyan szolgáltatásokat is hosszú évek óta nyújt, mint pl. a nappali ellátás demens idősek részére, ill. amennyiben valamely idős átmeneti elhelyezésére van szükség, ebben is segítenek. Szociális munkások rendszeresen járnak rászoruló idősekhez saját otthonaikba, és segítenek amiben csak kell, akár gyógyszerek kiváltásában, ill. a Covid-19 pandémia idején még a bevásárlásban, vagy más elintézni való dolgokban is.

A környezet biztonságosabbá tételéért is folyamatosan tesznek, ami nemcsak a közlekedéssel kapcsolatos beruházásokban nyilvánul meg, de otthonukban felszerelhető segélyhívó készüléket biztosítanak egyre bővülő körben, így módon kitolva a még önellátásra képes személyek szociális otthonba kerülését.

Providence Mount St. Vincent

Kézenfekvő megoldásnak tűnik napjaink demográfiai kihívására az a Kanadában megvalósított elképzelés [41], amely során rendszeres látogatói voltak óvodás gyermekek egy ápolási otthon 400 lakójánál. A közös játék, mozgás és étkezés rendkívül jó hatást gyakorol a programban résztvevők mentális egészségére.

„Rent a grandma”

Bébiszitter helyett azok az idősek, akik sok szabadidővel rendelkeznek és fizikailag-szellemileg is jó kondícióban vannak, bérelhetők gyermekfelügyeletre. Önkéntesen vagy fizetős verzióban is jól működő szolgáltatás lehet.

„Kattints rá, Nagy!”

A 2010-es évek elején hazánkban Európai Unió forrásból szervezett tanfolyamokon vehettek részt azok az idősek, akik szívesen tanulták meg a számítógép-kezelés fortélyait.

V.7. Irodalomjegyzék

1. WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. WHO Europe. <https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986> [2021.04.20]
2. WHO (1981): Global strategy for health for all by the year 2000. WHO, Geneva. <https://www.who.int/publications/item/9241800038> [2021.04.20.]
3. FÜZESI Zs., TISTYÁN L. (2004) Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken, Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest
4. 40/2018. (XII. 4.) EMMI rendelet a gyermekek esélynövelő szolgáltatásainak szakmai feladatairól és működésük feltételeiről
https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2554/fajlok/EMMI_szakmai_iranymutatasa.pdf
5. A koragyermekkorai fejlődés megalapozása, Kézikönyv a Biztos Kezdet program munkatársai számára, <https://mek.oszk.hu/18000/18001/18001.pdf>
6. https://www.ksh.hu/stadat_files/szo/hu/szo0010.html [2021.04.20.]
7. PÉTER A. (2012): Egészségfejlesztés a bölcsődében. In: Darvay, S. (szerk.): Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlesztés témaköréből. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest. 23-53
8. BALOGH, L., BARBAINÉ, B. K., RÓZSA, J., SZOMBATHELYINÉ, DR. NY. Á., TOLNAYNÉ, F.M., VOKONY, É. (2009) A bölcsődei nevelés-gondozás szakmai szabályai (Módszertani levél). Budapest. Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet
9. 33/1998. (VI.24.) NM rendelet) a munkaköri, szakmai, illetve személyi higiénés alkalmasság orvosi vizsgálatáról és véleményezéséről
10. 2011. évi CXCV. törvény a Köznevelésről
11. 363/2012. (XII. 17.) Korm. rendelet az – Az óvodai nevelés országos alapprogramja
12. Okostányér <https://www.okostanyer.hu/>

13. JÁROMI É., SZILÁGYI K., VITRAI J.,(2016) Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban, Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 1. szám,
14. Shanghai Deklaratívum on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development, 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai 2016 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration.pdf?ua=1>[2021.04.20.]
15. SOMHEGYI A., (2019) Teljes körű intézményi egészségfejlesztés: jogszabályi előírás minden köznevelési intézmény részére in.: FEITH H.-FALUS A. szerk. Egészségfejlesztés és nevelés, A kortársoktatás pedagógiai módszertana elméletben és gyakorlatban
16. SOLYMOSI J. B., Teljes körű iskolai egészségfejlesztési koncepció Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2016. 1. szám,
17. www.enwhp.org [2021.04.20.]
18. Dr. KISHEGYI J, Dr. MAKARA P. (Szerk.) (2004) Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai) OEFI.
19. SIMONYI I. (2004) Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez. Oktatási Minisztérium, Budapest
20. SZIGETI O., SZAKÁLY Z. (2009) Marketing. Kaposvári Egyetem https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0059_marketing_hu/ch01.html [2021.04.20.]
21. SOÓS NÉ G. I. (2014): Humántőke menedzsment II., Eszterházy Károly Főiskola, https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0021_14_humantoke_menedzsment_ii/533_szksglet-hierarchiaelmlet.html [2021.04.17.]
22. Dr M. NEIRA: Healthy workplaces: A model for action. 2018. WHO https://www.who.int/occupational_health/publications/healthy_workplaces_model_action.pdf [2021.04.20.]
23. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/pdf/tappenz16.pdf> [2021.04.17.]
24. O'DONNELL M.P.: (2015) What is the ROI for workplace health promotion? It really does depend, and that's the point. American journal of health promotion : AJHP 29:3 (v-viii)
25. BAXTER S., SANDERSON K., VENN A.J., BLIZZARD C.L., PALMER A.J.:(2014) The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs, American journal of health promotion : AJHP 28:6 (347-363)
26. <http://bespokeprinciples.com/ro-lunk/2017/12/06/google-titok-avagy-miert-google-vilag-legjobb-munkahelye/> [2021.04.17.]
27. WHO Európai Egészséges Városok Hálózat <https://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network> [2021.04.20.]
28. Egészséges Városok Mozgalom Kárpát-medencei Egyesülete <https://www.egeszsegesvarosok.hu/> [2021.04.20.]
29. WHITELAW, S., BAXENDALE, A., BRYCE, C., MACHARDY, L., YOUNG, I., WITNEY, E. (2001): 'Settings' based health promotion: a review. Health Promotion International, 16, 339-353. <https://academic.oup.com/heapro/article/16/4/339/656751> [2021.04.28.]
30. WILKINSON, R., MARMOT, M. (2003): Social Determinants of Health: The Solid Facts. Second edition. WHO Regional Office for Europe, Denmark
31. WHO Regional Office for Europe (2001): A working tool on city health development planning – Concept, process, structure, and content. WHO Centre for Urban Health, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
32. Egészséges Városok Mozgalom Kárpát-medencei Egyesülete: WHO Európai Egészséges Városok indikátor-listája https://www.egeszsegesvarosok.hu/files/ev_indikator_lista.pdf [2021.04.20.]
33. Pécs Megyei Jogú Város Egészségfej-

- lesztési Terve 2019-2024 és mellékletei
https://gov.pecs.hu/file/index/221922?entityType=REG_30176&t=REG_EDIT_PUBLISH_12014&oid=&pgid#
[2021.04.28.]
34. MASANA M.F., HARO J.M., MARIOLIS A., PISCOPO S., VALACCHI G., BOUNTZIOUKA V., ANASTASIOU F., ZEIMBEKIS A., TYROVOLA D., GOTSIS E., METALLINOS G., POLYSTIPIOTI A., TUR J.-A., MATALAS A.-L., LIONIS C., POLYCHRONOPOULOS E., SIDOSSIS L.S., TYROVOLAS S., PANAGIOTAKOS D.B.(2018): Mediterranean diet and depression among older individuals: The multinational MEDIS study. *Experimental Gerontology* 110 (67-72)
35. FLOURI E., BUCHANAN A., TAN J.-P., GRIGGS J., ATTAR-SCHWARTZ S.(2010): Adverse life events, area socio-economic disadvantage, and adolescent psychopathology: The role of closeness to grandparents in moderating the effect of contextual stress, *Stress* 13:5 (402-412)
36. <https://www.origo.hu/techba- zis/20200316-okostelefonos-appok-ido-seknek.html> Letöltés: [2021. 04. 18.]
37. PUSZTAFALVI H., (2015)Aktív időskort támogató közösségi kezdeményezések: Színterek szerepe az idősök egészségfejlesztésében, In: LAMPEK, K.; RÉTSÁGI, E. (szerk.) *Egészséges idősödés : Az egészségfejlesztés lehetőségei idős korban* (PTE ETK) 167 p. pp. 155-167. <https://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/%21Palyazati/sport2/EgeszsegesIdosodesJ.pdf> (8-62p. és 155-166p.) [2021.04.28.]
38. www.szeniortanc.hu [2021.04.28.]
39. SANTOS D.P.M.A., QUEIROZ A.C.C.M., MENEZES R.L., BACHION M.M.:(2020) Effectiveness of senior dance in the health of adults and elderly people: An integrative literature review. *Geriatric nursing* (New York, N.Y.) 41:5 (589-599)
40. https://zalaegerszeg.hu/dokumentum/27027/Idosugyi_Konceptcio_20162019.pdf [2021.04.28.]
41. https://www.huffingtonpost.ca/2015/06/21/preschool-inside-nursing-_n_7630064.html 06/21/2015 02:10am EDT | Updated August 10, 2015, [2021.04.28.]

VI. Fejezet

EGÉSZSÉGPOLITIKA ÉS EGÉSZSÉGGAZDASÁG SZEREPE AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBEN

(Boncz Imre, Csákvári Tímea)

VI.1. Bevezetés

Az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) megfogalmazása szerint az egészségfejlesztés olyan folyamat, ami a populáció tagjait képessé teszi arra, hogy saját egészségi állapotukon javítsanak [1]. Az úgynevezett egyéni felelősségen alapuló egészségfejlesztésen túl azonban társadalmi szinten – politikai döntésekkel, az egészségügy átszervezésével vagy közösségi tevékenységekkel – is szinten tartható vagy javítható az egyének egészségi állapota. Ahogy az VI.1. táblázatban olvasható, az egészségfejlesztés ma már nem csak az egészséges egyének megelőzésre szolgáló eszköze, hanem különböző egészségi állapotok súlyossága szerint az egyén

életének (esetleg betegségének) több pontján is megjelenhet.

Az elmúlt évtizedekben a különböző egészségügyi ellátások kritikus értékelése különösen fontossá vált. A fejlett országok egyik legnagyobb kihívása az egészségügyi szektorban ma már nem csak az ellátások és szolgáltatások hatásosságának és eredményességének biztosítása. Évről-évre számos új, fejlett egészségügyi technológia jelenik meg a piacon, melyek mentén addig gyógyíthatatlan betegségek válnak gyógyíthatóvá, nő a várható élettartam és az egészségben eltöltött életevek száma is a populáció körében. (Egészségügyi technológiának minősül minden olyan

VI.1. táblázat: Stratégiák egészségfejlesztésre a populációban.

Stratégiák egészségfejlesztésre a populációban			
Egészséges lakosság	Kockázati tényezőknek kitett egyének	Betegek (tüneteket mutatók)	Betegek (diagnosztizált, beazonosított kórkép)
Egészséges életmód promotálása	Egészséges életmód promotálása	Egészséges életmód promotálása	Egészséges életmód promotálása
Primordiális prevenció	Szűrőprogramok szervezése	Kezelés	Kezelés
Primér prevenció	Kockázati tényezők csökkentése, megszüntetése	Fogyatékoság megelőzése, rehabilitáció	Fogyatékoság megelőzése, rehabilitáció
	Reziliencia kialakítása	Korai felismerés	

Forrás: saját szerkesztés Kumar és Preetha ábrája alapján [2]

eszköz vagy eljárás, amely az egészségi állapot javítására / szinten tartására irányul, legyen az gyógyszer, gyógyászati segédeszköz, orvostech-nikai eszköz, műtéti eljárás, vakcina, szűrőprog-ram stb.) A problémát az okozza, hogy a lakosság egyre növekvő igényét e fejlett technológiákra nehéz kielégíteni, és ezek gyakran rendkívül költ-ségesek. Mindamellert a születéskor várható élet-tartam növekedésével az idősök száma és aránya a lakosságon belül is növekvő tendenciát mutat, tehát a krónikus betegek aránya és a krónikus be-betegségben eltöltött évek száma is emelkedik, ami szintén az egészségügyi kiadásokat növeli. E ki-adásokra fordítható pénzügyi forrásokat azonban lehetetlen a lakosság igényeinek megfelelő ütem-ben növelni. Ez a kihívás hívta életre a hatékonyság-elvű korszakot az egészségügyben, valamint az egészség-gazdaságtant mint új, interdiszcipli-náris tudományágat.

A közgazdaságtanban általánosan elfogadott né-zet, hogy a források mindig szűkösek ahhoz ké-pest, hogy milyen igények mutatkoznak azok felhasználására. Elengedhetetlen tudni, hogy az egészségügyi költségvetésből támogatott progra-mok valóban a lehető legjobban használják-e ki a rendelkezésükre álló korlátozott erőforrásokat. Ez az egészség-gazdasági elemzések által megvála-szolandó legfontosabb kérdés. Az eredményeknek segíteniük kell az egyes alternatívák közötti vá-lasztást, és ezt úgy kell tenniük, hogy figyelembe vegyék a meglévő költségvetési korlátokat [3].

A fejezet további részében röviden bemutatjuk az egészség-gazdaságtani elemzések alapjait. Az egyes elemzési formákat gyakorlati példákon keresztül is bemutatjuk, a fejezet témakörének megfelelően minden esetben egy-egy prevenciós jellegű, egészségfejlesztő program vizsgálatára fókuszálva. Végül kitérünk arra, hogy az ilyen elemzések által kapott eredményeket hogyan le-het a lehető leghatékonyabban kommunikálni a társadalom és a döntéshozók felé, és hogyan, mi-lyen színtereken lehet azokat hasznosítani egész-ségpolitikai döntések útján.

VI.2. Az egészség-gazdaságtani elemzések alapjai

Az elmúlt évtizedekben az egészségügyben a klinikai hatásosság mellett egyre fontosabb és megkerülhetetlen tényezővé válik a költséghaté-konság vizsgálata is. Azt, hogy egy adott gyógy-szert, gyógyászati segédeszközt vagy akár eljárást egyrészt engednek-e megjelenni a piacon, illetve befogadják-e a társadalombiztosítás által támoga-tott, finanszírozotti körbe, több tényező együttes meglététől függ. [4] Amikor az egészségügyi pia-con egy új egészségügyi technológia megjelenik, ma már nem elengedő annak biztonságosságát (garancia arra, hogy az esetleges mellékhatások ritkák és/vagy eltörpülnek a várható egészségnye-reség mellett) és hatásosságát (bizonyíték, hogy a technológia valóban képes a betegség gyógyí-tására, az állapot javítására) bizonyítani, annak költségvonzatát is részletesen vizsgálni kell. Drágább-e az új gyógyszer, mint a jelenleg hasz-nált (komparátor) alternatíva? Ha drágább, akkor hoz-e annyival nagyobb egészségnyereséget a komparátorral szemben, hogy megérje váltani? Ezek vizsgálatára szolgálnak az ún. **egészség-gaz-daságtani elemzések**.

A WHO egy munkacsoportja az alábbiakban fo-galmazta meg az elemzés lényegét: „egy kezde-ményezés és hatásainak szisztematikus vizsgálata, hogy információt szolgáltatassunk azoknak, akik érdekeltek annak használatában” [5].

Az egészség-gazdaságtani elemzések lehetnek nem teljeskörűek, és teljeskörűek. A nem teljes-körű elemzések csupán egyetlen technológiát vizsgálnak valamely szempontból (például beteg-ségteher-elemzés, költségvetési hatáselemzés). A teljeskörű elemzések kettő vagy több egészség-ügyi technológia - egy befogadásra vagy finan-szírozásra váró új, valamint jellemzően egy már engedélyezett és széleskörben alkalmazott (kom-parátor) – alternatíva összehasonlítására szolgál-nak [6]. Itt alapvetően két tényezőt vetnek össze: a vizsgált technológiák/intervenciók által elért egészségnyereséget, valamint a használatuk során felmerülő költségeket. A teljeskörű elemzések le-hetséges eredményeit a VIII.1. ábra foglalja össze.

A diagram használatához először a komparátor technológiát a koordinátatengely origójába kell helyezni, majd ehhez képest megadni az új technológia helyét a diagramon, mely a négy „kvadráns” valamelyike lehet (Q1, Q2, Q3, Q4). Ha az intervenció kevésbé hatásos és drágább is, mint a komparátor, a Q4-be esik. Ilyenkor a döntés egyszerű, a komparátort preferáljuk. Hasonlóan egyszerű dönteni Q2 esetén, amikor az új technológia nemcsak hatásosabb, de olcsóbb is az eddig alkalmazott eljárással (domináns). Q1, vagy Q3 kvadránsba eső új technológia esetén mérlegelendő annak befogadása.

A gyakorlatban leggyakrabban a Q1-be tartozó eredmények születnek, vagyis az új alternatíva nagyobb haszonnal, de nagyobb költséggel is jár, mint a komparátor. Ekkor mérlegelni szükséges, hogy a keletkező egészségnyereség-többletért mi

az a maximális pénzösszeg, amit még hajlandóak vagyunk adni érte. (Például Magyarországon ez az érték az éves GDP 2-3-szorosának megfelelő összeg egy megszerzett, teljes minőségben leélt plusz életéért.)

Attól függően, hogy mit értünk pontosan egészségnyereség alatt, az alábbi egészség-gazdaságtani elemzéseket különböztetjük meg:

- költségminimalizálási elemzés,
- költséghatékonyság elemzés,
- költség-hasznosság elemzés,
- költség-haszon elemzés.

Az alábbiakban röviden bemutatjuk a négy elemzési forma lényegét és annak legfontosabb mutatóit. Emellett mindegyik típusnál ismertetünk egy-egy tanulmányt, melyben egészség-gazdaságtani elemzést végeztek egy egészségfejlesztésre irányuló programra.



VI.1. ábra: a költséghatékonyság elemzések lehetséges kimenetelei (piros területek: elutasítás, zöld területek: befogadás)

Forrás: saját szerkesztés

VI.2.1. Költségminimalizálási elemzés (*cost-minimization analysis, CMA*)

Ez az elemzési forma legalább két olyan intervenciót vet össze, melyek által elért haszon minden esetben ugyanakkora. Ilyenkor már csak az a kérdés, hogy ha mindkét alternatíva azonos kimenetet eredményez, melyik jár kevesebb kiadással? Előnye, hogy a legegyszerűbb kivitelezni a négy egészség-gazdaságtani elemzés közül, hiszen a hasznot nem mérjük, csak bizonyítjuk annak egyenlőségét, és elegendő csak a költségek közti különbséget vizsgálni. Hátránya, hogy ha a kimenetek egyezőségét nem ellenőrzik, az eredmény félrevezető lehet.

Példa: Tzeng et al tanulmányukban két oltási programot vetettek össze egy költségminimalizálási elemzés során. 2005 előtt az Egyesült Államok hadseregének tagjait hepatitis A, hepatitis B, bárányhimlő, kanyaró és rubeola ellen is oltották. 2005-től bevezették az *Accession Screening and Immunization Program*-ot (ASIP), melynek lényege, hogy a katonákat oltás előtt szerológiai tesztnek vetik alá. A teszt célja, hogy kiszűrjék a betegségekre immunis egyéneket, akiket már nem szükséges oltani. Az ASIP szükségességét mi sem igazolja jobban, minthogy a vizsgált minta 43,37%-a hepatitis B-re, 63,3%-a pedig kanyaróra és rubeolára együttesen is immunis volt! A hatás tehát mindkét program esetében ugyanaz (teljes védettség a felsorolt fertőzésekkel szemben) azonban módszerükből adódóan költségvonzatuk eltérő. De mi kerül kevesebbe: szerológiai teszt nélkül mindenkit oltani, vagy mindenkit a tesztnek alávetni, és csak a fertőzésnek kitett személyeket oltani? A szerzők vizsgálták, hogy a két program milyen mértékű kiadást generál egy két-éves időperiódus alatt. Felmérték az oltóanyagok, diagnosztikai eszközök és a mellékhatások miatt felmerült egészségügyi költségeket. Megállapították, hogy az „általános” szűrőprogram 410.561 amerikai dollárral került többbe, mint a szerológiai tesztelést is alkalmazó ASIP, ezért mindenképpen utóbbi alkalmazása éri meg hosszútávon [7].

VI.2.2. Költséghatékonyság elemzés (*cost-effectiveness analysis, CEA*)

A költséghatékonyság elemzések során a költsé-

gek mellett már az egészségnyereség felmérése is megtörténik. Utóbbit általában valamilyen természetes indikátor mutatja (például rohamok száma, vércukorszint stb.), míg előbbi szintén pénzben van kifejezve. Előnye, hogy különböző mértékű haszonnal járó beavatkozásokat is képes összehasonlítani, hátránya, hogy csak azonos dimenzióban mért kimenettel rendelkezőket vizsgálhatunk vele. Legfőbb eredménye az inkrementális költséghatékonysági ráta (*incremental cost effectiveness ratio, ICER*), amely megadja, hogy mennyibe kerül egységnyi életnyereség az új technológia befogadása esetén.

Példa: Vijgen et al egy költséghatékonyság elemzés keretében egy dohányzásellenes iskolai program hatékonyságát vizsgálták. Három csoportot alakított ki: az első (SI csoport) egy órarendi kezek közötti, de „normál” leszoktató- és dohányzásellenes programon vett részt, a második ezt kiegészítve egyéb szórólapokat kapott és öt héten át hetente egyszer egy 45 perces előadást hallgattak meg (SI+ csoport), a harmadik pedig nem részesült oktatásban (kontrollcsoport).

Tekintettel arra, hogy programjuk kimondottan a rendszeres dohányzás visszaszorítására fókuszált, kimenetnek az alkalmanként dohányzó diákok arányát szabta meg. Ez alapján egy modell segítségével kiszámolták, a programon való részvétel hozzávetőleg hány évvel hosszabbítja meg a résztvevők életét (*life-year gained, LYG*). A költségek elemzése során a szórólapok gyártásával, az előadó oktatók munkadíjával számoltak, valamint az esetlegesen, későbbi dohányzás miatt felmerülő egészségügyi kiadásokat is modellezték. A felmérés egy éves periódusa alatt felmérték, hogy az SI+ csoportban a dohányosok aránya 5,6%-kal nőtt, szemben a kontrollcsoporttal (+12,6%), tehát a program hatására 7%-kal lett kevesebb a dohányosok aránya a vizsgált sokaságon belül. Megállapították továbbá, hogy az SI+ program használatakor egy LYG 11.200 euróba kerül, egy tökéletes egészségben leélt életév pedig 19.900 euró (ICER), tehát drágább, de egészségnyeresége is nagyobb. A tanulmány holland diákokat vizsgált, Hollandiában pedig az egészség-gazdaságtani elemzésekre vonatkozó irány-

elv kimondja, hogy költséghatékonyak minősül minden olyan új beavatkozás, melynél a megnyert (életminőséggel korrigált) életév kevesebb, mint 20.000 euró [8].

VI.3. Költség-hasznosság elemzés (cost-utility analysis, CUA)

A költség-hasznosság elemzések annyiban különböznek a költséghatékonyág elemzésektől, hogy itt az egészségnyereséget kötöttek jellemzően egy mutatóval fejezik ki, az életminőséggel korrigált életévvel (*quality adjusted life years, QALY*). Ez a mutató azt fejezi ki, hogy egy adott beavatkozás hány, tökéletes minőségben leélt életévet eredményez a betegnél. Ezzel kiküszöbölik a költséghatékonyági elemzés hátrányát, ugyanis ezt a mutatót akár eltérő célokra (betegségekre) alkotott egészségügyi technológiákra is ki lehet számolni. Össze lehet hasonlítani tehát akár egy gyógyszer hatását egy egészségfejlesztési programmal is igény szerint. Legfőbb eredménye az inkrementális költség-hasznossági ráta (*incremental cost utility ratio, ICUR*), amely megadja, hogy mennyibe kerül egy megszerzett QALY az új technológia befogadása esetén.

Példa: Hagberg et al célja egy átfogó táplálkozási program költség-hasznosságának vizsgálata volt szoptató, túlsúlyos anyák körében. 2007 és 2010 között 68 nőt mértek fel két csoportban: az esetcsoport tagjai egy 12 hetes, táplálkozási szokások megváltoztatását célzó életmódváltó program alanyai lettek, és egy kontrollcsoportot is kialakítottak. Az esetcsoport alanyai kezdéskor egy másfél órás konzultáción vettek részt, majd hat héttel később otthonukban egy újabb egy órás follow-up vizsgálaton estek át. A kontrollcsoport ún. „általános ellátásban” részesült a vizsgálat időtartama alatt. Az esetcsoportban az egy főre jutó költség 583,8 amerikai dollár/fő, míg a kontrollcsoportban 281,3 amerikai dollár/fő volt. Kiszámolták az életminőséggel korrigált életéveket is, amely az esetcsoportban a program utáni négy év alatt összesen 0,184 QALY többletet eredményezett a kontrollcsoport eredményeihez képest (az életminőség változását EQ-5D-3L és SF-6D kérdőívekkel mérték). Végül megállapították, hogy az

egy QALY-ra jutó becsült költség (ICUR) 8.643 – 9.758 USD közé tehető – attól függően, hogy melyik életminőségmérő kérdőív eredményei alapján számoltak. Ha tudjuk, hogy a fizetési hajlandóság egy új, drágább de hasznosabb intervenció finanszírozására Svédországban 50.000 USD / QALY, akkor a költség-hasznosság mértéke 87–93% e program esetében [9].

VI.3.1. Költség-haszon elemzés (cost-benefit analysis, CBA)

A költség-haszon elemzések teszik lehetővé a különböző technológiák és intervenciók legszélesebb körű összehasonlíthatóságát azáltal, hogy az egészségnyereséget és a költségeket is pénzben fejezik ki. Ezeknek a vizsgálatoknak világos kritériumrendszerük van. Ha az elért haszon pénztértéke meghaladja a költségeket, pozitívan kell dönteni az új technológiáról. Ezt vagy a két érték különbségeként (*net benefit, NB*, ahol haszon – költség > 0), vagy hányadosaként (*benefit-cost ratio, BCR*, ahol haszon / költség > 1) határozzák meg. A vizsgálat tárgya akkor minősül megtérülőnek és hasznosnak, ha ez a mutató pozitív, és minél nagyobb értékű.

Ugyan vitathatatlan előnye, hogy akár teljesen eltérő, különböző ágazatok programjai is összehasonlíthatóvá válnak, Magyarországon azonban mégsem javasolják ennek alkalmazását az egészségügyben. Ennek oka – és ez legnagyobb hátránya is egyben – hogy legtöbbször az egészségügyben keletkező haszon (LYG, QALY, elkerülhető halálesetek száma stb.) pénzben történő meghatározása nehéz [10].

Példa: Ichihasi et al tanulmányukban egy munkahelyi szájegészségügyi programot vizsgáltak költség-haszon elemzéssel. Az elemzésben összehasonlítottak három egészségfejlesztő programot: az elsőben egy, a másodikban 2-4, a harmadikban 5-6 alkalommal vettek részt a dolgozók a programon, valamint egy kontrollcsoport is létrehoztak. Az elemzést foglalkoztatói szemszögből végezték, tehát a munkahelyen keletkezett és elkerült költségek összevetése történt, és kifejezték azt is, melyik program milyen kiadásokat előz meg vagy

generál, bevezetése utáni hetedik évig. A program költségeinek meghatározásakor az alábbiakat vették figyelembe: az egészségügyi dolgozók munkadíja, a felhasznált eszközök költsége, és indirekt tényezőként a munkavállaló munkától való távolmaradásának költsége az oktatás/vizit időtartama alatt. Haszonként a program bevezetését követő hét éven keresztül felmerült fogászati ellátások becsült kiadásait mérték fel. A szerzők kimutatták, hogy a kontrollcsoport esetében 645,82 dollár fogászati kiadások merülnének fel hét év alatt, az első csoportban ez az érték 719,84 dollár, a másodikban 522,14 dollár, a harmadikban 528,65 dollár. Ezek alapján a leghatékonyabb szájegészségügyi programnak az a verzió minősült, amelyen 2-4 alkalommal vettek részt a dolgozók. A költség/haszon ráta (BCR) itt 1,46 volt, szemben az első (-2,45) és harmadik (0,73) csoporttal [11].

VI.4. Miben más egy egészségfejlesztéssel kapcsolatos intervenció egészség-gazdaságtani elemzése?

A fent ismertetett egészség-gazdaságtani elemzéseket leggyakrabban gyógyszerek, gyógyászati segédeszközök vagy orvostechikai eszközök vizsgálatára használják. 1995-ben a WHO létrehozott egy munkacsoportot, mely három kormányzati szervvel együttműködve (Kanada, Egyesült Államok, Egyesült Királyság), azt a cél tűzte ki maga elé, hogy segítse a döntéshozók és szakemberek munkáit az egészségfejlesztéssel kapcsolatos elemzések elkészítésében. Bár az utóbbi években a preventív intézkedésekre irányuló elemzések iránti érdeklődés is nőtt, az egészségügyi technológiákhoz képest még mindig relatíve kevés példát találhatunk a nemzetközi szakirodalomban. [5] Ennek egy lehetséges oka, hogy az ilyen értékelések nagyobb odafigyelést és egyéb szempontoknak való megfelelést is figyelembe kell venni.

Egy egészségfejlesztő intervenció eredményességét - a költséghatékonyság, hatásosság, biztonságosság mellett – annak **alkalmazhatósága** (alábbi három pont együttes teljesülése) is garantálja, ezért annak implementálása előtt e tényezők vizsgálatára is érdemes kitérni.

- **Technikai alkalmazhatóság.** Megadja,

hogy rendelkezésre áll-e elegendő erőforrás (humánerőforrás, eszközök, kapacitás) az implementáláshoz.

- **Pénzügyi alkalmazhatóság.** Azt mutatja, megvalósítható-e a program a rendelkezésre álló pénzösszeg függvényében
- **Társadalmi alkalmazhatóság.** Azt adja meg, hogy elfogadható-e az intervenció a célpopuláció számára, mutatkozik-e hajlandóság annak széleskörű alkalmazására a lakosság körében, garantálva ezzel annak eredményességét? [3] A társadalom „kapacitásaként” is szokás nevezni.

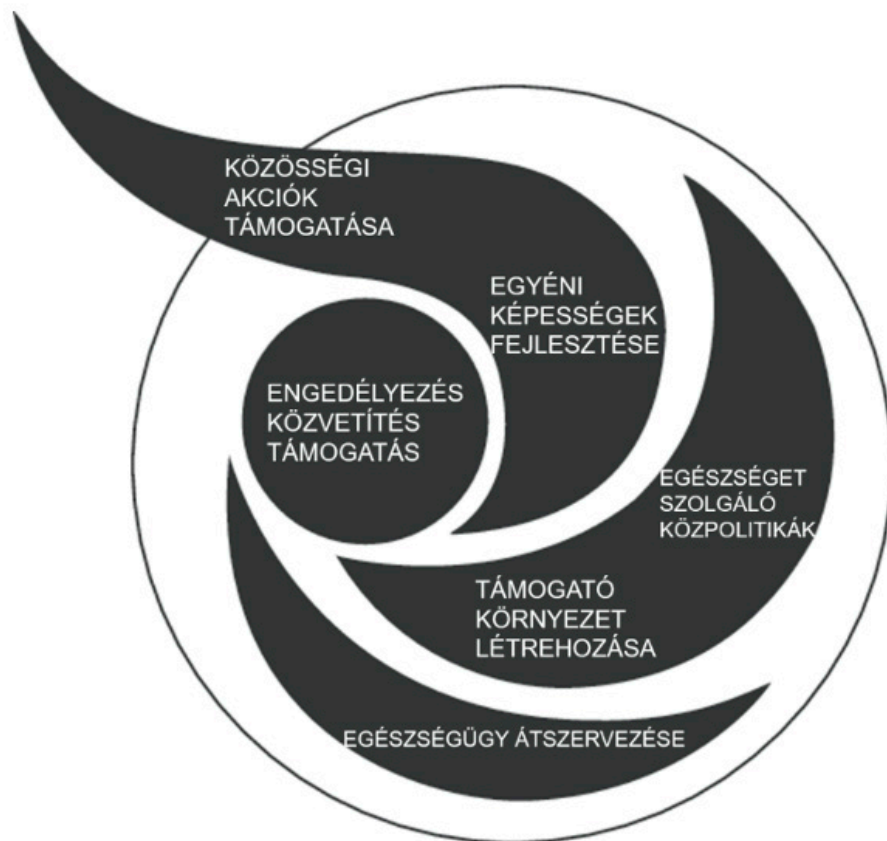
Egészségfejlesztési programok esetében a harmadik pont teljesülésének vizsgálata, döntéshozók általi mérlegelése különösen fontos. Egy intervenció lehet minden egyéb szempontból pozitív, de ha a lakosság valamilyen okból nem fogadja el, nem lesz eredményes sem. [12] Egy egészségtelen élelmiszereket célzó különadó esetében például kimutatták, hogy amennyiben az adóbevételt kimondottan egészségügyi célokra, például egészségmegőrző vagy szűrőprogramokra fordítják, a fogyasztók akár nagyobb adómértéket is elfogadnak. [13] Brownell és Frieden felmérésében a cukrozott italokra kivetett adó jóval nagyobb támogatottságot kapott a lakosság részéről, ha úgy tudták, hogy az így befizetett adóval az elhízás elleni küzdelmet segítik [14].

VI.5. Egészségpolitika és egészségfejlesztés kapcsolata

Ha egy egészségfejlesztési program hatékonysága bizonyítottá válik a fenti elemzések valamelyikének segítségével, nagyobb eséllyel valósítható meg közfinanszírozásból. Ezek után a döntéshozók egészségfejlesztéssel, egészségtudatosságot célzó intézkedéseket többféle szinten is alkalmazhatnak. A WHO az alábbi szinteket határozza meg, melyeken keresztül a társadalom egészségi állapotára irányuló intervenciók implementálhatók (VI.2. ábra).

VI.5.1. Egyéni képességek fejlesztése

Ide tartozik minden olyan tevékenység, mely által az egyének saját egészségük



VI.2. ábra: Az Ottawai Charta (1986) „emlékjaja” az egészségfejlesztés színtereiről
 Forrás: saját szerkesztés Su et al. ábrája alapján [15]

kulcsát vehetik kézbe, és olyan tudás és képességek birtokába jutnak (pl. oktatók, reklámok útján), melyekkel lehetőségeikhez mérten közvetlen környezetüket, életmódjukat is tudatosan változtatják egy egészséges élet reményében. Ide tartozik az elmúlt években, évtizedekben egyre nagyobb szerepet kapó egészségműveltség (*health literacy*) szintjének növelése is az egyén által.

VI.5.2. *Közösségi akciók támogatása*

A közösség általi egészségfejlesztés a közösségben meglévő emberi és anyagi erőforrásokra támaszkodik, amelyek által növelhető a nyilvánosság „kapacitása”, részvételi hajlandósága az egészségfejlesztési folyamatokban. Ehhez teljes és folyamatos hozzáférés szükséges az információkhoz, az egészséggel kapcsolatos tanulási lehetőségek, valamint finanszírozási támogatás egyaránt.

Jó példa egyéni és közösségi egészségfejlesztésre egy életmódváltó program a kanadai Mohawk közösségben élő gyermekeknek (*Kahnawake School's Diabetes Prevention Project, KSDPP*). A KSDPP szépségét az adja, hogy a kulturális sajátosságokat is figyelembe vették a projekt szervezésekor, ezzel is növelve a részvételi hajlandóságot. A programban részt vettek a közösség kezdeményezésére helyi egészségügyi szolgáltatók, és kutatók is, hogy egy hosszú távú, fenntartható programot sikerüljön kialakítani. A rövidtávú célokon túl (súlycsökkenés, fizikai aktivitás növelése) ugyanis a 2-es típusú diabetes prevalenciájának csökkentését is kitűzték [2].

VI.5.3. *Támogató környezet létrehozása*

Az élet-, és munkakörülmények jelentős hatással vannak az egészségre. Alapvetően a munkakörnyezetnek és a szabadidős időtöltésnek egyaránt

az emberek egészségét kell szolgálnia. Az egészségfejlesztés e szintjén elsősorban biztonságos, stimuláló, kielégítő és élvezetes élet- és munkakörülmények létrehozása a cél.

A WHO létrehozott egy útmutatót, mely a munkahelyi környezet egészségesebbé tételére fókuszál. Céljük, hogy gyakorlati segítséget nyújtsanak a munkaadóknak és a munkavállalóknak egy egészséges munkahelyi keretrendszer megvalósításához. E tanulmány szerint „egészséges munkahely az, ahol a munkavállalók és a vezetők együttműködnek egy állandó fejlesztési folyamat alkalmazásával a munkavállalók egészségének, biztonságának és jólétének, valamint a munkahely fenntarthatóságának érdekében, az alábbiak figyelembevételével, az azonosított igények alapján:

- egészségügyi és biztonsági aggályok a fizikai munkakörnyezetben;
- egészségügyi, biztonsági és jóléti aggályok a pszichoszociális munkakörnyezetben, ideértve a munkaszervezést és a munkahelyi kultúrát is;
- személyes egészségügyi erőforrások a munkahelyen; és
- a közösségekben való részvétel módjai a munkavállalók, családjuk és a közösség többi tagjának egészségének javítása érdekében.”

[16]

VI.5.4. Egészségügyi rendszer átszervezése

Az egészségfejlesztés felelőssége megoszlik az egyének, a közösségi csoportok, az egészségügyi szakemberek, az egészségügyi szolgáltató intézmények és a kormányok között egyaránt. Együtt kell működniük egy olyan egészségügyi rendszer érdekében, amely hozzájárul a minél hosszabb egészségben eltöltött idő eléréséhez. Az egészségügyi szolgáltatások átszervezése elsősorban arról szól, hogy az egészségügyi szektor az elsődlegesen a klinikai és gyógyító szolgáltatásokon túl egyre inkább az egészségfejlesztésre és a megelőzésre összpontosítson.

Példaként az ausztrál háziiorvosi kollégium (*Royal Australian College of General Practitioners*,

RACGP) munkáját említhetjük. A preventív munkát hangsúlyozva klinikai útmutatásokat alkottak az egészségügyi szakemberek számára, segítve szerepvállalásukat a dohányzás abbahagyásának támogatásában. Ez a hangsúlyváltás az ausztrál háziiorvosok munkakörében azt jelenti, hogy az egészségügyi szakemberek jobban fókuszálnak a betegségeket és betegségeket megelőző intézkedésekre [17].

VI.5.5. Egészséget szolgáló közpolitika

A társadalom egészségi állapotát megőrző, preventív, egészségfejlesztő intézkedésekkel kapcsolatos egészségpolitikai törekvések számos formát ölthetnek, ideértve a jogszabályok alkotását (például sófogyasztás limitálása iskolákban, mindennapos testnevelés bevezetése, szűrőprogramokon való részvételhez kötött ellátások), az adóügyi intézkedéseket (például különadók dohányárura, alkoholra, magas cukortartalmú italokra stb.), és a szervezeti változásokat (például egészségfejlesztési irodák létrehozása). A kulcs a különböző ágazatok összehangolt működésén alapszik (egészség-, jövedelem- és szociálpolitika). A közös fellépés hozzájárul a biztonságosabb és egészségesebb áruk és szolgáltatások, az egészségesebb közszolgáltatások, valamint a tisztább, egészségesebb környezet biztosításához [18].

VI.6. Összefoglalás

Összefoglalásképp elmondhatjuk, hogy fontos a hatásosságon és biztonságosságon túl a költség-hatékonyság bizonyítása is az egészségfejlesztést szolgáló beavatkozásoknál. Így tudjuk biztosan a rendelkezésre álló keretektől a legnagyobb hasznot hozó alternatívát kiválasztani és finanszírozni. Emellett kimondottan a primér prevenciók tevékenységeire jellemző, hogy az egyének *kapacitását* (hajlandóságot a részvételre, változtatásra stb.) is figyelembe kell venni a tervezéskor, ezért kiemelt jelentőségű az ilyen jellegű projektek bevezetését és hosszútávú fenntarthatósága biztosításáért az eredmények megfelelő kommunikálása a résztvevők és a döntéshozók felé egyaránt. Az egészségfejlesztést, egészségműveltséget támogató programokat pedig egyéni, közösségi és országos szinten is implementálni kell. Az egészséges

társadalom pedig nem utolsó sorban a gazdaságot is fellendíti, hiszen annak tagjai tovább dolgozhatnak, kevesebb időre esnek ki a munkából, így összességében a közfeladatokra – így az egészségügyre is – több forrás jut hosszútávon.

VI.7. Irodalomjegyzék

1. World Health Organization (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1-2.
2. Sanjiv KUMAR – GS PREETHA (2012). Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. *Indian Journal of Community Medicine*. 37, 1. szám, 5–12.
3. Ligia DE SALAZAR – Suzanne JACKSON – Allan SHIELL – Marilyn RICE (2007). Guide to economic evaluation in health promotion. Pan American Health Organization, Washington D.C., 11-14.
4. BONCZ I – CSÁKVÁRI T – ÁGOSTON I – ENDREI D. (2015). Új egészségügyi technológiák befogadása a társadalombiztosítási támogatásba. In: Boncz Imre (szerk.): Egészségpolitikai esettanulmányok. Medicina, Budapest, 17-32.
5. World Health Organization European Working Group on Health Promotion Evaluation – World Health Organization Regional Office for Europe (1998). Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation
6. CSÁKVÁRI T – ÁGOSTON I – ENDREI D (2015). Hatékonysági mutatók az egészségügyben. In: Boncz Imre – Sebestyén Andor (szerk.): Egészségbiztosítási ismeretek. Medicina, Budapest, 77-85.
7. Jeff TZENG – Christopher JANKOSKY – Hayley HUGHES (2012). Cost-minimization analysis of the U.S. Army accession screening and immunization program. *Military Medicine*, 177, 12. szám, 1508-1512.
8. SM VIJGEN – PH VAN BAAL – RT HOOGENVEEN – GA DE WIT – TL FEENSTRA (2008). Cost-effectiveness analyses of health promotion programs: a case study of smoking prevention and cessation among Dutch students. *Health Education Research*, 23, 2. szám, 310-318.
9. Lars A. HAGBERG – Hilde K. BREKKE –

- Fredrick BERTZ – Anna WINKVIST (2014). Cost-utility analysis of a randomized controlled weight loss trial among lactating overweight/obese women. *BMC Public Health*, 14: 38.
10. Az Emberi Erőforrások Minisztériuma szakmai irányelve az egészségügyi technológia értékelés módszertanáról és ennek keretében költséghatékonysági elemzések készítéséről (2017). *Egészségügyi Közönlöny*, 66, 3. szám. 821-843.
 11. ICHIHASHI Toru – MUTO Takashi – SHIBUYA Koji (2007). Cost-benefit analysis of a worksite oral-health promotion program. *Industrial Health*, 45, 1. szám, 32-36.
 12. HAJDÚ J – VAJDA R – DANKU N – BONCZ I – HORVÁTHNÉ KÍVÉS Zs (2016). Attitude and Willingness To Participate on Screening of FirstDegree Relatives of Colorectal Cancer Patients. *Value in Health*, 19, 7. szám, A619.
 13. Chantal JULIA – Caroline MÉJEAN – Florence VICARI – Sandrine PÉNEAU – Serge HERCBERG (2015). Public perception and characteristics related to acceptance of the sugar-sweetened beverage taxation launched in France in 2012. *Public Health Nutrition*, 18, 14. szám, 2679–2688.
 14. Kelly D. BROWNELL – Thomas R. FRIEDEN (2009). Ounces of prevention – the public policy case for taxes on sugared beverages. *New England Journal of Medicine*, 360, 1805–1808.
 15. Yi-Erh SU – Marguerite SENDALL – Marylou FLEMING – John LIDSTONE (2013). School Based Youth Health Nurses and a true health promotion approach: The Ottawa what?. *Contemporary nurse*, 44, 1. szám, 32-44.
 16. Joan BURTON – World Health Organization (2010). WHO healthy workplace framework and model: background and supporting literature and practices. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2-123.
 17. Reorienting health services. HSC Personal Development, Health and Physical Education. <https://www.pdhpe.net/better-health-for-individuals/what-strategies-help-to-promote-the-health-of-individuals/the-ottawa-charter-as-an-effective-health-promotion-framework/reorienting-health-services/> [2021. 04. 19.]
 18. Health promotion action means. World Health Organization. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference/actions> [2021. 04. 19.]

VII. Fejezet

KOMMUNIKÁCIÓ

(Máté Orsolya)

VII.1. Egészségügyi kommunikáció sajátosságai

A vizsgálat, a diagnózis felállítása és a kezelés mellett az egészségügyi kommunikáció az egyik legfontosabb eszköz az egészségi problémák felismerésében és kezelésében [1]. A verbálisan megfogalmazott panaszok meghallgatása és megértése lehetőséget nyújt az ellátó számára, hogy a kapott információkat a beteg pszichikai és szociális jellemzőinek figyelembevételével értelmezze, teljesebb képet kapva így a panaszok eredetéről [2]. Az egészségügyi kommunikáció képezi az ellátó és páciens kapcsolatának bázisát. A kommunikáció segítségével az ellátó és a beteg egy olyan kapcsolatot hozhatnak létre, mely segíthet a terápiás célok elérésében. A hétköznapi életben azonban ennek használata nem mindig problémamentes: „*az orvos és a páciens közt fokozatosan mélyül a szakadék, ami egyrészt a természettudományos ismeretek gyors fejlődése okoz, másrészt az ezen elvek alapján működő diagnosztikus eljárás, harmadrészt pedig, hogy a betegek szerint az orvosokat kevésbé motiválja, hogy megértsék, a páciens miért kér tőlük segítséget*” [3]. Az egészségügyi kommunikációt annyira befolyásolják a megértési problémák, hogy a beteg csak ritkán távozik elégedetten orvosától [4]. A betegek alacsony elégedettségének, nem a szakmai inkompetencia érzése, hanem gyakran a nem kielégítő egészségügyi kommunikáció az oka [2]. Tanulmányok kimutatták, hogy a beteg elégedettsége nagyban függ a diagnosztikus és terápiás eljárás során tapasztalt kommunikáció minőségétől [5].

A jó egészségügyi kommunikáció kézzelfogható előnyökkel jár. A hatásos kommunikáció befolyásolja a terápia kimenetelét is, ami lemérhető az emóciók, a tünetek és a fájdalom élményein keresztül [6]. Az egészségügyi ellátó kommuni-

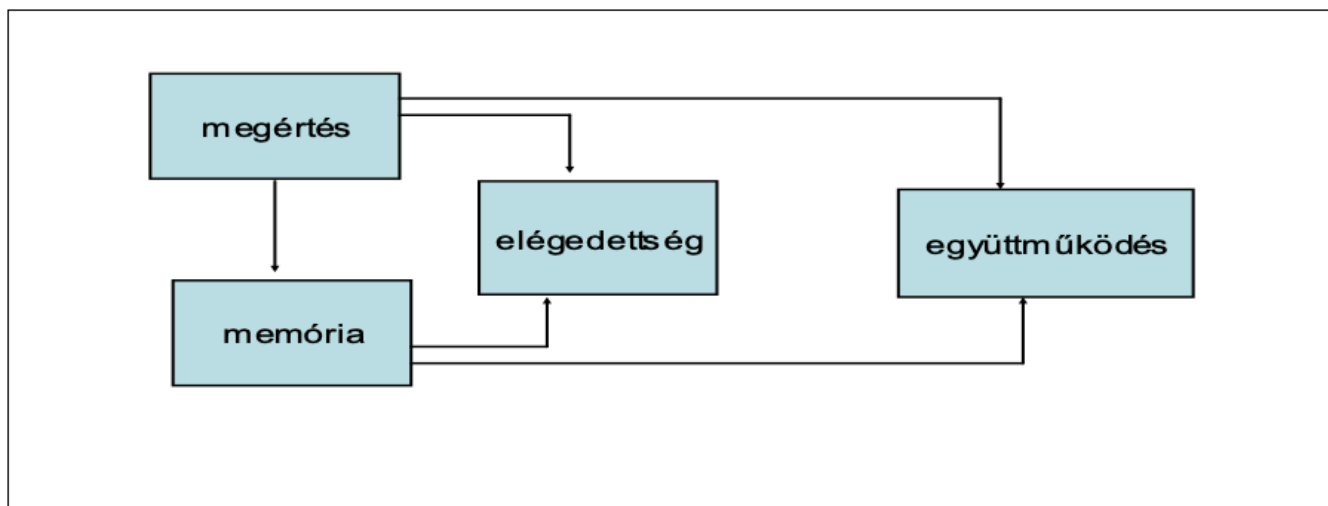
kációs jártasságában fennálló nehézségek leküzdése megfelelő képzéssel megoldható. Egy orvos praxisa során általában több mint 150.000 egészségügyi találkozás részese, ennek ellenére az egészségügyi kommunikáció általában nem kötelezően teljesítendő része az orvosi képzésnek [2]. A legtöbb egészségügyi dolgozó autodidakta módon próbálja elsajátítani ezeket a készségeket [7]. Mivel a kommunikáció egy interaktív folyamat, a betegeknek szintén szükségük van bizonyos szakértelemre, hogy képesek legyenek részt venni a döntéshozásban [5].

Az egészségügyi kommunikáció modelljei

Az egészségügyi dolgozók kontra beteg kapcsolata világszerte jelentős változásokon megy keresztül a 1960-as évek óta [8]. Ezt a fejlődést elsősorban az ellátók és a beteg személyisége, tapasztalata, professzionalitása segíti elő. Egyéb meghatározó faktorok is szerepet kapnak a folyamatban úgy, mint: a kor aktuális szellemisége, a technika fejlődése és az ezzel együtt járó szélesedő tárgyi tudás, az önrendelkezés jogának növekvő elismerése, etikai korlátok, jogi rendelkezések és maguk a megváltozott medicinális lehetőségek [9].

Az egészségügyi kommunikáció témájában történt kutatásoknak voltak visszatérő megállapításai. Sok beteg volt elégedetlen azzal, ahogyan az ellátók velük kommunikáltak és sok ellátó panaszkodott, arról hogy a betegek nem követik tanácsait, és nem tartják be kezelési utasításokat [10]. Az egészségügyi kommunikáció modelljei közt az egyik legbefolyásosabb Ley kognitív modellje volt. (VII.1. ábra)

A beteg elégedettsége és együttműködése erőteljesen összefügg az ellátók által elmondottak



VII.1. ábra: A megelégedés és együttműködés kommunikációs modellje
(Ley et al, 1976)

megértésével és azzal, hogy a tájékoztatott a megértett információkra mennyire tud visszaemlékezni. A beteg elégedettségét a megfelelő szintre emelt megértéssel és a megértett információk előhívásának gyakoroltásával, növelni lehet [11], az elégedett beteg, pedig jóval nagyobb együttműködést mutat.

A másik fontos modell e téren Korsch [12] nevéhez fűződik. Gyermekkorházakban elvégzett 800 konzultáció elemzése után arra a következtetésre jutott, hogy a páciensek elégedettsége függ az ellátó affektív magatartásától. Ha az empátia, a páciens érzelmeinek akceptálása hiányozik a kommunikációból, a beteg elégedettsége csökken. Míg Ley elsősorban a kognícióra fókuszál, Korsch az affektivitásra és a szociális interakciókra építi fel a sikeres kommunikáció meghatározó pilléreit. Az egészségügyi témában ellátó és betege közt létrejött találkozás során a beteg szükségleteinek két csoportját különböztethetjük meg [6]: az informáltság kognitív szükséglete (tudni és érteni) és a „komolyan vesznek” érzés emocionális szükséglete (tudva és értve lenni) [6]:. Válaszképpen az ellátó is 2 különböző viselkedésmintát vesz figyelembe az instrumentális viselkedést és az affektív vagy szocio-emocionális viselkedést. Az első olyan kompetenciákat ölel fel, mint pl: kérdések feltevése, információk adása a második, pedig az érzelm kifejezéseire adott válaszokat, úgy, mint az empátia kifejezését, érdeklődés kifejezését [13.,14.].

Zavarok az egészségügyi kommunikáció során

A kommunikációs konfliktusok nemcsak megnehezítik, hanem esetlegesen lehetetlenné teszi az információ átadását [15].

VII.2. A KOMMUNIKÁCIÓS ZAVAROK LEHETSÉGES OKAI

A gyógyítás elszemélytelenedése

A XX. században a medicinális diagnosztikus technika, a képalkotó eljárások olyan hihetetlenül gyors fejlődésen és térhódításon mentek keresztül, ami nagyban visszavetette az „orvos, a legjobb gyógyszer” [16] mottóját. A középpontban már nem a beteg, hanem a betegség áll, mint egy kihívás, amit uralni kell. Von Uexküll a pszichoszomatikus gyógyászat megalapítója a testnélküli lelkek és a léleknélküli testek néma orvoslásának (stumme Medizin-nek) nevezi a mai technikailag fejlett, de nem beteg centrikus gyógyászatot [18]. Bár a páciensek elismerik és értékelik a természettudományos módszerek jelentőségét az ellátás során, ennek ellenére elégedetlenebbek és kritikusabbak az ellátással szemben, mint valaha [5] - ez tehát a biomedikális modell térhódítása, amelynek visszaszorítására vannak törekvések a huszadik század vége óta a biopszichoszociális modell és a holisztikus gyógyítás előtérbe-kerülésével.

VII.3. Az egészségügyi ellátók nem kielégítő kommunikációs képzése

A technika és tudomány térhódításának következményeképp az orvos-és egészségtudományi képzés erőteljesen természettudományos szemléletű. A nagy mennyiségű természettudományos anyag feldolgozása mellett gyakran nem marad elég idő a kommunikációs alapok, a beszélgetésvezetés technikájának elsajátítására [18]. Még az esetleges kommunikációelméleti tudásnak sincs alkalma beépülni a gyakorlatba, hiszen a hallgatóknak viszonylag kevés alkalmuk van arra, hogy beteg közelébe kerüljenek. Tárgyi tudásuk birtokában ugyan, de a kommunikációs képzés hiányosságai miatt rendkívül kevés a betegek pszichés vezetését érintő gyakorlati tapasztalattal kezdik pályafutásukat. A mindennapokban aztán hamar fény derül a kommunikációs képzés hiányosságaira [19]. A pályakezdő egészségügyi szakembereket a nyomasztó felelősségérzet, a teljesítménykényszer és a kezdeti szakmai bizonytalanság érzése mellett még az is sújtja, hogy nem volt lehetőségük megtanulni és gyakorolni, hogy hogyan kommunikáljanak a betegekkel. Herschbach (1991) szerint a orvosok 90%-t megérinti a „*betegek esetleges hosszú szenvedése*”, „*a síró beteg*”, ha a „*beteg nem reálisan látja gyógyulási esélyeit* „. A pályakezdés nehézségei, ahhoz vezethetnek, hogy az orvos megpróbál érzelmileg eltávolodni a páciensektől, falat emel, és távolságot tart, a kommunikációt pedig a minimálisra próbálja redukálni [20]. Az orvos úgy védekezik a lelki terhek ellen, hogy kikerüli a kommunikációt [1].

VII.4. Kommunikációs hiányosságok az egészségügyi ellátók és a betegek interakciója kapcsán

A betegek általában azt nehezményezik, hogy az őket ellátó egészségügyi szakemberek keveset kommunikálnak velük, főleg a problémákra és az információkra fókuszálnak, nem barátságosak, keveset mosolyognak, nem köszönnek, nem nyújtanak kezet, távolságot tartanak, vagy egyáltalán nem tartanak igényt arra, és nem hallgatják meg, ha a beteg el akarja mondani, hogy mi a véleménye betegségéről [21] kimutatta, hogy ha egy beteg elkezd beszélni, vagy feltesz egy kérdést or-

vosa általában 18 másodperc múlva félbeszakítja. Waitzkin [22] szerint 20 perces orvos- beteg konzultációk során az orvosok páciensenként mindössze valamivel több, mint 1 percet szántak arra, hogy pácienseiket tájékoztassák, bár az orvosok ezt a 60-70 másodpercet 9 percnek vélték. Tuckett [23] azt is leírja tanulmányában, hogy azoknak a betegeknek, akikkel orvosuk közölte a diagnózist és felvázolta a megbetegedés jelentőségét 36% -a nem értette, amit az orvos elmondott neki.

A kommunikációs zavarok kialakulásában az is szerepet játszhat, ha a beteg nem, vagy nem pontosan érti az orvos által használt szakszavak jelentését. Egy baseli vizsgálat szerint, ahol 88 beteget kérdeztek meg közvetlenül a részletes orvosi felvilágosítás után arról, hogy megértették e betegségük természetét, a betegek mindössze 55 % volt teljesen tisztában betegségével, 29% körülbelül megértette, amit az orvos mondott, 19% uk kevésbé értette, és a betegek 14% egyáltalán nem értette, amit az orvos mondott és nem derült ki számára betegsége természete. Bár a betegek jogot formálnak az információra, mégis túl gátlásosak, ahhoz, hogy visszakérdezzenek [1]. Egy Fallowfield [24] által publikált tanulmány szerint viszont a válaszadó orvosok a kommunikációs problémák főbb okaként a kulturális és etnikai különbségeket, a generációs problémákat, a betegek emocionális reakcióit és a beteg projekcióit jelölték meg.

VII.5. A kommunikációs zavarok következményei

Az ellátókra gyakorolt hatások

Burn Out szindróma

Ramirez et al [25] tanulmányában leírja, hogy ha az egészségügyi ellátóknak biztosítható lenne a lehetőség kommunikációs készségeik fejlesztésére, mely révén magabiztosabban tudják kielégíteni betegek információs és emocionális igényeit [11, 6], az csökkenhetné az ellátók pszichés terhelését, és az őket érő napi stresszt és esetükben sokkal kisebb lenne a kiégés kockázata.

VII.6. A betegre gyakorolt hatások

A betegek elégedetlensége negatívan befolyásolhatja az orvoshoz fordulást [27]. Az orvosi műhi-

baperekig, vagy alternatív gyógyászati módszerek alkalmazásáig terjedhet.

Non compliance

Mindazon faktorok közül, amik a compliance-t befolyásolhatják, az egészségügyi kommunikáció hiányosságaira visszavezethető faktorok dominálnak. Csak megfelelő kommunikációval jellemezhető ellátó-beteg kapcsolatban képes az ellátó elérni, hogy betege olyannyira megbízzon benne, hogy hajlandó legyen elhinni neki, hogy az általa javasolt terápia használni fog és ennek megfelelően viselkedjen [27]. A LEY [11] és LAZARE [21] által publikált tanulmányok szerint a betegek 50% nem veszi be előírászerűen az orvos által felírt gyógyszereket, mert nincsenek tisztában azok jelentőségével. A betegek nem terápiakövető magatartásának nagy szerepe van abban, hogy a beteg végül kórházban kerül, és ennek megvannak a gazdaságra gyakorolt negatív hatásai.

Műhibaperek kezdeményezése

Sikertelen kezelés esetén, azok a betegek, akik nem voltak elégedettek orvosuk kommunikációjával, sokkal inkább hajlamosak, bosszúhadjáratot indítani az orvos ellen, ami műhibaperek kezdeményezésében ölthet testet [5, 28].

VII.7. Az egészségügyi ellátásban fellelhető kapcsolat modelljei

Az irodalom alapvetően háromféle modellt ismeret, mindegyik más-más ellátó- beteg kapcsolatot mutat be, és mindegyiknél más a döntések meghozatalának módja is. Arról, hogy a betegek melyik modell szerinti tájékoztatást preferálják, Schofield [29] kutatásából is képet kaphatunk: 2000 gyógyíthatatlan beteget kérdezett meg a tájékoztatás kívánt mennyiségéről. A betegek közel 60% úgy nyilatkozott, hogy azonnali és teljes körű tájékoztatást várnak el orvosaitól, 16% nem akarja, hogy tájékoztassák, a betegek egynegyede, pedig a fokozatos információközlés mellett tette le a voksát.

1. A nem közlő (paternalisztikus) modell

A legrégebbi modell, gyökerei Hippokrates-ig nyúlnak vissza. Az apa (páter) szerepét az orvos/egészségügyi ellátóra vonatkoztatja, a beteg a

gyermek, aki feltétlen engedelmességgel tartozik nekik. A modell szerint az ellátó - mint szakértő – tud leginkább döntést hozni abban, hogy mi a beteg érdeke. Szaktudása alapján képes kiválasztani a leghatékonyabbnak tűnő gyógymódot. Átmeneti előnye abban rejlik Donovan szerint, hogy a beteg nem szembesül azonnal és visszavonhatatlanul a tényekkel. A „nem szembesülés”, mint egyéni megküzdési stratégia időlegesen fontos lehet a beteg számára.

Hátrányai, közé tartozik, hogy az őszinteség és a nyíltság hiánya jelentősen megterheli az ellátó beteg kapcsolatot és a beteg úgy érezheti, hogy elvesztette a kontrollt saját élete felett, másrészt nem enged teret annak, hogy a beteg és hozzátartozói együtt küzdjenek meg a problémákkal és veszteségekkel. Az ellátó számára átmeneti könnyebbége abban rejlik, hogy nem kell rossz hírt közölnie a beteggel, mely lelkileg általában megterheli az ellátókat [30].

2. Mindent közlő modell

A modell elsősorban azon alapul, hogy a páciensnek joga van minden őt érintő információhoz, hogy aztán kezeléséről felelősségteljesen tudjon dönteni. A páciensnek sérthetetlen joga, dönteni saját testét érintő kérdésekben, etikailag az a helyes azonban, ha döntések az elérhető legteljesebb orvosi tanácsadás mellett születnek [30].

Előnyei közé tartozik, hogy elősegíti az ellátó-beteg kapcsolat kiépülését, mert az ellátó itt partnerként kezeli a beteget. De létezik a betegeknek egy olyan kis csoportja, aki nem akar információt állapotáról [31]. Ezeknek a betegeknek ez a modell nem kínál alternatívát.

3. Az egyénre szabott közlés

E modell szerint a közölt információ mennyiségét és a tájékoztatás szintjét a páciens igényei szabják meg. Ez a folyamat, a kölcsönös bizalom és kommunikáció bizonyos szintjét feltételezi, aminek kifejlesztése sok időt és munkát igényel [32]. A döntéseket a partnerek, (ellátó és beteg) együtt hozzák meg, így érvényesül az ellátó szaktudása és a páciens ismerete saját szükségleteiről, értékeiről [32]. Az optimális közlés egy időben elnyúló folyamat, melynek során az ellátó állandó figye-

lemmel követi a páciens új értesülésekre irányuló igényét és befogadóképességét, és egyben ellenőrzi a korábban átvett üzenetek feldolgozottságának fokát is [33]. *„Bár az egyénre szabott közlés modellje időt és készségeket igényel - s az elfoglalt orvos úgy érezheti, hogy ezekkel nem rendelkezik -, mégis ez a legjobb modell, mivel az ezt megalapozó feltételezéseket az irodalom adatai is alátámasztják. Továbbá helyénvaló a mai fogyasztói világban, hogy a hangsúly itt a megegyezésen van, a páciens életminősége is így tehető a legjobbá”* [30]. Annak ellenére sokáig nem tanították az orvosi egyetemeken a rossz hírek közlését, hogy orvosi kompetencia annak eldöntése, hogy a beteget egyszerre mennyi ténnyel konfrontáltassuk, és mindez kihat a kommunikáció minőségére is.

A 90-es évek végén azonban az addigi paternalisztikus szemléletet, fokozatosan felváltotta az angolszász országokban egy másfajta szemlélet, az egyénre szabott közlés. Az életveszélyes betegségben szenvedő betegek 96- 98% elvárja, hogy tájékoztassák betegségéről [34]. Bár a betegnek joga van megtudni az egészségét, életét érintő problémákat, nem kötelessége, hogy informálódjon betegségéről természetéről. Ez alapvetően azt jelenti, hogy a beteg joga eldönteni, hogy mennyit akar tudni. Mivel hazánkban is komoly kihívást jelent a társadalom előregedése, a lakosság egészségi állapota, az egészségügyi ellátórendszer növekvő költségigénye, a várólisták, valamint az orvoshiány. Az OECD országok többségében ezen problémák megoldására vezették be a kiterjesztett hatáskörű ápoló (Advanced Practice Nurse APN MSc ápoló) képzést és munkakört.

Az International Council of Nurses (ICN) definíciója szerint ez az MSc ápoló speciális szakértői tudása birtokában komplex döntési képességekkel és bővebb kompetenciakörrel rendelkezik a klinikai gyakorlatban. A kiterjesztett hatáskörű MSc ápoló orvosi szupervízióval és protokollban szabályozott módon, számos területen képes akár az orvossal egyenértékű szolgáltatást nyújtani, akár iránydiagnózist felállítani és kezelési tervet alkotni (hatáskörbővítést lehetővé tevő 18/2016. (VIII.5.) EMMI rendelet [35] Tekintettel arra,

hogy a közeljövőben kiterjesztett hatáskörű MSc ápoló képzéssel járó munkakör és hatáskör bővítéshez kapcsolódó jogszabályi keretek kialakítása is várható, hamarosan olyan kiterjesztett hatáskörű ápolók kerülnek olyan pozíciókba, ahol szükségük lesz, a diagnózisközlés és a kezelési terv beteggel való megosztása kapcsán, orvoshoz hasonló kommunikációs kompetenciákra is. Hiszen a diagnózist közlő tájékoztatás egyik első lépéseként az ellátónak fel kell mérnie, hogy mennyit akar tudni a beteg saját állapotáról, és a beszélgetést ennek megfelelően kell alakítani [8].

VII.8. Speciális kommunikációt igénylő helyzetek

Kommunikáció fogyatékkal élőkkel

A **fogyatékoság** hosszan tartó fizikai, értelmi, pszichoszociális vagy érzékszervi károsodás, amely számos egyéb akadállyal együtt korlátozhatja egy adott személy teljes, hatékony és másokkal egyenlő társadalmi szerepvállalását. A fogyatékoság változó fogalom, bárki bármikor fogyatékosá válhat. A fogyatékoság nem zárja ki az egészséget: nem betegség, hanem állapot, ami a fogyatékosággal élő személyek és az attitűdbeli, illetve a környezeti akadályok kölcsönhatásának következményéből adódik.

Ezen akadályok gátolják a fogyatékos személyt a társadalomban való teljes és hatékony, másokkal azonos alapon történő részvételben [36] Szociális és Munkaügyi Minisztérium A Fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló Egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv. A fogyatékoság ténye a fogyatékkal élőkkel folytatott kommunikáció során gyakran jelent könnyebben, de akár nehezebben is leküzdhető korlátot a mindennapos kommunikáció során, melynek áthidalására azonban feltétlenül törekedni kell. [37], hiszen a kielégítő kommunikáció joga a fogyatékosággal élőket is megilleti.

Speciális kommunikációs módszerek és eszközök használatával jelentősen javulhat a fogyatékosággal élő emberek életminősége, önálló életvezetési képessége és erősödhet a társadalmi befogadásuk is – igaz mindez a kommunikáció területén is. A fogyatékkal élőket érő frusztrációforrások kö-

VII.1. táblázat: A fogyatékkal élőkkel szembeni kommunikáció során ajánlott és elkerülendő elnevezések jegyzék

Kerülendő kifejezés	Ajánlott kifejezés	Jelentés, megjegyzés
beteg, nyomorék	fogyatékos, sérült, fogyatékos-sággal élő, segítségre szoruló	
fogyatékos, fogyatékkal élő	fogyatékos, fogyatékos-sággal élő	
fogyatékos, sérült, mozgássérült, vak, süket önmagában, főnévként	fogyatékos, sérült, mozgásfogyatékos, látásfogyatékos, vak, siket, hallásfogyatékos melléknévként + ember, személy satöbbi	nagy mértékű használata nehezzé teszi a stílust
rokkant, béna, argó: kripli (német: Krüppel = nyomorék)	rokkant ember, bénult ember	a béna szó csak az argóban jelenti: ügyetlen, eredetileg és alapvetően mozgásában sérült (paresis, plegia)
kerekesszékre kényszerült, tolokocsiba kényszerült	kerekesszékes, tolokocsis	
világtalan	vak (ember, személy, satöbbi)	a vakok világtól megfosztotként értelmezik a világtalan szót
süket	siket, nem halló (ember)	a siketek számára a süket szó azt jelenti: hülye
mutogatni, mutogatás	jelteni, jelezés	a jelnyelv használata
jelbeszéd	jelnyelv	önálló nyelv
törpe, törpenövés	kisember, achondroplasiás	

forrás: SÉRÜLTEK.HU, 2020

zül érdemes kiemelni a kommunikációs nehézségeket. Minden élőlény életben maradásának elengedhetetlen feltétele, hogy környezetével adekvát módon kommunikálni tudjon. Amennyiben a környezettel való kapcsolatteremtés, kommunikáció valamilyen oknál fogva gátolt, az egyén ennek következtében súlyosan károsodhat. A nem elfogadó környezetben a fogyatékos személytől elvárják, hogy magasabb szinten kommunikáljon, mint ahogy arra minden erejét összeszedve képes. Bár önmagából a maximumot hozza ki, környezete azt nem érti meg, elégedetlen vele, és elégedetlenségének számtalan jelét adja, amely lehet egy

felhúzott szemöldök, egy összeszorított száj, egy legyintés vagy akár egy lesújtó megjegyzés [38]. Érdemes azonban a fogyatékkal élőkre sem, mint homogén csoportra tekinteni, hiszen a fogyatékos mibenléte, természete, fajtái erőteljesen meghatározzák a velük folytatott kommunikáció sajátosságait. A továbbiakban néhány lényeges iránymutatást igyekszünk adni azokról a kommunikációs sarokpontokról, melyek a sérülés illetve fogyatékos természet alapján befolyásolhatják a kommunikáció sikerességét.

VII.2. táblázat:

A fogyatékoság természete	Javasolt kommunikációs eszközök	
Értelmi fogyatékosok	eltérő képességeik, eltérő szükségleteik, eltérő kommunikációt igényelnek	
	kísérő jelenléte esetén is a kommunikációs partnerhez kell beszélni	
	az instrukciók egyértelmű, tömör megfogalmazása	
	Ne legyen frusztrált, ha ismételnie kell önmagát.	
	könnyen érthető kommunikáció preferálása	
Pszichiátriai és szenvedélybetegek	Tünet	Javasolt kommunikációs eszközök
	valóságérzékelés zavara	Legyen egyszerű és célratörő.
	koncentrációképeség nehézsége	Legyen rövid, ismétlje meg magát.
	felfokozott állapot	Ne erőltesse a beszélgetést, korlátozza az információt.
	gyenge ítélőképesség	Ne számítson racionális beszélgetésre.
	belső világ dominanciája	Először nyerje meg a kliens figyelmét.
	nyugtalanág	Ismerje fel a nyugtalanágot, az okát és keressen kiutat.
	hangulatkilengések	Ne vegye a szívére a szavakat és a tetteket.
	tervek ingadozása	Tartson ki az eredeti terv indokoltsága mellett, az okok még egyszer felülvizsgálhatók.
	csekély empátia mások iránt	Tünetként értelmezendő, ne a személyt minősítse.
	visszahúzódás	Kezdeményezzen beszélgetést.
	téveszmékbe vetett hit	Ne szálljon vitába.
	élelem	Maradjon higgadt
	biztonságérzet hiánya	Érezze a kliens az elfogadást.
alacsony önbecsülés	Magatartása maradjon pozitív és tiszteletteljes.	

VII.3. táblázat:

A fogyatékoság természete	Javasolt kommunikációs eszközök
Vakok és gyengénlátók	a kiabálás elkerülése
	verbális bemutatkozás
	csoportos beszélgetés esetén, résztvevő néven nevezése
	a figyelem aktiválására, a megszólított néven nevezése
	segítség felajánlása, csak adott helyzetben, kérésre
	irányadásnál olyan kifejezések kerülése, amelyek a látáshoz kötődnek (ott, itt). Helyes: a vak vagy/gyengénlátó személyhez képest jobbra, balra, előtte, mögötte, stb, karolás felajánlása, forgóajtók elkerülése, korlát megmutatása, mozgólépcsőn figyelemfelhívás a rálépéskor, nyílt terepen tájékozódási pont megadása
	információ adása, ha egy tárgyat elmozdít a beszélgető fél
	ajánlott: Arial 18 félkövér betűtípus, optimális fényerősség, forma megtudakolása nyomtatott szöveg esetén
Siketek és nagyothallók	látópozícióba helyezkedés kapcsolatfelvétel esetén
	szájról olvasás esetén fontos a láthatóság: terem megvilágítása, túlzó ajakmozgás elkerülése, száj eltakarása
	preferált az írásbeli kommunikáció, fontos a háttérzaj csökkentése
	a kiabálás kerülése, tömör kérdésekkel való kommunikáció
	jelnyelvi tolmács jelenléte esetén is a kommunikációs partnerhez kell beszélni
Beszéd- és nyelvi zavarral élők	előfeltevések elkerülése, bizonyosság szerzése a beszéd megértésének lehetőségéről
	kiabálás nem opció, nem siketségről van szó
	türelem, ne vegye át a beszédet, ne tetesse, h érti, ha nem ért valamit
	meg nem értés esetén, kérje meg, hogy más szavakkal mondja el
	Fogadja el, ha minden erőfeszítése ellenére sem érti meg, amit mondani akar.
	Soha ne feltételezze, hogy aki beszédben való akadályozottsággal él, az nem érti, amit ön mond, bár lehet, hogy szüksége van valamilyen kommunikációt segítő eszközre (kommunikációs képtábla, beszédkészülék).
Mozgáskorlátozottak	tekintetek egy vonalba helyezése fontos, ülő pozíció, szemmagasságú kommunikáció
	kísérő jelenléte esetén is a kommunikációs partnerhez kell beszélni
	kiabálás nem opció, nem siketségről van szó
	atyáskodó gesztusok (fej vagy vállpaskolás) elkerülése
	mondanivaló egyszerűsítése szükségtelen
	közlekedésnél a célhoz üres útvonal, értekezleten és étteremben pedig legyen szék nélküli üres hely biztosítása
	kerekszék tolása csak kérésre, a székre támaszkodás elkerülése

VII.9. Egészségügyi kommunikáció szerepe a megelőzésben

A megfelelően kivitelezett egészségügyi kommunikáció elengedhetetlen a betegségek megelőzésében. A betegellátásban létrejött kommunikáció, a betegoktatás és a tanácsadás technikáin keresztül növelheti az ellátó hatékonyságát az egészségügyi problémák és betegségek megelőzésében, a korai felismerésében. A megfelelő kommunikációs technikák, - ahogy ez az előző fejezetben számos szakirodalmi példán át is látható volt, növelik mind az ellátók, mind a betegek elégedettségét, és nem utolsósorban javítják az egészségügyi kilátásokat. Ha jól utánagondolunk, a primer prevenció lényegében kommunikációs feladat. Az útmutatók, a betegek tájékoztatása és a viselkedésváltozással járó kockázatcsökkentés nagymértékben támaszkodik a kifinomult tanácsadási technikákra.

A megelőzés minden szintjén tevékenykedő ellátóknak a jövőben fel kell készülniük arra is, a prevenció égisze alatt effektív módon használjanak beteg edukációs technikákat és a közös döntési modell szerint jussanak egyességre pácienseikkel a kezelés további folyamatában.

A szekunder prevenció beavatkozások széles skálája megköveteli, hogy helyes tanácsadási, betegtájékoztatási technikákat alkalmazzunk és hatékonyan tudjuk kommunikálni, annak szükségességét is, hogy miért kell betartani az életmód változtatás esetlegesen apró elemeit is. A komplex és/vagy vitatott szűrővizsgálatok (pl. PSA-teszt) kifejezetten azt igénylik, hogy az ellátó vegyen részt a betegek tájékoztatásában és a közös döntéshozatalban, hogy a betegnek miért van szüksége erre a szűrővizsgálatra, és hogy tényleg szüksége van-e rá [39]. Invazív szűrési eljárások esetében (pl. méhnyakrák szűrés) és a fizikai vizsgálatokhoz (pl. kismencedei, prosztatata, végbél és here vizsgálata) kísérő magyarázatokra és empátikus válaszokra van szükség, hogy oldják a beteg szorongását vagy diszkomfort érzetét [40]. Végül, a korai felismeréshez szükséges önvizsgálati technikákhoz (pl. emlő, herék és bőr) szükségesek a hatékony demonstrációs és oktatási készségek. [41, 42]. A terciér, a betegség szövődésének

csökkentését célzó, prevenció is csak a megfelelő beteg edukációs kommunikációs technikák alkalmazásával lehet igazán hatékony.

Az élet végi prevenció (az elkerülhető tünetek és szenvedés kezelése) az egészségügyi kommunikáció egyik legösszetettebb feladata [43].

A prevenció tanácsadás vonatkozásában a kommunikációs feladatok három fő kategóriáját különböztethetjük meg: (1) tájékoztatási feladatok és tanácsadás, (2) az egészséges életmód ajánlásainak való megfelelés fejlesztése és (3) kommunikáció a betegekkel a szűrővizsgálatokról és az ellátás égisze alatt végzett egyéb eljárásokról. Fontos figyelembe venni azt a társadalmi és szervezeti környezetet, amelyben ezek a szolgáltatásokat működnek, mert ezek pozitívan vagy negatívan befolyásolhatják a prevenció ellátást és a betegek nyitottságát. A beteg nyitottságát befolyásoló rendszerszintű hatások magukban foglalhatják a beteg kulturális - és életkörülményeit, személyes értékrendjét, valamint az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés akadályoztatottságát, a fizikai és érzelmi korlátokat valamint az általános társadalmi normákat és elvárásokat.

Az ellátóra gyakorolt hatások közé tartoznak az egészségügyi ellátórendszerben rejlő nehézségek és motivációs tényezők (pl. költségtérítések, a prevenció eljárások hozzáférhetősége, a rendelkezésre álló erőforrások és a szolgáltatók egyéb ösztönző vagy visszatartó ereje), az ellátás általánosan elfogadott normái és az ellátó kulturális életkörülményei, munkakörnyezete és személyes értékrendje.

Az fizikai környezet minősége az ellátás során pozitívan befolyásolhatja a prevenció ellátás légkörét. Az ellátók és a betegek számára készített emlékeztetők ösztönözhetik a prevenció beavatkozások megbeszélését és megfelelő nyomon követését. Az egészségfejlesztési plakátok pozitív prevenció üzeneteket hordoznak, hozzájárulnak a betegek oktatásához, és referenciaként szolgálhatnak a megbeszéléshez. Az egészségügyi környezetben elérhető betegoktatási anyagok olyan eszközök a

betegek számára, amelyeket magukkal vihetnek az otthoni prevenciós feladatok megvalósításához. Mindezek a megközelítések együttesen megerősítő üzeneteket alkotnak a prevenció szempontjából kedvező rendelői környezetben, közvetítve azt az üzenetet, hogy az egészségfejlesztés és a betegségek megelőzése fontos prioritások és beszédtemák pl. a praxisközösségen belül.

Tájékoztató feladatok és prevenciós tanácsadás
A prevenciós tanácsadással kapcsolatos tájékoztatók és betegtájékoztató feladatok öt kategóriába sorolhatók:

- (1) bizonyos rendellenességek felderítésére szolgáló tájékoztatók,
- (2) a kórelőzményen keresztüli kockázatértékelés, valamint a kockázati magatartás értékelése,
- (3) elsődleges prevenciós üzenetek a betegeknek a kockázat, a kitétség vagy a betegség elkerülése érdekében,
- (4) tanácsadás az egészségtelen/kockázatos magatartás megváltoztatására és/vagy az egészséges magatartás megismertetése,
- (5) a betegek tanítása önvizsgálati technikákra. Bizonyos területeken fontosak a speciális tájékoztató- vagy szűrési protokollok használatára vonatkozó információk, a viselkedésváltoztatást célzó illetve motivációs tájékoztató technikák alkalmazása.

VII.10. Szűrővizsgálat

Az angolszász országokban rendkívül elterjedt az úgynevezett szűrőskálák alkalmazása pl. a mentális egészségi problémák (depresszió) vagy az addikciós problémák (alkohol, drog dohányzás) szűrésére.

A CAGE mozaikkérdés [45] 15 validált egyszerű és egyértelmű, és széles körben használják alkohollal kapcsolatos problémák szűrésére:

C— Próbálta már csökkenteni az alkoholfogyasztás mennyiségét?

A— Okoztak már problémát a családban az Ön alkoholfogyasztási szokásai?

G— Érezte már magát bűnösnek magát olyasvalami miatt, amit alkoholos befolyásoltság alatt tett?

E— Megtörtént-e már, hogy a reggelt alkoholfogyasztással kezdte, hogy megnyugtassa az idegeit

vagy azért, mert „erőtlennek” érezte magát?

A betegek kooperációjának megszerzése döntő fontosságú, így a betegek érzékenységre való tekintettel, a szűrővizsgálati kérdések felépítésével kapcsolatban átgondolni érdemes, hogy például az alkoholfogyasztással kapcsolatos kérdések követhetnek a táplálkozással kapcsolatos kérdéseket. A mentális állapotra vonatkozó kérdések követhetik a mindennapi élet tevékenységeit. A kockázati tényezőkkel kapcsolatos kérdések integrálhatók a család történetébe.

A kérdéseket nem elítélő módon lehet bevezetni, ha azt mondjuk: „Ezeket a kérdéseket minden betegemnek felteszem.” Ha a szűrővizsgálati kérdéseket minden betegnél felteszik, az a rutinszerűség benyomását kelti. Az eldöntendő kérdésekre adott válaszoknak mindig semlegeseknek és elfogulatlanoknak kell lenniük; a válasz nem lehet „nagyserű” vagy „helyes”, mert egy másik kérdésre adott eltérő válasz felvetheti a beteg gyanúját, hogy valami nem stimmel a válaszával.

A betegnek pontos, objektív visszajelzést kell kapnia az eredményeiről: „Amit elmondott nekem, úgy tűnik, mintha (memóriaproblémája lenne; kissé lehangoltnak érezné magát stb.)” A beteg visszajelzésének pontosságával kapcsolatos érzéseit ellenőrizni kell, és fel kell tárni a beteg helyzetének indokolását.

VII.11. Kockázatértékelés

A kockázatértékelés a teljes kórtörténet alapján valósul meg, és így az ellátó kommunikációs kompetenciáinak döntő szerepe van abban, hogy mennyire tud feltáró jellegű lenni. A kockázat felmérése szempontjából fontos felmérni a releváns kockázati magatartás szintjét és a veszélyes anyagokkal szembeni lehetséges környezeti kitétség értékelését. A kockázatról és a kockázat számszerűsítéséről szóló megbeszélés összetett és elvont fogalmakat alkalmaz, és befolyással van rá az orvos és a beteg kommunikációs attitűdje, esetleges elfogultsága (pozitív és negatív értelemben egyaránt).

Kimutatták például, hogy a betegek túlértékelik a mellrák kialakulásának vagy az emlőrák okozta elhalálozás kockázatát. Kérdésükre a nők 37% -a túlbecsülte az emlőrák kialakulásának kockázatát,

a nők 77% -a pedig 10-es vagy annál nagyobb mértékben túlbecsülte az emlőrák okozta halál esélyét [45]. Az egyszerre tált túl sok információ azt is eredményezheti továbbá, hogy a betegek nem tudják helyesen értelmezni [46].

Az abszolút és a relatív kockázat fogalmait nehéz megérteni, és még nehezebb kommunikálni. A kockázatot pontosan fel kell mérni és korrekten kell közölni, anélkül, hogy túlzottan megijesztenénk, vagy hamis biztonságérzetet közvetítenénk a betegnek. Ehhez hozzáértés és tapasztalat kell. A „visszakérdezés” technikája felméri mind az értelmezést, mind a választ, megkérve a beteget, hogy reagáljon az elmondottakra. Ez lehetőséget ad az orvosnak a pontatlanságok vagy tévhitiek korrekciójára és a reflexió hasznos a félelmek és szorongások tisztázása és kezelése érdekében.

VII.12. Primer prevenció tanácsadás

A primer megelőzéssel kapcsolatos tanácsadás célkitűzései az életmódbeli kockázatmagatartás megkezdésének elkerülésére összpontosítanak, vagy a terhesség megelőzés esetén a lehetséges aktív beavatkozás elkerülésére. A gyermekgyógyászatban a szülőknek szóló gyakorlati útmutatók segítik a primer prevenciót, ezek előre jelzik azokat a fejlődési mérföldköveket, amelyeket a gyermek a fejlődés egy adott szakaszában valószínűleg mutat, és útmutatást és támogatást nyújtanak a szülőknek [47]. Az ilyen útmutatók alkalmazhatóak a betegek bármely életszakaszában, különösen akkor, ha az egészségtelen magatartás megkezdésének kockázata megnő.

Például a nyugdíjazás küszöbén álló idősebb felnőtteket veszélyeztetheti az egészségtelen alkoholfogyasztási szokásokhoz való visszatérés, míg a válást tapasztaló személyeknél nagyobb a kockázata a nemi betegségeknek. Alapos pszichoszociális adatok szükségesek azoknak a tényezőknek a meghatározásához, amelyek előre jelezhetik az egészségtelen életmód megváltozásának lehetőségét. Az előzetes útmutatást és más elsődleges prevenció üzeneteket a beteg fejlettségi szintjéhez, társadalmi és kulturális háttéréhez, valamint a családi és társadalmi kockázati tényezőkhöz kell igazítani.

Javaslatok az elsődleges prevenció tanácsadás-hoz:

- Kérjük meg a beteget, hogy fogalmazza meg érzéseit, gondolatait az adott kockázati magatartással kapcsolatban („mit gondol Ön a mindennapos alkohol fogyasztásról?)
- Kérjük meg a beteget, hogy, foglaljon állást, azzal kapcsolatban, hogy szeretné elkerülni az adott kockázati magatartást
- Kérjük meg a beteget, hogy határozza meg azokat a gátló vagy szupportív tényezőket, melyek befolyásolhatják az adott kockázati magatartás elkerülését vagy kipróbálását („Mi készítené Önt arra, hogy kipróbálja (a viselkedést)? Mi az oka annak, hogy nem próbálná ki?”
- A beteg jelenlegi elkerülési stratégiájának kiderítése
- pozitív magatartás, érzések, értékek, hiedelmek és stratégiák megerősítése
- További / alternatív stratégiák javaslata
- Kölcsonösen elfogadható terv megtárgyalása
- A partnerség és a támogatás megerősítése
- A nyomon követés és az ellenőrzés megtervezése.

Egészséggel kapcsolatos viselkedésváltozás

Az Egyesült Államok Prevenció Szolgáltatósi Munkacsoportja [48] javasolja az egészséggel magatartásról szóló tanácsadást, ha a viselkedés és a betegségnek való kitettség vagy a kockázat között fennálló szoros kapcsolat bizonyított.

Célszerű azt tanácsolni a betegeknek, hogy változtassák meg azt a meglévő egészségügyi magatartást, ami súlyos megbetegedéshez és halálhoz vezethet. E könyv korábbi fejezeteiben már olvashattak Prochaska és DiClemente [49] viselkedésváltozás transzteoretikus modelljéről, Miller és Rollnick [50] pedig bebizonyították a motivációs tájékoztatók hatékonyságát. Más tanácsadói protokollok, például a 4A-k - kérdezz, értékelj, adj tanácsot és segíts [51] szintén hasznos keretet nyújtanak a tanácsadói üzenetek tervezéséhez.

Azok a tanácsadási módszerek, amelyek segítik a betegeket az egészségügyi magatartás megvál-

toztatásában a prevenció előmozdítása érdekében, ugyanazokkal az alapvető elemekkel rendelkeznek: értékelés, visszajelzés, tanácsadás, segítségnyújtás és nyomon követés.

- Az értékelés folyamata, a probléma súlyosságának megállapítása, a páciens véleménye a problémáról, a viselkedés milyen hatással volt a páciens életére, mit próbált korábban tenni, mi működött és mi nem, és hogy kívánja a páciens jelenleg a viselkedést megváltoztatni. Az értékelés akkor hatékony, ha támogató módon és ítélet nélkül végzik. A nyitott kérdések használata és az aktív megkönnyítés kulcsfontosságú elem.
- A visszajelzés fontos a megoldandó kérdés tisztázása és az értékelési szakaszban korábban összegyűjtött adatok pontosságának ellenőrzése és a páciens által tapasztalt viselkedés következményeinek megerősítése érdekében. A hatékony visszacsatolás fontos eleme az explicit kapcsolat megteremtése az érdeklődő magatartás és a beteg észlelt problémái és/vagy személyes céljai között.
- A tanácsadás lehetővé teszi az orvos számára, hogy egyértelmű ajánlásokat adjon a viselkedés megváltoztatására. A tanácsokat a beteg egészségi és személyes céljaihoz, a beteg rendelkezésre álló erőforrásaihoz, valamint a változásra való hajlandóságához kell igazítani. Azon lehetőségek vagy alternatívák listája, amelyek közül a beteg választhat, megkönnyítik az orvos és a beteg közötti partnerkapcsolatot.
- A segítségnyújtás magában foglalja mind a betegek tájékoztatását, mind a problémamegoldást a viselkedésváltoztatás felé vezető következő lépés tekintetében. Az alternatív stratégiák, az akadályleküzdés módszereinek interaktív tárgyalása, az előzetes célmeghatározás, egyértelmű és érthető utasítások, valamint a következő lépések végrehajtására vonatkozó útmutatás a folyamat részét képezi.
- A nyomon követés a rövid rendelői konzultáció során gyakran elhanyagolt kulcselem. Az időbeli nyomon követés lehetővé teszi az ellátó számára, hogy értékelje a viselke-

dés-változás folyamatának sikereit és visszacsései, pozitív megerősítést nyújtson a hatékony stratégiákban, és segítse a beteget a kihívásokkal és csalódásokkal kapcsolatos problémák megoldásában.

VII.13. Önvizsgálat

Az önvizsgálati módszertan tanításához mind a vizsgálati technikák és korlátainak ismerete, mind a hatékony tanítási stratégiák gyakorlati megértése szükséges. Az önvizsgálatok - az emlő, a herék és a kultakaró vizsgálata - megfelelő technikát, valamint tapintási és vizuális készségeket igényelnek a betegtől.

Ez demonstrációval, gyakorlással (önmagán és demonstrációs eszközökön), valamint a betegeket segítő kiegészítő oktatási anyagok felhasználásával valósítható meg. A betegnek mindig lehetőséget kell adni arra, hogy bemutassa az orvos számára a vizsgálati eljárást, hogy a téves technikát és félreértéseket ki lehessen javítani.

VII.14. Az életmódtanácsok betartása

Az életmód váltás betartása, a kockázat csökkentése, az önvizsgálat és az önellenőrzési protokollok, valamint a kemoprofilaxis vagy a kemoprevenció mind fontos szerepet játszanak a prevenció tanácsadásban. Az életmódtanácsok betartásának hangsúlyozása a megelőzés minden szintjén szükséges, nem csak az elsődleges prevencióban (a kockázat és/vagy betegség elkerülése) hanem másodlagos (korai felismerés) és a harmadlagos prevencióban is (a komplikációk csökkentése a kezelés betartásával).

Az életmódtanácsok betartásának ellenőrzése azal a céllal történik, hogy megállapításra kerülhessen, hogy a beteg sikeresen halad-e a számára kijelölt úton, melynek legegyszerűbb módja a páciens kikérdezése. További információk nyerhetők laboratóriumi vagy radiológiai leletekből. A beteg számára a visszajelzések sikertelenség esetén legyenek ítéletmentesek és megértőek. Visszajelzést kell adnunk a beteg számára arról is, hogy esetlegesen hol téved az érvelésében, hogy miért adta fel elkötelezettségét az egészséges életmód vonatkozásában. Az empátia, a legitimáció, a tisztet, a támogatás és a partnerség, különösen fon-

tosak ahhoz, hogy a páciens úgy érezhesse, hogy megértik, elfogadják, és hogy elkerüljük betegünk védekező hozzáállását.

VII.15. A szűrővizsgálatra való beutalás

Számos tanulmány kimutatta, hogy az egészségügyi szakemberek ajánlása az egyik legfontosabb tényező, amely befolyásolja a beteg döntését arról, hogy elmegy-e szűrővizsgálatra. Akkor lehet sikeres a szűrővizsgálat ajánlása a betegnek, ha az megérti a szűrővizsgálat fontosságát és hatékonyságát a megelőzésben. Az alábbi kommunikációs elemek segíthetnek ebben a helyzetben:

- A beteg tájékoztatása az eljárás céljáról, hogy mire számítson, hogyan tegye meg a szükséges előkészítéseket (pl. vastagbél-tükrözés). Az esetleges mellékhatásokkal, fájdalommal vagy kellemetlenséggel kapcsolatos információk segítenek a betegnek felkészülni.
- A beteg a vizsgálattal kapcsolatos előítéleteinek megismerése segítséget nyújthat abban, hogy hogyan oszlassuk el félelmeit és győzzük meg a vizsgálat szükségességéről.
- A szórólapok, beteg edukációs információs anyagok hathatós segítséget nyújthatnak, hiszen ezen anyagok „hazakísérik” a beteget, otthonában nyugodt körülmények közt, az időfaktortól függetlenül lehetősége van többször is áttekinteni a leírtakat, mely a megbirkózás egy fontos lépése.
- A szűrővizsgálat eredményének megbeszélése fontos lépés a beteg kezelésében, akkor is, ha negatív a lelet. Beszélni kell ilyenkor a soron következő vizsgálat időpontjáról, arról, hogy milyen rizikó magatartási formákat kell elkerülnie továbbra is életmódjában, hogy újra negatív lehessen a vizsgálati eredmény. A partnerség és a támogatás, a pozitív visszajelzés itt is fontos az orvos-beteg kapcsolat során. (KAPLAN, 1998)

VII.16. Kommunikáció az alapellátásban

Az alapellátásban is van jó néhány olyan szűrővizsgálat, mely igényli a helyes preventív kommunikációt. Ide tartozik az oltás, a vérnyomás-, vércukor-, de akár a testsúly vagy has térfogat-

mérés is. Ezek a szűrővizsgálatok is ugyanolyan kommunikációs technikát igényelnek, mint egy a beteg számára komolyabbnak tűnő szűrővizsgálat, pl. vastagbél-tükrözés. Ugyanúgy szükség van a vizsgálat menetének ismertetésére és az eredmények magyarázatára.

VII.17. Kommunikáció a szakellátásban

A szakellátásban lévő kommunikációs feladatok a szűrővizsgálatok vonatkozásában attól is függenek, hogy milyen ismeretei vagy esetleg korábbi tapasztalatai vannak a betegnek az adott eljárással kapcsolatban. Fontos az előzetes ismeretek fokának felmérése pl. egy egyszerű kérdéssel: „Mi a véleménye arról, miért kell pl. Influenza elleni oltás?” Mindeközben esélyt kap az ellátó, hogy megismerje és javítsa a páciens tájékozottságát, az esetleges fél-információkat, félreértéseket. Fontos áttekinteni az esetleges múltbeli kellemetlen tapasztalatokat is, hogy a beteg megnyugodhasson, vagy olyan magatartási stratégiákat ajánlhasson fel neki orvosa, melyek segíthetnek a félelem vagy kellemetlenség leküzdésére a vizsgálat során. Amennyiben a beteg még nem vett részt ilyen vizsgálaton (pl. első kismencedei vizsgálat, méhnyakrák szűrés, végbél-tükrözés) az ellátó megkérdezheti, mit hallott a beteg az eljárásról, és tisztázhatja a félreértéseket. A műszerek bemutatása valamint demonstrációs eszközök és/vagy egyszerű diagramok használatával járó további tájékoztatás segíteni fogja a beteget az eljárás megismerésében.

A vizsgálat közbeni esetleges kényelmetlenség és fájdalomérzet kezelése komplex kommunikációs feladat. A beteg bizalmának elnyerése szempontjából is fontos, hogy a vizsgálat minden egyes manuális lépését meg kell előznie magyarázatnak arról, hogy mi következik, mit és miért csinál az orvos és milyen érzés is lesz az. Bátorítani kell a betegeket, hogy tudassák az orvossal, ha fájdalmaik vannak vagy kényelmetlenül érzik magukat. Szintén az előbb említett okból, gyakran rá kell kérdezni, hogy mit éreznek a betegek, és erőfeszítéseiket észlelni és értékelni szükséges. Ha egy vizsgálat elkerülhetetlenül kényelmetlen, meg kell nyugtatni a betegeket, hogy amit éreznek,

normális, szükséges figyelni a beteg arckifejezését és reagálni rá. Empatikusan kell kezelni, ha a beteg zavarban van, vagy megalázkodónak érzi a vizsgálatot.

A vizsgálati eredmények magyarázata attól függ, hogy az eredmények alátámasztanak-e patológiás folyamatot, vagy sem. Amennyiben nincs kóros eltérés, „a minden rendben van”, a „normális” és az „egészséges” jó szavak a vizsgálatok eredményeinek közlésére. Ha azonban felmerül a gyanú, hogy nincs minden rendben, fontos, hogy kommunikáljunk a beteggel, hogy az eredmények egyelőre kétértelműek.

Probléma észlelésekor megfelelő időt kell fordítani arra, hogy a páciens megértse a leletek jelentését, foglalkozni kell az érzéseivel és aggodalmaival, és lehetőséget kell teremteni számára, hogy kérdéseket tehessen fel vagy aggályokat fedhessen fel. Ezeket aztán megfelelő kommunikációs technikákat használva empatikusan meg kell válaszolni, releváns információt nyújtva a betegnek a további kivizsgálási módszerekről, a lehetséges eredményekről és az esetleges betegség terápijáról [52].

VII.18. Tömegkommunikáció szerepe az egészség fenntartásában

Az elmúlt években hatalmas előrelépés történt a kommunikáció innovatív felhasználásában a népegészségügyi problémák kezelésének terén. A népegészségügyi kommunikációt úgy definiáljuk, mint a „kommunikációs technikák és technológiák alkalmazását az egyének, a lakosság és a szervezetek (pozitív) befolyásolására az emberi és környezeti egészséget elősegítő feltételek elősegítése céljából” [53].

Az egészségműveltség fejlesztése javarészt egészségkommunikációval, vagy népegészségügyi kommunikációval valósítható meg.

AWHO Európai Regionális Bizottsága által 2011-ben EPHO (Essential Public Health Operation) [54] a kommunikációt így tekinti:

„A népegészségügyi kommunikáció célja az egyének és populációk egészségi alapismereteinek és egészségi állapotának javítása”.

A nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkező személyek hosszabb időt töltenek kórházban

és többször használják az egészségügyi rendszert, mint a magas egészségműveltségű páciensek, valamint nagyobb nehézséget okoz nekik az orvosi utasítások követése és az egészségügyi információk hitelességének megítélése [55]. Az egészségműveltségre hatni, részben a népegészségügyi kommunikáció feladata is lehet. A népegészségügyi kommunikáció egyik leghatásosabb eszköze a tömegkommunikáció, mely a tömegtájékoztatási eszközök révén valósul meg.

A tömegtájékoztatási eszközök alatt általában a televíziót, rádiót, újságokat és magazinokat értjük. Hatékonyságuk éppen abban rejlik, hogy képesek egyidejűleg nagy tömegekhez üzeneteket eljuttatni. Gyengeségüket ugyanez a tömegfelhasználás okozza, hogy az általuk elért közönség sokszínű és nagyrészt differenciálatlan. Ez a sokfélesége abban a tekintetben problémás, hogy a médiaüzenetek hatékonyságának érdekében kifejezetten az adott célközönség számára kell megtervezni az üzeneteket. Egyszerűsítve azt mondhatjuk, hogy ami mindenkinek szól, az tulajdonképpen nem szól senkinek.

A tömegtájékoztatási eszközök második, némileg specifikusabb csoportját (célzott üzenetek), azok az eszközök jelentik, amikkel egy meghatározott csoportnak tudunk nekik szóló üzeneteket eljuttatni, ezek hírlevelek, füzetek, önszorgató útmutatók, pamflettek formájában valósul meg, de individualizált jellegéből adódóan korlátozottan képesek nagyszámú embert elérni.

A két csoport vonatkozásában vannak azonban átfedések, hiszen a tömeges és a célzott médiaüzenetek megkülönböztetése részben mesterséges abban a tekintetben, hogy még a tömeges üzeneteket is lehet bizonyos fokig testreszabottá tenni. A tömegtájékoztatás célközönség általi felhasználását „narrowcasting”-nak nevezik, ez leginkább „a speciális közönség elérése egy speciális médiumon keresztül”-ként definiálható és magában foglalja a médiacsatornák kiválasztását és a médiatartalom tervezését, hogy megfeleljen a meghatározott célcsoport igényeinek. Jó példa erre pl. az azonos érdeklődésű nézők számára létrehozott televíziós csatorna” [53], pl. Paprika TV, vagy LifeNetwork.

A tömegkommunikáció használata a népegészségügyi kommunikációban

A tömegkommunikációnak alapvetően a következő felhasználási módjait különböztetjük meg a megelőzésre irányuló egészségügyi kommunikáció vonatkozásában.

Működhet:

1. oktató funkcióban,
2. támogató funkcióban,
3. promóciós funkcióban,
4. kiegészítő funkcióban.

1. Oktató funkciójában elsődleges és egyetlen eszköze bizonyos egészségfejlesztési célok elérésének. Számos bizonyíték van már arra, hogy egyes egyedül a médiában közölt üzenet is hatékonyan meg tudja változtatni a káros egészségmagatartást vagy jó eszköz a megelőzés során. 1984 és 1985 folyamán a Kellogg Company országos médiakampányt dolgozott ki a magas rosttartalmú gabonafogyasztás és az NCI rákinformációs szolgálat ingyenes számának népszerűsítése érdekében. A kampány hét 30 másodperces televíziós reklámból, közönségkapcsolati anyagokból és speciális gabonapelyhes dobozokból állt. Az NCI ajánlása a magas rosttartalmú / alacsony zsírtartalmú étrend fogyasztásáról kiemelten helyen szerepelt a dobozokon és a reklámokban is. A kampány minden eleme óriási expozíciót ért el. Ez alatt a két év alatt azok száma, akik azt állították, hogy magas rosttartalmú étrendet fogyasztanak kockázatuk csökkentése érdekében, több mint kétszeresére nőtt (2-ről 5% -ra). Az információ elterjedtsége, mely a rosttartalom és a rákprevenció összefüggésére irányult, több mint háromszorosára nőtt (9-ről 32% -ra). A gabonapehely értékesítése szintén megugrott, és több mint 50 000 ember kereste meg az NCI-t további információkért [56].

2. Támogató funkciójában megerősítheti a korábban már más módszerrel közölt egészségmagatartásbeli tudnivalókat, támogathatja az egészségmagatartásbeli változásokat, ösztönözheti a változások fenntartását, vagy egyszerűen az érdeklődés középpontjában tarthatja az egészséges életmóddal kapcsolatos kérdéseket. Az Öt város projektben [57] társadalmi célú hirdetések formájában

közöltek információt, mert közönségadataikból az derült ki, hogy sok visszaeső dohányos lakos, annyira fél az újabb sikertelenségtől a dohányzás vonatkozásában, hogy inkább meg sem próbálkozik újra a leszokással, hiszen úgy sem sikerül. A projekt során társadalmi célú hirdetésekben helyi már sikeresen leszokott lakosokat szólaltattak meg, akik beszéltek motivációikról, arról, hogy hogyan birkóztak meg a visszaesésekkel és hogyan kezdték újra a programot egy-egy relapszus után.

3. Promóciós szerepkörében meglévő egészségfejlesztési programok népszerűsítésére használják, megismertetik a közösség tagjaival az egészségmagatartást megváltoztató termékeket és szolgáltatásokat, és ösztönzik a hallgatóságot, hogy telefonáljon, írjon vagy vegyen részt programokban. A tömegtájékoztatásnak ez talán a leggyakoribb szerepe az egészségfejlesztésben, és valószínűleg a nyilvánosság által a legismertebb. King és munkatársai [58] egy dohányzásról való leszoktató program vonatkozásában azt vizsgálták, hogy az abban résztvevők, hogyan értesültek a kampányról, televíziós társadalmi célú hirdetések, újsághirdetések, szórólapok (iskolákban, könyvtárakban, munkahelyeken, háziorvosi rendelőkben) segítségével-e, szignifikánsan a TV keresztüli elérés volt a legcélravezetőbb.

4. Kiegészítő funkciójában hatékonyan segíti, támogatja a személyes, individuális jelenlétű programokat. Flay [59] kutatásában 40 dohányzásról való leszoktató programot vizsgált meg és arra az eredményre jutott, hogy szinte mindegyik ért el változást a tudás, az attitűd és a dohányzási szokások megváltoztatása vonatkozásában. Hatékonyabbak voltak azonban azok a programok, ahol a személyes jelenlét mellett szóróanyagok is részt vettek a programban.. Ezenkívül a tömeges közvetítésű dohányzásról leszokó klinikák, amelyek nyomtatott anyagokat szolgáltatnak, hatékonyabbak voltak, mint azok, amelyek nem.

A közösségi médiában a kommunikációs viselkedés változásainak elősegítése a tömegtájékoztatás másik fontos funkciója lehet. Kialakíthatók olyan médiastratégiák és üzenetek, amelyek megpróbál-

ják bevonni a családtagokat, barátokat, munkatársakat és másokat az egészségügyi kérdésekről szóló közös beszélgetésbe. Ezen kommunikációs magatartás változásai befolyásolhatják az egyéni egészségügyi magatartást.

VII.19. Tömegkommunikáció krízishelyzet esetén

Alapvető előny, különösen akut válsághelyzet esetén, hogy az interneten keresztül rendkívül gyorsan lehet információkat a felhasználókhöz eljuttatni. Az interneten keresztül az egészséggel kapcsolatos információk rendszeres frissítések révén gyorsabban (naprakészebben) tehető elérhetővé, mint azt a hagyományos információs anyagok, például prospektusok, plakátok és enciklopédiák lehetővé teszik [60, 61]. Az internet az egészséggel kapcsolatos információk egyik legfontosabb forrásává fejlődött [62, 63], de ez nehézségekkel és kihívásokkal is jár. A COVID-19 jelenlegi példája megmutatja, hogy az információk azonnali rendelkezésre bocsátása és az interneten való elérhetősége, hogyan rövidíti meg az esemény bekövetkezése és a közfigyelem közötti késlekedést, és teszi lehetővé az időben történő válságkommunikációt. Az azonban már a korábbi válságokban már bebizonyosodott, hogy a viselkedés és a média iránti érdeklődés nem feltétlenül vannak szinkronban egymással, ezért nem feltétlenül felel meg a valós kockázati helyzetnek [65]. Ezenkívül az Internet további, sokoldalú lehetőséget kínál az innovatív egészségügyi kommunikáció számára. Ennek eredményeként a gyakran egyirányú kommunikációs helyzet egyre dinamikusabbá és többirányúbbá vált. A közösségi hálózatok, mint például a Facebook, Twitter, Instagram vagy Pinterest, lehetővé teszik az egyes emberek hálózatba lépését, és ezáltal lehetővé teszik a felhasználók számára, hogy információkat keressenek, szolgáltatassanak, osszanak meg, de véleményezzenek és megvitassák (egészséggel kapcsolatos) információkat is. Ez azt jelenti, hogy a címzettek már nemcsak „passzívan” fogyasztanak információt, hanem maguk is „aktívan” előállíthatják és terjeszthetik azokat [61, 62, 63]. Például olyan személyes anekdoták és élménybeszámolók (narratív információk) oszthatók meg, amelyek több-

nyire magas érzelmességük miatt magas meggyőző jellegűek [60, 63, 67-69]. Mivel azonban ez az információ nem esik szakmai felülvizsgálat alá, érvényessége és megbízhatósága bizonyos esetekben megkérdőjelezhető.

Az egészségügyi kommunikáció azonban nemcsak az internet és a közösségi média növekvő jelentősége, hanem a technológiai fejlődés révén is változik. Az egészségügy területén ígéretes lehetőségek rejlenek, amelyeket sikeresen lehet felhasználni a megelőzésre és az egészségfejlesztésre. Az USA-ban az emberek 80%-ának van okostelefonja, így a lakosság széles spektruma viszonylag egyszerűen és olcsón elérhető [70]. Különösen az okostelefon-alapú alkalmazások fejlődnek az egészségkommunikáció sokkal és egyre szélesebb körben alkalmazott stratégiájává. Különböző tanulmányok kimutatták, hogy az egészségügyi alkalmazások valóban felhasználhatók az egészségügyi magatartás megváltoztatására [71-73]. Egy átfogó metaanalízis eredményei azt mutatják, hogy a táplálkozási alkalmazások mind az étkezési szokások javításában, mind a változtatásban hatékonyak táplálkozási egészségi mutatókat indukálnak, mint például a testtömeg-index [73]. Az egészségügyi kommunikáció hagyományos stratégiáihoz képest az alkalmazások használata lehetővé teszi, hogy az egészségügyi kommunikáció a pillanatban, az idő bármely pontján és a természetes környezetben, azaz a mindennapi életben azonnal megtörténjen. Ily módon az információk szükség esetén elérhetővé válhatnak.

Összefoglalva elmondható, hogy az internet, a közösségi média vagy az alkalmazások használatával az egészségügyi kommunikáció területén a hagyományos tömegmédia-kommunikáció előnyei, például a nagy hatótávolság és a magas költséghatékonyság, hatékonyan kombinálhatók az interperszonális kommunikáció előnyeivel (információ közvetlensége és személyre szabása).

VII.20. Irodalomjegyzék

1. WILKER, F, NOVAK, P (1994): Medizinische Psychologie. Medizinische Soziologie. München: Urban
2. MÜLLER M (2002): Der starke Auftritt. Eichborn, München
3. DÜRHOFTZ D (1993): Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Frankfurt am Main: Lang Verlag.
4. BLIESENER T (1996): Die Visite - ein veränderter Dialog: Initiativen von Patienten und Abweisungen durch das Personal. Tübingen, Gunter Narr Verlag.
5. GORDON T, STERLING W (1999): Patientenkonferenz. Ärzte und Kranke als Partner. München: Wilhelm Heyne Verlag.
6. ENGEL G (1980): The clinical application of the biopsychosocial model. The American Journal of Psychiatry, 137: 535-544
7. HELMICH, P (1991): Psychosoziale Kompetenz in der ärztlichen Primärversorgung, Berlitz, München.
8. BUCKMANN R (1992): How to break bad news: A guide for health care professionals. Baltimore: The J. Hopkins University Press; 15.
9. LANGKAFEL P, LÜDK Ch (2001): Breaking Bad News: Das Überbringen schlechter Nachrichten in der Medizin Economica, München
10. QUINE L, RUTTER DR (1994): First diagnosis of severe mental and physical disability: a study of doctor- parent communication, Journal of Child Psychol. Psychiatry 76:1273-87.
11. LEY P, SKILBECK R, WOODWARD R, PINSENT L. PIKE M (1976): Improving doctor-patient communication in general practise, Journal of the Royal College of General Practitioners, 26,720-724.
12. KORSCH, GOZZI , FRANCAIS, (1968): Gaps In Doctor-Patient Communication Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction Pediatrics 42:855 -871
13. ROTER, D (1989): The Roter method of interaction process analysis (Manual). Baltimore: Johns Hopkins University.
14. BENSING, J (1991): Doctor& patient communication and the quality of care: An observation study into affective and instrumental behaviour in general practice [Dissertation]. Utrecht: NIVE.
15. UNGEHEUER, G (1999): Sprache und Kommunikation, Münster, Nodus Verlag
16. BALINT, MICHAEL (1980): The doctor, his patient and the illness. Pittman, london. <https://doi.org/10.1097/00000441-195711000-0001>
17. VON UEXKÜLL, T (2001): Körper-Sein, Körper-Haben – Der Hintergrund des Dualismus in der Medizin. In: Psychother Psychosom Med Psychol 51:128-133.
18. SCHÖNBERGER, A (1995): Patient Arzt: der kranke Stand. Wien: Verlag Carl Ueberreuter Flucht aus dem Labyrinth. Uni-Ranking: Deutsche Hochschulen im Vergleich 15/1999. <http://www.spiegel.de/spiegel/0,1518,17056,00.html> (2012.07.01)
19. DER SPIEGEL, (15/1999): <https://www.spiegel.de/spiegel/print/index-1999-15.html>
20. HERSCHBACH P, VON RAD M (2008): Psychological Factors in Functional Gastrointestinal Disorders: Characteristics of the Disorder or of the Illness Behavior? Psychosomatic Medicine 61:148-153.
21. LAZARE A. LIPKIN M, PUTNAM S. (1995): Three Functions of the Medical Interview. In: Lipkin, Mack; Lazare, Aaron; Putnam, Samuel M.; eds. The Medical Interview: Clinical Care, Teaching and Research. New York: Springer-Verlag, 3-19.
22. WAITZKIN, H (1984): Doctor-Patient Communication Clinical Implications of Social Scientific Research JAMA.;252:2441-2446.
23. TUCKETT, D (1985): Meetings Between Experts: An Approach to Sharing Ideas in Medical Consultations, Tavistock Ltd.
24. FALLOWFIELD L, RATCLIFFE D (1998): Teaching Senior Oncologists Communication Skills: Results From Phase I of a Comprehensive Longitudinal Program in

- the United Kingdom. In: *Journal of Clinical Oncology* 16:1961-68
25. RAMIREZ AJ GRAHAM J, RICHARDS MA, CULL A, GREGORY WM (1996): Mental health of hospital consultants: the effect of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347: 724-28.
 26. QUINE L, RUTTER DR (1994): First diagnosis of severe mental and physical disability: a study of doctor- parent communication, *Journal of Child Psychol. Psychiatry* 76:1273-87.
 27. LÜTH P (1975): *Kommunikation in der Medizin*. Stuttgart: Hippokrates Verlag, Annu. Rev. Public Health. 1995. 16:219-38
 28. AMBASY N BERNIERI, F (2002): Physical Therapists' Nonverbal Communication Predicts Geriatric Patients' Health Outcomes *Psychology and Aging*. Vol. 17: 443– 52.
 29. SCHOFIELD PE, BUTOW PN, THOMPSON JF, TATTERSALL MH, BEENEY LJ, DUNN SM (2003): Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Ann Oncol* 14: 48–56
 30. DONOVAN K (1983): Communicating bad news, WHO Division of Mental Health, http://whqlibdoc.who.int/hq/1993/WHO_MNH_PSF_93.2.B.pdf
 31. MC. INTOSH A (1990): Patient Power in Doctor-Patient Communication: What Do We Know? *Health Communication* 2:122.
 32. MATTHEWS DA (1993): Making “connections”: enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. *Ann Intern Med.*;118 (12):973-7.
 33. GOLDBERG RJ (1984): Disclosure of information to adult cancer patients: issues and update. *J Clin Oncol.* 81:948-55.
 34. JENKINS V (2001): Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *Br J Cancer.* 84:48-5.
 35. 18/2016. (VIII.5.) EMMI rendelet <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1600018.EMM&txtreferer=00000001.txt>
 36. SZOCIÁLIS ÉS MUNKAÜGYI MINISZTERIUM A Fogyatékosokkal élő személyek jogairól szóló Egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv (2021.05.06.) <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0700092.tv>
 37. SÉRÜLTEK.HU, [integrálódó kiadvány] : információs portál fogyatékos emberekről / főszerkesztő Horváth László. – Online kiadvány. – 2003. 11. 12. - . – [s.n.], 2001
 38. RADVÁNYI K, (2007): A személyiség fejlődését és vizsgálatát nehezítő tényezők fogyatékosokkal élő személyeknél. *Erdélyi Pszichológiai Szemle VIII. évf. 1. sz. Kolozsvár, 2007. 1-30.o.*
 39. FERRINI R, WOOLF SH (1998): American College of Preventive Medicine practice policy: screening for prostate cancer in American men. *Am J Prev Med.* 15:81–4.
 40. PINTO BM.(1993): Training and maintenance of breast self-exam skills. *Am J Prev Med.* 9:353–8.
 41. LEFFELL DJ, BOLOGNIA J (1993): The effect of pre-education on patient compliance with full-body examination in a public skin cancer screening. *J Dermatol Surg Oncol.*19:660–3.
 42. FRIMAN PC, FINNEY JW, CHRISTOPHERSEN ER (1986): Testicular self-examination: validation of a training strategy for early cancer detection. *J Appl Behav Anal.*19:87–92.
 43. FIELD MJ, CASSEL EK (2007): *Approaching Death: Improving Care at the End of Life*. American Board of Internal Medicine, Washington, DC
 44. EWING JA (1984): Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA.* 252:1905–7
 45. BLACK WC (1995): Perception of breast cancer risk and screening effectiveness in women younger than 50 years of age. *J. Natl Cancer Inst.* 87:720–31.
 46. SCHWARTZ J (1997): The role of numeracy in understanding the benefits of screening mammography. *Ann Intern Med.*

- 127:996–72.
47. DIXON SD (1992): Stein MT. Encounters with Children: Pediatric Behavior and Development. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby
48. LORIG K (1996): Patient education and counseling for prevention. In: U.S. Preventive Services Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Baltimore, MD: Williams & Wilkins
49. PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC (1986): Toeard a comprehensive model of change. In: Miller WR, Heather N (eds). Treating Addictive Disorders: Processes of Change. New York: Plenum
50. MILLER WR, ROLLNICK S (1991): Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: Guilford Press
51. NIH PUBLICATION (1990): National Cancer Institute Manual for Physicians. No.90-3064. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services
52. DUBE' C, NOVACK D (2000): Communication Skills for Preventive Interventions. Academic Medicine Vol 75. No/7 Supplement
53. MAIBACH J: (1995) The Improvements of Public Health Communication Annu. Rev. Public Health 16:219-238.
54. EPHO, WHO (2020):<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>
55. MÅRTENSSON L, HENSING G (2012): Health literacy -- a heterogeneous phenomenon: a literature review. Scand J Caring Science
56. ALEXANDER J, BREITROSE, H (1977): Community education for cardiovascular health. Lancet I: 1 1 92-95pp. 429-42. New York: Praeger
57. FARQUHAR L, FORTMANN S, MACCOBY N, HASKELL W, WILLIAMS, P (1985): The Stanford Five City Project: Design and methods. Am. J. Epidemiol. 1 22:323-34
58. KING A, FLORA C (1987): Smokers challenge: Immediate and long-term findings of a community smoking cessation con-
- test. Am. J. Public Health 77: 1 340-4
59. FLAY B (1987): Mass-media and smoking cessation: A critical review. Am. J. Public Health 77: 1 53-60
60. BETSCH C, ULSHÖFER C, RENKEWITZ F, BETSCH T (2011): The influence of narrative v. statistical information on perceiving vaccination risks. Med Decis Mak 31:742–753.
61. GAMP M, RENNER B (2016): Pre-feedback risk expectancies and reception of low-risk health feedback: absolute and comparative lack of reassurance. Appl Psychol Health Well Being 8:364–385.
62. CHOU WS, PRESTIN A, LYONS C, WEN K (2013): Web 2.0 for health promotion: reviewing the current evidence. Am J Public Health 103:9–18.
63. HESSE BW, NELSON DE, KREPS GL, CROYLE RT, ARORA NK, RIMER BK, VISWANATH K (2005): Trust and sources of health information: the impact of the internet and its implications for health care providers: findings from the first health information national trends survey. Arch Intern Med 165:2618–2624.
64. RENNER B, SCHUPP H (2011): The perception of health risks. In: Friedman HS (Hrsg) Oxford handbook of health psychology. Oxford University Press, New York, S 637–665
65. KREPS GL, NEUHAUSER L (2010): New directions in eHealth communication: opportunities and challenges. Patient Educ Couns 78:329–336.
66. PRESTIN A, CHOU WS (2014): Web 2.0 and the changing health communication environment. In: Hamilton HE, Chou WS (Hrsg) The Routledge handbook of language and health communication. Routledge, New York, S 184–197
67. GIGERENZER G, GAISSMAIER W, KURZ-MILCKE E, SCHWARTZ LM, WOLOSHIN S (2007): Helping doctors and patients make sense of health statistics. Psychol Sci Public Interest 8:53–96.
68. STEINMEYER L, BETSCH C, RENKEWITZ F

- (2018): Können Faktenboxen den Einfluss narrativer Information auf Risikourteile verringern? In: Stehr P, Heinemeier D, Rossmann C (Hrsg) Evidenzbasierte/evidenz- informierte Gesundheitskommunikation. Nomos, Baden-Baden, S 143–154
69. ZILLMANN D (2006): Exemplification effects in the promotion of safety and health. *J Commun* 56:221–237.
70. SERVICK K (2015): Mind the phone. *Science* 350:1306–1309
71. FREE C, PHILLIPS G, GALLI L, WATSON L, FELIX L, EDWARDS P ET AL (2013): The effectiveness of mobile-health technology-based health behaviour change or disease management interventions for health care <https://doi.org/10.1111/aphw.12076>
72. SCHOEPPE S, ALLEY S, VAN LIPPEVELDE W, BRAY NA, WILLIAMS SL, DUNCAN MJ, VANDELANOTTE C (2016): Efficacy of interventions that use apps to improve diet, physical activity and sedentary behaviour: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act* 13:127.
73. VILLINGER K, WAHL DR, BOEING H, SCHUPP HT, RENNER B (2019): The effectiveness of app-based mobile interventions on nutrition behaviours and nutrition-related health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev* 20:1465–1484.

VIII. Fejezet

A FŐBB KRÓNIKUS NEM FERTŐZŐ ÉS FERTŐZŐ BETEGSÉGEK MEGELŐZÉSE

(Kiss István, Orsós Zsuzsanna, Németh Katalin)

VIII.1. Bevezetés

Dacára annak, hogy a világot nemrég rettegésbe kergető Covid-pandémia még mindig itt van velünk, a XXI. században a vezető halálokokat egyértelműen a krónikus nem fertőző betegségek adják. Az emberiség történetének nagyobb részére jellemző klasszikus fő halálokok, azaz a fertőző betegségek, csecsemőhalálozás és táplálkozási hiánybetegségek a fejlődő országok zömében is visszaszorulóban vannak (bár egyelőre még számos országban fő népegészségügyi prioritást képeznek), és egyre növekszik a daganatok, szív-érrendszeri betegségek, valamint más nem fertőző betegségek előfordulása. Fejlett országokban pedig ma már a vezető halálokok között kizárólag krónikus-nem fertőző betegséget találunk.

Egészségfejlesztésről nehéz lenne úgy beszélni, hogy nem tudjuk, mik azok a betegségek, amik egészségünket veszélyeztetik, és mik azok a rizikófaktorok, amelyek ezen betegségek kialakulásának kockázatát fokozzák, vagy mik azok a protektív tényezők, amelyek a kockázatokat csökkentik. Az egészség több, mint pusztán a betegségek hiánya, de egy népesség egészségi állapotát nem lehet a betegségteher figyelmen kívül hagyásával jellemezni. Ezért szükséges szót ejteni röviden a főbb betegségek néhány epidemiológiai jellemzőjéről, illetve főként megelőzésük lehetőségeiről. Mivel ez a mű alapvetően nem részletes epidemiológiáról szól, ezért minden számottevő betegség rizikófaktorainak, megelőzési lehetőségeinek elemzése messze meghaladta volna a terjedelmi korlátokat. Ahelyett, hogy minden betegségről röviden, az említés szintjén – és ebből adódóan felszínesen – szót ejtettünk volna, arra törekedünk, hogy egyes kivá-

lasztott, mortalitás vagy betegségteher szempontjából kiemelkedő jelentőségű betegségekről vagy betegségecsoportokról érdemben írassunk.

VIII.2. A szív- és érrendszeri betegségek népegészségügyi jelentősége, főbb kategóriái

VIII.2.1. Népegészségügyi jelentőség

A kardiovaszkuláris betegségek világviszonylatban a vezető halálokok közé tartoznak. A WHO 2019-re vonatkozó becslése szerint a legfontosabb halálokot az iszkémiás szívbetegségek adták: az összes haláleset 16,0 %-a következett be az iszkémiás szívbetegség (koszorúér-betegség) miatt. A második legfontosabb halálokot képező agyi érbetegségek pedig az össz-halálozás 11,2 %-át tették ki. Míg globálisan ezek a részarányok növekvő tendenciát mutattak az elmúlt 20 évben (2000: ISZB: 13,2 %, agyi érbetegség: 10,7 %), a magas jövedelmű országokban a trendek ennek pontosan az ellenkezőjét mutatták: 2019: ISZB: 16,1 %, CVB: 7,4 %; 2000: ISZB: 22,5 %, CVB: 10,9 %. Fejlett országokban nemcsak a halálozás, hanem a betegségteher szempontjából (amit például a rokkantsággal korrigált elvesztett életevek mutatóval mérhetünk) szintén ez a két betegség a vezető.

Magyarországon a kardiovaszkuláris betegségek az össz-halálozás mintegy felét adják (2018-ban 49,4 %; ebben az évben 14 587 ember halt meg iszkémiás szívbetegségben, és 4981-en pedig agyér-betegségben). Ezekkel az adatokkal a nemzetközi összehasonlításban sajnos nagyon rossz helyen állunk. Az Eurostat 2017-es összehasonlító statisztikája szerint Magyarország az EU-ban Litvánia után második helyen állt az iszkémiás szívbetegségek standardizált halálozás szerinti

sorrendjével (1732/1000000). Ahhoz, hogy ezt az értéket helyén tudjuk kezelni, meg kell jegyezni, hogy abban az évben az uniós országok közül hatban ez az érték 300/1000000 alatti volt, és 20 országban pedig 700/1000000 alatti. Érdekes egyébként, hogy ekkor Lettország és Litvánia után hazánkban volt a harmadik legnagyobb különbség a férfi és női halálozások között.

VIII.2.2. Főbb szív-érrendszeri betegségek

Amint az a korábbiakból is kiderült, a kardiovaszkuláris betegségek két kiemelten legfontosabb csoportját az iszkémiás szívbetegségek és az agyi érbetegségek képezik. Ez a két betegség adja a szív-érrendszeri halálozások több, mint háromnegyed részét (VIII.1. ábra).

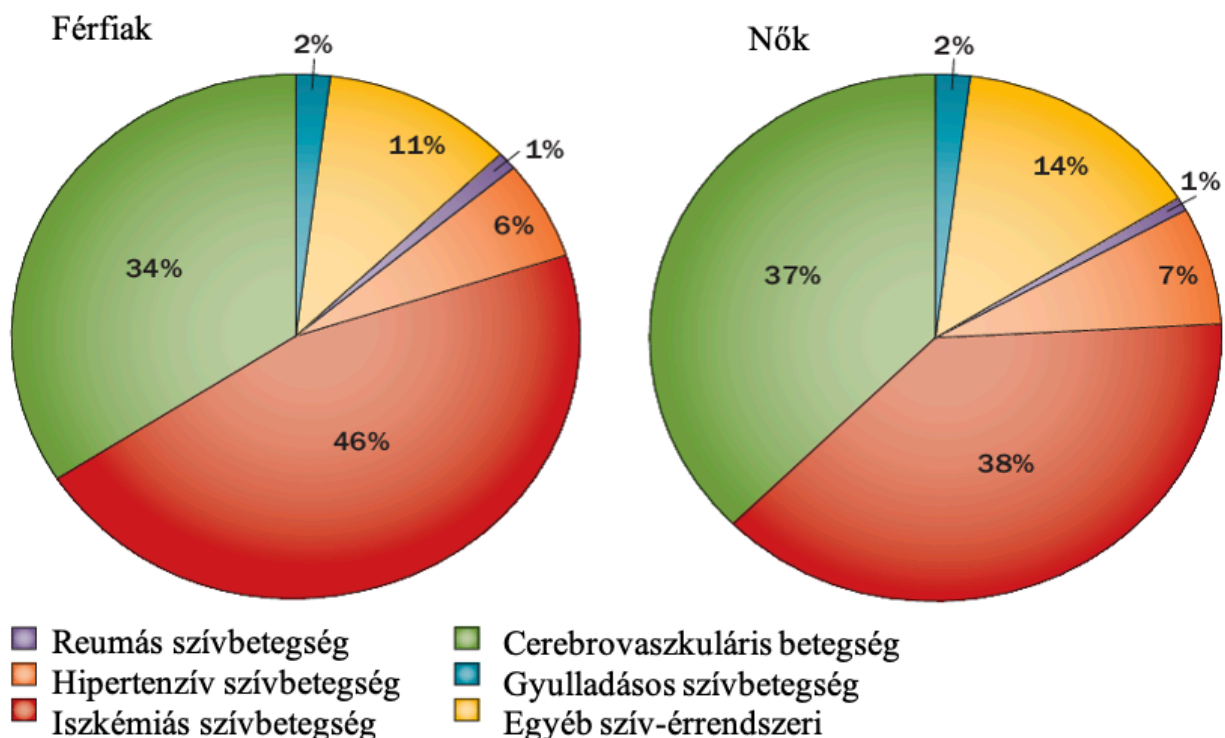
A tizenegynéhány százaléknyi „egyéb” szív- és érrendszeri betegség sokféle kórképet foglal magába, például ide tartozik a perifériás érbetegség, aorta-aneurizma, kardiomiopátia, szívelégtelenség, különböző szívritmus-zavarok, szívbillentyű-betegségek és veleszületett rendellenességek. Ezek meglehetősen heterogén etiológi-

ájú megbetegedések, egy részüknél a megelőzés lehetőségei erősen korlátozottak. A prevenció- és éppen ezért jelen fejezet szempontjából viszont nagyon lényeges, hogy a koszorúér-betegségnek, a cerebrovaszkuláris betegségek döntő többségének és jelentős mértékben a hipertóniának a kockázati tényezői azonosak. Egy jól megtervezett prevenció programmal tehát a szív-érrendszeri halálozás több, mint 80 %-át kitevő betegségek ellen hatékonyan küzdhetünk. A kockázati tényezők koszorúér-betegségekre vonatkozóan kerülnek bemutatásra, a hipertónia megtárgyalásával egyetemben, amit ezután rövid kiegészítés követ az agyi érbetegségekre vonatkozóan.

VIII.3. A koszorúér-betegség kockázati tényezői, csoportosítás, hatásuk, rizikófaktor-specifikus prevenció

VIII.3.1. Áttekintés, csoportosítás

Mivel az iszkémiás szívbetegség adja a csoporton belüli legfőbb halálokot, a kockázati tényezők tárgyalását ezen a betegségen keresztül tesszük meg, és ahol ez szükséges, a másik kardiovaszkuláris betegségeknél kiegészítéseket fűzünk hozzá.



VIII.1. ábra: A szív- és érrendszeri betegségek főbb típusai által okozott halálozások aránya férfiakban és nőkben (Wong et al, Nature Reviews Cardiology 2014 11: 276–289.) [1]

A koszorúér-betegségnek meglehetősen sok kockázati tényezője van, ezért ezeket általában csoportokba szokás rendezni. A hol egyszerűbb, hol bonyolultabb csoportosítási lehetőségek közül a lehető legegyszerűbbet és egy másik, kicsit összetettebbet ismertetünk. Az egyszerű megoldás az, hogy módosítható (befolyásolható) és nem módosítható (nem befolyásolható) kockázati tényezőkről beszélünk. A nem befolyásolható rizikófaktorok az életkor, nem, rassz, terhelő családi anamnézis és további genetikai tényezők. A többi kockázati tényező pedig a másik csoportba tartozik, hiszen környezeti-, életmódi- vagy ezekből adódó rizikótényezőkről van szó, illetve olyanokról, amelyek életmódi változásokkal, gyógyszeres beavatkozással befolyásolhatók. Ebben a csoportban számos rizikófaktorot találunk, például a fizikai inaktivitást, elhízást, dohányzást, nem megfelelő lipidszinteket.

Kissé bonyolultabb kategorizálás az American Heart Association V. Prevenációs konferenciáján közölt csoportosításnak a Mayo Klinika munkatársai által történt módosítása (VIII.1. táblázat).

Az eredeti megfogalmazás szerint tradicionális/konvencionális rizikófaktorok azok, amelyek az aterogenezis közvetlen oki tényezői. A predisponáló faktorok által okozott kockázatemelkedés részben a konvencionális tényezőkön keresztül érvényesül, de független hatásai is lehetnek. A kondicionális rizikófaktorok pedig a konvencionális tényezők jelenléte esetén fokozhatják koszorúér-betegség rizikóját (ezért is a „feltételes” elnevezés). Mivel a kardiovaszkuláris betegségekkel kapcsolatos ismereteink folyamatosan gyarapodnak, ezért a táblázat nem „örök érvényű”, egyes tényezők megváltoztathatják besorolásukat, illetve újjak jelenhetnek meg.

VIII.3.1.1. Kockázati tényezők

A tárgyalás során az I. táblázat sorrendjében haladunk, de szóba kerülnek olyan kockázati tényezők is, amelyeket a táblázat nem tartalmaz.

VIII.3.1.1.1. Dohányzás

A dohányzás kardiovaszkuláris kockázatot emelő hatását régóta ismerjük. A Framingham Heart

Study (az USA-ban végzett egyik első nagy prospektív vizsgálat, amely a szív-érrendszeri betegségek kockázati tényezőit vizsgálta – mérföldkő a kardiovaszkuláris prevenció történetében) egyik első és nagyon fontos megállapítása volt, 1962-ben, hogy a dohányzás fokozza a szívbetegség kockázatát [2].

A dohányzás az egyik legfőbb egészségkárosító tényező, egy halálossá válható szenvedélybetegség. Az élethosszig dohányzók kb. 50 %-os valószínűséggel a dohányzás következtében fognak meghalni. A dohányosok e szokásuk miatt mintegy 10 életévet veszítenek el – összehasonlításként a súlyos hipertóniás betegek 3 évet, az enyhe hipertóniások pedig egy esztendő. Az INTERHEART vizsgálat szerint az első szívinfarktus populációs járulékos kockázatának 36 %-áért a dohányzás volt felelős. A dohányosok 10 éves fatális kardiovaszkuláris kockázata duplája a nemdohányzókének [3].

Számos mechanizmust ismerünk, amelyek magyarázzák a dohányzás egészségkárosító, kardiovaszkuláris rizikót emelő hatásait; ezek közül néhány:

- A nikotin szimpatikus aktivitást fokozó hatása vérnyomásemelkedéshez, felgyorsult szívveréshez vezet, fokozza a szívizom oxigénigényét. A nikotinnak döntő szerepe van továbbá az addikció kialakulásában. A koronáriák konstriktója csökkenti a szívizom oxigénellátását.
- A cigarettafüstben levő szénmonoxid csökkenti a vér oxigénszállító kapacitását, ezért a szervek oxigénigényének kielégítése csak több vér keringetésével valósítható meg, ami a szívre jelentős többletmunkát hárít (úgy, hogy közben a szív ereibe is oxigénben szegényebb vér érkezik)
- Oxidatív károsodások, szabad gyökök. A szabad gyökök hozzájárulnak az oxidatív stressz kialakulásához és fenntartásához, a lipidek oxidációjához. Emiatt csökken a nitrogénmonoxid-termelés (az NO erős értágító hatású molekula), a vazokonstriktív hatások tovább fokozódnak, a szabad gyökök aktiválják továbbá a véralvadási faktorokat, illetve a trombocitákat, ami protrombotikus

VIII.1. táblázat. Kardiovaszkuláris rizikófaktorok csoportosítása

Konvencionális	Predisponáló	Kondicionális	Újabban felmerülő
Dohányzás	Túlsúly vagy elhízás	Homocisztein	Lipoprotein-asszociált foszfolipáz A ₂
Magas vérnyomás	Fizikai inaktivitás	Fibrinogén	Terhességgel asszociált plazma protein A
Emelkedett szérum-koleszterin	Férfi nem	Lipoprotein (a)	Aszimmetrikus dimetilarginin
Alacsony HDL-koleszterin	Családi anamnézisben korai koszorúér-betegség	Kis méretű LDL-részecskék	Mieloperoxidáz
Diabetes	Gazdasági-szociális tényezők	C-reaktív protein	Nitrotirozin
	Életmódi/viselkedési tényezők		Oxidatív-stressz markerek
	Inzulinrezisztencia		Egyes kandidáns gének allélvariánsai

forrás: American Heart Association V. Prevenációs konferenciáján közölt csoportosításnak a Mayo Klinika munkatársai által történt módosítása

állapot kialakulásához vezet. Mindezek, kölcsönhatásban az oxidatív stressz miatt nagyobb valószínűséggel kialakuló inzulinrezisztenciával és a cigarettafüstben levő további toxikus anyagok által indukált gyulladásos folyamatokkal kölcsönhatásban fokozzák az endotel-diszfunkció kialakulásának rizikóját. Ehhez még a cigarettafüstben levő számos vegyület endotelsejtekre kifejtett közvetlen toxikus hatása is hozzájárul.

- A cigarettafüstben levő karcinogén anyagok az érfalban levő simaizomsejtek proliferációját is fokozhatják, ami szintén az ateroszklerotikus plakk kialakulását segíti elő.
- A dohányosok lipidparaméterei kedvezőtlenebbek a nemdohányzóknál, például a HDL-koleszterinjük alacsonyabb. Ennek mechanizmusa nem pontosan ismert, de szerepe lehet benne a szabad koleszterin észterezéséért felelős lecitin-ko-

leszterin-acetiltranszferáz gátlásának vagy a koleszterinészter transzfer fehérje alacsonyabb mennyiségének.

A korábbi években a dohánygyárok „ártalomcsökkentés” címén különböző megoldásokkal igyekeztek a cigarettafüstben levő káros anyagok mennyiségét csökkenteni, amitől az okozott kockázat lényeges csökkenését remélték, és ezt kommunikálták. Mára bebizonyosodott, hogy minden tényezőt számba véve ezeknek a megoldásoknak érdemi haszna nincsen, sőt egyes vizsgálatok szerint még károsak is lehetnek. A fő probléma az, hogy az érintett dohányosok számára az úgynevezett „alacsony kockázat”, „minimális veszély” és hasonlók téves biztonságot adnak, ami globálisan hozzájárul a dohányzás, mint addiktív szokás fennmaradásához, bagatellizálja a cigaretta- (beleértve az alacsonyabb károsanyag-tartalmú termékeket is, amelyek valamivel kevésbé, de mégis szignifikánsan kockázatonövelő hatá-

súak) valós kockázatait. Azt a hamis képet kelti, miszerint el lehet térni az egyetlen, valóban hatékony megoldástól, ami a dohányzás elleni kitartó küzdelem, annak teljes felszámolásáig.

Néhány gondolatot érdemes a füstmentes dohánytermékekről megosztani. Az e-cigarettákban a nikotintartalmú (és számos más összetevőt is tartalmazó) folyadék párologtatásával képezett aeroszol szívják be a felhasználók, a hevített dohánytermékek esetén pedig valódi dohánytartalmú töltetet hevítenek úgy, hogy az ne érje el az égési hőmérsékletet (az ehhez szükséges 800 °C helyett 350 °C körülire), azért, hogy az égés során történő károsanyag-képződést kiküszöböljék. Ezen kívül további füstmentes formák is léteznek, amelyek közül Európában talán a snüssz („snu” – speciális technológiával, gőzölt dohánylevelekből előállított, szájba helyezve használt dohánytermék) érdemel leginkább említést, mivel különösen skandináv országokban meglehetősen elterjedt a használata. E dohánytermékekben közös, hogy nikotintartalmuk miatt mindenképpen kardiovaszkuláris kockázatot jelentenek (valamint addiktívak is), többi összetevőjükről és a hevített termékeknél a hevítés során keletkező vegyületek egészségi hatásairól pedig kevesebbet tudunk, mint a majd egy évszázada alaposan vizsgált hagyományos cigarettazásáról. Ezt kihasználva a dohánygyárak egyrészt odáig is elmentek, hogy megpróbálták „egészséges alternatívként” beállítani őket, másrészt pedig a leszokni vágyóknak javasolják cigaretta helyett. A probléma az, hogy egyre több kutatás szerint ezek az alternatív dohányzási formák is számottevő kockázatokat rejtenek, egyre több kórélettani folyamatot tanulmányozó, valamint epidemiológiai vizsgálat mutatja ezek egészségkárosító hatásait. A leszokni vágyók jelentős része pedig megáll a hevített dohánytermékek használatánál, vagyis a hirdetett cél nem valósul meg. Ráadásul az új dohánytermékek sajnos vonzónak tűnnek a fiatalok számára, tehát egyre többen szoknak rá mindenfajta dohányzási előzmény nélkül ezekre a termékekre. Összességében véve az alternatív kísérletek jelenleg zsákutcának tűnnek, amint azt a dohányzás káros hatásaival foglalkozó szakmai szervezetek, intézmények is határozottan megfo-

galmazzák. Az Egészségügyi Szakmai Kollégium Tüdőgyógyászat Tagozat többek között világosan kimondja, hogy „Korlátozni kell a hevített dohánytermékek reklámozását, promócióját és szponzorálását, mivel ez a dohányzás társadalmi elfogadását támogathatja.”, illetve „A hagyományos, a hevített és a füst nélküli dohánytermékek (rágódohány, orron, vagy szájon át fogyasztható dohánytermékek) egyaránt függőséget okoznak és rákkeltők. A dohányzás visszaszorításában és a leszokás támogatásban csak a bizonyított módszerek alkalmazásának van létjogosultsága.” [4].

Végül a passzív dohányzás vagy más kifejezéssel környezeti dohányfüst-expozícióról kell említést tenni. A passzív dohányzás egyértelműen hordozza mindazokat a kockázatokat, amelyek az aktív dohányzás révén érvényesülnek. Ki kell emelni, hogy a passzív dohányzás kapcsán különösen érzékeny csoportok is érintettek lehetnek, mint például gyerekek, várandósok – társadalmi szintű egészségi hatásai tehát igen jelentősek.

A dohányzás elleni küzdelem stratégiájáról, a gyakorlati teendőkről, a nemdohányzók védelméről, a leszokásról és a leszokástámogatásról másik fejezetben esik szó. A dohányzásról való leszokás sohasem késő, a kockázat a nemdohányzóként eltöltött idő alatt folyamatosan csökken: a leszokott dohányosok kardiovaszkuláris kockázata 10-15 év múlva megközelíti a nemdohányosok kockázatát.

VIII.3.1.1.2. Magas vérnyomás

A magas vérnyomás – amellet, hogy független betegség, igen jelentős morbiditással és önálló halálkockázati tényező is – a koszorúér-betegség és a cerebrovaszkuláris betegségek lényeges kockázati tényezője [4]. 20 Hgmm szisztolés és 10 Hgmm diasztolés vérnyomásemelkedés körülbelül a duplájára emeli a stroke, szívbetegség és más érbetegségek halálozási kockázatát. Mivel a hipertónia igen gyakori betegség világszerte és így nálunk Magyarországon is, ezért komoly népegészségügyi problémát jelent. Magasvérnyomás-betegségről a 140/90 Hgmm értéktől kezdve beszélünk (1. fokú hipertenzió), optimálisnak a 120/80 Hgmm értékeket tekintjük.

Hazánkban a felnőtt népesség kb. 40 %-ának magas a vérnyomása, ami mintegy 3,5 millió embert jelent. A férfi/nő arányok 55 év alatt férfi túlsúlyt mutatnak, ami az életkor előrehaladtával kiegyenlítődik és 65 év felett már nőkben gyakoribb a betegség. Az életkor előrehaladtával a prevalencia is folyamatosan növekszik, 60 éves kor felett már 60 %-kal számolhatunk. Ennek ellenére az életkorral együtt emelkedő vérnyomást nem tekinthetjük fiziológiás folyamatnak, amit az is alátámaszt, hogy természeti népeknél (bár ma már kevés, igazán a civilizációtól elzárt nép él a világon) ez a jelenség nem mutatkozik.

Magas vérnyomás kialakulhat valamilyen betegség vagy az arra adott gyógyszerek következményeként (szekunder hipertónia), illetve úgy is, hogy ilyen egyértelműen azonosítható ok nincs a háttérben (primer hypertonia). A magasvérnyomás-betegségben szenvedők döntő többségének (80-95 %) primer hipertóniája van. A másodlagos magas vérnyomás esetén a megoldás a háttérben álló betegség (pl. pheochromocytoma) meggyógyítása, vagy a hipertóniát okozó gyógyszer (pl. szteroidok) elhagyása, illetve a dózis csökkentése. A fejezet kockázati tényezőket illető további részai a primer hipertóniára vonatkoznak.

A hipertónia koszorúér-kockázatot fokozó hatásáért elsősorban az a felelős, hogy a fokozott intramurális nyomás kedvez a lipidlerakódásnak, mivel fokozza a mechanikus stresszt és a nyíróerőket az érfalban, ezáltal növekszik az endotel permeabilitása és ez hozzájárul az endoteliális diszfunkcióhoz kialakulásához (ami az ateroszklerózis kulcsfontosságú tényezője). A koronária-elégtelenséget fokozza még a gyakran kialakuló balkamra-hipertrófia, a mikrovaszkuláris szinten fokozódó rezisztencia és a koronáriák remodellálódása.

A hipertónia, mint kockázati tényező kiiktatása a vérnyomás hatásos csökkentését jelenti. A gyógyszeres terápia szempontjából nem elsődlegesen az a lényeg, hogy milyen csoportba tartozó gyógyszerek milyen kombinációját alkalmazzák, hanem az, hogy a vérnyomás megfelelően legyen beállítva. Ez enyhébb esetekben gyógyszerek nélkül, életmódi beavatkozással is elérhető, illetve kulcsfontosságú, hogy az életmódi javaslatokat a gyógyszeres kezelésben részesülőknek is be kell

tartaniuk. A gyógyszeres terápia ismertetése nem a fejezet feladata. A jelenlegi irányelvek szerint pusztán életmódterápiát az „emelkedett vérnyomás” (130-139 / 85-89 Hgmm) esetén, illetve 1. fokú hipertóniában (140-159 / 90-99 Hgmm) akkor kísérelünk meg, ha az érintettek nem tartoznak a nagy kardiovaszkuláris kockázatú csoportba (a kardiovaszkuláris kockázatbecslésről később lesz szó). A hipertónia életmódterápiájában, illetve prevenciójában a legfontosabb lehetőségeket és hatásuk erősségét a VIII.2. táblázat tartalmazza

A hipertónia további rizikófaktorai közül érdemes még figyelmet fordítani az alábbiakra is:

- Stressz (csökkentése relaxációs módszerek, meditáció, megfelelő életmód, szükség esetén szakember segítsége)
- Gazdasági-szociális helyzet. Az alacsonyabb jövedelmű társadalmi csoportokban a magas vérnyomás gyakoribb. Ez összetett és indirekt mechanizmusokon keresztül érvényesül (pl. stressz, dohányzás, alkohol, táplálkozás stb.). Az állam egyik fő feladata a sérülékeny társadalmi csoportok védelme, a megfelelő létbiztonság megteremtése és az egészséghez való jog tényleges biztosítása polgárainak.
- Alacsony kalcium- és magnéziumbevitel. Ezek az ásványi anyagok is hozzájárulnak a vérnyomás csökkentéséhez.
- Alvási apnoe, alvászavarok – határesetet a primer és a szekunder hypertonia között (alvászavarokhoz vezető anatómiai rendellenességek, horkoláshoz vezető tényezők megszüntetése, szükség esetén szakorvosi konzultáció).
- Családi halmozódás, genetikai tényezők (mint minden betegségénél, a magas vérnyomásnál is fokozhatják a kockázatot egyes genetikai tényezők, allélvariánsok).

VIII.3.1.1.3. Emelkedett szérum-koleszterin szint, alacsony HDL-koleszterin szint

A lipidanyagcsere zavarai, illetve nem megfelelő lipidparaméterek az ateroszklerotikus betegségek régóta ismert, erős rizikófaktorai. Ez nyilván nem meglepő, mivel a koleszterinnek kulcsszerepe

VIII.2. táblázat. A hipertónia erős kockázati tényezői.

Intervenció	Cél	Hypertonia esetén várható systolés vérnyomáscsökkenés
Testtömeg-csökkentés	Ideális BMI elérése vagy minél inkább a megközelítése. Minden kg-nyi fogyásnál kb. 1 Hgmm vérnyomáscsökkenéssel számolhatunk.	5 Hgmm
Egészséges táplálkozás (hipertóniában különösen ajánlott a DASH-diéta)	Sok zöldséget, gyümölcsöt, teljes kiőrlésű gabonaféléket, alacsony zsírtartalmú tejtermékeket tartalmazó táplálkozás, vörös húsok minimális fogyasztása, az össz-zsírbevitel és a telített zsírok fogyasztásának alacsonyan tartása. Energiabevitel megfelelő szinten tartása (kontroll: BMI).	11 Hgmm
Sóbevitel mérséklése	Kevesebb, mint 5 g NaCl naponta	5-6 Hgmm
Bőséges káliumbevitel	3,5-5 g kálium naponta, a táplálkozással	4-5 Hgmm
Aerob fizikai aktivitás	Heti legalább 150 perc, a maximális szívfrekvencia 65-75 %-án	5-8 Hgmm
Dinamikus rezisztencia-tréning	90–150 perc/hét, a maximális erő kifejtés 50%–80%-án, 6 gyakorlás/hét, 3 szet/gyakorlás, 10 ismétlés/szet	4 Hgmm
Izometrikus rezisztencia-tréning	4 × 2 min, 1 perc pihenő a gyakorlatok között, az akaratlagos maximális kontrakció 30%–40%-án, 3 alkalom/hét	5 Hgmm
Alkoholfogyasztás mérséklése	Alkoholt fogyasztóknál a bevitel csökkentése férfiaknál 2 ital/nap, nőknél 1 ital/nap szintjére vagy az alá	4 Hgmm
Dohányzásleszokás	Dohányzás teljes elhagyása	4-5 Hgmm

Forrás: mht_szakmai_iranyelv_2018_20190312 [5]

van az ateroszklerotikus plakkok kialakulásában. Természetesen már eltávolodtunk a kezdeti, mechanikus modelltől, ami szerint, ha túl sok a vérben a koleszterin, akkor ez az érfalhoz tapadva plakk-képződést iniciál. Ma már tudjuk, hogy a plakk-képződés egy bonyolult, sok tényezőes folyamat eredménye, amiben többek között számos sejttípus (pl. a később habos sejtekké alakuló makrofágok, endotelsejtek, simaizomsejtek, limfociták, dendritikus sejtek), lipoproteinek, matrix-fehérjék, enzimek, antitestek, gyulladásozó és egyéb citokinek, adhéziós molekulák, antitestek, szabadgyökök vesznek részt. A pathomechanizmus ismertetése és a lipid-, helyesebben lipoprotein partikulumok szerepének részletes leírása messze meghaladná a terjedelmi korlátokat, ezért mindössze néhány fontos ténytet említünk meg:

Az apoB-tartalmú lipoproteinrészecskék (pl. LDL-koleszterin) magas koncentrációja megnöveli a valószínűségét, hogy ezek a részecskék az endotel alá juthassanak. Az érfalban levő proteoglikánokhoz az apoB-tartalmú lipoproteinek nagy affinitással rendelkeznek, és a kölcsönhatás eredményeképpen az LDL-részecskék érzékenyebbé válnak az oxidatív hatások iránt. Az oxidált LDL képes hatékonyan elindítani azokat a folyamatokat, amelyek a makrofágok habos sejtekké alakulásához és gyulladásozó mediátorok felszabadulásához vezetnek. A kisméretű partikulumok (70 nm alatt) könnyebben jutnak át az endotelen, illetve jobban visszatartódnak az érfalban, ezért ateroszkléris potenciáljuk is nagyobb. A HDL-részecskék számos mechanizmuson keresztül (pl. koleszterin molekulák elszállítása, gyulladásozó folyamatok mérséklése, plakkok stabilizálása, plakk-ruptura esetén a vérlemezkék aktivációjának gátlása) fejtenek ki védő, kockázatsökkentő hatásokat.

Az összkoleszterin- vagy az LDL-koleszterinszint és a kardiovaszkuláris kockázat közötti összefüggést rengeteg megfigyeléses epidemiológiai vizsgálat mellett randomizált kontrollált intervencióso vizsgálatok is egyértelműen bizonyították. Ez utóbbiak demonstrálták a koleszterin-csökkentés (sztatinok adásával) kockázatsökkentő hatását. Eszerint 1 mmol/L LDL-koleszterin csökkenés kb. 20-25 %-os csökkenéshez vezet a kardiovaszkuláris halálozásban és a nem fatális kimenetelű

szívinfarktusok előfordulásában. Különösen ateroszkléris tartjuk a magas lipoprotein(a) szintet (az Lp(a) vagy az emelkedett trigliceridszint és az alacsony HDL-szint kombinációját, ami rendszerint diabéteses betegeknel, hasi elhízás esetén, inzulinrezisztencia kapcsán vagy fizikailag inaktív személyeknel fordul elő.

A diszlipidémiák kezelésére (ami az ateroszklerotikus szív-érrendszeri betegségek szempontjából primer prevenciónak minősül) gyógyszeres vagy életmódi terápiát, illetve a kettő kombinációját lehet alkalmazni. Itt két fő elv érvényesül: 1. Enyhébb eltérések esetén lehet kizárólag életmódváltoztatásokkal próbálkozni, súlyosabb lipidrendellenességeknél gyógyszeres kezelés is szükséges. 2. A kezelés módjának kiválasztásához komplex kardiovaszkuláris rizikóbecslést kell végezni (erről hamarosan szó lesz), és alacsonyabb kockázatú személyeknel az életmódi terápia elég lehet, magasabb kockázatúaknál fontolóra kell venni a gyógyszeres terápiát.

Milyen módon lehet életmódi beavatkozásokkal a lipidprofil javítani?

- A telített zsírok és transz-zsírok bevitelének csökkentése
- Az egyszeresen- és többszörösen telítetlen zsírsavak fogyasztásának növelése (vagyis a telített zsírok helyettesítése telítetlenekkel)
- A vízoldható élelmi rostok fogyasztásának növelése
- Dió- és mogyorófélék rendszeres fogyasztása (4-5 dkg/nap, de lehetőleg az energiabevitel ne változzon)
- Szójafehérje-fogyasztás növelése (szójatermékek, akár húsok helyett is)
- Fitoszterolok, fitosztanolok bevitelének növelése (akár funkcionális élelmiszerek formájában)
- Tengeri halakból származó ω -3 sorozatú többszörösen telítetlen zsírsavak fogyasztása
- Aerob fizikai aktivitás (heti legalább 150 perc)
- Mediterrán táplálkozás
- TLC-diéta. a Therapeutic Lifestyle Changes

rendszer az USA-ban fejlesztették ki, kifejezetten a lipidértékek normalizálása és a hozzájuk kapcsolódó kockázatok csökkentése céljából. Ezt táplálkozási és fizikai aktivitási tanácsokon alapuló módszert ma már egészséges emberek számára is javasoljuk, kardiovaszkuláris prevenció célzattal. A táplálkozási javaslatok közül a zsírokra az vonatkozik, hogy az energiabevitel 25-35 %-a származzon zsírokból, a telített zsírok maximum 7 energia %-ot tegyenek ki, a koleszterinbevitel 200 mg/nap alatt maradjon (ez utóbbira vonatkozóan más irányelvek megengedőbbek, és egészséges emberek számára 300 mg-ot engednek meg naponta) [6].

VIII.3.1.1.4. Cukorbetegség

A cukorbetegségben szenvedők kardiovaszkuláris kockázata átlagosan kétszerese a nem diabéteszeseknek, ezért a cukorbetegség is kiemelt rizikófaktor. A cukorbeteg kardiovaszkuláris prevenciója lényegében a nem diabéteszes személyekével egyezik meg, kiegészülve a vércukorszint kontrolljával (bár a három kockázati állapot/betegség közötti kölcsönhatás miatt fokozott gondot kell fordítani a lipidszintekre és a vérnyomás beállítására). A diabetesre, illetve vércukorszintre vonatkozó prevenció alapok az alábbiak:

- A már megismert elv, miszerint enyhébb esetben pusztán életmódi beavatkozásokkal kezdünk, és csak súlyosabb esetben alkalmazunk gyógyszeres kezelést, a diabéteszre is igaz.
- Az életmódi tényezőknél a fókuszban a dohányzás elhagyása, alacsony zsírbevitel, magas ételmi rost-bevitel rendszeres aerob fizikai aktivitás és ezt kiegészítő izomtréning vannak.
- A szénhidrátbevitelnél a minőségre kell figyelni: törekedjünk az ételmi rostokat tartalmazó, teljes kiőrlésű termékek fogyasztására, és minimalizáljuk a finomított, fehér lisztből készült termékek bevitelét.
- Ügyelni kell a sóbevitel-, az alkoholfogyasztás-, valamint a telített és transz zsírsavak bevitelének csökkentésére,

az alacsony zsírtartalmú fehérjeforrások felhasználására és a bőséges zöldség-gyümölcsfogyasztásra.

- A cukorbeteg jelentős része elhízott. Az energiabevitel csökkentése javasolt, az optimális testtömeg elérése/megtartása érdekében.
- A kardiovaszkuláris kockázat szempontjából a kitűzött HbA1c célérték $<7\%$, ami egyes csoportokban (pl. hosszú ideje diabéteszes személyek, idősek, elesettek, kardiovaszkuláris betegségben szenvedők) enyhébben kezelhetünk. A diabetes diagnózisakor vagy a fennállás kezdeti szakaszában kardiovaszkuláris betegségben nem szenvedőknél a célérték $6,5\%$ lehet.
- Komplex táplálkozási javaslatok, mint pl. a mediterrán táplálkozás, DASH diéta vagy vegetáriánus táplálkozás segítenek a testtömeg (kontrollja alapvető fontosságú a diabéteszes betegekénél) és a vércukorszint menedzselésében.
- A kezdő gyógyszer általában a metformin, ami a vércukorszint-, és a testtömeg kontrolljában is segít, valamint csökkenti a kardiovaszkuláris rizikót.

A cukorbetegséggel kapcsolatban elmondottak a prediabéteszre, illetve inzulinrezisztenciára is vonatkoznak – bizonyos mértékű kardiovaszkuláris kockázatemelkedés már ekkor is tapasztalható.

VIII.3.1.1.5. Túlsúly, elhízás

Ideális testtömegről akkor beszélünk, ha a testtömegindex (BMI; a kilogrammban kifejezett testtömeg osztva a méterben kifejezett testmagasság négyzetével) a 20-25 (vagy más ajánlás szerint 18,5-25) tartományba esik. A túlsúly ($BMI \geq 25$), illetve az elhízás ($BMI \geq 30$) számos szív- és érrendszeri betegség kockázati tényezője (pl. koszorúér-betegség, agyi érbetegségek, hipertónia), és az össz-halálozással is pozitív korrelációban van. Túlsúlyos vagy elhízott emberekben az érdemi (5 %-ot elérő) testtömegcsökkenés bizonyítottan hozzájárul a vérnyomás, az LDL-koleszterin és triglicerid- valamint a vércukorszintek csökkentéséhez. Az elhízás mértékén kívül annak típusára (a hasi /zsigeri/ elhízás jóval nagyobb rizikóval

jár, mint a vétagokra lokalizálódó) is utal a haskőrfogat, ami a kardiovaszkuláris kockázat kiváló markere. Európában férfiaknál 94, nőknél 80 cm az a határ, ami felett mindenképpen ügyelni kell arra, hogy további testtömeg-növekedés már ne történjék, és a 102/88 cm-elérése pedig a testtömegcsökkentés indikációja [7].

Az elhízás megítélésénél tehát célszerű a testtömegindex és a haskőrfogat együttes használata.

Hosszabb ideje vitatott az úgynevezett „metabolikusan egészséges elhízás” kérdése, népegészségügyi értelmezése. Egyes vizsgálatok szerint ugyanis az elhízott emberek egy részében nincsenek jelen, nem alakulnak ki metabolikus komplikációk, például inzulinrezisztencia. Elképzelhető, hogy az ő esetükben az elhízás önmagában nem társul érdemben emelkedett kardiovaszkuláris kockázattal. A jelenség epidemiológiai és patofiziológiai mechanizmusok szintjén történő vizsgálata akár szemléletváltást is eredményezhet majd e területen. Egy másik, de valamelyest hasonló jelenség, hogy koszorúér-betegek vagy szívelégtelenségben szenvedők körében több vizsgálat is úgy találta, hogy a magasabb testtömegűek halálozási kockázata alacsonyabb volt, mint a normál testtömegű betegeké. Jelen álláspontunk szerint ez nem feltétlenül oki összefüggés, hanem talán inkább reverz kauzalitásról van szó. A testtömegnél egyébként fontosabbnak tűnik a kardiorespiratorikus fittség hatása. Jelen ismereteink szerint egyébként a fizikai inaktivitás kockázatonövelő hatása erősebb, mint a BMI-alapon vett elhízásé. Ez utóbbi tények arra hívják fel a figyelmet, hogy a fizikai aktivitás mindenképpen fontos, és akkor is betegségmegelőző hatással van, ha nem sikerül a kívánt mértékű testtömegcsökkenést elérni.

Az elhízás a bevitt és a felhasznált energiamegnyiség függvénye. Az előbbit a táplálkozás, az utóbbit döntően a fizikai aktivitás határozza meg – ritka eset az, amikor az elhízás kifejezetten anyagcsere-betegség következménye. Éppen ezért a populációs szintű preventív stratégiák a megfelelő táplálkozáson és fizikai aktivitáson alapulnak. A célok egyértelműek, tartsuk mind a testtömegindexet, mind a haskőrfogatot a fent említett határértékek alatt. Gyakran előfordul, hogy sikerült testtömegcsökkenést elérni, de hosszabb távon ez

eltűnik, sőt ismét súlygyarapodás következik be. Így tehát fontos, hogy ne rövid, intenzív diétával próbálkozzunk, hanem az életmód és táplálkozás fenntartható átállításával érjük el – esetleg kicsit hosszabb távon – kívánt testtömeget. Emellett igen nagy gondot kell fordítani az elért eredmények megtartására, különösen, ha figyelembe vesszük, hogy az alapanyagcsere intenzitása is változhat. Az ACC/AHA (American College of Cardiology/American Heart Association) ajánlásai szerint például a fogyás időszakában legalább heti 150 perc fizikai aktivitás, míg egy év után, a visszahízást elkerülendő legalább 2-300 perc/hét fizikai aktivitás szükséges [8].

Fizikai inaktivitás

A fizikai aktivitás betegségmegelőző hatásait (számos betegség vonatkozásában) régóta és egyre pontosabban ismerjük. Így van ez a szív-érrendszer terén is, ahol a fizikai aktivitást a kardiovaszkuláris egészség alapjának tekinthetjük. A közepes és intenzív fizikai aktivitás, valamint az iszkémiás szívbetegség és az agyi érbetegségek között erős, konzisztens, inverz dózis-hatás összefüggés van. A fizikai aktivitás a kardiovaszkuláris rizikófaktorok közül jó néhányra kedvező hatással van, például csökkenti a vérnyomást, az LDL-, illetve non-HDL-koleszterinszintet, a testtömeget és a 2-es típusú diabetes kockázatát, súlyosságát. A fizikai aktivitásra vonatkozó ajánlások felnőttek számára legalább heti 150 perc közepes vagy heti 75 perc intenzív aerob fizikai aktivitást, illetve ezek ekvivalens kombinációját (pl. 100 perc közepes és 25 perc intenzív) írják elő. Az optimális védő hatás érdekében ajánlott ennek a dupláját, azaz 300 perc közepes vagy 150 perc intenzív mozgást beiktatni hetente. Ez az időtartam lehetőség szerint viszonylag egyenletesen oszlik meg a hét során, bár a szabályok nem olyan merevek, mint a korábbi ajánlásoknál, amikor pl. 5x30 percet írtak elő. A heti időtartamot teljesíthetjük tetszőleges számú és hosszúságú egységből összerakva, az egyetlen kritérium, hogy csak azokat az aktivitásokat számíthatjuk be, amelyeknek a hossza legalább 10 perc. Az intenzitást mérhetjük úgynevezett metabolikus ekvivalensben (MET), ami azt mutatja, hogy az adott tevékenység közben

energiafelhasználásunk hányszorososa a nyugalmi energiafelhasználásnak, amit 3,5 ml testtömegkilogrammonkénti és percenkénti O₂-fogyasztásnak definiálunk. Ezt nyilván nem egyszerű az adott aktivitás közben mérni, ezért egyszerűbb, közelítő lehetőségeket használunk az aktivitás leírására. Jó közelítést ad a szívfrekvencia, pontosabban az, hogy az érintett személy szívverése az elméleti maximális szívfrekvenciájának hány százalékát éri el – ez könnyen mérhető, a maximális szívfrekvencia pedig a 220-életkor közelítő képlettel számolható. További lehetőség az úgynevezett Borg-skála használata, ami egy 6-tól 20-ig terjedő skála, és a szubjektív intenzitásérzeten alapul. Ennél is egyszerűbb (de nyilván csak közelítő becslésre alkalmas) megoldás a VIII.3. táblázatban leírt beszédteszt alkalmazása.

A fentiek mellett ajánlott még heti két alkalommal a fő izomcsoportokat igénybe vevő izomerősítő tréninget végezni.

Az itt leírt alapelvek érvényesek az idősebb (65 év feletti) személyekre is. Amennyiben valakinek az egészségi állapota ezt nem teszi lehetővé, akkor az ajánlás szerint neki annyit kell mozognia, amennyit csak képességei és egészségi állapota megengednek.

Gyerekeknek és serdülőknek (5-17 éves korig) naponta szükséges legalább egy óra közepes vagy intenzív fizikai aktivitást kifejteni, míg az izomerősítő gyakorlások száma pedig heti 3 legyen [9].

Táplálkozás

A táplálkozás a kardiovaszkuláris betegségeken

VIII.3. táblázat. Fizikai aktivitási kategóriák és mérési, becslési lehetőségeik.

Intenzitás (abszolút)			Intenzitás (relatív)		
Kategória	MET	Példa	Maximális szívfrekvencia százaléká	Észlelt erőfe-szítés mértéke (Borg-skála)	Beszéd-teszt
Könnyű	1,1-2,9	Gyaloglás (<4,7 km/óra)	50-63	10-11	
Közepes	3-5,9	Tempós gyaloglás (4,7-6,5 km/óra), lassúbb biciklizés (15 km/h), porszívózás, kertészkedés (pl. fűnyírás), tenisz (párosban), tánc	64-76	12-13	A légzés gyorsabb, de teljes mondatokban tud beszélni (de énekelni már nem)
Intenzív	≥6	Versenygyaloglás, futás, biciklizés (Y15 km/h), nehéz kertész-munka (pl. folyamatos ásás vagy kapálás), tempós úszás, tenisz (egyed)	77-93	14-16	A légzés nagyon nehéz, nem fér össze a normális beszéddel

kívül a daganatok és több más krónikus betegség kockázatát is számottevően befolyásolja, ezért az egészségünk egyik nagyon fontos meghatározója. Az utóbbi évtizedekben megfigyeléses epidemiológiai vizsgálatok mellett nagy intervenciós vizsgálatok is értékes adatokat szolgáltatottak a táplálkozás szerepéről (pl. PREDIMED, TOHP) [10] energiabevitel jelentőségéről már korábban szó volt, nézzük most a további lényeges elemeket.

A zsírfogyasztás részben az energiabevitelen keresztül fejt ki hatását (hiszen a zsírok a legnagyobb energiasűrűségű tápanyagaink), részben további specifikus hatásokkal is számolnunk kell. Emiatt az utóbbi időben egyre inkább úgy gondoljuk, hogy a bevitt mennyiségnél is fontosabb az, hogy milyen zsírokat is fogyasztunk. Bár újabb és újabb adatok, eredmények és teóriák jelennek meg a zsírok szerepéről, a vezető szakmai társaságok egyetértenek abban, hogy a telített zsírok bevitelét célszerű korlátozni, lehetőleg 10 energia% alá csökkenteni. A transz-zsírsvak különösen nagy rizikót jelentenek, emelik az LDL- és csökkentik a HDL-koleszterinszintet, elősegítik az endoteliális diszfunkció kialakulását, inzulinrezisztenciához, gyulladásos állapothoz, szívritmuszavarhoz vezethetnek, kerüljük bevitelüket. Egyes feldolgozott élelmiszerek (pl. chipsek és más, részlegesen hidrogénezett növényi olajban sült termékek) különösen veszélyesek emiatt, de szerencsére az utóbbi időben a transz-zsírsvakkal kapcsolatos szabályozás a fejlett országokban sokat szigorodott. Egészségesnek tartjuk az egyszeresen telítetlen (jó források pl. az olívaolaj és repceolaj) és a többszörösen telítetlen zsírsvakat, ez utóbbiak közül ki szokás emelni az omega-3 csoportba tartozókat, különösen az eikozapenténsavat és a dokozahexénsavat (hideg tengeri halak olajában található számottevő mennyiségben).

A szénhidrátokat illetően számos tanulmány mutatott ki emelkedett kardiovaszkuláris kockázatot a finomított szénhidrátokkal, illetve cukrot tartalmazó ételekkel (ez utóbbiaknál főként italokkal, cukros üdítőkkel) – zárójelben érdemes megjegyezni, hogy egyes vizsgálatok még az édesítőszerekkel készült üdítők fogyasztását is kockázatnövelőnek tartották.

Ugyancsak bizonyított az élelmi rostok védő hatása mind a koszorúér-betegséggel, mind a cerebrovaszkuláris betegségekkel szemben. A jelentősebb vizsgálatok metaanalízise szerint 7 g/nappal magasabb rostbevitel mintegy 9 %-kal csökkenti a koszorúér-betegség rizikóját, 10 g/nap emelkedés pedig 16 %-kal alacsonyabb stroke-kockázatot eredményez, illetve a 2-es típusú diabetes kockázatát is 6 %-kal csökkenti.

Egyértelmű inverz kapcsolat van a sóbevitel és a kardiovaszkuláris halálozás között, amit alapvetően a sófogyasztás hipertónia-kockázatot emelő hatása magyaráz. Ügyelni kell arra, hogy átlagosan a sóbevitel mintegy 80%-a származik sóartalmú, feldolgozott élelmiszerekből, tehát ezek fogyasztását jelentős mértékben korlátozni kell. A vitaminok közül a D-vitamin említésre méltó, az utóbbi időben több vizsgálat talált negatív összefüggést a szérumban D-vitaminszint és a kardiovaszkuláris halálozás között.

Az egyes összetevők vizsgálata mellett számos információ áll rendelkezésre különböző élelmiszerek, ételek, illetve komplex táplálkozási mintázatok hatásairól.

Napi 30 g dióféle (pl. dió, mogyoró, mandula) fogyasztása mintegy 30 %-kal (!) csökkenti a szív-érrendszeri betegségek kockázatát.

Nagyon erős védő hatása van a zöldség-gyümölcsfogyasztásnak. Ezzel kapcsolatosan azt is érdemes megjegyezni, hogy számos tanulmány igazolta a növényi alapú táplálkozás rizikócsökkentő hatását. Az egyik ilyen vizsgálat elemzése során úgy találták, hogy a csak növényi fehérjét tartalmazó étrendhez képest a legkisebb kockázatemelkedést a fehér húsként jelentik, a vörös húsként pedig még ezt is megduplázzák.

A halfogyasztás kedvező hatását számos tanulmány támasztja alá. A kockázat különösen magas a halat egyáltalán nem (vagy igen ritkán) fogyasztókban, ami népegészségügyi szempontból azért jelentős, mert a halat nagyon csekély mennyiségben fogyasztó populációkban (pl. a magyar népességben) viszonylag kis változással jelentős preventív hatást lehetne elérni. Ugyanakkor az

omega-3 zsírsav-szupplementációt illetően a korábbi optimizmus után az újabb vizsgálatok szerint az általában alkalmazott 500-1000 mg-os napi plusz-bevitelnek valószínűleg még sincs komoly védő hatása.

Növényi szterolok és sztanolok bevitelével az LDL-koleszterinszint csökkenését lehet elérni, ami napi 2 g fogyasztása esetén mintegy 10 %-os. Ezt a mennyiséget már nem túl egyszerű bevinni, ezért mostanában sokan fitoszterollokkal dúsított funkcionális élelmiszereket javasolnak.

VIII.3.1.1.6. Alkoholfogyasztás

Az alkoholfogyasztás és a krónikus nem fertőző betegségek kapcsolata terén az utóbbi évtizedekben kétszer is szemléletváltozásnak lehetünk/lehetünk tanúi. A legkorábbi álláspont az volt, miszerint az alkoholfogyasztás fokozza a kardiovaszkuláris betegségek kockázatát. Ez a túlzott alkoholfogyasztásra mindenképpen megkérdőjelezhetetlenül igaz. Az úgynevezett francia paradoxon jelensége, illetve az erre adott magyarázat (miszerint a franciákban azért az össz-energia/zsírbevitel alapján vártnál alacsonyabb a kardiovaszkuláris halálozás, mert rendszeresen fogyasztanak vörösbort, és az ebben levő fitokemikáliák protektív hatásúak) alapján azonban sokáig a szemlélet megváltozott, és a mérsékelt alkoholfogyasztást tartottuk a legoptimálisabbnak. Ez férfiak esetén napi 2, nőknél pedig napi 1 ital elfogyasztását jelentette, legelőnyösebben vörösborból. Az utóbbi időben viszont sokan megkérdőjelezték a mérsékelt alkoholfogyasztás kedvező hatását, többek között azért is, mert az ezt kimutató tanulmányok között szép számmal voltak szponzorált vizsgálatok is. A kérdést további, jól megtervezett, független vizsgálatoknak kell majd eldönteni. Jelenleg a legtöbb szakmai társaság ajánlása úgy fogalmaz, hogy lehetőség szerint ne fogyasszunk alkoholt, és ha mégis, akkor ne lépjük túl a fent említett mennyiséget. Ehhez még annyit lehet hozzátenni, hogy mindenképpen kerüljük a nagyobb mennyiségű (napi 3 ital vagy több) alkohol bevitelét, a töményszeszek fogyasztását, illetve az alkalmatlan törtenő nagyivást (binge-drinking).

VIII.3.1.1.7. Személyiségvonások, lelki tényezők, stressz

A krónikus stressz – legyen az pl. munkahelyi vagy családi eredetű – fokozza a koszorúér-betegség kockázatát, akut stresszhelyzetek pedig triggerként szerepelhetnek például szívinfarktus kiváltásában. Egyes mentális betegségek is kapcsolatban vannak a koszorúér-betegségekkel, ilyen például a depresszió, a poszttraumás stressz-betegség, a szorongásos betegségek, a skizofrénia. Az agresszív, ellenségesen viselkedő, irritábilis személyiségű emberek rizikója is magasabb az átlagnál. A stresszel, illetve személyiségjellemzőkkel kapcsolatos tényezők egy része megváltoztatható megfelelő stresszkezelési, relaxációs módszerek elsajátításával és alkalmazásával. Sajnos ezek a lehetőségek a mindennapi gyakorlatban nem kapják meg az őket megillető figyelmet a szív- és érrendszeri betegségek prevenciójában.

VIII.3.1.1.8. Gazdasági-szociális helyzet

Fejlett országokban egyértelmű kapcsolat van az alacsony gazdasági-szociális státusz és a fokozott kardiovaszkuláris rizikó között. Ez a kapcsolat rendkívül összetett, és számos tényezőn keresztül érvényesül, amelyek közül néhány példa: Az alacsonyabb iskolai végzettségű emberek kevesebb ismerettel rendelkeznek az egészséget veszélyeztető kockázati tényezőkről; a megfelelő stresszkezelési mechanizmusok helyett fokozottabb mértékű lehet az alkoholfogyasztás és a dohányzás; anyagi okokból egészségtelenebb ételeket, élelmiszereket fogyasztanak; rosszabbak, egészségtelenebbek, stresszesebbek a munkakörülmények; rosszabbak a lakáskörülmények, kedvezőtlenebb környezet; korlátozott rekreációs lehetőségek; az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférés korlátozottabb.

VIII.3.1.1.9. További kockázati tényezők

Az eddig tárgyaltakon kívül a koszorúér-betegségnek számos további kockázati tényezője ismeretes. Ezek részletes megtárgyalása azonban a prevenciót, mint fő és gyakorlati szempontot tekintve kevésbé lényeges, és a korlátozott terjedelem miatt nem lehetséges.

Nyilvánvaló, hogy – mint minden betegségnél

– örökletes/genetikai tényezők komoly szerepet játszhatnak a kardiovaszkuláris betegségek kialakulásában, de jelenleg ezeket megváltoztatni nem tudjuk. A fokozott kockázatra ilyenkor a családban nagyobb számban, illetve fiatal korban előforduló szív- és érrendszeri betegségek hívják fel a figyelmet. A kockázat értékelése és a szükséges teendők meghatározása orvosi feladat. Ugyancsak az orvos felelőssége, hogy bizonyos betegségek fennállása esetén gondoljon azoknak a szív-érrendszeri kockázatot növelő (pl. krónikus vesebetegségek, parodontózis, alvási apnoé) vagy előrejelző (pl. erektilis diszfunkció) voltára. Hasonló a helyzet a Mayo-csoportosítás szerinti kondicionális, illetve újabban felmerülő rizikófaktorokkal is.

VIII.3.2. Agyi érbetegségek

A cerebrovaszkuláris betegség kialakulásakor az agyi vérellátás elégtelensége miatt eleinte átmeneti, majd később tartós károsodások alakulnak ki az agyban, ami az agyi funkciók megváltozásával jár. Akutan a betegség átmeneti agyi keringészavar (TIA) vagy legsúlyosabb esetben stroke (az agyműködés vérellátási zavara által okozott, globális vagy fokális zavarral jellemezhető, gyorsan kialakuló klinikai tünetegyüttes, amit a köznyelvben szélütésnek vagy agyvérzésnek is szokás nevezni) formájában jelentkezik. A cerebrovaszkuláris betegség további megbetegedésekhez (pl. demencia) vezethet, a stroke pedig komoly halálóki tényező. A stroke az esetek legnagyobb részében érelzáródással járó, iszkémiás eredetű, míg mintegy 20%-ban vérzés miatt alakul ki. A vérzéses stroke-ok kb. háromnegyed része az agyállományban történik, míg negyedük pedig szubarachnoidális vérzés (az agyat borító pókhátlóhártya /arachnoidea/ és az agyállomány között keletkezik a vérömleny) következtében alakul ki, az agyi erek aneurizmáinak repedése miatt. Az iszkémiás stroke-ok főként az agyi erek trombózisa (kb. 50%-ban) vagy embolizáció miatt jönnek létre. Az epidemiológiai sajátosságokat, kockázati tényezőket illetően a szubarachnoidális vérzések mutatnak eltérést a többi típustól, mivel itt az erek falának veleszületetten gyengébb szakaszán történő rupturáról van szó. Az iszkémiás-, illetve a többi vérzéses stroke kockázati tényezői viszont a klasszikus ateroszklero-

tikus- és hipertóniás kockázati tényezők. Az agyi érbetegségek prevenciója során tehát a koszorúér-betegségekkel foglalkozó részben felsorolt kockázati tényezők ellen kell küzdenünk, különösen a hipertonia mutat erős kapcsolatot a stroke rizikójával. A közös gyökerek jelentőségére utal, hogy manapság egyre gyakrabban használatos a „vaszkuláris prevenció” kifejezés, ami az iszkémiás, ateroszklerotikus betegségek megelőzésére egyaránt utal, legyenek azok akár kardiális, akár cerebrális manifesztációjúak.

Az embolizáció miatt kialakuló érelzáródásokkal kapcsolatban meg kell azonban említeni egy más jellegű, viszonylag gyakori kockázati tényezőt, a pitvarfibrillációt. A pitvarfibrilláció hemosztázist, illetve jelentősen lassult véráramlást okoz, és emiatt a pitvarban a vérrögképződés veszélye nagyon magas. Az így kialakult nagy pitvari vérrögből kisebb darabok szakadhatnak le, amelyek agyi embolizációt és stroke-ot okozhatnak. A pitvarfibrilláció a leggyakoribb komoly szívritmuszavar, 65 éves kor felett 3-5%, 80 év felett pedig már 8%-os lehet az előfordulása.

VIII.3.3. Kardiovaszkuláris kockázatbecslés

A kardiovaszkuláris prevenció egyrészt mindenki számára különösen fontos, másrészt azonban kiemelt és közvetlen szerepe van a fokozottan veszélyeztetett, magas kockázatú személyeknél. A kardiovaszkuláris medicinában és prevencióban emiatt régóta ismeretesek olyan rizikóbecslő rendszerek, amelyek a veszélyeztetettséget számszerűsíteni próbálják. Ezzel egyrészt prevencióstratégiákat, prioritásokat jelölnek ki, másrészt pedig az érintettek számára kézzelfoghatóvá, érthetővé teszik a veszélyeztetettség mértékét. A rizikóbecslő rendszerek korlátja (de gyakorlati szempontból ezt előnynek is tekinthetjük), hogy a számos kockázati tényező és a közöttük levő komplex kölcsönhatások rendszerének pontos figyelembevétele helyett néhány legfontosabb rizikófaktorra koncentrálnak.

Az első nagy és jól ismert kockázatbecslő rendszer a Framingham Risk Scoring System volt. Ezt az USA-ban dolgozták ki, elsősorban a Framingham Heart Study adatai alapján [11] Később Európában megszületett az itteni viszonyokra pontosab-

ban alkalmazható SCORE rizikóbecslő rendszer. Ennek eredetileg két változata létezett (az egyik a magas kardiovaszkuláris kockázatú országokra volt érvényes, a másik pedig az alacsony rizikójúakra), de mára már számos országnak saját ország-specifikus SCORE-táblája van. Magyarországon a magas kockázatú régiók számára készített táblázatot használjuk (VIII.2. ábra).

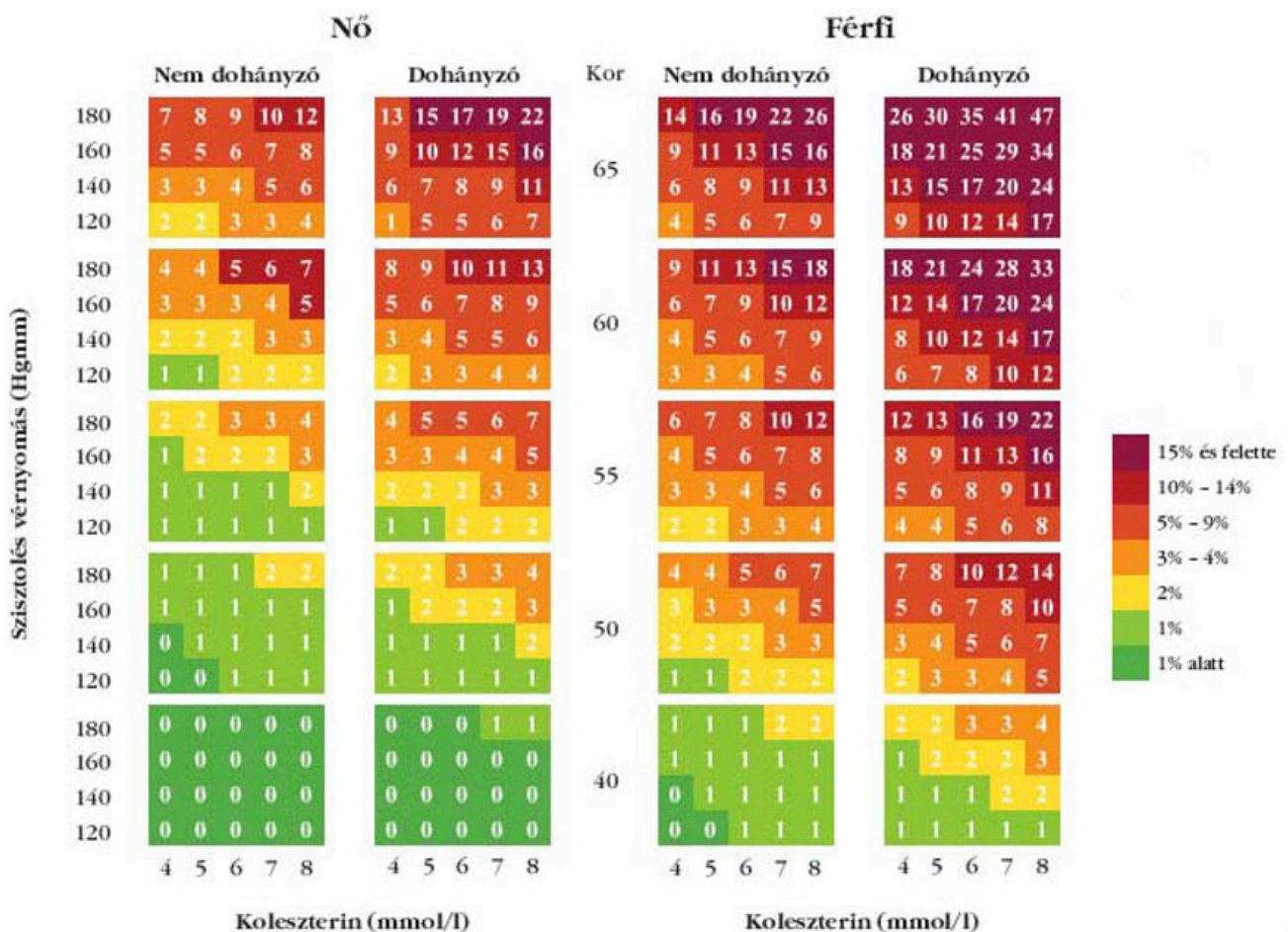
A SCORE rendszer a kockázatot az életkor, szisztolés vérnyomás, összkoleszterin-szint, nem és dohányzási státusz alapján becsüli [13]. Tudnunk kell, hogy a táblázatban nem szereplő tényezők (pl. elhízás, HDL-koleszterin, triglicerid, stb.) ezt a kockázatot tovább módosíthatják.

Gyakorlati szempontokat figyelembe véve a szív-érrendszeri kockázat alapján az embereket 4 csoportba szokás sorolni: Kis kockázat (SCORE<1%), közepes kockázat (1≤SCORE<5%),

nagy kockázat (5≤SCORE<10% vagy bizonyos betegségek vagy súlyos kockázati tényezők fennállása), igen nagy kockázat (SCORE≥10% vagy korábbi/meglevő szív-érrendszeri-, illetve egyes súlyos betegségek fennállása) – részletesen lásd Pados és mtsai közleményében [14].

A kockázatbecslés lényege, hogy megmutatja, hogyan és milyen intenzíven szükséges preventív/terápiás tevékenységet kifejteni az érintetteknek. Míg az első két csoportban a kockázati tényezők életmódi úton történő karbantartása/kiiktatása a fő stratégia, a nagy és az igen nagy kockázatú csoportnál ez kiegészül/kiegészülhet gyógyszeres kezeléssel is, illetve további eltérések is vannak (pl. más lipid-célértékek, egyes szűrővizsgálatok elvégzése/gyakorisága).

Végül meg kell még említeni a legújabb fejleményeket a kardiovaszkuláris kockázatbecslés terén Európában: 2021-ben jelentették be, hosszú mun-



VIII.2.ábra. SCORE rizikóbecslő rendszer. A táblázat a halálos szív-érrendszeri események 10 éves kockázatát adja meg.

Forrás: <http://www.mnsza.hu/szivbeteg/adattar/rizikotabla.htm> [12]

ka eredményeként lezárult a SCORE2 rizikóbecslő-rendszer kialakítása, ami a halálozások mellett a kardiovaszkuláris események incidenciáját is magába foglalja, és négy különböző kockázati szintű országsoportra került kidolgozásra.

VIII.4. Daganatok epidemiológiája és megelőzése

A daganatos megbetegedések népegészségügyi jelentősége egyre nagyobb figyelmet érdemel. Az elmúlt évtizedekben mind a megbetegedések, mind a halálozások száma egyre emelkedett és a becslések szerint ez a jövőben is folytatódni fog. A Globocan becslése alapján 2020-ban globálisan 19,3 millió új megbetegedés és 9,9 millió halálozás történt [15].

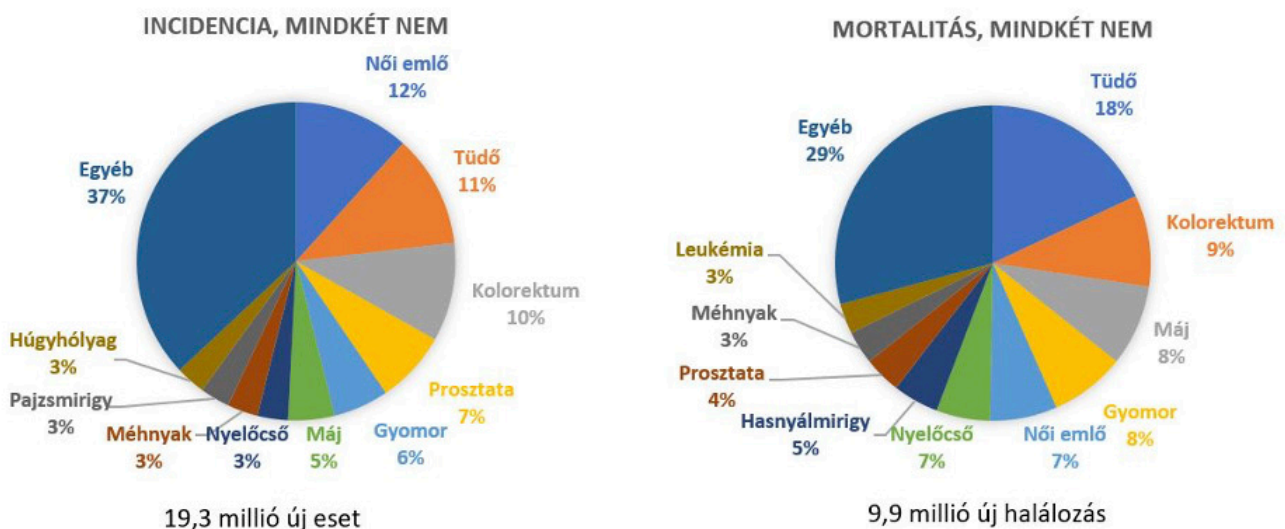
Az daganatincidenciát tekintve lényeges változás, hogy hosszú évek trendjét megtörve, napjainkra az emlőrák lett a leggyakrabban diagnosztizált daganat, megelőzve az évtizedek óta első helyen álló tüdőrákot. A mindkét nemre vonatkozó sorrend tehát 2020-ra a következő: emlőrák, tüdőrák, vastag-és végbéldaganatok, prosztatatarák, gyomorrák és májrák. Ezen megbetegedéseknek a súlyossága, gyógyíthatósága nem azonos, így a halálozás szempontjából más sorrendet tapasztalunk. Mortalitás szempontjából első helyen maradt a hosszú évek, évtizedek óta vezető tüdőrák, öt követik a vastag-és végbélrákok, majd a magas letalitású májrák kerül a harmadik helyre, negyedik helyen

a gyomorrák, míg a leggyakoribb emlőrák az ötödik helyre csúszik vissza és hatodik helyen megjelenik a nyelőcsőrák. (VIII.3. ábra).

Ha a daganatok előfordulását nemi vonatkozásban vizsgáljuk, akkor fontos megjegyezni, hogy a férfiak körében – közel azonos esetszámmal, mint a tüdőrák – második helyen a prosztatatarák található, ami szerencsére halálozás tekintetében már kevésbé súlyos, így ott csak ötödik a sorrendben. Ugyanakkor a májrák letalitás szempontjából sokkal súlyosabb, így a halálozási sorrend vonatkozásában már a második helyen találjuk (VIII.4/A. ábra). Nők körében megemlítendő változás, hogy a negyedik leggyakoribb és negyedik legfontosabb halálókként megjelenik a méhnyakrák. Globálisan körülbelül 600.000 nő betegszik meg és több, mint 300.000 nő hal meg évente ebben az alapvetően teljes mértékben megelőzhető daganattípusban (VIII.4/B. ábra).

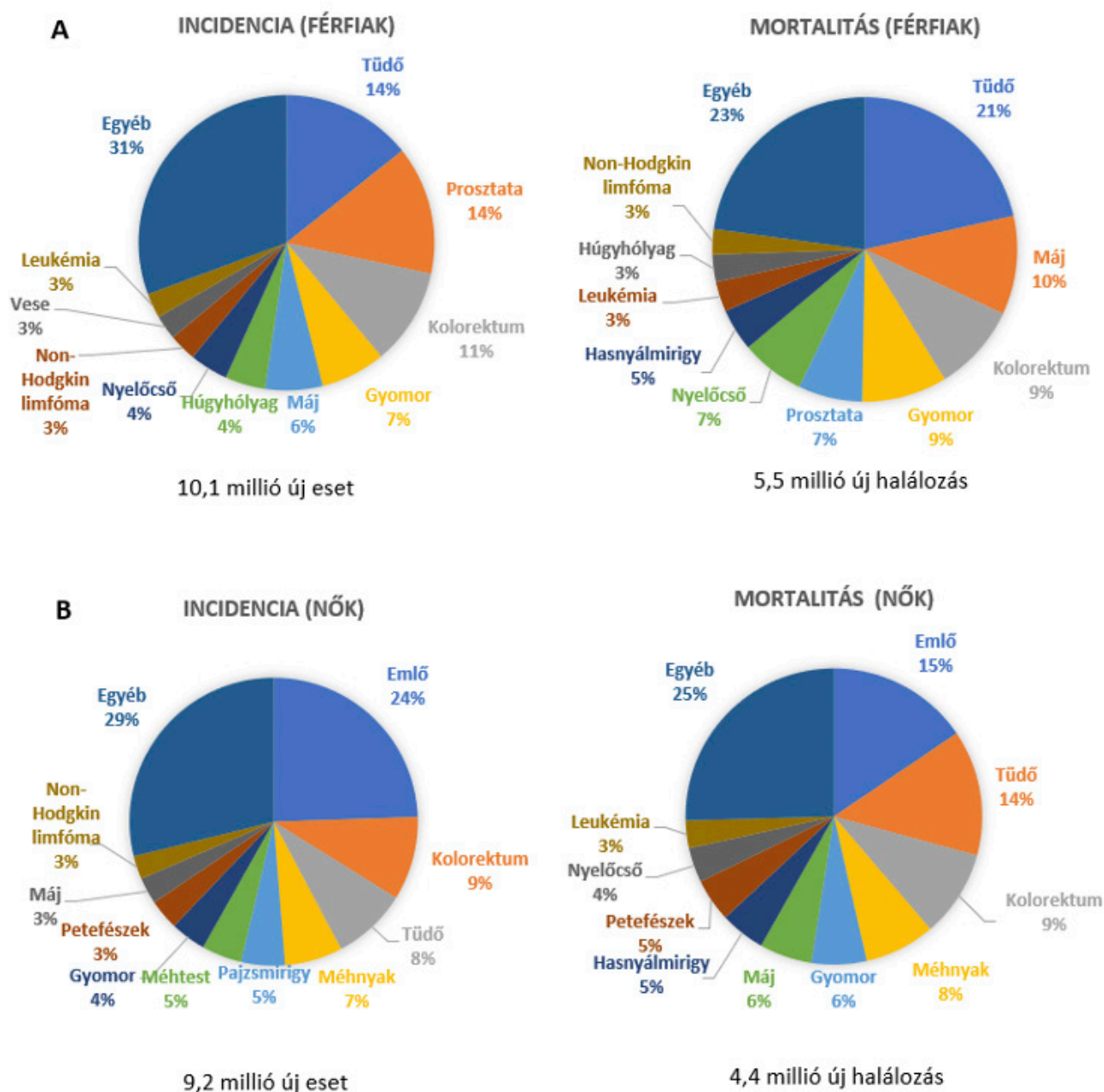
A daganatok előfordulásának területi megoszlását tekintve elmondhatjuk, hogy az új esetek előfordulása, illetve a halálozási arányszám földrajzilag nem egyenletes. Az újonnan diagnosztizált esetek 50%-a Ázsia és Latin-Amerikai országaiból származnak, ez a magas arány a halálozási arányok tekintetében is megjelenik (VIII.5. ábra).

A daganatos megbetegedések mintázata szoros



VIII.3. ábra: Daganatos megbetegedések incidencia és mortalitás szerinti sorrendje és megoszlása világviszonylatban, mindkét nemre vonatkozóan, 2020.

Forrás: Global Cancer Statistics 2020. [16]



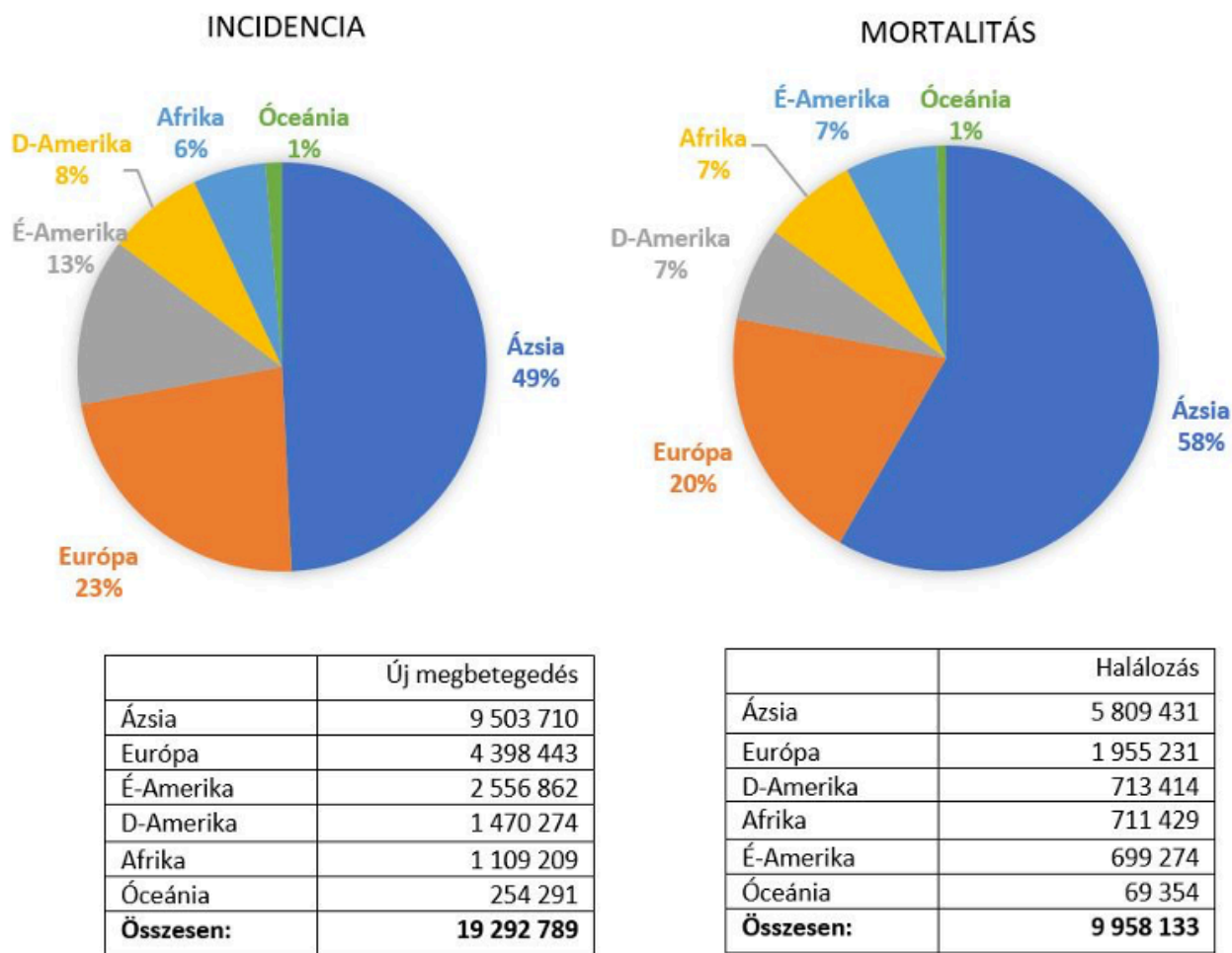
VIII.4.ábra: Férfiakra (A) illetve nőkre (B) vonatkozó daganatincidencia és mortalitás megoszlása, világviszonylatban, 2020. Forrás: Global Cancer Statistics 2020. [16]

összefüggést mutat a születéskor várható élettartam, az oktatásban eltöltött idő és az adott országban mérhető életszínvonal alapján kalkulált emberi fejlettségi indexszel (Human Development Index, HDI).

A HDI vonatkozásában általában 4 csoportba (igen magas, magas, közepes és alacsony) sorolt országok között lényeges különbség figyelhető meg a daganatkialakulás kumulatív incidenciája és a korszpecifikus daganatos halálozás tekintetében is. Míg a legmagasabb és a legalacsonyabb

HDI értékkel rendelkező országok összslakossága körülbelül azonos nagyságú, addig a magas HDI értékeket mutató országokban a daganatok előfordulása lényegesen magasabb (41%), mint az alacsony HDI indexű országokban (5,9%). A vezető daganattípusok mintázata is lényegesen eltér e két csoportban [17].

A magas HDI értékű országokban az öt legjellemzőbb daganat sorrendben az emlőrák, a vastag-és végbélrák, a tüdőrák, a prosztatarák, és a húgyhólyagrák, addig az alacsony HDI indexű or-



VIII.5.ábra: Daganatos megbetegedések (incidencia és mortalitás) területi megoszlása, világviszonylatban, 2020. Forrás: Global Cancer Statistics 2020. [16]

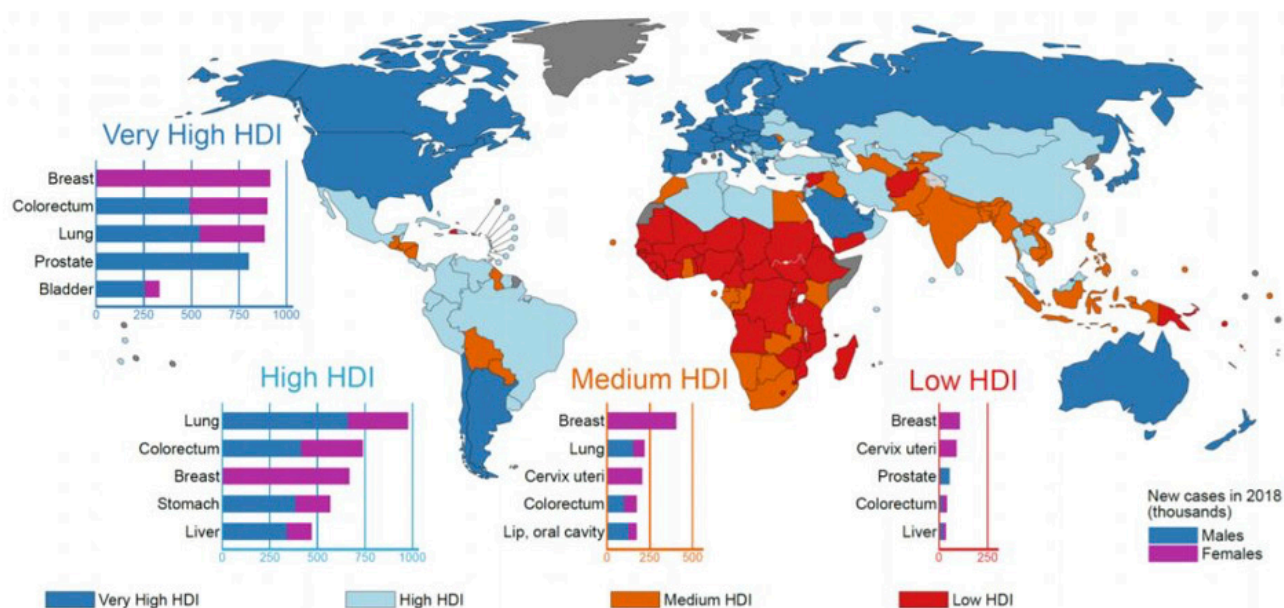
szágokban az emlőrák, a méhnyakrák, a prosztatarák, a vastag-és végbélrák és a májrák jellemző (VIII.6. ábra).

A Nemzetközi Rákkutató Ügynökség (IARC) véleménye szerint 2040-re az új esetek száma 50%-kal emelkedni fog világviszonylatban, eléri az évi 30 milliót, a halálozások várható száma pedig 16,3 millióra emelkedik. Becslések szerint a következő évtizedben várható változások sokkal nagyobb mértékben fogják érinteni a harmadik világ, illetve a fejlődő országok lakosait, mint az iparilag fejlett országokat. A helyzetet tovább súlyosbíthatják a demográfiai változások, a globalizációval és a növekvő gazdasággal együtt járó kockázati tényezők és a nem megfelelő, (nem fenntartható) ipari környezet.

Népegészségügyi jelentőségüket tovább növeli,

hogy a daganatos megbetegedések a világ számos országában a 70 év alattiak körében a legfontosabb, vezető halálókká nőttek ki magukat, megelőzve a kardiovaszkuláris megbetegedéseket. A betegségek globális terheinek a számszerűsítésére kifejlesztett rokkantsággal korrigált életévek (Disability-adjusted life years (DALYs) indikátor valamelyest jól szemlélteti a betegség populációóra kivetített terheit, a betegség súlyosságát és a betegség túlélési valószínűségét is. Ebben a vonatkozásában a második legmagasabb DALY értékkel a daganatos megbetegedések rendelkeznek (7. ábra). A betegséggel megélt életévek összértéke meghaladja a 233 millió évet, eloszlását tekintve pedig elmondhatjuk, hogy a gazdaságilag fejletlenebb országokban sokkal nagyobb terhet ró a lakosságra. Hasonlóképpen jól mutatja a daganatos megbetegedések jelentőségét, ha a be-

DAGANATOS MINTÁZAT A HUMÁN FEJLETTSÉGI INDEX (HUMAN DEVELOPMENT INDEX: HDI) ALAPJÁN



VIII.6.ábra: A daganatos megbetegedések különböző mintázata a HDI értékek függvényében, 2018.

Forrás: <https://www.worldcancercongress.org/sites/congress/files/atoms/files/T3-121.pdf> [18]

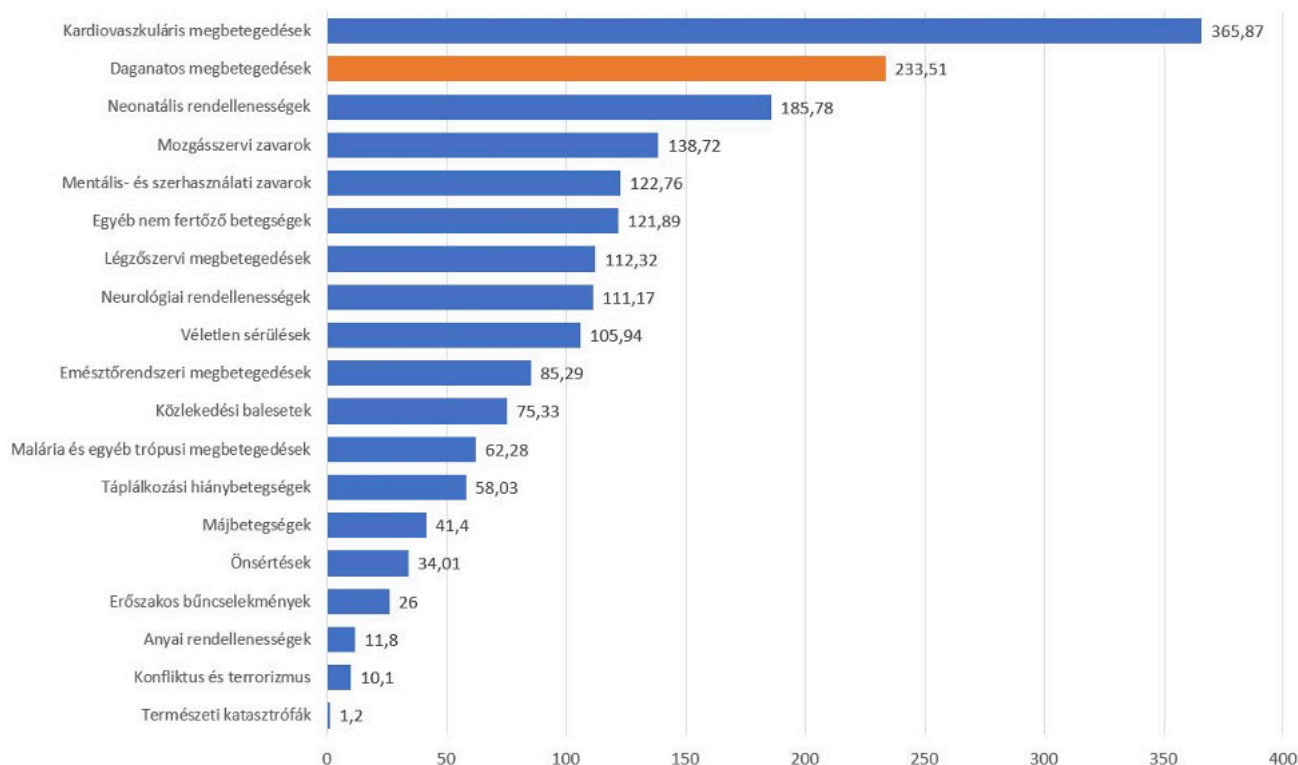
tegségből adódó elveszített éveket vizsgáljuk. Ebben a tekintetben a daganatos megbetegedések miatti korai halálozás a legmagasabb - megelőzve a kardiovaszkuláris betegségeket -, mutatva, hogy a betegség nagyon gyakran fiatal áldozatokat követel.

Magyarországon 2020-ban 33.714 férfi és 34.712 nő betegedett meg valamilyen daganatban, illetve ugyanebben az évben 16.804 férfi és 14.819 nő halt meg rosszindulatú daganat következtében (www.ksh.hu). A daganatos megbetegedések szempontjából az alábbi hét daganattípus felelős az összes esetek több, mint 50%-áért, ezért a továbbiakban ezen daganattípusok részletesebb ismertetése történik.

Emlőrák

Mint ahogy azt az előzőkben olvashattuk napjainkra a leggyakrabban diagnosztizált daganattípus az emlőrák. Incidenciája erőteljesen növekszik a fejlődő országokban. Az emlődaganatok előfordulása főleg a fejlődő országokban – az urbanizáció és a nyugati-típusú életmód elterjedésével

– egyre inkább növekszik. Annak ellenére, hogy az emlőrák korai diagnosztizálására kiváló lehetőségként áll rendelkezésre a mammográfia, sajnos az alacsony- és közepes jövedelmű országokban nem hozzáférhető megfelelő mértékben a lakosság számára, így a betegség nagyrészt már csak késői stádiumban tudják diagnosztizálni. Mint minden daganat esetében, a túlélés valószínűsége nagymértékben függ attól, hogy milyen stádiumban diagnosztizálják a betegséget. A tünetek nélkül, mammográfia segítségével felfedezett emlőrák 5-éves túlélése eléri a 93%-ot, míg a késői stádiumú, már a mellben tapintható és fájdalmat okozó csomók megléte és metasztatizált emlőrák esetén a túlélés valószínűsége 22%-ra csökken. Az emlőrák kialakulásának legfontosabb genetikai kockázati tényezője a BRCA1 és BRCA2 gén. Ezek a tumor szuppresszor gének csírsejtes mutációjuk révén jóval nagyobb valószínűséggel alakítják ki a betegséget. Örökletes emlőrák esetén jóval korábbi életkorban manifesztálódik a betegség és általában a BRCA1 mutáció hordozása esetén nem csak az emlőrák, hanem a petefészekrák, BRCA2 génmutáció esetén pedig



VIII.7.ábra: Rokkantsággal korrigált életévek haláloki főcsoportok szerinti megoszlása.

Forrás: <https://ourworldindata.org/burden-of-disease> [19]

ezen felül még a prosztatatarák és a hasnyálmirigyrák kialakulása is gyakoribb. A BRCA gének külső hatásokra is sérülhetnek, ebben az esetben szomatikus mutációról beszélünk, ilyenkor a daganat általában idősebb korban jelenik meg. Fontos, hogy azok a nők, akiknek családjában a női ágon előfordult korábban emlőrák, petefészek, petevezeték vagy peritoneális daganat, azok fokozott kockázatúnak számítanak és mindenképpen vegyenek részt a szűrővizsgálaton vagy vegyenek igénybe genetikai tanácsadást.

Az emlőrák kialakulásában számos további kockázati tényező ismert [20]. Ezek lehetnek hormonális, életmódi és környezeti tényezők is (VIII.4. táblázat).

Prevenció:

Fontos, hogy a megfelelő, kiegyensúlyozott táplálkozást már minél fiatalabb életkorban sajátítsuk el. A megfelelő zöldségfogyasztás nem csupán a vitamin és rosttartalom miatt szükséges. Az ázsiai nőkben meglehetősen alacsony az emlőrák incidenciája. Kutatások igazolták, hogy ennek hátte

rében az ázsiai konyha alapját képviselő, magas szójabevitel áll.

A szójabab, illetve a belőle készült élelmiszerek (pl. tofu, miso, szójatej, szójajoghurt vagy tempeh) kiváló növényi fehérjeforrások. Ráadásul a szójabab-fehérje minden esszenciális aminosavat tartalmaz, emiatt vegetáriánusok számára is ajánlott. A szója egyedülállóan gazdag fitoösztrogénekben is, melyek bizonyítottan antikarcinogén (rákellenes) hatással bírnak. 1 g szójaprotein 3,5mg izoflavont tartalmaz. A növényi fitoösztrogének természetes ösztrogénreceptor-modulátorok, amelyek mind ösztrogénszerű, mind antiösztrogén tulajdonságokkal rendelkeznek. A magas szójabevitel bizonyítottan csökkentette az emlőrák előfordulási gyakoriságát és a túlélés vonatkozásában is kedvező hatást mutatott. Számos vizsgálat igazolta, hogy a szójában gazdag étrend kedvezően befolyásolja az LDL-koleszterin szintet, emiatt kardiovaszkuláris szempontból is javasolt a fogyasztása.

Fontos kiemelni, hogy a szója védőhatását a szója tartalmú élelmiszerek esetén igazolták, és nem a

VIII.4.táblázat: Az emlőrák kialakulását befolyásoló kockázati tényezők

Hormonális kockázati tényezők (összefüggnek a fokozott ösztrogén expozícióval)	Életmódi tényezők	Környezeti tényezők
Korai menarche (12 éves kor előtt)	Dohányzás	Ionizáló sugárzás (röntgen-sugárzás, MRI vizsgálat)
Késői menopausa (55 év felett)	Elhízás	
Gyermektelenség	Alacsony fizikai aktivitás	
Késői életkorban (30 év felett) történő első gyermekvállalás	Magas ω -6 zsírbevitel	
Kevés gyermek vállalása	Alacsony fitoösztrogén-bevitel	
Nem szoptatás	Alkoholfogyasztás	
Poszt-menopauzális hormonterápia	D-vitamin hiány	

forrás: https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm [2021.04.20.]

mesterséges eredetű étrendkiegészítőkkel, emiatt a szakértők óvatosságra intenek a szupplementációt illetően. A nyugati országokban a szójabevitel rendkívül alacsony az általános lakosság körében. Egy amerikai felmérés szerint az izoflavon bevitel 2,5 mg/nap volt. Összehasonlításképpen egy adag (250 ml) szójatejben körülbelül 25 mg izoflavon található. A nyugati világban a szóját adalékanyagként, funkcionális tulajdonságai (stabilitásfokozás, textúra javítása) miatt, minimális mennyiségben adják az élelmiszerekhez, így kiváló antikarcinogén tulajdonságai nem érvényesülnek. Az egészségtudatos táplálkozás egyre nagyobb hangsúlyt fektet a szója alapú táplálkozásra, az ajánlások szerint napi 2 adag szója alapú élelmiszer fogyasztása javasolt. De azt azonban fontos tudnunk, hogy a szójatermékek izoflavon tartalmának 80 százaléka feldolgozás során akaratlanul eltávolítódik, ezért igyekezzünk hagyományos, kevésbé feldolgozott szójaterméket vásárolni. A szójára vonatkozóan a kínai és japán ajánlásokban 15 g szójabrotein és 50 mg izoflavonoid ajánlott naponta, az Egyesült Államok táplálkozási ajánlásaiban, ahogy a keleti országokban is az LDL-ko-

leszterinszint csökkentése érdekében 25 g/nap szójabrotein bevitelt ajánl.

Az emlőrák kialakulásában egyértelműen szerepet játszik az elhízás, a fizikai inaktivitás, a túlzott alkoholbevitel és a stressz is. Az életkor előrehaladtával a gyakoriság emelkedik.

A fejlett országokban az érintett lakosság számára szervezett, ingyenesen hozzáférhető szűrési program áll rendelkezésre a 40 vagy néhol 45 év feletti nők számára. Sajnos a szűrővizsgálatok igénybevétele még ebben az esetben is elég alacsony.

Az American Cancer Society ajánlása szerint igény esetén évente elvégezhető minden 40-45 év közötti nő számára a mammográfiás vizsgálat. 45-54 év között évente, 55 év felett 2 évente ajánlott szűrővizsgálaton részt venni. Hazánkban a behívos emlőrákszűrés 45-65 év közötti nők kétvenkénti vizsgálatára terjed ki. A korai felismerést elősegítheti az emlő rendszeres önvizsgálata is, de ez semmiképpen sem helyettesítheti a rendszeres mammográfiás szűrővizsgálatokat.

Tüdőrák

A tüdőrák hosszú évek óta vezető daganatos halálok az iparilag fejlett országokban és sajnálatos módon Magyarország világelső incidenciája és mortalitása tekintetében is (VIII.5. táblázat). A 90-es évek óta az új megbetegedések száma csökkenő trendet mutat, ennek hátterében valószínűleg a dohányzást korlátozó szabályok állnak. Az 5-éves átlagos túlélés igen alacsony [21].

Kockázati tényezők:

- **Dohányzás:** A betegség kialakulásának legfontosabb kockázati tényezője a dohányzás. Férfiak esetében 90%-ra teszik a dohányzás szerepét a betegség kialakulásában. A dohányzással kapcsolatban fontos hangsúlyozni, hogy a másodlagos vagy környezeti cigarettafüst-expozíció hasonlóan káros a szervezetre.
- **Radon:** A radon színtelen, szagtalan radioaktív nemesgáz, a természetben az uránium tartalmú kőzetekben, illetve a talajban, folyók vizében is megtalálható kis mennyiségben. Természetes bomlása során radioaktív izotópok (polónium 218, polónium 214, ólom 214) keletkeznek, amelyek a levegőben lévő porhoz vagy kisebb partikulumokhoz pl. dohányfüst komponenseihez kapcsolódhatva bekerülnek a szervezetbe. A belélegzett radontartalmú levegő a tüdő légúterrendszerébe kerül, ahol közvetlen alfa sugárzással fejti ki DNS-károsító hatását. A levegő radon koncentrációja a szabad levegőn elhanyagolható, nem jelent problémát, viszont azokban az épületekben, amelyeket ilyen kőzetből építettek, a beltéri radon koncentráció egészségkárosító lehet, amit megfelelően gyakori, rendszeres szellőztetéssel tudunk csökkenteni.
- **Azbeszt:** Az azbeszt kiváló hő-és hangszigetelő képességének köszönhetően széles körben használt építőanyag volt, míg kiderült, hogy a levegőbe kerülő azbesztpor belégzése, hosszú évtizedes lappangás után súlyos tüdőkárosodást, leggyakrabban mezoteliómát okoz. A WHO adatai szerint a tüdőrákos betegek felénél az azbeszt expozíció is megfigyelhető. Magyarországon 2005 óta

tilos azbesztet használni az építőiparban, és veszélyes hulladéknak minősül minden régi épületek bontásakor keletkező építőipari hulladék.

Prevenció:

A tüdőrák kialakulásának megelőzéséhez mindenképpen a dohányzástól való leszokás, illetve a dohányzásmentes környezet kialakítása a legfontosabb.

A tüdőrák gyógyítás egyik sarkalatos pontja a betegség korai felismerése. A magas kockázatú (dohányos, építőipari múlttal rendelkező) személyek számára még nem áll rendelkezésre hatékony, szervezett szűrővizsgálat. Nagyon ígéretes eredményeket mutatnak azok az alacsony-dózisú CT vizsgálatok, amelyek képesek a tüdőrák korai felismerésére. Sajnálatos módon ezen vizsgálatok meglehetősen költségigényesek, ezért valószínűleg, mint szervezett szűrés nem várható a bevezetésük.

Vastag-és végbélrák

A kolorektális daganatok incidenciáját tekintve markáns különbségeket figyelhetünk meg globálisan. Legmagasabb értékkel a fejlett országok rendelkeznek, míg az afrikai és Dél-ázsiai országokban a betegség súlya nem ekkora. Magyarország incidenciája és halálozása szempontjából is élen áll az európai országok között, és sajnos az életkorra standardizált halálozás tekintetében világelső között vagyunk (VIII.5. táblázat).

A kolorektális daganatok előfordulási mintázata erős összefüggést mutat a jóléti mutatókkal (VIII.8. ábra).

A kolorektális daganatok körülbelül 30%-a családi halmozódást mutat. Ezen esetek egy részét (az összes kolorektális daganatok kb. 5%-át) veleszületett mutációk okozza. A genetikai tényezők közül kiemelendők a mismatch repair (MMR) gén és az APC tumorszuppresszor gén csírasejtes mutációi. A MMR génmutációk esetén nagy valószínűséggel már fiatal életkorban kialakul az örökletes nem-polipózus vastagbél-daganat (Hereditary nonpolyposis colorectal cancer (HNPCC)),

VIII.5. táblázat: Életkorra standardizált mortalitási adatok, tüdőrák, mindkét nem, 2020.

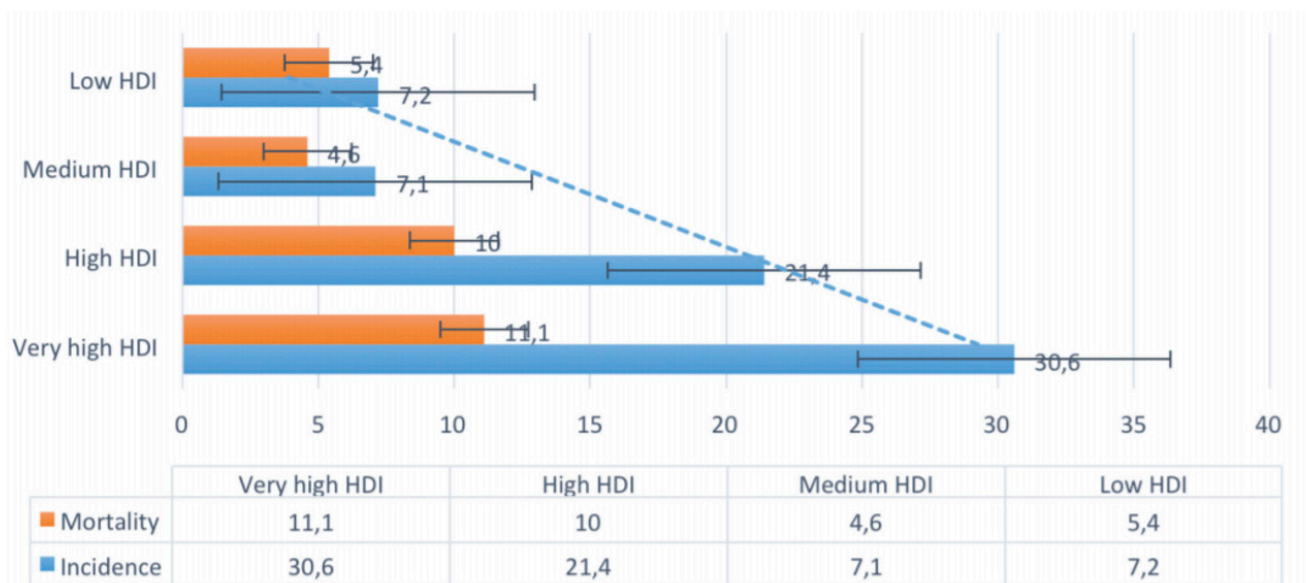
Tüdőrák, mindkét nem			
Rangsor	Ország	Meghaltak száma	Életkorra standardizált mortalitás 100.000 főre
	Világ	1.796.144	18,0
1.	Magyarország	8.920	42,4
2.	Szerbia	7.084	40,0
3.	Francia polinézia	129	36,0
4.	Törökország	37.070	35,9
5.	Guam	86	35,1

Forrás: <https://www.wcrf.org/cancer-trends/lung-cancer-statistics/> [22]

VIII.6. táblázat: Életkorra standardizált mortalitási mutatók, kolorektális daganatok, mindkét nem, 2020.

Kolorektális daganatok, mindkét nem			
Hely	Ország	Meghaltak száma	Életkorra standardizált mortalitás 100.000 főre
	Világ	935.173	9,0
1.	Szlovákia	2.584	21,0
2.	Magyarország	4.880	20,2
3.	Horvátország	2.320	19,6
4.	Moldova	1.187	17,6
5.	Szerbia	3.356	16,7

Forrás: <https://www.wcrf.org/cancer-trends/colorectal-cancer-statistics/> [23]



VIII.8. ábra: A kolorektális daganatok incidencia és mortalitás megoszlása a különböző HDI értékű populációkban.

Forrás: <https://www.wcrj.net/wp-content/uploads/sites/5/2019/11/e1433-Worldwide-incidence-and-mortality-of-colorectal-cancer-and-Human-Development-Index-HDI-an-ecological-study.pdf> [24]

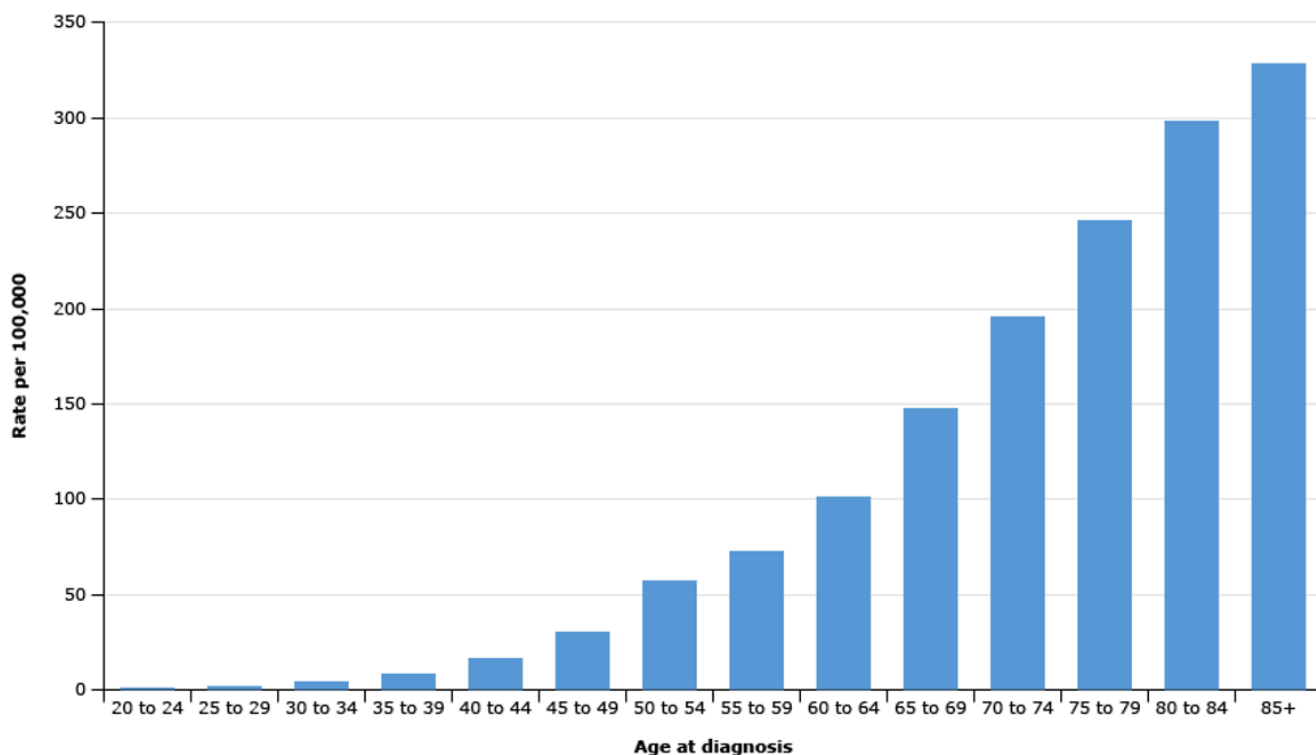
amit más néven Lynch szindrómának is neveznek. Az APC tumorszuppresszor gén csírsejtes mutációja esetén a familiáris adenomatózus polipózis (FAP) betegség alakul ki, ami a Lynch szindrómához hasonlóan autoszómális domináns öröklődést mutat. A több száz adenomatózus polip kialakulásával járó betegség már a 30-as évektől manifesztálódhat, így ezekben az esetekben akár 25 éves kortól 1-3 évente ajánlott a kolonoszkópia. Az APC mutációt örökölt személyek körében a kolorektális daganat kialakulásának élettartam prevalenciája 100%.

A kolorektális daganatok kb. 70%-a sporadikus, kialakulásukért legfőképpen az életmódi tényezők felelősek. Legfontosabb kockázati tényezője az életkor (9. ábra) mellett a túlsúly és a vele szoros összefüggést mutató fizikai inaktivitás.

Kockázati tényezők:

- **Életkor:** A vastag-és végbéldaganatok előfordulási gyakorisága 40 év felettekben fokozatosan emelkedik, férfiakat és nőket közel ugyanolyan mértékben érinti. (40 év alatt csak örökletes tényezők mellett jellemző a kialakulása).

- **Családi anamnézisben kolorektális daganat előfordulása.**
- **Elhízás:** A jóléti társadalmakban általánosan jellemző a túlsúly és elhízás. Ennek hátterében a magas energiabevitel és a fizikai inaktivitás áll. Energiabevitel szempontjából kiemelendő a zsírbevitel (azon belül a telített zsírbevitel) és az alkoholfogyasztás. A legújabb táplálkozási ajánlás szerint a telített zsírok a napi energiabevitel max. 10%-át tegyék ki (Dietary Guidelines for Americans, 2020-2025). A magas telített zsírsavtartalmú élelmiszerek tipikus képviselői sertészsír, a vaj, a zsíros sajtok és a vöröshúsok. Energiabevitel szempontjából az alkoholfogyasztásra is oda kell figyelni. 1 g alkohol lebontásakor 7 kalória szabadul fel. A magas energiataralma miatt a 100%-os rostos üdítőitalok mértékletes fogyasztása ajánlott, illetve hasonlóképpen meg kell fontolni a fizikai aktivitás nélküli sport-és energiatartalmú napi szintű fogyasztását, illetve limitálni, minimalizálni kell a cukros üdítők fogyasztását is.
- **Húskészítmények és vöröshús fogyasztás túlzott fogyasztása:** Daganatkialakulás



VIII.9. ábra: Kolorektális megbetegedések aránya életkoronként az USA 2004-2013-as adatai alapján. Forrás: https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ONC%2F111996&topic-Key=ONC%2F2606&source=see_link [25]

szempontjából a sonka, szalámi, kolbászfélék, virsli, felvágottak vagy húskonzervek fogyasztása is kockázatot jelent. Ezeket a termékeket a tartósítás, állagjavítás vagy az ízfokozás érdekében füstölik, sózzák, erjesztik vagy pácolják. Ezen eljárások során a húskészítmények nitrítartalma megnő, ami felelős lehet a vastagbél-daganatok kialakulásáért. Az IARC 2014-ben a húskészítményeket a bizonyítottan karcinogén (1A), míg a vöröshúsokat (marha, borjú, bárány, sertés) a potenciális karcinogén (2A) csoportba sorolta. A legújabb ajánlások a vöröshúsfogyasztást napi maximum 70 grammal limitálják.

- Alacsony ételmi rostbevitel: Kolorektális daganatok szempontjából kiemelten fontos a megfelelő mennyiségű zöldségfogyasztás, ami fedezi a napi 25-30 g ételmi rost bevitelt. Ez a mennyiség szükséges ahhoz, hogy a bélrendszer működését segítse a passzázs idő lerövidítésével, így nem csupán a káros anyagok gyors megkötését és kiürülését se-

gíti elő, hanem a bélfal irritációt is csökkenti.

- Nem megfelelő minőségű zsírbevitel: A kolorektális daganatok kialakulásában a táplálkozásnak kiemelt szerepe van. A megfelelő, kiegyensúlyozott étrendben a többszörösen telítetlen omega-6 sorozatú és az omega-3 zsírsavak aránya 4: 1. Sajnos a nyugati típusú táplálkozás ettől jelentősen eltér. Az omega-3 zsírsavak szinte kizárólag a hideg tengeri halakban találhatóak, kivétel a lenmagolaj, ami nagyon jó alternatíva a növényi táplálkozást folytatók számára.
- Transzzsírok: a sütés, főzés során a növényi olajok a magas hőmérsékeltre való hevítés során konformációváltozáson mennek keresztül és rendkívül káros, karcinogén, transzzsírok keletkeznek.
- Fizikai inaktivitás
- Dohányzás
- Gyulladásos bélbetegségek, mint pl. Crohn betegség vagy colitis ulcerosa esetén a vastagbél krónikus gyulladása növelheti a vas-

tagbél-daganat kialakulásának esélyét.

- D-vitamin hiány

Prevenció:

A kolorektális daganatok több, mint fele megelőzhető. A legfontosabb tényező természetesen a táplálkozás. Az ajánlott kalóriabevitel betartása mellett a megfelelő rostbevitel rendkívül fontos. A növényi rostok protektív hatással vannak a vérsír összetételre is, és fokozzák a teltségérzet kialakulását, segítik a káros anyag eliminációt és gyorsítják a passzázs időt, ami csökkenti az ártalmas irritáció idejét is, ezért valóban fontos, hogy napi min. 400 g, lehetőleg minél többféle friss zöldséget fogyasszunk, ami nagy valószínűséggel tartalmazza az ajánlott 25-30 g növényi rostot. A zsírsavakkal kapcsolatban hangsúlyos, hogy soha ne használjuk újra a még tisztának látszó olajat sem, mert a többször hevített olajak magasabb mennyiségben tartalmaznak karcinogén transzszírokat.

A moderált alkoholfogyasztás az alkohol lebontása során keletkező karcinogén acetaldehid miatt erősen ajánlott, de fontos megemlíteni, hogy a táplálkozásra odafigyelők között is gyakran előfordul, hogy megfélekedezik az alkohol cseppet sem elhanyagolható energiataralmáról.

A kolorektális daganatok megelőzésében rendkívül fontos szerepe van a szűrésnek. Ennek leghatékonyabb módja a kolonoszkópia, ami a belek teljes műszeres átvizsgálását jelenti. A szakorvos endoszkóp segítségével szövetmintát is tud venni további vizsgálatra, vagy akár a bélfalon található polipokat azonnal el is tudja távolítani. A kolonoszkópia előnyeihez sajnos hátrányként társul a viszonylag magas költségigénye, ami a képzett szakorvosigényből, illetve a megfelelően felszerelt rendelő szükségességéből adódik.

Magyarországon az 51/1997.(XII.18.) NM rendelete értelmében a szervezett, célzott népegészségügyi lakossági vastagbél-szűrés az átlagos kockázatú 50-70 év közötti férfiakra és nőkre terjed ki. A szűrés első lépéseként a széklet vérvizsgálata történik, hemoglobint jelző immunológiai széklet-vérteszt (iFOBT vagy FIT) segítségével, és minden nem negatív esetben második lépésként kolonoszkópia következik [26].

Ennek a módszernek a hátulütője, hogy ha a mintavétel nem akkor történik, amikor a tumor vérzik, akkor fals negatív eredményt kapunk, ami téves biztosságot ad a tüneteket nem érző, de már beteg személy számára.

Májrák

A primer májrák incidenciája növekvő trendet mutat, átlagos 5-éves túlélése bár nagyon sokat javult az elmúlt évtizedekben, de még ma is csak 20% [27]. Távoli áttét (metasztázis) jelenléte esetén a túlélés kritikusan alacsony, 3% körüli. A problémát fokozza, hogy a májkárosodás, illetve a májrák sokáig igen tünetszegény, legtöbbször csak más betegségek miatti vizsgálatok miatt derül ki. A primer májrák kialakulásában a Hepatitis-vírusfertőzések és a magas alkoholfogyasztás kiemelendő. Az összes májrák körülbelül 80% az ázsiai és az afrikai országokban fordul elő, magas érintettségük egyértelműen a hepatitis védőoltás hiányának tudható be. A májrák férfiakban háromszor gyakrabban fordul elő, mint nőkben.

Kockázati tényezők:

- Hepatitis B vírus infekció: A szervezetbe került Hepatitis B vírus a májsejtek elhalását, illetve krónikus májgyulladást okoz. Megfertőződés után a kórokozó minden testnedvben jelen van, így a fertőzés szexuális úton, vérrel és vérkészítményekkel, szövetnedvvel kontaminálódott orvosi eszközökkel, intravénás kábítószerhasználattal terjedhet, és szülés során a fertőzött anya is átadhatja gyermekének. A vérkészítmények szűrésének köszönhetően az egészségügyi intézményekben történő megfertőződést ki zárhatjuk.
- Hepatitis C vírus infekció: Leggyakoribb átvitel az intravénás kábítószerhasználat.
- Alkohol: Az iparilag fejlett országokban a májrák kialakulásának legfontosabb kockázati tényezője az alkohol. Bár a metabolizmus során keletkező acetaldehid definitív karcinogén, fogyasztása mégis elfogadott az emberek számára. Mivel az alkohol lebontása főként a májban történik, ezért elsődlegesen itt fejti ki káros hatását és az

évek során elfogyasztott alkohol hatására idővel májcirrózis alakul ki, ami a hepatocelluláris daganatok kétharmadában megtalálható, és nagymértékben hozzájárul a primer májrák kialakulásához. A táplálkozási ajánlások szerint az alkoholfogyasztást limitáljuk nők esetén napi 1, férfiak esetén napi 2 ital fogyasztásában, (1 ital kb. 14 g tiszta alkoholnak felel meg) (VIII.10. ábra). Sajnos Magyarországon jóval magasabb az egy főre jutó átlagos alkoholfogyasztás. és különösen veszélyes az alkalmi nagyívás, amikor egy alkalommal több, mint 6 italt fogyasztanak el. Ez a mintázat egyébként az alkoholt rendszeresen nem fogyasztók fiatalokra jellemző.

Prevenció:

A megelőzésben a Hepatitis B védőoltásnak kiemelt szerepe van. Hazánkban 1999 óta életkorhoz kötötten kötelező. Az egészségügyben dolgozók, illetve tanulók számára foglalkozáshoz kötött kötelező oltás. Hepatitis-B védőoltás ajánlott a promiszkuitásban élők számára. Magyarországon inkább a magas alkoholfogyasztás okozza a problémát.

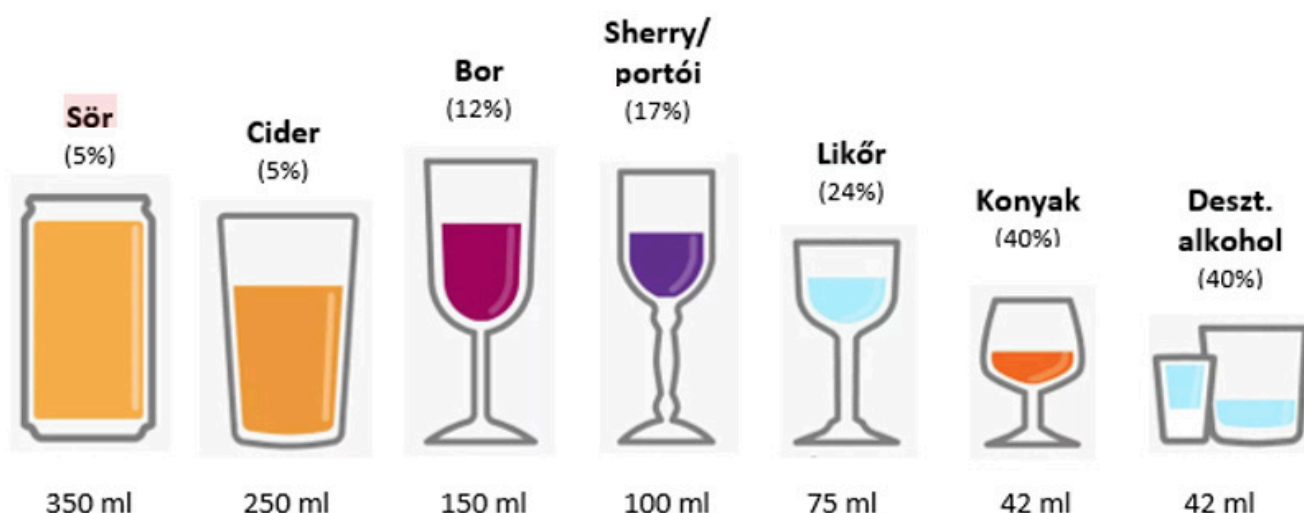
Gyomorrák

A gyomorrák a 20. században a vezető daganatos

halálok volt, amíg a 80-as években a tüdőrák meg nem előzte. Legfontosabb kockázati tényezője a *Helicobacter pylori* baktérium. Etiológiai szerepének felfedezésével komoly törekvések történtek a kórokozó eradikálására, így a gyomorrák incidenciája jelentősen csökkent, de még így is egyike a vezető daganatos halálokoknak. A gyomorrák kialakulásának felének hátterében többnyire életmódi, táplálkozási tényezők állnak. 5-éves túlélése 20-30% közötti, késői stádiumban történő diagnózis esetén az átlagos túlélés 1 év. A prognózis függ az életkortól, a már meglévő betegségektől, a lokalizációtól, és a stádiumtól. A betegség kétszer gyakrabban jelenik meg férfiakban, mint nőkben [29]. A gyomorrákos esetek 10%-ában családi halmozódás megfigyelhető, ezen esetekben a Cadherin gének (CDH1) mutációja megfigyelhető.

A betegség ismert kockázati tényezői:

- *Helicobacter pylori* fertőzés: A *Helicobacter pylori* egy feko-orálisan terjedő baktérium, ami széklettel fertőzött táplálék útján kerül a szervezetbe. A higiénés viszonyok javulásának köszönhetően ma már a *Helicobacter* átfertőződés jóval alacsonyabb. A Nemzetközi Rákkutató Társaság az IARC 1994 óta bizonyítottan karcinogén csoportba sorolta a *Helicobacter pylori*-t. A baktérium a szervezetbe kerülve akut, de általában enyhe



VIII.10. ábra: 1 egység italnak megfelelő különböző típusú alkoholos italok.

Forrás: <https://www.vox.com/2018/4/24/17242720/alcohol-health-risks-facts> [28]

gasztritiszt okoz, de sokszor krónikus infekció alakul ki, ami idővel gyomor- vagy duodenumfekély kialakulásához, majd az esetek 1%-ban gyomorrák kialakulásához vezet.

- Epstein-Barr vírus (EBV): A EBV etilógiai szerepét már jónéhány humán daganat, mint pl. Hodgkin lymphoma, Burkitt lymphoma és nasopharyngeális karcinómák esetén is leírták, de karcinogenezisben betöltött pontos szerepe, a hatásmechanizmus még nem ismert. A gyomorrákos esetek 10%-a EBV pozitív. Bár a EBV prevalenciája férfiakban magasabb, mégis az EBV pozitív gyomorrák inkább nőkben jellemző.
- Táplálkozás: az erősen sózott és füstölt élelmiszerek fokozzák a gyomorrák kialakulását.
- Dohányzás
- Alkohol fogyasztás

Prevenció:

Bár a Helicobacter fertőzés jelentősen csökkent a fejlett országokban, de a baktérium a természetes vizekből és a talajból nem tűnt el. A nyers zöldségeket, főként a póréhagymát, különböző salátákat és a káposztaféléket, mindig mosás után fogyasztjuk, így csökkentve a megfertőződés kockázatát. A már meglévő Helicobacter fertőzés megfelelő antibiotikummal kezelése még akkor is szükséges, ha nincs semmi tünetünk.

A megelőzésben rendkívül fontos szerepe van a táplálkozásnak. Régebben az élelmiszerek tartósításának és tárolásának egyetlen módja a sózás, füstölés volt, melynek következtében igen magasra nőtt a lakosság sófogyasztása, ami egyik fontos tényezője a gyomorráknak. A hűtőszekrények megjelenésével és elterjedésével felváltották a sóalapú tartósítást és csökkentették az élelmiszerek baktérium- és gombafertőzés lehetőségét is. Ezen túl elősegítették azt is, hogy sokkal nagyobb mértékű lehessen a friss zöldség- gyümölcsfogyasztás is, így a tartósított élelmiszerek, mint pl. konzervfogyasztás lényegesen lecsökkent. A megfelelő friss zöldség- és gyümölcsfogyasztás, a teljes kiőrlésű gabonák fogyasztása megfelelő vi-

tamint és ásványianyag forrást biztosít a szervezet megfelelő működéséhez. Ezen felül a megfelelő rostbevitel a teltségérzet kialakításával hozzájárul a megfelelő testtömeg kialakításához, ami a gyomorrák szempontjából is kiemelkedően fontos. Számos vizsgálat mutatott pozitív korrelációt a zöld tea fogyasztás mértékével.

Prosztatarák

A születéskor várható élettartam növekedésével arányosan a prosztatarák incidenciája is egyre nő. A prosztatata kóros megnagyobbodása és malignus elváltozása tipikus időskori megbetegedés; a megbetegedettek átlagéletkora a diagnózis felállításakor 66 év. A betegség 5-éves túlélése 80% feletti. Az elmúlt 20 évben gyakorlatilag megduplázódott a prosztatarákos megbetegedések száma a fejlett országokban, ez nagymértékben összefügg a nyugati életvitel két legfontosabb kockázati tényezőjével, táplálkozással és a fizikai inaktivitással [30, 31].

Kockázati tényezők:

- Táplálkozás: A már jól ismert aspektusok mellett kiemelendő
 - magas telített zsírbevitel
 - alacsony többszörösen telítetlen omega-3 sorozatú zsírsavbevitel
 - magas vöröshús fogyasztás
 - 2000 mg/nap feletti kalcium bevitel vagy szupplementáció
- Fizikai inaktivitás
- Dohányzás
- Alkohol fogyasztás
- A prosztatata krónikus gyulladása, prostatitis jelenléte
- Férfi nemi hormonok
- Szexuális úton terjedő fertőző betegségek
- Bizonyos foglalkozások (pl. akkumulátor- és elemgyártás, forrasztás, gumigyártás)

Prevenció:

Mivel egy tipikus civilizációs betegségről beszélünk ezért a prevencióban hangsúlyoznánk a megfelelő fizikai aktivitás rendkívül fontos szerepét. A magas kalóriabevitel szintén jellemző a fejlett országokban, így a túlsúly és az elhízás csök-

kentése mindenképpen ajánlott. A táplálkozási aspektusból a hazánkban nem túl gyakori tengeri halfogyasztást kellene erősebben beépíteni az étrendünkbe, hiszen a magas omega-3 zsírsavtartalma protektív hatású ebben a daganattípusban is. A prosztaták megelőzésével kapcsolatban évek óta vitatott, hogy a prosztata által termelt prosztata-specifikus antigén (PSA) tumormarkerként alkalmazható-e prosztaták korai kiszűrésére. A problémát az okozza, hogy az emelkedett PSA-szint nem specifikus markere a prosztatáknak. Fokozott PSA-szint mérhető aktív sportolás (pl. kerékpározás) után, prosztata gyulladása, avagy jóindulatú prosztata-daganat esetén is. A legújabb ajánlások szerint a PSA-szűrés pár kivételtől eltekintve, a legtöbb férfi számára kevesebb előnyt jelent, mint amennyi káros mellékhatást és panaszt jelent a pozitív PSA eredményű férfiak téves kezelése. A kevés kivétel azokra a férfiakra vonatkozik, akiknek családjában már előfordult prosztaták, vagy ha az afroamerikai rasszhoz tartoznak. 70 év felett viszont semmiképpen nem javasolt a PSA-szűrés [32].

Méhnyakrák

Ma még a negyedik leggyakoribb női daganat világszerte, ami évente több, mint 300.000 nő halálát okozza. A WHO törekvése, hogy a méhnyakrák okozta halálozást eliminálni tudja a 21. század népegészségügyi problémái közül. A fejlett országokban már az 1960-as években bevezetett rendszeres szűrésnek köszönhetően lényegesen lecsökkent a méhnyakrákos halálozások száma. Magyarországon a méhnyakrákos halálozások száma magas, több, mint 400 halálozás történik évente. Legfontosabb kockázati tényezője a Humán papillómavírus (HPV), ami szükséges, de nem elégséges kockázati tényezője a méhnyakráknak [33]. A szexuális úton terjedő vírussal még fiatal életkorban találkozunk, mikrosérülések útján kerül a szervezetbe, ahol évtizedekig lappang, majd nem tudni pontosan, hogy milyen körülmények között, de aktiválódik és különböző rákmegelőző állapotok mellett kialakítja a méhnyakrákot. Azok a tényezők, melyek megnövelik a HPV megfertőződés esélyét, hozzájárulnak a betegség kialakulásához:

- Fiatal életkorban megkezdett szexuális aktivitás
- Több partner
- Olyan partner, aki HPV-fertőzött vagy akinek korábban több szexuális partnere volt
- Fiatal életkorban (18 év előtti) történő első gyermekvállalás /szülés
- 3 vagy több gyermek szülése (valószínűleg a hormonális változások hatására egyrészt az immunrendszer gyengébbé válik a gyermekvállalás idejére, másrészt feltételezik, hogy a női nemi rendszer érzékenyebbé válik a HPV-vel szemben, ezért a több gyermek vállalása kockázatot jelent a méhnyakrák kialakulása szempontjából.

További kockázati tényezők:

- Dohányzás
- Legyengült immunrendszer (mivel a HPV fertőzés eliminálásához jól működő immunrendszer szükséges, ezért minden olyan betegség, amely gyengíti az immunrendszert pl. AIDS, növelik a méhnyakrák kialakulását.
- Chlamydia fertőzés
- Fogamzásgátló tabletta szedése hosszú ideig

Prevenció:

A méhnyakrák kialakulás megelőzésének egyik leghatékonyabb módja a HPV infekció elkerülése. Hazánkban 2014. szeptemberében került bevezetésre a HPV-vakcina, amelyet elsőként a 12. életévüket betöltött lányok részére lehetett a szülőknek ingyenesen igényelni, majd 2020-tól már a fiúk részére is elérhető az ingyenes oltás. Magyarországon 3 törzskönyvezett védőoltás áll rendelkezésre, mindegyik 9 éves kortól adható [34, 35]. A fiúknak is adható Gardasil védőoltás a HPV 9 szerotípusa ellen biztosít védelmet, ami nem csupán a méhnyakrák, hanem a genitális szemölcsök ellen is véd. A védőoltást a szexuális élet megkezdése előtt alkalmazva 93%-os hatékonysággal véd a HPV fertőzéssel szemben. Az oltás életkorhoz kötötten kötelezően felajánlandó az általános iskolás gyermekek részére, de nem kötelező, a szülő döntheti el, hogy igényli-e a gyermeke számára vagy sem.

Fontos hangsúlyozni, hogy a védőoltás a rendszeres méhnyakrákszűrést nem helyettesíti! A méhnyakrák a HPV fertőzést követően hosszú évtizedek alatt alakul ki. Ezen időszak alatt elvégzett kenetvizsgálat képes a sejtek morfológiai elváltozásait kimutatni, így még a rákmegelőző stádiumban, korai beavatkozással a méhnyakrák kialakulása megelőzhető. Magyarországon 2003-óta kötelező a nőgyógyászati vizit alkalmával a 25-65 éves hölgyek méhnyakrák szűrését 3-évente elvégezni [36]. Mivel a méhnyakrák szűrésén igen alacsony a részvétel, ezért az elmúlt években a védőnői méhnyakrákszűrés is bevezetésre került. Ennek előnye, hogy védőnő szinte minden településen van, illetve a védőnők elfogadottsága általában magasabb, mint a többnyire férfi nőgyógyászé.

Fej-nyaki daganatok:

A fej és a nyak régiójából kiinduló, különböző eredetű rosszindulatú daganattípusokat összefoglalóan fej-nyaki daganatoknak nevezzük. Az esetek 90%-át a szájüreg, a szájgarat (oropharynx), az algarat (hypopharynx) és a gége daganatai képezik. Ide tartoznak még a ritkábban előforduló orrgarat (nasopharynx), az orrüreg, az orrmelléküregek, illetve a kis- és nagy nyálmirigyek rosszindulatú daganatai is. A korai diagnosztizálást megnehezíti, hogy nincsenek specifikus tünetek. Ennek elsődleges oka, hogy a régió elváltozásai igazán sokféle lokalizációjú lehet. A fej-nyaki daganatok legnagyobb csoportját a szájüregi daganatok képezik, ezért a következőkben ezen daganatokra fókuszálunk.

Ajak- és szájüregi daganatok

Ajak-és szájüregi daganatról beszélünk, ha az ajkak, a bucca, a nyelv, a szájpaddás, az íny, a nyálmirigyek, a nyelv alatti terület, a garat, avagy a szájat borító nyálkahártya kóros elváltozása figyelhető meg. Sajnálatos módon Magyarország ezen régió halálozási statisztikáit tekintve is élen áll európai és világviszonylatban is.

Legfontosabb befolyásolható kockázati tényezői a dohányzás és az alkoholfogyasztás. E két tényező együttes előfordulásakor szinergisztikus hatás lép fel és lényegesen megemelkedik a betegség kiala-

kulásának kockázata. Erős dohányzás és fokozott, rendszeres alkoholbevitel esetén 35-40%-kal nő meg a betegség kialakulásának kockázata. Becslések szerint az ajak- és szájüregi daganatok közel 75%-áért e két tényező együttes előfordulása felelős [37].

További kockázati tényezők:

- Dohányfüst mentes dohányzás: A dohány közvetlenül a nyálkahártyára történő felvitele (snus, tubák) igen népszerű Észak-Amerikában avagy a Skandináv országban. A rágódohányt főként Indiában használják, A dohányzás ezen formái szintén fokozzák a szájüregi rákok kialakulását.
- Bétel dió rágás: Valószínűleg az egyik legősibb pszichoaktív szerfogyasztásról beszélünk, ami elsősorban Dél-Ázsiában és a csendes-óceáni régiókban jellemző. A bételdiót leggyakrabban önállóan, de néha dohánnyal együtt is fogyasztják. Mindkét esetben fokozott kockázat mutatható ki.
- Ultraibolya sugárzás: Főként az UV-B expozíció káros hatása miatt a figyelni kell a szabadlevegőn való tartózkodás idejére. Különösen fontos ez a fehér bőrűek számára, akik sokkal érzékenyebbek a fényre. A mezőgazdasági munkások és a halászok számára komoly kockázatot jelent a napfény, körükben az ajakrák jóval gyakoribb diagnosztizálása figyelhető meg.
- Humán Papillomavírus (HPV): A több száz szerotípussal rendelkező Humán papillomavírus közül a szájüregi daganatok 75%-ban a 16-os szerotípus mutatható ki. A leggyakoribb átvitel oro-genitális.
- Herpes vírus:
- Epstein-Barr vírus:
- Szájhygiéne: Sajnálatos módon nem fordítunk megfelelő figyelmet a szájhygiénére. A lyukas vagy letört fogak, a nem kezelt paradontózis fokozott kockázatot jelent. Hazánkban a fogorvoslátogatási szokások nem túl biztatók, ami pedig fontos lenne a korai diagnosztizáláshoz.
- Foglalkozási expozíciók: Munkahelyi por-és vegyi ártalmak, amelyek különösen jel-

lemzők lehetnek a textiliparban, faiparban vagy fémiparban dolgozók esetén, valamint az építőiparban is.

- Alacsony szociális-gazdasági státusz:

Prevenció:

Első és legfontosabb, a dohányzás bármilyen formában történő használatának csökkentése, illetve megszüntetése. Az alkoholfogyasztás tekintetében tartsuk be a nemzetközi ajánlásokat, miszerint heti 14 egység alkoholnál többet ne fogyasszunk (napi max 2 egység ital) és kerüljük az alkalmi nagyívás kategóriát is (6 vagy több ital/alkalom). Ez sajnos a fiatalok ivási szokásaira igen jellemző mintázat.

A fogorvoslátogatási szokások javítását nem lehet eléggé hangsúlyozni, de különösen fontos, hogy azonnal forduljunk orvoshoz, ha bármi rendellenességet tapasztalunk a fej és nyak területén, legyen szó akár fájdalmatlan kis duzzanatról is. Fontos jel lehet a hangszálak, ok nélküli tartós rekedtsége, a szájüregben megjelenő fehér vagy piros folt, vagy a rágás, nyelés során tapasztalható fájdalom vagy zsibbadás.

Fontos protektív tényező lehet a megfelelő antioxidáns és vitaminbevitel, zöld tea fogyasztás.

Bőrrák

Annak ellenére, hogy a bőrrák okozta halálozás elhanyagolható mértékű, de azt fontos tudni, hogy a kaukázusi fehér populáció körében a leggyakoribb daganatos megbetegedés, és az incidenciája folyamatosan emelkedik. Ennek oka, hogy a Földet körülvevő ózonréteg egyre vékonyodik, így a Nap káros sugarainak expozíciója nagyobb mértékű. A bőrrákok közül kiemelendő a melanóma malignum. A melanoma elsősorban a bőr, néha a szem, az agyhártyák vagy más nyálkahártyák melanocytáiból kiinduló kóros sejtburjánzás. Korai felismerése nehéz, mert panaszt nem okoz, viszketés is csak ritkán jellemző. Leggyakrabban már meglévő bőrelváltozásból, anyajegyéből, szeplőből alakul ki, de nem ritkán látható elváltozástól mentes bőrfelületen is gyorsan megjelenhet. Lokalizációját tekintve férfiaknál általában a háton, nőknél gyakran a lábszárakon jelentkezik.

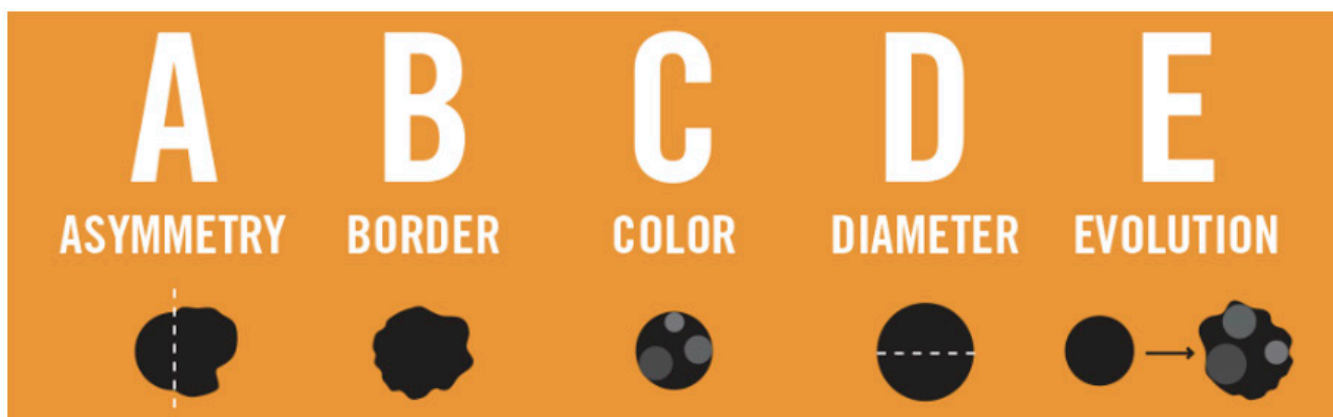
Kockázati tényezők:

- Magas ultraibolyasugárzás: A napfény különböző mértékben tartalmazza a DNS-károsító hatással bíró ultraibolya sugarakat az évszak, az időjárás, a tengerszint feletti magasság, illetve az Egyenlítőtől való távolság függvényében. A UV sugárzás függ a felhőzettől és a domborzattól is. Így minél magasabban vagyunk, annál jobban kell védeni a bőrünket. A hó és a vízfelület visszaverik az UV sugarakat, így ilyen környezetben még magasabb sugárzással kell számolnunk. Nyári időszakban 11-től 15 óráig limitáljuk vagy kerüljük a szabad levegőn való tartózkodást.
- Világos bőrtípus, kék vagy zöld szem, szőke vagy vörös haj, szeplős bőr: Az ilyen jegekkel rendelkezők fokozottan figyeljenek a bőrük védelmére és kerüljék a bőr leégését.
- Szoláriumozás: A szoláriumok többnyire UVA sugarak segítségével barnítják a bőrt, ami kevésbé káros, mint az UVB sugárzás, de károsítja a bőr mélyebb rétegeit, így hozzájárul a bőr öregedéséhez.
- Atipikus anyajegyek (rendellenes formájú vagy színű, gyakran nagyobb méretű anyajegyek):
- Sok anyajegy: A legtöbb anyajegy soha nem okoz problémát, de azok között, akiknek sok anyajegye van, nagyobb valószínűséggel alakul ki melanóma. Minden olyan esetben, ha egy anyajegy megváltozik, sürgősen keressük fel a bőrgyógyász szakorvost!

Az úgynevezett ABCDE és gyakran F-betűvel is kiegészített szabály alapján könnyen ellenőrizhetjük az anyajegyeinket. Az anyajegy alakjának (A: asymmetry), határvonalainak (B: border), színének (C: color), átmérőjének (D: diameter), vagy bármilyen megváltozása esetén (E: evolving), plusz ha az anyajegyek valamilyen szokatlan, új (égő, viszkető, fájó) érzést (F: feeling) keltenek, akkor azonnal forduljunk szakorvoshoz (VIII.11. ábra).

Prevenció

Ma már nagyon sok módja van az UVA és UVB



VIII.11. ábra: ABCDE szabály a melanóma malignum korai felismerésére.

Forrás: <https://www.skinvision.com/articles/abcde-melanoma-self-check/> [38]

sugárzás elleni védelemnek. Az érzékenyebb bőrrétek számára télen is ajánlott a széles spektrumú fényvédőkrémek mindennapi használata. Szemüvegünk vásárlásakor keressük az UV szűrővel rendelkező változatot. Nyáron érdemes kalapot, napernyőt viselni. Otthonunkba és autónkba is vásárolhatunk ablakvédő fóliát.

A fentiekén túl fontos a rendszeres és alapos önvizsgálat. A melanóma nem csak a napnak kitett bőrfelületen alakulhat ki. Gyakran a fejbőrben, a köröm alatt vagy a talpon vagy akár az ujjak között is kialakulhat [39].

VIII.5. Légúti megbetegedések

A krónikus légúti megbetegedések az iparosodással és az urbanizációval párhuzamosan egyre gyakoribbá váltak az elmúlt 50 évben, mára az egyik legnagyobb népegészségügyi jelentőséggel bírnak. A légzőszervi megbetegedéseket fertőzések, dohányzási dohányzások, beleértve a környezeti füst expozíciót is, illetve légszennyezés is okozhatja. A minőséggel-korrigált életévek tekintetében légzőszervi betegségek közé tartozik az asztma, a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), a tüdőfibrózis, a tüdőgyulladás és a tüdőrák.

Krónikus obstruktív tüdőbetegség (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD)

A krónikus obstruktív tüdőbetegség, avagy az angol rövidítés szerint COPD, a harmadik legfontosabb halálok világviszonylatban. 2019-ben több mint 3 millió személy halálát okozta a lég-

utak gyulladásából eredő légúti obstrukcióval és parenchima destrukcióval járó megbetegedés. Az incidencia és a prevalencia is intenzíven emelkedett az elmúlt 30 évben, valószínűleg a következő évtizedben még további emelkedés lesz várható. A krónikus obstruktív tüdőbetegségben szenvedő betegek száma világviszonylatban kb. 300 millió fő, ez a szám nem csupán a morbiditás és prevalencia szempontjából, hanem az egészségügyi kiadások szempontjából is lényeges [40].

A betegség 80%-ban az alacsony és közepes jövedelmű országokban fordul elő, nagyon sokszor diagnosztizálatlan marad. A korai halálozás és a rokkantsággal-korrigált életévek egyik legfontosabb tényezője.

A légutak krónikus gyulladását valamilyen irritáló részecske belégzése váltja ki. Ennek hatására a hörgők beszűkülésével és fokozott váladék-képződéssel járó krónikus bronchitis alakul ki. Ezzel egyidejűleg a gázcsereben résztvevő léghólyagocskák fala fokozatosan elpattan, így a légzőfelület lecsökken és tüdőtágulat (emphysema) alakul ki. Ezek a történések sokáig nem okoznak jellegzetes panaszokat, legtöbbször csak annyit észlelünk, hogy fizikai állóképességünk csökken. A tüdőkárosodás előrehaladtát jól jelzi az egyre kisebb fizikai igénybevétel esetén is jelentkező – és egyre lassabban szűnő – jellegzetes légszomj. A betegség gyerekeket és fiatalokat ritkán érinti, inkább a középkorúak megbetegedése. A betegséget leggyakrabban késői stádiumban diagnosztizálják. Ennek oka, hogy a korai stádiumot jelző tünetek megjelenését az érintettek

a betegség legfontosabb kockázati tényezőjének, a dohányzásnak a természetes velejárójának vélik.

A tünetek a következők:

- Ébredés utáni köhögés, ami egyre többször előfordul a nap során, majd később krónikus köhögéssé válik
- Fokozott nyáktermelés (gyakran kell köpni)
- Légszomj (sportolás, munkavégzés, fizikai aktivitás közben)

A betegség a légutak irreverzibilis károsodásával jár, nem gyógyítható, számottevő halálozással járó betegség. A COPD megléte duplájára növeli a tüdőrák kialakulásának kockázatát, ebben az esetben a tüdőrák túlélési esélyei lényegesen rosszabbak. Megfelelő kezeléssel a COPD betegek életminősége javítható, a légszomj csökkentésére gyakran oxigénterápiát alkalmaznak.

Legfontosabb kockázati tényezők:

- Dohányzás (aktív és passzív): A COPD kialakulásának kétségtelenül legfontosabb és leggyakoribb oka a dohányzás. A betegek 85-90%-a dohányos vagy volt dohányos. A dohányfüstben megtalálható több ezer kémiai anyag gyengíti a tüdő ellenállóképességét a fertőzésekkel szemben, szűkítik a légutakat és elpusztítják a léghólyagocskákat. Ezek a folyamatok hozzájárulnak a COPD kialakulásához. Egy dohányos személynek több, mint tízszer akkora esélye van a betegség kialakulására, mint nem dohányzó társának.
- Passzív dohányzás/környezeti füst expozíció: A várandósság alatti dohányzás fokozza a koraszülés kockázatát. Az alacsonyabb testsúllyal, éretlenebb állapotban megszületendő gyermek életkilátásai rosszabbak, és COPD is nagyobb valószínűséggel alakul ki életük során. Ha a kisgyermek környezetében dohányoznak, nagyobb eséllyel és valószínűleg jóval korábbi életkorban válik majd maga is dohányossá, ami a későbbiekben nagyobb valószínűséggel alakítja ki nála a betegséget – ehhez természetesen hozzájönnek a passzív dohányzásból eredő direkt tüdőkárosodás következményei.
- A fa- és széntüzelésből, illetve más bio-

massza-eredetű üzemanyagokból származó kültéri légszennyezés

- Különösen olyan fejlődő országokban, ahol nyílt tűzhelyeket használnak, igen jelentős kockázati tényező a beltéri levegőszennyezés
- Beltéri és kültéri légszennyezők: kémiai anyagok, füst- és porexpozíció
- Bizonyos foglalkozások (bányászok, aszfaltmunkások).
- Asztma
- Gyermekkori légúti fertőzések. Ezen infekciók kivédésében a Pneumococcus védőoltás illetve a nem kötelező influenza védőoltások rendkívül fontosak.
- Genetikai hajlam: Ritka esetben a COPD hátterében egy örökletes genetikai tényező, az alfa-1-antitripszin gén deficienciája miatt nem szintetizálódik funkcióképes alfa-1 antitripszin fehérje, ami megvédené a tüdő léghólyagocskáit, így ebben az esetben örökletes genetikai tényező okozza az emphysemát.
- Életkor
- Alacsony gazdasági-szociális státusz

A betegség megelőzésében a kulcsfontosságú tényező egyértelműen a dohányzás és a passzív dohányzás elkerülése. A légúti irritációval járó foglalkozások esetén megfelelő védőeszközök segítségével csökkenteni tudjuk a károsanyag expozíciót. A légúti megbetegedések megelőzésére szolgáló védőoltások, mint pl. az évenkénti influenza oltás szintén hozzájárulnak a betegség visszaszorításához. Fontos továbbá mind a potenciális érintettek, mind az orvostársadalom részéről a „COPD-tudatosság”, ami lehetővé teszi a betegség korai diagnózisát a meglehetősen aspecifikus korai tünetek ellenére is. A korai stádiumban elkezdett kezeléssel ugyanis a betegség progresszióját a kezeletlen esetekhez képest számottevően lassítani lehet.

Asztma

Az asztma incidenciája és prevalenciája az elmúlt évtizedekben exponenciálisan növekedett, napjainkra a leggyakoribb krónikus nem fertőző légúti

megbetegedéssé vált. Prevalenciája világviszonylatban a 250 milliót is meghaladja, pedig az alacsony és közepes jövedelmű országokban gyakran aluldiagnosztizálják a betegséget [41].

Az asztma a légutak krónikus gyulladása, ami hiperaktív nyáktermelést és bronchokonstriktiót okoz. A bronchusokból kiszűrődő folyadék szűkíti a lument, a levegő nehezen vagy egyáltalán nem is tud eljutni a tüdő légchólyagocskáihoz. A krónikus gyulladás miatt a légutak simaizmai szerkezeti változásokon mennek keresztül, az epithelium károsodhat. A folyamat előrehaladtával az egyre inkább beszűkülő légutakból kiáramló levegő jellegzetes sípoló, füttyülő hangot ad ki. Ekkor már a sokáig reverzibilis változások irreverzibilissé válnak.

Az asztma kialakulásának hátterében nagyon sokszor semmilyen konkrét allergént nem tudunk kimutatni [42]. Gyakran a hideg levegő, fizikai megterhelés vagy a stressz váltja ki a szervezet fokozott reakcióját és alakítja ki a gyulladást. Az asztma kialakulásában valószínűleg nagy jelentőséggel bír, hogy az utóbbi évtizedekben túlzottan gyakran használunk antibakteriális hatású tisztítószereket gyermekeink védelme érdekében, és ezzel az igyekezetünkkel gátoljuk a normál immunrendszer kialakulását. Ahhoz, hogy a gyermekek egészséges immunrendszere kialakuljon, szükséges, hogy a korai életkorban megfelelő mennyiségű antigénnel találkozzon a szervezet. Ezért a jelenlegi ajánlások inkább a gyermekek természetközeli életmódját javasolják, mintsem a túlzottan tiszta, steril környezetet. Fontos megemlíteni az antibiotikumok megfelelő használatát is. Az antibiotikumok, amelyeket napjainkban sajnálatos módon elég gyakran használunk, a szervezetünk hatékony működéséhez szükséges, elengedhetetlen, jótékony baktériumflórát is kipusztítja. Az immunrendszer megfelelő működéséhez a testünk mikrobiom összetételét is meg kell őrizni, amiben a felesleges/túlzott antibiotikumhasználat visszaszorítása fontos szerepet játszhat.

Az asztma a gyermekek leggyakoribb krónikus megbetegedése. Fiúkban gyakoribb, de az életkor előrehaladtával a nemi különbségek kiegyenlítőd-

nek és meg is fordulhatnak. Megkülönböztetünk allergiás asztmát is, ebben az esetben pollenek, allergének váltják ki a hörgők gyulladással obstrukcióját.

Kockázati tényezők:

- Családtagok (szülők, testvérek) asztmás megbetegedése
- Allergia előfordulása a családban (allergiás rhinitis vagy ekcéma)
- Alacsony születési súly, koraszülöttség, császármetszéssel való születés, anyai stressz, és néhány további perinatális tényező
- Dohányfüst-expozíció, illetve e-cigaretta használata
- Légszennyezés/kipufogófüst-expozíció
- Gyakori légúti vírusfertőzések gyermekkorban
- Környezeti allergének (beltéri és a kültéri levegőszennyezők: házi poratka, penészgomba, füst, por, vegyi anyagok, állati szőrök, fapor, liszt)
- Erős illatok (parfümök, vegyszerek)
- Hideg levegő
- Erős érzelmek/stressz
- Túlsúly, elhízás
- Refluxbetegség
- Bizonyos foglalkozások (fodrász, festő, mezőgazdasági munkák)
- Genetikai tényezők, amelyek a fenti külső tényezők iránti érzékenységet fokozzák

Az asztma nem gyógyítható, de nagyon jól kezelhető. Az asztmás rohamok csökkenthetők az irritációt jelentő tényezők kerülésével, illetve különböző szteroid tartalmú vagy bronchodilatátor inhaláló készülékek használatával.

Az asztma kialakulásának kockázatát a felsorolt rizikófaktorok kiiktatásával vagy előfordulásuk/szintjük mérséklésével csökkenthetjük. Számos vizsgálat mutatott egyértelmű negatív összefüggést az anyatejes táplálás és a gyermekkorban asztma előfordulása között. Ugyancsak erős védőfaktor a falusi környezet, sokféle állattal történő találkozás, illetve a sokrétű mikrobiális expozíció. A fentiek az immunrendszerre kifejtett közvetlen hatás

mellett erősítik a bél-mikrobióta sokszínűségét is, és hasonló hatású további tényezőknek (pl. élelmi rostok bevitele, fermentált élelmiszerek fogyasztása) is védő hatása van.

Allergiás rhinitis, (szénanátha):

Bár nem képez fontos halálokot, a betegség számos ember életét tartósan megkeseríti, ezért a szokásostól eltérően e fejezetben is szót ejtünk róla. Az allergiás rhinitis az egyik leggyakoribb légúti megbetegedés. Prevalenciája évről évre emelkedik. Az iparilag fejlett országokban a 18 év alatti gyerekek közel 40% szenved a betegségben. Az életkor előrehaladtával a betegség enyhül. Felnőttkorra gyakran el is tűnhet az egyébként ártalmatlan környezeti allergénekre adott túlzott, immunglobulinE (IgE) mediált immunreakció, ami a nyálkahártya és az ornyálkahártya gyulladást okozza. Felnőttkori prevalenciája a különböző földrajzi régiókban hasonló, 15-25% között mozog, de megjegyzendő, hogy az allergiás rhinitis az enyhébb lefolyású esetekben nem kerül diagnosztizálásra, illetve a betegség diagnosztizálásában nagy különbségek vannak. A betegség tipikus tünetei: tüsszögés, orrfolyás, orrdugulás, könnyezés, szemviszketés, kötőhártya-gyulladás, torokfájás, torokviszketés [43]. Aszerint, hogy a tünetek folyamatosan, vagy csak időszakonként jelentkeznek, az allergiás rhinitis két típusát különböztetjük meg.

1. Perenniális, azaz egész éven át tartó (perzisztáló) allergiáról akkor beszélünk, ha az allergiát kiváltó triggerek folyamatosan jelen vannak a környezetünkben. Ez a típus az esetek körülbelül 40%-át teszi ki.

Háziporátka allergia: Perenniális allergiát leggyakrabban a háziporátka jelenléte okozza. A trigger nem maga az állat, hanem a levegőbe került mikroszkopikus méretű ürüléke váltja ki. A *Dermatophagoides pteronyssus* és a *Dermatophagoides farinae* háziporátka az ember elhalt hámsejtjeiből táplálkozik, ezért azokon a helyeken halmozódik fel, ahol nagy mennyiségű hámsejtet találhat (ágy- és párnák, ágymatrac, bútorkárpit, szőnyeg).

A betegség megelőzése céljából az alábbiakra kell figyelni:

- Allergia esetén érdemes antiallergén ágyneműre váltani. Ha ezt nem tehetjük meg, akkor javasolt legalább heti rendszerességgel, legalább 60°C-os vízben mosni az ágyneműt, párnákat.
- A szőnyegek lecserélésével szintén csökkenthetjük az expozíciót.
- Csökkentsük azoknak a tárgyaknak a számát, amelyek jó forrásai lehetnek a pornak (pl. plüss játékok).
- HEPA filterrel rendelkező porszívók és légkondicionálók/légszűrők segítségével a légtérben lévő lebegő részecskék (pl. állati szőrök) számát csökkenthetjük. anyagok
- Légkondicionálók használatával a lakás páratartalma is csökkenthető, ami csökkenti a penészesedést
- Takarítsunk rendszeresen, lehetőleg ne az, aki allergiás a porra. Ha mégis, akkor használjon orr-szájmaszkot!
- Mindig nedves portörletést alkalmazzunk a lakásban
- Szellőztessünk rendszeresen
- A hálószobában ne fésülködjünk

Háziállatszőr-, toll allergia: Nevével ellentétben az allergiás reakciókat nem csupán a háziállatok szőre, tolla, hanem a nyála, vizelete is kiváltja. A lakásban tartott háziállatok simogatásával könnyen tovább vihetjük ezeket az allergéneket, ezért az állatok érintése, simogatása után mossunk kezet. Háziállatszőr allergia esetén szintén fontos a szőnyegek kerülése. Ha ragaszkodunk a szőnyeghez, akkor fontos, hogy a háziállat ne tartózkodjon azokban a helyiségekben, amelyek szőnyeggel fedettek. A HEPA filteres porszívó, légkondicionáló hatékonyan csökkenti a háziállat szőr expozíciót. Penészallergia: A nedves helyeken gyakran telepednek meg a penészgombák. A konyha, a fürdőszoba kiváló életteret biztosít a penészgombáknak. A vizes blokkokon kívül nedves falak, a tapéták és textíliák mögött is megtelepszene. Néha fekete foltként, néha pedig láthatatlanul, csupán dohos szagot okozva terjednek a spórák a lakásban. Megelőzés szempontjából figyeljük a lakás pá-

ratartalmát, maradjon 40-60 százalék között. A magas páratartalom hatékonyan csökkenthető napi többszöri, akár csak pár perces szellőztetéssel, esetleg kereszthuzattal. A magas páratartalom csökkentése érdekében érdemes szárítógépet használni, így a száradó ruhákból származó nedvesség nem kerül a légtérbe. Penészgombák egyébként a szabadban is előfordulnak. A penészgombaspórák koncentrációja nyáron és ősszel, főleg nedves, változékony időjárás esetén válik magassá. Komposztban, összegyűjtött tűzifarakásokban, avar alatt szinte mindig számíthatunk rá.

2. Szezonális vagy intermittáló allergiáról akkor beszélünk, ha az fokozott immunreakciót kiváltó triggererek csak időszakonként, kizárólag a pollen-szezonban jelentkeznek. A szezonális allergia az összes allergiás rhinitises esetek körülbelül 20%-át teszik ki. A fennmaradó 40%-ban a szezonális és perenniális rhinitis együttesen jelenik meg.

Az első pollenek már kora tavasszal megjelennek és késő ősziig magas koncentrációban találkozhatunk pollenekkel a levegőben – ezekről az időszakokról az interneten is számos helyen megtalálható pollennaptárakból tájékozódhatunk. Ma már az aktuális pollenexpozícióról is könnyen értesülhetünk, hiszen ez szinte minden időjárás-jelentés része. Hazánkban a legnagyobb jelentősége a parlagfűnek (*Ambrosia artemisiifolia*) van. Az Európai Élelmiszerbiztonság Hivatal (EFSA) világ első száz invazív, kártékony és veszélyes növénye közé sorolta a parlagfűvet 2010-ben. Magyarországon a 221/2008. (VIII. 30.) kormányrendelet írja elő a parlagfű beltéri és kültéri irtását, így járulva hozzá a parlagfű allergia visszaszorításához [44].

A szezonális allergia esetén a pollenexpozíció csökkentésével javíthatjuk a közérzetünket. Ezt az alábbiak segítségével tehetjük meg:

- Figyeljük a pollenkoncentrációt! Magas pollenkoncentráció esetén érdemes inkább zárt térben tartózkodni.
- A pollenek megjelenését követően tartsuk zárva az ablakokat, ha tehetjük légkondicionálók használatával szellőztessünk, így kiszűrhetjük a lakótérből a polleneket

- Hazaérkezéskor cseréljük le a ruháinkat, hiszen a szabad levegőn a pollenek óhatatlanul rájuk tapadtak és folyamatos expozíciót jelent számunkra a beltérben is.
- Mossunk haját lefekvés előtt minden este
- Este vagy eső után szellőztessünk, amikor a legalacsonyabb a pollenkoncentráció
- Szabadságunkat, utazásunkat próbáljuk meg olyan időszakra időzíteni, amikor lakóhelyünkön magas a pollenkoncentráció

Az allergiás rhinitis kialakulásának biztos megelőzésére nincs megfelelő módszer, hiszen az immunrendszer tévesen reagál teljesen hétköznapi dolgokra. A betegség kialakulásának kockázatát az alábbi tényezők fokozzák:

- Genetikai predispozíció: Szülői érintettség esetén a gyermek sokkal nagyobb valószínűséggel válik maga is allergiássá. Ha az egyik szülő allergiás, a gyermekek kb. 25%-kal, ha mindkét szülő allergiás, akkor a gyermekek 50%-kal nagyobb a valószínűsége az allergia kialakulásának, mintha egyik szülő sem lenne érintett.
- Anyatejes táplálás hiánya
- Tisztítószeres túlzott használata a csecsemők, kisgyermekek környezetében (lásd higiénia elmélet)
- Dohányzás

Fontos felhívni a figyelmet a **keresztallergia** jelenségére. Az allergiás személy szervezete védekezésképpen antitesteket termel az allergizáló növény pollenje ellen. Sajnos sok esetben hasonló antigéneket tartalmazó ételek elfogyasztása is kiváltja az immunreakciót, és a szervezetből felszabaduló hisztamin gyulladásozós reakciót vált ki (ilyen kombinációkról pl. az alábbi linken láthatunk felsorolást: <https://www.allergiakozpont.hu/keresztallergia> [45]).

VIII.6. Gasztrointesztinális megbetegedések

A gyomor-bélrendszer betegségeihez számos, különböző szövet érintő, eltérő etiológiájú, tünettanú és prognózisú betegség tartozik. Mindezeknek az epidemiológiájáról és prevenciójáról összefoglalást adni, illetve ezt megkísérlni az adott ter-

jedelmi korlátok mellett értelmetlen lenne, mert a lényeges érdemi információk kifejtésére nem nyílna lehetőség. Ehelyett inkább a hazai viszonyokat is figyelembe véve kiválasztott fontosabb, relevánsabb megbetegedésekre szorítkozunk.

Májcirrózis

A májcirrózis hosszú évek alatt lassan kifejlődő progresszív betegség. Az Eurostat legújabb adata szerint hazánk érintettsége rendkívül magas. Magyarországon körülbelül kétszer olyan sokan halnak meg májcirrózisban, mint az Eu-27 országokban átlagosan [46]. A megbetegedettek 3:1 arányban férfiak. Kialakulásához hosszútávú, folyamatos májkárosodás szükséges. Az egészséges májsejtek károsodásával a máj szerkezete átépül és kötőszövetes-heges szövet alakul ki, ami gátolja a véráramlást a májban. Bár a funkcióképes májszövet mennyisége folyamatosan csökken (a betegség neve is erre utal, a funkcióképes májsejtek száma csökken, azaz zsugorodik), a betegség sokáig tünetmentes, vagy csak általános tüneteket produkál: fáradtság, étvágytalanság, hasi fájdalom. Később, amikor a májkárosodás jóval nagyobb mértékűvé válik, megjelennek a jellegzetes tünetek: sárgaság, bőrviszketés, bőrbevézés, a hasüregi folyadék (ascites), bokaödéma, bőrön is áttűnő tágult vénák, jellegzetes a hasi vénatágulat, ami meduzára emlékeztet (caput medusae).

A máj rendkívüli tartalékkapacitással rendelkezik. Funkcióját gyakorlatilag még akkor is képes ellátni, ha csupán a májsejtek 10%-a működik. Amikor tehát a tünetek megjelennek, a funkcióképtelen lebenyes hegszövet megnövekedése olyan mértékű lehet, hogy a máj kitapinthatóvá válik. A máj szerkezetének visszafordítására jelenleg nincs lehetőség, a beteg túlélését ekkor már csak a májtranszplantáció oldhatja meg. A májcirrózis kialakulásáért felelős tényezők szerint a betegség 3 típusát különböztetjük meg:

Alkohol indukálta májcirrózis: Az iparilag fejlett országokban a májcirrózis kialakulásában a legfontosabb ok a hosszú időn tartó, rendszeres és jelentős mennyiségű alkoholfogyasztás. Az alkohol indukálta májcirrózis első stádiuma a zsírmáj, amikor a máj jelentős mennyiségű zsírt halmoz

fel, ami májmegnagyobbodást okoz. Ez a folyamat az alkohol elhagyásával, orvosi beavatkozás nélkül is még visszafordítható. Második stádiuma a hepatitis, amelynek prognózisa a májkárosodás mértékétől függ. A harmadik stádium a májsugor (cirrhosis hepatis), amikor a májsejtek pusztulása olyan mértékű májelégtelenséghez vezet, hogy májtranszplantáció nélküli túlélés legfeljebb 3-5 év lehet. A májcirrózis stádiuma körülbelül az esetek 10-15%-ában alakul ki a tartós és rendszeres alkoholfogyasztás következtében.

Nagyon nehéz definiálni, hogy az alkoholfogyasztás szempontjából ki tekinthető magas kockázatúnak. Az alkoholfogyasztás része a mindennapi életünknek, ezért gyakran nem tudatosul bennünk veszélyként, ha heti vagy napi rendszerességgel fogyasztunk némi alkoholt, holott a szakértők szerint a májkárosodás szempontjából ez a szokás is kockázatot jelent. Mivel a valós alkoholfogyasztás sok esetben rejtett marad, így csak becsülni lehet, hogy hányan fogyasztanak rendszeresen alkoholt. A legutóbbi 2019-es felmérés szerint a felnőtt magyar lakosság 20,2%-a mértékletes alkoholfogyasztó, 5,2%-a pedig nagyivónak számít. A nagyívás a férfiakra nagyobb mértékben jellemző; férfiak 9,3%, a nők 1,5%-a nagyívó hazánkban. [47].

Hepatitis vírus-indukálta májchirrózis: Hazánkban 1999-óta életkorhoz kötötten kötelező a 13 éves diákok Hepatitis B védőoltása. Így ez a mód nálunk és az iparilag fejlett országokban sem jellemző már. A Hepatitis C infekció ellen viszont nincs védőoltás. Leggyakoribb átvitel az intravénás droghasználat.

Nem-alkoholos eredetű steatohepatitis: Kialakulásában a legfontosabb kockázati tényező az elhízás. Az elhízás népbetegségnek számít a fejlett országokban. A legutóbbi felmérés szerint a felnőtt lakosság 34,3%-a túlsúlyos, 23,9%-a pedig elhízott [48]. Életmódváltással a folyamat akár teljesen visszafordítható.

A májkárosodás további kockázati tényezői:

- Gombamérgezés: a legjelentősebb gombamérgezést a gyilkos galóca (*Amanita phalloides*) alfa-amanitin toxinja okozza,

elsősorban ez felelős a letális máj- és vesekárosodásért. Szerencsére alig néhány halálozás fordul elő Magyarországon évente. A gyilkos galóca toxinját nem lehet semmilyen módon közömbösíteni, a mérgezésnek ellenszere nincs.

- Gyógyszerek

A betegség megelőzése a releváns kockázati tényezők kiiktatásával lehetséges. Hazai viszonylatban ez különösen az alkoholizmus elleni küzdelmet jelenti, ami össz-társadalmi feladat. Ugyancsak komplex tevékenység az elhízás elleni küzdelem – ezzel más fejezetekben részletesen foglalkozunk. A hepatitisek megelőzésében az intravénás droghasználat elleni küzdelem (pl. tűcsereprogramok), illetve a megfelelő (biztonságos) szexuális magatartás fontosak elsősorban.

Gyulladásos bélbetegségek (Inflammatory Bowel Disease: IBD)

A gyulladásos bélbetegségek két fő típusa az alábbi:

- **Fekélyes vastagbélgyulladás (Colitis ulcerosa):** Sokan autoimmun betegségnek tekintik, mert a betegség hátterében az immunrendszer túlműködése (zavara) áll. A pontos mechanizmus ma sem ismert; de az immunrendszer nem ismeri fel és megtámadja a saját bélflórában lévő emésztést javító baktériumokat. Más feltételezések szerint valós fertőzés történik, ami aktiválja az immunrendszert, csak egy hiba kapcsán nem képes kikapcsolni, így folyamatosan túlműködik a fertőzés után is. A betegség bármely életkorban kialakulhat. Jellemzője a vastagbél-nyálkahártya krónikusan fennálló gyulladása, ami apró kis sebeket, fekélyeket okoz. Általában a végbéltől kezdődően egy összefüggő területen érinti a vastagbél nyálkahártya felszínét érinti. Ez a fő eltérés a Crohn betegségtől, ahol a gyulladás nem csak a nyálkahártya felszínét, hanem annak teljes vastagságát érinti. Jelenleg nincs ismert gyógymódja, kezeléssel a tünetek valamelyest megfékezhetők.
- **Crohn-betegség:** Crohn-betegség esetén a

gyulladás a bélfal teljes vastagságára kiterjed. Az ép és beteg bélszakaszok váltakoznak (szegmentális gyulladás). A gyulladás a teljes bélsatornán, a szájüregtől a végbélnyílásig bárhol előfordulhat, de gyakran a féregnyúlványra lokalizálódik, ahol a vékony- és vastagbél találkozik. A tünetek ilyenkor a vakbélgyulladásra hasonlítanak, gyakran ezáltal ismerik fel a betegséget. Jellemzőek a gyulladással tályogok, fekélyek és a perforáció.

A fekélyes vastagbélgyulladás és a Crohn-betegség előfordulása ugrásszerűen megnőtt az elmúlt évtizedekben.

Kockázati tényezők lehetnek:

- Genetikai tényezők, örökletes hajlam
- Immunrendszer diszfunkció (higiénia elmélet)
- Nem megfelelő táplálkozás (rostszegény étkezés, késztermékek fogyasztása)
- Stressz
- Dohányzás
- Mikrobióta-összetétel megváltozása pl. gyakori antibiotikum használat miatt
- Környezeti tényezők (kémiai vegyületek a növényvédőszerből, különböző infekciók)

Sajnos a gyulladásos bélbetegségek specifikus megelőzésének lehetőségei meglehetősen korlátozottak. Amit tehetünk, az az ismert (fent felsorolt) kockázati tényezők mellőzése, amellyel a kockázat valamelyest csökkenthető [49].

Irritábilis bél-szindróma:

Az egyik leggyakoribb gasztroenterális megbetegedés, civilizációs kórképnek tekintjük. Előfordulási gyakorisága 10-15%. Általában a fiatal felnőttkor elején jelenik meg. A betegség pontos okát nem ismerjük, konkrét szervi elváltozást nem lehet kimutatni, de szinte mindig valamilyen pszichológiai problémával társul. Az ismert kockázati tényezők: stressz, lelki problémák (múltban elszenvedett traumák), helytelen táplálkozás, egyes kockázati magatartások (dohányzás, alkohol, drog, mozgáshiány), helytelen székelési szokások. Egyes feltételezések szerint a bélfalban található érzékelést és az izomösszehúzódást

szabályozó idegek rendellenessége és hormonális hatások is okozzák a jellegzetes tüneteket: hasi görcsök, hasmenés vagy éppen székrekedés. Ezek a tünetek rendszeresen jelen vannak, vagy időről időre visszatérnek. Az irritábilis bél szindróma kétszer olyan gyakran fordul elő nőkben, mint férfiakban. Stresszhelyzetek általában előidézik, avagy súlyosabbá teszik a tüneteket. A megelőzéshez a megfelelő táplálkozás ajánlott, különös tekintettel a rostbevitelre. Javasolt a gyakori, de kis mennyiségű étkezés. A betegséggel meg kell tanulni együtt élni, ez talán csökkenti a tünetek erősségét, illetve mindenképpen ajánlott valamilyen stresszkezelési technika elsajátítása.

Fekélybetegség

A fekélybetegség prevalenciája világszerte változó. Az elmúlt évtizedekben a betegség előfordulási gyakorisága jelentősen lecsökkent, köszönhetően annak, hogy a legfontosabb etiológiai tényezőjét, a *Helicobacter pylori* baktériumot azonosították. Egészséges szervezetben a gyomornyálkahártya által termelt gyomornyák és a hasnyálmirigyben termelődő hasnyál megvédi a nyálkahártyát az emésztéshez szükséges savas emésztőenzimek maró hatásától. Ha bármilyen oknál fogva ez a védőmechanizmus nem tökéletesen működik, akkor apró, nehezen gyógyuló kisebbedések, fekélyek keletkeznek.

A peptikus fekélyek főleg a nyelőcsőben, a gyomorban fordulhatnak elő, vagy a proximális duodenumban is. A feko-orális terjedésű *Helicobacter pylori* fertőzések előfordulása a higiénés viszonyok javulásával lényegesen lecsökkent, bár a *Helicobacter*-átfertőzöttség még az ipari országokban is viszonylag magas szinten van. A fekélybetegségek az iparilag fejlett országok felnőtt lakosságának körülbelül 10 százalékánál fordulnak elő, leggyakrabban 20-50 év között jelentkeznek, férfiakat kétszer olyan gyakran érintik, mint a nőket. A peptikus fekély tünetei közül jellegzetes a gyomorszáj környéki, felhasi fájdalom, amely gyakran étkezésre fokozódik. Étvágytalanság, fogyás, hányinger, hányás. Vérző fekélyt jelezhet a rendszeres szédülés, a véres hányás, illetve a fekete színű széklet is [50].

A kezeletlen fekélybetegség egyrészt súlyos, akut

fájdalommal járó perforációt, másrészt pedig a folyamatos belső vérzés miatt komoly vérvesztést is okozhatnak. A mikrosérülések mentén gyakran hegszövet képződik, ami megnehezíti az élelmiszer átjutását az emésztőrendszeren.

Fontos kockázati tényezők:

- *Helicobacter pylori*: A *Helicobacter pylori* gyomor-nyálkahártya felszíni nyákrétegein telepszik meg. Leggyakrabban enyhe, nem okoz problémát, de a gyomornyálkahártya mélyebb rétegének gyulladását is okozhatja. Ureáz aktivitása segítségével ammóniát termel, ami semlegesíti a gyomor-sósavat, ezáltal képes hosszú évtizedekig a gyomornyálkahártyában élni. Anyagcseretermékei és toxinjai felelősek a tápcsatorna nyálkahártya sérüléseiért, gyulladásáért. Emberről emberre terjed, a kórokozó széklettel szennyezett élelmiszer vagy kontakt fertőzés útján kerül a szervezetbe. Legtöbbször jelentéktelen tünetek mellett már kisgyermekkorban túlesünk a *Helicobacter* fertőzésen, az emberek kisebb részénél krónikus gastritist, fekélybetegséget avagy gyomorrákot okoz [51].
- Aspirin, ibuprofen és más nem szteroid gyulladáscsökkentők: az elmúlt évtizedekben jelentősen megnőtt az fogyasztásuk, ehhez hozzájárult nyilván az is, hogy egy részük recept nélkül is kapható.
- Egyéb gyógyszerek, pl. szteroidok, véralvadásgátlók
- Dohányzás
- Jelentős alkoholfogyasztás
- 0-ás vércsoport
- Korábban a stresszről, illetve a fűszeres étellekről is azt gondoltuk, hogy rizikófaktorok, de az utóbbi évek/évtizedek epidemiológiai vizsgálatai ezeket nem tudták megerősíteni. Mindazonáltal fekélyes betegekben a fokozott stressz az állapotot ronthatja, a fájdalmat fokozhatja.

Az életmóddal kapcsolatos prevenció legfontosabb lehetőségei tehát a nem-szteroid gyulladáscsökkentők túlzott használatának csökkentése, a dohányzás elhagyása és a túlzott alkoholfogyasztás csökkentése.

gyasztás elkerülése. A gyógyszereszedés terén az egészségügyi ellátórendszernek is van tennivalója. Ugyancsak szakember dönt az esetleges *Helicobacter-eradicáció* (megfelelő antibiotikummal) szükségességéről.

Laktóz intolerancia/tejcukor-érzékenység:

Laktózérzékenység akkor alakul ki, ha valaki nem képes a tejben lévő tejcukrot, azaz a laktózt megemésztetni. Ennek oka, hogy nem rendelkezik az ehhez szükséges működőképes laktáz enzimmel. A vékonybélben termelődő laktáz enzim a szoptatás ideje alatt létfontosságú, hiszen az anyatejben lévő laktózt D-galaktózra és D-glükózra bontja, ezáltal az a csecsemő számára hasznosíthatóvá válik. Az emlősállatokban és az emberek 65-70%-ban az anyatejes táplálás után a pár évvel a 2-es kromoszóma hosszú karján lévő LCT gén inaktiválódik, így a laktáz enzim termelése minimalizálódik. A laktóz intolerancia legnagyobb arányban az ázsiai és afrikai országok lakosait érinti. Laktáz hiányában az elfogyasztott tejből és tejtermékekből a laktóz többé már nem bontódik le. A megemésztetlen tejcukor a vastagbélbe jut, ahol a bélflóra baktériumai tejsavat, metánt és hidrogént termelve kellemetlen gasztrointesztinális tüneteket (puffadás, hasmenés, hányinger, gyomorgörcs) okoznak. Ezen társadalmakban nem jellemző a felnőttkori tejfogyasztás [52].

Míg az afrikai és ázsiai országokban a felnőttek 90%-ában inaktív a laktáz-gén, addig az európai és nyugati populációk nem csekély részében egy mutáció miatt a LCT gén egy életen át aktív marad, ezek az emberek a tejcukrot panaszok nélkül képesek hasznosítani, így ezek az országok tejfogyasztó társadalommá váltak [53]. Magyarországon a felnőtt lakosok kb. 35%-a hordozza az LCT-13910C>T variánst, mely képessé teszi őket a tej- és tejtermékek fogyasztására. A laktózérzékenység két típusát különböztetjük meg:

Elsődleges laktóz-intolerancia: Leggyakoribb forma, amikor is a fent leírtaknak megfelelően a laktáz gén genetikailag kódoltan, 2-5 éves korban inaktiválódik. A laktáz enzim szintjének csökkenésével egyre inkább nehezebbé válik a tej megemésztése, a kellemetlen tünetek csak felnőttkorban jelentkeznek.

Másodlagos laktóz-intolerancia: valamilyen betegség (pl. Crohn-betegség, coeliakia) vagy más károsodás (műtét, kemoterápia) váltja ki a laktózérzékenységet.

Megelőzés: Bár magát a genetikai okot megszüntetni nem tudjuk, szerencsére a laktóz intolerancia tüneteinek megelőzésére kifejezetten hatásos lehetőségek állnak rendelkezésre. A nyilvánvaló megoldás a tej- illetve tejtermékek elkerülése, illetve laktózmentes termékek fogyasztása lehet. A fermentált tejtermékek fogyaszthatók, mert ezek laktóztartalma minimális. Lehetőség van továbbá laktázt tartalmazó tabletták bevitelére, amikor laktóz-intoleráns emberek tejterméket fogyasztanak – így az emésztést a kívülről bevitt enzim végzi el.

Gastro-oesophagealis reflux betegség (Gastroesophageal Reflux Disease – GERD):

A gastro-oesophagealis reflux betegség vagy angol nevének rövidítése alapján GERD, a leggyakoribb emésztőrendszeri rendellenesség, amely akkor fordul elő, amikor savas gyomornedv (esetleg gyomortartalom) visszaáramlik a gyomorból a nyelőcsőbe. A GERD minden korosztályban megjelenhet. Kialakulásának oka nyelőcső alsó záróizom gyengesége, nem megfelelő perisztaltikája, illetve fokozott hasúri nyomás. A reflux betegség jellegzetes tünetei az alábbiak:

- Gyomornedv vagy gyomortartalom savas felbőfögése, ami rossz leheletet, -szájízt és köhögést is okozhat
- Gyomorégés
- Fokozódó nyálélválasztás
- Maró, égő érzés a nyelőcsőben
- Nyelőcső gyulladás következtében fellépő, fájdalmas nyelés
- Nyelőcső szűkület, csomó érzése

A betegség kialakulásához és a tünetek fenntartásához az alábbi tényezők járulnak hozzá:

- Túlsúly, elhízás (a hasúri nyomásfokozódás miatt)
- Várandósság
- Dohányzás
- Egyes gyógyszerek (pl. gyomoránálkahár-

tya-irritáló hatásuk miatt vagy a záróizmok ellazításán keresztül)

- Táplálkozási tényezők, pl. túlságosan csípős vagy savas ételek és italok, túl nagy étkezések, közvetlenül lefekvés előtt nagyobb étkezés. Egyesekben egyéni érzékenység alapján bizonyos ételek, italok triggerelhetik a refluxot (pl. csokoládé, kávé, alkohol, zsíros vagy zsírban sült ételek).
- A gyomor átlagosnál lassúbb ürülése
- Egyes, elsősorban kötőszöveti betegségek (pl. scleroderma, reumatoid arthritis)
- Rekeszsérv (hiatus hernia)

A betegség megelőzésében, a tünetek visszaszorításában a fentiek alapján életmódbeli változásokkal eredményt érhetünk el (mindemellett gyakran gyógyszeres kezelésre is szükség van, ami tipikusan antacidumokat, H₂-receptor-blokkolókat és protonpumpa-gátlókat jelent):

- Táplálkozás
 - Többször, kevesebb adagot fogyasztani
 - A főétkezések ne tolódjanak el késő estére, az étkezések kisebbek legyenek
 - A lefekvés idejéhez közeli esti étkezések mindenképpen kisebbek legyenek
 - Utolsó étkezés minimum 2 órával a lefekvés ideje előtt legyen
 - Az irritációt okozó ételek, italok kerülése
 - Étkezés után megfelelő testhelyzet a reflux elkerülése/csökkentése érdekében (a fekvés sokaknál súlyosbítja a tüneteket, álló testhelyzet általában javítani szokott)
- Megfelelő testtömeg kialakítása (szükség esetén túlsúlycsökkentés, fogyás)
- Rendszeres testmozgás (de a túlzott erőfeszítéssel járó edzés ronthatja a panaszokat)
- Dohányzás, alkoholfogyasztás mérséklése, elhagyása

VIII.7. Fertőző betegségek és megelőzésük

A fertőző betegségek és a járványok mindig jelentős szerepet játszottak az emberiség történetében. A fertőző betegségek pontosabb megismerése és az ellenük való küzdelem a 18-19. században vezetett először jelentős sikerekhez. A közegészségügy, a higiénés viszonyok, a mikrobiológia és

orvostudomány fejlődése eredményeként a fertőző betegségek visszaszorultak. Az emberiség legnagyobb sikere a fertőző betegségekkel szembeni küzdelemben a feketehimlő eradikációja. A klasszikus fertőző betegségek ugyan visszaszorultak, de a 20-21. század változásai (globalizáció, technikai, technológiai fejlődés, migráció, környezet-szennyezés, klímaváltozás stb.) elősegítik egyrészt a már legyőzöttnek hitt fertőző betegségek ismételt megjelenését, másrészt új fertőző betegségek megjelenését, elterjedését.

VIII.7.1. Járványtani alapfogalmak

A járványtan a járványfolyamat törvényszerűségeivel, a betegségek és a járványok keletkezésével és megszűnésével foglalkozó tudomány. Kutatja és elemzi a járvány okait, vizsgálja a járványfolyamatot fenntartó tényezőket, a betegség lefolyását és megszűnését. Feladata ezen ismeretek alapján kidolgozni azokat az eljárásokat, amelyek alkalmasak az egyes fertőző betegségek megelőzésére, megfékezésére és felszámolására.

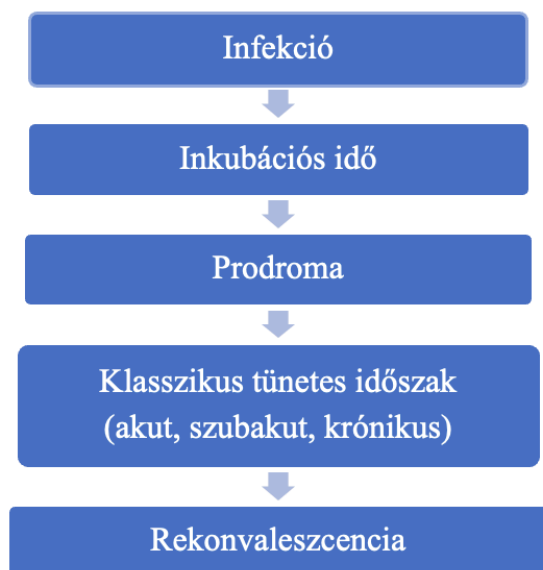
VIII.7.1.1. A fertőző betegségek lefolyása, előfordulási típusai

A fertőző betegség specifikus fertőző ágens, vagy annak toxikus termékei által okozott megbetegedés. A betegség képes közvetlenül vagy közvetve emberről- emberre, állatról-emberre vagy állatról-állatra terjedni.

A fertőzés (infekció) a kórokozó szervezetbe történő behatolását jelenti, amely azonban nem minden esetben okoz megbetegedést. A gazdaszervezet fertőzésre adott válasza nagyon változó, számos tényező befolyásolja, hogy kialakul-e a betegség. Ez többek között a kórokozó virulenciájától, a behatolás módjától, a szervezet állapotától, ellenállóképességétől függ.

A fertőzés klinikai megjelenési formái:

- *inapperens infekció*: a fertőzés klinikai tünetek nélkül zajlik.
- *abortív fertőzés*: enyhe, tünetszegény lefolyás
- *manifeszt/szimptomatikus fertőzés*: a fertőzés az adott fertőző betegségre jellemző, klasszikus klinikai tüneteket produkál



VIII.12. ábra: A fertőző betegség lefolyásának stádiumai

Forrás: Saját szerkesztés

A fertőző betegségeknek különböző stádiumait különböztetjük meg (VIII.12. ábra)

Inkubációs idő: a kórokozónak a szervezetbe hatolása (infekció) és az első klinikai tünetek megjelenése közötti idő. Ezen idő alatt a kórokozó szaporodik a szervezetben, szóródik (adott esetben toxint termel). Az inkubációs idő hossza változó, az adott fertőző betegségre jellemző adat (VIII.7.

táblázat). Az inkubációs idő ismerete fontos a járvány kivizsgálása során a kontaktok felderítéshez, illetve a járványügyi megfigyelés időtartamának meghatározásához.

Prodroma: Bevezető, általános tünetek megjelenése, amelyek nem specifikusak az adott betegségre (pl. láz, fejfájás, étvágytalanság, levertség stb.)

Klasszikus klinikai tünetek időszaka: megjelennek a betegségre jellemző tünetek (pl. bárányhimlő esetén a típusos bőrkiütések megjelenése). Időtartamát tekintve a betegség lehet akut, szubakut vagy krónikus.

Rekonzalencia: A lábadozás időszaka.

A betegség kimenetele lehet a teljes gyógyulás, a betegség gyógyulhat szövődményekkel (pl. mumpszot kísérő orchitis), maradandó következményekkel (pl. poliomyelitist követő végtagbénulás) és végül a betegség halállal is végződhet [54,55].

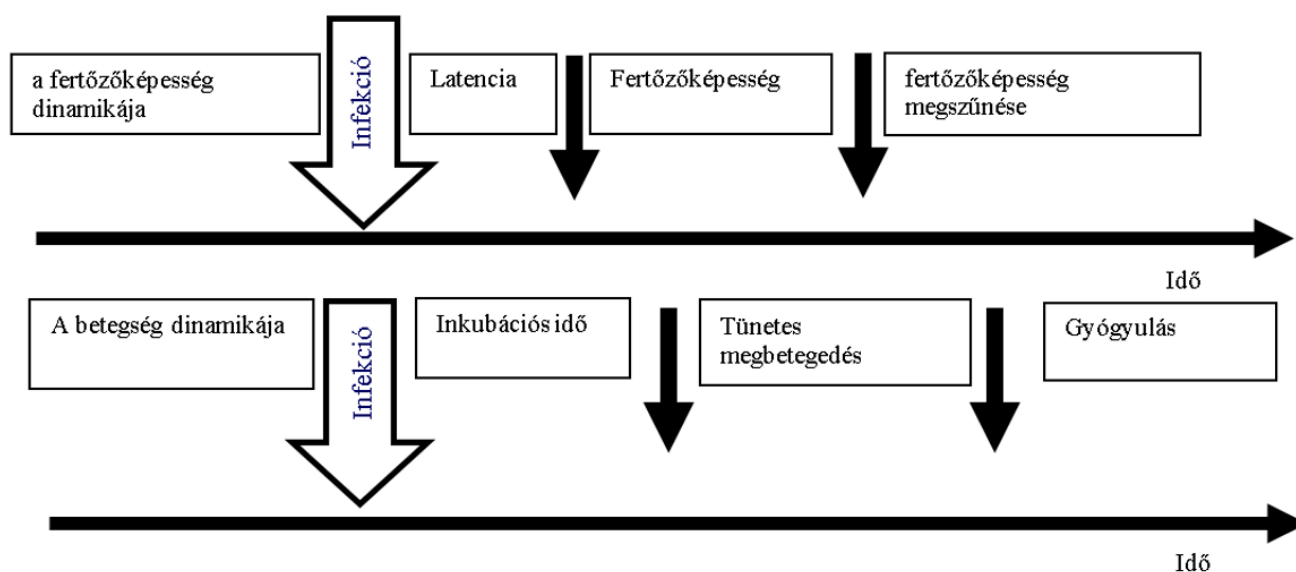
Látenciaidő: a megfertőződés időpontjától a fertőzőképesség kialakulásáig eltelt idő (VIII.13. ábra)

A fertőző betegségek térbeli, időbeli előfordulási típusai

VIII.7. táblázat: Egyes fertőző betegségek inkubációs ideje

Kórokozó	Klinikai kép	Inkubációs idő
Salmonella	Hasmenés, láz, hasi görcsök	általában 6–48 óra
Varicella-zoster vírus	bárányhimlő	10–21 nap, általában 14–16 nap
Treponema pallidum	Syphilis	10–90 nap, általában 3 hét
Hepatitis A vírus	Hepatitis	14–50 nap, átlagosan 4 hét
Hepatitis B vírus	Hepatitis	50–180 nap, általában 2–3 hónap
HIV	AIDS	<1 - 15+ év

Forrás: saját szerkesztés



VIII.13. ábra: A fertőzőképesség és betegség dinamikája

Forrás: Principles of Infectious Disease Epidemiology Epidemiology Notes [M.Tevfik DORAK][56]

Sporadikus az előfordulás, ha az egyes esetek térben és időben elszórtan jelentkeznek.

Járvány (epidémia): egy adott fertőző betegségnek a vártnál szignifikánsan gyakoribb vagy egy meghatározott küszöbszintet meghaladó előfordulása egy adott területen. Epidemiológiai értelemben két, egymással összefüggő eset is járváynak minősül, ha az összefüggés járványügyi bizonyítékkal alátámasztható.

Endémiás a fertőző betegség, ha egy meghatározott földrajzi területen vagy egy populációban rendszeresen és tartósan fordul elő magas incidenciával és prevalenciával (pl. malária).

Pandémia: több országra, földrészre, vagy az egész világra kiterjedő járvány.

Szezonális: egyes fertőző betegségek meghatározott évszakokban nagyobb számban fordulnak elő (pl. influenza a téli-kora tavaszi hónapokban).

Ciklicitás: egyes fertőző betegségek több évre terjedő, szabályos időközönként okoznak magasabb esetszámokat, amikor a populációban kellő számú fogékony egyed található (pl. diphteria 12 évenként) [54, 55].

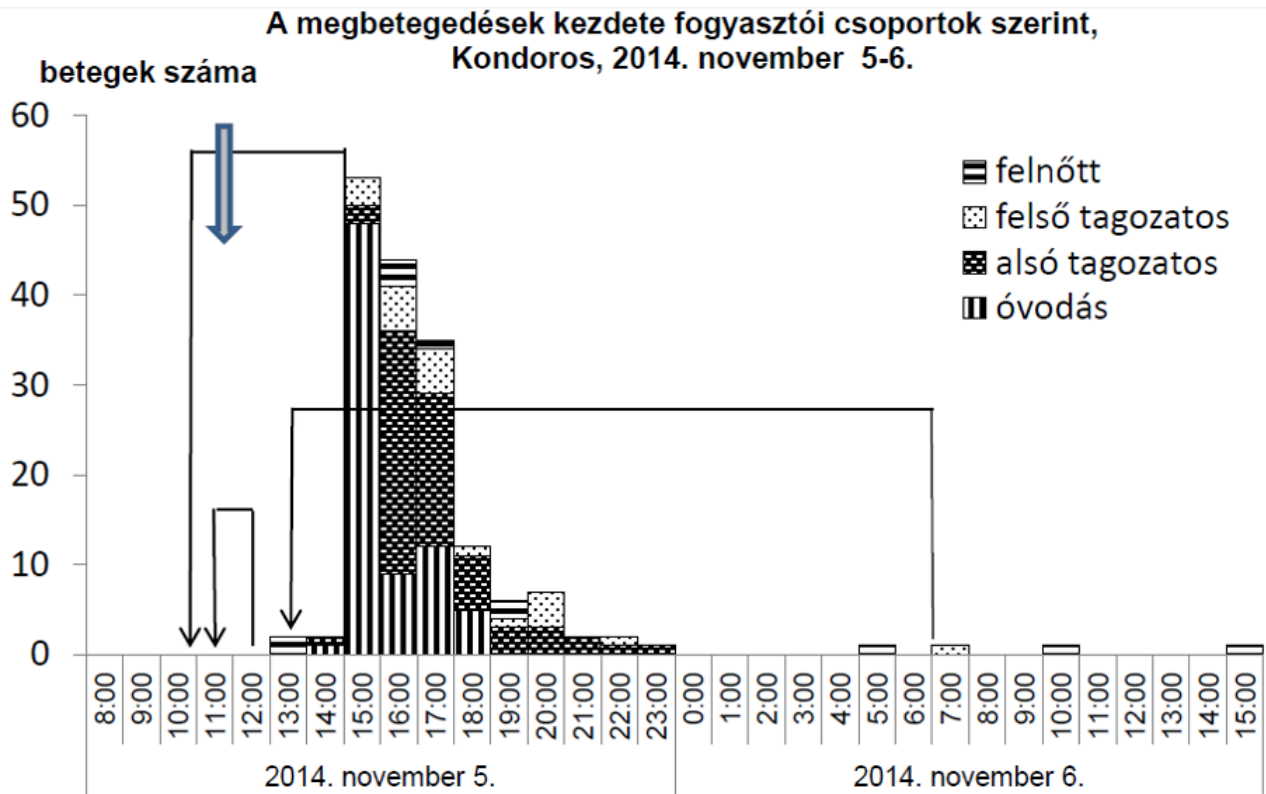
Járványgörbe

Az esetek megjelenésének grafikus ábrázolása egy koordináta rendszerben ahol az esetek számát a y-tengelyen az észlelési időt pedig a x-tengelyen

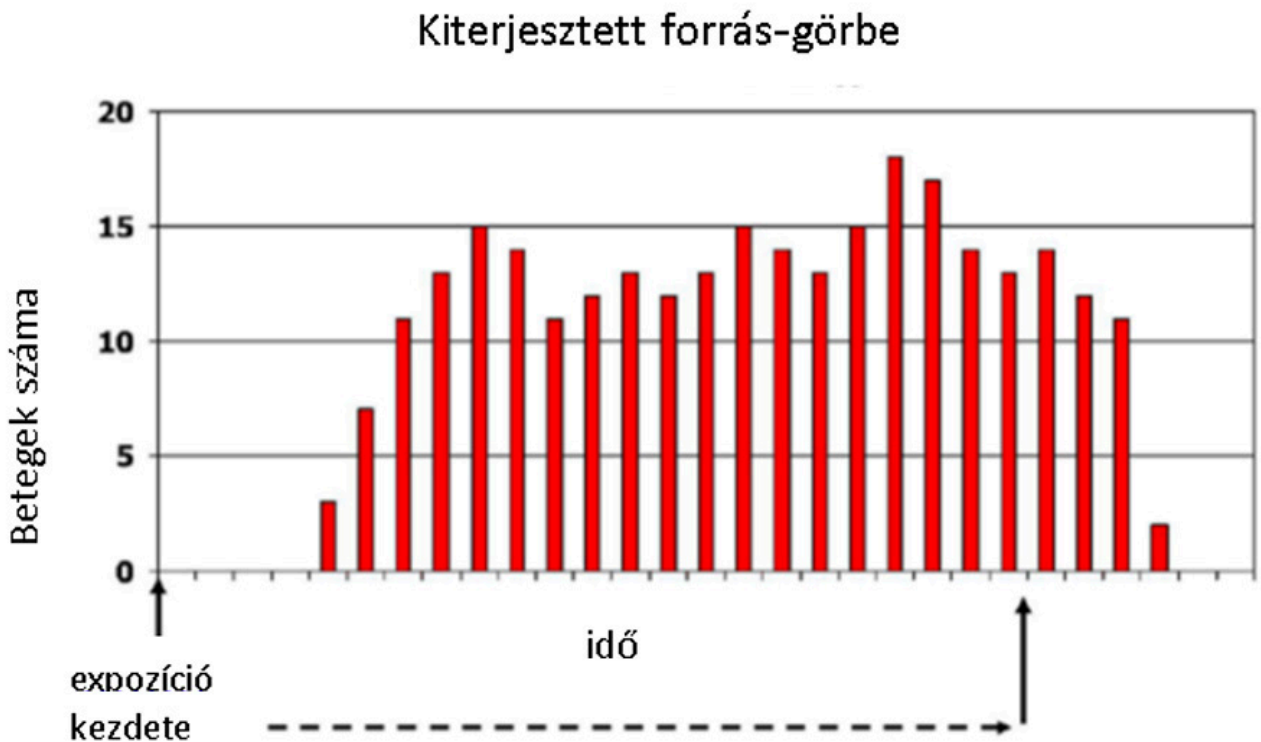
ábrázoljuk. Információt nyújt pl. a járvány időbeli alakulásáról, az esetek időbeli megoszlásáról, a járvány nagyságáról, terjedéséről, az expozíció idejéről [57].

Három fő típust különböztethetünk meg:

- Pontforrás-görbe (*point source*): Az esetek mindegyike közel azonos időben egy közös forrásnak (pl. élelmiszer) kitéve fertőződött meg. Az esetek száma gyorsan emelkedik, a csúcra ér, majd fokozatosan csökken. Az esetek többsége a betegség inkubációs idején belül jelentkezik. (pl. ételmérgezés, VIII.14. ábra):
- Kiterjesztett forrás-görbe (*extended source*): Folyamatos közös forrásból eredő járvány esetén az expozíció napokig, hetekig vagy még hosszabb ideig is tarthat. Az esetek nem mindegyike fordul elő egyetlen inkubációs perióduson belül. A görbe folyamatosan emelkedik, relatív lapos, (ami arra utal, hogy nincs emberről-emberre terjedés) és egy jellegzetes platót mutathat, az esetszám gyorsan csökkenhet, ha eltávolítják a közös forrást [56] (VIII.15. ábra).
- Propagáló járvány (*propagated outbreak*): Nincs közös forrás, mert a járvány emberről-emberre terjed. A járvány kiinduló



VIII.14. ábra: Bacillus cereus által okozott járvány járványgörbéje
 Forrás: Epiinfo 22. évfolyam 9. szám [58]



VIII.15. ábra: kiterjesztett forrás-görbe
 Forrás: <https://sciencecases.lib.buffalo.edu> [59]

pontját az *index-eset* (elsőként felimert, azonosított eset) jelenti. A járványgörbén fokozatosan emelkedő csúcsokat látunk, mindegyik csúcs egymástól egy inkubációs időnyi távolságra van. (pl. zárt közösségekben kialakuló kanyaró járvány, VIII.16. ábra) [57, 62].

VIII.7.1.2. A járványfolyamat mozgató erői

A járványfolyamat létrejöttéhez, fennmaradásához és terjedéséhez három tényező egyidejű jelenléte szükséges:

1. fertőző forrás
2. fertőzés terjedésének lehetősége
3. fogékony szervezet

Ha e három tényező közül bármelyik hiányzik, sem fertőző betegség, sem járvány nem alakulhat ki. Ezeket nevezzük a járványfolyamat elsődleges (vagy közvetlen) mozgató erőinek (VIII.17. ábra).

Vannak azonban olyan tényezők is, amelyek nagymértékben befolyásolják a fertőző betegségek gyakoriságát, súlyosságát, a járványok kiterjedését, időtartamát, de nem játszanak szerepet azok létrejöttében és fenntartásában. Ezeket a természeti és társadalmi befolyásoló tényezőket a járványfolyamat másodlagos (vagy közvetett) mozgató erőinek nevezzük [54].

VIII.7.1.2.1. A járványfolyamat elsődleges mozgató erői

Reservoir: az az élő vagy élettelen közeg, amelyben a kórokozó él és szaporodik és amelyből kijutva egészséges egyéneket fertőzhet meg.

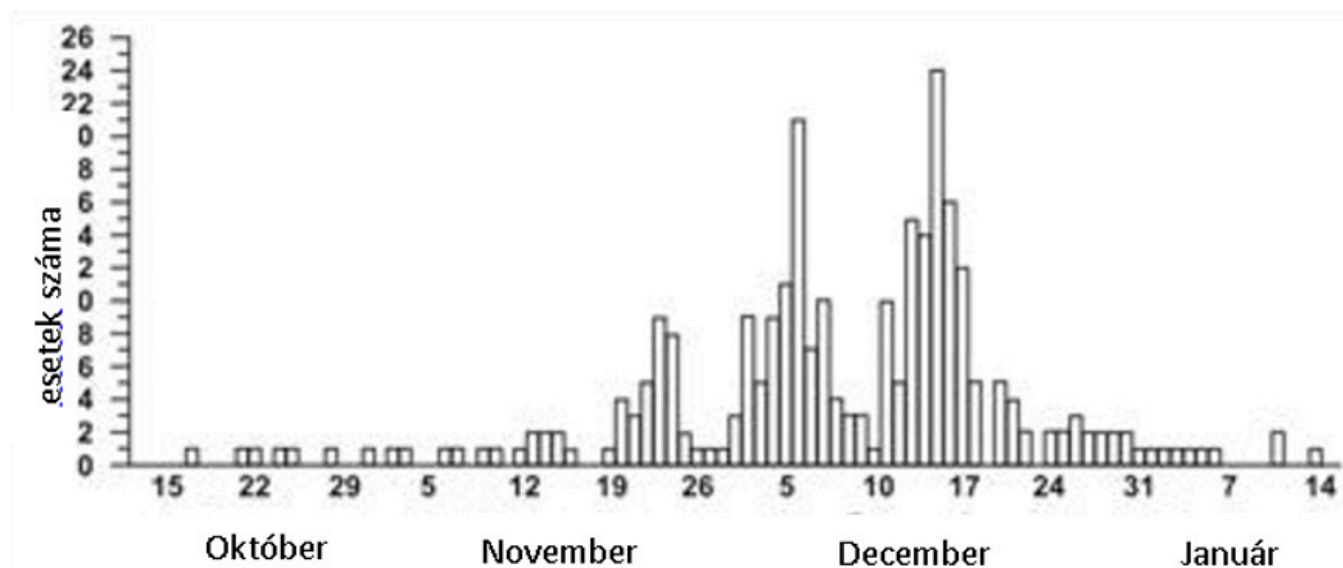
A fertőző forrás lehet:

- A beteg ember
- A kórokozó-hordozó ember:
 - Egészséges kórokozó hordozó, aki klinikai tünetek nélkül esett át a fertőző betegségen.
 - Inkubációs kórokozó-hordozó, aki a betegség lappangási szakaszában üríti a kórokozókat.
 - Rekonvaleszcens kórokozó-hordozó, aki klinikai értelemben gyógyult, de még üríti a kórokozókat.
- A fertőzött (beteg, vagy kórokozó hordozó) állat
- Élettelen közeg (pl. légkondicionáló berendezés – legionellosis)

A fertőzés terjedésének módjai

Direkt terjedés: a kórokozó a fertőző forrásból közvetlenül a fogékony szervezetbe kerül

- kontakt pl: szexuális út, csók, kézfogás
- direkt cseppfertőzés: a köhögéskor, tüsszentéskor stb. távozó kórokozót tartalmazó nyálcseppek (>5 µm) rövid távolságot



VIII.16. ábra: Propagáló járvány (forrás: *Centers for Disease Control and Prevention. Measles outbreak—Aberdeen, S.D. MMWR 1971;20:26.*) [60]



VIII.17. ábra: Fertőzési lánc

Forrás: Introduction to Infection Prevention and Control (IPC) | OpenWHO www.openwho.org [61]

megettéve (leülepedés előtt) kerülnek a fogékony szervezetre (pl. pertussis, meningococcus) [56].

- transzplacentáris terjedés

Indirekt terjedés: a kórokozó közvetve, valamilyen élő vagy élettelen közeg felhasználásával jut a fogékony szervezetbe. a közvetítő közeg lehet élő vagy élettelen.

Élettelen közvetítő:

- levegő: kórokozót tartalmazó aeroszolok ($\leq 5 \mu\text{m}$) inhalációja útján
- víz: ivóvíz, fürdővíz, szennyvíz
- élelmiszer
- talaj
- tárgyak: használati tárgyak, orvosi eszközök

Élő közvetítők: vektorok

- mechanikus átvitel: a vektor, mint passzív szállítóeszköz (pl. házilégy)

- biológiai átvitel: a kórokozó a vektor szervezetében szaporodik vagy fejlődésen megy keresztül (pl. malária)

A fogékony szervezet

Fogékony az a szervezet, amely az adott kórokozóval szemben nem rendelkezik hatékony -sem természetes, sem mesterséges- védekezőképességgel. Megkülönböztethetünk individuális és populációs fogékonyságot. Az előbbi az egyén védekezőképességétől és az azt befolyásoló tényezőktől függ (pl. életkor, alapsbetegség, immunszuppresszió stb.), utóbbi a közösségben élő védettek és nem védettek arányától és azok véletlenszerű megoszlásától függ [54,55].

A fogékonyság jellemzésére használt mutatók:

Infekozitási index: azt mutatja meg, hogy 100 fertőzésnek kitett fogékony egyénből hányban mutatható ki a kórokozó

Kontagiozitási index: azt mutatja meg, hogy 100 fertőzésnek kitett fogékony egyénből hányan betegednek meg (pl. kanyaró: 95 %, polio: 1-2%) [54].

Elemi reprodukciós szám (R_0): azt mutatja meg, hogy egy ember az ő teljes fertőzési időtartamában átlagosan hány másiknak (fogékony egyénnek) adja át a fertőzést. (Az R_0 egy átlagos érték, így nem feltétlenül egész szám.) Ha $R_0 > 1$, akkor a fertőzések száma hamar megtöbbszöröződik és járvány alakul ki. Ha $R_0 < 1$ a járvány kialszik. Az R_0 értéke függ a betegség jellemzőitől, illetve a társadalom aktuális szociális viszonyaitól is. Értéke számos járványügyi intézkedéssel csökkenthető (pl. védőoltások, iskolák, éttermek bezárása stb.). Az így kialakuló értéket effektív reprodukciós számnak nevezik [63].

VIII.7.1.2.2. A járványfolyamat másodlagos mozgató erői

Általában két csoportra oszthatók:

Környezeti tényezők: időjárás, éghajlat, hőmérséklet, természeti katasztrófák

Társadalmi, szociális tényezők: lakásviszonyok, munkahelyi környezet, egészségügyi ellátás színvonala, munkanélküliség, migráció stb.

VIII.7.2. A fertőző betegségek megelőzése

Ha visszatekintünk a 13. ábrára, akkor láthatjuk, hogy a járványfolyamat kialakulását elsősorban úgy akadályozhatjuk meg, ha a láncolatot bármelyik ponton megszakítjuk, az elsődleges mozgató erők bármelyikét kiiktatjuk a folyamatból.

Elsődleges feladat:

- a fertőző forrás izolálása,
- a terjedés megakadályozása,
- az egyén/lakosság fogékonyságának csökkentése

VIII.7.2.1 Járványügyi intézkedések a fertőző betegség előfordulásakor:

Magyarországon jogszabály írja elő a fertőző beteg észlelésekor követendő járványügyi teendőket:

- 18/1998. (VI.3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről

„Járványveszély esetén az ezt észlelő orvos köteles a fertőzés terjedésének megakadályozása érdekében szükséges azonnali intézkedéseket megtenni, és a megtett intézkedésekről a járási hivatalt haladéktalanul értesíteni.”

- 1/2014. (I. 16.) EMMI rendelet a fertőző betegségek jelentésének rendjéről

VIII.7.2.2 Járványügyi teendők a beteggel:

Jelentés: a jogszabály szerint Az egészségügyi szolgáltató a fertőző betegeket és a fertőző betegségre gyanús személyeket köteles bejelenteni és nyilvántartani.

Elkülönítés: Az elkülönítés célja, hogy a beteg a fertőzőképessége időtartama alatt minél kevesebb fogékony egyeddel kerüljön kontaktusba. A fertőző forrás kiemelése, elkülönítése (izoláció) a járványfolyamatból a leggyorsabb, leghatásosabb, legolcsóbb módszer a járvány terjedésének megakadályozására.

Mikrobiológiai vizsgálat: Célja szerint lehet:

- Klinikai mikrobiológiai diagnosztikai vizsgálat: célja, hogy az individuális diagnózis alapján meghatározzák és alkalmazzák a megfelelő egyéni terápiát
- Járványügyi érdekből végzett mikrobiológiai diagnosztikai vizsgálat: célja a populációs szintű kockázatok minél korábban történő azonosítása, elemzése, és ennek alapján populációs szintű beavatkozások megalapozása prevenciók céljával;
- Felszabadító vizsgálat: a betegségből gyógyult személy fertőzőképességének megállapítására irányuló mikrobiológiai szűrővizsgálat;

Fertőtlenítés: minden olyan eljárás, amely a külső környezetbe kikerült kórokozók elpusztítására, illetőleg fertőzőképességük megszüntetésére szolgál.

- Megelőző fertőtlenítés: a fertőzés terjesztése szempontjából különösen veszélyes helyeknek, tárgyaknak fertőtlenítése függetlenül attól, hogy az adott helyen és időben van-e fertőző beteg.

- Folyamatos fertőtlenítés: a fertőzőképesség egész ideje alatt folyamatosan végezni kell, célja a fertőző beteg szervezetéből folyamatosan vagy szakaszosan kikerülő kórokozók elpusztítása.
- Zárófertőtlenítés: a fertőző beteg gyógyulása (elszállítása, halála) után a környezetben visszamaradt kórokozók elpusztítására szolgál [64].

VIII.7.2.3. Járványügyi teendők a beteg környezetében:

A beteggel kontaktusba kerültek felkutatása: Bizonyos esetekben kötelező a beteggel, közvetlenül érintkezett személyek felkutatása (pl. COVID-19, syphilis, meningitis epidemica), vagy a beteggel közös forrásból exponálódott személyek felkutatása (pl. Dengue-láz, vírusos haemorrhagiás lázak)

Járványügyi érdekből végzett mikrobiológiai szűrővizsgálat: a fertőző beteggel az inkubációs időn belül vagy tünetmentes fertőzőtől érintkezett személyek szűrővizsgálata;

Járványügyi megfigyelés: Amennyiben a jogszabály az adott fertőző betegség tekintetében kötelezővé teszi, a fertőző beteggel érintkezett személyeket járványügyi megfigyelés alá kell helyezni a fertőzés átvitelének megakadályozása céljából. A megfigyelés időtartama azonos az adott betegség inkubációs idejével. Az illetékes népegészségügyi hatóság a járványügyi megfigyelés alá helyezett személyt a megfigyelés tartamára eltiltja a külön jogszabályban foglalt munkakörökben való foglalkozástól, továbbá olyan helyek látogatásától, ahol tömeges fertőzést okozhat. Bizonyos esetekben szigorított járványügyi megfigyelés (zárlat) is elrendelhető.

Postexpozíciós profilaxis: A járványügyi megfigyelés alá vett személyeket bizonyos esetekben antibiotikum-prevencióban (pl. diphteria, meningitis epidemica), kemoprofilaxisban (pl. madárinfluenza), aktív/passzív védőoltásban (pl. hepatitis A, hepatitis B) kell részesíteni.

Fertőzőforrás-kutatás: Bizonyos esetekben kötelező. (pl. iatrogén expozíció esetén, halmozott előfordulás vagy járvány esetén)

A terjesztő közeg felderítése: Egyes fertőző be-

tegeségek esetén kötelező (pl. ha a terjesztő közeg közfogyasztásra szánt élelmiszer, az illetékes élelmiszerlánc-felügyeleti szervet értesíteni kell a szükséges intézkedések megtétele érdekében). [64]

Járványügyi surveillance

Járványügyi felügyelet, a megelőzés és a védekezés feladatát szintetizálja magasabb szinten. Nyomon követi a fertőző betegségek morbiditását, mortalitását, a kórokozók cirkulációját a populációban, figyeli a lakosság immunállapotát. Különböző epidemiológiai módszerek és térinformatika segítségével elemzi azokat a tényezőket, amelyek kedvezhetnek a fertőzések terjedésének. A helyszínen vizsgálja az ökológiai, a környezeti és demográfiai viszonyokat. Ezen adatok birtokában felvázolja a fertőző betegség helyzetét, preventív intézkedéseket dolgoz ki, azokat végrehajtja és értékeli.

VIII.7.3. Védőoltások

A fogékonyság csökkentésében a legfontosabb faktor a védekezőképesség növelése. A védekezőképesség lehet aspecifikus és specifikus.

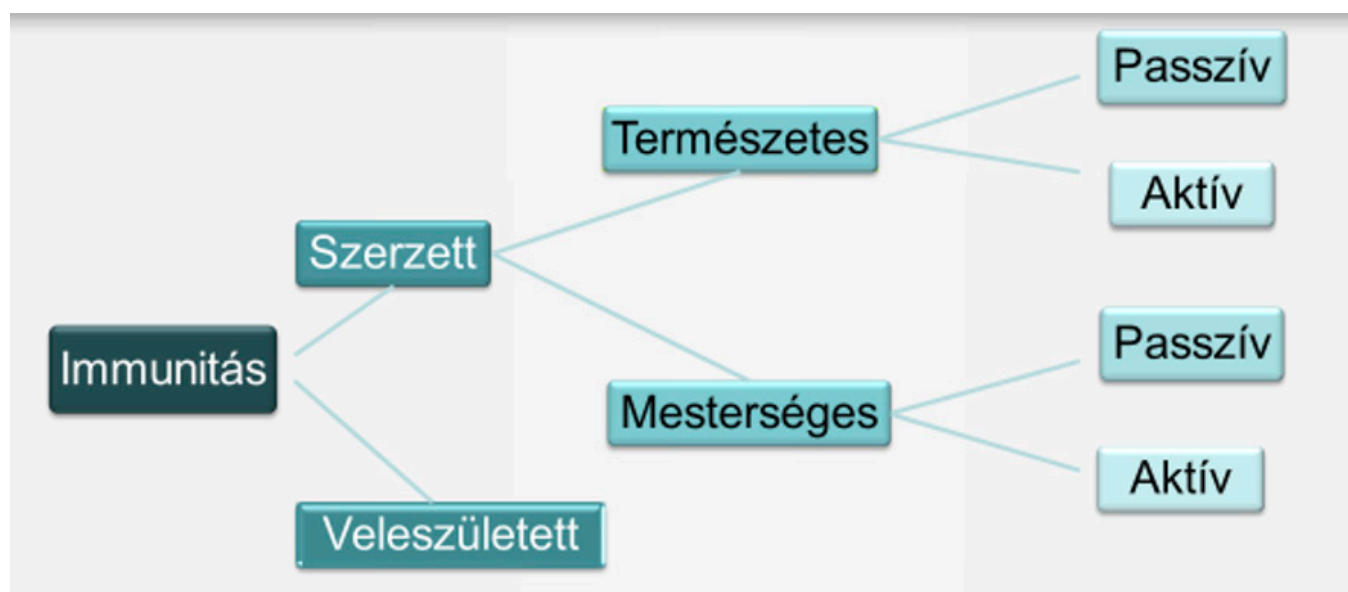
Aspecifikus védekezőképesség: mindazon mechanizmusok összessége, amelyek gátolják a kórokozó szaporodását, invázióját.

Specifikus védekezőképesség: a szervezet adott kórokozóval szembeni ellenállását jelenti.

Lehet veleszületett vagy szerzett. Mindkettő lehet természetes vagy aktív.

Passzív immunitás során kész ellenanyagokat juttatunk a szervezetbe. Természetes passzív immunitás a maternális immunitás, amikor az immunoglobulinok transzplacentárisan vagy a szoptatás során bejutnak a magzatba vagy csecsemőbe. Mesterséges passzív immunitás az immunoglobulinok adása.

Az aktív immunitás a szervezet adott antigénre adott saját immunválasza. Természetes formája egy fertőzés során kialakult immunitás, mesterséges formáját antigén tartalmú oltóanyaggal hozhatjuk létre, amely a szervezetet saját immunválaszra, ellenanyagtermelésre készíti (VIII.20. ábra).



VIII.18. ábra: Az immunitás típusai

Forrás: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Immunity.svg>

Magyarországon az adott évi védőoltási tevékenységre vonatkozó, a védőoltások gyakorlati végrehajtásához szükséges ismereteket az országos tisztifőorvos által évente kiadott, az adott év védőoltási tevékenységére vonatkozó módszertani levele határozza meg [65].

A védőoltások csoportosítása

1. Életkorhoz kötött kötelező védőoltások: Magyarországon jelenleg (2022) 13 fertőző betegség ellen térítésmentesen kapnak oltást a gyermekek a folyamatos és kampányoltások keretein belül:
2. Megbetegedési veszély esetén kötelező védőoltások: Akut fertőzési veszély esetében a legrövidebb időn belül védőoltásban kell részesíteni:
 - a hastífuszos beteg környezetéhez tartozókat;
 - a diftériás beteg környezetében élőket;
 - pertussisos beteg környezetében élőket
 - a kanyarós beteg környezetében;
 - a rubeolás beteg környezetében;
 - a mumpszos beteg környezetében élő veszélyeztetetteket;
 - a tetanusz-fertőzés veszélynek kitett személyeket;
 - a veszettség expozíciónak kitett személyeket;
 - hepatitis A beteg környezetében élő veszélyeztetett személyek meghatározott körét.
3. Megbetegedési veszély elhárítása céljából önkéntesen igénybe vehető térítésmentes védőoltások:
 - Influenza elleni védőoltások
 - Hepatitis B elleni védőoltás
 - Humán papillomavírus (HPV) elleni védőoltás
4. Munkakörökhöz kapcsolódó védőoltások: A megbetegedési veszély csökkentése érdekében – a munkáltatónak a foglalkoztatás feltételeként– biztosítania kell az adott veszélyeztetett munkakörben foglalkoztatott dolgozók védőoltását.
 - influenza,
 - hastífusz,
 - kullancsencephalitis,
 - hepatitis A illetve B
 - veszettség,
 - varicella,
 - meningococcus betegség,
 - diftéria
 - tetanusz elleni immunizálás
5. Külföldi utakkal kapcsolatos védőoltások:

A külföldre utazók védőoltásait -beleértve a sárgaláz elleni oltást is- a megyei kormányhivatalok által fenntartott és egyéb, a nemzeti oltások végzésére működési engedéllyel rendelkező egészségügyi szolgáltatók végzik. A sárgaláz elleni védőoltás igazolása kötelező olyan országba történő beutazás esetén, ahol sárgaláz veszély van, vagy ha az adott ország ezt az oltást megköveteli [65].

6. Ajánlott védőoltások

- Pneumococcus vakcinák
- Meningococcus vakcinák
- Kullancsencephalitis elleni oltóanyagok
- Rotavírus vakcinák
- Varicella elleni oltóanyagok
- RSV vakcina
- Human Papilloma vírus vakcinák
- COVID-19 elleni védőoltások

VIII.7.4. A fertőző betegségek csoportosítása és főbb megelőző intézkedések

A légutakon keresztül terjedő fertőző betegségek: a kórokozó kilégzéskor (köhögés, tüsszentés, beszéd) elhagyja a szervezetet és levegővel belégzéskor kerül a másik ember légútjaiba. Ezek a fertőzések rendkívül könnyen terjednek, gyakoriak, az ellenük való védekezés nehéz [54]. A védekezés leghatékonyabb eszköze a védőoltások alkalmazása.

Fontosabb légúti fertőző betegségek:

- Bakteriális fertőzések: Diftéria, Haemophilus influenzae meningitis, Pertussis, Tuberculosis, Scarlatina, Legionellosis, Meningitis epidemica, Streptococcus pneumoniae
- Vírusfertőzések: Influenza, Varicella, Mononucleosis infectiosa, Légúti óriássejtes vírus (RSV), Coronavírus (SARS-coronavírus), Morbilli, Parotitis epidemica, Rubeola

Általános megelőző intézkedések:

- rendszeres, alapos, legalább 20 másodpercig tartó szappanos kézmosás vagy alkoholos kézfertőtlenítő használata
- maszk viselése zsúfolt helyeken, ahol a vé-

dőtávolságtartás nem tartható, illetve a jogszabályban előírt helyeken

- legalább 1,5-2 m védőtávolság tartása másoktól
- az arc, szem, száj érintésének kerülése
- rendszeres szellőztetés
- a köhögési és tüsszentési etikett betartása (papír zsebkendő, könyökhajlat használata)
- a gyakran megérintett területek rutinszerű tisztántartása, fertőtlenítése

Enterális fertőző betegségek: a kórokozók feco-oralis úton terjednek, nem kellően hőkezelt állati eredetű élelmiszerek (tej, tojás, hús) vagy kontaminált élelmiszereken keresztül, de az étvitelben a legyek is szerepelhetnek, mint passzív átvivők [54].

Számos kórokozó okozhat enterális fertőzést:

- Bakteriális fertőzések: Campylobacter enteritis, Salmonellosis, Coli enteritisek (EPEC, ETEC, EHEC stb.), Yersiniosis, Dysenteria, Cholera, Typhus, Paratyphus
- Vírusfertőzések: Norovírus fertőzések, Rotavírus fertőzések, Hepatitis A és E, Adenovírusok, Poliovírus
- Féregfertőzések: Ascariasis, Enterobiasis, Hyenolepiasis, Trichuriasis
- Protozoon fertőzések: Ameobiasis, Giardiasis

Általános megelőző intézkedések:

- Személyi- és élelmiszer-higiénés rendszabályok betartása
- Megfelelő konyhatechnológia
- Élelmiszerek megfelelő tárolása és hőkezelése
- Munkahigiénés előírások betartása: egészségügyi, higiénés, védőruha, védőcipő, óvórendszabályok, helyes technológia
- Ismeretek bővítése, egészségnevelés
- Védőoltás (pl. typhus, rotavírus)

Haematogén úton terjedő fertőző betegségek: Ezek a fertőző betegségek leginkább vérszívó vektorok útján kerülnek a szervezetbe. Endémiás jellegűek azokon a területeken, ahol a terjeszté-

sükhöz szükséges vektor él.

Ebbe a csoportba tartoznak azok a megbetegedések is, amelyek vér, vérkészítmények útján, orvosi beavatkozások során, vagy intravénás kábítószerfogyasztás útján kerülnek a szervezetbe [54].

- Bakteriális fertőzések: Lyme-kór, Febris recurrens, Pestic
- Virális fertőzések: Kullancsencephalitis, Nyugat-nílusi láz, Krími-Kongói vérzéses láz, Dengue-láz, Sársaláz
- Protozoonok: Malária, Leishmaniasis
- Féregfertőzések: Filariasisok, Onchocerciasis

Általános megelőző intézkedések:

- vektorkontroll
- személyi védelem (megfelelő ruházat, repellensek használata)
- véregységek, szervdonorok szűrővizsgálata
- fokozott kockázattal rendelkező egyének szűrővizsgálata (pl. iv. kábítószerélvezők, prostituáltak)
- biztonságos szex
- védőoltás (pl. kullancsencephalitis)

A kültakarón keresztül terjedő fertőző betegségek: Ebbe a csoportba számos kórkép tartozik. A betegségek egy részében a kórokozó a bőrön keresztül hatol a szervezetbe, de a tényleges kórfolyamatot valamely belső szervben hozza létre [54].

Főbb kórképek:

- Bakteriális: Tetanus, Oedema malignum, Toxikus shock szindróma
- Protozoon fertőzések: Trichomoniasis
- Féregfertőzések: Ancylostomiasis, Schistosomiasis, Strongyloidosis
- Ízeltlábúak: Pediculosis, Scabies

Általános megelőző intézkedések:

- kórházhygiénés szabályok betartása
- Megfelelő sebellátás
- Személyi hygiénés szabályok betartása
- Védőoltás

Zoonosisok (állatról emberre terjedő fertőző

betegségek): Ezek a fertőzések a fertőzött állatokkal, azok váladékaival való közvetlen érintkezés, állatok harapása, fertőzött állat tejének, húsának fogyasztása, vektorok, vagy légúti terjedés útján terjedhetnek [54].

- Bakteriális fertőzések: Anthrax, Brucellosis, Ornithosis, Q-láz, Tularaemia
- Virális fertőzések: Veszettség, Hanta-vírus fertőzések, Lassa-kór stb.
- Protozoonok: Toxoplasmosis
- Féregfertőzések: Echinococcosis, Taeniasis, Trichinellosis

Általános megelőző intézkedések:

- állategészségügyi, munkaegészségügyi, ételmezés-egészségügyi intézkedések, rendszabályok betartása
- személyi higiéné,
- egyes zoonózisok ellen védőoltás

Nemi úton terjedő fertőző betegségek: A fertőzéshez szoros testi kontaktus szükséges. Gyakoriak a kevert fertőzések. Vertikális transzmisszió révén a várandós nő fertőzi/fertőzheti a magzatát az intrauterin életben, illetve a szülés során. Szövődményei jelentős egészségügyi, járványügyi, gazdasági és népesedéspolitikai problémát jelentenek [54].

Kórokozói lehetnek:

- Baktériumok: Neisseria gonorrhoea, Treponema pallidum, chlamydia trachomatis
- Vírusok: Herpes genitalis. Humán papiloma vírus, Hepatitis B, HIV
- Protozoonok: Trichomonas vaginalis
- Ektoparaziták: Phthirus pubis, Sarcoptes scabiei
- Gombák: Candida albicans

Általános megelőző intézkedések:

- Egészségnevelés, felvilágosítás, tanácsadás
- Személyi hygiene, szexuális hygiene javítása
- Óvszerhasználat
- Korai diagnózis és kezelés
- Szexuális partnerek felkutatása, tájékoztatása, szükség esetén kezelése
- Pre-expozíciós profilaxis (PrEP) HIV fertőzés kockázatának csökkentése céljából
- Védőoltás (HPV, HBV)

VIII.8. Irodalomjegyzék:

1. WONG ET AL, Nature Reviews Cardiology 2014 11: 276–289
2. KEYS A., TAYLOR HL., BLACKBURN H. et al.: Mortality and coronary heart disease among men studied for 23 years. Archives of Internal Medicine, 1971. 128(2), 201-2142
3. <https://www.medscape.com/viewarticle/489738>. [2021.04.25]
4. <https://kollegium.aEEK.hu/Hirek/Details/40> [2021.04.25]
5. mht_szakmai_iranyelv_2018_20190312 [2021.04.25]
6. https://www.nhlbi.nih.gov/files/docs/public/heart/chol_tlc.pdf [2021.04.25]
7. <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12872-019-1223-z> [2021.04.25]
8. <https://www.acc.org/latest-in-cardiology/ten-points-to-remember/2018/11/14/14/37/the-physical-activity-guidelines-for-americans> [2021.04.25]
9. <https://academic.oup.com/occmed/article/67/5/404/3975235> [2021.04.25]
10. <https://www.hsph.harvard.edu/nutrition-source/2018/06/22/predimed-retraction-republication/>, <https://biolincc.nhlbi.nih.gov/studies/tohp/>) [2021.04.25]
11. <https://www.nhlbi.nih.gov/science/framingham-heart-study-fhs> [2021.04.25]
12. <http://www.mnsza.hu/szivbeteg/adattar/rizikotabla.htm> [2021.04.25]
13. <https://www.cvriskcalculator.com/> [2021.04.25]
14. <http://real.mtak.hu/80054/1/Pados-Gyula.pdf> [2021.04.25]
15. <https://gco.iarc.fr/> [2021.04.25]
16. Global Cancer Statistics 2020
17. <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660> [2021.04.25]
18. <https://www.worldcancercongress.org/sites/congress/files/atoms/files/T3-121.pdf> [2021.04.25]
19. <https://ourworldindata.org/burden-of-diseases> [2021.04.25]
20. https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm [2021.04.20.]
21. <https://www.cancer.org/cancer/lung-cancer/detection-diagnosis-staging/survival-rates.html> [2021.04.25]
22. : <https://www.wcrf.org/cancer-trends/lung-cancer-statistics> [2021.04.25]
23. <https://www.wcrf.org/cancer-trends/colorectal-cancer-statistics> [2021.04.25]
24. <https://www.wcrj.net/wp-content/uploads/sites/5/2019/11/e1433-Worldwide-incidence-and-mortality-of-colorectal-cancer-and-Human-Development-Index-HDI-an-ecological-study.pdf> [2021.04.25.]
25. https://www.uptodate.com/contents/image?imageKey=ONC%2F111996&topicKey=ONC%2F2606&source=see_link [2021.04.25]
26. https://www.antsz.hu/data/cms41690/lakossagi_szurovizsgalatok.pdf [2021.04.24.]
27. <https://www.cancer.net/cancer-types/liver-cancer/statistics> [2021.04.23.]
28. <https://www.vox.com/2018/4/24/17242720/alcohol-health-risks-facts> [2021.04.24.]
29. <https://www.cancer.net/cancer-types/stomach-cancer> [2021.04.23.]
30. <https://www.cancer.net/cancer-types/prostate-cancer> [2021.04.24.]
31. SZABÓ, B ; KÍVÉS, Zs ; MÁTÉ, O ; POLYÁK, É ; PUSZTAFALVI, H (2021) Prostatárákkal diagnosztizált betegek egészségmagatartásának vizsgálata = Health behavior of Hungarian prostate cancer patients, Orvosi Hetilap 162 : 10 pp. 383-391. , 9 p. (2021)
32.](<https://labtestsonline.hu/news/az-uj-ajanlasok-elternek-psa-szures-hasznalatanak-gyakorlatban>).
33. <https://www.cancer.net/cancer-types/cervical-cancer>[2021.04.24.]
34. A., PAKAI ; R. MIHÁLY-VAJDA ; Zs. KÍVÉS, K, SZABÓ GABARA ; E., BASA BOGDÁNNÉ ; M., ZRÍNYI ;A. OLAH; , SIKET ÚJVÁRINÉ

- (2022), Predicting Cervical Screening and HPV Vaccination Attendance of Roma Women in Hungary: Community Nurse Contribution is Key, *BMC Nursing* 22 : 1
35. <https://oltokozpont.hu/hu/oltas/20/hpv> [2021.04.22.]
36. <https://www.nnk.gov.hu> [2021.04.22.]
37. <https://www.cancer.net/cancer-types/head-and-neck-cancer> [2021.04.24.]
38. <https://www.skinvision.com/articles/abc-de-melanoma-self-check> [2021.04.24.]
39. <https://www.cancer.net/cancer-types/melanoma> [2021.04.24.]
40. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-copd> [2021.04.24.]
41. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma> [2021.04.23.]
42. <https://www.webmd.com/asthma/asthma-risk-factors> [2021.04.23.]
43. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/8622-allergic-rhinitis-hay-fever> [2021.04.25]
44. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a0800221.kor> [2021.04.25]
45. <https://www.allergiakozyzpont.hu/keresztallergia> [2021.04.22]
46. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=tps00131&lang=en> [2021.04.25]
47. <https://www.ksh.hu/sdg/1-15-sdg-3.html> [2021.04.25]
48. https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fek008.html [2021.04.25]
49. [https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(19\)30333-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(19)30333-4/fulltext) [2021.04.25]
50. (<https://www.nhs.uk/conditions/stomach-ulcer/> [2021.04.25]
51. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/21463-h-pylori-infection> [2021.03.21]
52. <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/7317-lactose-intolerance> [2021.03.21.]
53. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4586535/> [2021.03.21.]
54. EMBER I. (2007): Népegészségügyi orvostan. Dialóg Campus, Budapest
55. KERTAI P. (1999): Megelőző orvostan – A népegészségügy elméleti alapjai. Medicina Könyvkiadó, Budapest
56. [Principles of Infectious Disease Epidemiology](#) [Epidemiology Notes](#) [M.Tevfik DORAK]
57. V. HAJDÚ P.-Ádány R. (2003): Epidemiológiai szótár. Medicina Könyvkiadó, Budapest
58. *Epinfo* 22. évfolyam 9. szám
59. <https://sciencecases.lib.buffalo.edu>) [2021.03.20.]
60. Centers for Disease Control and Prevention. Measles outbreak—Aberdeen, S.D. *MMWR* 1971;20:26 [2021.03.20.]
61. Introduction to Infection Prevention and Control (IPC) | OpenWHO www.openwho.org [2021.03.20.]
62. <https://www.cdc.gov/training/QuickLearns/epimode/> [2021.03.20.]
63. FERENCI T.: A magyarországi koronavírus járvány valós idejű epidemiológiája <https://research.physcon.uni-obuda.hu/COVID19MagyarEpi/> [2021.03.20]
64. 18/1998. (VI.3.) NM rendelet a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről
65. A Nemzeti Népegészségügyi Központ módszertani levele a 2022. évi védőoltásokról https://www.antsz.hu/data/cms101372/VML_2022_NNK.pdf

FOGALOMTÁR

I. Alapfogalmak

Népegészségügy

A társadalom szervezett tevékenysége az egyének, meghatározott csoportok vagy az egész lakosság egészségének fejlesztésére, védelmére, javítására és — szükség esetén — helyreállítására. Tudományok, készségek és értékek kombinációja, amely kollektív társadalmi tevékenységeken keresztül működik, és olyan programokat, szolgáltatásokat és intézményeket foglal magában, amelyek célja az emberek egészségének védelme és javítása.

A népegészségügy olyan társadalmi és politikai koncepció, amelynek célja az egészség javítása, az élet meghosszabbítása és az életminőség javítása az egész népesség körében az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés és az egészségügyi beavatkozás egyéb formái révén. Az Ottawai Charta jelentősen eltérő megközelítéseket támogat az egészséget meghatározó tényezők leírására és elemzésére, valamint a népegészségügyi problémák megoldásának módszereire vonatkozóan. Ezek a módszerek magukban foglalják az Ottawai Charta stratégiáit és cselekvési területeit [1].

Egészség

A teljes fizikai, szociális és mentális jólét állapota, nem csupán a betegség vagy gyengeség hiánya. A WHO az egészséget alapvető emberi jognak tekinti. Ennek megfelelően minden embernek hozzáféréssel kell rendelkeznie az alapvető egészségügyi erőforrásokhoz. Az egészségfejlesztéssel összefüggésben az egészséget olyan erőforrásnak tekintik, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy egyénileg, társadalmilag és gazdaságilag produktív életet éljenek. Az Egészségfejlesztési Ottawai Charta az egészséget a mindennapi élet erőforrásaként határozza meg, nem pedig az élet tárgyaként. Ez egy pozitív fogalom, amely a társadalmi és személyes erőforrásokat, valamint a fizikai képességeket hangsúlyozza.

Az egészségnek, mint alapvető emberi jognak a koncepciójával összhangban az Ottawai Charta hangsúlyozza az egészség bizonyos előfeltételeit,

amelyek közé tartozik a béke, a megfelelő gazdasági erőforrások, az élelem és a menedék, az oktatás és a társadalmi igazságosság, valamint a stabil ökoszisztéma és a fenntartható erőforrás-használat. Ezeknek az előfeltételeknek az elismerése kiemeli a társadalmi és gazdasági feltételek, a fizikai és társadalmi környezet, az egyéni egészségmagatartás és készségek, valamint az egészség közötti elválaszthatatlan kapcsolatot. Ezek a kapcsolatok adják a kulcsot az egészség holisztikus megértéséhez, amely az egészségfejlesztés meghatározásának központi eleme. Az egészség átfogó megértése azt jelenti, hogy az egészséget meghatározó tényezőket irányító valamennyi rendszernek és struktúrának figyelembe kell vennie tevékenységeinek az egyéni és kollektív egészségre és jólétre gyakorolt hatását. Ez egyre inkább magában foglalja a bolygó egészségével kapcsolatos aggodalmakat is — ezt nevezzük bolygóegészségügynek [1].

Egészségmeghatározók

Az egyének és a népesség várható egészséges élettartamát befolyásoló személyes, társadalmi, gazdasági és környezeti tényezők köre.

Az egészséget befolyásoló feltételek sokrétűek és interaktívak. Az egészség egyes meghatározó tényezői nem módosíthatók (például az életkor, a születési hely és az öröklött tulajdonságok). Az egészségfejlesztés alapvetően az egészséget potenciálisan módosítható meghatározó tényezők teljes körének kezelésére irányuló intézkedésekkel foglalkozik, nemcsak azokkal, amelyek az egyének cselekedeteivel kapcsolatosak, hanem azokkal a tényezőkkel is, amelyek nagyrészt kívül esnek az egyének és csoportok ellenőrzésén. Ezek közé tartozik például a jövedelem és az erőforrásokhoz való hozzáférés, az oktatás, a foglalkoztatás és a munkakörülmények (gyakran az egészség társadalmi meghatározó tényezőinek nevezik), a megfelelő egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, valamint az egészség környezeti meghatározó tényezői. Az egészségfejlesztés a megha-

tározó tényezők e széles skáláját kezelő stratégiák kombinációjával, beleértve az Egészséget Minden Szakpolitikába (Health in All Policies) előmozdítását és az egészséget támogató környezet kialakítását; valamint a személyes egészségműveltség és készségek erősítését. Az egészséget meghatározó tényezők kezelésére irányuló intézkedések elválaszthatatlanul kapcsolódnak az egészségügyenlétlenségekhez, és alapvetően a hatalom és az erőforrások népszerűség belüli elosztásával foglalkoznak [1].

Egészségfejlesztés

Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy növeljék az egészségük feletti kontrollt és javítsák azt.

Az egészségfejlesztés átfogó társadalmi és politikai folyamatot jelent. Nemcsak az egyének készségeinek és képességeinek megerősítésére irányuló intézkedéseket foglalja magában, hanem az egészséget meghatározó társadalmi, környezeti és gazdasági tényezők megváltoztatására irányuló intézkedéseket is, hogy optimalizálják a köz- és személyes egészségre gyakorolt pozitív hatásukat. Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy egyénileg és közösen növeljék az egészséget meghatározó tényezők feletti ellenőrzést, és ezáltal javítsák egészségi állapotukat.

Az Ottawai Charta három alapvető stratégiát határoz meg az egészségfejlesztésre. Ezek a következők:

- az egészségért való kiállás az egészség fent említett alapvető feltételeinek megteremtése érdekében;
- annak lehetővé tétele, hogy minden ember teljes egészségpotenciálját elérje;
- közvetítés a társadalom különböző érdekei között az egészségre való törekvés során.

Az Ottawai Charta öt kiemelt cselekvési területet határozott meg:

- az egészséges közpolitika kialakítása;
- az egészséget támogató környezet megteremtése;
- a közösség egészségért való fellépésének erősítése;
- a személyes készségek fejlesztése;

- az egészségügyi szolgáltatások újraszervezése [1, 2].

Egészségnevelés

A WHO meghatározása szerint: az **egészségnevelés** (*health education*) tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek összessége, melyek segítik az egyént és a közösséget egészségük előmozdításban tudásuk bővítésével, életmódjuk, magatartásuk alakításával.

Az egészségnevelés több tudományterületet ölel fel: orvostudomány, pedagógia, pszichológia, neveléstudomány és szociológia. Az egészségnevelés feladatköre (tartalma) így lényegesen kitágul: figyelembe veszi az ember biológiai állapotát (testi, szervezeti egészségét) csakúgy, mint a lelki (szellemi, érzelmi, törekvéses) tulajdonságait és a társadalmi együttélésből adódó szociális státuszát (anyagi-gazdasági helyzetét, családi harmóniáját, társadalmi beilleszkedési zavarait) és ezek együttes hatás-rendszerében ítéli meg tennivalóit.

Az egészségnevelés célja, hogy az egészségkulturális szint emelésével, az életmód formálásával elősegítse egyrészt az egészség kialakítását, megtartását, a betegségek megelőzését, másrészt, hogy a betegek egészségi állapota mielőbb helyreálljon [3, 5].

Jóllét

A jóllét az egyének és a társadalmak által megélt pozitív állapot. Az egészséghez hasonlóan a mindennapi élethez szükséges erőforrás, amelyet a társadalmi, gazdasági és környezeti feltételek határoznak meg.

A jóllét magában foglalja az életminőséget, valamint az emberek és a társadalmak azon képességét, hogy világnézetük és céljaik szerint hozzájáruljanak a világhoz. A jólétre való összpontosítás támogatja az erőforrások igazságos elosztásának, az általános gyarapodásnak és a fenntarthatóságnak a nyomon követését. Egy társadalom jóllétét az alapján lehet megfigyelni, hogy mennyire ellenállóképes, mennyire cselekvőképes és mennyire felkészült a kihívások meghaladására [1, 2, 6].

Életminőség

Az életminőség azon feltételek halmaza, amely

hozzájárul az egyének jóllétéhez és a társadalmi életben rejlő potenciáljuk kiaknázásához. Az életminőség szubjektív és objektív tényezőket is magában foglal. A szubjektív tényezők között szerepel az egyes egyének fizikai, pszichológiai és társadalmi szintű jóllétének felfogása. Az objektív tényezők, az anyagi jóllét, egészség és a harmonikus kapcsolat a fizikai és társadalmi környezettel [4, 5, 6].

Méltányosság (esélyegyenlőség, equity)

A méltányosság kifejezést konkrét fogalomként -nem alapelveként- a társadalombiztosítás arra az esetre használja, amikor a biztosító erre a törvény által feljogosított vezető állású tisztviselője egyedi méltányosság elbírálása alapján többlettámogatást engedélyez. Az egészségmértányosság az egészségi állapotban kimutatható, társadalmilag, gazdaságilag, demográfiailag vagy földrajzilag meghatározott népességcsoportok között fennálló igazságtalan, elkerülhető vagy orvosolható különbségek hiánya.

Az egészségmértányosság azt jelenti, hogy mindenkinek tisztességes lehetőséget kell biztosítani a teljes egészség elérésére, és senkit sem szabad hátrányos helyzetbe hozni e lehetőségek elérésében. Az egészségmértányosságot alapvetően az egészséget meghatározó társadalmi tényezők befolyásolják. Az egészséget befolyásoló társadalmi tényezők kezelésére és az egészségfejlesztésre irányuló megközelítések következetesen és tartósan az egészségmértányosságra és a társadalmi igazságosságra összpontosítanak.

Az egészségfejlesztés átfogó és alkalmazkodó választ jelent a társadalmakban az esélyek méltánytalan eloszlására, és támogatja azokat az intézkedéseket, amelyek az egészséget meghatározó tényezőkkel foglalkoznak, amelyek ezt a méltánytalanságot eloszlást okozzák. Az egészségfejlesztés alapvető stratégiája, hogy minden ember számára lehetővé tegye teljes egészségi potenciáljának elérését az egészséget szolgáló erőforrásokhoz való méltányos és igazságos hozzáféréseken keresztül.

Hasonló fogalmak az egészségkülönbség (disparity) és az egészségegyenlőtlenség (inequality). Az egészségkülönbség a tényleges eltérésekre,

az egészségegyenlőtlenség az elkerülhető különbségekre, az egészségmértánytalanság (health inequity) pedig az igazságtalan különbségekre vonatkozik. Annak eldöntése, hogy mi méltányos és mi nem, rendkívül nehéz és mindenképpen értékítélet szükséges hozzá. Némi támpontot nyújthatnak ehhez a társadalmi igazságosságról szóló elméletek, mint a egalitarizmus, utilitarizmus, stb. [1,7].

Adherencia

Az adherencia WHO szerinti definíciója „az egyén egészségügyi szakemberrel egyeztetett ajánlásoknak megfelelő viselkedése a gyógyszerszedés, diéta és az életmódváltozás területén”. Az adherencia szó az angol ‚adherence’ (ragaszkodás, pontos betartás) szóból ered, és azt mutatja meg, hogy a beteg mennyire működik együtt az egészségügyi szakemberrel. Három komponense van: a gyógyszereszedés elkezdése, kivitelezése/folytatása és abbahagyása. Ez a megközelítés aktív szerepet szán a páciensnek, és fontos része az önmotiváltóság és az önszabályozás a kezelés betartására. Az adherencia hiánya negatívan befolyásolja egy társadalomban a halálozás mértékét és a kórházi költségeket egyaránt [3].

Egészségműveltség (Health Literacy)

Az egészségműveltség döntő fontosságú a tájékozott döntéshozatalhoz, és megerősíti az embereket és a közösségeket. Alapja a minőségi oktatáshoz és az egész életen át tartó tanuláshoz való befogadó és méltányos hozzáférés. Az egészségfejlesztés részének, az egészségnevelés megfigyelhető eredménye. Az egészségműveltséget az emberekkel, szervezetekkel és a társadalommal szemben támasztott kulturális és szituációs igények közvetítik. Nem kizárólag az egyének felelőssége. Minden információszolgáltatónak, beleértve a kormányzatot, a civil társadalmat és az egészségügyi szolgáltatásokat, lehetővé kell tennie a megbízható információkhoz való hozzáférést olyan formában, amely minden ember számára érthető és felhasználható.

Az egészségműveltség e társadalmi erőforrásai közé tartozik annak az információs környezet-

nek és médiának (szóbeli, nyomtatott, sugárzott és digitális) a szabályozása, melyben az emberek hozzáférnek az egészséginformációkhoz és használják azokat. Az egészségműveltség többet jelent annál, hogy valaki képes hozzáférni a weboldalakhoz, elolvasni a broszúrákat és követni az előírt egészségkereső magatartást. Magában foglalja az egészséginformációk és források kritikus megítélésének képességét, valamint a személyes és társadalmi egészségfejlesztési igények kifejezésének és értük való cselekvés képességét. Azáltal, hogy javítja az emberek hozzáférést az érthető és megbízható egészséginformációkhoz, valamint a hatékony felhasználásuk képességét. Az egészségműveltség döntő fontosságú mind az emberek képessé tételében arra, hogy döntéseket hozzanak a személyes egészségükkel kapcsolatban, mind pedig abban, hogy részt vegyenek az egészséget meghatározó tényezőkre irányuló kollektív egészségfejlesztési tevékenységekben.

Az Integrált modell szerint a következő definíció alapján értelmezzük az egészségműveltség fogalmát:

A konstrukció középpontjában az egészségmű-

veltség folyamata áll, amely négy kompetenciát igényel:

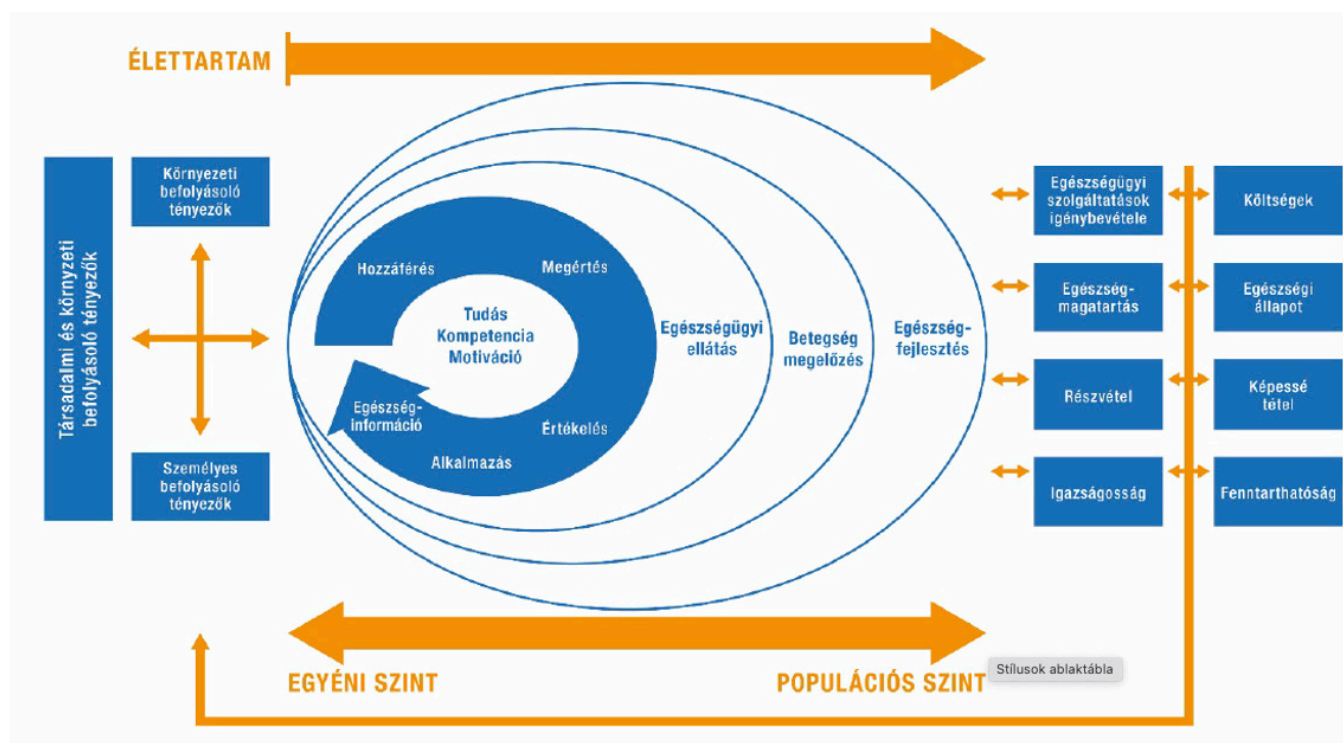
1. A hozzáférés arra a képességre vonatkozik, hogy kérünk, keresünk és hozzájutunk egészséginformációhoz.
2. A megértés azt a képességet takarja, amellyel megértjük a kapott egészséginformációt.
3. Az értékelés olyan képesség, amely interpretálja, szűri, megítéli és értékeli a kapott egészséginformációt.
4. Az alkalmazás arra a képességre vonatkozik, amellyel kommunikáljuk és használjuk az információt, döntést hozunk annak érdekében, hogy fenntartsuk vagy javítsuk az egészségünket [1,8,10,11].

Egészségnyereség

Az egészségnyereség az egészségi állapotban bekövetkező változás, ami

- az élettartam meghosszabbodását, és/vagy
- az életminőség javulását okozza.

A változást előidéző beavatkozás lehet egészségügyi technológiák alkalmazása, és lehet az egészségre ható külső környezet egészség célú megváltoztatása.



Az egészségműveltség integrált modellje

Forrás: Csizmadia Péter, Az Egészségműveltség, Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2016.3. [7]

Az egészség-gazdaságtani elemzésekben az egészség-nyereség univerzális mérőszáma az életminőséggel korrigált életévek, vagyis a QALY [3].

Betegségteher

A betegségteher a népesség jelenlegi egészségi állapota és az optimális állapot közötti különbség mérése, amikor minden ember eléri a teljes várható élettartamot anélkül, hogy súlyos betegségben szenvedne.

A betegségteher-elemzés fontos és széles körben használt eszköz, amely lehetővé teszi a döntéshozók számára, hogy azonosítsák a népesség jelenlegi legsúlyosabb egészségügyi problémáit és a jövőben várható terheket. Ez kifejezhető elvesztett egészséges életévekben (HeaLY), korlátozottsággal korrigált életévekben (vagy elvesztett egészséges életévekben) (DALY), minőséggel korrigált életévekben (QALY) vagy e mérőszámok kiigazított kombinációiban.

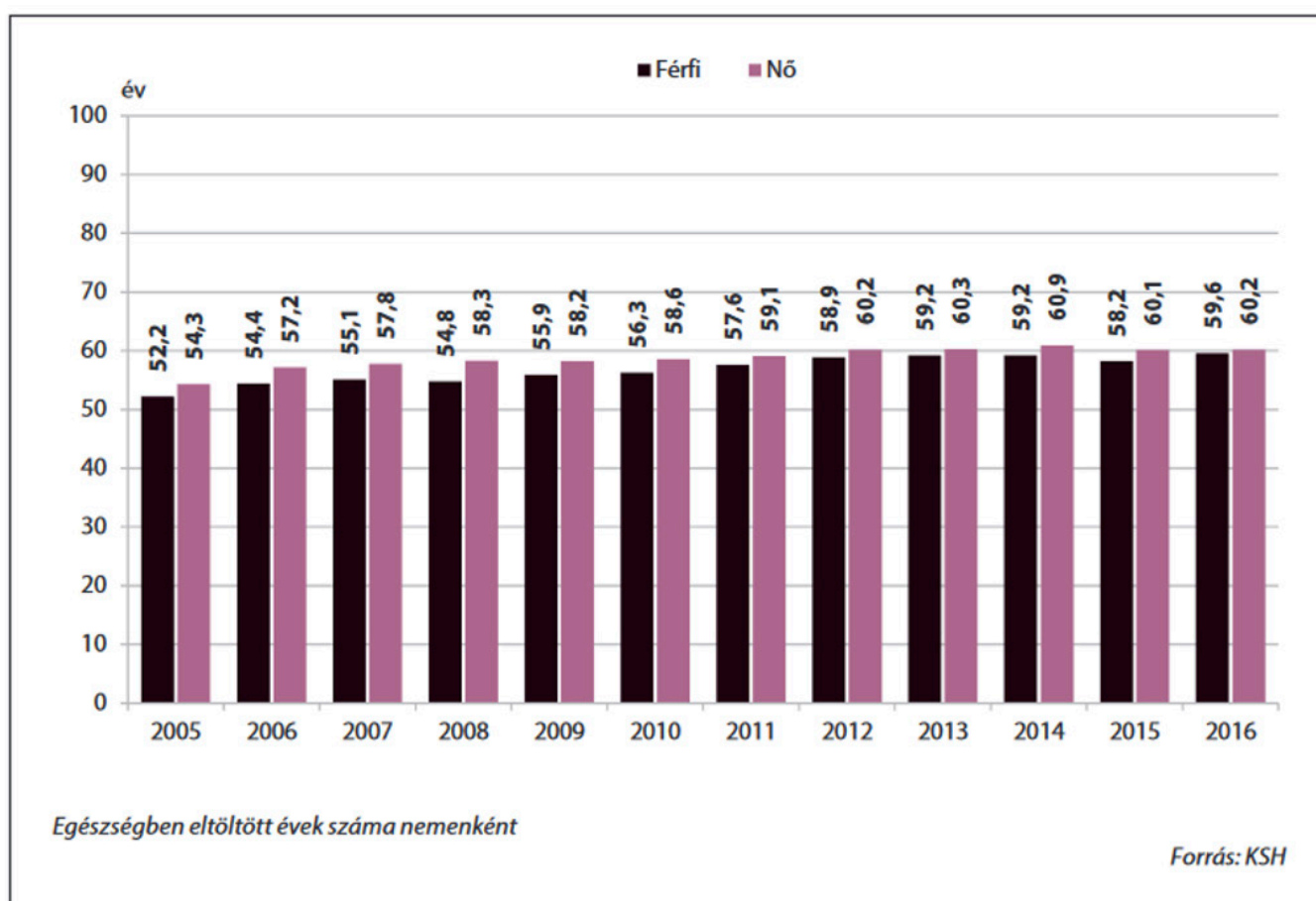
A betegségteher-adatok alapot nyújtanak a külön-

böző kockázati tényezők relatív hozzájárulásának meghatározásához is, és hasznosak lehetnek az egészséget szélesebb értelemben meghatározó tényezők relatív jelentőségének meghatározásában a népesség általános egészségi állapotában. A betegségteher-adatok alkalmazhatók a kockázati tényezők és az egészséget meghatározó tényezők egyenlőtlen hatásának egyértelművé tételére, és felhasználhatók a nagyobb egészségmértányosság eléréséhez szükséges intézkedések kiemelésére. Ezek az adatok és elemzések felhasználhatók az országokon belüli egészségfejlesztési intézkedések prioritásainak meghatározására [1,3].

Idő előtti halálozás

Az idő előtti halálozás egyik mérőszáma a potenciálisan elvesztett életévek, ami egy közös meg egyezés alapján 70/75 évben meghatározott elvárt élettartamból le nem élt éveket jelenti.

„**Kezelhető halálozás**”: az olyan halálozás tartozik ide, ami megfelelő gyógykezeléssel megelőzhető.



Területi eloszlást tekintve az alábbi ábra érzékelteti a jelentős eltérést, Forrás KSH [3.]

„**Megelőzhető halálozás**”: az olyan típusú halálozás, amely megfelelő prevencióval elkerülhető lenne [3].

Egészségben eltöltött életévek száma

Az egészségben eltöltött életévek száma a várható élettartam mellett figyelembe veszi az élet minőségét is, ily módon a jóllét egyik alapvető mérőszáma. Az indikátor értéke azt fejezi ki, hogy egy újszülött az adott év hajlandósági viszonyai között (korspecifikus halálozási valószínűségek mellett) átlagosan hány évi egészséges élettartamra számíthat. Számítása a KSH teljes népességre vonatkozó demográfiai adatai és az egészségi állapot reprezentatív adatgyűjtésén alapuló meghatározása alapján történik. Magyarország 3 évvel marad el az EU átlagától és jóval nagyobbak a területi különbségek [3].

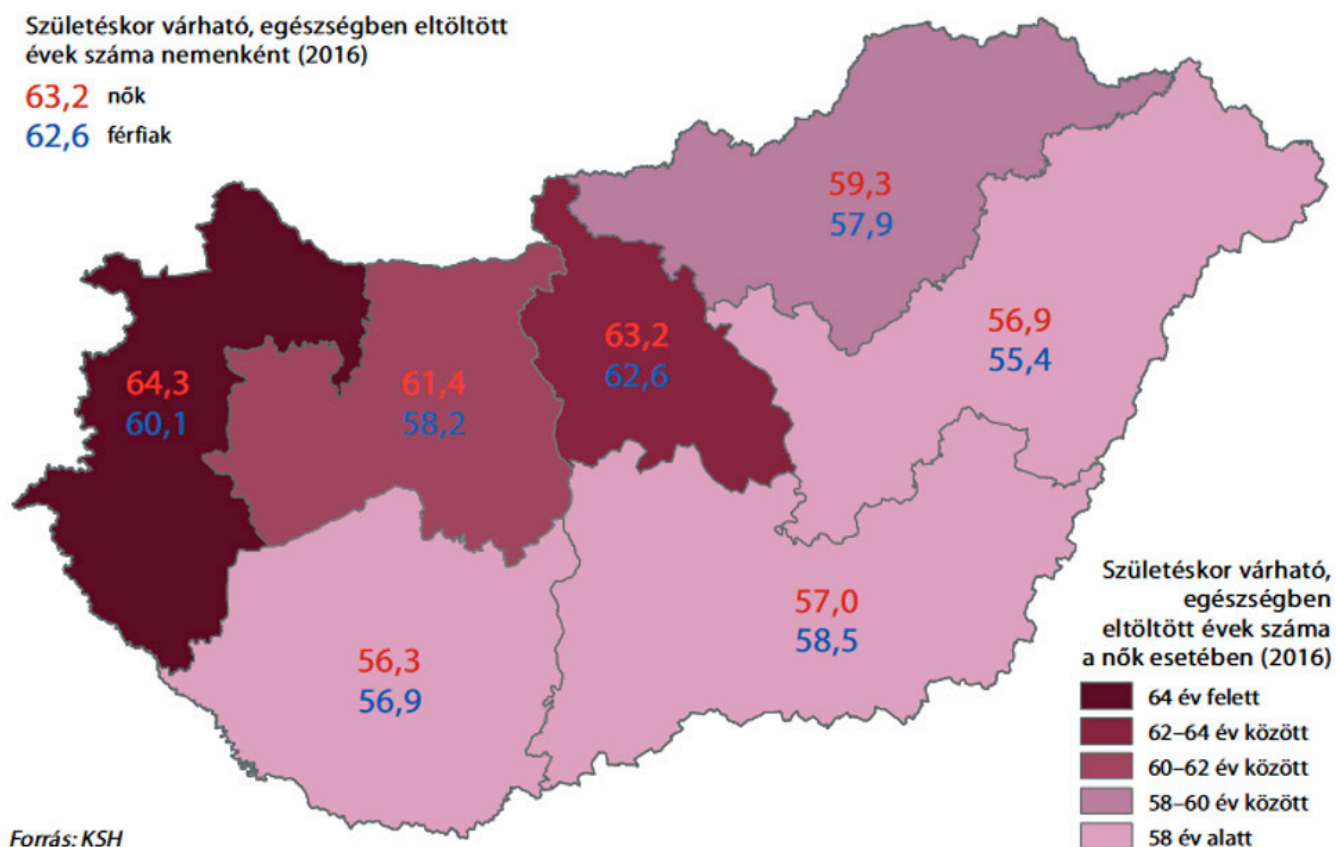
Egészségérték

Mindennapi életvitelünk folyamatát az adja, hogy lényeges és lényegtelen teendőket elválasztunk egymástól, és ennek alapján hajtjuk végre felada-

tainkat. Különbséget teszünk jó és rossz között, mely véleményeink formálódásában játszik szerepet. Döntéseink, választásaink, mások számára is megállapíthatóvá válik, mi jelent számunkra értéket és mi nem. Az emberek tevékenységeinek háttérben tehát értékek állnak. A kutatások eredményeinek tükrében az egészség az alapértékek között található. Ezáltal válik életmódunk egészségessé vagy egészségtelenné.

Az érték fogalmának meghatározása nem könnyű, hiszen nincs egységes konszenzus a meghatározását illetően [12, 13, 14, 15], továbbá a különböző tudományterülethez való kapcsolódása is indokolja a meghatározás nehézségét.

Az egészség, mint érték a kezdetleges emberi közösségek tagjainak a tudatában is megjelent, amelyet a korai életmódkutatások igazolnak. Általánosságban azokat a tényezőket, műveleteket jelenti, amelyek az eszközértékként jelennek meg az egészségi állapot elérésében, megtartásában és helyreállításában. Eszközérték alatt azokat a kívánatos viselkedési módokat értjük, amelyek



a célérték elérését szolgálja. A jelenleg hatályos kormányzati dokumentumok alapján az egészség, mint érték kiemelt fontosságú. Alaptörvény egyértelműen kijelenti, hogy joga van mindenkinek a testi és lelki egészséghez. A törvény úgy értelmezi, hogy ennek az alapértéknek az elérése a megfelelő környezettel, az egészségügyi ellátással, sportolással, élelmiszerekkel, ivóvízzel és a közegészséggel érhető el. A Nemzeti Együttműködés Programban is szerepel a munka, otthon, család, rend mellett az egészség, mint cél, ahogy az „Egészséges Magyarország 2014-2020” program is igazolja a kormányzati elhivatottságot az egészségérték iránt [12, 15].

Betegség

A betegség a társadalmilag elfogadott egészségképtől való olyan eltérés,

- ami csökkenti az élettartamot vagy rontja az életminőséget (azaz halált vagy funkciózavart, és/vagy fájdalmat okoz), és
- amit az egyén vagy a környezete észlel (beleértve az ellátórendszer, a diagnosztikai eszközök észlelését is).

Ezen meghatározás szerint kultúrkörönként változhat az, hogy mit tekintenek betegségnek és mit nem. Az elfogadott egészségképtől való eltérés azt is jelenti, hogy az egyén, illetve a társadalom tenni is akar valamit ellene. Ebben az értelemben betegség olyan állapot, ami rendelkezik azzal a képességgel, hogy valamilyen a gyógyításra vagy a megelőzésre irányuló egészségügyi tevékenységet indítson el [1, 3, 16].

II. Tevékenységek

Közösségi egészségfejlesztés

Közösségek alatt az emberek olyan összefüggő hálózatait értjük, amelyek a lakóhelyük (település, szomszédság), a napi tevékenységüket legnagyobb mértékben kitöltő elfoglaltságuk (oktatási intézmények), munkájuk (munkahelyük), valamilyen életkori (gyerekek), demográfiai jellemzőik (nők), esetleg közös problémáikra közös válaszokat kereső (önsegítő csoportok) dimenziók mentén „szerveződnek”. E közösségek léte egyrészt adottság (például azokon a szintereken, ahol az emberek a mindennapi életüket élik), másrészt

valamilyen érdekek, célok érdekében valóban önkéntesen, vagy kívülről inspirálva szerveződnek. [5, 17]

Szintér szemlélet

A szintér az a hely vagy társadalmi közeg, ahol az emberek hétköznapi tevékenységeket folytatnak, melyek során a környezeti, szervezeti és személyes tényezők kölcsönhatása befolyásolja az egészséget és a jól-létet, például iskolák, munkahelyek, kórházak, falvak és városok. (WHO, 1998) [17].

TIE – Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztés koncepció

A 2015. évben elfogadásra került „Egészséges Magyarország 2014-2020” című stratégia az Alaptörvénnyel összhangban meghatározza a fő népegészségügyi célokat és tennivalókat, melyek közt az egyik kiemelkedően fontos beavatkozás a teljeskörű intézményi/iskolai egészségfejlesztés (továbbiakban rövidítve: TIE). A TIE az egészség megőrzését, fejlesztését, a betegségek hatékony megelőzését, az egészségtudatos magatartást és az egészségismereten alapuló szemléletet elősegítő intézményi/iskolai tennivalók összefoglaló neve. A TIE a köznevelésre vonatkozó jogszabályokban 2012 óta előírásként szerepel minden köznevelési intézmény (az iskola mellett az óvoda és a kollégium) részére, de számos más, vonatkozó jogszabály is támogatja [18].

A munkahelyi egészségfejlesztés - a munkáltatók, munkavállalók és a társadalom együttes erőfeszítései a dolgozók egészségének és jóllétének javítása érdekében, amit a munkahelyi szervezet és a munkakörnyezet javítása, fejlesztése, az aktív és az egyéni részvétel bátorításával érhetünk el [17].

Egészséges idősödés (Activ Ageing)

Az emberek Európa-szerte tovább élnek. Mind az egyén, mind a társadalom számára előnyös annak biztosítása, hogy ezeket az éveket az idősök tevékenyen és jó egészségben tölthessék. Az egészséges idősödés előmozdítása érdekében uniós finanszírozású projektek támogatják az egészség

és az aktivitás idős korban történő megőrzését, és garantálják, hogy az egészségügyi ellátás az egyre nagyobb számú idős ember szükségleteihez igazodjon. Az egészséges idősödés nemcsak az egyes emberekre, hanem a társadalomra is pozitív hatással van, hiszen csökkennek az egészségügyi kiadások, az emberek pedig gazdaságilag aktívak maradhatnak. Új lehetőségek is nyílnak az innováció előtt a társadalom egy növekvő csoportja egészségügyi és jóléti szükségleteinek kielégítése terén [19].

Egészségtudatos magatartás

Az egészségtudatos magatartás az egyén szemléletének, viselkedésének, tevékenységének összessége annak érdekében, hogy minél tovább és minél egészségesebb maradjon. Ennek során: döntéseiben fontosnak tartja és érvényesíti egészség-szemponjtait, saját maga és – szűkebb és tágabb – környezete érdekében, szokásainak tudatos kontrollálásával (pl.: helyes táplálkozás, testmozgás, szexuális szokások; egészségkárosító magatartások, káros szenvedélyek kerülése; stb.) tevékenyen részt vesz egészségének fejlesztésében, elsajátítja a laikus segítség és öngondoskodás képességeit, az egészségügyi ellátással és az ellátórendszerrel kapcsolatban kialakítja és alkalmazza a tájékozott fogyasztói magatartást:

- betegségének természete, lehetséges kimeneteinek ismerete,
- az ellátórendszerrel és igénybevételi lehetőségekkel kapcsolatos ismeretek,
- a betegjogok ismerete,
- egészségügyi fogyasztóvédelmi ismeretek [6].

Primer prevenció/ elsődleges megelőzés

Középpontjában az egészség általános védelme és támogatása áll, célja a betegség kifejlődésének megakadályozása:

- általában nem orvosi eszközökkel (pl. az egészségre ártalmas hatások kiiktatása, az egészségtudatos életmód kialakítása stb.)
- kifejezetten orvosi tevékenységre alapozottan (pl.: védőoltás).

Tevékenységi körébe tartozik az egészségnevelés (egészségpedagógia) és az egészségügyi felvilágosítás minden területe.

lágosítás minden területe.

Szekunder prevenció/másodlagos megelőzés

Célja a betegségek korai, rejtett, még panaszt nem okozó szakban való felismerése. Ezáltal a beteg jó eséllyel, kisebb károsodással, alacsonyabb költséggel gyógyítható. A szekunder prevenció jellemzően orvosi eszközökön keresztül történik (szűrővizsgálatok) de a laikusok által végzett önellenőrzés is ide tartozik.

Tercier prevenció/harmadlagos megelőzés

célja a betegségekből fakadó károsodások, a tartós egészségdeficitet okozó - életminőséget rontó; funkciózavart, tartós fájdalmat, tartós ellátást okozó - állapotok megelőzése. Eszköztárába tartozik a hatékony, korszerű, szövődménymentes gyógyítás és a korai rehabilitáció, amivel elkerülhető a definitív károsodások kialakulása [3, 6, 17].

Betegség

A betegség a társadalmilag elfogadott egészségképtől való olyan eltérés,

- ami csökkenti az élettartamot vagy rontja az életminőséget (azaz halált vagy funkciózavart, és/vagy fájdalmat okoz), és
- amit az egyén vagy a környezete észlel (beleértve az ellátórendszer, a diagnosztikai eszközök észlelését is).

Ezen meghatározás szerint kultúrkörönként változhat az, hogy mit tekintenek betegségnek és mit nem. Az elfogadott egészségképtől való eltérés azt is jelenti, hogy az egyén, illetve a társadalom tenni is akar valamit ellene. Ebben az értelemben betegség olyan állapot, ami rendelkezik azzal a képességgel, hogy valamilyen a gyógyításra vagy a megelőzésre irányuló egészségügyi tevékenységet indítson el [3,6].

Védőoltás

A **védőoltás** olyan egészségügyi tevékenység, amelynek során oltóanyagot juttatnak a szervezetbe aktív vagy passzív immunizálás céljából, melynek segítségével az adott betegség elleni specifikus védettség kialakítható és fokozható.

Aktív immunizáció esetén az oltóanyagban vagy nem fertőző baktérium illetve vírusrészek, vagy

egész kórokozók vannak, de annyira legyengítve, hogy fertőzést ne okozhassanak. A szervezet védekezőrendszere az oltásra olyan anyagok termelésével (antitestek és fehérvérsejtek) válaszol, melyek felismerik és megtámadják az oltóanyagban lévő baktériumot vagy vírust. Ettől kezdve ezek az antitestek és más anyagok természetes módon termelődnek, valahányszor az egyén találkozik ugyanezzel a baktériummal vagy vírussal.

Passzív immunizáció esetén egy bizonyos kórokozó elleni specifikus antitestek (a már kész ellenanyag) vannak az oltóanyagban. Passzív immunvédelemben részesülnek azok az emberek, akiknek a védekezőrendszere nem tud megfelelően válaszolni a fertőzésre, vagy akik nincsenek oltva, amikor a fertőzést megkapják (például a veszettség vírusával való találkozáskor). Olyankor is lehet passzív immunizációt alkalmazni betegség megelőzésére, amikor várható a kórokozóval való találkozás, viszont nincs idő a teljes oltásorozat beadására (pl. távoli országokba utazás esetén). A passzív immunvédelem csupán néhány napig vagy hétig tart, amíg a szervezetből ki nem ürülnek a beoltott ellenanyagok.

A védőoltások világszerte nagy szerepet játszanak a fertőző betegségek megelőzésében. Minden országnak az a célja, hogy járványügyi helyzete kedvező legyen, és ezen cél érdekében – a járványügyi helyzet figyelembe-vételével – alakítja védőoltási rendszerét (oltási rend, oltási naptár).

18/1998 (VI. 3.) NM Rendelet A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről [3, 20]

III. Szervezetek

EU Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóság (DG SANCO)

Az EU Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatóságának tevékenységi körébe az egészségügyi és jóléti - az európai polgárok mindennapi életét közvetlenül érintő - tevékenységek tartoznak. Feladatuk annak biztosítása, hogy az EU területén forgalomba kerülő élelmiszerek és fogyasztási cikkek, áruk és szolgáltatások biztonságosak legyenek, az EU belső piaca a fogyasztók

érdekeit védve működjön, valamint az EU támogassa a polgárai egészségét védő és javító projekteket.

Célja, hogy az Európai Bizottság általános célkitűzései keretében védje és javítsa az emberek általános egészségi állapotát, biztosítsa az élelmiszerek biztonságos és egészséges jellegét, óvja az állatok és a növények egészségét, előmozdítsa az állatokkal való kíméletes bánásmódot és a fogyasztók érdekérvényesítését [3, 21].

OECD

Az OECD - Organisation for Economic Cooperation and Development, Gazdasági Együttműködés és Fejlesztés Szervezet - 1961-ben kezdte meg működését az OECD Konvenció alapján, az OE-EC-nek (az Európai Gazdasági Együttműködés Szervezetének) a jogutódjaként, amely eredetileg 1948-ban a Marshall-segély lebonyolítására és a háború utáni gazdasági konszolidáció elősegítésére jött létre. Jelenleg – 2010 szeptembere óta – harminchárom, a demokrácia és a piacgazdaság mellett elkötelezett országot tömörít. Magyarország 1996-ban lett az OECD teljes jogú tagja, székhelye Párizs [3, 22].

WHO

Az **Egészségügyi Világszervezet** (World Health Organization, **WHO**) az ENSZ egészségügyért felelős irányító és koordináló szakosított szerve.

A WHO legfőbb célkitűzése, hogy minden ember számára biztosítsa az egészség lehető legmagasabb szintjét. A WHO alkotmánya szerint az egészség a teljes fizikai, mentális és szociális jólét állapota, nem csupán a betegség vagy bizonytalanság hiánya.

A WHO programjában *6 fő terület* szerepel:

1. Az egészségfejlesztés előmozdítása: elsősorban a szegény, sebezhető társadalmi csoportok egészségének fejlesztése, a krónikus betegségek megelőzése és kezelése, az elhanyagolt trópusi betegségek leküzdése.
2. Az egészségbiztonság fejlesztése: olyan egészségügyi veszélyek és kockázatok ellen való fellépés, amelyek például az urbanizációból, a környezetszennyezésből, az élelmiszerek előállításából és kereskedelméből,

illetve az antibiotikumok helytelen alkalmazásából származnak.

3. Az egészségügyi rendszerek megerősítése: elsősorban az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javítása. Célterületek: elegendő számú és megfelelő képzettséggel rendelkező egészségügyi személyzet biztosítása, elegendő finanszírozási forrás, a létfontosságú statisztikák összegyűjtésére alkalmas rendszer, a megfelelő technológiákhoz és a létfontosságú gyógyszerekhez való hozzáférés.
4. A kutatás, a tájékoztatás és a bizonyíték-alapú egészségpolitika előmozdítása: a WHO hiteles egészségügyi információt szolgáltat a normák és standardok felállításához, a bizonyíték-alapú egészségpolitikai döntésekhez és a globális egészségügyi helyzet monitorozásához.
5. A partnerségek megerősítése: az ENSZ egyéb szerveivel és más nemzetközi szervezetekkel, adományozókkal, civil társadalommal és a magánszektoral.
6. A teljesítmény fejlesztése: a WHO részt vesz olyan reformokban, amelyek a hatékonyság és eredményesség fejlesztését szolgálják, mind nemzetközi szinten, mind pedig az egyes országokon belül.

A WHO központja Genfben található. A WHO-nak *6 regionális irodája van*, amelyek az adott régió egészségügyi problémáival foglalkoznak.[23]

European Health Observatory

A Megfigyelőközpont egy olyan partnerségen alapuló szervezet, amely különböző szakpolitikai perspektívákat egyesít annak meghatározására, hogy milyen egészségügyi rendszerekre és szakpolitikákra van szükségük az európai döntéshozóknak. A központ ezután nyomtatott, „személyes” és on-line formában állítja elő és osztja meg a bizonyítékokat, vagyis tudásközvetítőként működik, mert törekszik arra, hogy áthidalja a szakadékot az elmélet és a gyakorlat között [24].

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

A Centrum fő célja a közegészségügy és a köz-

biztonság védelme a betegségek, a sérülések és a fogyatékoság megakadályozása, megelőzése révén az Egyesült Államokban és világszerte. A CDC a figyelmét a betegségek elleni védekezés és megelőzés fejlesztésére és alkalmazására összpontosítja. Különös figyelmet fordít a fertőző betegségekre, az élelmiszerekkel terjedő kórokozókra, a környezetegészségügyre, a munkahelyi biztonságra és az egészségvédelemre, az egészségfejlesztésre, a sérülések megelőzésére. Főként az Egyesült Államok polgárainak egészségének javítását célzó oktatási tevékenységekre. A CDC emellett kutatásokat végez és információkat szolgáltat a nem fertőző betegségekről, például az elhízásról és a cukorbetegségről, és alapító tagja a Nemzeti Közegészségügyi Intézetek Nemzetközi Szövetségének [25].

IV. Személyek

Pápai Páriz Ferenc (Deés, 1649. május 10. - Nagy-Enyed, 1716. szeptember. 10.)

Bölcséleti és orvosdoktor, Nagyenyeden, a Bethlen-kollégiumban tanult, ahol bevették a tógás diákok közé s az akkori jeles tanárok gondos vezetése alatt a tudományokban olyan szép előmenetelt tett, hogy külföldi egyetemekre küldték.

1672. márciusban indult útjára Boroszlóba, Lipcsébe, ahol az orvosi tudományokat hallgatta; onnét Odera-Frankfurtba, hol legtovább időzött, majd Marburgon át Heidelbergbe költözött, ahol bölcsélet-doktorrá avatták; szerényen visszautasította a bölcséleti tudományok tanárságát, mellyel a heidelbergi akadémiában megkínálták. 1673-ban Heidelbergből Bázélbe utazott, ahol két évet töltött. 1674. okt. 20. orvosdoktori rangra emelték, egyszersmind a «bázeli orvosi kar ülnöke» igen megtisztelő címét kapta meg. 1675-ben tért vissza hazájába, Debrecenbe, ahol a városi tanács orvosának hívta meg, de ő ezt nem fogadta el. Nagy-Enyeden szintén meghívták orvosnak, de ezt az állást se vállalta el. Teleki Mihály meghívta Bornemissza Anna fejedelemső udvari orvosának, majd 1678-ban följánlották neki a nagy-enyedi Bethlen-kollégiumban a görög nyelv, a bölcsélet és természettan tanszékét, melyet elfogadott és 1680. jan. 4. ünnepélyesen beiktatták hivatalába. Bornemissza Anna halála után Apafi Mihály fe-

jedelem házi orvosa lett. Nagy-enyedi tanársága alatt, amit 40 évig viselt, folytonos nyugtalanság érte, különféle háborúk sújtották. Fő műve, a **Pax Corporis**, az az emberi test nyavalyáinak okairól, fészkeiről, s azoknak orvoslásának módgyáról való tracta (1747), Kiadó Papai Pariz András, Kolosvarat címmel jelent meg, ami hangsúlyozottan a betegségek megelőzéséről, vagyis az egészség prevencióról szól [26, 27].

Kibédi Mátyus István (Kibéd, 1725 – Marosvásárhely, 1800. május 24)

Mátyus *István* (Kibedi), Küküllő és Maroszlék rendes főorvosa, a marosvásárhelyi ev. ref. collegiumban tanult és 1754-ben az utrechti egyetemre ment, hol két év múlva orvosdoktori oklevelet nyert. További kiképzés és orvosi gyakorlat végett Göttingában, Marburgban és Bécsben tartózkodott. 1757-ben tért vissza, mint gyakorlóorvos Marosvásárhelyt telepedett le; rövid idő múlva Küküllő megye és Maroszlék főorvosa és táblabírája lett. 1765. ápr. 18-án Mária Terézia az erdélyi nemesek közé emelte. Több könyvet írt, a preventív szemléletet tükrözi mindkét műve:

Diaetetica, az az: a jó egészség megtartásának módját fundamentomosan eléadó könyv. (1762-66) Kolozsvár, Két kötet. és ***az Ó és új diaetetica*** az az: az életnek és egészségnek fenntartására és gyámogatására, istentől adattatott nevezetesebb természeti eszközöknek a szerint való elészám-lálása, a mint azokra reá kaptak, és eleitől fogva mind ez ideig magok károkra vagy hasznokra vellek éltek az emberek, melyben hat darabokra intézve a maga előbbi diaeteticájának első darabját bővebben kimagyarázta; és sok ide tartozó régi szokásokkal s jeles történetekkel megvilágosította, s egyszersmind a természetnek szentséges helyeire is maga feleinek sok helyben a jeget megtörte; úgy hogy, ennyi részben e munka természet historiája gyanánt is szolgálhasson. (1787-93), Pozsony, Hat kötet [26, 27].

Zsoldos János, (Köveskál, 1767. máj. 2. -Pápa, 1832. máj. 12.)

Veszprém megye főorvosa, szül. 1767. máj. 2. Köveskálon (Zala m.), ahol atyja református pap volt. Sopronban és Debrecenben tanult, azután

1790–2. Halason volt tanító. 1792. a jénai egyetemre utazott orvostudományt hallgatni. 1794. Bécsbe ment tanulmányait folytatni, s itt is avatták doktorrá 1795 decemberében. 1796-tól kezdve Pápán működött, mint Veszprém megye főorvosa. Jelentős műve volt a tanulóknak szánt egészség-tanításokat összefoglaló műve, amit még a 20. században is alkalmaztak a tanítók az egészség-tanítások versekbe szedett formáját. ***Diaetetica*** vagy az egészséget fenntartó és a betegségtől tartóztató rendszabályok. (1814) Győr, 1814. (2. k. Pest, 1818). ***Diaetetica*** avagy Az Egészség fenntartásáról való Rendszabások, Az oskolák számára (1818) készítette orvos doctor Zsoldos János, Sárospatakon [26, 27].

Markusovszky Lajos (Csorba, 1815. április 25. – Abbázia, 1893. április 21.)

orvos, honvédorvos, a modern magyar egészségügyi oktatás egyik megszervezője, az MTA tagja. A pesti egyetemen Balassa János asszisztense lett, majd egyik szervezője volt annak a Balassa körül csoportosuló haladó orvosi körnek, amely a hazai orvostudomány és közegészségügy felemelésére dolgozott ki terveket. Az Országos Közegészségi Tanács tagja (1867), elnöke (1868). Az Országos Közegészségügyi Egyesület alapító tagja és alelnöke (1886–) volt. Szerkesztette az Orvosi Hetilapot 1857. jún. 4-től 1888 végéig. Az orvosi gyógyító munkában pedig a preventív szemlélet tudományos megalapozója [26, 27].

Fodor József (Lakócsa, 1843. júl. 16. – Budapest, 1901. márc. 20.)

higiénikus, egyetemi tanár, az MTA tagja (l. 1878, r. 1883), a Cambridge-i egyetem tiszteletbeli doktora. Bécsben és Pesten tanult, 1865-ben orvosdoktor, 1866-tól tanársegéd az államorvostani tanszéken. 1869-ben kórházi boncnokfőorvos, magántanár a tisztviselői eljárásokból. Külföldi tanulmányút után 1872-ben Kolozsvárott az államorvostan ny. r. tanára. 1874–1901-ben az orvosi rendszert, utóbb a közegészségtan ny. r. tanára a budapesti egyetemen. 1894–95-ben az egyetem rektora. A közegészségtannak nemcsak első hazai oktatója és művelje, de nemzetközi viszonylatban is egyik megalapozója. Markusovszky Lajossal

megszervezte az Országos Közegészségi Egyesületet. Elsők között mutatta ki a víz tífuszt terjesztő szerepét. Az ő nevéhez fűződik az Iskolaorvos és középiskolai egészség-tanár képzés megszervezése, vezetése, 1885-től haláláig (Budapest és Kolozsvár Orvosegyetemén). Számos könyvet írt, többek között az Egészségtan tankönyvet, melyet a középiskolai egészség-tan oktatás során a legtöbbit használtak [26, 27].

Johan Béla (Pécs 1889. szept. 6. – Bp., 1983. ápr. 11.)

Orvos, patológus, mikrobiológus, államtitkár. 1907-ben került Budapestre, 1909-ben az I. sz. Anatómiai Intézetben demonstrátor, majd gyakor-nok. 1912-ben Genersich Antalnál szerezte meg orvosi oklevelét, ekkor került az I. sz. Kórbonctani Intézetbe, mint díjtalan gyakor-nok. 1913-ban díjas gyakor-nok, 1914-ben tanársegéd, 1924-ben adjunktus. Egyetemi magántanárrá 1919-ben habilitálták, 1927-ben elnyerte az egyetemi rk. tanári címet. Az I. világháború idején a hadsereg részére nagy mennyiségben kolera- és tífusz-vakcinákat készített. 1922-ben meghívást kapott az USA-ba, ő az első Rockefeller-ösztöndíjas. A világhírű kórboncnok, Mallory mellett dolgozott. Egy évet töltött az USA-ban, majd a következő két évben Európa különböző államaiban tanulmányozta az oltóanyagok termelését, a közegészségügyel kapcsolatos laboratóriumi munkát és annak rendszerét. Magyarországon elképzelése szerint készültek a Közegészségügyi Intézet épületének tervei. 1925-ben nevezték ki az intézet igazgatójává. Vezetése mellett megszervezték a falusi egészségügyi szolgálatot (**zöldkeresztes védőnők**). Az úgynevezett mintajárásokban kidolgozták az egészségvédelmi munka (Zöldkeresztes Munka) egységes állami rendszerét. Munkájának lényegét a több nyelven kiadott **Gyógyul a magyar falu** című könyvében ismertette. Államtitkársága alatt 1935-44-ben több közegészségügyi tárgyú törvénytervezetet készített. A II. világháború után megalapozatlan támadások érték korábbi államtitkári munkájával kapcsolatban és külföldi tudományos kapcsolatai miatt. Számos elismerésben és kitüntetésben részesült [26, 27].

Hivatkozások jegyzéke

1. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349> [2022. 03.22]
2. publications.europa.eu/resource/cellar/78184cb9-4e23-40a6-a8a3-cda6d6339894.0018.03/DOC_1 [2021. 03.22]
3. https://fogalomtar.aek.hu/index.php/N%C3%A9p-eg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgyi_fogalmak#Az_eg.C3.A9szs.C3.A9gv.C3.A9delemmel.2C_eg.C3.A9szs.C3.A9fejleszt.C3.A9ssel_kapcsolatos_fogalmak [2021. 03.22]
4. TARKÓ, K., BENKŐ, ZS. (2016): „Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége”. Szegedi Egyetemi Kiadó, Szeged.
5. PAULUS, P., PETZEL, T. (2009): Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In: Benkő Zsuzsanna (2009, szerk.): Egészségfejlesztés Módszertani kézikönyv. Mozaik Kiadó, Szeged, 19-30.,
6. SUSÁNSZKY, A. (2019). Egészségmagatartás: hagyományos és nem hagyományos kockázati és protektív tényezők In (Szerk.), Györffy, Zs., Szántó, Zs. *Orvosi szociológia – eTankönyv* (pp. 44-58). Budapest: Semmelweis Kiadó. ISBN: 9789633315248
7. HANKISS E. (1977): *Érték és társadalom. Tanulmányok az értékszociológia világából*, Budapest, Magvető Kiadó
8. PAPP-ZIPERNOVSZKY O, NÁFRÁDI L, P J. SCHULZ, CSABAI M, „Hogy minden beteg megértse!” – Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon, Orvosi Hetilap 2016, 157. évfolyam, 23. szám 905–915. <http://real.mtak.hu/35947/1/650.2016.30412.pdf> [2021. 03.22]
9. CSIZMADIA P, Az egészségműveltség definíciói, Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2016. 3. szám; doi: 10.24365/ef.v57i3.68

10. SORENSEN ET. AL. Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012, 12:80
11. NUTBEAM D: Health literacy as a public goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int 2000, 15(3):259-267
12. ANDORKA R. (2006): Bevezetés a szociológiába. 2. jav., bőv. kiadás. Osiris Kiadó, Budapest
13. GIDDENS, A. (2003): Szociológia. Osiris Kiadó, Budapest
14. HANKISS E. (1977): Érték és társadalom. Tanulmányok az értékszociológia világából, Budapest, Magvető Kiadó
15. KAMARÁS I. (2010): Érték, értékelés és értékrend (szociológiai és szociálpszichológiai szempontból), http://www.metaelemet.hu/pdfek/tanulmanyok/ertek_ertekeles.pdf [2021.10.22]
16. KELLER, T. (2008). Értékrend és társadalmi pozíció. MTA Szociológiai Kutatóintézet. <https://www.yumpu.com/hu/document/read/17989966/ertekrend-es-tarsadalmi-pozicio-mta-szociologiai-kutatointezet> [2020.11.23.]
17. FÜZESI Zs., TISZTYÁN L (2004) Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken, OEFI
18. SOMHEGYI A, (2019) Teljes körű intézményi egészségfejlesztés: jogszabályi előírás minden köznevelési intézmény részére in.: Feith H.-Falus A. szerk. Egészségfejlesztés és nevelés, A kortársoktatás pedagógiai módszertana elméletben és gyakorlatban
19. LAMPEK K.- RÉTSÁGI E. szerk. (2015) Aktív idősödés <https://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/!Palyazati/sport2/EgeszsegesIdosodesJ.pdf> [2021.03.22]
20. 18/1998 (VI. 3.) NM Rendelet A fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről [2022. 03.22]
21. https://ec.europa.eu/dgs/health_consumer/index_en.htm [2021. 03.22]
22. <https://www.oecd.org/hungary/> [2021.03.22]
23. <https://www.who.int/> [2021. 03.22]
24. <https://eurohealthobservatory.who.int/> [2022. 03.22]
25. https://en.wikipedia.org/wiki/Centers_for_Disease_Control_and_Prevention [2022. 03.22]
26. SZINNYEI J, Magyar írók élete és munkái, <https://www.arcanum.com/en/online-kiadvanyok/Lexikonok-magyar-irok-elete-es-munkai-szinnyei-jozsef-7891B/> [2022.04.22]
27. DR. TIGYI ZNÉ PUSZTAFALVI H., Az egészségnevelés intézményesülésének folyamata hazánkban a dualizmus korától a második világháború végéig, Doktori Értekezés, Pécs, (2011)