

Az egészségfejlesztés alapjai

Szerkesztette BÍRÓ ÉVA

Az egészségfejlesztés fogalma, célja, alapidokumentumai

BÍRÓ ÉVA

1974-ben jelent meg „A kanadaiak egészségének új megközelítése” című – általában Lalonde-riportként hivatkozott – szakpolitikai dokumentum, amely a kanadai egészségügyi és jóléti miniszter, Marc Lalonde nevéhez köthető. Ez a dokumentum elsőként írta le, hogy az idő előtti halálozások nagy része megelőzhető, de ebben nem az egészségügyi ellátórendszernek van elsődleges szerepe. Ezt az alapvetést arra alapozta, hogy az egészséget meghatározó tényezők között az egészségügyi ellátórendszeren kívül meghatározó súllyal szerepelnek a környezeti, életmódi és biológiai tényezők is. Ez a riport világított rá arra az ellentmondásra is, hogy az egészségre közvetlenül fordított kiadások főképp a betegellátásra irányulnak, nem pedig az egészséget döntő mértékben meghatározó tényezőkre. Ezért mindenképpen szükségesnek ítélte az egészséggel kapcsolatos szolgáltatások reformját, annak érdekében, hogy *„ne csak éveket adjunk az életnek, hanem életet is az éveknek”*. Ez a dokumentum volt az egészségfejlesztés jelentőségét elsőként megjelenítő szakpolitikai irat, és maga az egészségfejlesztés kifejezés is ebben a riportban szerepelt először.

Ezt követte 1978-ban az Alma-Atai Nyilatkozat, amely az Egészségügyi Világszervezetnek (EVSz) az alapellátásról szóló nemzetközi konferenciájának záródokumentuma volt, és első ízben deklarálta, hogy az egészség alapvető emberi jog. A Nyilatkozat a lehető legjobb egészség elérését a legfontosabb társadalmi célok egyikeként határozta meg, mely nemcsak az egészségügyi, de a társadalmi és gazdasági szektorok közreműködését is igényli. A kormányok felelősséggel tartoznak népük egészségéért, így kulcsfontosságú a megfelelő egészségügyi alapellátás kiépítése, valamint a hozzáférés biztosítása az egyenlőtlenségek csökkentése és a megfelelő egészségi állapot elérése érdekében. A Nyilatkozat az alapellátás céljai közé sorolta az ellátott közösség fő egészségproblémáinak megoldását megfelelő egészségfejlesztési, betegségmegelőzési, gyógyító és rehabilitációs szolgáltatások révén. Ezt a konferenciát tekinthetjük az „Egészséget mindenkinek” mozgalom (melyet az EVSz Közgyűlése 1977-ben indított el, célul tűzve ki, hogy 2000-re a világon mindenki legyen olyan egészségi állapotban, amely lehetővé teszi a

társadalmilag és gazdaságilag termékeny élet megélését) első magasszintű nemzetközi rendezvényének.

Az EVSz „Egészséget mindenkinek” mozgalma és Alma-Atai Alapellátási Konferenciája szolgált kiindulópontjaként az egészség fejlesztését középpontba helyező irányzatoknak, melyek kiemelt fontosságot tulajdonítottak az egészséget determináló tényezők kedvező irányba való módosítását célzó ágazatközi megközelítésnek, valamint az érintettek bevonásával és részvételével történő tervezésnek és kivitelezésnek. Az irányzat a betegségek kezeléséről a hangsúlyt egyre inkább a betegségek kialakulásában szerepet játszó tényezők befolyásolására helyezte, amelynek alapelvei az EVSz által szervezett későbbi nemzetközi egészségfejlesztési konferenciák záródokumentumaiban kristályosodtak ki.

Az egészségfejlesztés fogalma és célja

1986-ban a kanadai Ottawában került megrendezésre az első nemzetközi egészségfejlesztési konferencia, amelynek záródokumentuma Ottawai Charta néven vált ismertté. Ebben fogalmazták meg először az egészség alapfeltételeit, definiálták az egészségfejlesztést, és határozták meg annak fő tevékenységi területeit és stratégiáit.

Az Ottawai Charta széles körben ismert, máig elfogadott és használt definíciója szerint az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek egészségük fokozott karbantartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapotának elérése érdekében az egyénnek, csoportnak vagy közösségnek képesnek kell lennie arra, hogy feltárja és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget ezen meghatározás alapján nem mint életcél, hanem mint olyan eszközt kell értelmezni, amely magába foglalja a mindennapi élet optimális megéléséhez szükséges egyéni és társadalmi erőforrásokat, valamint testi és mentális képességeket. Ebből következően az egészség érdekében nem csupán az egészségügyi ágazatnak kell tevékenykednie: mind az egészség alapfeltételeinek biztosításához, mind pedig az egészséget fejlesztő tevékenységek megvalósításához különféle ágazatok együttműködése szükséges, mivel az egészség alapfeltételeinek többségére az egészségügyi ágazatnak nincs ráhatása. Ugyancsak érdemes azt is figyelembe venni, hogy a népesség azon része, amely nem fordul orvoshoz – mert nincs vagy nem ismert az egészségi problémája – nem érhető el az egészségügyi ellátórendszeren belül, így őket csak az egészségfejlesztési tevékenységek segítségével tudjuk megcélolni.

Az Ottawai Charta szerint az egészség alapfeltételei közé kell sorolni a következőket: béke, lakás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség. Az egészség tökéletesítése ezen alapvető egyéni és strukturális (társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti) feltételek hiányában nem lehetséges. Az előzőek értelmében az egészség fejlesztése sem képzelhető el

bármilyen körülmények között, így például háborúban, katasztrófa sújtotta övezetben, természeti csapást követően, hiszen ilyen helyzetekben elsődleges az érintettek túlélésének segítése, ami viszont nem egyenlő az egészségi állapot javításával, mert az ennél sokkal tágabb tartalmat takar, mint az a következőkben bemutatandó tevékenységi területekből látható lesz.

Az egészségfejlesztésnek öt kulcsfontosságú tevékenységi területe van. (1) Az egyéni készségek fejlesztése (vagyis egészségnevelés) képezi az alapját (2) a közösségi cselekvések erősítésének is, amely jóval túlmutat az egészség témakörén. Az előző kettőhöz csatlakozik (3) az egészséget támogató környezet és (4) az egészségügyi ellátás áthangolása, mindez (5) az egészséget támogató politikai irányelvek által megalapozva és összerendelve.

Az egyéni és társadalmi fejlődéshez nélkülözhetetlen az információval való ellátás, és az életvezetéshez szükséges képességek elsajátíttatása és azok javítási lehetőségeinek megismertetése, vagyis az egészségnevelés. Ennek révén bővülnek az emberek számára megnyíló lehetőségek a saját egészségük és környezetük feletti fokozottabb ellenőrzés gyakorlására és az egészség szempontjából kedvező alternatívák választására, döntések meghozatalára. Az *egészségnevelés* olyan változatos kommunikációs formákat használó, tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek összessége, amely az egészséggel kapcsolatos ismereteket, tudást és készségeket bővíti, az attitűdöket igyekszik pozitívan megváltoztatni, ezáltal fejlesztve az egyéni képességeket. Az egészségnevelés nemcsak az információ közvetítését tartja fontosnak, hanem a motiváció, a készségek és az önbizalom fokozását is, amelyek mindegyike szükséges az egészség érdekében történő cselekvéshez. Az egészségneveléshez tartozik az egészséget befolyásoló tényezőkre és magatartásformákra, valamint az egészségügyi ellátórendszer használatára vonatkozó információk átadása is. Mindez történhet iskolai, otthoni, munkahelyi és közösségi környezetben, oktatási, szakmai, hivatásos vagy akár önkéntes szervezeteken keresztül is. Az egyéni készségek fejlesztése képezi az alapját a közösségi cselekvések erősítésének.

A *közösségi tevékenységek* azért kerültek be az egészségfejlesztési tevékenység spektrumába, mert az emberi közösségek az egyéni döntésekre számottevő hatást gyakorolnak. Közösség lehet egy iskolai osztály, egy munkahely dolgozóinak összessége, egy falu lakossága, egy önszerveződő csoport, tehát emberek bármilyen csoportja, akik valamilyen szempontból közös jellemzőkkel bírnak. A közösségi egészségfejlesztés lényegét a közösség hatalommal való felruházása, a közösségek erősítése képezi, annak érdekében, hogy azok ellenőrzést gyakorolhassanak a saját élet- és munkakörülményeik felett, és csökkenjen a függőségük a külső támogatástól. Ennek érdekében a közösségeknek információra van szükségük, illetve társas kapcsolataik kiépítésére a közös cselekvés érdekében. A közösség fejlesztése az abban meglévő emberi és anyagi erőforrásokra épít, ösztönzi az önszerveződést és a szociális támogatást, és olyan flexibilis rendszereket dolgoz ki, amelyek alkalmasak arra, hogy erősítsék a közösség részvételét és ellenőrzését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben. Ehhez arra van szükség, hogy folyamatosan és

teljes körűen hozzáférhetőek legyenek az egészséggel kapcsolatos információk és tanulási lehetőségek, valamint a pénzügyi támogatás. A közösségi cselekvések erősítésének eklatáns példái a civil szervezetek vagy a betegklubok, de szintén ide sorolhatók az egy adott munkahelyen dolgozókat megcélzó programok is.

Az emberek és a környezet közötti kapcsolatok képezik az egészség társadalom-ökológiai megközelítésének az alapját. Az egészséget a környezet azon keresztül befolyásolhatja, ahogyan a társadalom a lakhatás, a munka, vagy a szabadidő eltöltésének feltételeit megszabja, mert mindez előmozdítja vagy károsítja az emberi egészséget. Alapvető fontosságú annak a felmérése, hogy a környezet milyen hatással van az egészségre, s ezt olyan beavatkozásnak kell követnie, amely biztosítja, hogy ezek a hatások egyértelműen az emberek egészségének javára váljanak. A természetes és a mesterséges környezet védelmét, valamint a természeti kincsek megőrzését egyetlen egészségfejlesztési stratégia sem hagyhatja figyelmen kívül. Optimálisan az egészségfejlesztés olyan élet- és munkakörülményeket eredményez, amelyek biztonságosak, ösztönzőek, megelégedést okoznak. Ide tartoznak többek között a sebességkorlátozó táblák, kerékpárutak, parkok, uszodák létesítése, a természeti környezet ápolása és védelme, a lakások megfelelő fűtése.

Az egészségfejlesztés felelőssége az egyének, közösségi csoportok, egészségügyi dolgozók, egészségügyi intézmények és a kormányok között oszlik meg. Nekik valamennyiüknek olyan egészségügyi ellátási rendszer megteremtéséért kell munkálkodniuk, amely kedvez az egészség irányába mutató törekvéseknek. Az egészségügyi ágazatnak azon a kötelezettségén túl, hogy gyógyító ellátást nyújt, egyre inkább az egészségfejlesztés irányába kell eltolódnia; valamint kapcsolatot kell teremtenie az egészségügyi ágazat és a szélesebb körű társadalmi, politikai, gazdasági és fizikai környezet között. Az egészségügyi ellátás áthangolása magában foglalhatja az egészségügyi dolgozók átképzését a prevenció tevékenységekkel kapcsolatos kompetenciáik bővítése érdekében, például célzott képzéssel biztosítani azt, hogy legyenek képesek életmód tanácsadásra. Az egészségügyi ellátás szorosan kapcsolódik a politikai döntésekhez.

Fontos, hogy a döntéshozók minden ágazatban valamennyi szinten szem előtt tartásák, hogy a döntéseiknek milyen következményei lehetnek az egészségre nézve, és elfogadják felelősségüket a népesség egészségéért. Az egészséget támogató közpolitika több különböző, de egymással összefüggésben levő megközelítést tartalmaz. Ide tartozik a törvényhozás, kormányhatározatok, miniszteri rendeletek megalkotása, adórendelkezések, mezőgazdasági és egyéb ártámogatások, szervezeti változtatások, személyi döntések stb. amelyek pozitívan vagy negatívan befolyásolják azokat a körülményeket és feltételeket, amelyek közt az egészség keletkezik (vagy elvész). Összehangolt tevékenységről van szó, amely egészséghez vezet, továbbá előmozdítja az egyenlőség elérését. A közös cselekvés hozzájárul az egészségesebb közszolgáltatások, valamint a tisztább és élvezhetőbb környezet biztosításához. Az egészséget támogató közpolitika megkívánja

azoknak a tényezőknek a felmérését, amelyek az egészség szempontjából kedvező állami politika intézkedések elfogadását gátolják a nem egészségügyi ágazatokban. A cél az, hogy az egészséges választás váljék a könnyebb választássá. Az egészséget támogató politikai döntésekre számtalan példát lehet hozni, így például az egészségtelen élelmiszerek többletadóztatása (pl. csipszadó bevezetése), az alkoholdermékek árusításának, fogyasztásának és reklámozásának korlátozása, a közétkeztetés megreformálása, a biztonsági öv használatának kötelezővé tétele, védőoltások állami támogatása.

Az egyes tevékenységek hatékonysága növelhető, ha azokat egymással kombinálva alkalmazzuk. A dohányzás visszaszorítása kapcsán erre az alábbi példák hozhatóak hazánkban. Az egészségnevelés lehetőséget biztosít a dohányzás káros hatásaival vagy a leszokás hatására bekövetkező pozitív változásokkal kapcsolatos információk átadására, míg a csoportos leszokás-támogatás során a közösség tagjai segíthetik egymást. Nem kell környezeti dohányfüst expozíciótól tartani pl. a vendéglátóhelyeken vagy a közösségi közlekedési eszközökön. Az egészségügyi ellátórendszerben dolgozóknak kiemelt szerep jut a leszokás támogatásában, a minimál intervenció már az alapellátás szintjén is alkalmazható. 1999 óta van érvényben törvény a nemdohányzók védelmére, politikai döntés szabja meg a dohánytermékek árát és a dohánytermékekhez való hozzáférést a forgalmazás szabályozásán keresztül.

A bemutatott egészségfejlesztési tevékenységek történhetnek minden olyan közösségi életterben (színtereken), ahol valamilyen, társas szempontból hasonló személyek csoportjai/közösségei találhatók. E színterek egy része formális, valamilyen mesterségesen létrehozott szervezethez kötődik, ilyen lehet egy oktatási intézmény, munkahely, kórház, hadsereg, börtön. A színterek másik része spontán kialakult közösségekhez (pl. lakóhelyi közösség), esetleg szituatív csoportosulásokhoz (pl. egy rendezvény résztvevőinek köre) kapcsolható. A színtér tulajdonságainak függvényében határozandó meg a konkrét egészségfejlesztési tevékenység jellege, választandók ki az alkalmazott eszközök és becsülhető a várható hatékonyság.

A tevékenységek kiindulópontjául három fő stratégiai elem (képesse tevés, közbenjárás, pártolás) szolgál, amely minden tevékenység kivitelezésekor alkalmazható. A képesse tétel egyénnel vagy csoportokkal való közös cselekvés, amelynek eredményeként a közösség alkalmassá válik arra, hogy emberi és anyagi erőforrásait mozgósítva cselekvőképes legyen a saját egészségének védelme és fejlesztése érdekében (hatalommal való felruházás). A közbenjárás során egyének és közösségek különböző (személyes, társadalmi és gazdasági) érdekeit békítik össze úgy, hogy az az egészséget védje és fejlessze; míg az egészség pártolása egyéni és társadalmi cselekvések együttese, amely politikai elkötelezettség, irányelvekben megfogalmazott támogatás, társadalmi elfogadottság és rendszertámogatás megszerzésére irányul valamely konkrét egészségcél vagy program érdekében.

Az egészségfejlesztés alapidokumentumai

Ottawai Charta

Ahogy fentebb említettük az első nemzetközi egészségfejlesztési konferencia záradokumentuma az Ottawai Charta, amelyet máig az egészségfejlesztés egyik legfőbb alapidokumentumaként tartanak nyilván.

Adelaide-i ajánlások az egészséget támogató közpolitikáról

Az 1988-ban Adelaide-ben rendezett második nemzetközi egészségfejlesztési konferencia ajánlásai az egészséget támogató közpolitikára összpontosítottak. A politika azért kapott kiemelt szerepet, mert alapvető jelentőségű az egészség alapfeltételeinek biztosításához és az egészségfejlesztés másik négy fő tevékenységét elősegítő jogszabályi, társadalmi és épített környezet megteremtéséhez. Az Adelaide-ben megfogalmazott ajánlások az alábbi prioritási területeken javasoltak sürgős beavatkozást: a nők egészségének támogatása, egészséges táplálkozás, dohányzás és alkoholfogyasztás visszaszorítása, valamint az egészséget támogató környezet kialakítása. A célok elérése érdekében a mezőgazdasággal, kereskedelemmel, oktatással, iparral és kommunikációval foglalkozó kormányzati szektoroknak lényeges tényezőként kell figyelembe venniük az egészség szempontjait.

Sundsvalli állásfoglalás a támogató környezetről

Az előző konferenciák szellemiségét folytatva rendezték meg 1991-ben Sundswallban a 3. nemzetközi egészségfejlesztési konferenciát, melynek fő témája az egészséget támogató környezet volt, a környezetet a lehető legtágabban értelmezve, így például beleértve a természeti és épített környezet mellett, a szociális, spirituális, gazdasági, valamint politikai környezetet is. Ezek egymással szoros kapcsolatban állnak, és ahhoz, hogy a környezet e dimenzióira irányuló akciók sikeresek legyenek, azokat össze kell hangolni a különböző – helyi, regionális, nemzeti, globális – szinteken. Minden szektorban szükség van az egészséget támogató környezet megteremtését elősegítő kezdeményezésekre, melyek végrehajtása a közösség, civil szervezetek, kormányok, illetve a nemzetközi szervezetek feladata. Az egészséget támogató környezet kialakítása során az egyenlőséget alapvető prioritásként kell kezelni, tekintettel kell lenni az élőlények egymásra utaltságára, és kiemelten erősíteni kell a társadalmi cselekvéseket, a globális perspektíva szem előtt tartásával, a globális felelősség vállalásával.

Dzsakartai Nyilatkozat

Az egészségmegőrzés XXI. századi lehetőségeit vizsgálta a 4. nemzetközi egészségfejlesztési konferencia, amelynek zárásaként adták közre a Dzsakartai Nyilatkozatot 1997-ben. Ebben bemutatták az egészség meghatározói közül azokat, amelyek új kihívásokként szerepelhetnek. Így az egészség előfeltételei közé bekerült a társadalmi biztonság és az emberi kapcsolatok, a nők jogai, és az emberi jogok tiszteletben tartása.

Új egészségproblémák jelentek meg, illetve kaptak nagyobb hangsúlyt, mint például a mentális betegségek; és változtak az egészséget meghatározó tényezők is, amelyek körébe bekerült a médiához való hozzáférés és a kommunikációs technológiák elterjedése. A Nyilatkozat szerint a bizonyítékok alátámasztják az egészségfejlesztés hatékonyságát az egészségi egyenlőtlenségek csökkentésében. Az is igazolódott, hogy az átfogó megközelítések a leghatékonyabbak, a mindennapi élet színterei alkalmasak ezek megvalósítására, továbbá a fenntarthatósághoz alapvető a közösségi részvétel, amit az egészséggel kapcsolatos tudás erősít. A dokumentum szerint a XXI. században az egészségmegőrzés prioritásai között szerepel a társadalmi felelősségtudat fejlesztése, a beruházások növelése, partneri kapcsolatok megszilárdítása és kiterjesztése az egészség érdekében, közösségi kapacitások fejlesztése és az egyén megerősítése, valamint az egészségfejlesztés infrastruktúrájának biztosítása. A globális egészségfejlesztés előmozdítása érdekében fontos az EVSz által vezetett egészségfejlesztési szövetség létrehozása.

Mexikói miniszteri állásfoglalás az egészség fejlesztésére

A soron következő 5. nemzetközi egészségfejlesztési konferencia 2000-ben Mexikóvárosban került megrendezésre; mottója az egyenlőtlenségek megszüntetése volt. Ennek zárásaként az alábbiakat tartalmazó nyilatkozatot tették. Az egészség fejlesztését alapvető prioritásként kell kezelni a helyi, regionális, nemzeti és nemzetközi döntésekben és programokban. Fontos, hogy minden ágazat és a civil társadalom is aktívan részt vegyen az egészség fejlesztését célzó tevékenységekben, amelyek erősítik és kiterjesztik az egészség érdekében létrehozott együttműködések. Támogatni kell a nemzeti szintű egészségfejlesztési tervek elkészítését, illetve az egészségfejlesztést elősegítő nemzeti és nemzetközi hálózatokat szükséges létrehozni.

Millenniumi fejlesztési célok

Az egészség fejlesztésének nemzetközi prioritásként való elfogadását tükrözi az az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) tagállamai által 2000-ben elfogadott dokumentum, amely 2015-ig nyolc cél teljesülését tűzte ki. Ezek közül három közvetlenül az egészségre (gyermekhalandóság csökkentése, anyai egészségügy javítása, HIV/AIDS és malária elleni küzdelem), több pedig az egészség meghatározó tényezőjére vonatkozott.

Bangkoki Charta az egészségfejlesztésért egy globalizálódó világban

A 2005-ben megtartott 6. nemzetközi konferencián az volt a cél, hogy megvizsgálják, mennyiben befolyásolja a globalizáció az egészségfejlesztési tevékenységeket, mivel az Ottawai Charta óta jelentős változások történtek az egészséget meghatározó tényezők globális összefüggéseinek tekintetében. A levont következtetéseket a Bangkoki Charta tartalmazza, mely szerint kiemelt fontosságú a közösségek megerősítése, az egészség javítása és az egészségbeli egyenlőségek elérését célzó politikák középpontba állítása. Az egészséget alapvetően befolyásoló tényezők közé a növekvő egyenlőtlenségeket, a

fogyasztás és a kommunikáció új formáit, az elüzletiesedést, a globális környezeti változásokat és az urbanizációt sorolták. A globalizáció ugyanakkor lehetőségeket is nyújt az egészség fejlesztésére az információs és kommunikációs technológiák révén.

Nairobi Cselekvési Felhívás: Az egészség és a fejlődés előmozdítása

A Nairobiban 2009-ben megrendezett 7. 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 (1) a bizonyítékoknak a gyakorlatba ültetése, (2) a politikai döntéseknél az egészség társadalmi determinánsainak a figyelembe vétele, és (3) az egészségügyi rendszereknek az egészségfejlesztés irányába történő elmozdítása. Éppen ezért fontos a kormányok népegészségügyi felelősségvállalása, melynek feltételei az ágazatközi együttműködés biztosítása, a lakosság bevonása, és partnerség kiépítése. Prioritásként kell kezelni a társadalmi igazságosság és esélyegyenlőség elősegítését, az ezt megalapozó társadalmi és gazdasági egészség-meghatározók kedvező irányú befolyásolását, a fejlesztési célok megfogalmazását a kapacitások növelése és a hatékony irányítás kialakítása érdekében, valamint az egészségműveltség növelését.

Health in All Policies – Egészséget minden politikában

Az előző konferenciák szellemiségét követve került sor Helsinkiben a 8. nemzetközi egészségfejlesztési konferencia megrendezésére 2013-ban. A rendezvény az „Egészséget minden politikában” megközelítés köré szerveződött. Ennek fő jellemzői az egészség szempontjainak érvényesítése a politikaformálás minden szintjén, azaz a döntéseknek az egészségügyi rendszerre, az egészséget befolyásoló tényezőkre és a jólétre gyakorolt hatásának a figyelembe vétele, valamint annak hangsúlyozása, hogy a lakosság egészségi állapotának kialakításában meghatározó szerep jut az egészségügyön kívül más ágazatoknak is.

Fenntartható fejlődési célok

A millenniumi fejlesztési célokat követően született meg 2015-ben az az ENSZ Agenda 2030 határozat, amely a környezeti, társadalmi problémák globalizálódó jellegére tekintettel 17 fenntartható fejlődési célt nevezett meg, közte az egészséges élet biztosítását és a jóllét előmozdítását valamennyi korosztály minden tagja számára.

Sanghaji Deklaráció

Az Ottawai Charta aláírása után 30 évvel rendezték meg a 9. nemzetközi egészségfejlesztési konferenciát 2016-ban Sanghajban, melynek központi témája a fenntartható fejlődés volt az ENSZ által 2015-ben elfogadott új globális fenntartható fejlődési keretrendszerrel összhangban. A Sanghaji Deklaráció kimondja, hogy az egészség és jóllét elengedhetetlen a fenntartható fejlődési célok eléréséhez. Ehhez három 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 forgalmazásuk törvényi szabályozásának szigorítását, illetve az általános egészségbiztosítás bevezetését. A második a helyi akciók megvalósítása a városok és közösségek bevonásával. Harmadik az egészségműveltség fejlesztésén keresztül a lakosság felhatalmazása, döntésképeségének növelése.

Genfi Jólleti Charta

2021-ben a 10. nemzetközi egészségfejlesztési konferencia zárásaként fogadták el a Genfi Jólleti Chartát, amely sürgeti olyan fenntartható jólleti társadalmak létrehozását, amelyek elkötelezettek a jelen és jövő nemzedékei számára a méltányos egészség megteremtése mellett, ugyanakkor mindezt az ökológiai határok megsértése nélkül képesek elérni. Mindehhez a záródokumentum szükségesnek tartja: az ökoszisztémák védelmét, az emberi fejlődést támogató méltányos gazdaság és a közjót szolgáló egészséget támogató politika kialakítását, egészségügyi ellátáshoz való egyetemes hozzáférést, valamint a digitális átalakulás hatásainak kezelését. Kiemelt beavatkozási területként nevezi meg többek között az egészségműveltség életen át tartó fejlesztését, a kora gyermekkori fejlesztést és oktatást, valamint az alapellátás, egészségfejlesztés és megelőző szolgáltatások fejlesztését, külön figyelmet szentelve a mentális egészségnek.

Jóllét és egészségfejlesztés

2022-ben az EVSZ 75. közgyűlése a Jóllét és egészségfejlesztés címmel fogadott el határozatot, melyben hangsúlyozzák az egészségfejlesztés és betegségmegelőzés erősítését tudományos bizonyítékokon és a legjobb elérhető tudáson alapuló intervenciók és politikai intézkedések révén, továbbá az egészségügyi szakemberek képzésének fontosságát az egészségfejlesztés, betegségmegelőzés és egészségkommunikáció területén. Ajánlást fogalmaznak meg arra vonatkozóan, hogy az alapvető egészségismereteket a tantervbe kell integrálni, és kiemelten kell foglalkozni a reprodukív és mentális egészség témakörével, megfelelő ellátás biztosításával.

Az egészséggel és az egészségkockázattal kapcsolatos ismeretek és azok kommunikációja

PAPP MAGOR, BÍRÓ ÉVA

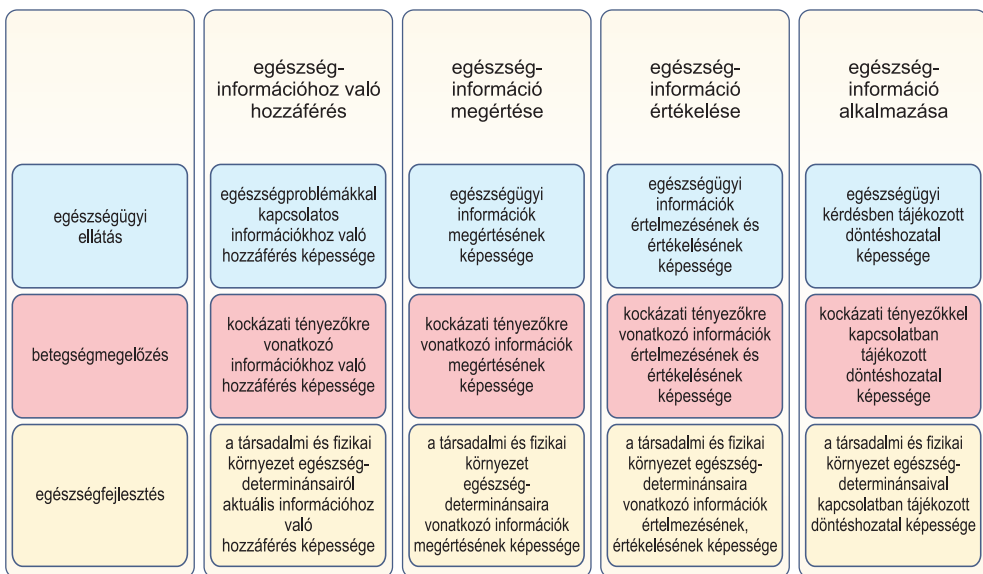
Ahogy az előző alfejezetben már ismertetésre került, az egészségfejlesztés egyik tevékenységi területe az egészségnevelés, amely során lehetőség van – többek között – az egészséggel és egészségkockázattal kapcsolatos ismeretek átadására, készségek és képességek fejlesztésére is, amelyek mind részei az adott személy egészségműveltségének.

Az egészségműveltség fogalma és népegészségügyi jelentősége

Az egészségműveltség a Sørensen és munkatársai által – korábbi publikációkból ki-gyűjtött 17 definíció és 12 konceptuális modell áttekintése után – megalkotott integrált modell alapján az egészséginformációhoz való hozzáférésre, annak megértésére, értéke-lésére és alkalmazására való – tudásra, motivációra és kompetenciákra épülő – képesség az életminőség megőrzése vagy javítása érdekében, mely az egészségügyi ellátás, a be- tegségmegelőzés és az egészségfejlesztés vonatkozásában egyaránt kiemelt jelentőségű (8.1. és 8.2. ábra).

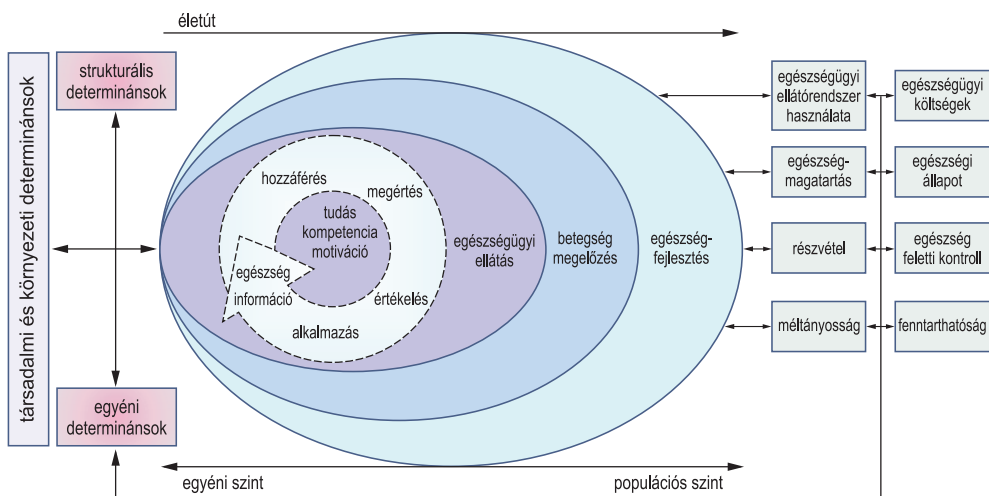
Az egészségműveltség szintjére többek között a társadalmi és környezeti (pl. kultú- ra, nyelv), demográfiai (pl. kor, nem) tényezők, valamint a társadalmi-gazdasági helyzet (iskolázottság, foglalkoztatás, jövedelem) és az általános műveltség is hatást gyakorol (8.2. ábra).

Az egészségműveltség (nép)egészségügyi jelentőségére utal, hogy annak alacsony szintje kapcsolatot mutat a kedvezőtlen egészségi állapottal és az alacsony funkció- nálisitással, magas mortalitással, a kórházi felvételek emelkedett számával, az orvosi ja- vaslatok és utasítások nem megfelelő betartásával és az egészségügyi szakemberekkel való kevésbé hatékony kommunikációval, magas egészségügyi költségekkel, prevenciós programokban való alacsonyabb részvétellel, kedvezőtlenebb egészségmagatartással, és hozzájárul az egészségi egyenlőtlenségek kialakulásához is. A nem megfelelő szintű egészségműveltség nemcsak egyéni, hanem nemzetgazdasági szinten is komoly anyagi



8.1. ábra. Az egészségműveltség integrált modelljének négy dimenziója három egészségsdo- ménre vonatkozóan

Forrás: saját szerkesztés Sørensen et al. BMC Public Health. 2012; 25:12–80. alapján.



8.2. ábra. Az egészségműveltség integrált modellje

Forrás: saját szerkesztés Sørensen et al. BMC Public Health. 2012; 25:12–80. alapján.

teherrel jár: egy korábbi szisztematikus áttekintés szerint az egészségügyi ellátórendszer szintjén az alacsony egészségműveltség évente akár 3-5% többletkiadást is jelenthet. A fentiek alapján a hatásos és hatékony népegészségügyi (köztük egészségfejlesztési) intervenciók és egészségügyi ellátás tervezéséhez és megvalósításához szükséges a célcsoport egészségműveltségének ismerete és annak figyelembe vétele. Mindezek alapján fontos, hogy rendelkezünk a magyar lakosság egészségműveltségének szintjére vonatkozó adatokkal.

Az egészségműveltség szintje hazánkban

A magyarországi teljes felnőtt lakosságra a főbb demográfiai paraméterek tekintetében reprezentatív mintán történt kutatások egyike az Európai Unió nyolc tagállamában 2011-ben végzett Európai Egészségműveltség Felmérés (European Health Literacy Survey) kérdőívét használta. Míg a résztvevő európai országok esetében a lakosságnak átlagosan csaknem fele tartozott a korlátozott, megközelítőleg egyharmada az elégséges és közel egyötöde a kitűnő kategóriába, addig a négy évvel később hazánkban zajlott adatfelvétel alapján a magyar lakosság egészségműveltsége kedvezőtlenebb volt: a populáció közel felének korlátozott, kétötödének elégséges, egytizedének kitűnő. Ennek a felmérésnek a tapasztalatait felhasználva indult el egy új nemzetközi felmérésorozat, melynek első adatfelvétele, a Health Literacy Survey 2019 keretében Magyarországon 2020 végén volt az adatgyűjtés. Ennek eredménye alapján bár a hazai felnőtt lakosság egészségműveltsége nem kedvezőtlenebb, mint a nemzetközi kutatásban résztvevő országok adatainak átlaga, a lakosság kétötödének általános egészségműveltsége nem éri

el a megfelelő szintet. A válaszadók csaknem fele jelezte, hogy számára nehézséget okoz a médiából szerzett információk alapján eldönteni, hogyan védekezhet a betegségek ellen. Míg közel harmaduk számára a mentális problémák kezelésére vonatkozó, valamint a különféle terápiás lehetőségek előnyeinek és hátrányainak megítéléséhez szükséges információ beszerzése jelentett problémát.

A **digitális egészségműveltség** szintje volt a legalacsonyabb hazánkban. Mind hazai, mind nemzetközi szinten a populáció több mint felének okozott nehézséget az információk megbízhatóságának megítélése, aminek a jelentőségét tovább fokozza az a tény, hogy hazánkban az egészségügyi témák iránt érdeklődők közül csaknem minden második ember digitális forrásokban (pl. internet, közösségi média) keres egészségügyi információkat, míg egyharmaduk egészségügyi szakemberhez fordul a témához kapcsolódó kérdéseivel. A populáció csaknem felének okozott nehézséget annak megítélése, hogy az információt kereskedelmi érdekből közlik-e.

Digitális egészségműveltség alatt az online egészséginformációk keresésére, azokhoz való hozzáférésre, azok megértésére, értékelésére, megerősítésére és alkalmazására vonatkozó képességet értették a kutatók.

A védőoltások vonatkozásában a populáció közel ötödének okozott nehézséget megítélni, mely védőoltásokra lehet szükség, információt találni az ajánlott védőoltásokról, illetve döntést hozni arra vonatkozóan, hogy az influenza elleni védőoltást beadassák-e. A magasabb **vakcinációs egészségműveltség** ugyanakkor növelte a védőoltások felvételének esélyét.

A vakcinációs egészségműveltség az egyének tudása, motivációja és készsége az immunizációval kapcsolatos információk keresésére, megértésére és értékelésére az immunizációval kapcsolatos megfelelő döntések meghozatala érdekében.

Az orvos-beteg kommunikáció során a populáció csaknem ötödének jelentett problémát, hogy elég időt kapjanak az orvossal való konzultációra. A **kommunikatív egészségműveltség** vonatkozásában az egészséggel kapcsolatos döntések meghozatalában való részvétel, illetve a személyes nézetek és preferenciák kifejezése okozott még többeknek nehézséget.

A kommunikatív egészségműveltség a páciensek kommunikatív készségeit méri, amelyek lehetővé teszik számukra, hogy aktívan részt vegyenek az egészségügyi szakemberrel való találkozás során az információ átadásában és megszerzésében, annak megértésében és azok alkalmazásában a döntéshozatal és az egészségügyi ellátás során.

Az elvégzett elemzések szerint az egészségműveltség minden altípusa esetén az anyagi depriváció és a gyenge társas támogatottság összefügg az alacsonyabb egészségműveltséggel. Az átlagosnál alacsonyabb egészségműveltségű, hátrányos helyzetű csoportokban célzott beavatkozásokra van szükség a különbségek csökkentésére irányuló intervenciók formájában.

Az egészségműveltség fejlesztésére vonatkozó ajánlások

Az egészségműveltséget emelni képes, bizonyítékokon alapuló tudományos és szakpolitikai beavatkozások megvalósítása indokolt, hiszen az egészségműveltség fejlesztése költséghatékony módja az egészségi állapot mutatók javításának. Az egészségműveltség javításának lehetséges színterei az iskolák, ahol a Teljeskörű Iskolai Egészségfejlesztésbe ágyazottan megjelenhetnek ezek az aktivitások. Emellett szükség van a felnőtt populációt szélesebb körben elérő beavatkozásokra is, melyek között kiemelt fontosságú a médiában elérhető egészséggel kapcsolatos információk minőségének, megbízhatóságának növelése, az Egészségfejlesztési Irodák bevonása az intervenciók megvalósításába. Szintén fontos a (beteg)edukációs anyagok, tájékoztatók felülvizsgálata és szükség esetén átdolgozása annak érdekében, hogy azok tartalmát az alacsonyabb iskolai végzettségű személyek is megértsék és hasznosítani tudják.

A beavatkozásoknak mindenképp érdemes megcéloznia a fiatalabb, alacsonyabb társadalmi státuszú, rosszabb egészségi állapotú csoportokat, a megvalósítás során pedig azt is szem előtt kell tartani, hogy a társas támasz pozitív hatását hogyan lehetne kiaknázni ezen beavatkozások esetében. Ezek eszközei lehetnek a különböző közösségi programok az ismeretek bővítésére és a társas támasz erősítésére, vagy olyan mediátorok alkalmazása, akik segítenek a hátrányos helyzetű rétegek elérésében, edukálásában.

Az egyéni egészségműveltségre irányuló intervenciókon túl olyan rendszerszintű változtatásokra is szükség van melyek populációs szinten kedvezően befolyásolják az egészségműveltséget. Ennek része lehet pl. az egészségügyi intézményekben néhány olyan változtatás végrehajtása, ami megkönnyíti az alacsonyabb egészségműveltségű betegek tájékozódását. Ezekre lehet példa az információs táblák, feliratok felülvizsgálata érthetőségi szempontból, vagy a könnyen érthető, akár képekkel vagy videóval támogatott, aktuális információkat tartalmazó edukációs anyagok készítése és elérhetővé tétele.

A digitális egészségműveltségre irányuló intervenciók keretein belül kiemelt figyelmet kell fordítani az információk megbízhatóságának megítélésére. Ennek során a már most is létező, az egészségügyi honlapok hitelességét vizsgáló rendszer szélesebb körben történő kiterjesztésére is szükség lehet, ezen kívül fontos egy központi, kereskedelmi érdekektől mentes, hiteles egészséggel kapcsolatos információkat tartalmazó honlap fenntartása is. Mindemellett a lakosság digitális készségeit is javítani kell: a fiatalabb korosztályokban a köznevelés keretein belül, a felnőttek körében – kiemelten fókuszálva az idősebb és alacsonyabb társadalmi-gazdasági státuszú csoportokra – célzott programok megvalósításával.

A vakcinációs egészségműveltség javításához hazánkban a választható védőoltásokkal kapcsolatos tájékoztatás szintjén van szükség kiemelt beavatkozásokra. A választható védőoltások vonatkozásában is fontos a hiteles információk megosztása az érintettekkel, hiszen ez segíthet az összeesküvés-elméletek megfékezésében. Ugyanakkor

mindezekkel párhuzamosan fontos a hivatalos tájékoztató csatornába vetett bizalom erősítése és a szakemberek kommunikációs készségeinek javítása, szükség esetén akár az egészségügyi ellátórendszerben dolgozók speciális képzése is megfontolható, hiszen gyakran fordulnak hozzájuk információért. A képzés segíthet a koherens üzenetek közvetítésében és a védőoltással kapcsolatos kérdések megválaszolásában.

A **kommunikatív egészségműveltség** esetén a kommunikáció hatékonyságát célszerű javítani, annak érdekében, hogy ne érezzék úgy a páciensek, hogy nincs elég idő az orvossal vagy (nép)egészségügyi szakemberekkel történő konzultációra. A kommunikáció hatékonysága mindkét fél részéről javítható. Egyfelől az egészségügyi személyzet kommunikációs készségeinek javításával (pl. képi illusztráció használata ahol lehetséges, egyszerű nyelvezet, könnyen érthető megfogalmazás), melynek részeként olyan technikák elsajátítását kell megvalósítani, mint az elhangzott információ megértésére vonatkozó „teach back” vagy a „chunk-and-check”. A „teach back” módszert magyarul talán elisméltetető módszernek lehetne nevezni, aminek célja az arról való meggyőződés, hogy a páciens megértette az elmondottakat. Ennek a kommunikáció és az egészségi állapot mutatóinak javítására szolgáló bizonyítékon alapuló megközelítésnek a legfontosabb elemei a következők: egyszerű nyelvezetet használjunk, fókuszáljunk a legfontosabb üzenetre és a beszélgetés végén kérjük meg a páciens, hogy saját szavaival foglalja össze a tudnivalókat és teendőket. Utóbbi szolgálja azt a célt, hogy ellenőrizzük, a páciens megértette-e az elmondottakat. Ennek során fontos, hogy nyitott kérdéseket használjunk, pl. „Össze tudná foglalni, hogyan kell szednie a gyógyszereit?” Amennyiben a válasz alapján felmerül bármilyen kétely, fontos, hogy ne hagyjuk annyiban, hanem addig próbálkozzunk, akár családtag vagy kolléga bevonásával, amíg minden lényeges információt megértett a beteg. A „chunk-and-check” technika lényege, hogy az átadandó információt kisebb egységekre osztjuk, egyszerűbb szerkezetű és rövidebb mondatokban fogalmazunk, ami segíti a másik fél számára az üzenet befogadását. Célszerű együtt alkalmazni a „teach back” módszerrel. Mindezekon túlmenően az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevők körében is segíteni kell a kommunikációt, így pl. betege-dukátorok vagy olyan mediátorok alkalmazásával, akik segítenek adott esetben akár az egészségügyi ellátórendszerrel való kommunikációban is. További lehetőség lehet az Ask Me 3 betege-dukációs program bevezetése, amely során a pácienseket és családtagjaikat arra bátorítják, hogy mindenképpen kérdezzék meg az orvosuktól a következő három dolgot: (1) mi a fő problémájuk, (2) mit kell tenniük a gyógyulás érdekében és (3) miért fontos, hogy azt megtegyék, és lehetőség szerint írják is le a válaszokat.

Egészségkommunikáció

Az általános orvosképzés nagy hangsúlyt fektet arra, hogy megtanítsa a kórállapotok diagnosztizálását, illetve a terápiák meghatározását. Ehhez képest a kurrikulumban jóval kisebb hangsúlyt kap az orvosi kommunikáció, ráadásul ennek az oktatása is döntően

az alapozó és a preklinikai modul keretében történik. Ekkor még kevés ellátási tapasztalattal rendelkeznek a hallgatók, így kevésbé érzik a bőrükön a kommunikációs készségek fejlesztésének a szükségességét, ráadásul ebben az időszakban könnyen elviszik a fókuszta sokkal nagyobb presztízzsel és tanulási időigénnyel bíró tantárgyak.

Pedig a szaktudásunk, megelőző-gyógyító erőfeszítésünk legtöbbször csupán annyit ér, amennyit abból – a páciensekkel, illetve hozzátartozóikkal történő kommunikációnk eredményeképpen – terápiás együttműködéssé tudunk alakítani. Ez a megállapítás érvényes számtalan akut betegség rövid távú lefolyása tekintetében (pl. tartja-e az ágynyugalmat és a terápiát egy mélyvénás trombózis, vagy szedi-e megfelelő módon és ideig az előírt antibiotikumot egy bakteriális tüdőgyulladásos beteg), de egy sürgősségi helyzetben elvégzett hatékony intervenció is csupán akkor tudja hosszabb távon javítani az életkilátásokat, hogyha az érintett páciens végrehajtja a szövődmények elkerüléséhez szükséges életmódbeli és terápiás teendőit (pl. coronaria stent beültetést követően). Különösen nagy kihívást jelent az olyan rizikóállapotok és betegségek kommunikációja (pl. a hipertónia, illetve a 2-es típusú diabetes kezdeti állapotai) – illetve az ezekkel kapcsolatos viselkedésváltozás katalizálása –, ami aktuálisan nem okoz semmilyen panaszt, tünetet. Ebben az esetben ugyanis a páciensek jelentős részében még nincs kialakult probléma-/betegségtudat.

Munkavégzésünk hasznosulása, illetve az ahhoz társuló sikerélményeink – a megfelelő klinikai diagnosztikai és terápia meghatározási képességünk mellett – nagyban függ attól is, hogy milyen arányban tudunk hatékony kommunikációs eszközökkel a páciensekkel együttműködést kialakítani. Különösképpen fontos ez akkor, hogyha rizikóállapot vagy krónikus nem fertőző betegség miatt tartós konkordanciára van szükség. Éppen ezért fontos az, hogy egészségügyi szakemberként – akár orvosként, akár egészségügyi szakdolgozóként – valamennyien alakítsunk ki a személyiségünkhöz és a szerepkörünkhöz egyaránt testhezálló hatékony kommunikációs eszköztárat, ami előmozdítja a páciensekkel történő együttműködést. A feladat elsöre közhelyesnek tűnhet, hiszen ezt az eszköztárunkat kora gyermekkorunk óta formáljuk, fejlesztjük és azt számtalan élethelyzetben alkalmazzuk. Az orvos-beteg, vagy tágabb értelemben az egészségügyi szakember versus kliens közti kommunikáció a magánéletünkől nagyban eltérő szerephelyzet, külön szabályszerűségekkel és kötelezettségekkel. Hivatásbéli feladatunk az ehhez társuló készségek elsajátítása, gyakorlati alkalmazása és rendszeres revíziója. Ezt segíti a kommunikációelmélet alapjainak az ismerete, továbbá a legfontosabb gyakorlati tudnivalók áttekintése.

A kommunikáció alaptételei

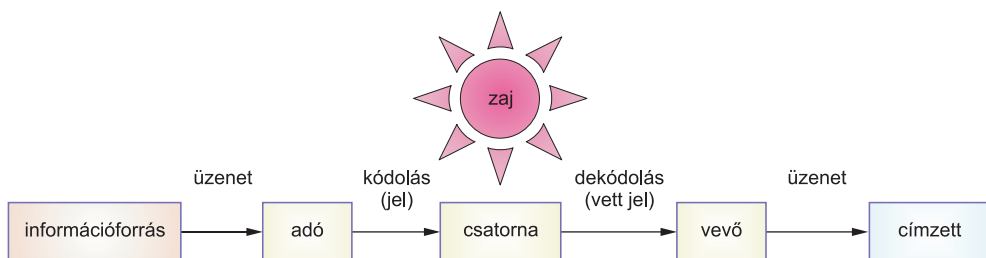
Az egészség témakörében történő információátadások ugyanazokat a szabályszerűségeket követik, mint amiket a kommunikáció általános alaptételei rögzítenek, ezért ezek ismerete és figyelembevétele elengedhetetlen számunkra.

Kommunikáció minden, amiben információcsere történik közös jelrendszer segítségével, függetlenül attól, hogy milyen jeleket használunk az információ kódolására. Az emberi kommunikációt sokféle szempont szerint kutatták, csoportosították, és máig sincs egységes álláspont arról, hogy melyik ezek közül a legjobb. Az 1967-ben készült, Palo Alto-i iskola összegzése szerint az alábbiakban lehet összefoglalni az egészséges ember kommunikációját jellemző alaptételeket:

1. **Akkor is kommunikálunk, ha ezt nem tudatos tevékenységként végezzük:** ugyanis nemcsak a szavaink, hanem a gesztusaink vagy épp a hallgatásunk is hordozhat üzenetet.
2. **A kommunikáció egyszerre több csatornán és több szinten zajlik,** mivel verbális és nonverbális kódokat is használunk közben, közlünk valamit (tartalmi szint), amit árnyalhatnak a nem verbális jelek (viszony-meghatározó szint). A nonverbális jelek megerősíthetik vagy akár meg is cáfolhatják azt, ami elhangzott, attól függően, hogy milyen hangsúly, hangszín vagy arckifejezés társul a kimondott szavakhoz.
3. **A kommunikáció cirkuláris,** mivel szereplői kölcsönösen reflektálnak egymásra, a közlő és a befogadó szerepe váltakozik.
4. **A kommunikáció digitális és analóg kódokra bontható.** A digitális kódok a verbális jelek, amelyek kisebb egységekre bonthatóak, míg az analóg kódok tovább nem oszthatóak, ezek jellemzőek a nem verbális kommunikációra.
5. A kommunikációnak, mint folyamatnak két altípusa létezik, az egyikben a két fél közötti viszony azonos, ez az **egyenrangú** vagy szimmetrikus típus, míg ha valamelyik félnek nagyobb a befolyása, akkor **egyenlőtlen** vagy kiegészítő kommunikációról beszélünk.

A kommunikáció lehet egyirányú, ha a befogadó nem tud reflektálni, vagy kétirányú, amikor a közlő és a befogadó szerepe folyamatosan váltakozik. Ezen túlmenően beszélhetünk közvetlen kommunikációról, amikor szereplők egy időben és térben vannak jelen (pl. orvos-beteg beszélgetés), vagy közvetett kommunikációról, amikor a résztvevők nem egy térben (pl. telefonos tanácsadás) vagy nem egy időben (pl. e-mailen feltett kérdés megválaszolása) vannak jelen.

Számtalan kommunikációs modell van, ami igyekszik bemutatni az információátadás lépéseit. Ezek mindegyike leegyszerűsítő, hiszen csupán korlátozottan képesek ábrázolni az egyébként komplex folyamatot. A Shannon–Weaver-modell is sematikus ezt mutatja be (8.3. ábra). Az információátadás szempontjából kiemelt figyelmet érdemel a zaj, illetve annak kiküszöbölése. Ezért a modell bemutatásából most erre fókuszálunk: **zaj** lehet bármi, ami valamilyen formában zavarja (gátolja vagy torzítja) az adott üzenet megfelelő célba érését. A zaj lehet többek között fizikai (forgalom zaja), pszichikai (előítélet), nyelvi (eltérő szókincs) vagy akár intellektuális (különböző tudásszint) tényező is.



8.3. ábra. Shannon-Weaver modell

Forrás: saját szerkesztés (Horányi 1977 alapján).

Hogyan egészségkommunikáljunk?

Életünk valamennyi pillanatában tudatos és ösztönös – verbális és nonverbális – kommunikációt folytatunk. Orvoscént pedig – ha akarjuk, ha nem – mintaadó társadalmi szerep-körünk van, viselkedésünk, életmódunk kihatással van a körülöttünk élők egészségmagatartására. Ezért a hatékony egészségkommunikáció egyik legfontosabb alapját az adja, hogyha mi magunk is megfelelő figyelmet fordítunk az egészségmagatartásunkra.

Az egészséggel és egészségkockázattal kapcsolatos ismeretek kommunikációja számtalan módon történhet, illetve történik. A tartalom lehet személyre vagy rizikó-csoportra szabott, illetve általánosabb jellegű. Az információátadás történhet szóban, írásban, továbbá képes tartalommal, hang- vagy videófelvétellel, illetve ezen kommunikációs eszközök kombinációja segítségével. Ezek teljeskörű áttekintésére terjedelmi korlátok miatt nincs mód, ezért csupán néhány fontos alapvetésre hívjuk fel a figyelmet.

1. **Legyen hiteles!** Legyünk hitelesek! Fontos, hogy a befogadó fél megbízhatónak és szavahihetőnek tartsa az információ forrását. Bármilyen kommunikációs csatornát használunk, figyeljünk arra, hogy csak abban a témakörben kommunikáljunk és csupán olyan mértékig, ameddig valós tárgyi tudással rendelkezünk. Közvetlen kommunikáció során sokkal hitelesebb egy át nem látható helyzetben időt kérni (pl. „szükségem van egy kis időre, amíg áttekintem az esetét, a legközelebbi konzultáció alkalmával érdemben át tudjuk beszélni a felmerülő kérdéseit”); ha pedig a kompetenciakörünkön kívül eső kérdésről van szó, akkor azzal őrizzük meg a hitelességünket, hogyha a korlátjainkat beismerve a páciensünket szükség esetén célirányosan tovább irányítjuk. Közvetett kommunikáció esetén több időnk van a mérlegelésre, ugyanakkor itt is jobban tesszük, hogyha a kompetenciahatáraink figyelembevételével fogalmazunk meg véleményt, álláspontot.
2. **Legyen érthető!** Fogalmazzunk érthetően! Figyeljünk arra, hogy a mondanivalónkat a célszemély vagy célcsoport számára könnyen érthető szavakkal fogalmazzuk meg. Vegyük figyelembe a befogadó fél egyéni adottságait (ide tartozik

pl. a kor, az iskolai végzettség, a kulturális szokások és a vallási hovatartozás). A bonyolult fogalmakat szükséges olyan egyszerű, jól elképzelhető szavakká alakítani, amiket a befogadó fél könnyebben megért (pl. koleszterincsökkentő helyett hívhatjuk „érvédő” gyógyszereknek a sztatinokat; hipertónia esetén a vérnyomáscsökkentők szükségességét magyarázhatjuk azzal, hogy „erre azért van szükség, mert így kerülhető el az, hogy a szív a nagyobb nyomástól ne fáradjon ki”, illetve „az erek falai a nagyobb nyomástól ne károsodjanak”). Legyünk kreatívak, találjuk meg rendszeres témáinkhoz a legfrappánsabb, legerthetőbb szemléltetéseket!

3. **Legyen megjegyezhető!** Adjunk precíz támpontokat az átadott információk megjegyzéséhez! Szóbeli tájékoztatás esetén a lényeget írásban is rögzítsük. Evidensnek gondolhatjuk, hogy a leírt szöveg már pontosan célba ér, holott ez nem feltétlenül van így. Ezért fordítsunk külön időt arra, hogy vizuálisan is kiemeljünk a leglényegesebb 1-3 tudnivalót (előzetesen elkészített kiadvány esetén használjunk pl. szövegkiemelést vagy félkövér betűtípust, frissen nyomtatottnál pedig jelöljünk pl. aláhúzással, bekarikázással, illetve kiemelő filccel). Esetenként sokat segíthetnek a képek, a piktogramok és az oktatóvideók is.
4. **Történjen utánkövetés!** Figyeljük az együttműködést, adjunk később is alkalmat visszajelzésre! Ez ad lehetőséget arra, hogy megvizsgáljuk, milyen mértékben hasznosul az elvégzett munkánk. Személyre szabott ellátás esetén az együttműködés kereteiről érdemes empátikusan, a pácienssel partnerségben külön terápiás megállapodásokat kötni, amiben konkretizálhatók és utólag visszakereshetők az egyéni vállalások. Fontos, hogy itt csak olyasmit rögzítsünk, aminek a teljesülését a páciens ténylegesen vállalja (ne pedig az egyoldalú elvárásainkat!). Az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) lehetőséget teremt arra, hogy monitorozzuk a gyógyszerkiváltásokat, illetve a további ellátási eseményeket is. Ezek mind-mind segítségül szolgálnak a tisztánlátáshoz és a későbbi együttműködés hatékonyságának a növeléséhez.

A felsorolt feladatainkon túl kötelességünk azon kommunikációs helyzetek felismerése és professzionális kezelése is, amikor az információátadás célszemélye vagy célcsoportja sérülékeny. A befogadó fél számtalan okból lehet vulnerábilis – ilyen pl. a szociális rászorultság, az alacsony iskolázottság, a csökkent cselekvőképesség (kor, fogyatékos-ság stb. miatt), az addikciók, a nyelvi vagy kulturális korlátok –, aminek a megléte külön-külön kommunikációs figyelmet igényel. Ezek közül egyet szeretnénk kiemelni, a negatív transzállapotok eseteit. Negatív transzállapot általában olyan helyzetekben fordul elő, amely félelemmel, kiszolgáltatottsággal, intenzívebb érzelmi igénybevétellel jár. Ilyen helyzet lehet az orvos-beteg kommunikáció is (pl. gyászír vagy súlyos betegség diagnózisának közlése), amelyre többek között az irracionális gondolkodás, észlelés beszűkülése, érzelmek kifejezésének zavara, a szubjektív élmények túlértékelése jellemző.

A negatív transzállapotok speciális szaktudással történő kommunikációt igényelnek! Ezért fontos, hogy mindig az adott helyzetre adaptáltan fogalmazzuk meg az üzeneteinket! Ez egyaránt érvényes a szóban, írásban, továbbá a képes tartalommal, hang- vagy videófelvételen történő információátadáskor is. Ilyenkor kulcsfontosságú, hogy a szuggesztív alapszabályok figyelembevételével kommunikáljunk. Ezek közül néhány (a teljesség igénye nélkül):

- Pozitivitás: amit lehet, azt fogalmazzunk meg pozitívan, például a „ne feszítse meg a karját” helyett „lazítsa el a karját”; a „semmi baj” helyett „nyugodjon meg, biztonságban van”, illetve a „nagyon rosszul van?” helyett a „miben segíthetek?”.
- Ne fogalmazzunk feltételes módban, mert az fokozza a bizonytalanságot.
- Ismertessük a várható eseményeket, de ne hangsúlyozzuk az esetleges negatív kimenetelt, hacsak ez nem feltétlen szükséges.
- Olyan helyzetben, amikor a személy nem dönthet teljeskörűen, a részleteket illetően ajánljuk fel a választási lehetőséget (pl. „melyik karjából vegyünk vért?”).

Amennyiben lehetőségünk adódik arra, hogy egy páciens számára személyre szabott rizikókommunikációt folytassunk, akkor a fentebb taglalt alapvetések megtartása mellett fontos valamely bizonyítottan hatékony **viselkedésváltozást támogató tanácsadási módszert** követnünk. Ezek általában az alábbi pontokból, lépésekből állnak:

- **Értékelés:** a probléma súlyosságának nyitott kérdésekkel történő felmérése, beleértve a beteg véleményét, életére kifejtett eddigi hatását, korábbi sikeres és sikertelen változtatási kísérleteit, illetve hogy jelenleg milyen változtatásokra nyitott.
- **Visszajelzés:** fontos az értékelési szakaszban összegyűjtött információk pontosítása és a viselkedés következményeinek a megerősítése. Ennek keretében fejezzük ki érdeklődésünket a páciens észlelt problémái és/vagy személyes céljai irányában.
- **Tanácsadás:** itt adunk ajánlást a viselkedésváltozáshoz. Ezt feltétlenül igazítsuk a páciens egészségcéljaihoz, erőforrásaihoz, valamint a változásra való hajlandóságához. Az ismeret átadása akkor tud hatékonyabb lenni, ha az minél inkább személyre szabottabb. Adhatunk listát a felmerülő lehetőségekről, ezekből viszont a páciensnek kell választania.
- **Segítségnyújtás:** a következő lépések közös áttekintése, konkretizálása. Partneri viszonyban az akadályleküzdés lehetséges módszereinek megbeszélése, személyre szabott célok meghatározása. Fordítsunk külön figyelmet a motiváció erősítésére és fenntartására.

Tudományosan igazolt az is, hogy amennyiben empátiás gyakorlat keretében beleképzeljük magunkat a jövőbeli énünk helyébe, akkor hajlamosabbá válunk arra, hogy a jelenben cselekvőbbek legyünk annak érdekében, hogy a jövőbeli énünk számára kedvezőbb kilátásokat teremtsünk. Ezt a gyakorlatot személyre szabottan alkalmazhatjuk a pácienseink ellátása során is, amikor például megkérjük őket arra, hogy képzeljék el magukat 5–10 év múlva és meséljék el, milyennek látják akkor az életüket (hogyan telik

egy átlagos napjuk, mivel foglalkoznak, milyen kisebb-nagyobb vágyuk van, ami eddigre megvalósult, milyen új célkitűzésük van stb.).

- **Nyomonkövetés:** előre meghatározott időközönként a viselkedésváltozás folyamatának áttekintése. Ez egyrészt alkalmat ad a pozitív megerősítésre, másrészt segít a kihívások és kudarcok leküzdésében.

Amennyiben életmódváltásra van szükség, akkor fontos, hogy az egyén sajátítsa el a viselkedésváltozáshoz szükséges legfőbb ismereteket, illetve kerüljön meghatározásra, hogy az adott rizikóállapot/-magatartás megváltoztatása tekintetében milyen elköteleződési stádiumban van. Ennek megfelelően lehet meghatározni a teendőket is. Szakemberként mindig csak a következő lépésre ösztönözhetjük a páciensünket. Hogyha például problématudat hiánya áll fenn, akkor először az érintett fél elköteleződésére van szükség, tehát a saját motivációjának felébresztésére.

Az egészségkommunikációs tevékenységek természetesen nem csak az orvos-beteg interakciók során jelennek meg, hanem minden olyan helyzetben ahol lehetőség van az egészségműveltség javítására. Hiszen az egészségkommunikáció egyik célja az egészséges életmód kialakításának segítése, ami – a fejezet elején már tárgyaltaknak megfelelően – összefügg az egészségműveltséggel. Ugyanakkor ahhoz, hogy hatékonyan tudjunk egészséggel kapcsolatos információkat kommunikálni nem csak az fontos, hogy releváns, hiteles és cselekvésre ösztönző üzenetek szülessenek, hanem az is, hogy 1) ezeket adaptáljuk a célcsoportra (vegyük figyelembe pl. az életkort, nemet, élethelyzetet, vallást), valamint 2) megtaláljuk azt a kommunikációs csatornát (személyes beszélgetés, TV, online platform stb.), amelyet leginkább használnak és azt a 3) formát (szöveg, hangfelvétel, film), amelyet szívesen fogadnak. Mindezeket túl pedig figyeljünk arra, hogy pozitív megközelítést alkalmazzunk, azaz ne riogassunk és félelemkeltére alapozunk, legyen az üzenet közérthető és gyakorlatias, így adjunk konkrét tanácsokat (pl. ahelyett, hogy fogyasszon több zöldséget, mondhatjuk azt, hogy egyen minden főétkezés mellé zöldséget) és a lehetőségekhez mérten – az egészségműveltség koncepciójával összhangban – a készségek fejlesztését is tűzzük ki célul a tárgyi tudás fejlesztése mellett.

Fontos, folyamatos fejlesztést igénylő készség – különösképpen az online térben – a **kritikai szemlélettel történő információkeresés és -értékelés**. Ugyanis napjaink kulcsfontosságú kérdésévé vált az interneten hozzáférhető, illetve ránk zúduló információk tételes kritikai vizsgálata. Ennek a legfontosabb kérdései:

1. Azonosítható-e, valós személy-e a szerző?
2. Hiteles-e a szerző az adott témában (vagyis mi a képzettsége, háttere)?
3. Ellenőrizhető-e a kapott információ, illetve az fellelhető-e más hiteles felületen is?
4. Naprakész-e az adott információ?
5. Elfogult-e, torzít-e az adott szerző/forrás (pl. nagyon el akar-e nekünk valamit adni)?
6. Hogyha az információ honlapról származik, akkor külön ellenőrizendő az is, hogy hiteles-e az a honlap, ami a tartalmat közvetíti.

Ezt a munkát valamennyi internetes találat esetén szükséges elvégezni. A keresési eredmények ugyanis egyáltalán nem hitelességi, illetve minőségi alapon kerülnek rangsorolásra, hanem azokat önkényesen a tech-óriáscégek (Google, Facebook stb.) algoritmusai határozzák meg az egyén keresési előzményei, illetve a tech-cégek érdekei (pl. a hirdetőik igényei) alapján. Ezért kerülhet megtevesztően hangsúlyos helyre például egy-egy kamu „csodagyógyszer” színes-szagos, hitelesnek tűnő fizetett hirdetése, ami – precíz kritikai vizsgálat hiánya esetén – sokakat megtevesztethet, illetve meg is téveszt. A vázolt torzító hatást tovább súlyosbítja két fontos körülmény – *ad 1*, a tech-óriáscégek egy adott információforrás esetén (legyen az pl. honlap vagy egy influencers közösségi média felülete) nem a közölt tartalom szakmaiságát, hanem a láthatóságát díjazza, így a kattintásvadász tartalmakat jutalmazza; *ad 2*, az online szokásaink leképezése alapján – viselkedéselemző algoritmusok segítségével – valamennyiünket véleménybuborékba zárnak.

Az egészséggel és egészségkockázattal kapcsolatos ismeretek kommunikációja természetesen túlmutat az egészségügyi ellátórendszer keretein, ebben – a saját kompetenciaszintje mértékéig – szerepet szükséges vállaljon mindenki. Helye van köz- és felsőoktatásban, a köz-, a kereskedelmi és a közösségi médiában, figyelmet kell kapjon az országos, a települési és a munkahelyi programokban. Ezen felül külön-külön önrésze van egyenként is mindenkinek.

Az egészségfejlesztési intervenciók tartalma és célcsoportjai

PAPP MAGOR, UNGVÁRI ZOLTÁN

Ahogy az egy korábbi alfejezetben ismertetésre került, az egészségfejlesztés célja, hogy az egyének, közösségek képessé váljanak az egészség feletti kontroll megszerzésére annak érdekében, hogy javuljon az egészségi állapotuk és az életminőségük. Ezt a küldetést egyrészt az egyén szemszögéből egészségmagatartás-fejlesztéssel, másrészt a közösség oldaláról tudatos kormányzati, társadalmi törekvéssel és beavatkozással lehet elérni. Az egészségfejlesztési tevékenységek az életünk minden területére kiterjednek (az ételmezszerkereskedelemtől az iskolai testnevelésen keresztül, az optimális családtervezésig). Ez predesztinálja azt, hogy mindenki – kortól, nemtől, iskolai végzettségtől, kulturális és vallási háttértől függetlenül – akarva vagy akaratlanul, tudatosan vagy ösztönösen célcsoportja az intervencióknak. Természetesen nem csupán kapjuk az egészségünkre hatást gyakorló impulzusokat, hanem adjuk is. Éppen ezért mindenki saját maga hat mások egészségismeretére és -magatartására, illetve közösségi szerepvállalására.

Az egészségfejlesztő orvosi szerep

Az egészséget támogató bármilyen tevékenység abból az alapvetésből indul ki, hogy az egészségügy szakemberei rendelkeznek azzal a tudással, amely alapján el tudják dönteni, hogy mi a lakosság, illetve az adott egyén érdeke. Esetenként közösségi elvárásként jelentkezik az, hogy az egészségügy szakemberei vállaljanak fel véleményvezér szerepkört. Számítalan esetben – akár az egyén, akár a társadalom szintjén – kérnek iránymutatást a konkrét teendőket illetően. Ez alapján az orvosi hivatáshoz társuló nagyobb felelősség objektíven fennáll. Sok múlik azon, hogy az orvosok és általában az egészségügyi szakemberek hogyan viselik ezt a felelősséget, illetve mennyire teszik lehetővé munkakörülményeik azt, hogy ennek a szerepnek megfeleljenek.

Az alap- és szakellátásban minden kezelőorvos jogszabályban is deklarált feladata a diagnózis felállításán, a terápia meghatározásán és a szükséges beavatkozások elvégzésén felül az egészséges életmód propagálása, illetve szükség esetén az életmódváltás ösztönzése is. A tevékenység indokolt kiterjedjen az egyén/közösség főbb életmódbeli rizikóira. A gyakorló orvos egészséget fejlesztő beavatkozásait az alábbi problémák nehezítik:

- a beavatkozás általában multidiszciplináris tudást igényel, a szociológiai, pszichológiai, jogi stb. ismeretek korlátai miatt csupán az orvosi kompetencia határain belül tud fellépni;
- az intervenciók egyes részletkérdéseiben nincs széleskörű szakmai konszenzus, így a laikusok gyakran egymással ellentmondó tájékoztatást kapnak, ami csökkenti a közvetítésre kerülő üzenet hitelességét;
- az online tér tele van önjelölt laikus influenszerekkel, „életmód-prófétákkal”, akik jelentős követői táboruk számára pontatlan, szakmaiatlan, sőt, esetenként kifejezetten káros életmódbeli mintákat, üzeneteket közvetítenek – ezen szereplők népszerűségük miatt gyakran nagyobb hatást gyakorolnak az egyén, illetve a közösség életmódjára, mint a releváns szakemberek;
- szűk a kommunikációs mezsgye – az életmódváltást célzó üzenetek negatív vagy ellentétes érzéseket is szülhetnek, például felháborodást válthat ki amiatt, mert „mások akarják megmondani” az illetőnek, hogy mit tegyen;
- az egyénnek gyakran csak korlátozott ráhatása van az életmódjára vagy az egészségét meghatározó más külső tényezőkre (pl. gazdasági okból, környezeti hatások vagy szociokulturális tényezők miatt).

Ha nem megfelelően szervezett az egészségfejlesztés, akkor például az életmódváltással kapcsolatos tevékenység eredménytelen lesz. A kudarcot az orvos azzal együtt éli meg, hogy ismeri a következményeket, az elkerülhető súlyos egészségkárosodás valószínű bekövetkeztét. Ezt a frusztrációt nem ritkán áldozathibáztató attitűddel tudja feloldani, a megromlott egészségi állapotú beteget tartja felelősnek (bűnbaknak) a kialakult helyzetért. Annak ellenére, hogy nyilván tudja, hogy bár a legtöbb esetben nem vitat-

ható az egyén felelőssége a kialakult helyzet miatt, de az egyéntől független tényezők is meghatározó szerepet játszanak a rossz prognózis kifejlődésében. Vagyis tisztában van azzal, hogy a beavatkozásokat külön-külön valamennyi érintett szemszögéből kell megvizsgálni, az intervenciókat pedig valamennyi irányból szükséges támogatni.

Amikor intervencióba kezdünk, általában meg vagyunk győződve az általunk képviselt álláspont helyességéről. Gyakran tudunk támaszkodni szakmai ajánlásokra, evidenciákra nem csak az intervenció céljának helyességével (fogyjon le a beteg!), de annak módszerével kapcsolatban is (sokszor jól ismert, hogy adott profilú beteg esetében milyen módszer a hatékony).

Ami bizonyos: az orvos alapfeladata a szemléletformálás, nem térhet ki ennek a tevékenységnek a partneri viszonyon alapuló, rendszeres végzése elől. Másfelől – néhány sürgősségi, illetve jogilag meghatározott helyzet kivételével – nincs joga „elmenni teljesen a falig”, vagyis adott mennyiségű tájékoztatást követően el kell fogadnia az egyén választását, döntését. Ez a feladat az orvosi munka egyik legtöbb kihívást jelentő része – akkor van lehetőség ennek a hatékony végzésére, hogyha képes a sikerek és kudarcok rendszeres kiértékelésére, a gyakorlat felülvizsgálatára, továbbfejlesztésére.

Például érzékeny téma egy kórosan elhízott egyénnel a testsúlyáról beszélni, ami körülmekintő kommunikációt igényel. Az érintett beteg jó eséllyel már számtalanszor kapott visszajelzést az elhízásáról. Valószínű, hogy ezek a visszajelzések sokszor voltak kifejezetten bántók. Ezért valószínűleg már maga a témafelvetés is rosszérzést tud kelteni, és ennek következtében negatív válaszreakciókat tud bekapcsolni (distressz). A beszélgetés jelentősége ugyanakkor nagy. Fontos, hogy együttműködés alakuljon ki végül. Mert adekvát időben, helyzetben, hatékonyan megvalósított intervenció aktiválhat a páciensben együttműködést, adaptív megküzdési stratégiát. Ezzel szemben a rosszul megválasztott alkalom és módszertan kifejezetten riasztó hatással tud lenni, rombolni tudja a compliance-t, hiszen az egyén ilyenkor könnyen a harcol-menekül-dermed vészreakciók valamelyikével reagál, amivel egyúttal el is vágja az intervenció lehetőségét.

Az orvos egészségfejlesztő tevékenységére is igaz a gyógyítása során természetesnek tartott körülmény, hogy sok helyzetre vonatkozóan vannak respektálandó evidenciák, de vannak helyzetek, amikkel kapcsolatban nem lehet evidenciákra támaszkodni, a meglévő szakmai tudást kell adott helyzet megítélésére ad hoc használni. Utóbbi esetben az orvosnak kell mérlegelnie, hogy milyen intervenciók célkitűzéseket próbál elérni, és milyen módszertant fog követni.

A magyarországi gyakorlatot meghatározza, hogy a Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve a praxisközösségekben végzett, felnőtteket érintő prevenciók rendelésről (2023) például az alábbi tevékenységekre vonatkozóan tartalmaz ajánlást:

1. Felnőtteknél fel kell mérni a dohányzási szokásokat, és tanácsolni kell a dohányzás abbahagyását. A dohányzóknak fel kell ajánlani a leszokást segítő intervenciókat (nem gyógyszeres és gyógyszeres segítséget).

2. Minden felnőtt esetén, beleértve a várandósokat is, ajánlott az alkoholfogyasztási szokások felmérése. A felmérést AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) kérdőív segítségével lehet elvégezni. Túlzott alkoholfogyasztás esetében a felnőttet tanácsadásban kell részesíteni.
3. A felnőttek testtömeg-indexét fel kell mérni. Elhízott felnőtteknél ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) intenzív életmódbeli viselkedésváltozást célzó változásokat célzó intervenciót kell kezdeményezni.
4. Táplálkozásról és fizikai aktivitásról szóló életmód-tanácsadásban kell részesíteni azokat a felnőtteket, akiknek emelkedett a szív-érrendszeri kockázata.
5. A prediabeteses felnőtteknek fel kell kínálni a preventív tanácsadást, vagy tovább kell irányítani őket életmódbeli tanácsadóhoz.
6. Életmód-terápia mellett a (hazai alkalmazási előírás alapján egyedül) metformin adása ajánlott súlyosan elhízott ($\text{BMI} > 35 \text{ kg/m}^2$), vagy 60 év alatti vagy pozitív gesztációs diabetesre vonatkozó anamnézissel rendelkező, vagy $6,11 \text{ mmol/l}$ éhomi vércukorszinttel rendelkező prediabeteses felnőttek esetében.
7. 18 éves kor felettiekénél az egészségkárosító drogfogyasztás szűrése ajánlott (az illegális drogokon túlmenően a felírt gyógyszerek abúzusáról is tájékozódni kell). A szűrővizsgálatok kérdésekkel történnek, nem laboratóriumi vizsgálatokkal. A szűrés előnyei akkor realizálhatóak, ha van lehetőség a kiszűrt esetek megfelelő kezelésére.
8. A ≥ 65 éves, nem idősotthonban élők körében fel kell mérni az elesés kockázatát az elesések és azok következményeinek megelőzése érdekében, akik részére fel kell ajánlani preventív célú tornázást.
9. A 18–24 éves felnőttek számára az UV-sugárzás minimalizálását kell tanácsolni, ha magas kockázatú csoportba tartoznak, azaz világos bőrűek, kékszeműek, szőkéek, szeplősek, hajlamosak leégésre, szoláriumhasználók, atípusos anyajegyűk van, immunszupprimált állapotban vannak és saját vagy családi anamnéziséjük pozitív bőrdaganatra.
10. Az egyes preventív szolgáltatások célcsoportját minden évben meg kell határozni, a célcsoportokat a háziiorvosi nyilvántartásban dokumentálni kell. A célcsoport tagjai esetében regisztrálni kell, hogy a felnőtt milyen preventív szolgáltatásokban részesült, azoknak mi lett az eredménye, illetve következménye.

Az Országos Kórházi Főigazgatóság például az alábbi egészségfejlesztő tevékenységeket ismeri el teljesítmény-nyilvántartási rendszerében:

1. Oszteoporózis törési kockázatának felmérése 65 év feletti vagy 65 év alatti menopauzában levő nőknél
2. Szív- és érrendszeri megbetegedések rizikófaktorainak értékelése, a kockázati szint meghatározása 40-65 év közötti pácienseknél

3. Egészségértés felmérése a felnőtt lakosság körében / Egészségértés szülői támogatás (gyermekorvosi praxisban)
4. Dohányzás dependencia szűrése, minimál intervenció
5. Alkohol dependencia szűrése, minimál intervenció
6. Távmonitoring – Testsúlykontroll

Az egészségfejlesztő orvos módszerei

A sokféle módszertan közül ötre külön is kitérünk. Ezek lényegi hangsúlyait tekintve eltérnek egymástól, ugyanakkor az egészségfejlesztési intervenciók megvalósítása során ezek nem izolált, hanem párhuzamosan jelenlévő megközelítési eszközök.

1. Orvostudományi megközelítés

Célja a betegségek megelőzése, illetve korai fázisban történő kiszűrése, valamint a szövődmények elkerülése irányába történő erőfeszítések propagálása. Ez a szemlélet az egészségügy preventív szolgáltatásainak az igénybevételét helyezi előtérbe, ami érdemben hozzájárul az egészségkárosodás megelőzéséhez és/vagy mérsékléséhez. A megközelítés arra alapoz, hogy jelentős az orvos/egészségügyi szakember és a laikus páciens közötti tudáskülönbség, így a fő teendőket elsősorban a szakemberek határozzák meg.

2. Magatartásváltozást célzó megközelítés

Ez a törekvés az egyes emberek viselkedését és személyes attitűdjét igyekszik megváltoztatni például annak érdekében, hogy lehető legegészségesebb módon éljenek. Ez a szemlélet legfőbb értéként tekint az egészséges életmódra.

3. Oktatással/neveléssel kapcsolatos megközelítés

Elsődleges célja az információk átadása és készségek elsajátításának segítése annak érdekében, hogy képessé tegye az embereket döntések meghozatalára. Ez a szemlélet a készségek átadását-megszerzését követően elsődlegesen arra törekszik, hogy tiszteletben tartsa az egyén választási jogát a saját egészségmagatartásának kialakításához.

4. Partneri megközelítés

Ennek keretében – egyenrangú félként – az orvos csak facilitátorként működik együtt az érintettekkel azért, hogy az emberek felismerjék a számukra releváns problémákat, továbbá azért, hogy saját maguk szerezzék meg a változtatáshoz szükséges ismereteket és készségeket, illetve majd saját maguk működjenek közre a problémák kezelésében.

5. Társadalmi változás felőli megközelítés

Célja, hogy olyan változásokat indukáljon társadalmi és fizikai környezetben, amelyek kedvező hatást gyakorolnak az egészségi állapotra. A megközelítés alapja az,

hogy a laikus lakosság átlagos egészségismerete alacsonyabb fokú, mint az orvosé. Ezért a közösség érdeke, hogy az egészséget érintő intervenciókról szóló döntéseket az orvosok, és más egészségügyi szakemberek szakmai ajánlásaira támaszkodva hozza meg a közhatalom.

Az egészségfejlesztési intervenciók tartalma

Segítsünk tanulni, járuljunk hozzá ahhoz, hogy az emberek egészségesebben éljenek

Az egészséggel és egészségkockázattal kapcsolatos ismeretek és azok kommunikációja c. alfejezetben kerültek ismertetésre az ehhez a ponthoz kapcsolódó tennivalók.

Csoportfoglalkozások szervezése

Csoportmunka keretében akkor végezhető szakszerű intervenció, hogyha a csoport vezetője már rendelkezik az adott feladat ellátásához szükséges kompetenciákkal és gyakorlati készséggel, továbbá a tevékenysége szupervízió segítségével rendszeresen kiértékelésre, pontosításra kerül. Az orvosok erre nem kapnak képzést.

A csoport működése szempontjából fontos, hogy a tagok közös identitással, célkitűzésekkel és belső szabályrendszerrel rendelkezzenek. A megalakulást követően a vezető/facilitátor segíti elő azt, hogy az egyének csoporttaggá váljanak, illetve azt is, hogy a csoport evolúciója az alábbi csoportfejlődési fázisokon keresztül végbe mehessen:

- a csapat kialakulása – az ismerkedés fázisa;
- a vélemények ütköztetésének fázisa;
- a normák, a közös szabályok és szerepek kialakulásának a fázisa;
- az effektív működés, teljesítés fázisa;
- a szétválás fázisa.

Közösség alapú egészségfejlesztő munka

Számtalan módon szerveződnek közösségek (lakóhely, munkahely, hobbi). Ezek együttes jellemzője, hogy a tagok lazábban vagy szorosabban együttműködő csoportot alkotva a „maguk közös ügye/lokációja miatt” tartoznak össze. A közösségek mérete és kohéziós ereje is extrém mértékben eltérő lehet. Ennek megfelelően a tagok egymáshoz való viszonya is teljesen különbözhet, sőt, nagyobb közösségekben az egyének többsége nem, vagy csupán felszínesen ismeri egymást.

Ezen a szintén egészségfejlesztési intervenciót tervezni csak a helyi adottságok ismeretében lehetséges. Ezek közül a legfontosabb az, hogy a tevékenység az adott közösség valós szükségleteire reflektáljon, a megvalósítás lehetőség szerint a szintén rendelkezésre álló forrásokra (pénz, infrastruktúra, tárgyi eszközök, illetve humán-erő) hagyatkozzon. Fontos, hogy egy helyben manifesztálódó szükséglet kielégítéséhez importálható jó gyakorlat, professzionális módszertan, azonban a munka nagy részét – fenntartható módon – csak a helyi szereplők tudják elvégezni. Emiatt rendkívül

fontos, hogy a szükséglet mellé motiváció is társuljon. Utóbbi hiánya esetén az érdemi beavatkozás megkezdése előtt a motivációerősítésre szükséges fókuszálni. A folyamatban kiemelt figyelmet érdemelnek a helyi véleményvezérek (pl. oktatási, egészségügyi, szociális ellátórendszeri, helyi önkormányzati vezetők, illetve dolgozók), akik értékközvetítőként jelentős mértékben hozzá tudnak járulni az intervenció sikeréhez.

Az állam egészségfejlesztési szerepvállalásának az ösztönzése

A populációs szintű egészségfejlesztésben kulcsszerep és felelősség hárul az államra, illetve a szakpolitikára. Számtalan olyan ügy van, ami hatékonyan csak jogszabályalkotással és szakmai irányelvek, gyakorlati protokollok kialakításával kezelhető. Jó példa erre hazánkban a nemdohányzók védelméről szóló törvény 2012–2013-as módosítása, ami jelentős mértékben visszaszorította a dohánytermékekhez történő hozzáférés lehetőségét, valamint teljes dohányzási tilalmat vezetett be az összes zárt munkahelyre és nyilvános helyre vonatkozóan. Vannak olyan országos intézményeink (Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, Országos Kórházi Főigazgatóság), amelyeknek deklarált feladata, hogy jogszabály módosítási javaslatokat fogalmazzanak meg. Emellett vannak további szervezetek, hivatásrendi köztestületek (pl. Magyar Orvosi Kamara), érdekvédelmi szervezetek (pl. Magyar Kórházszövetség, Magyar Rezidens Szövetség), amik proaktívan egészségpolitikai javaslatokat tehetnek. Ezen kívül, elvileg, valamennyi szakember, illetve állampolgár eljuttathatja egészségfejlesztési javaslatait érintett intézményekhez, szervezetekhez, a saját önkormányzatához, a saját országgyűlési képviselőjéhez vagy az egészségügyért felelős minisztériumnak. Ha a javaslatok kellően megalapozottak és lényeges probléma megoldására vonatkoznak, illetve, ha nem ütköznek a beavatkozás lehetőségét meghatározó más korlátba (pl. erőforráshiány, érdekütközés, a változásban rejlő politikai kockázat), akkor kerülhet sor a javaslatnak megfelelő jogalkotásra (pl. új szakmai irányelv, finanszírozási szabály).

Bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztési programok

BÍRÓ ÉVA

Bizonyítékokon alapuló népegészségügy

Általánosságban a bizonyíték alatt olyan adatot vagy tényt értünk, amelyet felhasználunk a döntéshozatal, ítéletalkotás vagy egy probléma megoldása során. A bizonyítékokon alapuló (evidence-based) döntéshozatalra való törekvés elsőként az orvostudományban jelent meg (evidence-based medicine, EBM; bizonyítékokon alapuló orvoslás, BAO), majd ezt követően az egészségtudományok területén, így beszélhetünk bizonyítékokon alapuló népegészségügyről és egészségfejlesztésről is.

Bizonyítékokon alapuló népegészségügy alatt a közösség és a populáció egészségének védelme, egészségi állapotának fenntartása és javítása, valamint a betegségek megelőzése érdekében történő döntéshozatalban az aktuálisan elérhető legjobb bizonyítékok lelkiismeretes, tudatos és megfontolt felhasználását értjük, vagy – másként megfogalmazva – a kutatási eredmények szisztematikus felkutatását, értékelését és felhasználását a népegészségügyi döntések során. A döntéshozatal során fontos, hogy a tudományos kutatásokból származó legjobb bizonyítékok mellett a célpopuláció jellegzetességeit, szükségleteit, értékeit és elvárásait, valamint a rendelkezésre álló erőforrásokat – a szakemberek egyéni tapasztalatait is beleértve – a fennálló környezeti és szervezeti feltételekkel együttesen vegyük figyelembe (8.4. ábra).



8.4. ábra. A bizonyítékokon alapuló döntéshozatalt befolyásoló tényezők

Forrás: saját szerkesztés Brownson et al. *Annu Rev Public Health*. 2009; 30: 175–201 nyomán.

A népegészségügyi gyakorlatban a tudományos bizonyítékok – a klasszikus bizonyíték-piramis mellett – az alábbiak szerint csoportosíthatók. Az első típus a betegségek okait, valamint a kockázati tényezők és betegségek súlyosságát és megelőzhetőségét határozza meg (pl. a dohányzás tüdőrákot okoz). Ezekkel kapcsolatban több bizonyíték is rendelkezésre áll, amelyek alapjául szolgálhatnak beavatkozások tervezésének. A második típusba a népegészségügyi intervenciók relatív hatásosságára vonatkozó kutatási eredmények sorolódnak (pl. áremelés célzott médiakampánnyal kombinálva csökkenti a dohányzás gyakoriságát), ilyen típusú kutatás általában kevesebb van, de ezek alapján lehet dönteni arról mely beavatkozásokat érdemes megvalósítani. A harmadik típusban pedig a hatásos beavatkozások adott környezetben való adaptálhatóságára vonatkozik az információ (pl. konkrét közösségeket megcélzó médiaüzenetek), mely kutatásokból áll a legkevesebb rendelkezésre, de ezek segítenek arra a kérdésre választ adni, hogy hogyan kellene egy adott intervenciót implementálni különböző célcsoportok esetén.

Az OECD útmutatója (Guidebook on Best Practices in Public Health) szerint a népegészségügy területén a jó gyakorlatokat az alábbi szempontok szerint kell kiválasztani:

1. hatásosság – mennyire sikerült megvalósítani a kitűzött célokat,
2. hatékonyság – a kívánt eredmény eléréséhez felhasznált erőforrások mértéke,
3. méltányosság – a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésének képessége,
4. tervezés vagy értékelés során használt bizonyítékok erőssége,
5. milyen mértékben érte el a célcsoportot a beavatkozás.

Ugyanakkor az értékelés során azt is figyelembe kell venni, hogy mennyire alkalmazható az adott intervenció más körülmények között. Ennek megítéléséhez az alábbiakat kell mérlegelni:

1. a célpopuláció jellegzetességei (pl. társadalmi-gazdasági helyzet, kultúra),
2. ágazatspecifikus jellemzők (szabályozás, finanszírozás, munkaerő az intervenció szempontjából releváns ágazatban),
3. politikai kontextus (döntéshozók szándéka a beavatkozás implementálására),
4. gazdasági helyzet (megfizethetőség).

Ezek mérlegelése segít dönteni az adott intervenció alkalmazhatóságáról, illetve az ehhez szükséges adaptációkról.

Bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztés

Természetesen bizonyítékokon alapuló döntéshozatalra az egészségfejlesztés területén is szükség van, hiszen elvárható, hogy olyan beavatkozásokat alkalmazzunk, amelyek hatásosságáról – és optimális esetben hatékonyságáról is – vagy már rendelkezünk információval, vagy az igazolható. Ugyanakkor az egészségfejlesztés esetében nem mindig egyszerű meghatározni mi alapján értékeljük az adott beavatkozás hatását. Don Nutbeam készítette el azt az összefoglaló ábrát (8.5. ábra), amely bemutatja az egészségfejlesztés tevékenységi területei, az egészség determinánsai és az egészség kimenetek közötti kapcsolatot. Az ábra szintjei egymásra épülnek, lentől felfelé haladva az adott eredmény eléréséhez szükséges időigény is egyre magasabb. Az egyes rétegekben látható elemek erősíthetik egymás hatását, így pl. az egészséges környezet (beleértve a gazdasági és társadalmi feltételeket is) nem csak közvetlenül hat, hanem közvetve, az egészséges életmód támogatásán keresztül is. A mozgósításba beletartozik pl. a közösségfejlesztés és a célzott tömegkommunikáció, amely a közösségi részvétel és önrendelkezés erősítéséhez vezethet. A hatásos egészségügyi szolgáltatások alatt ezek – beleértve a megelőző szolgáltatásokat is – biztosítását, az azokhoz való hozzáférést, és megfelelő használatát együttesen értik.

egészségi állapotra vonatkozó és társadalmi szintű eredmények	egészségi állapot mutatóiban (pl. morbiditás, rokkantság, elkerülhető mortalitás, életminőség, funkcionáltság) elért kedvező változás, méltányosság elősegítése		
köztes kimenetekre (változtatható egészségdeterminánsok) kifejtett hatás	egészséges életmód elemeinek elterjedése	hatásos egészségügyi szolgáltatások elérése	egészséges környezet kialakítása
egészségfejlesztési beavatkozások közvetlen hatásai	egészségműveltség javulása	társadalmi cselekvés és befolyás növekedése	egészséget támogató közpolitika megjelenése
egészségfejlesztési beavatkozások	egészségnevelés	mozgósítás	egészség pártolása

8.5.ábra. Az egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges hatásainak összefoglaló ábrája

Forrás: saját szerkesztés Nutbeam Health Promot. Int. 2000; 15: 259–267 nyomán.

A bizonyítékoknak az egészségfejlesztési tevékenységekkel kapcsolatos döntések bizonytalanságát kell csökkenteniük. Ugyanakkor azt is látnunk kell, hogy a klasszikus vizsgálati típusok sok esetben nem, vagy csak nehézkesen alkalmazhatóak az egészségfejlesztési beavatkozások esetében (pl. standard körülmények biztosítása, befolyásoló körülmények kontrollálása nehezen megvalósítható), és mindezen túl további problémát jelenthet az, hogy az egyik populációban hatásosnak bizonyult beavatkozást hogyan lehet eredményesen megvalósítani más, akár jelentősen eltérő jellegzetességekkel bíró közösségekben. Így nem csak az a fontos, hogy melyik a hatásos (eredmény alapú értékelés) intervenció, hanem az is, hogy miért és hogyan (folyamat értékelése) működik egy beavatkozás, mert csak így remélhetjük az eredmény megismételhetőségét. Ennek megfelelően az értékelés során különböző forrásokból származó adatok – mint például az experimentális, kvalitatív és kvantitatív kutatások – kombinálására van szükség.

A fentiek értelmében a bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztés a kutatásokból és szisztematikus áttekintésekből származó információk felhasználása az egészség meghatározó tényezőinek, valamint az ezeket adott kontextusban és populációban leghatékonyabban befolyásoló egészségfejlesztési intézkedések azonosítására. A gyakorlatban ez olyan programok megvalósítását jelenti, amelyek mind az etikai alapelveket (igazságosság és jótétemény) és bizonyítékokat, mind pedig az adaptálhatóságot figyelembe veszik.

Bizonyítékok forrásai egészségfejlesztési programok és projektek tervezéséhez

A bizonyítékok megtalálásának egyik módja a publikációkat összegyűjtő, illetve szintetizáló adatbázisok áttekintése. Ezek közül a következőkben azokra a legfontosabb köny-

nyen hozzáférhető, rendszeresen frissített adatbázisokra¹ találunk példákat, amelyekben egészségfejlesztési projektek és intervenciók tervezéséhez gyűjthető információ; illetve amelyekben beavatkozások hatékonyságáról lehet tájékozódni.

Nemzetközi adatbázisok

Behavioural and Cultural Insights (BCI) Hub

A BCI-Hub az Egészségügyi Világszervezet Európai Regionális Irodájának támogatásával létrejött platform a bizonyítékok és jó gyakorlatok megosztására az egészséges életmódot befolyásoló kontextuális és egyéni tényezőkre irányuló beavatkozások vonatkozásában.

Cochrane Library

A Nemzetközi Cochrane Együttműködés 1993-ban jött létre, melynek elsődleges célja a bizonyítékon alapuló orvoslás szempontjainak megfelelő szisztematikus áttekintések készítése, rendszeres frissítése és terjesztése szakterületi bontásban. Az együttműködésben ma már közel 50 témacsoport működik, közülük több foglalkozik népegészségügyi témákkal. A témacsoportok szerint létrehozott adatbázis neve a Cochrane Library.

Community Preventive Services Task Force (CPSTF)

A CPSTF az USA szövetségi kormányának megelőzéssel és népegészségüggyel foglalkozó szakmai szervezete (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) közreműködésével létrejött gyűjtőhelye a bizonyítékokon alapuló közösségi egészségfejlesztési programoknak. Az intervenciókra és szolgáltatásokra vonatkozó szakirodalom szisztematikus áttekintését követően ajánlásokat fogalmaznak meg azok alkalmazására. Az ajánlások során figyelembe veszik az elvégzett vizsgálatok erősségeit és korlátait, hatásosságát, alkalmazhatóságát különböző populációkban és színtereken, valamint költségelemzést is végeznek. Mindezek alapján az egyes beavatkozásokat az alábbi három kategória valamelyikébe sorolják: (1) elegendő bizonyíték áll rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy a beavatkozás hatásos; (2) nincs elegendő bizonyíték, hogy meg lehessen ítélni az adott intervenció eredményességét; (3) az elérhető információk alapján hatástalan vagy káros az adott beavatkozás.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) Best Practice Portal

Az EMCDDA a Kábítószer és a Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, amelynek a jó gyakorlatokat bemutató honlapján a szerfogyasztás megelőzését célzó beavatkozások között lehet keresni a szer típusa, célcsoport, illetve színtér alapján.

¹ Többnyire ingyenesen elérhető adatbázisok, amelyek nevére rákeresve tartalmuk online böngészhető. A honlapokon felhasználói útmutató, segédlet is elérhető.

A honlapon megtalálható az egyes intervenciók értékelése is hatásosság, illetve az elérhető bizonyíték minősége alapján.

Evidence-Based Practices Resource Center

Az USA Egészségügyi és Humán Szolgáltatások Minisztériumához tartozó Kábítószerral Való Visszaélés és Mentális Egészségügyi Szolgáltatások Hatósága (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, SAMHSA) honlapján a szerhasználat és mentális zavarok vonatkozásában találhatóak a megelőzést, kezelést és felépülést támogató tudományosan megalapozott szolgáltatásokra vonatkozó információk.

Health Evidence Network (HEN)

Az Egészségügyi Világszervezet Európai Irodája által működtetett adatbázis célja a (nép)egészségügy területén működő politikai döntéshozók számára megbízható bizonyíték-forrást létrehozni. A HEN gyors hozzáférést biztosít a független és releváns egészséginformációkhoz és bizonyítékokhoz.

NICE guidelines

A portál gazdája az Egyesült Királyság Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézete (National Institute for Health and Care Excellence, NICE), amely hat kategóriába sorolva tesz közzé a népegészségügyi gyakorlat számára irányelveket, amelyeket az elérhető legjobb tudományos eredmények, valamint a társadalmi értékek figyelembe vételével összesítenek.

Public Health Best Practice Portal

Az Európai Unió tagországai által megvalósított különböző egészségfejlesztő, betegségmegelőző és nem-fertőző betegségekre irányuló beavatkozások értékelésüket követően bekerülhetnek az Európai Bizottság jó gyakorlat adatbázisába. Jó gyakorlatnak minősül az a valós életkörülmények között végrehajtott intézkedés vagy beavatkozás, amelyet mind etikai, mind tudományos szempontból megfelelőnek és méltányosnak értékeltek, valamint a folyamat és az eredmény értékelés során is hatásosnak és hatékonynak találtak. Ezeken túlmenően az adaptálhatóság szempontjából fontos kritériumokat is megvizsgálják, mint például a kontextus világos meghatározása, a fenntarthatóság, az interszektoralitás és az érintettek bevonása.

PubMed

Az orvos- és élettudományi szakirodalom legnagyobb ingyenesen elérhető adatbázisa, ahol lehetőség van a keresési találatok szűrésére – többek között – szisztematikus áttekintő közlemények és meta-analízisek célzott elérésére.

TRIP

Ingyenesen hozzáférhető adatbázis, ami bizonyítékokon alapuló szinopsziseket, szisztematikus áttekintéseket, irányelveket tartalmaz.

UpToDate

Az UpToDate bizonyítékokon alapuló klinikai döntéshozatalt támogató orvosi adatbázis, amely a releváns szakirodalom áttekintése alapján foglalja össze az eredményeket.

U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)

Alapellátásban és megelőzésben dolgozó szakemberekből álló független testület véleményezi, szisztematikusan áttekinti a hatékonyságra vonatkozó bizonyítékokat és ezek alapján ajánlásokat fogalmaz meg a megelőzésben használható eszközökre (szűrés, tanácsadás, prevenciók célú gyógyszerek) vonatkozóan. A program célja az egyes szolgáltatások hasznának értékelése a különböző korú, nemű és rizikó faktorú csoportok esetében; valamint ajánlásokat fogalmaz meg arra vonatkozóan, hogy mely szolgáltatásokat kellene rutinszerűen alkalmazni az alapellátásban. Az ajánlások kialakítása során a bizonyítékok erősségét, az elérhető nyereségeket és kockázatokat veszik figyelembe a költségekre való tekintet nélkül.

Szakmai információk magyar nyelven

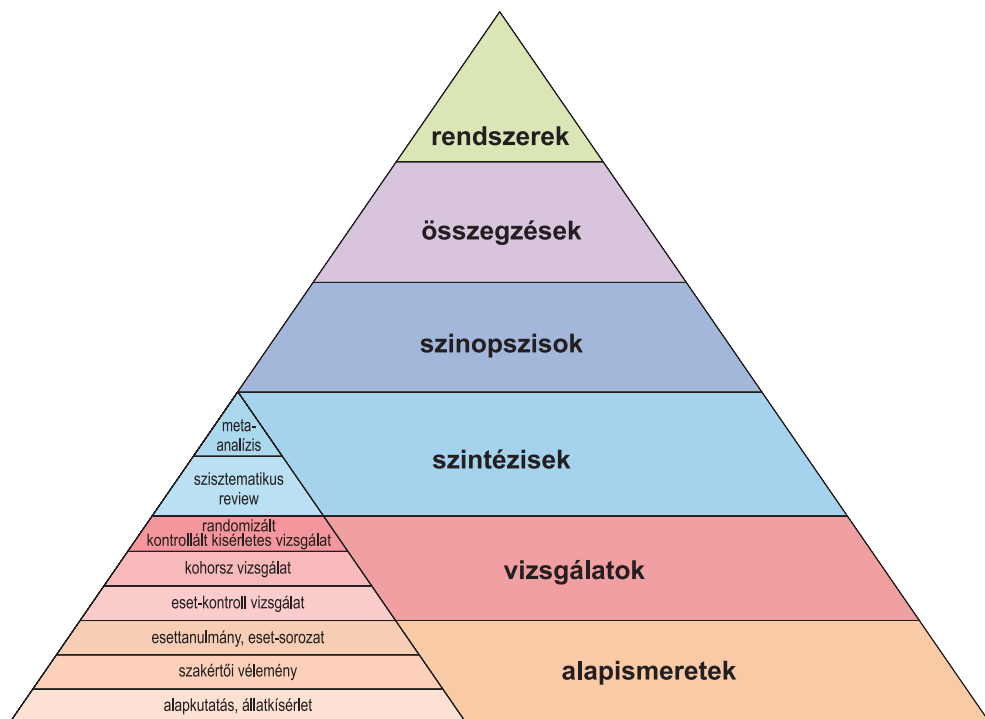
Az Egészségügyi Szakmai Kollégium szakmai irányelvei foglalják össze a klinikumban dolgozók és megelőző szolgáltatásokat nyújtók számára az elérhető bizonyítékokat, ajánlásokat az egyes problémák azonosítására, megelőzésére, valamint kezelésére vonatkozóan. Ezeket az irányelveket rendszeres időközönként, általában háromévente frissítik.

Az Egészségfejlesztési Szolgáltatáskatalógus komplex egészségfejlesztési szolgáltatásokat tartalmazó válogatás, amely módszertani támogatást nyújt az egészségfejlesztésben érdekelt, illetve a szolgáltatások megvalósításába bevont szakembereknek. Olyan szolgáltatásokat tartalmaz, amelyek a tudományos bizonyítékok és a hazai tapasztalatok szerint hatásosnak bizonyultak.

Bizonyítékok keresésére vonatkozó stratégia

A 8.6. ábra integrálja a bizonyítékok keresésére vonatkozó úgynevezett 5S stratégiát² és a bizonyítékok hierarchiáját bemutató piramist. Az ábra alsó két rétegébe tartozó adatforrások általában szűretlen információt tartalmaznak, azaz egyedi kutatások eredményeit, míg a szűrt információt szolgáltató adatbázisok (8.6. ábra alulról harmadik-ötödik rétege) a különböző vizsgálatok eredményeinek összegzését, azok minőségének értékelését, így ezek magasabb szintű evidenciát jelentenek, s alkalmasak ajánlások megfogalmazására. Ennek megfelelően célszerű a keresési stratégiát a piramis csúcsától lefelé haladva felépíteni. A piramis legalsó, az 5S stratégián kívüli, rétegébe azok az alapisme-

² Az elnevezés az egyes szintek angol nevének kezdőbetűire utal.



8.6. ábra. Bizonyítékok hierarchiájának és keresési stratégiájának integrált modellje
 Forrás: saját szerkesztés Integrated „5S” Levels of Organization of Evidence Pyramid
<https://deepblue.lib.umich.edu/handle/2027.42/138965> nyomán

retek tartoznak, amelyeket pl. tankönyvekben vagy szakértői vélemények formájában olvashatunk. Ezt követi a vizsgálatok rétege, melyekben az egyes kutatások eredményei találhatóak (pl. PubMed, jó gyakorlatokat összegyűjtő oldalak). A harmadik réteg (szintézisek) ezeknek a szisztematikus áttekintése révén születik (pl. Cochrane-reviews, PubMed találatok szűkítése szisztematikus review és metaanalízis találatokra, USPSTF), majd ezt követik a szinopszisok, amelyek a szisztematikus áttekintések eredményeit foglalják össze (pl. CPSTF, bizonyítékokon alapuló folyóiratok). Az összegzések rétegében találhatóak azok az ajánlások, amelyek az alsóbb rétegek alapján elérhető legjobb bizonyítékok összefoglalásával születnek (pl. NICE, TRIP, UpToDate). A piramis csúcsán pedig olyan komplex döntéstámogató rendszerek helyezkednek el, amelyek képesek az adott egyén jellegzetességeinek és az elérhető legjobb bizonyítékoknak az együttes figyelembevételével segíteni a döntés meghozatalát, de ezek jellegükből adódóan inkább a betegellátásban kaptak eddig szerepet.

Példák bizonyítékokon alapuló egészségfejlesztési beavatkozásokra

Az egyes életmódi tényezőkre és betegségek (elsődleges, másodlagos és/vagy harmadlagos) megelőzésére vonatkozó beavatkozásokról a releváns fejezetekben található információ.

Észak-Karélia Program

Az Észak-Karélia Program a nem fertőző betegségek megelőzésére létrehozott egyik legösszetettebb és legsikeresebb közösségi program volt. 1972-ben indult azzal a céllal, hogy Finnország ezen tartományában csökkenjen a keringési betegségek okozta halálozás gyakorisága miután világossá vált, hogy a keringési betegségek okozta, a többi országhoz képest egyébként is igen magas finnországi halálozás e tartományban az országos átlagnál is lényegesen magasabb. A programot a tartomány lakossága kezdeményezte, majd a helyi és országos hatóságok és szakemberek az Egészségügyi Világszervezettel közösen dolgozták ki.

Miután a fő rizikófaktorok (dohányzás, emelkedett szérumkoleszterin szint és vérnyomás, egészségtelen táplálkozás, ezen belül kiemelten a magas só- és telített zsírfogyasztás) azonosítása megtörtént, elkezdődött a prevencióra vonatkozó módszerek kidolgozása, beleértve a nagyszabású, közösségi alapú megelőző programokat. Az egészségnevelési üzenetek megfogalmazása során a tiltás helyett a pozitív kifejezések használatát részesítették előnyben (pl. füstmentes, szívbarát). Kiemelt figyelmet fordítottak a dohányzás visszaszorítására, a só- és telített zsírsavfogyasztás mérséklésére, valamint a zöldség- és gyümölcsfogyasztás népszerűsítésére. Ezeknek a megvalósítását támogatták az alább részletezett bevezetett változások az egészségügy, a mezőgazdaság és a kereskedelem területén. A program közösségi alapon szerveződött és zajlott, így mind a tervezésben, mind az irányításban jelentős szerepet kaptak a lakosság képviselői, de a sikerhez az egészséget támogató politikai döntések és az egészségbarát környezet kialakítása is elengedhetetlenül szükséges volt. A program az egészségfejlesztés mind az öt tevékenységi területét lefedte.

A koleszterinszint csökkentést célzó programok fő üzenete a táplálkozási szokások megváltoztatását célozta, így a sok telített zsírsavat tartalmazó tejtermékek és húsfélék fogyasztása helyett az alacsony telített zsírsavtartalmú és növényi olajokat tartalmazó élelmiszereket propagálták. Ezt az üzenetet újságcikkek, közösségi programok, külön folyóirat, tévéműsorok és egy, a háziasszonyokat tömörítő civil szervezet segítségével juttatták el a célcsoporthoz, utóbbi az egészséges ételkészítés megtanításában is közreműködött. Külön képzéseket tartottak az egészségügyben és közétkeztetésben dolgozóknak, valamint az általános lakosságnak. Az egészségtudatosságot fokozó média kampányokat indítottak és együttműködtek az élelmiszeriparral az alacsonyabb zsírtartalmú termékek előállítása érdekében. A szívbarát ételeket egy szív szimbólummal je-

lőtték meg, ezzel segítve a tudatos választást, valamint ezek árát is szabályozták, hogy megfizethetők legyenek. A tejgazdaságok és az állattenyésztés visszaszorulásával előtérbe került a bogyós gyümölcsök és egyéb növények termesztése, állami támogatással segítették a korábban szarvasmarha tenyésztéssel foglalkozó gazdákat a gyümölcs- és zöldségtermesztésre történő áttérésben. A falvak között koleszterinszint csökkentő versenyeket rendeztek.

A **vérnyomás normalizálása** érdekében rendszeresen végeztek szűréseket az érintett egyének felderítésére, minden orvos-beteg találkozás során megmérték a vérnyomást, de külön kampányokat is szerveztek pl. a bevásárlóközpontokban, valamint a kötelező tüdőszűrésen megjelentek vérnyomását is megmérték. A magasvérnyomás regiszterben regisztrálták a nem normotenziós személyeket, akiket évente legalább egyszer behívtak ellenőrzésre. Őket az alapellátásba ágyazott speciális magasvérnyomás központokban kezelték, ahol népegészségügyi ápolók folytatták a gondozást, akik így tehermentesítették az orvosokat. Többszöri kontroll mérést és életmód tanácsadást is végeztek és amennyiben úgy ítélték meg, hogy gyógyszeres kezelés is szükséges, akkor továbbírányították a kienst orvosi vizsgálatra. Egy külön sóprogramot hoztak létre a lakosság edukálása érdekében, valamint az élelmiszeripar csökkentett sótartalmú, illetve módosított összetételű (kevesebb nátriumot tartalmazó) só tartalmazó élelmiszereket gyártott.

A **dohányzás visszaszorítására** különböző módon juttatták el a célcsoportokhoz az egészségnevelő üzeneteket, így a nyomtatott sajtóban megjelent cikkek, tájékoztató anyagok, poszterek, tömegrendezvények, egészségügyi ellátás és az iskolai oktatás révén. Leszokás támogató csoportok alakultak és elérhetővé tették a nikotinpótló termékeket. 1977-ben vezették be az első dohányzáskorlátozó törvényt, így tiltották a reklámokat, 16 éven aluliaknak nem lehetett dohányterméket eladni, amit később 18 éves korra módosítottak, kötelezővé tették a figyelmeztető feliratokat a dobozokon, valamint az iskolákban és nyilvános helyeken megtiltották a dohányzást, amit a továbbiakban kiterjesztettek a munkahelyekre is. A kiszabott büntetések egy részét a leszokás támogatására fordították. A televízióban a leszokással kapcsolatos műsorsorozatot mutattak be (napjaink valóságshow-ihoz hasonlóan, de itt a résztvevők szerették volna letenni a cigarettát, később „Hagyd abba és nyersz” kampány néven folytatódott).

Az **ifjúsági alprogram** a szív- és érrendszeri betegségek kockázati tényezőinek megelőzését tűzte ki célul, melynek része volt a koleszterinszint és a vérnyomás monitorozása is. Az iskolában olyan készségek elsajátítását helyezték a fókuszba, amellyel a dohányzás elkezdését tudták megakadályozni (pl. probléma megoldási és megküzdési készségek javítása, pozitív társas kapcsolatok kialakításának segítése, társas nyomásnak való ellenállás), kiaknálták a kortársoktatásban rejlő lehetőségeket, valamint meghírdették a füstmentes osztály versenyt, amely során a legalább fél évig nem dohányzó osztályok nyereményjátékon vehettek részt. Az iskolai étkeztetést egészséges étrend kialakítására fókuszálva megreformálták, a tanulók tankonyhákban sajátíthatták el az

egészséges ételkészítés alapjait, valamint bevezették az édességmentes iskola programot, aminek keretében pl. nem lehetett cukrozott üdítőt árusítani. Később ezek kiegészültek az alkohol-prevencióval és a fizikai aktivitás promotálásával, valamint a társakkal, az iskola személyzetével és a szülőkkel való pozitív kapcsolat kialakításának támogatásával.

A program részeként a kezdeti állapotfelmérést követően ötvenként végeztek felmérést a különféle kockázati tényezők gyakoriságának, a betegségek prevalenciájának és a halálozás alakulásának követésére. Az elért eredmények értékelése során egy referenciatartomány lakosai körében kapott adatokhoz viszonyították a tartományban mért értékeket. A program első öt éve után annak tapasztalatait felhasználták országos szintű intézkedések alkalmazásához. Az Észak-Karélia Program hivatalosan 25 évig tartott, de a mai napig érezteti hatását és természetesen a jó gyakorlatok továbbra is megmaradtak. A férfiak körében jelentősen csökkent a dohányzás, míg 1972-ben a férfiak 51%-a dohányzott, 2016-ra ez az arány 16%-ra csökkent. A nők körében kismértékű emelkedés volt megfigyelhető (12% vs. 15%). A hetvenes évek elején a zöldségek és a növényi olajat tartalmazó termékek fogyasztása nagyon ritka volt, ez ma már igen elterjedt. 1972-ben Észak-Karélia lakosságának 90%-a használt vaját a kenyerén, míg 2012-ben kevesebb, mint 10%-a. Az összkoleszterin szint 21%-os csökkenése következett be a populációban 40 év alatt, mely elsősorban az étrendi változásoknak volt köszönhető. Az átlagos szisztolés vérnyomás ugyanezen intervallum alatt 149 Hgmm-ről 134 Hgmm-re csökkent a férfiak, míg 153 Hgmm-ről 129 Hgmm-re a nők körében. 2011-re a keringési betegségek okozta halálozás a középkorú (35–64 év) férfi lakosság esetében Észak-Karéliában – és az egész országban is – több mint 80%-kal csökkent a program indítása előtti évekhez képest. Egy önálló vizsgálat kimutatta, hogy a halálozás csökkenésének nagy része magyarázható a rizikótényezők populációs szintű változásával, és ezek közül legerősebb hatása a koleszterinszint csökkenésének van. Ugyanakkor a bevezetett intézkedések és az elért változások nemcsak a keringési betegségek vonatkozásában értek el kedvező eredményeket, hiszen a krónikus nem fertőző betegségek életmódi kockázati tényezői jelentősen átfednek. Így a daganatos betegségek okozta halálozás is csökkent; 2006-ra a középkorú férfiak körében közel 70%-kal Észak-Karéliában és 53%-kal Finnországban, míg a nők körében közel 30%-os csökkenést sikerült elérni mind tartományi, mind országos szinten. Az összhálálozás pedig 63%-kal csökkent ugyanebben a célcsoportban, országosan pedig 56%-kal, a nők körében pedig felére mindkét csoportban.

A kockázati tényezők és életmód kedvező változásaival összefüggésben a lakosság általános egészségi állapota jelentősen javult, és a várható élettartam közel 10 évvel nőtt.

A programra nemzetközi demonstrációs programként tekintünk. A kulcsot a közösségi szervezés adta: a munka a közösségekben, azok számos szervezetével együtt és az emberek bevonásával folyt. Az átfogó tudományos kereteken belül az intervenciók rugalmasak voltak, folyamatos monitorozáson és visszajelzésen alapultak, és kihasználták a környezet adta lehetőségeket. Az Észak-Karélia Program arra szolgál bizonyítékkal,

hogy komplex, hosszú távú bizonyítékokon alapuló beavatkozásokkal megváltoztatható a lakosság életmódja, de ehhez olyan széleskörű változtatásokra is szükség van, amelyek elősegítik, hogy az egészséges választás legyen a könnyebb választás.

A program implementálása (megfelelő adaptációs lépéseket követően) a világ számos országában (pl. az EVSz pánamerikai régió országaiban, mint CARMEN projekt) sikeresen megtörtént.

AJÁNLOTT IRODALOM

- Ádány R., Papp M. (szerk.): *Prevenációs szolgáltatások az alapellátásban*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt, 2017.
- Bíró É., Vincze F., Csizmadia P., Ádány R.: *Kutatási jelentés az „Európai Egészségműveltség Felmérés 2019–2021” keretében végzett adatgyűjtés magyarországi eredményeiről*. Debrecen, Debreceni Egyetem, 2022.
- Boncz I., Lampek K., Pusztafalvi H. (szerk.): *Kézikönyv az egészségfejlesztéshez*. Pécs, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, 2022.
- Ewles, L., Simnett, I.: *Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt. 2013.
- Fercsik E., Raátz J.: *Kommunikáció- és nyelvhasználat*. Piliscsév, Műszaki Könyvkiadó Kft., 2018.
- OECD: *Guidebook on Best Practices in Public Health*. Paris: OECD Publishing, 2022
<https://doi.org/10.1787/4f4913dd-en>
- Papp M.: *Egészség elvitelre – Minden, amit önmagadért tehetsz*. Budapest, Semmelweis Kiadó, 2021.