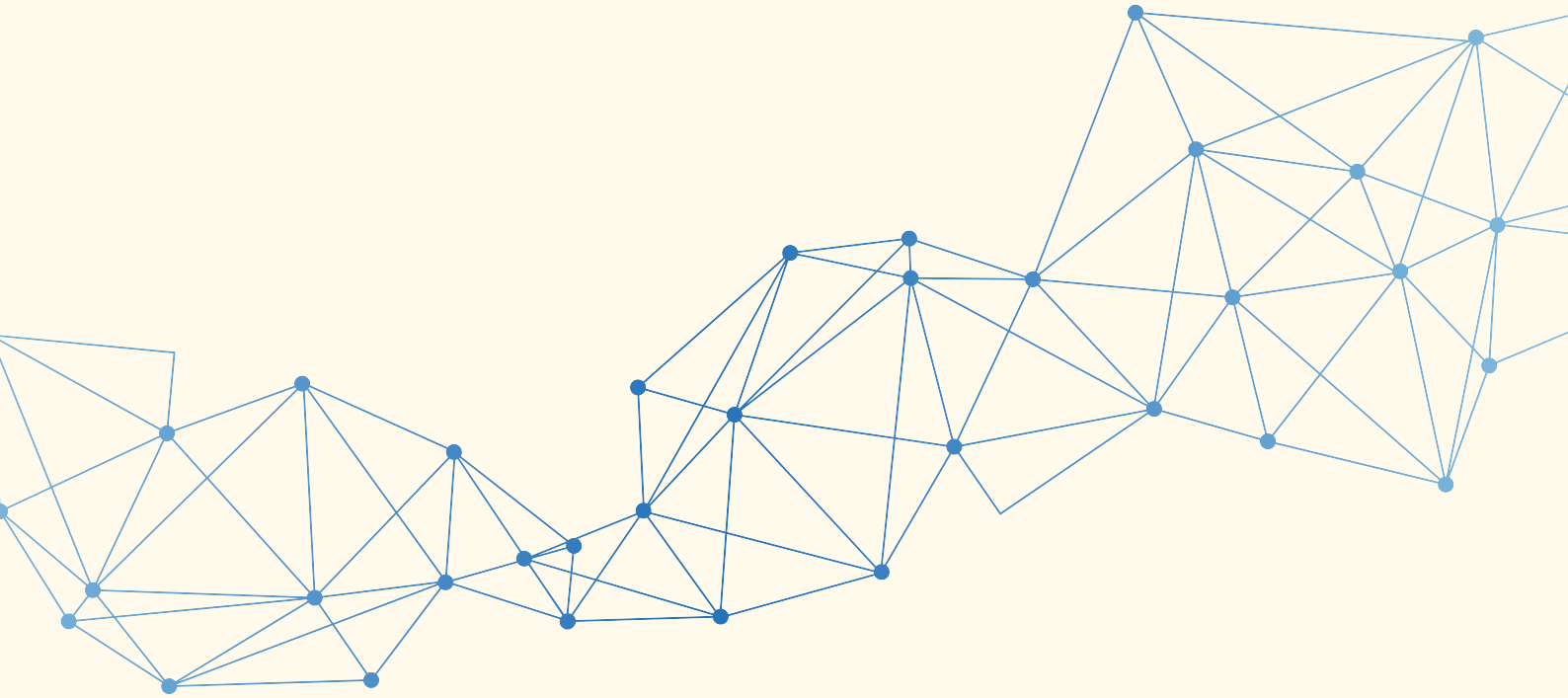
ÚTMUTATÓ

a gyermekek egészségének javítására megalakuló

PARTNERI EGYÜTTMŰKÖDÉS

számára



2021

Készítette: Nemzeti Egészségmegőrző Központ Nonprofit Kft.
Készítés dátuma: 2020. június 30.
Megbízó: Emberi Erőforrások Minisztériuma
Szerkesztők: Pipicz Márton, Terebessy András, Vitrai József
Szerzők: Girán János, Kollányi Zsófia, Nemesrévi Marcell, Pipicz Márton, Sándor János, Somhegyi Annamária, Terebessy András, Tóth Gergely, Várfalvi Marianna, Várfi Melinda, Vitrai József



EMBERI ERŐFORRÁSOK MINISZTÉRIUMA



NEMZETI EGÉSZSÉGMEGŐRZŐ KÖZPONT

A kiadvány az Emberi Erőforrások Minisztériuma által támogatott 53012/2019/EGST program keretében, a Nemzeti Egészségmegőrző Központ Nonprofit Kft. gondozásában készült.
2021.

ÚTMUTATÓ

a gyermekek egészségének javítására megalakuló

PARTNERI EGYÜTTMŰKÖDÉS

számára

2021

TARTALOM

I. ELŐSZÓ 3

II. A PARTNERI EGYÜTTMŰKÖDÉS (PE) LÉTREHOZÁSÁNAK CÉLJA 4
A. Előzmény 4
B. Miért PE? 4
C. Mi lehet a PE szerepe Magyarországon? 5

III. A PE ELMÉLETI HÁTTERE 6
A. Részvételi módszerek 6
B. Közösségi egészségtervezés 17
C. Kommunikáció 19

IV. LÉTREHOZÁS LÉPÉSEI 28
A. Járások kiválasztása 28
B. Továbbképzés a szervezők számára 30
C. Pályázat kiírása 34

V. MONITOROZÁS 39
A. Bevezetés 39
B. A monitorozás szakaszai 40
C. Járási PE létrehozásának monitorozása 41
D. Járási PE-k összetett népegészségügyi beavatkozásainak monitorozása 42

VI. FONTOS TUDNIVALÓK A GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSHOZ 43
A. A részvételi módszerek története és gyakorlati példái 43
B. A járások kiválasztásának módszertana 45
C. Képzés az új népegészségügyi szemlélet megismerésére 46
D. A részvételalapú digitális továbbképzés tapasztalatai 56
E. Az egészségkép és a kulcsszereplő-elemzés mint a járási egészségterv készítését támogató módszerek 57
F. Beavatkozások tervezése, értékelése 66
G. Jogszabályi háttér a családokra és a köznevelési intézményekre vonatkozóan 71
H. Ajánlás a járási PE-k számára a köznevelési intézményekkel kapcsolatos gyakorlati lépésekre 73
I. Ajánlás a járási PE-k számára a családokkal kapcsolatos gyakorlati lépésekre 80
J. Tájékoztatóanyagok szakembereknek 87
K. A gyermekelhízás megelőzését segítő kommunikációs módszerek főbb nemzetközi gyakorlatai, tendenciái 91

I. ELŐSZÓ

Vitrai J., Somhegyi A.

Az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) Egészségügyi Világszervezetének (World Health Organization; WHO) Európai Irodája a „WHO European Action Plan for Strengthening Public Health Services" (A WHO Népegészségügyi Szolgáltatások Megerősítésének Európai Cselekvési Terve) program keretében 2018-ban megkereste a magyar egészségügyi kormányzatot, hogy közösen keressenek részvételi lehetőséget az országnak. 2019 őszén Martin Krayer von Krauss, a WHO Európai Iroda programvezetője javasolta, hogy az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) Egészségügyi Államtitkársága (EÜÁT) a program megvalósításához alakítson egy országos Partneri Együttműködést (PE; angolul: Coalition of Partners).[1]

Az EÜÁT egyetértve a WHO célkitűzésével, felvetette, hogy egy megalakítandó országos PE irányításával néhány járási PE-t hozna létre a gyermekek egészségét javító komplex, részvételalapú népegészségügyi beavatkozások megvalósítása céljából. Ez közvetve előmozdítaná a magyar népegészségügy rendszerszintű megújítását. A WHO – bár korábban nem támogatott konkrét beavatkozásokat – elfogadta a magyar javaslatot.

2019. szeptember 25-én a WHO a magyar PE megalakítását elősegítő workshopot rendezett. A népegészségügyet és a kapcsolódó szakterületeket képviselő meghívottak egyetértettek abban, hogy csak komplex, azaz a széles körű részvételen alapuló, országos, regionális és helyi szinten megvalósuló, többféle, az egészségmagatartásra és az életkörülményekre egyaránt ható beavatkozások együttes alkalmazása javíthatja a lakosság egészségét. Ilyen beavatkozások előkészítésére és megvalósítására a PE-k alkalmasak. Megállapítást nyert az is, hogy a résztvevők egyhangúan támogatják és részt vennének a WHO és az EMMI által közösen javasolt projekt megvalósításában.

November közepén a workshop részvevői közül 9 szakértő[2] – az EÜÁT meghívására – megalakította az országos PE Irányító Testületét (IT). 2019 végén az EÜÁT úgy döntött, hogy az országos projekt elindításának támogatására 100 MFt támogatást nyújt, és az összeget a Nemzeti Egészségmegőrzési Központ (NEK) Nonprofit Kft. számára utalta át, hogy ezzel a megvalósításhoz intézményi keretet is biztosítson.

2020 tavaszára a WHO Európai Irodájával együttműködésben az IT kidolgozta a projekt koncepcióját, és megkezdte a megvalósítás előkészítését. A koronavírus-járvány azonban ellehetetlenítette a kidolgozott koncepciónak a gyakorlatba való átültetését. A járványügyi veszélyhelyzet kihirdetését követően az IT úgy döntött, hogy a magyarországi PE-k későbbi létrehozásához elkészít egy szakmai Útmutatót.

Az IT szándékai szerint az Útmutató alkalmas arra, hogy a projekt későbbi megvalósítóinak bemutassa a gyermekek egészségének javítására megalakuló PE-k elméleti hátterét, és az olvasót végigvezesse a PE-k megalapításának lépésein, továbbá felvázolja a megvalósítás folyamatának és eredményeinek monitorozását. Az Útmutató ezen túl tartalmaz még néhány, a projekt megindításához szükséges, részleteiben kidolgozott képzési és kommunikációs anyagot is, valamint a gyermekek egészségének javításához szükséges legfontosabb gyakorlati tennivalókat is összefoglalja az egyes színterekre vonatkozóan.

1 Egy PE döntéshozó szerve a kis létszámú Irányító Testület (IT; core group), amelynek tevékenységét a valamennyi érintettet képviselő nagyobb létszámú Tanácsadó Testület (TT; advisory group) támogatja, ellenőrzi. Mindkét testületben a részvételen alapuló döntéshozatal biztosítja olyan innovatív, az érintettek szükségleteit és igényeit szolgáló tevékenységek azonosítását (co-creation) és megvalósítását, amelyek életmódváltásra és egészséget támogató környezet kialakításához vezetnek.

2 Kollányi Zsófia, Girán János, Nemesrévi Marcell, Pipicz Márton, Sándor János, Somhegyi Annamária, Terebessy András, Tóth Gergely, Várfalvi Marianna; az IT-t kívülről segítette Várfi Melinda és Vitrai József.

II. A PARTNERI EGYÜTTMŰKÖDÉS (PE) LÉTREHOZÁSÁNAK CÉLJA

A. Előzmény

Vitrai J., Várfalvi M.

A PE olyan határozott időszakra létrehozott szervezetet jelent, amelyben egyenrangú résztvevők közös célért, közösen cselekszenek. Ezt a fogalmat az egészségügyben a WHO Európai Irodája vezette be 2017-ben.[3] Így nevezte el azt a szakértői csoportot, amelyet azért hozott létre, hogy az európai népegészségügy megerősítését célzó programját felgyorsítsa: „a WHO Európai Regionális Irodája, a szakmai szempontból mértékadó országok és a nemzetközi népegészségügy területén működő szervezetek egyesítsék erőiket egy olyan közös cselekvési program kidolgozásához, amely a népegészségügyi szolgáltatásokat támogató alapvető funkciókra összpontosít". Ezek az alapvető funkciók az irányítás, a humánerőforrás-tervezés, -szervezés és -finanszírozás, az érdekérvényesítés és a kommunikáció.[4]

A WHO szerint a PE:

- új megoldás, eszköz és projekt: az alapvető népegészségügyi funkciók megerősítésére, különös tekintettel az azokat támogató 4 funkcióra;[5]
- erre a célra szervezett platform: az erőfeszítések és az erőforrások fókuszálására és összehangolására;
- szakmai közösség egy közös tanulási folyamatban: a megújuló és megerősödő népegészségügyi szolgáltatások kialakítására.

A PE fenti tulajdonságait a népegészségügy által érintettek széles körét képviselő résztvevők elkötelezettsége; az eltérő, egymást kiegészítő nézőpontok, tudás és tapasztalatok megosztása és a döntésekben való egyenrangú részvételük biztosítja. A PE megalakításának hozzáadott értéke nem pusztán a közössé váló tapasztalat és a szakértelem, hanem a változtatásra kész résztvevők körében a bizalom és a kapcsolatok megerősítése is.



B. Miért PE?

Vitrai J., Várfalvi M.

A résztvevők számára ismert és elfogadott, hogy a társadalom egy összetett rendszer. A PE képes a gyermekek egészsége érdekében olyan ágazatok közötti és azokon átívelő összetett rendszer kialakítására és/vagy megerősítésére, amely a tudományosan megalapozott népegészségügyi elméleti és módszertani tudásbázisra és a bevont érintettek aktivitása épít. Az így kialakuló rendszerben sokféle, egymásra hatást kifejtő szereplő működik együtt, akik helyi, térségi és országos szinten csoportokban, szervezetekben tevékenykednek. Felmérik és képviselik környezetük szükségleteit, igényeit, önszerveződő és a cél szempontjából elérni kívánt innovatív javaslatait.

Az egészséges életmódhoz nélkülözhetetlen feltételek biztosításának feladatát ellátó népegészségügy – az előzőekből levezethetően – ugyancsak összetett rendszer, ugyanakkor a (nép)egészség-

3 Coalition of Partners Expert Meeting on Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe. WHO. 2017, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/339838/Coalition-of-Partners-meeting-Report-Jan-2017.pdf?ua=1 (Elérve: 2020. 04. 15.)

4 EUR/RC61/10 Strengthening public health capacities and services in Europe: a framework for action. Annex 2

5 http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/coalition-of-partners (Elérve: 2020. 04. 15.)

ügyön kívül szinte valamennyi szektor érintett a lakosság egészségéhez szükséges körülmények kialakításában. Ilyen egészségügyön kívüli érintett rendszerek a nevelés-oktatás, a foglalkoztatás, a gazdasági és szociális ágazat mellett a lakhatás és a szabadidő-eltöltés, a kultúra lehetőségein túl a természetes és mesterséges környezet is. Ezek sajátos módon, de komoly hatással vannak az egyének és a közösségek egészségére.

Az összetett rendszerek működésének megváltoztatása ugyanakkor komoly kihívás, mert a sokféle kapcsolat és hatás miatt nehéz előre látni és kiszámítani az egyes szereplők viselkedését. Így a lakosság egészségének javításához – mivel a társadalom összetett rendszer – nem könnyű olyan intézkedéseket és tevékenységeket választani, amelyek tartós eredményre vezetnek. Emiatt az elmúlt évtizedek alatt Magyarországon és más európai országban sem sikerült a kívánt mértékben visszaszorítani például a gyermekkori elhízást vagy a gyermekekre különösen veszélyes dohányzást. Érthető tehát, hogy miért fontos az érintettek minél szélesebb körét bevonni a népegészségügyi intézkedések és tevékenységek tervezésébe, megvalósításába.

C. Mi lehet a PE szerepe Magyarországon?

Vitrai J., Várfalvi M.

Az EMMI és a WHO kezdeményezésére létrejött országos PE Irányító Testülete (IT) — áttekintve a hazai népegészségügy helyzetét és a fejlesztési lehetőségeket mérlegelve — úgy döntött, hogy öt, a gyermekek egészségének javítását célul kitűző, járási PE létrehozását kezdeményezi. A járási PE-k megalakítását és működésének megindítását szakmai anyagok kifejlesztésével, átadásával, képzéssel, mentorálással, valamint a folyamat és az eredmények monitorozásának beindításával támogatja az alábbi távolabbi célok elérése érdekében:

- a járási PE-k megalakulása és működése során a részvételalapú, összetett népegészségügyi beavatkozások megvalósításával kapcsolatos tudás és gyakorlati tapasztalatok összegyűjtése,
- ezeknek szakmai körökben történő megismertetése, majd
- a szakmai szereplők széles körű bevonásával konszenzuson alapuló koncepció kidolgozása a hazai népegészségügyi rendszer megújítására, és ennek alapján
- az összetett, részvételalapú népegészségügyi beavatkozásokat megvalósító projekt földrajzi és széles társadalmi kiterjesztése.

Az IT által kidolgozott és javasolt szervezeti struktúra elképzelését az *1. ábra* szemlélteti:



1. ábra: A hazai népegészségügyi rendszer megújításának koncepciója

III. A PE ELMÉLETI HÁTTERE

A. Részvételi módszerek

Kollányi Zs., Várfi M.

A jelen Útmutatóban bemutatott újszerű népegészségügyi megközelítés egyik alappillére a részvételiség. A részvételiség az az egyik legfontosabb szükséges módszer, hogy a koncepcióban vázolt komplex, számos szereplő és tényező által meghatározott egészségi állapotot javítani tudjuk.

A jelenkor társadalmaiban a döntéshozatal központi szereplői a tanácsadók, szakértők. Még ha a végső döntéseket nem is ők hozzák meg, a döntés-előkészítés során erőteljesen irányítják a választási lehetőségeket és keretezik a valóságot. A szakértőket speciális tudásuk rendeli a közösségek tagjai fölé. A szakértői döntéshozatali folyamat eredményfókuszú, racionalitása bizonyos információk szakterületük szabályai szerinti aggregálásában áll, és jellemzően dominál más szempontokat (jóllehet, nem mindent, a döntések politikai gazdaságtani jellemzőibe itt nem megyünk bele). Csakhogy a szakértők által előkészített döntések esetében sem magának az elérendő célnak a társadalmi elfogadottsága, sem az alkalmazott módszerek társadalmi elfogadottsága, sem a felhasznált információk érvényessége és teljessége, sem a döntés tágabb következményei nem kerülnek feltétlenül mérlegelésre. Az így megszülető, a helyi jellemzőkre nem, vagy nem kellő mélységben reflektáló döntések és intézkedések ezért sokszor nem bírnak legitimással a célterületükön, nem ágyazódnak be a mindennapokba, sőt, akár konfliktusokat generálnak vagy éleznek ki, ezért nagyon sokszor kudarcosak, nem érnek el érdemi eredményeket. Ezekre a problémákra kínál megoldást, ha az érintetteket is bevonjuk a folyamatba, vagyis ha a társadalmi részvétel módszerét alkalmazzuk.[6] Ez a szakértők szerepét nem kisebbíti, sőt további funkciókat kíván meg tőlük.

Ebben a fejezetben összefoglaljuk a részvételi módszerek lényegét, bemutatjuk különféle változatait, konkrét példákon keresztül azt, hogy hogyan is néz(het) ki a társadalmi részvétel. Rámutatunk arra, milyen, semmilyen más döntéshozatali, szakpolitikaalakítási módszerrel el nem érhető előnyök származhatnak belőle, és arra is, milyen feltételei vannak annak, hogy a részvételi folyamat működhessen.

1. Mi az a társadalmi részvétel?[8]

Nagy általánosságban azokat a döntéshozatali módszereket nevezhetjük részvételinek, ahol valamilyen formában azoknak is van ráhatása a döntésre,

Miért kell bevonni az embereket? – Egy példa

Voorstadt a holland Deventer város egy része, jellemzően alacsony jövedelmű, hátrányos társadalmi helyzetű népességgel, akiknek az egészségi állapota jelentősen elmarad az országos és a környékbeli átlagtól. 2016-ban kezdett bele a holland kormány az országban található több hasonló helyzetű kerület mellett Voorstadt lakosainak egészségfejlesztési tervének kidolgozásába. A kezdetektől a lakosságot bevonva dolgoztak. A program első lépéseként a majdani célok és eszközök meghatározásának előkészítésére megvizsgálták, mit is jelent az egészség a helyieknek. Összesen 40 helyi lakos részvételével 7 fókuszcsoportos beszélgetést tartottak, amit 30 szakértői interjú egészített ki. A helyi lakosok az alábbi három tényezőt említették a leggyakrabban mint az egészségesebb élet feltételét: 1) nyugodtan élni; 2) kontrollal rendelkezni a saját életük felett; 3) több időt tölteni a barátaikkal, családjukkal, szomszédaikkal. Míg a megkérdezett szakértők egyértelműen az egészségtelen életvitelre (dohányzás, elhízás) fókuszáltak az interjúkban, a lakosok ezek a tényezőket alig említették meg. (de Jong et al, 2019) Vagyis: a szakértők és a „címzettek", a lakosság megközelítése a legalapvetőbb kérdésben is radikálisan különbözött: egészen különböző egészségdefiníciókat használt egyik és másik. Egy program csak akkor érheti el a célját és a célközönségét, ha azokat a hívószavakat alkalmazza, amivel őket meg lehet szólítani, de hogy ezek mik, az csak tőlük tudható meg.[7]

6 Blowers, A. – Boersema, J. – Martin, A. (2005): Experts, decision making and deliberative democracy. Environmental Sciences March 2005; 2(1): 1–3., https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/15693430500111793

7 de Jong, Marja A. J. G. – Wagemakers, Annemarie – Koelen, Maria A. (2019): Study protocol: evaluation of a community health promotion program in a socioeconomically deprived city district in the Netherlands using mixed methods and guided by action research. BMC Public Health 19, 72 (2019), https://doi.org/10.1186/s12889-019-6389-x

8 A részvételiség valamiféle értelmezésére vonatkozóan nagyon sokféle, számtalan különböző megközelítést alkalmazó, különböző taxonómiákat felállító, akár rendkívül összetett és mély elméleti elemzés született különböző tudományterületeken. Ezeknek mi itt csak a töredékét mutatjuk be, illetve használjuk fel: elsősorban azokat, amelyeknek témánk és főképp a részvételiségnek a témánkkal kapcsolatos gyakorlati alkalmazása szempontjából relevanciája van.

akiknek az életét a döntés befolyásolni fogja. Ha egy közpolitikai döntés során valamilyen formában megtörténik a lakosság bevonása, beszélhetünk **társadalmi részvételről**. Ez jelentheti a lakosság transzparens tájékoztatását, kérdőíves felmérést, lakossági fórumok, fókuszcsoportok kialakítását és működtetését és így tovább. A bevonás különféle módszerei és formái azonban jelentősen különbözhetnek egymástól, például a bevonás mélységétől, a kommunikáció irányától, vagy attól függően, hogy a tervezési folyamat mely szakaszában/szakaszaiban kerül sor a bevonásra.[9] Bizonyos értelemben a lakosság egyszerű tájékoztatása is bevonás, amennyiben alternatívája az, hogy például egy önkormányzat szó nélkül kezd átalakításokba. Ennél eggyel tovább megy például egy lakossági kérdőív, ami egyirányú, és nem valósít meg különösebben mély bevonást. Ezzel szemben ha már a problémadefiníció kialakításába is bevonjuk az érintetteket valamilyen formában, például rendszeres nyílt vagy meghíváson alapuló beszélgetések, fórumok formájában, az a részvétel egészen mély és kiterjedt formáját valósítja meg. Magyarországon a településfejlesztésben és a várostervezésben, ahol meglehetősen elterjedtek a társadalom bevonására, részvételére épülő különféle programok, **közösségi tervezésnek**[10] hívják azt, amikor egy átfogóbb helyi program, jövőkép, startégia kialakításába a korai fázisban és nagy mélységben bevonják az érintetteket.[11]

2. Mit ad a részvételi módszer?

A részvételi módszerek egyik legfőbb előnye, hogy így hozzáférünk a „tömegek bölcsességéhez". Ez egyrészt jelenti azt, hogy pontosabb, valódibb képet kaphatunk egy közösség szükségleteiről és igényeiről. De azt is jelenti, hogy a részvételi folyamat, amiben különböző területek szakértői és „civilek" egyaránt részt vesznek, egymással intenzív interakcióra lépnek, felszínre hozhat olyan problémákat és megoldási lehetőségeket, amelyek egyenként senkinek nem jutottak volna eszébe. A módszer másik nagy előnye a nem részvételi döntéshozatalhoz képest, amikor „rólunk, nélkülünk" döntenek szakértők vagy választott képviselők, az a hozzáállásbeli változás, amit önmagában az odafigyelés, a „meghallgatva levés" idéz elő. Ezeken kívül a részvételi módszer képes kezelni a helyi érdekkonfliktusokat, így növelni a társadalmi kohéziót.[12]

A kollektív intelligenciába vetett, intézményesített bizalom egyik legjobb és – elsősorban az angolszász igazságszolgáltatásból – mindenki előtt ismert példája talán az esküdtszékek intézménye. Ebben laikus, jogilag nem képzett emberek csoportja hoz ítéletet akár súlyos büntetőügyekben. Az esküdtszék nem azért létezik, mert ne állna rendelkezésre elegendő magasan képzett, tapasztalt, kifinomult gondolkodású és erkölcsileg feddhetetlen bíró, hanem mert ezek a megfelelő módon kiválasztott, random emberek együtt az élethelyzetek és élettapasztalat lényegesen szélesebb spektrumát fedik le, mint bármilyen bírói közösség, és ezért kiegyensúlyozottabb és megbízhatóbb, a társadalom „jogérzékéhez" jobban illeszkedő döntést tudnak hozni. A sok, jogban képzetlen, de kellőképpen különböző elme együtt „bölcsebb", mint ugyanennyi képzett, de nagyon hasonló. Mindez, kellően nagy számú alany esetén, valójában interakció nélkül is működik, de ha megengedjük az interakciót, az eredmény egyenetlenebb lesz, ellenben „együttműködőbb és kreatívabb".[13]

A részvételi módszerek melletti érvek másik nagy csoportja arra vonatkozik, hogy ezek, legyenek bármilyen idő- és erőforrásigényesek is, végső soron mégis eredményesebbek, mint a hagyományos, „racionális" szakértők vagy választott testületek által hozott döntések, egyszerűen mert maguknak a résztvevőknek, vagyis az érintetteknek a motivációit változtatják meg. A részvételi folyamat során nő a résztvevők önértékelése és a csoportra, a közösségre vonatkozó értékelésük is, és végső soron egy olyan önerősítő, pozitív normarendszer jön létre, ami jobb és főleg erős elköteleződés által megtámogatott döntéseket tesz lehetővé.[14] És nem elhanyagolható az sem, hogy a bevonás által kezelhetők, csökkenthetők a helyi érdekkonfliktusok: mindenki maradéktalanul elégedett soha nem lesz, de jelentős lépések tehetők a helyi társadalmi kohézió irányába.

A részvételi alapú döntéshozatal miértjeinek kutatása ugyanakkor beleágyazódik a közösségi döntések vizsgálatának széles, sokszempontú, multidiszciplináris közegébe. A szociológiai, közgazdaságtani, pszichológiai, politológiai, morálfilozófiai-etikai megközelítések valahol mind a „helyes" döntések forrását keresik, ahol a „helyes" egyaránt jelent etikailag igazolhatót és a kimenetek

9 Tér_Köz Példatár (2018) – Jó gyakorlatok a társadalom bevonására. Budapest Főváros Főpolgármesteri Hivatala.
10 Részletesebben lásd az Útmutató III. B. „Közösségi egészségtervezés" című fejezetét!
11 Sain M. (2010): Segédlet a közösségi tervezéshez. Budapest NFGM, VÁTI Nonprofit Kft.
12 Tér_Köz Példatár (2018) – Jó gyakorlatok a társadalom bevonására. Budapest Főváros Főpolgármesteri Hivatala.
13 Landemore, Helene – Elster, Jon (szerk.) (2012): Collective wisdom: principles and mechanisms. Cambridge University Press 2012.
14 Hargreaves Heap, Shaun P (2004): A note on participatory decision-making and rationality. Cambridge Journal of Economics 2004, 28, 457–467.

szempontjából optimálist. Ezen sokféle szempont valamiféle egyesítése szerint a társadalmi részvétel szükségszerű, illetve előnyös, mert

- a választott képviselők (akik jellemzően nincsenek élő kapcsolatban az őket megválasztó állampolgárokkal) és a kijelölt szakértők (akik eleve se rendelkeztek helyismerettel) tudása szükségszerűen korlátozott, nem ismerik a megváltoztatni kívánt valóságot és annak összefüggéseit a maga teljességében, részletgazdagságában, életszerűségében;
- a „szakértők" és a „laikusok" (nem szakértők, „átlagemberek", „helyiek", a közösségek tagjai) közötti hatalmi egyensúlytalanság, a nem választott és korlátozott tudással rendelkező szakértők túlhatalma legitimációs válsághoz vezet: a „helyiek" nem fogadják el a szakértők döntéseit, nem működnek együtt;
- a társadalmi rendszerek komplexek és kaotikusak, a (hagyományos közgazdasági értelemben vett) racionális szakértői tudás nem képes azok teljességét megragadni;
- az emberek eleve nem racionálisak, például a kockázatok értékelését, a várható előnyök és hátrányok súlyozását nem matematikai alapon végzik, ezért az „optimális" kimenetek meghatározása nem lehetséges kívülről;
- egy demokratikus politikai rendszerben erkölcsileg senkitől nem tagadható meg, hogy az őt érintő döntésekben részt vegyen, ha ez szándékában áll.[15]

A bevonás ugyanakkor a helyi politikai erők, önkormányzatok számára is hozhat hasznokat, hiszen hozzájárul „a beruházások gördülékenyebb megvalósításához; a gondosabb használathoz; az alacsonyabb fenntartási költségekhez; a hiteles, többség által elismert önkormányzati kép kialakításához; a fejlesztési programokról szóló döntések mélyebb megalapozottságához".[16]

3. Részvételi módszerek változatai

Mikor tekinthető egy szakpolitika-alkotási folyamat részvételi alapúnak? Erre a kérdésre jelenleg nincs egyértelmű válasz. Ezért ha ma egy szakpolitikai terv, beavatkozás megformálói azt állítják, hogy „termékük" részvételi alapú folyamatban jött létre, nem nagyon lehet ennek ellentmondani. Holott mindaz, hogy a folyamat mely pontján is történik a bevonás, és hogy milyen formában történik, meszszemenő következményekkel bírhat a különféle szakpolitikai beavatkozások alakulására.

Ugyanakkor a könnyebben megragadható jellegzetességek mellett számtalan, akár ki sem mondott, vagy nagyon nehezen megfogalmazható tényező fogja még alapjaiban befolyásolni a részvételi folyamat tényleges minőségét. Mit gondolunk a részvételi folyamatról magáról, mire való; milyen témákat lehet, kell, érdemes részvételi módon közelíteni; hogyan definiáljuk a „közösséget", kiről gondoljuk, hogy be kell vonni, kiről nem és így tovább. Azzal, ahogyan értelmezzük a részvételiséget, keretek közé helyezzük és meghatározzuk, mit érhet el, és ez korlátozó is lehet.[17]

Az *1. táblázat*ban Cornwall[18] nyomán foglaljuk össze, hogy formálisan részvételi, vagy annak nevezett formák mennyire különböző lényegi tartalommal bírhatnak:[19]

Mindezek a „formák" különféle módokon valósulhatnak meg: állandó lakossági csoportok is lehetnek csupán „névlegesek", és a lakosságot bizonyos kérdésekben időről időre csupán megkérdező önkormányzat is megvalósíthatja a részvételiség egészen mély szintjét. A lényeg elsősorban, hogy aki a részvételi folyamatnak teret biztosít, mennyire azonosul annak elveivel, és mennyire gondolja komolyan, hogy hatalmának egy részét valóban ráruházza a lakosokra (pontosabban: visszaadja nekik).

Szükségszerűen felmerül ugyanakkor a kérdés, hogy milyen szempontok alapján értékelhetők a különféle részvételi módszerek. A szakirodalomban két megközelítéssel találkozunk: az egyik az eredmény, a másik a folyamat szempontjából közelít. Az eredmény, például a kimenettel való elégedettség, nem feltétlenül nyújt jó fogódzót: ritka, hogy egy folyamat összes érintettje maradéktalanul boldog a kimenettel. A két szempont ötvözésére való kísérlet bizonyos, mindenki által elfogadott célkritériumok megfogalmazása az alkalmazott módszerekkel szemben. Ilyen célok lehetnek például, hogy a részvételi módszer 1) tudást biztosítson az érintettek, a közvélemény számára; 2) legyen képes az érin-

15 Bela Györgyi – Pataki György – Valené Kelemen Ágnes (2003): Társadalmi részvétel a környezetpolitikai döntéshozatalban (döntéstámogató eszközök és értékelésieljárások alkalmazása). A Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem Környezettudományi Intézetének tanulmányai.

16 Tér_Köz Példatár (2018) – Jó gyakorlatok a társadalom bevonására. Budapest Főváros Főpolgármesteri Hivatala, 23. oldal.

17 Polletta, F. (2016): Participatory enthusiasms: a recent history of citizen engagement initiatives, Journal of Civil Society, 12:3, 231–246, DOI: 10.1080/17448689.2016.1213505.

18 Cornwall, Andrea: Unpacking 'Participation': models, meanings and practices. Community Development Journal Vol 43 No 3 July 2008 pp. 269–283, 273. oldal.

19 A példák forrása: White, S. C. (2000): Depoliticising development: the uses and abuses of participation. In: Jenny Pearce (szerk.): Development, NGOs, and civil society. Oxfam GB, Oxford.

1. táblázat: Részvételi folyamatok formái (Cornvall 2008)

Forma	Mit jelent a részvételiség a „szervezőnek”?	Mit jelent a részvételiség az érintetteknek/résztvevőknek?	Mi a részvételiség célja?	Példa
Névleges	Legitimációt – hogy megmutassák, hogy tettek valamit.	Befogadást – az esélyt, hogy bizonyos erőforrásokhoz közelebb kerülhessenek.	Bemutatni, hogy volt ilyen.	Zambiában a kormányzat számos „női csoportot” hozott létre. Ezek tényleges tartalommal nem bírtak, a kormányzatnak nyújtottak hivatkozási alapot, és a névleg (és alkalmilag) bennük részt vevő nőknek hozzáférési esélyt bizonyos erőforrásokhoz.
Eszköz	Hatékonyságot – korlátozni a finanszírozó, és növelni a közösségek hozzájárulását és a projekt költséghatékonyságát.	Költséget – a projekttel kapcsolatos munkára és más tevékenységekre fordított idő.	A költséghatékonyság és a helyi szervezetek elérésének módszere.	Erőforráshiányos helyzetben a helyiek konkrét munkaerejének igénybevétele (pl. felújítási, építési munkáknál stb.). (Afrika több országában, sok helyszínen tapasztalt jelenség).
Képviselet	Fenntarthatóságot – elkerülni, hogy függőség alakuljon ki.	Beleszólást – a projektek és a menedzsment formálásának lehetősége.	Beleszólást biztosítani az embereknek a saját fejlődésükbe.	Egy bangladeshi NGO a helyieket támogató programjai kialakításába vonta be képviselőik révén a helyieket. Helyi halász családok például arra fogtak össze az NGO felhívására, hogy egy kölcsönökkel és halászati marketinggel foglalkozó együttműködést alakítsanak ki a program révén.
Átformáló	Hatalommal való felruházást – képessé tenni az embereket arra, hogy meghozhassák a saját döntéseiket, kitalálják, mi legyen, és megvalósítsák azt.	Hatalommal való felruházást – képesnek lenni döntéseket hozni és tenni magukért.	Egyszerre eszköz és cél, folyamatos dinamikában.	Egy Fülöp-szigeteki példában családok egy közössége fogott össze a helyi közösségszervező segítségével, némi kooperatív menedzsmentképzéssel megtámogatva, hogy megszervezzék a saját élelmiszer-ellátásukat a messzi, de sokkal olcsóbb városi boltból a drága helyi bolt helyett. Saját maguk alakították ki a saját szabályaikat, szerepeket, felelősségi köröket. A projekt sikerén felbuzdulva más ügyek megoldásába is belefogtak.

tettek értékrendszerét, preferenciáit becsatornázni a döntéshozatali folyamatba; 3) javítsa a döntések minőségét; 4) növeljék az intézményekbe vetett bizalmat; 5) csökkenthetők legyenek általuk a konfliktusok; végül 6) az előbbi célokat a leginkább költséghatékony módon valósítsák meg.[20]

4. A szakpolitikai ciklus (jelen esetben az egészségtervezés[21]) mely fázisában történik a bevonás?

Tekintsük át a szakpolitikai ciklust abból a szempontból, mely szakaszaiban vonható be a közösség! (*2. ábra*) A rövid válasz: az összesben. Minél korábbi fázisban történik meg a bevonás, annál gazdagabb, jobban informált, többszempontú lehet a teljes döntéshozatali folyamat.



2. ábra: Szakpolitikai ciklus

Ha például csak a monitorozás, értékelés fázisában vonjuk be az érintetteket, vagyis gyakorlatilag visszajelzést, *feedbacket* kérünk tőlük, akkor azt tudjuk meg, mi a véleményük, mennyire elégedettek a már futó programokkal, de azt nem, hogy szükségesnek, fontosnak tartják-e azokat, vagy lenne más program, amire szerintük nagyobb szükség van. Hasonló a helyzet akkor is, ha csak a cselekvési terv kialakításának, illetve a implementációnak a fázisában történik meg a bevonás. Ez esetben az előre definiált problémára előre kidolgozott megoldások megvalósításának menetébe lesz beleszólása a közösségnek, de abba, hogy alkalmasak-e ezek a megoldási javaslatok, vagy egyáltalán az-e a probléma, amit a szakértők definiáltak, nem.

A *2. táblázat*ban egy hipotetikus példán keresztül mutatjuk be, hogy a ciklus különböző pontjain való bevonás hogyan térítheti el más irányba a programalkotást: minél korábbi fázisban történik tehát a bevonás, annál jelentősebb lesz a különbség a programalkotásban.

A bevonásnak a ciklus fázisai szerint többféle kombinációja lehetséges: lehet, hogy a problémadefinícióba és a megoldások kidolgozásába bevonják az érintetteket, de a végső döntést például az önkormányzati testület hozza meg. Vagy a döntést maga a közösség hozza meg, de a megvalósítás részleteiről a finanszírozó dönt. Az is előfordulhat, hogy a döntéshozók maguk valamilyen problémával fordulnak a közösséghez, vagyis ők hozzák a problémadefiníciót, amiben a közösség segítségét kérik.

5. A bevonás konkrét formája

A másik kulcskérdés, hogy pontosan milyen formában is történik a bevonás. Mint már jeleztük, számtalan részvételi módszer és technika ismert, és ezek között egészen lényeges különbségek is lehetnek. Ezekre később térünk ki részletesen. Itt mindössze annyit szögeznénk le, a folyamat kulcsa nem önmagában a lakosság „megkérdezése", legalább ilyen fontos az, hogy az emberek egymás nézőpontját is megismerjék és véleményt cseréljenek, valamint az, hogy a bevonás mennyire formális és mennyire jelent tényleges beleszólást.

A bevonás konkrét formája a legegyszerűbb módon való egyszeri megkérdezéstől a rendszeres, közös csoportos munkáig terjedhet. Az irányított kérdőíves vagy személyes kikérdezésnél a részvételiség elvéhez közelebb álló eszköz a fókuszcsoport-logikájú, de még mindig irányított kikérdezés, aminek ugyan szintén az információszerzés az elsődleges (formális) célja, de már létrehoz valamilyen interakciót a megjelentek között pusztán azáltal is, hogy azok hallják egymást. A részvételiség kidolgozottabb formái azonban, és a továbbiakban jellemzően ezekről beszélünk majd, az érintettek különböző csoportjainak egyszeri vagy többalkalmas, esetleg rendszeres találkozójára alapoz, ahol a találkozók képzett vezetői (facilitátorok) különféle módszerekkel érik el, hogy az emberek megosszák egymással gondo-

20 Szántó Richárd: Társadalmi részvétel Magyarországon – Siker vagy kudarc? Kovász, 2012. Tavasz–tél, pp. 33–53., felhasználva: Beierle, T. C. (1999): Using social goals to evaluate public participation in environmental decisions; Policy Studies Review 16 (3–4), 75–103.

21 Lásd B. Közösségi egészségtervezés fejezet!

2. táblázat: Hipotetikus példa a programalkotásra

	Problémadefiníció	Megoldási javaslat	Cselekvési terv	Megvalósítás	Értékelés
Helyzet: a településen magas a drogfogyasztók aránya a 14–18 éves fiatalok körében.	Egészségtudatosság hiánya, bűnözői szubkultúra.	Drogprevenciós képzések biztosítása, a rendőri jelenlét megerősítése az iskolák környékén.	Együttműködés az iskolákkal, költségvetés dedikálása, időzítés.	Iskolai osztályonként osztályfőnöki órákon drogprevenciós szakértők előadásai.	Tanárok, diákok véleménye a prevenciós foglalkozásról.
	Részvételi problémadefiníció: a fiatalok kilátástalansága, a szegénység, jövőkép hiánya, a közösségi együttlétek és a szabadidő tartalmas eltöltésének hiánya.	Képzési programokban való részvétel támogatása, közösségi programok, „falunapok” szervezése.	A helybeli fiatalok OKJ-képzésekben való részvételének anyagi támogatása, falunap szervezése helyi vállalkozók bevonásával.	Pályázat kiírása az OKJ-tanfolyamokon való részvételre a szomszédos településen utazási és szállástámogatás nélkül.	A résztvevők száma, a résztvevők véleménye.
		Részvételi megoldási javaslat: közösségi helyiség kialakítása/biztosítása a településen.	Az önkormányzat tulajdonában, használatban álló egyik épület egyik helyiségének alkalmankénti szabott keretek között történő átadása a helyi közösségnek.	Az iskola egyik helyiségében a két bejegyzett helyi szabadidős civil szervezet heti egy alkalommal programot szervezhet tagjainak.	Megtartott foglalkozások száma, a résztvevők száma; az érintett civil szervezetek vezetőinek és a foglalkozásokon részt vevő tagjainak a véleménye.
			Részvételi megoldási javaslat: az önkormányzat tulajdonában álló, használaton kívüli épület felújítása a közösség tagjainak közös munkájával; az épület használata szabályozott módon részben szervezett programokra, részben a szabadidő eltöltésére az önkormányzat által alkalmazott közösségszervező vezetésével.	A használaton kívüli kultúrház kifestése, heti négy alkalommal szakkör, szabadidős klub szervezése az elérhető külső szakemberek által. Az épület zárva, csak a programok idejére nyit ki.	A szakköröken részt vevők száma, elégedettsége.
				Részvételi javaslat: a használaton kívüli kultúrház kifestése, átalakítása a közösség igényeinek megfelelően. A közösség (fiatalok, felnőttek, idősek) igényeinek megfelelő foglalkozások szervezése. A közösségszervező bevonása a fiatalok iskola utáni és hétvégi szabadidejébe.	A kultúrházat használók létszáma, véleménye.
					Részvételi javaslat: a teljes közösség véleményének, tapasztalatainak vizsgálata.

lataikat, tapasztalataikat, és hogy ezek alapján valamilyen döntés irányában induljanak el. Az ördög itt is a részletekben rejlik: egy hagyományos „lakossági fórum", ahol a résztvevők és a helyi, választott vagy kinevezett vezetők egymással szemben, mint egy hagyományos osztályteremben ülnek, és az interakció kimerül abban, hogy a résztvevők kérdéseket tesznek fel vagy megfogalmaznak problémákat, és ezekre a vezetők válaszolnak, nem valósít meg tényleges részvételi folyamatot.

A *3. táblázat*[22] fogódzót nyújt abban, hogy a különböző eszközök elméletben milyen mélységben valósíthatják meg a bevonást:

	A bevonás célja	**Mi az, ami mellett a döntéshozó elköteleződik**	**Példák bevonási eszközre**
Tájékoztatás	Kiegyensúlyozott és objektív tájékoztatást nyújtani a problémákról, alternatívákról, lehetőségekről, és/vagy a megoldásokról.	„Tájékoztatni fogunk."	Tájékoztatófüzetek Honlap Élő tájékoztatók
Konzultáció	Együttműködünk a lakossággal a folyamat során, hogy a közösségben felmerülő kételyeket és elképzeléseket következetesen megértsük és megfontoljuk.	„Együtt fogunk működni veletek, hogy a fenntartásaitokat és elképzeléseiteket figyelembe vegyük, amikor a megoldási lehetőségeket kidolgozzuk, és visszajelzést adunk arról, hogy a hozzájárulásotok hogy befolyásolta a döntést."	Közmeghallgatás Konzultációs fókuszcsoport Kérdőív Lakossági fórum
Partnerség	Együttműködni a közösséggel a döntéshozatal minden dimenziójában, beleértve ebbe az alternatívák kidolgozását és a megoldás kiválasztását is.	Tanácsot és innovatív ötleteket fogunk tőletek kérni a megoldások kialakításához, és a javaslataitokat a lehető legnagyobb mértékben beépítjük a döntéseinkbe.	Műhelybeszélgetések (workshop) Deliberatív közvélemény-kutatás[23]
Delegálás	Meghatározott keretek között a közösség döntéseket hoz.	Meghatározott kérdésekben felhatalmazunk benneteket arra, hogy döntést hozzatok, amit mi valósítunk meg.	Állampolgári tanácsadó bizottság Konszenzusépítő küldöttek (Consensus building Delegation) Részvételi döntéshozatal
Kontroll	A közösség kezébe kerül a végső döntések meghozatala.	Megvalósítjuk, amit ti eldöntötök.	Állampolgári tanács (Citizen Jury) Szavazás (Ballot) A döntéshozatal delegációja

3. táblázat: A bevonás eszközei és a bevonás mélysége

22 Tasmanian Government (a) (n. d.): Your Care, Your Say: consumer, carer and community engagement A guide to engagement techniques. https://www.dhhs.tas.gov.au/__data/assets/pdf_file/0008/76283/Toolkit_December_2010_finalised.pdf, 7. oldal.

23 Véletlenszerűen választott laikusokból és szakértőkből álló csoportos megbeszélés, ahol egy adott kérdés kapcsán véleményeiket ütköztetik (deliberative poll). A közvélemény alaposabb és részletesebb megismerésére alkalmas eszköz, ami ráadásul a résztvevők közötti kommunikáció révén a bevonás számos pozitív hozadékával jár együtt.

6. A részvételi módszer alkalmazásának és sikerének feltételei

Az alábbiakban összefoglaljuk a lehető legteljesebb, interakcióra és diskurzusra épülő, ezért a legnagyobb hozzáadott értékkel bíró és a közösség tényleges bevonását biztosító részvételi módszerek működésének feltételeit. Egyértelmű: azért, hogy egy részvételi folyamat működjön, hogy valóban létrehozza azt a pluszt, amiben a közösség több lesz, mint az egyének összessége, sok ember sok munkájára van szükség.

1. A folyamat elindításának feltételei

a. Szükség van egy **közös ügyre**.
b. Kell legalább egy innovátor, **kezdeményező**, aki képes vezetni, irányítani, irányt mutatni.
c. Egy csoport, ahol minden tagnak fontos a téma.
d. A csoport kellően **heterogén**, tehát egy adott témához adott esetben a magánszemélyek, a civilek, a kormányzati és a for-profit oldal is hozzá tudjon szólni. Ez az szektorközi együttműködés biztosítja a komplexitás képviseletét.
e. Önszerveződés, alulról kezdeményezés és vezetői támogatás[24] egyszerre.
f. Együttműködési szándék.
g. **Értékalapú** gondolkodás.

2. Amitől a folyamatot részvételinek nevezhetjük:

a. A partnerek **egyenrangú fél**nek tekintik egymást.
b. Nem a vita, az eltérő nézetek ütköztetése, hanem a **dialógus** a cél, a különböző szempontok, megközelítések, érvek feltárása az érintettek között.
c. A probléma okainak feltárása és megértése, és a megoldás keresése ezekre.
d. A partnerek képessége és szándéka az **önreflexió**ra, saját gondolati mintáik felismerésére.
e. Kellően **kíváncsiak** a másik gondolatainak és érzelmeinek megismerésére.

3. A folyamat végigvitelének feltételei

a. Szükség van sok **idő**re, ami alatt kifejlődhet és megtapasztalható a kollektív intelligencia, és bejárható az út a kikristályosodásig.[25]
b. A partnerek sok energiát fektetnek az ügybe.
c. **A résztvevők hisznek** kezdeményezésük jövőjében, az együttműködésben és a csoport képességeiben.
d. **A partnerek felvállalják a folyamatos tanulást** magukról, a csoportról, a részvételi folyamatokról.

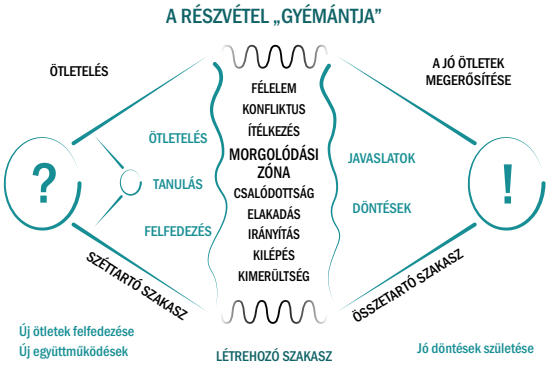
(Forrás: solintezet.hu, átdolgozva)

Feltétel tehát egy kiinduló helyzet, amiben egy adott közösség tagjai egy adott ügyért tenni akarnak, és ebben a vezetőik támogatását is élvezik. Ha a részvételiség útjára lépnek, akkor elengedhetetlen, hogy egymást pozíciótól, társadalmi helyzettől, képzettségtől függetlenül egyenrangú partnernek tekintsék, és a folyamatban ne meggyőzni akarják egymást a saját igazukról, hanem a másik gondolatait megismerve, és készen állva a saját álláspontjuk megkérdőjelezésére, a helyzet megértése legyen a céljuk. Végül ahhoz, hogy a folyamat kiteljesedhessen, kell idő, energia és bizalom magában a folyamatban. Menet közben szükségszerűen adódhatnak mélypontok, amikor minden sokkal zavarosabbnak tűnik majd, mint a legelején, de ez is a folyamat természetéhez tartozik, el kell fogadni, és ki kell tudni várni a továbblépést.

7. A részvételi döntéshozatal folyamata

Az alábbiakban röviden bemutatjuk a részvételi folyamatok működésének jellemző menetét. Itt nem egy „lépésről lépésre" jellegű, technikai útmutató következik, képzett facilitátorok ezeket a technikákat ismerik, illetve ezek elsajátíthatók. Ehelyett azt mutatjuk be, mire számíthat az, aki először vesz részt egy részvételi folyamatban: a részvételi folyamat alkotás, és az alkotás folyamata sokszor fájdalmas. Nem érdemes arra számítani, hogy mindenki mindenben elsőre egyetért majd, és nézetellentétek, vagy akár konfliktusok nélkül halad végig a csoport a folyamaton, és jut végül mindenki számára egyaránt kielégítő következtetésre. Nem: egyet nem értéssel, bizonytalansággal, konfliktusokkal fogunk találkozni, de szem előtt kell tartani, hogy ezek jobbára elkerülhetetlenek.

Az alábbi *3. ábra*[26] a részvételi folyamat szakaszait mutatja:



3. ábra: A részvétel „gyémántja"

24 Hogy a vezetői támogatás valóban feltétele-e a folyamatnak, vitás kérdés: a közösségi aktivitás célja lehet a vezetői támogatás megszerzése is. Ugyanakkor ebben az esetben a folyamat e köré, a legitimitás kivívásának ügye köré fog szerveződni, aminek eszköze lesz egy-egy konkrét, partikuláris „ügy".

25 Lásd a részvételi folyamat leírását a 6. pontban!

26 Sam Kraner, Lenny Lind, Catherine Toldi, Sarah Fisk, Duane Berger: Facilitator's Guide to Participatory Decision-Making. Jossey-Bass, 2014.

Chris Corrigan facilitátor megfogalmazásában „a gyémánt-modell a részvételi folyamat egyfajta térképe, ami arra a három fázisra irányítja rá a figyelmet, amin a folyamat során a csoport keresztülmegy. A csoportok kezdetben egy divergens szakaszt tapasztalnak, ahol a gondolatok és elképzelések távolodnak egymástól; rövidebb-hosszabb időt töltenek a »morgolódási zónában«, ahol káoszt és bizonytalanságot élnek meg, és innen mozdulnak tovább idővel a konvergens szakaszba, ahol elképzeléseik közelednek egymáshoz."[27]

A részvételi folyamatok résztvevői szinte kivétel nélkül megtapasztalják a fent leírt jelenséget. Ez, ha nem ismerik fel és tudatosítják magukban, hogy törvényszerű, a részvételi folyamattal együtt járó jelenséggel van dolguk, nagyon kellemetlen lehet: mintha vakon belehajítanák őket a káoszba. Ezeknek a „felszínre hozó" (emergent) folyamatoknak három fázisa van: az első a divergens, „széttartó" szakasz, az emergens, „felszínre hozó" szakasz, és a konvergens, „összetartó" szakasz. Mindhárom szakasz eltérő jellemzőkkel bír a gondolkodás minőségét, az időzítést, az energiaszintet és a dinamikát illetően. Ezért a három szakaszt különbözőképpen kell megtervezni, irányítani és levezetni.

Divergens, széttartó szakasz – Ebben a szakaszban még nincs világos, közös cél (goal). Ahelyett, hogy egyértelmű, közös célt, vagy meghatározott, elérni kívánt kimenetet tudnának megnevezni a résztvevők, az irányt jellemzően valamilyen közös szándék (purpose) adja meg, amit leggyakrabban valamilyen kínzó szükséglet vagy kérdés határoz meg. Ebben a szakaszban a folyamat irányításának legalkalmasabb eszközei olyan kérdések, amelyek képessé teszik a csoportot, hogy eltávolodjanak a „jól ismert"-től, és a „tudott"-on túllépve egy új, az eddigitől különböző megértés irányába mozduljanak el. A divergens szakaszban a résztvevők jellemzően „kicsomagolják" a problémákat: egy mindenki számára szabad, nyitott beszélgetésben összegyűjtik az adott kérdéssel kapcsolatos, akár nagyon különféle megközelítéseket, alternatív értelmezések gyűjteményét hozzák létre. A divergens szakasz nem lineáris és szükségszerűen kaotikus (megvalósulásának feltétele, hogy kaotikus legyen). Ha ezt a szakaszt túl hamar lezárjuk, csökken a folyamat innovatív potenciálja.

Emergens, „felszínre hozó" szakasz – Lesz majd az a pillanat, amikor a széttartást már kellően felderítettük és megismertük: ekkor jött el az idő, hogy az emergens szakaszba lépjünk. Képzett facilitátorok ebben a szakaszban nyúlnak a kedvenc eszközeikhez, hogy a csoportot a káosz időszakából kisegítsék. Ha a folyamatot nem a megfelelő módon vezetik, az egyet nem értéshez vezethet azt illetően, mi is lenne a legalkalmasabb követendő út. Tapasztalt csoportvezetők gyakran hívják ezt a szakaszt „morgolódási zónának", mert néha annyira kétségbeejtően kényelmetlen benne lenni. Mégis ez az a szakasz, amikor magunk mögött hagyhatjuk a korábban rögzült elképzeléseket és gyakorlatot, és egyszerűen csak engedhetjük, hogy a folyamat a felszínre vesse a korábban is érteni vélt kérdések új megközelítését, és hogy új értelmet nyerjen minden.

Konvergens, „összetartó" szakasz – Ahogy lassan a „felszínre hozó" szakasz végéhez érünk, a csoport energiaszintje jellemzően ismét megváltozik. Ideje, hogy a felmerült ötleteket elemezni, kategorizálni kezdjük, kiemeljük a lényeges pontokat, értékeljük az alternatívákat, megállapodjunk az általános következtetésekben és a következő lépésekben. Ez a szakasz célorientált és fókuszált, jellemzően lineáris, erősen strukturált, és gyakran időben is korlátozott. A szakasz végeztével a csoport egy egyértelmű döntést meghozva és a következő lépéseket kijelölve távozhat.

Fontos ugyanakkor felismerni, hogy egyrészt egyénileg mindenkinek eltérő a toleranciaszintje (például a „morgolódási zónában" elviselendő frusztrációt illetően), másrészt eltérő várakozásai és elvárásai lehetnek mindhárom fázissal kapcsolatban. Ugyanez igaz csoportokra és szervezetekre is. A facilitátornak érdemes a saját ebbéli jellemzőit azonosítania és tudatosítania magában, és felderíteni a módját, hogyan növelheti a saját toleranciaszintjét azokban a fázisokban, amelyekben kevésbé komfortosan mozog. Ugyanezért érdemes diverz facilitátorcsapatot összeállítani.

8. Részvételi módszerek az egészségfejlesztésben

Az eddigiekben általában beszéltünk a részvételi módszerekről, de azokat az egészségfejlesztés terén is széles körben és meglehetős sikerrel használják. Az ebben a dokumentumban bemutatott megközelítés egyik lényegi pontja, hogy az egészségi állapot egy komplex rendszerben határozódik meg, ami nem csak azt jelenti, hogy nagyon sok, egymással is összefüggő tényező és szereplő van rá hatással, hanem hogy ezeknek a hatásoknak egy jelentős részét kívülről puszta megfigyelés által nincs lehetőségünk egyértelműen felderíteni.

Fel kell készülni ugyanakkor arra, hogy éppen az egészségi állapot terén speciális kihívásokkal kell szembenéznünk, ha a részvételiség létjogosultságának el akarjuk fogadtatni, illetve azt eredményesen használni.

27 http://www.chriscorrigan.com/parkinglot/divergent-and-convergent-thinking/

Egy tipikus egészségfejlesztési probléma, és a szempontok, amiket a részvételiség révén felderíthetünk

Tudjuk, hogy a dohányzás káros az egészségre. De nem tudjuk megjósolni, hogy ha a teljes rendszerből – minden mást változatlannak tételezve – kivennénk a dohányzást, annak mi lenne a következménye. Valami más drog vagy más függőség töltené be a helyét az egyének életében? Mit tenne az emberekkel, a családokkal, a közösségekkel az a stressz, amit most a dohányzás így-úgy, de legalábbis részben kezel? Mi töltené be a dohányzásnak a szociális érintkezésekben játszott szerepét? Bár a teljes társadalomban egyre inkább negatív stigma, ha valaki dohányzik, a fiatalok körében nem ritkán még mindig a „menőség" és a csoporthoz tartozás ismérve, milyen más „jel" helyettesítené, ha egyszer csak eltűnne? Egyáltalán miért dohányoznak az emberek? Milyen makrogazdasági hatások jelentkeznének például a ma a dohányzáshoz kapcsolódó foglalkoztatás, adóbevételek csökkenése következtében?

A következtetés természetesen nem az, hogy nem kell a dohányzással foglalkozni, hanem az, hogy máshogy kell. A makrogazdasági hatásoktól eltekintve, ami legalábbis részben a hagyományos szakértői módszerekkel is jól modellezhető, az összes többi felvetett kérdésre a részvételi módszerek bekapcsolása kínálhat megoldást.

A lakosság bevonásának egyik legfontosabb feltétele a „szakértők" megnyerése a folyamatnak két különböző, de egyformán alapvető okból. Ez, bármi legyen is a részvételi folyamat témája, nehéz és fontos feladat. Az egészségi állapot annyiban különleges, hogy ez a társadalmilag az egyik leginkább elismert szakértői tudással, az orvostudománnyal és annak társtudományaival megtámogatott terület, és jellemző a biológiai-orvosi szempontok dominanciája a döntéshozatal minden területén.[28] Ezért várhatóan még a szokásosnál is nehezebb magukkal a szakértőkkel, de a többi szereplővel is elfogadtatni, hogy releváns a „hozzá nem értőket" bevonni a szakpolitikai tervezési folyamatba,[29] ráadásul úgy, hogy a szakértők maguk is partnerek maradjanak, de egyenrangúnak fogadják el a folyamatban részt vevő „laikusokat". A másik ok, hogy az egészségnek a jelen Útmutatóban is részletezett komplexitásáról elmélyült tudással rendelkező szakértők magának a részvételi folyamatnak a facilitálásához is elengedhetetlenek: ők tudják, hogy mit és hogyan kell kérdezni. Az „egészség" szóra a legtöbb avatatlannak az „egészségügy" ugrik be, hiszen „történelmileg" az egészségügyet és annak szakembereit tekintettük az egészséggel kapcsolatos mindenféle kompetencia kizárólagos birtokosainak.[30] Ugyanakkor nem életszerű, és nem is kell a részvételi folyamat feltételének tekintenünk, hogy a lakossági résztvevők mélységeiben megértsék az egészséget meghatározó rendszer komplexitását. A részvételi munka sikerének elengedhetetlen feltétele, hogy az egészséget a maga komplexitásában kezelje, de ehhez az kell, hogy legyen, aki tud jól kérdezni úgy, hogy akár ki sem ejti a száján azt a szót, hogy „egészség".

A tasmán kormányzat honlapján a következőképp fogalmazzák meg a részvételiség fontosságát az egészségfejlesztésben: „A hatásos egészségfejlesztés az embereket helyezi az összes tevékenység szívébe. Az egészségfejlesztés olyasvalami kell, hogy legyen, amit az emberek maguk csinálnak, vagy amit az emberekkel együtt csinálunk, nem pedig valami, amit végrehajtunk az embereken, vagy csinálunk nekik. Ahhoz, hogy ez megvalósuljon, a közösségeket teljes mértékben résztvevővé kell tenni, hogy az emberek az egészségfejlesztési programok valamennyi fázisát a magukénak érezzék és részt vegyenek azokban."[31]

A módszer és annak hatásossága, hatékonysága, tényleges megvalósítása élénk tudományos érdeklődést generált. A kutatások egyik fontos tapasztalata, hogy mint általában a népegészségügyi programoknál, a részvételi eszközöket használóknál is kulcskérdés, milyen kimeneteket határozunk meg sikerkritériumként. Az egészségi állapotban bekövetkező változások helyett már rövid távon is mérhető lehet például az egészségmagatartás, az egészségműveltség, az egészséggel kapcsolatos attitűdök változása. Ugyanakkor a részvételi módszerek egyik központi jellemzője, hogy nemcsak az egyén, hanem a teljes közösség életére átalakító hatással lehetnek, vagyis a közösségen belüli

28 Rifkin, Susan B. (2009): Lessons from community participation in health programmes: a review of the post Alma-Ata experience. International Health, Volume 1, Issue 1, September 2009, Pages 31–36.

29 Marent, Benjamin – Forster, Rudolf – Nowak, Peter (2012): Theorizing participation in health promotion: A literature review. Social Theory & Health (2012) 10, 188–207. doi:10.1057/sth.2012.2.

30 WHO (2016): Flagship Reaport 2016 – Open Mindsets – Participatory Leadership for Health, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251458/9789241511360-eng.pdf;jsessionid=CB056037C069927B9E52F1C84EB47455?sequence=1

31 Tasmanian Government (nd.): Community Participation, https://www.dhhs.tas.gov.au/wihpw/principles/community_participation

viszonyok, attitűdök változása is releváns. A folyamatok (kapcsolatok, működésmódok, eljárások, tevékenységek) változásának mérése betekintést engedhet azokba a mélyebb, az egészséget is érintő, a teljes társadalmi mikrorendszerre ható változásokba, amit a részvételi módszer alkalmazása elindít. Haldane és szerzőtársai[32] 49 népegészségügyi célú részvételi folyamat eredményeit vizsgálták, és azt találták, hogy bár csak körülbelül negyedüknek volt mérhető egészséghatása, valamennyi program hatásos volt valamilyen területen: hatásukra megváltoztak a szervezeti vagy a közösségi folyamatok, átalakultak a közösségen belüli viszonyok, megváltozott a döntéshozók szemlélete. Bagnall és szerzőtársai[33] 65 rendszerszintű megközelítést (whole system approach) alkalmazó beavatkozás eredményességét vizsgálták, 33 ezek közül kifejezetten az elhízásra fókuszált. A népegészségügyi problémák rendszerszintű megközelítését a szerzők a NICE (National Institute of Health and Care Excellence) ajánlása alapján definiálták,[34] ennek része a közösség bevonása is. A vizsgált programokban mind az egészségmagatartás, mind a problémával kapcsolatos szülői és közösségi odafigyelés, mind pedig a releváns közösségi kapacitások terén találtak pozitív eredményeket. A fentiek szerint hatásosnak bizonyuló beavatkozások közös jellemzői az alábbiak: teljeskörűen bevonták a releváns partnereket és a közösséget; hagytak időt a kapcsolatok, a bizalom és a kapacitások kiépítésére; a program egy szélesebb szakpolitikai rendszerbe illeszkedett; az értékelést helyben végezték; kellő mértékű anyagi erőforrással rendelkeztek. Allender és szerzőtársai[35] egy ausztrál gyerekelhízás-ellenes közösségi programról számolnak be, a kimenetek helyett a folyamattal a fókuszban. Rámutatnak, hogyan változott meg a rendszerszerű megközelítés következtében a helyi döntéshozók percepciója a megcélzott problémát és magát a közösséget illetően, hogyan helyeződött egyre nagyobb hangsúly a közösség bevonására, és tágult ki az a horizont, amin belül magát a problémát, a gyerekek elhízását kezelni érvényesnek tekintették, például nyert egyre nagyobb hangsúlyt a közösségfejlesztés a kifejezett egészségcélú beavatkozások helyett.

9. Részvételi tapasztalatok Magyarországon

A közösségi részvételi döntéshozatalnak gazdag hagyományai vannak Magyarországon is, dacára annak, hogy a társadalom és a döntéshozók többsége feltehetően sosem találkozott még a fogalommal vagy a jelenséggel magával. Ezzel együtt léteznek a részvételiséget tanító és művelő civil szervezetek, vannak települések, ahol törekszenek a közösség bevonására, és vannak olyan témák, ahol gazdag részvételi tapasztalatok gyűltek fel. Ezeknek a példáknak az ismerete muníciót adhat az egészségfejlesztés terén a részvételi módszer alkalmazásához: példát, ötleteket meríthetnek belőle a PE szervezői és tagjai. A VI. fejezetben – a nemzetközi példákkal együtt – bemutatunk néhány ilyen példát.

32 Haldane V., Chuah FLH., Srivastava A., Singh SR., Koh GCH., Seng CK., et al. (2019): Community participation in health services development, implementation, and evaluation: A systematic review of empowerment, health, community, and process outcomes. PLoS ONE 14(5): e0216112., https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216112

33 Bagnall, Anne-Marie – Radley, Duncan – Jones, Rebecca – Gately, Paul – Nobles, James - Van Dijk, Margie – Blackshaw, Jamie – Montel, Sam – Sahota, Pinki (2019): Whole systems approaches to obesity and other complex public health challenges: a systematic review. BMC Public Health (2019) 19:8.

34 NICE (National Institute of Health and Care Excellence) (2010): Identifying the key elements and interactions of a whole system approach to obesity prevention. Edited by National Institute for Health and Care Excellence.London: Peninsula Technology Assessment Group (PenTAG); 2010.

35 Allender, Steven – Brown, Andrew D. – Bolton, Kristy A. – Fraser, Penny – Lowe, Janette – Hovmand, Peter (2019): Translating systems thinking into practice for community.

B. Közösségi egészségtervezés[36]

Vitrai J., Girán J., Pipicz M.

1. Bevezetés

Hazánkban közel három évtizede készülnek egészségtervek különböző célokkal és módszertanokkal. 2015-ben az Európai Unió támogatásával lehetőség nyílt arra, hogy a hazai és nemzetközi tapasztalatok értékelése alapján új, továbbfejlesztett egészségtervezési módszertani kézikönyv jöjjön létre.[37] A széles körű együttműködésben írt, konszenzussal elfogadott módszertan fejlesztésébe a Debreceni Egyetem, a Pécsi Tudományegyetem, a Szegedi Tudományegyetem, az Eötvös Loránd Tudományegyetem és a Budapesti Corvinus Egyetem népegészségügyi szakembereit, továbbá az Állami Egészségügyi Ellátó Központ, a Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, az Országos Tisztifőorvosi Hivatal és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár szakértőit vonták be. A módszertant a projekt keretein belül 20 járásban tesztelték, járásonként egy-egy munkacsoport létrehozásával, valamint az egészségtervek készítéséért és koordinálásáért felelős szakemberek képzésével és módszertani támogatásával.[38]

A közösségi egészségterv az adott közösség egészségi állapotának, egészségkultúrájának, életkörülményeinek és a helyi erőforrások, szolgáltatások, valamint a közösségen kívüli hatások figyelembe vételével készített, a beavatkozási lehetőségek mérlegelésén alapuló, az érintettek bevonására épített, sokszereplős cselekvési program a közösség egészségi állapotának javítása érdekében.

Az érintettek (lakosság, az állami, gazdasági és civil szervezetek) részvétele a tervezésben biztosítja, hogy a tervezett beavatkozások a helyi szükségleteket és igényeket fogják kielégíteni. A helyi társadalom részvétele jótékonyság és kölcsönös előnyök alapján tett felajánlások révén növeli az egészségterv megvalósításához felhasználható erőforrásokat, és egyúttal garantálja azok leghatékonyabb felhasználását. A közösség egyetértésével kialakított terv megvalósítására a helyi szereplők nagy valószínűséggel készséggel vállalkoznak, ami a siker legfontosabb záloga.

2. Az egészségtervezés elsődleges szempontjai

A kézikönyvet készítő szakértői munkacsoport a beavatkozások kiemelt célterületeinek a következő négyet ajánlotta: (1) az egészséges választás és az egészséges életkörülmények kialakításának támogatása; (2) az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek, készségek és motiváció fejlesztése; (3) a legnagyobb egészségveszteséget okozó betegségek megelőzése, szövődményeik csökkentése; (4) a közösség bevonása a tervezett beavatkozások megvalósításába.

A szakértői munkacsoport ugyancsak négy kiemelt tervezési szempontot javasolt: (1) a népegészségügyi jelentőségű problémákra való reagálás, (2) az egyenlőtlenségek mérséklése, (3) a költséghatékonyság szem előtt tartása és (4) a hosszú távú szemlélet alkalmazása.

3. A tervezés lépései

A közösségi egészségtervezés ciklikusan ismétlődő, önmagát javító folyamat, ugyanis minden ciklusban felhasználhatják az előzőkben szerzett tapasztalatokat. A ciklusok hosszát a közösségek maguk határozzák meg, de szakmai érvek szólnak amellett, hogy érdemes 3–5 éves középtávú terveket készíteni, melynek megvalósítását célszerű éves cselekvési tervre lebontani.

A tervezés legelső ciklusában kell felállítani egy szakértőkből álló tervezési, munkacsoportot, amelynek tagjai tervezési valamint népegészségügyi témákban olyan továbbképzésen vesznek részt, hogy felkészülten tudják támogatni a tervezés folyamatát és a tervek megvalósítását. Az egészségterveket a közösséget képviselő Partneri Együttműködés (PE) készíti, aminek munkáját a tervezési munkacsoport szakértői segítik.

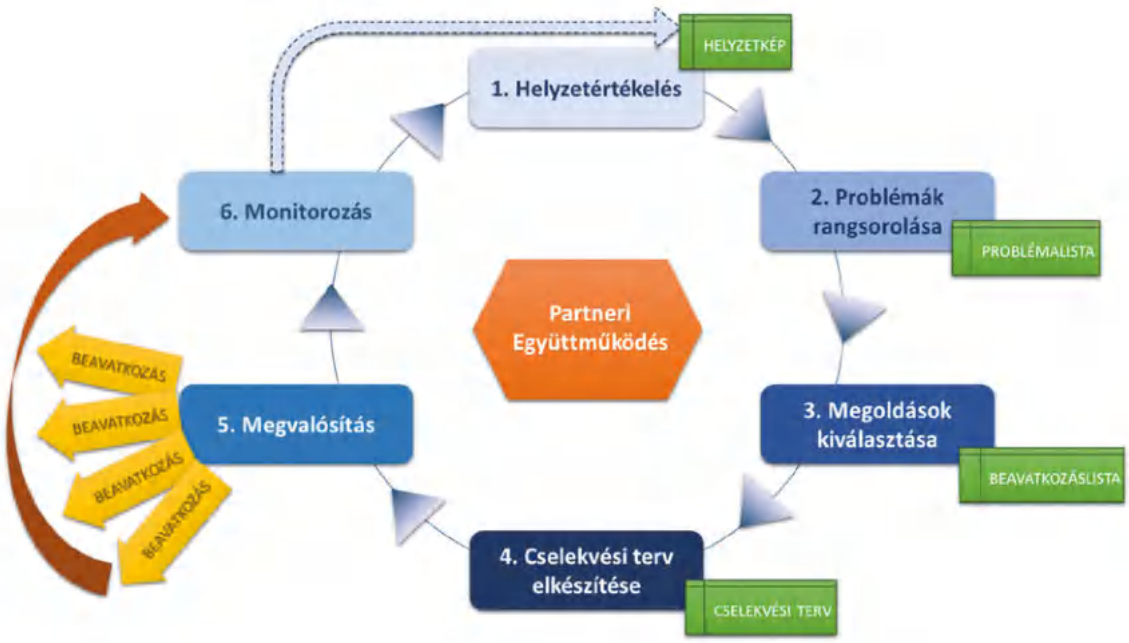
Helyzetértékelés

A közösségi egészségtervezés hat szakaszból álló ciklusának első lépése a helyzetértékelés, amelynek célja a közösség egészségi állapotának és az azt befolyásoló tényezők, körülmények, valamint

36 A fejezet Turi G. Új utakon a hazai egészségtervezés. Egészségfejlesztés, 2018; 60 (3): 36–45. és Turi G., Vitrai J.: A közösségi egészségtervezés módszertana. IME, 2015; 14 (3): 11–14. közlemények felhasználásával készült.

37 A kézikönyv a TÁMOP 6.2.5-B-13/1-20014-0001 „Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködések kialakítása” című kiemelt projektben készítették.

38 A közösségi egészségtervezésről részletesebben az Egészségfejlesztés folyóirat e témának szentelt 2019-es 3. különszámában olvasható.



4. ábra: A közösségi egészségtervezés ciklusa

az ezekhez kapcsolódó közösségi igények feltérképezése. (*4. ábra*) Az ehhez szükséges adatokat és információkat elsősorban a már korábban előállított adatbázisokból, tanulmányokból a tervezési csoport szakértői szerzik be, illetve az irányításukkal megvalósított helyi vélemény és igényfelmérések (egyéni vagy csoportos beszélgetések, kérdezések) szolgáltatják. Az adatok és információk feldolgozásával nyert, az időbeli változásokra vonatkozó elemzés és más térségekkel való összevetés eredményeit a Helyzetkép dokumentum tartalmazza.

Problémák rangsorolása

A tervezési ciklus második lépésében a PE áttekinti, értékeli a Helyzetképet, és az érintettek bevonásával meghatározza, melyek a megoldandó problémák, és azokat fontossági sorrendbe állítja. A sorrend megállapításához figyelembe kell venni a lehetséges ok-okozati kapcsolatokat, az egyes tényezők közötti összefüggéseket. A PE-nek arra kell törekednie, hogy a problémalista tetején azok a problémák szerepeljenek, amelyek megoldása több másik probléma megszűnését, csillapodását eredményezi. Másképpen fogalmazva, hogy a problémák „gyökereit” találják meg.

Megoldások kiválasztása

A közösség egyetértésével elkészített rangsor tetejére helyezett problémákra a tervezési munkacsoport szakértői megoldási lehetőségeket javasolnak. A PE az érintettek bevonásával tanulmányozza a javaslatokat, és azokat a közösségből érkező javaslatokkal kiegészíti. A megoldási lehetőségeket a szakértők értékelik és az értékelés eredménye alapján a PE kiválasztja azokat a beavatkozásokat, amelyek a közösség rendelkezésére álló erőforrások hasznosításával a legnagyobb eredmény várható, és amelyek megvalósítása várhatóan a közösség legnagyobb elégedettségét fogják kiváltani. *(Az értékelés egy módjára lásd az 1. szövegdobozt!)*

Cselekvési terv elkészítése

A tervezési munkacsoport a PE által kiválasztott probléma–beavatkozás párokhoz meghatározza a megvalósítás feladatait, azok ütemezését, a felelősöket és a résztvevőket, a teljesítés előfeltételeit, erőforrás-szükségleteit, valamint a feladathoz tartozó monitorozás módszertanát és lépéseit, végül pedig a feladatok végrehajtásának eredményeit. A részletesen kidolgozott Cselekvési tervet a PE az érintettek bevonásával megvitatja, véleményezi, majd a szakértők által véglegesített tervet elfogadja.

Megvalósítás

A PE megbízza az egyes feladatok Cselekvési tervben megnevezett felelőseit, felkéri a résztvevőket a beavatkozások tervnek megfelelő megvalósítására. A beavatkozások terv szerinti megvalósításának biztosításához a tevékenységek monitorozása azok megindításától párhuzamosan történik.

Monitorozás

A monitorozási tevékenység a Cselekvési terv végrehajtásának folyamatára, illetve eredményére irányul. Információt szolgáltat mind a közösség, mind pedig a szakértők számára a Cselekvési terv

Probléma rangsorszáma	Probléma	A Probléma mérete	B Probléma súlyossága	C Beavatkozás hatásossága	D Súlyszám = (A+2B)xC
1	Elhízás	30% = 10	Közepes = 7	50% = 5	120
5	Dohányzás	15% = 5	Közepes = 8	30% = 3	63
11	Betöltetlen házi-orvosi praxisok	5% = 5	Közepes = 5	100% = 10	150
19	Közlekedési balesetek	0,5% = 3	Közepes = 4	15% = 2	22
23	Légszennye-zettség	10% = 7	Közepes = 4	30% = 3	45
25	Kevés testmozgás	20% = 8	Közepes = 5	30% = 3	54
42	Allergia	5% = 5	Minimális = 2	10% = 1	9

A probléma és a megoldására javasolt beavatkozáspárokat 1–10-ig terjedő skálán három szempont szerint értékelik: a probléma elterjedtsége (A oszlop); a probléma súlyossága (B oszlop); és a beavatkozás hatásossága (C oszlop). A Helyzetkép adatai alapján a problémával érintett lakosság aránya adja a probléma elterjedtségének pontszámát. A probléma súlyosságának értékelése a betegségek vagy az egészségkockázatok (pl. alkoholfogyasztás, dohányfogyasztás) okozta egészséges életévveszteségek alapján történik. A beavatkozás hatásosságára vonatkozó információk a publikált kutatási eredményekből és beszámolókból származhatnak. Amennyiben a probléma súlyosságára vagy a beavatkozás hatásosságára vonatkozóan nem állnak rendelkezésre információk, akkor az szakértői becslés segítségével értékelhető. Az összeállítandó Cselekvési tervbe a D oszlopban kiszámolt, magas súlyszám alapján érdemes probléma–beavatkozás párokat beemelni.

megfelelőségéről és sikerességéről. A tapasztalatokat a közösség hasznosíthatja a következő tervezési ciklusban a Helyzetkép frissítéséhez, illetve a szakértők a tervezési ciklus értékelésével szerzett tapasztalatokat, tudást továbbadhatják más közösségek számára.

C. Kommunikáció

Nemesrévi M.

1. Bevezetés

Mint a legtöbb projekt esetében, a gyermekek egészségét javító komplex, részvételalapú járási partneri együttműködés kialakításánál és végrehajtásánál is különösen fontos, hogy a projekt egyes elemeit miként tálaljuk a célközönség felé, azaz miként kommunikálunk az együttműködés során. A hatékony kommunikáció nagyban segíti a projekttel elérni kívánt célt, megfelelő kommunikációs módszerekkel és praktikákkal jelentősen növelhető a hosszú távú pozitív változás elérésének valószínűsége a gyermekek egészségének javításában, a gyermekkori elhízás megelőzésében, visszafordításában. Mindez dióhéjban azt jelenti, hogy a járási partneri együttműködésben részt vevők – pl. egészségügyi szakemberek, pedagógusok, szülők stb. –, akik a programokat alakítják és végrehajtják, figyelmet kell, hogy fordítsanak arra, miként kommunikálnak a gyerekekkel, akik a projekt célcsoportjaként azonosíthatóak, mert ha mindezt hatékonyan teszik, az egészségügyi eredmény is növelhető. Ennek a gondolatnak a mentén az alábbiakban összefoglalásra kerül, hogy melyek azok a kommunikációs körülmények, lépések, teendők, amiket érdemes figyelembe venni, elvégezni, ha hosszú távon hatásos, eredményes projektet szeretnénk megvalósítani. Ezek olyan „praktikák”, amelyek elsajátíthatók kommunikációs előképzettség nélkül, de kommunikációs szakember bevonása is segítségünkre lehet.

A gyermekkori elhízás okainak és következményeinek feltérképezése, az obezitás körülményeinek azonosítása és a mindezekre adható válaszok komplex nézőpontot, összetett vizsgálatot igényelnek. Az egészségi, pszichológiai és egyéb szempontok mellett azonban rögzíteni kell azt is, hogy a gyermekkori elhízás megelőzésében, vagy éppen annak visszafordításában, csökkentésében kulcsfontosságú szerepet játszik a megfelelő és hatékony kommunikáció is, méghozzá amiatt, mert a probléma indukálásában is főszerepet játszik a kommunikáció, az egészségtelen ételek, a káros életmód reklámozása, vonzóvá tétele.

Így tehát amennyiben valódi szemléletváltást kívánunk elérni egy területen – jelen esetben a gyermekkori elhízás témájában –, elengedhetetlen, hogy a kommunikációra ne úgy tekintsünk, mint púp a háton, hanem mint esszenciális lehetőség, hogy szándékainkat és céljainkat ne csak mi magunk értsük. A kommunikáció célja tehát nem más, mint az, hogy az általunk közvetíteni kívánt üzenet a maga teljességében hatékonyan el tudjon jutni azokhoz, akiket célcsoportként megjelöltünk.

Számtalanszor fordul elő, hogy a szándék megvan, a tudás adott, de az átadás képessége, vagy pusztán a körülmények hiányoznak ahhoz, hogy egy újítást, jobbítást meg tudjunk mutatni azoknak, akik egyébként nyitottak volnának erre, de a nyelvi nehézségek, a félreértések és félreértelmezések tengerében elsüllyed az innovációs Titanic. Mindez azt jelenti, hogy a problémára megfogalmazott válaszoknak, megoldási utaknak tartalmazniuk és alkalmazniuk kell olyan kommunikációs technikákat, amelyek élővé teszik a szakmai beavatkozási kísérleteket, hosszú távon is hatékonyan juttatják el azokat az üzeneteket a címzettekhez, amelyek a gyermekkori elhízás megelőzésében vagy kezelésében kiemelt szerepet játszhatnak.

Hiszen ha egy szakmai javaslat csak önmagában áll, de nincs, aki azt megfelelően alkalmazza, akkor csak addig jutunk el, mint a zseniális regény, amit megírtak, de soha nem olvastak el. A cél tehát az, hogy a következő oldalakon megvizsgáljuk, melyek azonosíthatóak jó és kevésbé jó kommunikációs módszerként, illetve hogy a jó módszereket elsajátítva ez a kezdeményezés ne ütközzön annak a bizonyos jéghegynek.

2. A különböző kommunikációs módszerek hatékonyságának feltérképezése

A különböző kommunikációs technikák csoportosítására, jellemzőik beazonosítására számtalan módszer létezik. Az ezzel foglalkozó tudományos szféra sokféle kategorizálást ismer és tart számon, kezdve egészen a szóbeli és írásbeli műfajok (pl. interjú vagy sajtóközlemény) egymástól való elválasztásától a hosszúság vizsgálatán át (pl. Twitter- vagy TED-előadás) a formai jellemzők szerinti felosztásig (pl. nyomtatott sajtó vagy internetes hirdetés). Azonban mielőtt ítéletet mondanánk afelett, hogy egyik vagy másik kommunikációs módszer hatékonysága a magasabb-e, vizsgálati szempontként be kell vezetnünk a témához – azaz a gyermekkori elhízáshoz – való igazodást is. Ez azt jelenti, hogy ha azonosítjuk a téma szereplőit és környezetét (pl. gyermekek, szülők, tanárok, óvoda, iskola, egészségügyi személyzet, multinacionális élelmiszergyártó cégek, reklámipar, adott ország kulturális sajátosságai[39]), máris közelebb juthatunk ahhoz, hogy mely technikák lehetnek a leghatékonyabbak.

De mielőtt beazonosítanánk a konkrét eszközöket, elengedhetetlen, hogy rögzítsünk egy alapállásbeli összefüggést, ami iránytűként szolgálhat: az egyik legnagyobb probléma, hogy a tudományos világ, az értelmiség többsége rendszerint elköveti azt a hibát, hogy azt gondolja, az úgynevezett edukálással elérheti céljait, hiszen minél több ember tudja meg ugyanazt, mint én, annál több ember is fog majd ugyanúgy viselkedni. Ez – nemcsak – kommunikációs zsákutca; ha idealisztikus emberképet alkotunk, és mindenki mást magunk mellé szeretnénk „felhúzni", hamar csalódnunk kell, hiszen az emberek közel sem egyformák, illetve amint edukációs szaga lesz egy üzenetnek, azonnal óriási ellenállást válthat ki a célcsoportból.

Ha már feltétlenül egy -ció végződésű latin eredetű kifejezéssel szeretnénk kommunikációnkat fémjelezni, az legyen a szenzáció, ne pedig az edukáció. Az emberek sokkal fogékonyabbak arra, ha egy történetet mesélünk el (amit el szeretnénk mondani, azt egy történetbe foglaljuk[40]), nem pedig kiokítani szeretnénk őket egy olyan témában, amiben amúgy is kevésbé jártasak, ezzel elérve azt, hogy azonnal alsóbbrendűnek érezhessék ma-

39 Például Ausztráliában kulcsszerepet játszott a gyermekelhízás elleni kampányban az iskolaújságok közreműködése, míg az USA-ban elsősorban a nagy televíziós vagy internetes, sokkszerű kommunikáció volt a hatékony [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában]. Ez is azt támasztja alá, hogy a helyi adottságok és szokások figyelembevétele nélkül nem lehet olyan kommunikációt hatékonyan alkalmazni, amelyre rezonálnának a címzettek.

40 Ez az ún. storytelling módszer, mely abból a felismerésből indul ki, hogy a történeteket könnyebb értelmezni és megjegyezni, mert az érzelmi reakció segít az agynak az összetettebb tények lebontásában. A történet, a mesélés tehát egy médium, egy közvetítő eszköz, amely segít valami rendkívül összetett dolog elmagyarázásában. A storytelling módszere bevonó módszer: a kommunikáció címzettje részesévé válik a történetnek, amit mesélnek neki, így tudattalanul, de érdekeltté válik abban, hogy megtudja, merre visz az az út, amin őt elindítja a mesélés.

gukat. Kedvet kell csinálni, nem pedig okosítani,[41] hiszen nincs abban semmi meglepő, hogy sokkal inkább olyannal van kedvünk törődni, amiben jól is érezzük magunkat.

Részben ebből is következik egy másik fontos alaptétel: ideje elfelejtenünk a „ne" vagy „nem", vagyis tiltással indítandó felszólításainkat, hiszen ha valamit nem szabad, az csak még izgalmasabbá válik (kiváltképp gyerekkorban), tehát éppen az ellenkezőjét érjük el vele. Számos, a kommunikáció retorikáját vizsgáló kutatás is kimutatta már, hogy az ember leginkább a „ne" vagy „nem" utáni részekre emlékszik csak, a tiltást törli az agyunk, ellenállunk neki.[42]

Így tehát kommunikációnk során lehetőleg ne okítsunk,[43] ne győzködjünk, ehelyett a storytelling módszerét szem előtt tartva mutassuk meg, milyen jó élmény egészségesnek lenni, egészségesen élni. Annak ugyanis nem lesz tartós eredménye, ha egy elhízott gyereknek azt mondjuk, ne falj annyi csokit, mert elhízol, és soha életedben nem tudsz kigyógyulni a kardiovaszkuláris betegségeidből. Ennél sokkal célravezetőbb, ha megmutatjuk: ha az ember egészséges, fitt, erős, sportos, az boldogságot okoz. Erre nagyon oda kell figyelnünk, mert a legtöbb egészségkárosító élelmiszer reklámja is mindmind azt sugalmazza: ha ezt iszod-eszed, boldog leszel. Ezt a technikát röviden életérzéskampánynak nevezhetjük, ami azt jelenti, hogy elsősorban nem a terméket vagy a viselkedésmódot szükséges eladni, reklámozni, hanem az általuk okozott életérzést. Pongyolán fogalmazva azt is mondhatnánk, hogy amíg a brokkoli PR-ja rosszabb, mint az édességé, ne várjunk áttörő hatást. Ha a zöldségevéshez negatív, nyomasztó érzelmek társulnak, népszerűségük nem fog emelkedni. Éppen ezért a kommunikációs feladat a gyermekelhízás esetében az, hogy kialakítsuk azokat – az adott szociokulturális közeghez adaptált – szlogeneket, felhívásokat, mondatokat, amelyek az aktív életmódot, az egészséges életmódot nem valamiről történő lemondásként, hanem a boldogság, a jóllét, a könnyedség és a siker kulcsaként mutatják be.

3. Kommunikációs lehetőségek az üzeneteljuttatás hatékonyságának növelésére

Helyzetkép

A mai magyar viszonyokot áttekintve több nehézséggel is szembetaláljuk magunkat, miközben az elmúlt időszakban az állam is jelentős szerepet vállal abban, hogy a gyermekelhízás kapcsán a kéretlen folyamatokat visszafordíthassuk. Bevezetésre került az ún. chipsadó, mely köznyelvi elnevezése ellenére nemcsak az olajban sült krumplira vonatkozik, hanem számtalan egészségre káros terméket vetett adóztatás alá. Végbement a menzareform, az iskolabüféket is rendszabályozták, valamint a mindennapos testnevelés bevezetése is választ ad a gyerekkori elhízásra. A tapasztalatok azonban azt mutatják, hogy ezek az intézkedések csupán szükséges, de nem elégséges feltételei a tartós változásnak. Az iskolai környezet bár rendkívül fontos, mégsem mindenható, hiszen hiába kapnak a gyerekek uzsonnára friss gyümölcsöt, ha otthon reggelire zsíros kenyér van, vacsorára pedig mirelitpizza. Nem beszélve arról, hogy eközben a reklámcégek, a nagy élelmiszergyártók egy pillanatra sem állnak meg, a fiatalokat az összes platformon,[44] amelyen kommunikálnak, sorra érik az erősebbnél erősebb impulzusok, amelyek könnyen kikezdik egy-egy szakmai döntés hosszú távú hatását.[45]

Ennélfogva a gyerekek egészséges iskolai környezetének kialakítása bár nélkülözhetetlen, legalább ennyire fontos az otthon, a szülők, a család bevonása. Itt válik a téma gyerekkori elhízásból

41 Könnyen belátható, hogy direkt módon azt kérni az emberektől, hogy viselkedjenek okosan, nem túl bölcs döntés. Egy gyermek számára az élet kijelöli azokat a tereket, ahol okosnak kell lennie (pl. iskola), az étkezés és a szabadidő eltöltése nem kell, hogy ezek közé a szférák közé tartozzon. Szülei számára pedig egy ehhez hasonló felszólítás komoly ellenállásba ütközhet („Én tudom a legjobban, hogy mi jó a gyerekemnek, nem mások!"). Ez utóbbi elutasító, lezáró attitűddel találkoztak azok az egészségügyi tanácsadók is Svédországban, ahol a motivációs beszélgetés műfaját igyekeznek alkalmazni a gyermekkori elhízással kapcsolatosan [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában].

42 Ez például megkérdőjelezi a „Ne gyújts rá!" dohányzásellenes kampány hatékonysági fokát is.

43 A Nemzeti Élelmiszerlánc-biztonsági Hivatal néhány évvel ezelőtt Gyerekszíget elnevezésű kiadvánnyal jelentkezett a gyermekelhízás témájában. A kiadvány címlapján két olyan szlogen is található („Ételt csak okosan már az óvodában is", „Fiatal korban, tudatosan"), amelyek valódi hatékonyságát érdemes lehet átgondolni a fenti kommunikációs alaptételek figyelembevételével.

44 Nagy-Britanniában próbálkoznak állami szinten az online tér szabályozásával e tekintetben, míg az USA-ban azt a taktikát választották, hogy ha az online térben érkezik a legtöbb káros impulzus, akkor az online térben kell elhelyezni a válaszkommunikációt is [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában].

45 Hasonló küzdelmet folytat Németország is: bár jól kiépült egészségügyi rendszere van, állami programok is léteznek a gyermekkori elhízást célzóan (pl. nemzeti sportprogram), sőt reklámszabályozási eszközöket is bevezettek annak érdekében, hogy kevesebb ilyen tartalom érhesse a gyermekeket, mégsem jutnak látható és hosszú távon is mérhető sikerre. Ennek okaiként elsősorban a szülői, családi minta hiányát, valamint a reklámszabályozási jogi kiskapukat azonosíthatjuk [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában].

családi elhízássá, melyeket nem lehet külön kezelni, azt pedig nem várhatjuk el a gyerekektől, hogy egyedül megváltoztassák a családi – feltehetően döntő többségében rossz – étkezési szokásokat. Abban az esetben sem várhatunk eredményt, ha a szülői értekezleten mindenkit kiokítunk, mit főzzön otthon, hiszen ha a család egyik legbensőségesebb szokásait akarjuk megváltoztatni, brutális ellenállásba ütközve találjuk majd magunkat.[46]

Jól látszik, hogy nem lehet pusztán az egyik érintetti kört kiemelni, összetett beavatkozásra van szükség, hiszen a tanároktól kezdve a szülőkön át egészen a gyerekekig – nem beszélve a multinacionális cégekről,[47] és azok minden csoporton átívelő hatásukról – mindenki érintett. Olyan ez, mint a soros kapcsolás, ha egyetlen kis izzót kiveszünk a képből, sajnos az egész sor sötétségben marad. Ennek pedig egyenes következménye, hogy együttműködésre van szükség kommunikációs szinten is, ahol mindenki hasonló szempontok alapján, de kiveszi a részét a munkából. Ahhoz pedig, hogy az egész égősor szépen világítson, bizony jól átgondolt, minden célcsoportot – akár külön-külön módszerekkel – érintő kommunikáció szükséges, ami meglehetősen gyerekcipőben jár még jelenleg Magyarországon. A jó hír, hogy nincs minden veszve, sőt! Ezek formálható területek, de jól megfontolt és részletesen kidolgozott beavatkozást igényelnek.

Attitűdváltás

Ahhoz, hogy jó kommunikációs módszereket azonosítsunk, a fenti helyzetképből adódik, hogy az első – vagy valójában nulladik lépés – az attitűdváltás: azaz át kell állítanunk a szemléletünket, ha a gyermekelhízás problémáját szeretnénk megoldani. Globális jelenségről van szó, amit globálisan fenntartanak erős, anyagilag stabil cégek, viszont országonként más és más hatást gyakorolnak. Éppen ezért a kommunikációs stratégia felépítésénél össze kell egyeztetni a gyermekelhízás globális és helyi jellemzőit, méghozzá úgy, hogy egyik fontosságát sem helyezhetjük a másik elé.[48] Éppen ezért kiemelten fontos, hogy tisztában legyünk azokkal az akár sok évtizedes tendenciákkal is, amik hazánkban elvezettek a gyermekkori elhízás terjedéséhez, hiszen jó és hatékony válaszokat csak így adhatunk erre a kihívásra. Az, ahogy mi, magyarok viszonyulunk dolgokhoz, nagymértékben a közösen megélt történelmi múltnak köszönhető, ezzel pedig muszáj külön foglalkozni, ezt a munkát nem spórolhatjuk meg, hiszen ahhoz, hogy magyar családok és így a kisgyermekek számára is befogadható, hatásos kommunikációt alakítsunk ki, meg kell értsük, mely hazánkban tapasztalható berögződések miért alakulhattak ki.

A teljesség igénye nélkül az elmúlt száz évet dióhéjban tekintve ilyen összetevők például:

- a világháborús körülmények,
- az élelmiszerhiány,
- a kenyérjegy intézménye,
- ezt követően a szocializmus alatti „van bőven, de csak egyféle”,
- majd a „végre nem csak Boci van meg Kőbányai a boltban” érzése.

A magyar ember megtanulta, hogy addig kell enni, amíg van. A létbizonytalanság, a „holnap hogyan lesz” kérdése mind-mind arra vezet, hogy akkor és addig kell megenni a magunkét, amíg azt látjuk. Fontos rögzíteni, hogy a fenti körülmények, események alakította emberi attitűdök meglétében és fenntartásában az emberek nem hibásak, így kommunikációnk során sem „büntethetjük” őket ezért, illetve ennek következményeiként kialakult jelenlegi fogyasztási szokásaikért. Így a történelmi sajátosságok során magunkra szedett attitűdök nem mások, mint közös tudás, az ezekre való reakciók pedig teljességgel racionálisnak mondhatók.

A nyugati életminőség iránti vágy, a gyorséttermek megjelenése minderre csak rátett egy lapáttal, hiszen rájátszott arra a közösségi érzelemre, hogy ha valami nyugatról jön, az csak jobb lehet, mint ami itthon van, így az is nehezen érthető, mi olyan egészségtelen a McDonald’sban: hús, zsemle, krumpli, kis zöldség. Az már csak a hab a tortán, hogy ezek a típusú ételek tőlünk nyugatabbra az élelmiszerüzletekben nemcsak az ottani fizetések-

46 Ezt támasztja alá Svédország is, ahol kifejezetten a szülőkkel történő személyes, egyedi kommunikációra helyezik a hangsúlyt. A módszert vizsgáló kutatások szerint nagyon kevés szülő reagál pozitívan, befogadóan arra, ha egy egészségügyi szakember a gyermek esetleges elhízásáról beszél, hiszen szenzitív témáról van szó, ahol az elsődleges kommunikációs válaszreakció az önvédelem lesz [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában].

47 A különböző multicégek felelőssége óriási, hiszen bár többen beszélnek úgynevezett etikus reklámokról, ez a valóságban nehezen elképzelhető, hiszen egy profitorientált cég szeme előtt egyetlen dolog lebeg. Hogy ezekkel a cégekkel együtt tud-e működni az állam abban a formában, hogy ne utóbbi húzza a rövidebbet, jó kérdés, inkább az figyelhető meg, ahogy a multicégek jó tanulót játszva telepednek rá az egészséges életmód témájára, miközben céljuk továbbra is a profitmaximalizálás és a fogyasztók függőségének kialakítása, fenntartása.

48 Ezzel a szemléletmóddal operált Franciaország is az ún. EPODE kialakítása során. Ez a program úgy veselkedik neki a gyermekkori elhízás elleni küzdelemnek, hogy a globális tendenciákra helyi válaszokat kíván adni, és települési szinten vezet be intézkedéseket, települési szinten kommunikál a gyermekek és szüleik felé (pl. vitalitás családi nap) helyi közszereplők, meghatározó arcok bevonásával [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában].

hez képest olcsóbbak, hanem nominálisan is, mi mégis megvesszük 1000 forintért azt a mirelitpizzát, amit Angliában 1 fontért árulnak.

A fentiek tehát nagy vonalakban azok a minták, attitűdformáló erők, amelyek hatásától nem szabad eltekintenünk, ha a gyermekkori elhízásra adható kommunikációs lehetőségekkel szeretnénk foglalkozni. A kommunikációnk nem lóghat kontextus nélkül a levegőben – különben nem lesz belőle elmesélt történet –, hanem illeszkednie kell a közeghez, rezonálnia kell az abban részt vevők lelki állapotára. Azaz az attitűdváltás azoknak a felelőssége, akik kommunikálni kívánnak, tenni kívánnak a gyermekelhízás ellen. Ezeknek az aktívan tevékenykedő, másokat cselekvésre ösztönző szereplőknek kell megértenie, hogy (össztársadalmi) szemléletváltást csak szemléletváltás indukálhat. Ha tevékenységünket a mai magyarországi viszonyokhoz mérjük, sikerrel járhatunk. Vegyük figyelembe, hogy mik okozzák, okozták – nem csak egészségszakmai szempontok szerint – a gyermekkori elhízás megjelenését és fennmaradását, vegyük figyelembe, hogy milyen a minket körülvevő globális és lokális környezet, és ne menjünk el amellett sem, hogy a XXI. század és technikái itt élnek velünk, kihasználva fogyasztói sérülékenységünket! Ha sikerül ezt a szemléletet magunkévá tenni, erre az attitűdre átváltanunk, sikerülhet eredményt elérni a gyermekelhízással érintett csoportok attitűdjében is.[49]

Ha pedig a gyermekelhízás ellen küzdők sikeresen meglépik az attitűdváltást, magukévá teszik azt a szemléletet, azt az alapállást, amellyel a problémával érintett szereplők hatékonyan elérhetőek, következhet a kommunikációs eszközök és platformok beazonosítása, amelyek használata ma nagy segítsége lehet az egészséges életmód üzeneteinek átadásában.

Eszközök és platformok

A nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy nincs két egyforma ország a gyermekelhízás tekintetében sem, míg Japánban szinte kommunikációs technikák nélkül, addig az USA-ban a legkeményebb marketingmódszerekkel veszik fel a küzdelmet a fiatalkori obezitással. Ennek a két végletnek a cizelláltabb módozatait találhatjuk meg az európai országokban, ahol a kormányzati intézkedéscsomagok és azok népszerűsítése mellett nagy hangsúlyt fektetnek a helyi, települési szintű kommunikációra is, utóbbi Ausztráliában is nyerő forgatókönyvnek számít. Mindezekből az következik, hogy érdemes röviden végigvenni, mely eszközökkel és mely platformokon lehetséges a kommunikáció, de a leghatékonyabb kiválasztása minden egyes egyedi esetben úgy történhet csak meg, ha feltérképezzük azt a szűkebb vagy tágabb közeget, amely esetében hatást szeretnénk kifejteni.

Ahogy az egész népegészségügy megújítására is szükség van, legalább ennyire fontos, hogy ne az unalomig ismételt tankönyvi példákat sorakoztassuk fel, ha olyan kommunikációt szeretnénk folytatni, ami nagyobb eséllyel ér célba, mint az azt megelőző próbálkozások. Mivel a kommunikáció (az, hogy sokszor elmondjuk ugyanazt mindenhol) önmagában kevés, egy lassabb, szervesebb változásra érdemes gondolnunk, amely során a régi, betokosodott, rajtunk maradt előnytelen magatartásformák szépen lassan elbomlanak. Így pedig érdemes odafigyelnünk mind az alábbiakra:

- nyomtatott sajtó – helyi és országos, ingyenes és fizetős egyaránt;
- rádió – több kutatás szerint a rádió üzeneteljuttatási hatása a mai napig az egyik legmagasabb, azaz ha rádiózunk, akkor arra odafigyelünk;
- televízió – az egyik legnagyobb legitimációs erővel bíró eszköz;
- online tér – ezen belül kiemelten a közösségi médiaplatformok, mint pl. Facebook, YouTube, Instagram és TikTok;
- plakátok;
- alternatív kommunikációs eszközök.

Lassan évtizedekben mérhető, amióta különböző szakemberek vagy éppen újságírók mondogatják, hogy a nyomtatott sajtónak leáldozott. 2020-ban mégis azt látjuk, hogy jócskán körbe vagyunk véve napilapokkal, helyi ingyenes kiadványokkal, tematikus heti és havilapokkal, sőt a legnagyobb cégek is reklámújságokon keresztül hirdetnek a mai napig. A nyomtatott sajtó hatásfokának alábecslése tehát hiba, az viszont lényeges, hogy önmagában ez az eszköz soha ne álljon, az itt elhangzó üzenetet valamelyik másik platformon keresztül szintén támogassuk meg a magasabb hatékonyság elérése érdekében. Ezt teszik a különböző áruházak is, amikor a postaládánkba érkező szóróanyag tartalmát viszontlátjuk a televízió reklámblokkjában, vagy ezt teszik a közéleti napilapok is, amikor a nyomtatásban megjelent cikkeiket online is elérhetővé teszik. A nyomtatott sajtó tehát

49 Ezt támasztja alá a svéd, valamint az ausztrál példa is. Előbbi esetében azt figyelték meg az ottani módszert vizsgáló szakértők, hogy bár a derékbőség nem lett kisebb, de az emberek tudatosabban viselkedtek az étkezi szokásaik tekintetében, mint korábban, ami hosszú távon az egészségesebb életvitel felé tolta el őket. Ausztráliában hasonló eredményre jutottak, az ottani módszer hatékonyságát szintén abban látják, hogy a gyermekelhízás elleni kampány üzeneteit az emberek jóval később is vissza tudták adni, ami hosszú távon szintén az egészségesebb életvitel eléréséhez vezet. A módszerek részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában.

kiindulópontként szolgálhat, pl. Ausztráliában az iskolaújság lett az egyik legfőbb eszköze a gyermekelhízás elleni kampánynak, míg Franciaországban a helyi médiumok hatásai bizonyultak az egyik legmagasabbnak.[50] Itt persze tudnunk kell, hogy a nyomtatott sajtó – leszámítva az iskolaújságot – elsősorban a felnőtteket éri el, azaz a szülői, családi szemszögből megfogalmazott üzenetek elhelyezésére lehet alkalmas.

A rádió mint kommunikációs eszköz elsőre kifejezetten ósdinak hathat, és valószínűleg meg is vannak a maga korlátai – pl. csak bizonyos életkort ér el igazán –, de azt fontos rögzíteni, hogy hazánkban az, aki bekapcsolja a rádiót, oda is figyel arra, amit ott hall. Ez azt jelenti, hogy a rádió sokkal kevésbé számít háttérzajszerű kommunikációs eszköznek, mint a televízió. Ezt viszont nem szabad azzal összekeverni, hogy a rádió hatása összességében nagyobb lenne, mindösszesen annyit jelent, hogy az a réteg, aki valamilyen élethelyzetben rádiót hallgat, koncentráltabban teszi, mint amilyen koncentráltan tévézünk. Tehát feltételezhető, hogy a rádióban elhangzó üzenetek hamarabb tudatosulnak a fogyasztóban, mint pl. a televíziókban elhangzók, főként tekintettel arra, hogy utóbbiak a tudattalan megszólítására specializálódtak.

Kár tagadni, hogy a televíziózásnak 2020-ban is komoly hatása van Magyarországon (is). A nyomtatott sajtóhoz és a rádiózáshoz hasonlóan a tévézés halálát is hosszú évek óta lehet hallani, mégis a mai napig itt van velünk, és a rajta keresztül érkező tartalom sohasem volt olyan kidolgozott, mint napjainkban. A nagy élelmiszergyártó cégek komoly reklámcégeket bíznak meg egy-egy hirdetésük elkészítésével és televíziós elhelyezésével, pedig alig néhány másodpercről van csak szó. Ha valami, hát akkor ez bizonyítja azt tökéletesen, hogy a televízió hatása a mai napig legyőzhetetlen. A legtöbb nemzetközi példa is ezt mutatja: lényegében nincsen olyan ország, ahol ne tettek volna kísérletet arra valamilyen formában, hogy a gyermekkori elhízás vonatkozásában televíziós kampányt állítsanak össze, vagy éppen a másik oldalról megfogva a problémát, reklámszabályozási eszközöket rögzítettek törvényekben.[51] Mindeközben ma már azt mondják, a XXI. század az internet kora, mégsem lenne okos döntés kizárólag a közösségi médiára helyezni a hangsúlyt. Bár a Facebookon gyakorlatilag valóban minden életkorú felhasználó megtalálható, a tévének még mindig jelentős legitimációs ereje van, az ott látott/hallott tartalom komolyabbnak, valóságosabbnak hat. Jó érzékeltető példa lehet erre, hogy egy közéleti személyiség, celeb, politikus is a Facebookra teszi ki, hogy szerepelt a tévében, nem pedig a tévében mondja el, hogy szerepelt a Facebookon. A két platform természetesen hat egymásra, mégis számolnunk kell a televízió fontosságával, melynek lényege minden bizonnyal a szerkesztett tartalom vonzerejében lelhető fel. A tévéreklámokat tehát nem tudjuk megspórolni (a szószoros értelmében sem), itt viszont nem bűn tanulni a multicégek módszereiből. Az előzőekben többször is említett edukációs módszer jellegtelennek, ósdinak, tolakodónak hat, ehelyett bőven itt van az ideje annak, hogy olyan életérzéskampányok készüljenek el, melyek megmutatják a boldog,[52] „én is ilyen akarok lenni" érzést az adott témával kapcsolatban. Televíziós marketingkommunikációs szempontból figyelemreméltó kormányzati próbálkozás a Családok évére készült „Szülőnek lenni életre szóló kaland"[53] című kisfilmsorozat is, ami ebben a korán sem egyszerű és a gyermekelhízásnál nem kevésbé összetett témában tudott pár másodpercben érdekes, megragadó reklámot előállítani, edukáció helyett szenzációval, a stroytelling módszerével operálva. Ezt nyugodtan rögzíthetjük pozitív példaként, és mintát vehetünk róla akkor, amikor egy olyan, hasonlóan szenzitív és alapvetően nehézkes témában készítünk reklámszpotot, mint amilyen a helyes táplálkozás, a fizikai aktivitás, az egészséges életmód és napi rutin promotálása a kényelem helyett.

A fentieken túl nagyon fontos beszélni az online térről is. Ez sokkal kevésbé strukturálható és átlátható, mint az előző, klasszikusnak nevezhető kommunikációs eszközök, talán nem véletlen, hogy ennek szabályozására sokkal kevesebb nemzetközi példa található, mint a televíziós reklámok esetében.[54] Mégis muszáj dióhéjban foglalkozni az online térrel és az azon keresztül elérhető platformokkal, ugyanis a gyermekelhízással érintett korcsoportok szereplői idejük mérhető részét töltik ezeken a felületeken.

50 Az ausztrál és a francia módszerek részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában.

51 Ezek részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában.

52 A fogyasztói társadalom egyik komoly következménye, hogy az emberek mára gyakran összekeverik a boldogságot a kényelemmel, hiszen számtalan olyan dolog létezik, ami bár nem kényelmes, mégis összességében boldogságot okoz. Ez utóbbi esetekben pedig kommunikációs szinten arra kell helyezni a hangsúlyt, hogy az adott dolog megvásárlása, fogyasztása boldogságot, jó érzést okoz, nem pedig arra, hogy kényelmetlen és valamilyen lemondással jár.

53 https://www.youtube.com/watch?v=r-7jFcO8azs

54 Nagy-Britanniában igyekeznek jogi szabályozóeszközöket kialakítani az online térben megjelenő reklámokra [lásd a VI. fejezet K. pontjában]

A Facebook fontosságáról már sokan értekeztek az elmúlt tíz évben, ez nem is változott érdemben, hiszen kétmilliárd felhasználóval valóban komoly jelentőséggel bír, akár választások kimenetelére is döntő hatással lehet. A legnépszerűbb közösségi portálon jelen lenni fontos, talán elengedhetetlen is, azonban újító szándékkal sokat várni tőle már kevésbé tanácsos. A Facebook hatása magas, de nem ír felül mindent. Ahogy a televíziónál láttuk, ma – legalábbis Magyarországon biztosan – sokkal inkább tartanak az emberek egy információt hitelesnek, ha az a tévében jelenik meg, mint ha a Facebookon. Igaz ez a reklámokra is, hiszen éppen szabályozatlansága miatt sok csalóval lehet itt találkozni, olyan akciókkal és hirdetésekkel, amelyek mögött nincs valós termék vagy szolgáltatás. A Facebook így másodlagos platformként működhet, azaz az üzenetünkhöz készíthetünk egy márkaoldalt,[55] amin minden fontos dolog megtalálható, ami ide tartozhat, a felhasználó azonosulást kereshet a márkával, sőt közszereplőket is kapcsolhatunk a témánkhoz. A Facebook kiváltképp alkalmas a videós tartalmak elhelyezésére – elérési algoritmusa is ezeket részesíti előnyben, azaz egy videót több felhasználónak fog ajánlani a Facebook motorja, mint egy szöveges posztot –, így használható a televízióban megjelenő reklámok újraelhelyezésére, vagy akár arra is, hogy egy-két sztárt hozzákapcsoljunk a márkánkhoz, hiszen egy-egy jól időzített megosztás akár tízezrek elérését is indukálhatja.

Tekintettel arra, hogy ma a Facebook is a videós tartalmakat részesíti előnyben, fontos egy gondolat erejéig kitérni a YouTube videómegosztó platformra is, ami az utóbbi időben szintén felvette a közösségi média jellemzőit. Az iskolás korosztály számára sztárok nemcsak a tévében léteznek, hanem a YouTube-on is (youtuberek). Ők azok a személyek, akik saját csatornával rendelkeznek, újabb és újabb videóikról pedig a követők értesítéseket kapnak. A videók egyszerre közvetítenek hangot és képet, így csakúgy, mint a tévés reklámok, óriási hatással bírnak. A gyermekelhízás elleni kampányok során főként az USA-ban használták ezt a platformot: egy ún. vírusvideót tettek itt közzé, amely rövid idő alatt nagyon magas nézettségi szintet tudott elérni.[56]

A Facebook mellett szintén nagy népszerűségnek örvend hazánkban is az Instagram-alkalmazás, ami már kimondottan arra specializálódott, hogy csökkentse a szöveges tartalmat, és képi megjelenítéssel próbáljon átadni üzeneteket. Magyarországon sok felhasználója van a platformnak, főként a fiatalabb korosztályból, ezért a különböző márkák is előszeretettel alkalmazzák. Az Instagram alkalmas arra, hogy a másodpercek tört része alatt közvetítsen üzenetet, és mivel alapvetően a felhasználói visszajelzésekre épül, könnyű stabil ügyfélkört építeni vele. Nagyon sok funkciója van, amely a fogyasztóval való kapcsolattartást segíti, így a felhasználó azt érzi, azzal, hogy hűséges egy márkához, a márka is hűséges lesz hozzá. Éppen ezért a Facebookhoz hasonlóan itt is a branding technika lehet sikeres, azaz az átadni kívánt üzenetünk mellé egy márka kialakítása, amely a platform technikáit felhasználva folyton elérhető és egyre növekvő – fiatalokból álló – bázist épít.[57]

Az alkalmazás pedig, ami mellett nem mehetünk el: TikTok. A Kínából a 2010-es évek végén elindult videómegosztó brutálisan népszerű lett a tizenévesek körében világszerte, köztük Magyarországon is. Egy rövid, akár néhány másodperces (kb. 10 mp) videóban (ameddig még fenntartható egy tinédzser figyelme) táncolnak, szinkronizálnak, viccelődnek a szereplők. Ez lehet egy tizennégy éves kislány egy hatvani panellakásból, de lehet Gáspár Laci is a barber shopban, aki néhány másodpercig magára vonja a figyelmet. A különböző aggályainkat félretéve ebben óriási lehetőség van, hiszen ennek a célcsoportnak (sem) nem másfél órás előadást kell tartani egy negyvendiás prezentációban, hanem 7 másodpercben felhívni a figyelmét egy olyan fontos dologra, mint az egészsége. Ez nem könnyű, de közel sem lehetetlen. A TikTok alapvetően arra épít, hogy minél rövidebben és minél harsányabban mutasson meg valamit, az alkalmazás által közvetített tartalom sebessége óriási. Hazánkban felhasználói köre egyelőre korosztályspecifikus, és kifejezetten azoknál a korcsoportoknál található meg, akik gyermekelhízással érintettek. A 2000-ben, 2010-ben vagy éppen 2015-ben születettek számára a Facebook sebessége már lassúnak hathat, így érdemes lehet kommunikációsan is felkészülni arra, hogy egy komplex üzenetet miként lehet hatásosan átadni 10 másodpercben.

A fentieken túl említés szintjén érintenünk kell a plakátokat is mint kommunikációs eszközöket. Az online térhez képest szinte ódivatúnak hatnak,

55 Ezt nevezik brandingnek, azaz: az üzenet nem önmagában áll, hanem márkaként jelenik meg, összefog mindent, ami tartalmilag összeegyeztethető vele. Így a célcsoport a márkát jegyzi meg, és a márkán keresztül hívja elő a hozzá kapcsolható üzenetet vagy üzeneteket. A branding technikáját, ha nem is a Facebook-on, de Ausztráliában használták a gyermekelhízás elleni kormányzati kampányban [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában].

56 Az amerikai videós kampány részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában!

57 Ma már az egyes márkák nyereményjátékokat is Instagramon keresztül bonyolítanak le. A platform egyik előnye, hogy a bekerülési költség rendkívül alacsony, hirdetésre is alkalmas, és közszereplőket is bevonhat, akik kereszthivatkozással hirdetik a márkát.

mégis ha jobban belegondolunk, intenzíven körülvesznek minket, lépten-nyomon belebotlunk egy-egy plakátba. Ennek a kommunikációs technikának két nagyon fontos jellemzője van: (1) kép és szöveg együtt szerepel rajta; (2) méretéből adódóan figyelemfelhívó. A plakátok nagysága segíti azt, hogy az általa közvetített üzenetet a célcsoportok észrevegyék, míg a kép plusz szöveg kombináció egymást támogatja, hiszen oda-vissza magyarázzák az átadni kívánt üzenetet. Plakátkampányt alkalmaztak a gyermekkori elhízás témájában az USA-ban és Franciaországban[58] is, utóbbi esetében a kormányzati óriáshirdetés olyan meggyőzőre sikerült, hogy a plakát felkerült az online térbe és nagy sikert aratott az interneten is.

Az itt röviden ismertetett kommunikációs eszközökön túl mindenképpen említést kell tenni az ún. alternatív kommunikációs eszközökről, a rendezvényekről, részvételalapú eseményekről is. Ezek nem klasszikusan úgy működnek, mint az előzőekben bemutatott technikák, hiszen hiányzik a „kézzelfogható" közvetítőeszköz. Sokkal inkább beszélhetünk egy bevonó stratégiáról, ahol a részvétellel jut el az üzenet a célcsoportokhoz. Ilyen lehet pl. egy családi nap, vagy települési szinten egy aktivitás/vitalitás kártya létrehozása, de akár egy közösségi kert megművelése is. Persze az ezekhez való csatlakozásra rá kell venni az embereket, ami pedig újra kommunikációs eszközökkel történik, de a rendezvények – annál fogva, hogy a célszemélyek aktívan részt vesznek jelenlétükkel – maradandó hatást érhetnek el.[59]

Szótáralkotás, a nyelvi eszköztár lecserélése

Ha megtörtént az attitűdváltás; új szemlélettel tekintünk a kommunikációs stratégia megalkotására; valamint kiválasztottuk a használni kívánt kommunikációs eszköz(öke)t, következik az üzenet tartalmának az adott platformra adaptált megalkotása (természetesen mindehhez képzett kommunikációs szakemberek bevonása is javasolt lehet). Ez azt jelenti, hogy nemcsak formailag (pl. rövid szöveg nagy betűmérettel) kell megfelelő szöveget alkotnunk, hanem szerkezetében is, ennek pedig két lényeges mozzanata van:

- nyelvileg befogadható legyen;
- cselekvésre hívjon fel.

A nyelvi befogadhatósághoz szótáralkotást kell véghezvinni, azaz magyarról magyarra kell fordítani. Meg kell találnunk üzeneteink XXI. századi, kisgyermekek számára is befogadható szinonimáit, el kell hagynunk azokat a nyelvi berögződéseket, amelyek sok évtizede velünk élnek. Ez nyelvújító munka, de ha megspóroljuk, hiába dolgoztunk a kampány bármely másik részével. Azon a nyelven kell beszélnünk, amit a célcsoport is beszél, így válunk hitelessé. Nem tudományos előadást tartunk és nem is sokoldalas értekezést írunk, hanem meggyőzni szeretnénk valakiket valamiről a lehető legkompaktabb módon. Egy figyelemfelhívó, rikító színű plakátra nem illik az „étkezés" szó, de az „ifjúság" sem. És bár felnőtt rajta egy – vagy talán kettő – generáció is, 2020-ban nem biztos, hogy működik az a hetvenes-nyolcvanas évekbeli szlogen, hogy „Itt az erő, itt az izom, pasztőrözött tejet iszom!". A nyelvileg befogadható szöveg megtalálása persze korántsem egyszerű feladat, szinte kémiai méricskélést igénylő munka. Egyszerre kell formailag megfelelni a kommunikációs közvetítőeszköz követelményeinek; egyszerre kell tartalmat átadni; megtartani az eredeti üzenet lényegét; elfelejteni az edukáló szándékot és a mai világ szókészletét használni. Ha mindezek között sikerül megtalálni a megfelelő arányt, akkor nagy valószínűséggel a szövegünk működőképes és hatásos lesz, sokszor a kulcs pedig nem a túlbonyolításban, túlgondolásban, hanem a nemes egyszerűségben rejlik.[60]

A nyelvi befogadhatóság melletti másik fontos kritérium a cselekvésre való felhívás, azaz a call to action.[61] Ez azt jelenti, hogy a szövegünk utolsó mondata mindenképpen egy olyan mondat legyen, amivel a nézőt, a hallgatót, a befogadót cselekvésre ösztönözzük, és azt érjük el nála, hogy a reklámban bemutatott életérzés elérése semmi máson nem múlik, minthogy ő maga is megvásárolja a hirdetett terméket. Ezzel kvázi kézen fogjuk

58 Részletesen lásd a VI. fejezet K. pontjában.

59 A francia EPODE programnak szerves része volt a közösségi részvételen alapuló rendezvények megtartása [részleteit lásd a VI. fejezet K. pontjában]

60 Ezzel a technikával dolgozik például a Coca-Cola is. Ahelyett, hogy hosszan taglalná a reklámszpot során, hogy miért kell kólát vásárolni, csak annyit mond: „Élvezd!". A termékről ezzel egy dolgot tudunk meg: ha megvásároljuk, élvezni fogjuk az életet, mindez bőven elég ahhoz, hogy fogyasztásra bírja a célcsoportot. De hasonlóan alakíthatták ki 2020-as egyik kampányukat is, amikor is az elején felteszi a reklám a kérdést: „Te is látod?", majd semmi más nem történik, csak végighallgatja a tévénéző egy kólásüveg kinyílását és az üdítő kitöltését (https://trademagazin.hu/hu/te-is-latod-amikor-hallod/). Mindkét esetben nyelvileg rövid, könnyen érhető, befogadható, nem edukáló, hanem storytelling módszerrel találkozunk.

61 Call To Action, vagy röviden CAT. Az alapvetően felszólító módban megfogalmazott mondat kommunikációs célja, hogy cselekvésre bírjon, az üzenet ne maradjon befogadó nélkül, hanem a címzett cselekvéssel reagáljon arra (pl. hirdetett termék megvásárlása).

a fogyasztót, és képzeletben már el is kísérjük az áruház polcáig, azaz meghozzuk helyette a döntést, hogy vásároljon-e az adott termékből vagy sem.[62]

Összegzés

Az előzőekben felvázolt, röviden bemutatott kommunikációs alapelvek és technikák jó iránytűként szolgálhatnak ahhoz, hogy a gyermekelhízással kapcsolatos üzeneteket megfogalmazzuk és hatékonyan eljuttathassuk a célközönséghez. A kommunikációs stratégia megtervezésekor fontos, hogy

- beazonosítsuk azt a célcsoportot – és annak fő jellemzőit –, akikhez szólni kívánunk (pl. egy egész család, gyerekek, szülők, mely országban vagy településen élnek, milyen szociokulturális jellemzőik vannak stb.);
- üzeneteink megfogalmazásakor nem edukáló, hanem storytelling technikát alkalmazzunk, azaz magyarázat helyett egy olyan elérhető életérzést (pl. boldogság, könnyedség) közvetítsünk, amelyhez a célközönség tartozni szeretne;
- ne fogalmazzunk meg tiltást;
- a globális technikákat egyeztessük össze a helyi sajátosságokkal;
- azonosítsuk be a megfelelő platformot vagy platformokat, amelyeken keresztül kommunikálni szeretnénk, ezek között hozzunk létre sorrendet és összefüggést, hogy egyik eszköz képes legyen támogatni a másik eszközt (pl. az iskolaújság szövege kérje meg az olvasót, hogy keressen rá Facebookon az ide tartozó videóra, amit egyébként egy Youtube-csatornán talál meg);
- az üzeneteket mai nyelven, a célcsoport szókészletének használatával, a műszavakat kerülve fogalmazzuk meg;
- ha tehetjük, zárjuk üzenetünket call to action mondattal, hogy az üzenetet befogadó úgy érezze, részese a hirdetésnek, amit lát, és egyetlen apró lépésre (pl. vásárlás) van csak attól, hogy elérje a reklámban bemutatott vágyott állapotot.

A fenti útmutató alkalmas lehet arra, hogy annak mentén hatásos és sikeres kampány épüljön fel. Azonban ahogy minden kampány esetében, úgy a gyermekelhízásról szóló kommunikációnál is fontos rögzíteni, hogy a viselkedésváltoztatás, az eddig berögzült életmód megváltoztatása hosszadalmas folyamat, az eredmények nem egy-két hét, és nem is egy-két hónap, hanem évekkel később mérhetőek valójában. Éppen ezért időbeli hosszában és pillanatnyi sűrűségében is érdemes odafigyelni a kommunikáció mennyiségére: azaz sokat és sokáig kommunikáljunk, az üzenetek ismétléssel rögzülnek.

62 Ezt a technikát alkalmazza többek között a Snickers is, amikor azzal zárja a reklámját, hogy „Te jössz!”.

IV. A LÉTREHOZÁS LÉPÉSEI

A. Járások kiválasztása

Girán J., Kollányi Zs., Pipicz M., Várfalvi M.

Az Útmutató ezen fejezete javaslatot fogalmaz meg azokra a járásokra vonatkozóan, amelyek a gyermekek egészségét javító komplex, részvételalapú népegészségügyi beavatkozások megvalósításával kapcsolatos tapasztalatok gyűjtéséhez szolgálhatnak próbahelyszínként. A javasolt járások kiválasztásakor az elsődleges szempont, hogy a beavatkozások megvalósítása során minél több és sokrétűbb tapasztalatot lehessen a partnerségi kapcsolatépítésről, valamint a részvételalapú egészségvédelmi beavatkozások tervezéséről és megvalósításáról összegyűjteni. A széles körű tapasztalatszerzést az indokolja, hogy a próbaszakasz lezárását követően az ilyen jellegű átfogó országos beavatkozások tervezéséhez és megvalósításához minél több adat és információ állhasson a döntéshozók rendelkezésére.

A projekt kipróbálásnak szakaszában a járások kiválasztásának feladata jelenti egyrészt azoknak a járásoknak a meghatározását, amelyekben a tervezett közösségi egészségfejlesztési beavatkozások megtörténnek. Ezen túlmenően a kiválasztási feladat része olyan kontrollhelyszínként funkcionáló járások kiválasztása is, ahol nem történik ilyen célú direkt és szervezett beavatkozás, így a próba- és kontrolljárások jellemzőinek összevetésével a próbahelyszíneken történő beavatkozások hatása monitorozható lehet.

1. Előzmények

Magyarországon a 2020. évben összesen 197 járás volt. A beavatkozások próbahelyszíneként szolgáló járások kiválasztásakor a feladat az, hogy ezen alapsokaságból a széles körű tapasztalatgyűjtés célját szem előtt tartva az optimális számú és a megfelelő jellemzőkkel bíró járások kiválasztásra kerüljenek.

A kiválasztási folyamat első lépéseként a következő feladatok fogalmazódtak meg:

- a kiválasztás szempontjainak azonosítása;
- a kiválasztásra kerülő járások számának meghatározása.

2. A projekthelyszínek kiválasztásának szempontjai

A projekthelyszínek meghatározásakor elsődlegesen azt szükséges eldönteni, hogy a kiválasztás milyen módszerrel történjen. A lehetséges módszerek a következők:

1. szisztematikus mintavételi eljárás alkalmazása a járások kiválasztásához;
2. Delphi-módszer alkalmazása a járások kiválasztásához;
3. szisztematikus mintavételi eljárás és a Delphi-módszer kombinációjának alkalmazása a járások kiválasztásához;
4. szakértők felkérése a járások kiválasztásához.[63]

Jelen esetben mind a próbajárások, mind a kontrollhelyszínként szolgáló járások kiválasztása – minél szélesebb körű és célzottabb tapasztalatszerzés érdekében – a szakértői felkérésen alapuló kiválasztás került alkalmazásra.[64] A járások kiválasztásának ezen megoldása esetén minden olyan szakértői szempont érvényesülhet, amelyet az országos Irányító Testület (oIT) tagjai a projekt országos kiterjesztésének előkészítéséhez meghatározónak tartanak, és a próbaszakasz lehetőségét kihasználva ezek relevanciáját ellenőrizni is kívánják.

Ily módon a járások kiválasztásakor érvényesítendő szakértői szempontként a következők javasoltak:

- a járásban működik-e EFI;
- a járásban az elmúlt 5 évben működött-e, illetve működik-e bármilyen, a közösségi egészségfejlesztést vagy egészségvédelmet célzó kezdeményezés vagy színtérprogram;
- a járásnak van-e egészségfejlesztési és esélyegyenlőségi terve;
- a járásban lévő településeknek van-e egészségfejlesztési és esélyegyenlőségi terve;
- a járásban az elmúlt 5 évben működött-e, illetve működik-e bármilyen közösségfejlesztést célzó kezdeményezés;
- a járás országon belüli földrajzi elhelyezkedése;
- a járást alkotó települések településnagyság szerinti összetétele;
- a járás gazdasági fejlettsége;
- a járás természeti, környezeti tényezői;
- a járásban lévő roma kisebbségi önkormányzatok száma.

A járások kiválasztásakor javasolt, hogy olyan járások kerüljenek kiválasztásra, amelyek az érvényesítendő szakértői szempontok alapján egymástól jelentősen különböznek (pl. alacsony településszám – magas településszám; keleti országrész – nyugati országrész stb.). Ily módon növekedhet annak esélye,

63 A járások kiválasztásához alkalmazható módszerek ismertetését a VI. fejezet Járások kiválasztásának módszertana rész tartalmazza.

64 A szakértői csoport az oIT tagja közül alakított munkacsoport volt.

hogy a kiválasztott járásokban az egészséget meghatározó, a társadalmi-gazdasági-természeti tényezők különbségén alapuló egészségi állapotbeli különbségek és az azok javítását célzó beavatkozások hatásainak különbségei monitorozhatóvá válhatnak.

3. Próbahelyszínként kiválasztandó járások száma

A részvételalapú népegészségügyi beavatkozások megvalósításának próbahelyszínként öt járás kiválasztása tűnt optimálisnak. Ennek oka, hogy a szakértői kiválasztási szempontokat tekintve ily módon olyan eltérő helyzetű járáspárok határozhatók meg, ahol a különböző helyzetek összehasonlítása a tapasztalatszerzés lehetőségét tovább bővítheti. Az ötödik járás egy budapesti kerület lehet. Ebben az esetben az a tény, hogy egy nagyváros minden kerülete egy-egy önálló járásként is értelmeződik, önmagában is sajátos helyzetet jelent. Az ebben a viszonyrendszerben megvalósuló beavatkozásokkal kapcsolatos tapasztalatok a többi járásban megszerezhető tapasztalatokhoz képest egy külön csoportot képezhetnek.

4. Kontrollhelyszínként funkcionáló járások kiválasztása

A kontrollhelyszínként funkcionáló járások kiválasztásakor a fő szempont az lehet, hogy kontroll-járá-

Próbahelyszínként javasolt járás	**Indoklás**
Sellyei járás (Baranya megye)	A járásban az EFOP – 1.8.9.-17-2017-00016 Komplex prevenciós program működik A járásban nincs nagyváros (járásszékhely: Sellye kb. 2750 fő). Jellemzően kistelepülésekből álló járás (összesen 38 település). Halmozottan hátrányos helyzetű régió. Magas a roma lakosság aránya.
Győri járás (Győr-Moson-Sopron megye)	Győr városa 25 éve aktív tagja a WHO Egészséges Városok Európai Hálózatának és a magyarországi nemzeti hálózatnak és ehhez kapcsolódóan folyamatos a helyi egészségfejlesztési programok működése. A járásban van nagyváros (járásszékhely: Győr kb. 130 000 fő). A járásszékhelyen kívül jellemzően kistelepülésekből álló járás (összesen 35 település). Gazdaságilag az egyik legfejlettebb járás.
Miskolci járás (Borsod-Abaúj-Zemplén megye)	A járásban nem működik közösségi egészségfejlesztési program. A járásban van nagyváros (járásszékhely: Miskolc kb. 166 000 fő). A járásszékhelyen kívül jellemzően kistelepülésekből álló járás (összesen 39 település).
Budapest XX. kerület Pesterzsébet	A járásban nem működik közösségi egészségfejlesztési program. A főváros egy kerülete, e helyzet minden sajátosságával (teljes népesség kb. 65 000 fő).
Békési járás (Békés megye)	A járásban nem működik közösségi egészségfejlesztési program. A járásban nincs nagyváros (járásszékhely: Békés kb. 20 000 fő). A települések lélekszáma 1000 és 20 000 fő között változik (összesen 7 település).
Kontrollhelyszínként javasolt járás	**Indoklás**
Fehérgyarmati járás (Szabolcs-Szatmár-Bereg megye)	A járásban nem működik közösségi egészségfejlesztési program. A járásban nincs nagyváros (járásszékhely: Fehérgyarmat kb. 8000 fő). Jellemzően kistelepülésekből álló járás (összesen 50 település). Halmozottan hátrányos helyzetű régió. Magas a roma lakosság aránya.
Szegedi járás (Csongrád megye)	A járásban nem működik közösségi egészségfejlesztési program. A járásban van nagyváros (járásszékhely: Szeged kb. 170 000 fő). A járásszékhelyen kívül jellemzően kistelepülésekből álló járás (összesen 13 település). Gazdaságilag fejlett járás.
Székesfehérvári járás (Fejér megye)	Székesfehérvár 25 éve aktív tagja a WHO Egészséges Városok Európai Hálózatának és a magyarországi nemzeti hálózatnak és ehhez kapcsolódóan folyamatos a helyi egészségfejlesztési programok működése. A járásban van nagyváros (járásszékhely: Székesfehérvár kb. 100 000 fő). A járásszékhelyen kívül jellemzően kistelepülésekből álló járás (összesen 25 település). Gazdaságilag az egyik legfejlettebb járás.
Budapest XII. kerület, Hegyvidék	A főváros egy kerülete, e helyzet minden sajátosságával (teljes népesség kb. 60 000 fő).
Bátonyterenyei járás (Nógrád megye)	A járásban nincs nagyváros (járásszékhely: Bátonyterenye kb. 13 000 fő). A települések lélekszáma 1000 és 13 000 fő között változik (összesen 8 település).

sok társadalmi-gazdasági-természeti jellemzői a kiválasztott próbahelyszínjárások jellemzőivel minél inkább egyezzenek meg.

5. Próba- és kontrollhelyszínként javasolt járások

A próbahelyszínként szolgáló járások kiválasztását illetően javasolt, hogy olyan járások kerüljenek kiválasztásra, amelyekben már jelenleg is működik EFI. Ezáltal az EFI a helyi munka szakmai és szervezeti bázisaként szolgálhat. Mindezek alapján a próbahelyszínként javasolt járások a következők:

Azon járások esetén, ahol jelenleg nem működik EFI, elsősorban a járásszékhely-település önkormányzata, továbbá minden ismert helyi civil vagy egyéb közösségi kezdeményezés számára szóló felhívás jelentheti a bevonás alapját.

B. Továbbképzés a szervezők számára

Kollányi Zs., Girán J., Nemesrévi M., Terebessy A., Pipicz M., Somhegyi A., Várfi M., Vitrai J.

1. Miért van szükség képzésre?

A jelen Útmutatóban vázolt módszertani megközelítés sokban alapoz a legkülönfélébb érintett szakemberek már meglévő tudására, de több területen igényli új ismeretek, új készségek elsajátítását, és legfőképpen egy, a népegészségügyben általánosan elterjedttől eltérő szemlélet meghonosodását. Mindennek érdekében szükség van a résztvevők tudásának és készségeinek szélesítésére, fejlesztésére. Ebben a fejezetben a ajánlott/javasolt (tovább)képzés tartalmát és felépítését vázoljuk fel.

Jelen Útmutató elsősorban a projekt országos vezetőinek kíván segítséget nyújtani abban, hogyan támogathatják a helyi Partneri Együttműködések (PE-k) szervezőit munkájukban. Ebben a fejezetben a helyi és országos PE tagjainak ehhez szükséges tudások/készségek és az ezekhez rendelhető képzési programok körét mutatjuk be.

A fejezet két részre tagolódik. Először felvázoljuk, melyek azok a tudások, amelyekre a teljes folyamat valamely pontján valamely szereplőnek szüksége lehet, és hogy mely szereplőnek mely tudásterületeken lesz szüksége elmélyültebb ismeretekre és mely területeken kevésbé. Ezt követően röviden bemutatjuk, hogy mely tudásterületen milyen modulokat és milyen képzési formában érdemes átadni. A fejezet végén mindezt táblázatos formában is kivonatoljuk: ebben egyszerűen lehet követni, hogy a helyi vagy az országos szint mely szereplőinek pontosan mely területen milyen témában és milyen mélységben kell az adott tudást elsajátítania.

2. A szükséges tudások és készségek és a képzendők köre

Az országos és a helyi PE-ek rendszerének kialakításához, és ahhoz, hogy a helyi PE-ek működni, vagyis a lakosság egészségéért aktívan és eredményesen tenni tudjanak, sokféle tudás- és készségterületen kell az érintetteknek otthonosan mozognia.

Országos szint

A projekt országos szintű vezetői (IT, VT) jellemzően olyan szakemberek, akik a projektben szükséges tudások egy jelentős részének szakértői. Ezzel együtt elképzelhető, hogy azoknak a tudásoknak és készségeknek más területein, amelyek a projekt sikeréhez elengedhetetlenek, kevesebb ismerettel, tapasztalattal rendelkeznek. Ezért gondoljuk úgy, hogy a képzés egy része nekik is szól: hogy az alkalmazott eszközök és koncepciók előttük kevéssé ismert elemeit az országos vezető testületek tagjainak is meg kell ismerniük és el kell sajátítaniuk. Országos szinten meg kell különböztetnünk a) szervező(ke)t vagy koordinátor(oka)t, b) Irányító Testületet (IT), c) Tanácsadó Testületet (TT) és d) az egyes területeken bevont szakértőket.

Az országos szintű testületek vezetőinek és tagjainak, valamint a projekt koordinátorainak és a különböző területeken bevont szakértőknek az alábbi területeken kell tudással rendelkezniük:

- az egészségi állapotot befolyásoló rendszer komplex természete;
- a komplex rendszerek jellemzői: összetett interakciók és a megismerhetetlenség jegyei;
- a részvételi módszerek mibenléte, lehetséges eszközei és jelentősége az egészségpolitikai döntéshozatalban;
- a viselkedésváltozás (COM-B modell);
- a partneri együttműködés jelentősége a helyi egészségfejlesztésben (health in all policies);
- az egészségtervezés alapjai, gyakorlata, jelentősége;
- módszertani alapok (hatásmérés, tervezés, teljesítményértékelés, monitorozás).

Helyi szint

A helyi PE-k tagjai jellemzően olyan szereplők, akik fő képzettségük alapján nem feltétlenül járatosak a népegészségügyi programokban, illetve egészségtervezésben: meglehetősen heterogén hátterű csoportra kell számítani. Ugyanez igaz lehet magára a

helyi PE szervezését végző csoportra is. Ugyanakkor a helyi szintű programokba is bevonhatók szakértők, de az ő tevékenységüknek is illeszkednie kell a projekt átfogó gondolati keretébe. Ezen túl érdemes a szemlélet alapjairól a projekt egyéb résztvevőit, a lakosságot is tájékoztatni. Helyi szinten a szereplők öt csoportját különböztethetjük meg: a) szervezők/koordinátorok, b) Irányító Testület, c) Véleményező Testület, d) szakértők, e) résztvevők.

A helyi szervezők és a PE tagjainak képzése az alábbi szempontokat kell, hogy célozza:

Motiváció felkeltése, pozitív attitűd elérése: jellemzően belső motivációk felkeltése szükséges (érdeklődés felkeltése, kompetenciaérzés biztosítása, a programban való részvétel élménnyé tétele stb.).

Cselekvési hajlandóság elérése: a pozitív attitűd önmagában még nem jelent cselekvést, a bevonási módszerekkel lehet elérni a cselekvési hajlandóságot, a közösségi egészségért való tenni akarást. Ehhez társulhatnak külső ösztönzők (pl. finanszírozás).

Egészségtervezéshez szükséges készségek megalapozása; részvételi technikák elsajátítása; analitikus készségek fejlesztése: a közösségi alapú egészségtervezés folyamata (állapotleírás; „erőforrástérkép", illetve „kompetenciaanalízis"; cselekvési terv; Szőke és mtsai, 2019) sokak számára riasztó lehet. A képzés célja az, hogy az érintettek a részvételi módszerek használatával közösen fel tudják tárni a helyi/érintett közösség életminőségét, egészségét befolyásoló fontos tényezőket, és megfogalmazzanak olyan lehetőségeket, amelyek helyi erőforrások felhasználásával kihasználhatók, illetve amelyeket külső forrásból meglátásuk szerint biztosítani kellene. Az egészségterv írásos megfogalmazása a helyi (vagy megbízott) népegészségügyi szakember feladata.

Alapvető népegészségügyi ismeretek átadása, a fókuszban a komplexitással: a helyi PE által megvalósítani kívánt beavatkozásoknak jobbára illeszkednie kell az evidenciákon alapuló, igazoltan hatásos beavatkozások rendszerébe. Ennek érdekében az alapvető egészségcélokat, népegészségügyi szempontokat meg kell ismertetni a helyi PE tagjaival. Ezen képzésnek ugyanakkor kiemelt hangsúlyt kell fektetnie a komplexitásra, vagyis egyebek mellett arra, hogy mivel az egészségre ható tényezők egymással is sokrétű kölcsönhatásban vannak, ezért a kimenetek nem, vagy csak nagy bizonytalansággal határozhatók meg. Ezért egy adott program sikeressége nem választható el annak beágyazottságától, a helyi lakosok által megfogalmazott egészségdefinícióhoz és szükségletekhez, igényekhez való illeszkedésétől, a lokális kontextusban való elfogadhatóságától.

Az alábbiakban felsoroljuk azokat a területeket, amelyek elsajátítása az érintett különféle szakterületekről érkező szakemberek számára szükségesek. Az egyes tudásterületeknél jelezzük, hogy a különböző (országos és helyi, irányító vagy résztvevő) szereplőknek milyen mélységben kell azt elsajátítania. Bizonyos specifikus, mélyebb szaktudást igénylő területekkel elég, ha helyileg csak egy-egy megfelelő, akár külső szakember foglalkozik. Ezzel együtt ezeknek a tudásoknak elérhetőknek kell lenniük valamennyi résztvevő számára.

1. Elméleti alapok

1.1. Az egészségi állapot komplex rendszere

Ez a tudásterület a népegészségtan egy részterületére, az egészség meghatározóira és annak komplex természetére fókuszál. A projekt résztvevőinek egyrészt tisztában kell lenniük azzal, hogy a lakosság egészségi állapotára teljes környezetük hatással van, beleértve ebbe a saját viselkedésüket, gondolkodásukat is, ami szintén erősen meghatározott környezeti tényezők által. Vagyis az egészséget helyi szinten sem csak a szűken értelmezett egészségügy befolyásolja: valamennyi helyi döntésnek, minden szereplő minden cselekvésének lehet (és a legtöbbször van) hatása az egészségre. Másrészt tisztában kell lenniük azzal is, hogy ezek a hatások kölcsönhatásban vannak egymással is, vagyis a kívánt hatás eléréséhez nem elég az egyes akciókat önmagukban tekinteni: azokat mint a komplex rendszer részeit kell értelmezni.

1.1.1. Az egészség fogalma és modelljei

Az egészség fontossága, fogalma különböző megközelítésekben; egészséget befolyásoló tényezők és kölcsönhatásaik (időbeli is).

1.1.2. Egészségkultúra

A kultúra fogalmának kifejtése, szerepe a viselkedésben (egészségműveltség).

1.1.3. Rendszerszemlélet

A komplex rendszerek fogalma, tulajdonságaik, viselkedésük; az egészség társadalmi (környezeti) beágyazottsága és egyéb meghatározói.

1.1.4. Közösségek

Közösségek fogalma, szintjeik, részvételük szerepe az egészségben, egészségegyenlőtlenségek.

1.2. Viselkedésváltozás (COM-B modell)

Szorosan összefügg az egészség komplex meghatározottságával, hogy azt változtatni nemcsak hogy nem elég egy adott területre (pl. mozgás, dohányzás stb.) koncentrálni, hanem azt magát is komplexen kell megközelíteni, hogy mi teszi lehetővé az egyes szereplők számára, hogy magatartásukon változtassanak. Nem elég csak a tudást, a motivációt vagy a lehetőségek hozzáférhetőségét javítani, a három tényező mindegyike szükséges feltétel.

1.3. Részvételi módszerek

Az egészség komplex jellegéből egyebek mellett az is következik, hogy a rendszer és annak folyamatai nem ismerhetők meg a maguk teljességében. „Kívülről" nem meghatározható, hogy egy adott beavatkozásnak mi lesz a pontos (és teljes) hatása. A legjobb módszer a minél inkább a várakozásainknak megfelelő kimenetek eléréséhez ezért az, ha az érintettek (cselekvők és „résztvevők") minél szélesebb körét vonjuk be a felmérés, tervezés, megvalósítás fázisaiba. A helyi társadalom bevonása egyrészt lehetővé teszi a helyi szükségletek, igények és lehetőségek pontosabb és mélyebb megismerését, másrészt motivációt is teremt a folyamatban részt vevők oldaláról. A projekt alapvető eszköze ezért a részvételen alapuló tervezés és megvalósítás, vagyis a részvételi módszerek és technikák ismerete és alkalmazása, a facilitációra, csoportos beszélgetések vezetésére való képesség az egyik legfontosabb alapkészség elsősorban a helyi PE-k működtetésében.

1.4. Egészségtervezés

A projektben kialakított egészségfejlesztési beavatkozások, programok kerete az egészségterv. Az egészségterv elkészítésének és végrehajtásának módszertana számos olyan háttérismeretet feltételez, amelyek helyben nem feltétlenül állnak rendelkezésre (hatásvizsgálatok, statisztikai eszközök stb.). Ezzel együtt is fontos a helyi kapacitások fejlesztése ezen a területen. Az pedig elengedhetetlen, hogy – az akár mások által készített elemzéseket – a helyi szakértők képesek legyenek érteni, kompetensen értékelni és értelmezni, azok eredményeit adekvátan alkalmazni.

1.5. Az egészségfejlesztés közpolitikai tere

A helyi PE-k vezetőinek a legkülönfélébb szervezetekkel, intézményekkel, helyi és magasabb szintű aktorokkal kell majd együttműködniük. Ezért tisztában kell lenniük azzal, kik ezek a szereplők (hogy néz ki egy-egy közpolitikai terület intézményrendszere), valamint hogy ezek a szereplők milyen erőforrásokkal, döntési jogkörökkel, kompetenciákkal rendelkeznek, és milyen kötelezettségeket, feladatokat látnak el.

2. Gyakorlati ismeretek és készségek

2.1. Partnerség kialakítása

2.1.1. Érintettekkel való kapcsolatfelvétel (érdekcsoporttérkép készítése)

2.1.2. Kommunikáció (meggyőzés, mediáció, a személyre szabott kommunikáció jelentősége)

2.2. Részvételi módszerek alkalmazása

2.2.1. Részvételi eszközök és technikák ismerete, alkalmazása

2.2.2. Az egészség komplex szemléletének érvényesítése a részvételi folyamat keretezésében

2.3. Projektmenedzsment

2.3.1. Tervezés (feladatlista összeállítása, ütemezés, erőforrás-tervezés, monitorozás tervezése)

2.3.2. Irányítás (feladatkiosztás, megvalósítás nyomon követése, értékelése)

2.3.3. Feltételek biztosítása (erőforrások beszerzése, jogi, pénzügyi feltételek biztosítása)

2.3.4. Adminisztráció (előírt adminisztráció teljesítése, archiválás)

2.4. Egészségtervezés

2.4.1. A szükségletek felmérése, problématérkép készítése

2.4.2. Szolgáltatások tervezése, beavatkozáslista, cselekvési terv készítése

2.4.3. „Egészség minden szakpolitikában" elv alkalmazása a tervezésben és a megvalósításban, a helyi stratégiai tervek egészséghatásának vizsgálata

2.4.4. Monitorozási terv, elemzés

3. A képzés formája, módszerei

A tudás–készség–attitűd területét egyaránt kialakító/fejlesztő képzésekhez kulcsfontosságú a megfelelő módszertan megválasztása és az egyes módszerek arányos alkalmazása. Ismeretátadásra távoktatási formák is alkalmasak, azonban azok gyakorlatba történő átültetéséhez személyes részvételen alapuló, interaktív képzések is szükségesek, például problémamegoldási feladatokkal, projektmunkákkal, szerepjátékokkal, videóanalízissel.

A képzés fókusza az egyes tudásterületeken belüli modulokra épül, hangsúlyosan a csoportmunkán alapuló tapasztalati tanulással. Valamennyi tudásterületen belül található olyan elem, ahol a frontális ismeretátadás is alkalmas eszköz, ami távoktatás formájában is megvalósítható. A tanulást elősegítő légkör és a megfelelő csoportdinamika kialakulása miatt ugyanakkor időről időre szükséges a képzésen részt vevők személyes jelenléte. A képzést ezért célszerű helyben megtartani 2–3 napos bentlakásos formában, segítve ezzel egyrészt a részvevők ráhangolódását és figyelmük fókuszálását, másrészt a kapcsolatépítést köztük.

A modulok lehetséges formái ennek megfelelően az alábbiak:

- rövid (1–2 órás), fókuszált frontális előadás (online, nem valós idejű; a visszacsatolás lehetőségével)
- fókuszált frontális kurzus (4–6 órás) (online, nem valós idejű; a visszacsatolás lehetőségével).

Az elméleti anyagot feldolgozó rövid, tematikus gyakorlatok különböző témakörökben, személyes részvétellel, blokkosítva.

Az elméleti anyagot és a rövid gyakorlatok tapasztalatait integráló, 2 napos, szimulációs tréning. A tréning során a helyi PE-k szervezői a korábban

meghallgatott előadások és lezajlott gyakorlatok tapasztalataira építve elkezdik a tulajdonképpeni munkát. Ennek keretében a részvételi módszereket a gyakorlatban kipróbálva és alkalmazva kezdik el megalapozni a helyi PE-ket (pl. stakeholder-elemzés, SWOT-analízis, problématérkép felvázolása, különböző beavatkozások egészséghatásának becslése stb.).

A képzést (a program kezdetekor, vagy amikor ahhoz valaki a helyi PE szervezői szintjén csatlakozik) érdemes egy, az alaptudást és -készségeket biztosító, intenzív csoportos tréninggel kezdeni, amit távoktatási formában zajló, önállóan feldolgozható, elméleti képzés előz meg. Ez a képzés a helyi PE-k szervezői számára kötelező, de a projektben részt vevő más szereplők számára is hasznos lehet, jóllehet az egyes modulokat illetően eltérő mélységben. Az alapozó tréninget a későbbiekben választható és a felmerülő igényekre és szükségletekre szabható modulok egészítik ki.

A képzés eredményességének és a résztvevők elégedettségének megítéléséhez megfelelően kialakított visszajelzési, elemzésértékelési rendszert kell kialakítani, mely elsősorban kérdőíves, másodsorban fókuszcsoportmódszerrel valósítható meg.

A *4. táblázat*ban a korábban felsorolt tudásterületek kapcsán jelezzük, hogy az egyes országos és helyi szereplőknek mely tudásterületnek milyen mélységben való elsajátítására van szüksége a projekt sikeres végigviteléhez.

		Országos				Helyi			
	Alapszint Középszint Magas/szakértői szint X. készségszint	Szervező/ koordinátor	Irányító	Véleményezők	Szakértők	Szervező/ koordinátor	Irányító	Véleményezők	Szakértők
Elméleti alapok									
Az egészségi állapot komplex rendszere	Az egészség fogalma és modelljei								
	Egészségkultúra								
	Rendszerszemlélet								
	Közösségek								
Viselkedésváltozás (COM-B modell)									
Részvételi módszerek									
Egészségtervezés									
Az egészségfejlesztés közpolitikai tere									
Gyakorlati ismeretek és készségek									
Partnerség kialakítása	Érintettekkel való kapcsolatfelvétel (érdekcsoporttérkép készítése)	X			X	X			X
	Kommunikáció				X				X
Részvételi módszerek alkalmazása	Részvételi eszközök és technikák ismerete, alkalmazása				X				X
	Az egészség komplex szemléletének érvényesítése				X				X
Projektmenedzsment	Tervezés				X				X
	Irányítás				X				X
	Feltételek biztosítása				X				X
	Adminisztráció				X				X
Egészségtervezés	A szükségletek felmérése, problématérkép				X				X
	Szolgáltatások tervezése, beavatkozáslista, cselekvési terv				X				X
	„Egészség minden szakpolitikában”. Az egészséghatás-vizsgálat				X				X
	Monitorozási terv, elemzés				X				X

4. táblázat: Az egyes tudásterületekhez tartozó képzési feladatok

C. Pályázat kiírása

Vitrai J., Girán J., Pipicz M., Várfalvi M.

1. Előzmények, előkészítés

A járási PE-k megalakítására alkalmasnak vélt járásokban toborzott szervezők felkészítését követően az országos PE pályázatot ír ki a járási/helyi PE-k megalakításának támogatására.

2. A pályázat célja

A pályázat célja, hogy a támogatást azok a járások kaphassák meg, amelyekben a helyi közösség – az erre felkészített szervezők segítségével – pályázatával bizonyítani tudja, hogy a járásban megvannak a feltételek egy járási/helyi PE megalakítására. A nyertes pályázó közösségek az országos PE által nyújtott támogatások (képzések, módszertanok, mentorálás) igénybevételével megalakítják a járási/helyi PE Irányító Testületeket (IT), majd azt követően az IT létrehozza a Tanácsadó Testületet (TT), és ezzel megalapítják a járási/helyi PE-ket.

3. A pályázati kiírás szövegének összeállítása

A pályázati kiírás bevezető részében célszerű a pályázatot kiíró, illetve a pályázati folyamatban közreműködő szervezetet nevesíteni, megjelölni jogszabályi vagy egyéb felhatalmazását és kapcsolódását a Népegészségügyi Program 3.0-hoz. Röviden fel kell vázolni a Népegészségügy 3.0-t, hogy a pályázat háttere, értelmezése világos legyen a lehetséges pályázók számára.

A következő részben kell egyértelműen megfogalmazni a pályázat részletes céljait, megjelölve az elnyerhető támogatást.

Ezt követik a pályázat feltételei:

- a pályázat tartalmával és formájával kapcsolatos követelmények,
- a pályázók köre,
- a pályázatban támogatható tevékenységek köre,
- a pályázat futamideje,
- a pályázat benyújtásának, elbírálásának és eredményhirdetésének határideje,
- a pályázatok elbírálásának szempontjai és eljárása.

A pályázat dokumentációjának és elszámolásának rendje, szabályai

A pályázat tartalmi és formai követelményei

A pályázat céljának megfelelően ebben a részben kell meghatározni, milyen információk szükségesek annak megítéléséhez, hogy a pályázó közösség alkalmas a helyi PE létrehozásához. Ehhez a pályázónak természetesen ki kell térni a PE megalakításának céljaira és a létrehozás feltételeire (korábbi tapasztalatok, a pályázatba bevont érintettek) is. A pályázat formai követelményeit úgy érdemes megszabni, hogy mind a pályázatkészítők, mind pedig a bírálók megterhelését minimalizálja. Emiatt célszerű a benyújtandó pályázat struktúráját, terjedelmét pontosan előírni.

A pályázat benyújtására ki kell alakítani vagy használni a meglévő digitális felületet, és elektronikus adat- és dokumentumkezelést kell kidolgozni, néhány nélkülözhetetlen kötelező papíralapú dokumentumot kivéve.

A pályázathoz ki kell dolgozni egy útmutatót és egy felhasználóbarát helpdeskhátteret.

A pályázók köre

Mivel a pályázati kiírást megelőzően a járási/helyi PE-k megalakítására alkalmasnak vélt járások már kiválasztásra kerültek, pályázatot csak az ottani közösségek nyújthatnak be. A pályázó közösségek típusára, formájára, összetételére, akár társulására nem célszerű előírást megfogalmazni. Így lehetőséget kell biztosítani tetszőleges szervezettségű és formájú (pl. egyesület, alapítvány, céltársulás, önkormányzat, intézmény gazdasági társulása, egyház stb.) közösség számára.

A pályázat benyújtásának határideje

A pályázati előkészítés során figyelembe kell venni a pályázat összeállításához szükséges közösségi tevékenységek (találkozók, egyeztetések, jóváhagyások) földrajzi és időbeli korlátozottságát is.

A pályázati követelmények és feltételek alapján elegendő időt szükséges biztosítani a pályázat elkészítésére, beadására.

A pályázatok elbírálásának eljárása

A pályázat, de a részvételen alapuló N3.0 projekt sikere szempontjából is döntő fontosságú, hogy a pályázatok elbírálása, a döntések meghozatala előre rögzített szempontok alapján, átlátható módon történjen. A bírálati szempontokat, az értékelési eljárást egyértelműen kell meghatározni, beleértve a bírálati folyamatban részt vevők körét, szerepét, a döntéshozó és szerződő fél nevében eljáró és/vagy közreműködő szervezet erre a feladatra felhatalmazott képviselőjét és az egyes szakaszok időtartamát. Ugyancsak rögzíteni kell a meghozott döntésről való értesítés módját, a szerződéskötés feltételeit.

4. A pályázati kiírás közzététele

A kiírás közzétételének időpontját a kiválasztott járások szervezőinek felkészítő képzését követően rövid időn (legfeljebb egy hét) belül érdemes megválasztani, hogy a pályázat elkészítéséhez a közösség szervezése minél hamarabb megkezdődhessen. A pályázati kiírás ismertetését célszerű a felkészítő képzés részévé tenni, hogy a szervezők pontosan tisztában legyenek a pályázat céljaival, követelményeivel. A kiírást a kiválasztott járásokban a helyi médiában közzé kell tenni, illetve postán vagy elektronikusan megküldeni a járási önkormányzatoknak, népegészségügyi szervezeteknek.

5. Nyertes pályázók kiválasztása

Előzmények

Az országos Partneri Együttműködés (PE) pályázatot írt ki az előzetesen kiválasztott járási PE-k megalakításának támogatására. A pályázat elkészítéséhez a kiválasztott járásokból önként jelentkező szervezők/koordinátorok az erre a célra szervezett felkészítésben vettek részt. A pályázat elkészítéséhez a szervezők/koordinátorok a médián keresztül először tájékoztatják, ezáltal érzékenyítik az érintetteket, azaz a lakosságot, az állami és nem állami szervezetek, intézmények képviselőit. Ezt követően egyéni és csoportos beszélgetéseken, fórumokon meggyőzik és mozgósítják őket arra, hogy alakítsanak járási/helyi PE-t, és ehhez pályázzanak támogatásra.

A benyújtott pályázatok értékelése

A határidőig benyújtott pályázatok értékelését az országos PE által megbízott testület végzi. A bíráló testület olyan felkért szakértőkből áll, akik a pályázati kiírásban is szereplő, előzetesen megadott szempontok szerint értékelésére felkészültek, és képesek elfogulatlan értékelést adni.

A pályázatok elbírálása a pályázati kiírásban meghatározott szempontok alapján történik. A szempontokat sorra véve az értékelő testület megvitatja, és egyetértést kialakítva pontozza az adott szempont alapján a pályázatot. Az egyes szempontok alapján adott pontokat végül a testület összegzi. Amennyiben a pályázati kiírás lehetővé teszi, az értékelő testület kiegészítő információkért a pályázókhoz fordulhat.

Az értékelő testület az összpontszám alapján tesz szövegesen megfogalmazott javaslatot a pályázatok támogatására.

Döntése a pályázati támogatásokról

Az országos IT az értékelő testület javaslatait mérlegelve dönt az egyes pályázatok támogatásáról. A döntésről a pályázati kiírásban meghatározott eljárást követve értesítik a pályázókat.

Járási egészségtervek készítésének támogatása

Az egészségtervezés módszere több mint három évtizede szolgálja világszerte az egyének és a közösségek egészségi állapotának megőrzését és a mindennapi környezet egészséget támogató módon történő alakítását. A járási egészségterv a magyarországi népegészségügyi eszközök között mintegy öt évvel ezelőtt jelent meg. E módszer célja az adott közösség egészségi állapotának, egészségkultúrájának, életkörülményeinek és a helyi erőforrások, szolgáltatások, valamint a közösségen kívüli hatások figyelembe vételével olyan sokszereplős egészségközpontú cselekvési program kidolgozása, amely a beavatkozási lehetőségek mérlegelésén alapul és az érintettek bevonására épít [bővebben Útmutató III. B fejezet]. Mindebből következően a járási egészségterv nem az egyes települések egészségtervének összefoglalása, hanem a járási települések által közösen meghatározott, járási szinten értelmezhető egészségproblémákra, egészségcélokra és azok stratégiai megoldására fókuszáló dokumentum.

A járási egészségtervek kidolgozásának támogatásaként az országos Partneri Együttműködés (oPE) számára a következő módszerek önálló vagy kombinált alkalmazását javasoljuk:

1) olyan tréningprogram kidolgozása, amely igény szerint lehetőséget biztosít a járások helyi szakemberei számára, hogy az egészségterv készítéséhez szükséges szakmai ismereteket elsajátítsák, majd a helyi egészségtervet ezek hasznosításával kidolgozzák.

2) az oPE létrehoz egy vagy több olyan szakértői csoportot, amelyek igény szerint a járásokat felkeresik, és helyben adnak szakmai támogatást az egészségterv kidolgozásához.

3) Az egészségterv készítéséhez szükséges ismeretek átadását célzó tréningprogram tematikájaként az alábbi témaköröket javasoljuk:

- az egészségtervezés mint stratégiai tervezési módszer;
- részvételi tervezés módszere;
- színtér-megközelítés és a közösségi alapú egészségfejlesztés;
- kulcsszereplő-elemzés módszere;
- egészségkép-készítés módszere.

A járási egészségterv kidolgozásának és megvalósításának támogatása érdekében javasoljuk továbbá, hogy a járási egészségterv elkészítésében részt vevő szakembereknek biztosított szakmai tréningen kívül az oPE ajánljon tréninglehetőséget helyi döntéshozók és kulcsszereplők egészségtervezés iránti érzékenyítése érdekében. Ezek a tréningek az egészségfejlesztési terv minél nagyobb támogatottságnak biztosítását szolgálhatják, és a helyi politikai és közösségi élet döntéshozóit (polgármesterek, képviselők, iskolaigazgatók, civil

szervezetek képviselői stb.) célozhatják egészségfókuszú érzékenyítéssel és az egészségfejlesztési tervezéssel, valamint a közösségi egészségfejlesztéssel kapcsolatos ismeretbővítő előadásokkal és egyéb programokkal.

Az egészségterv készítéséhez biztosítandó szakértői támogatás

Az egészségterv készítéséhez biztosítandó szakértői támogatás keretében az oPE által felkért szakértőkből álló egy vagy több támogatócsoport segítheti a járási egészségtervek kidolgozásának helyi munkáját. A támogatócsoport minden olyan feladatot elláthat, amely vonatkozásában helyi erőforrás nem áll rendelkezésre.

A támogatócsoport létrehozása biztosíthatja a járási egészségtervek kidolgozásához szükséges egységes szakmai hátteret az ország minden járásában. Ily módon mindenütt azonos minőségű szakértelem állhat rendelkezésre és az egészségtervek egységes szakmai standardok alapján készülhetnek.

A támogatás biztosításának egy módja lehet, hogy a járások adott szakértői munkaórakeretet kapnak/pályáznak és az egészségterv kidolgozása során ezt a számszerűsített támogatási kapacitást használhatják föl.

A szakmai támogatás igénybevétele igény szerint, pályázat útján avagy alanyi jogosultság alapján történhet. Az alanyi jogosultság esetén minden járás számára rendelkezésre áll ez a támogatás, azaz a járásoknak nem szükséges pályázniuk, hanem az oPE minden járáshoz szakértőket delegál a helyi munka támogatására. A támogatás igénybevételére való jogosultsággal kapcsolatos döntést az oPE hozza.

A szakmai támogatás akár alkalmi, akár rendszeres biztosítására az online valós idejű kapcsolaton alapuló konzultációs forma (Skype, Zoom, MS Teams stb.) ugyancsak alkalmas lehet. Ez a megoldás a személyes tanácsadás költséghatékony alternatívájaként, kiegészítőjeként is szolgálhat.

Járási egészségtervek elbírálása

A járási egészségtervek elbírálásával kapcsolatban javasoljuk, hogy e feladatot az országos PE által megbízott testület végezze. Célszerű lehet, hogy a bíráló testület olyan szakértőkből álljon, akik a megadott szempontok szerint értékelésére felkészültek, és képesek elfogulatlan minősítést adni. A járási egészségtervek elbírálásának szempontjaival kapcsolatosan javasoljuk, hogy azok a járások számára előzetesen kerüljenek közreadásra.

A járási egészségtervek értékeléséhez az alábbi szempontokat javasoljuk:

- indokoltság,
- megfelelőség,
- hatékonyság,
- fenntarthatóság,

Az egészségtervek értékelése során az egyes szempontok érvényesülésének ellenőrzéséhez a következő kérdések megválaszolása adhat segítséget:

Indokoltság

A járási egészségtervek elbírálása során javasoljuk, hogy az indokoltság szempontjának érvényesülése abban az esetben legyen elfogadott, ha a tervben egyértelműen megfogalmazásra kerül, hogy a meghatározott célok és a tervezett beavatkozások az egészségterv kiemelt fontossággal ajánlott célterületeivel [III. B. fejezet] a járás sajátos jellemzőinek keretrendszerében értelmezve egyértelműen kapcsolatban állnak. Az ajánlott célterületek a következők: (1) az egészséges választás és az egészséges életkörülmények kialakításának támogatása; (2) az egészséges életmódhoz szükséges ismeretek, készségek és motiváció fejlesztése; (3) a legnagyobb egészségveszteséget okozó betegségek megelőzése, szövődményeik csökkentése; (4) a közösség bevonása a tervezett beavatkozások megvalósításába.

Az elbírálás során a terv indokoltságának eldöntését erősíthetik mindazok a szövegrészek, amelyek adatokkal, információkkal is alátámasztottan mutatják be, hogy az egészségterv céljai és az azok elérését szolgáló beavatkozások milyen alapokon fogalmazódtak meg és azok megvalósítására miért van a járásban szükség. Az adatok mind elsődleges, mind másodlagos adatgyűjtésből származhatnak. A részvételi tervezés módszerével gyűjtött adatok és információk felhasználásának megjelenítését is az indokoltságot erősítő releváns vonatkozásként javasoljuk tekinteni.

Megfelelőség

A járási egészségtervek elbírálása során javasoljuk, hogy a megfelelőség szempontjának érvényesülése abban az esetben legyen elfogadott, ha a tervezett beavatkozásokkal kapcsolatosan egyértelműen eldönthető, hogy alkalmazásuk meghatározott problémára irányul, és hozzájárul az egészségterv célrendszerének megvalósításához. További döntési pontként javasoljuk, hogy az értékelés során történjen meg annak a vizsgálata is, hogy az adott cél eléréshez a legalkalmasabb eszköz/módszer/beavatkozás került-e kiválasztásra.

A kiválasztott eszköz/módszer/beavatkozás megfelelőségének eldöntését segítheti még, hogy az eszköz/módszer/beavatkozás előnyeinek, hátrányainak, korlátainak, a helyi közéletben várható hatásainak értékelése is részét képezi-e a tervnek és így a tervet készítők mindezen aspektusokat a megvalósítás során figyelembe veszik-e.

Hatékonyság

A járási egészségtervek elbírálása során javasoljuk, hogy a hatékonyság szempontjának érvényesülése

abban az esetben legyen elfogadott, ha a tervezett beavatkozásokkal kapcsolatosan egyértelműen eldönthető, hogy a felhasználni tervezett források, valamint a várt eredmények egymással való összefüggése gazdaságilag is racionálisnak értékelhető. A hatékonyság értékelése során – szakértői becslés alapján – mind a pozitív, mind a negatív társadalmi-gazdasági-környezeti extern hatások figyelembe vétele is javasolt. Az extern hatások alatt mindazok a külső gazdasági hatások érthetők, amelyek nem, vagy csak nehezen számszerűsíthetők, és amelyeket elsősorban az egészségterv megvalósítása során tervezett beavatkozások indukálnak vagy erősítenek. Ilyen várt pozitív extern hatás lehet például az életmódváltozáshoz köthető fogyasztási szokások változásának gazdasági hatása, vagy az adott lakóterület presztízsének a közbiztonsági helyzet javulásához köthető emelkedése stb. Az extern hatások másrészt a negatív külső gazdasági hatásokat mérsékelhetik: a környezettudatosság fokozásának hatására bekövetkező környezetterhelés csökkentésével, avagy a közlekedésbiztonság javításával stb.

Fenntarthatóság

A járási egészségtervek elbírálása során javasoljuk, hogy a fenntarthatóság szempontjának érvényesülése abban az esetben legyen elfogadott, ha a tervezett beavatkozásokkal kapcsolatosan egyértelműen eldönthető, hogy azok eredményei a terv időtartama után is fennmaradhatnak-e.

Mindemellett a fenntarthatóság vonatkozásában javasoljuk azt is értékelni, hogy a tervezett beavatkozások meghatározásakor a tervet készítők a helyi érdekviszonyok rendszerét a tervezés során vizsgálták-e és ha igen, akkor milyen mértékben vették figyelembe, továbbá, hogy mindezek az összefüggések a tervben érvényesítésre kerültek-e.

6. Járási egészségtervek megvalósításának támogatása

A járási PE-k által készített egészségtervekben meghatározott célok megvalósításához szakmai segítséget nyújt az országos PE. A megvalósítandó célok a projekt szemléletében komplex beavatkozásokat igényelnek majd, így a szakmai támogatásnak is széleskörűen ehhez kell illeszkednie az újszerű népegészségügy szellemiségében. A támogatást az érintettek szükségleteinek és igényeinek figyelembevételével kell biztosítani. A szakmai támogatás megvalósulhat ajánlások kidolgozásával, képzések megtartásával és/vagy konzultációval.

Ajánlások kidolgozása

Az egészségterv teljes beavatkozási folyamatát lefedően igazoltan hatásos beavatkozásokról ajánlásokat kell készítenie az országos PE-nek a releváns szakirodalom szisztematikus áttekintése alapján. Az ajánlások célja, hogy a megvalósítás folyamatát és az abban felmerülő kérdések döntéshozatalát támogassák az eredményesség érdekében. A szakirodalom feldolgozásának kellő kritikai olvasással és értékeléssel kell megtörténnie. Értékelni kell, hogy mi a tanulmány valódi eredménye, az eredmények megbízhatók-e és az eredmények alkalmazhatók-e a saját gyakorlatunkban. Az értékelés részletes szempontrendszere az Útmutató VI. F. fejezetében olvasható. Az ajánlásoknak tartalmaznia kell a szisztematikus áttekintés eredményeinek rövid összefoglalását, az irodalmi hivatkozásokat és az ajánlás minőségét a járási körülmények figyelembevételével. Az ajánlásoknak hosszúságukat tekintve mértékletességre kell törekedniük a felhasználhatóságot figyelembe véve. Az ajánlások minőségét a rendelkezésre álló irodalmi bizonyítékok minősége alapján lehet megállapítani. Legalább három kategória felállítása javasolt:

- olyan beavatkozások, amik hatásosnak bizonyultak a magas evidenciaszintű vizsgálatokban, ezért ezek alkalmazása javasolt;
- olyan beavatkozások, amelyek hatásosságára ellentmondó vagy közepes evidenciaszintű vizsgálatok vannak, ezért ezek alkalmazása megfontolandó;
- olyan beavatkozások, amelyek hatástalannak bizonyultak, ezért ezek alkalmazása nem javasolt.

Kellő mennyiségű és/vagy minőségű tanulmány hiányában az országos PE-nek saját szakértői véleménye alapján kell konszenzuális ajánlást megfogalmaznia.

Képzések megtartása

Az egészségterv megvalósításához a járási szervezőknek, a járási PE-nek (IT, TT, szakértők) és a résztvevőknek megfelelő tudásra, készségekre és attitűdre van szüksége. Ezek megszerzésének, kialakításának, valamint elmélyítésének érdekében képzéseket szervez az országos PE. A képzéssel kapcsolatos részletek az Útmutató IV. B. pontjában olvasható.

A képzés célja lehet az új népegészségügyi szemlélet elmélyítése és/vagy egyes járási beavatkozások sikeres gyakorlati alkalmazásához szükséges elméleti és gyakorlati ismeretek átadása. Például egyes járások „Füstmentes iskola programot” terveznek elindítani, amihez az országos PE képzést szervez. A képzés előtt e-learning formájában a részvevők elsajátítják a szükséges ismeretanyagot (pl. a dohányzással kapcsolatos hitek és tévhitek a serdülők körében, a dohánytermékek típusai, a dohányfüst összetevői, a dohányzás rövid és hosszú távú hatásai; az asszertív kommunikáció alapjai; médiahatás). A kétnapos személyes

részvételen alapuló képzésen pedig a program megtartásához mint beavatkozáshoz szükséges készségeket fejlesztik, pl. szimulált tantermi óra, videóanalízis, helyzetgyakorlatok formájában.

Konzultáció

Az országos PE-nek konzultációs lehetőséget kell biztosítania a járási egészségtervek megvalósítása során felmerülő kérdésekkel és a megoldandó problémákkal kapcsolatban. A járási egészségszervezők támogatása – a kapacitások figyelembevételével – mentorálás formájában a konzultációnál eredményesebb lehet. A konzultáció történhet digitálisan (online vagy offline), telefonon vagy személyesen. A projekt szempontjából azonban fontos, hogy a konzultáció tartalma írott formában dokumentálásra kerüljön. A felmerült kérdéseket és az arra adott válaszokat a járási és országos PE tagjai számára elérhetővé kell tenni a megfelelő információáramlás érdekében.

Különböző konzultációs formák együttes biztosításával érhető el a legeredményesebb támogatás, így javasolt az alábbiak alkalmazása:

- szakmailag moderált online fórum,
- mentorálás,
- telefonos konzultáció helpdesk formájában,
- konferencia,

A kialakítandó online rendszerrel kapcsolatos elvárások:

- jogosultsági szinteknek megfelelő hozzáférhetőség,
- szabad kérdezés lehetősége,
- szakmai moderálás,
- megfelelő válaszadási idő.

V. MONITOROZÁS

A. Bevezetés

Vitrai J., Girán J., Pipicz M., Sándor J., Tóth G.

Egy projekt vagy program monitorozása a projekt állapotában bekövetkező időbeli változások nyomon követésére kidolgozott rendszeres adat- és információgyűjtést, feldolgozást, elemzést és értékelést jelenti. A megvalósítás folyamatát folyamatmutatókkal, az elért eredményeket ereménymutatókkal jellemezhetjük. A megvalósítás folyamatmutatókkal való nyomon követése – amennyiben a program a tervezettől eltérően alakul – „menet közbeni" módosításokra biztosít lehetőséget. A megvalósítás során gyűjtött adatok és információk, továbbá egy következő vagy máshol megvalósítani tervezett projekt ütemezéséhez és a szükséges erőforrások tervezéséhez hasznosíthatók. Az így nyert tapasztalatok segítenek megérteni, milyen tényezők akadályozták vagy segítették a projekt megvalósítását. Ezek a tapasztalatok nélkülözhetetlenek a projekt más térségekben vagy más társadalmi csoportokat célzó megvalósításához. Ez különösen fontos egy kísérleti (pilot) program esetében, amelynek tapasztalatai alapján a projektet széles körben kiterjeszteni tervezik.

A program megvalósításának sikerességét legtöbbször annak a célokhoz kötött eredményei igazolják, ezért az előre tervezett és mért eredménymutatók értékeinek elemzése, a megvalósítás körülményeinek ismeretében történő értékelése döntő fontosságú. Egy beavatkozás eredményességét úgy tudjuk meggyőzően kimutatni, ha az eredménymutatókban megfigyelt változásokat a beavatkozásunkhoz tudjuk kapcsolni. Ez a gyakorlatban legtöbbször korántsem könnyű. Bizonyítanunk kell, hogy a kimutatott változást (például egy iskolában a testtömegindex csökkenését) kizárólag a mi egészséges étkezést és a több testmozgást előmozdító beavatkozásunk okozta. A valóságban azonban nem lehetünk biztosak abban, hogy a mi beavatkozásunk mellett más tényezők nem járultak-e hozzá az eredménymutatók értékének megváltozásához. (*Lásd az 1. szövegdoboz példáját!*)

A bizonyításhoz először is olyan vizsgálati elrendezésre van szükség, ami biztosítja az eredménymutatókban bekövetkezett változások és a beavatkozás közötti ok-okozati viszony igazolását. Ehhez gyakran ún. előtt-után vizsgálatot végeznek, azaz a beavatkozás megkezdése előtt megmérik az eredménymutatók értékét, majd a beavatkozás után ismét megmérik, és a különbséget a beavatkozásnak tulajdonítják. Igen ám, de még így sem zárható ki, hogy a beavatkozásunkkal párhuzamosan más tényezők is hozzájárultak a változásokhoz. Ezért végeznek ún. kontrollcsoportos vizsgálatokat, amikor a vizsgálati személyek egy csoportján (kísérleti csoport) megvalósítják a beavatkozást, míg egy másik csoporton (kontrollcsoport) nem. A beavatkozás hatásának ilyenkor a két csoportban tapasztalt változások különbségét tartják. A célkitűzéseknek megfelelő vizsgálati elrendezés és az ahhoz illesztett eredménymutatók kiválasztása komoly epidemiológiai szakértelmet igényel, meggyőző bizonyítékok eléréséhez pedig szakértők bevonása elengedhetetlen. (*Lásd a 2. szövegdoboz példáját*!)

A bizonyításhoz másodsorban törekedni kell, hogy a beavatkozás megvalósítása minél pontosabban, a tervezettnek megfelelően történjen. Például a megcélzott csoport a tervezett módon vegyen részt a programban, amit a megvalósítók a tervezetthez hűen hajtanak végre.

A korábbi egészségfejlesztési beavatkozások szigorú módszertannal végrehajtott utánvizsgálatai gyakran nem tudják igazolni azok hatásosságát. Például az általános iskolai elhízás visszaszorítását célzó programok utóelemzése alapján brit kutatók

Vajon csakis a mi egészséges étkezést és több testmozgást előmozdító, egy tanévig tartott programunk elégtelensége okozta, hogy egy adott iskolában nem sikerült kimutatni testtömegindex-csökkenést a felső tagozatosok körében? Milyen magyarázat merülhet még fel? Lehetséges alternatív magyarázatok:

A program időszakában újjáépítették az iskolai tornacsarnokot, és az udvari testmozgási lehetőségek nem pótolták a tornatermi edzéseket.

A felső tagozatosok közül egyre kevesebben veszik igénybe az iskolai étkeztetést, helyette a nemrég megnyílt közeli gyorséttermeket látogatják.

Ismeretes, hogy a felső tagozatban a magasabb évfolyamokon egyre kevesebben végeznek az ajánlásoknak megfelelő testmozgást, ami növekvő testtömegindexszel jár együtt. A program eredményes volt, mert növekedés helyett változást nem tapasztalhattunk.

1. szövegdoboz

Hogyan tudnánk bizonyítani, hogy a mi egészséges étkezést és több testmozgást a felső tagozatosak körében előmozdító, egy tanévig tartó, testtömegindex-csökkentést célzó programunk hatásos? A projekt indulásakor és a végén kalibrált eszközökkel magasságot és testtömeget mérnek a két csoportba osztott tanulókon. A kísérleti és a kontrollcsoportba véletlenszerűen választják ki évfolyamonként a tanulókat. A kísérleti csoport tanulói részt vesznek az egészségfejlesztési programban, míg a kontrollcsoport tagjai nem. A magasság- és a testtömegadatokból számított index kiindulási és programvégi értékének tanulóként kapott különbsége (változása) az eredménymutató. A projekt eredményességét a két csoport átlaga közti eltérés jelzi: ha a kísérleti csoportban jobban csökkent vagy kevésbé növekedett, mint a kontrollcsoportban, akkor sikeresnek tarthatjuk a programot.

Megjegyzés: E helyütt a nem ismertetett többféle buktató közül most csak az ún. placebohatásra hívjuk fel a figyelmet: a kísérleti csoport tagjai tudva, hogy ők egy nagyszerű egészségfejlesztési programban vesznek részt, lelkesen kezdik követni az egészséges életmódra vonatkozó, már korábban hallott, de eddig figyelmen kívül hagyott tanácsokat, és emiatt – bár az egészségfejlesztési program valójában hatástalan – mégis fogynak a kontrollcsoporthoz viszonyítva.

2. szövegdoboz

a következő megállapításra jutottak: „Az elméletre alapozott, gondosan kipróbált, a protokoll előírásainak megfelelően kivitelezett beavatkozásunkkal, amibe sikeresen bevontuk, majd követtük a célcsoportot, nem tudtunk az elhízás megelőzése területén hatást kimutatni. Bár az iskola a lakossági egészségfejlesztés ideális színtere, az iskolai egészségfejlesztés, úgy látszik, nem eléggé intenzív ahhoz, hogy mind az iskolai, mind a családi környezetre és ezáltal a gyerekek tápláltsági státuszára hatással legyen."

Fel kell hívni a figyelmet, hogy ennek a projektnek (járási PE-k létrehozásának) a monitorozása nem azonos a létrehozandó járási PE-k majdani tevékenységének monitorozásával. Ezért az alábbiakban két monitorozási koncepciót mutatunk be: egyet a járási PE-k létrehozásának támogatására, egyet pedig a járási PE-k által a járási egészségterv keretében megvalósítandó összetett népegészségügyi beavatkozásokra vonatkozót. Mielőtt azonban a két elgondolást felvázolnánk, érdemes a monitorozás lépéseit vázlatosan áttekinteni.

B. A monitorozás szakaszai

Vitrai J., Girán J., Pipicz M., Sándor J., Tóth G.

A monitorozás a fentiek alapján általában a következő szakaszokra bontható:

- Tervezés
- Adat- és információgyűjtés előkészítése
- Adat- és információgyűjtés megvalósítása
- Elemzés-értékelés

1. Tervezés

Az első feladat a projekt céljainak megfelelő folyamat- és eredménymutatók kiválasztása. Ezt a korábban elkészített projektterv alapján célszerű elvégezni. A projekt tervezésekor már meghatározták a projekt megvalósításának szakaszait és az azokat alkotó feladatokat, valamint az egyes feladatok teljesítéséhez szükséges erőforrásokat és határidőket. A folyamatmonitorozás mutatói ezekhez kapcsolhatók. Például „igen/nem" típusú mutató lehet egy adott feladat határidőre történő teljesítése, vagy hogy egy feladathoz tervezett erőforrás elegendő volt-e. Az eredménymutatók értelemszerűen a projekt célkitűzéseinek teljesülését jelzik, például a dohányzás visszaszorítását célzó projekt esetében a dohányzók aránya lehet alkalmas mutató a cél teljesülésének jelzésére. Mind a megvalósítás folyamatát, mind annak eredményét befolyásoló körülmények megismeréséhez szükség lehet továbbá kvalitatív vizsgálatra is. (*A beavatkozások tervezéséhez és megvalósulásuk értékeléséhez lásd a VI. fejezetben a „Beavatkozások tervezése, értékelése" című ismertetőt!*)

2. Adat- és információgyűjtés előkészítése

A mutatók kiválasztása után a mutatók értékeinek megállapításához szükséges adatforrások, az adatgyűjtés módjának és időpontjának meghatározása következik. Az ismeretekben és az attitűdben bekövetkező változás nyomon követéséhez például az ismeret- és attitűdfelmérés módszertanát (pl. a tablettel történő kérdőíves felmérésre felkészítő képzés előtt-után a részvevők körében) kellene meghatározni, majd a megfelelő kérdőívet kifejleszteni, tesztelni, majd véglegesíteni.

Ahhoz, hogy az összegyűjtött adatok, információk hűen tükrözzék a valóságot, a gyűjtés feladatát megfelelően felkészített, alaposan kiképzett sze-

mélyekre kell bízni. A speciális képzés nemcsak a gyűjtés technikájára, hanem a gyűjtendő adatok, információk megbízhatóságát veszélyeztető tényezőkre is vonatkozik. A kérdezőket például arra is meg kell tanítani, hogy viselkedésükkel ne befolyásolják a kérdezett válaszát.

3. Adat- és információgyűjtés megvalósítása

Az előre meghatározott időpontokban és módszerrel a projekt erre felkészített munkatársai végrehajtják az adatok és az információk összegyűjtését.

4. Elemzés-értékelés

Az összegyűjtött adatokból digitális adatbázisokat képeznek. Az adatokat ellenőrzik, majd tisztítják, és a tisztított adatbázisokon elvégzik a statisztikai elemzéseket. A beszélgetések, dokumentumok tartalmát kódolják, kategorizálják. Az eredmények értékelése alapján a szakértők jelentéseket, tanulmányokat készítenek, és azokat különböző formában közzéteszik.

C. Járási PE létrehozásának monitorozása

Vitrai J., Girán J., Pipicz M., Sándor J.

1. Tervezés

Az országos PE megalakításának célja öt járási PE létrehozásának támogatása és működésük megindítása volt. A projekt megvalósításának folyamata a feladatok határidőben történő teljesülésével jellemezhető. Mivel a projekt kulcseleme a részvételalapúság, további folyamatmutató lehet még az IT és a TT tagjainak projekthez kapcsolódó ismereteiben, attitűdjében bekövetkező változás. Ehhez az erre elvégzendő felmérés kérdéseire a PE megalakítása előtt és után adott válaszok szolgálnak adatforrásként.

Az eredménymutatók ebben az esetben egyrészt a megalakuló PE-k száma, másrészt a működés megindulását igazoló mutatók, mint az elkészült járási egészségtervek száma vagy a PE szervezetei (IT és TT) üléseinek száma. A kísérleti projekt kiterjeszthetőségének megítéléséhez hasznos lehet a PE megalakításában részt vevőkkel folytatott beszélgetések elemzése a szándékok, a felmerült problémák megismerése, megértése szempontjából.

2. Adat- és információgyűjtés előkészítése

A járási PE-k megalakítása támogatásának folyamatát a projekttervben táblázatos formában szereplő feladatok megvalósításának naplózásával érdemes rögzíteni. A táblázatban egy-egy feladathoz a teljesülés időpontjának feljegyzése mellett megjegyzésekben lehet az esetleges észrevételeket, tapasztalatokat rögzíteni. A feladatok teljesülésének naplózásához, a tapasztalatok rögzítéséhez az országos IT-nek kell alkalmas személyt kijelölnie, illetve a naplózáshoz szükséges információáramlást biztosítania.

Az ismeretek és az attitűd változását felmérő kérdőív kifejlesztéséhez célszerű már meglévő hazai vagy nemzetközi kérdőíveket felhasználni. A kérdőívet a felmérés során valamennyi IT vagy TT megalakulási rendezvény résztvevőinek az ülés megkezdése előtt, majd a végén ki kell töltenie. A kérdőív kitöltése történhet papíron vagy ha megoldható, számítógépen vagy telefonon. Egy kérdőíves felmérés megtervezése, megvalósítása és értékelése speciális szakismereteket igényel, ezért ilyen szakemberek bevonása a felmérésbe nélkülözhetetlen. Interjúk készítésére, fókuszcsoportok megtartására kiképzett szakértőt célszerű megbízni, és a projekttel kapcsolatos ismeretek átadásával felkészíteni. Összeállítják az elemezni tervezett dokumentumok listáját.

3. Adat- és információgyűjtés megvalósítása

A megvalósítás naplózását az erre kijelölt személy a hozzá beérkező információk alapján folyamatosan elvégzi. Ehhez célszerű egy központi adatgyűjtő programot fejleszteni és működtetni.

Az ismeret- és attitűdfelmérés megkezdése előtt szóbeli tájékoztatást szükséges a résztvevőknek nyújtani a felmérés céljáról, az adatok felhasználásának körülményeiről (anonimitás biztosításáról), illetve nyilatkozatot kitöltetni a tájékoztatásban részesülésről. Ezt követően kerülhet sor a kérdőívek kitöltésére. Az interjúkhoz és a fókuszcsoportok megtartásához alkalmas helyiségekben a felkészített szakértők lefolytatják a beszélgetéseket. Összegyűjtik az elemzéshez kiválasztott dokumentumokat.

4. Elemzés-értékelés

Az értékelés egyrészt a projekt megvalósíthatóságára vonatkozó tapasztalatok összegzése a későbbi kiterjesztés céljából. A másik cél a projektbe bevont személyek (IT- és TT-tagok) ismereteinek, attitűdjének megváltoztatására irányuló tevékenység sikerességének vizsgálata. Az előbbihez a projektnapló, illetve a kvalitatív vizsgálat eredményei szolgálnak forrásként, az utóbbihoz a felmérésben kitöltött kérdőívek. Az adatok elemzését, az eredmények értékelését a szakemberek elvégzik és közzéteszik.

D. Járási PE-k összetett népegészségügyi beavatkozásainak monitorozása

Vitrai J., Pipicz M., Sándor J., Somhegyi A.

Mint fentebb jeleztük, a monitorozás legtöbb lépése speciális szakismereteket igényel, ezért a járási PE-k monitorozási feladatai kapcsán külön is hangsúlyozni kell, hogy a járási PE-k nem nélkülözhetik a kérdőívfejlesztés és a felmérések területén jártas szakértők bevonását.

A következőkben olyan problémákra hívjuk fel a figyelmet, amelyek járási szintű projektek esetében eltérnek az országos szintű PE monitorozási tevékenységeihez leírtaktól.

A járási egészségterv végrehajtása során elengedhetetlen a megvalósítás folyamatos monitorozása. A különböző résztvevők által végrehajtott, többféle elemből összeálló „beavatkozáscsomag" megvalósulásának szoros nyomon követése azért is különös fontosságú, mert egy ilyen összetett népegészségügyi beavatkozás kimenetei nehezen jósolhatók előre. A folyamatmutatók időközi értékelése segíthet ellenőrizni, hogy a megvalósítás a tervezettnek megfelelően zajlik-e. Éppen ezért a járási PE-k tevékenységének monitorozásához a járási egészségterv feladataihoz illesztett, viszonylag nagyszámú, különféle folyamatmutató kiválasztása szükséges.

A járási PE-k másik sajátossága, hogy a gyermekek egészségének javítására irányuló kezdeményezésük csak akkor lehet sikeres, ha sok különféle szereplő összehangoltan cselekszik. Emiatt kulcsfontosságú a résztvevők releváns ismeretében és attitűdjében bekövetkező változás nyomon követése.

Az országos PE-vel kapcsolatban leírtakon túl a járási PE-k monitorozásának tervezésekor figyelembe kell venni, hogy tevékenységük célja a gyermekek egészségében kimutatható javulás elérése. Az eredménymutatók első köre így természetesen az egészségi állapotra vonatkozik. Mivel az egészséget a viselkedés erősen befolyásolja, ezért a mutatók második részével az egészségmagatartásban bekövetkező változásokat kell monitorozni. Az egészségmagatartást ugyanakkor a gyermekek fizikai és társas környezete alapvetően meghatározza, ezért az eredménymutatóknak a gyermekek családi és intézményi, valamint az ezeken kívüli környezetére is vonatkozniuk kell. (*5. táblázat*) Tartós javulásra csak akkor számíthatunk, ha mindegyik felsorolt mutatókörben kedvező változást tudunk megfigyelni. Ehhez a beavatkozások előtt és utána is szükséges a mutatók értékeit meghatározni. A mutatók kiválasztásához az 5. táblázat kínál néhány példát, valamint további példákat tartalmaz a VI. fejezet H. fejezete.

Az egyes járásokban összeállított „beavatkozáscsomagok" megvalósításával szerzett tapasztalatok általánosíthatósága nagymértékben függ a konkrét körülmények különbözőségétől. Éppen ezért a monitorozásban kiemelten kell figyelni a megvalósítást támogató és akadályozó tényezők vizsgálatára. [*Erről részletesebben ugyancsak a VI. fejezetben H. pontjában olvasható.*]

MUTATÓK			
FOLYAMATMUTATÓK		**EREDMÉNYMUTATÓK**	
Országos	**Járási**	**Országos**	**Járási**
részfeladatok időben teljesülése	részfeladatok időben teljesülése	létrejött járási PE-k száma	túlsúlyos gyermekek aránya a járásban
országos PE tagjainak ismeret- és attitűdváltozása	járási PE tagjainak ismeret- és attitűdváltozása	járási egészségtervek száma	ajánlásnak megfelelő mennyiségű testmozgást végző gyermekek járási aránya
	programba bevont iskolák száma	járási PE IT-ülések száma	tankerttel rendelkező iskolák járási aránya
	programba bevont külső szakemberek száma	járási PE VT-ülések száma	dohányzó szülőkkel élő gyermekek aránya a járásban
	programba bevont egyéb szervezetek száma		

5. táblázat: Beavatkozások monitorozásához példaként ajánlható néhány mutató

VI. FONTOS TUDNIVALÓK A GYAKORLATI MEGVALÓSÍTÁSHOZ

A. A részvételi módszerek története és gyakorlati példái

Várfi M., Kollányi Zs.

1. A részvételi módszerek története

Az 1960-as években, amikor a terminus az akkori emberi jogi és demokratikus mozgalmak révén bekerült a köztudatba, elsősorban a társadalmi döntéshozatali mechanizmusokra alkalmazták. Nagyon hamar (újra)felfedezték azonban maguknak a piaci szervezetek, részben Kurt Lewin munkásságára is alapozva, aki még évtizedekkel korábban találta azt, hogy a különböző vezetési stílusok közül a demokratikus stílustól várható a legjobb eredmény.[65] A részvételi módszerek egyik legnagyobb „felhasználója" ma is az üzleti szféra, illetve – általánosabban – a különféle szervezetek, melyek a saját, belső stratégiai vagy egyéb döntéseikben alkalmazzák a részvételi megközelítést. A részvételen alapuló vezetői stílus (participative leadership) lényege, hogy a vezető/menedzsment folyamatos párbeszédet, eszmecserét generál a munkavállalóival, miközben ellátja őket információkkal, ő is megosztja velük ötleteit, és kíváncsian várja az ő ötleteiket. Ebből a folyamatból végül valahogy újítások, döntések születnek, ennek pontos módja lehet többé vagy kevésbé demokratikus.[66] A folyamat két legfőbb előnye a „kollektív intelligencia" learatása mellett a döntéshozatalba bevont munkavállalók oldalán jelentkező, de a munkáltató számára is előnyös pszichológiai hatások (pl. elköteleződés).[67] Az alábbiakban mi a módszer civil/közösségi alkalmazására fogunk koncentrálni, de érdemes megfontolni, hogy ha a profitorientált szervezetek is ilyen élénk érdeklődést mutatnak a részvételiség iránt, az valószínűleg az élő bizonyíték a módszer hasznosságára.

Az elmúlt 60 évben különféle helyeken, különféle szervezeti keretek között, különféle célokra alkalmazták a módszert, gyűjtöttek össze nagyon sok tapasztalatot az emberek. Eközben maga a részvételiség is szükségszerűen változott, irányzatokra vált szét és ezek egymástól részben függetlenül fejlődtek. Mára sokféle, eltérő módszertannal működő, eltérő célokat kitűző megközelítéssel találkozhatunk.[68] Ugyanakkor az elmúlt évtizedben egyre több helyen jelent meg a részvételi módszer a közösségi döntéshozatalban is. Mára rendkívül széles az alkalmazott formák és eljárások palettája.

A közösségek bevonása az egészségfejlesztési programok kialakításába, miként maga a részvételiség általában, nem új gondolat. A megközelítés egyik legfőbb támogatója, a WHO már az 1978-as alma-atai deklarációja[69] óta élen jár a közösségi egészségfejlesztés propagálásában. A hol erőre kapó, hol kifulladó, folyamatosan fejlődő és átalakuló mozgalom története során nagy mennyiségű tudás és tanulság gyűlt össze. A Partneri Együttműködések (Coalition of Partners) rendszerének felállítását, amelynek jelen Útmutató a magyarországi tapasztalatait és ajánlásait foglalja össze, 2017-ben kezdeményezte a WHO. A program a népegészségügyi szolgáltatások megerősítését célozza a WHO európai régiójában, és elsődleges megközelítése a „társadalom egészének" bevonása (whole-of-society approach), ami a „kormányzat egészének" (whole-of-governance) bevonását egészíti ki. A „társadalom egésze", vagyis nem csupán a döntéshozók, a szakértők, az egészség társadalmi meghatározóira különféle módokon hatással levő intézmények képviselői, de a piaci szereplők és a civilek, vagyis a közösségek, egyének a program kiinduló elképzelései szerint is részvételi módon vonható be.[70]

65 Burnes, Bernard: Kurt Lewin and the Harwood Studies – The Foundations of OD. The Journal of Applied Behavioral Science, Vol. 43 No. 2, June 2007 213–231.

66 Gastil, John (1994): A definition and illustration of democratic leadership. Humand Realtions, Vol. 47. No. 8.

67 Huang, Xu – Iun, Joyce – Liu, Aili – Gong, Yaping (2010): Does participative leadership enhance work performance by inducing empowerment or trust? The differential effects on managerial and non-managerial subordinates. Journal of Organizational Behavior J. Organiz. Behav. 31, pp. 122–143.

68 Polletta, F. (2016): Participatory enthusiasms: a recent history of citizen engagement initiatives, Journal of Civil Society, 12:3, 231–246, DOI: 10.1080/17448689.2016.1213505.

69 WHO (1978): Declaration of Alma-Ata, https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

70 WHO (2019): Governance snapshot: whole-of-society approach The Coalition of Partners forStrengthening Public Health Services in the European Region, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/413156/Governance-Snapshot-The-Coalition-of-Partners-for-Strengthening-Public-Health-Services-ENGv2.pdf?ua=1

2. Magyarországi példák a társadalmi részvételre

Az elmúlt két évtizedben Magyarországon főként a városrehabilitáció keretében történő közterületi fejlesztések kapcsán került sor a közösségi tervezés alkalmazására. Leginkább közterek, azon belül is főleg parkok megújításakor, de van példa belső udvarok megújítására is közösségi tervezéssel.

Budapest III. kerületében 2015-ben indult a közösség bevonására építő településfejlesztési program. Ennek keretében a különböző városrészek lakosait lakossági fórumokon, kérdőívekben kérdezték meg elképzeléseikről, preferenciáikról saját közvetlen lakókörnyezetükkel kapcsolatban. A részvételi tervezés jól definiált helyszínekkel kapcsolatban ismételt találkozók során zajlott, amelyeken a lakosok, a tervezők és a döntéshozók is jelen voltak. A projekt dokumentációja itt tekinthető meg: https://obvf.hu/.

Budapesten Újpalotán egy helyi lakosok, civil szervezetek és szakemberek által létrehozott közösség állt a helyi terek fejlesztésének élére. Lakossági fórumokat tartottak, kérdőíves formában kérdezték ki a helyi lakosokat a helyi Fő tér jövőbeli kialakításával kapcsolatos elképzeléseikről, vágyaikról. Kapcsolatba léptek a helyi önkormányzattal is. Végül tevékenységüket csak részben koronázta siker, az önkormányzat ellenfelet, nem pedig partnert látott bennük. Bővebben: Bardóczy – Giczey (2010).[71]

Budapest VIII. kerületében a Magdolna-negyed rehabilitációja során a munka tervezésének és kivitelezésének egyes fázisaiban (lakóépületek rehabilitációja, Mátyás tér és környékének fejlesztése) különböző módszerekkel bevonták a helyi lakosokat is. A folyamat eredményes, de küzdelmes is volt egyben. Bővebben: Fritsch (2012)[72], Bardóczy – Giczey (2010).[73]

Balatonboglár Önkormányzata egy külső céget kért fel a település Integrált Városfejlesztési Stratégiájának megalkotására. A cég, szinte teljesen kívülállóként, személyes helyi szövetségesek felkutatása és alapos helyzetfelmérést követően először homogén fókuszcsoportos beszélgetéseket szervezett (az egyes érintett csoportoknak külön-külön). A csoportok résztvevőiben megfogalmazódott, hogy rendszeresíteni kéne a hasonló megbeszéléseket. Az itt szerzett tudással felvértezve a cég terveket készített és ezeket egy lakossági fórum elé vitte. A későbbiekben a közösség aktívan részt vett a végleges fejlesztési terv kidolgozásában is. A végső döntéseket a finanszírozó önkormányzat hozta meg. Bővebben: Bardóczy – Giczey (2010).[74]

Tíz különböző környezeti relevanciájú helyi ügy történetét dolgozza fel Radácsi László és Pataki György kötete (1999).[75] Az M0-ás körgyűrű, a paksi atomhulladék-tároló és más környezeti ügyek történetét, és az érintett közösségek ebben játszott szerepét olvashatjuk.

A fejezetben már több helyen hivatkozott Tér_Köz példatár (2018)[76] a Budapesten lezajlott, társadalmi részvételre épülő közterületi tervezési projektekről számol be nagy számban.

Számos helyi kezdeményezést támogatott anyagi és egyéb erőforrásokkal az Ökotárs Alapítvány Köz-Szer-Vez programja keretében. A jellemzően helyi lakosok, ritkábban helyi civil szervezetek folyamodtak támogatásért, bemutatva a helyi működés javítását célzó elképzeléseiket. A projektek nagyon sokfélék: a helyi közlekedés és közterek fejlesztésétől a helyi önkormányzat és a lakosság közötti kommunikáció javításán keresztül a helyi lakosság különböző témákban való érdekképviseletének megszervezéséig. A projektek jellemzően a helyiek összefogásában, konszenzuskereső részvételi folyamatban valósulnak meg. Bővebben: https://www.okotars.hu/tamogatott_projektek.[77]

71 Bardóczy Sándor – Giczey Péter (szerk.) (2010): Kézikönyv a részvételi városmegújításról. Gyakorlati útmutató. Közösségfejlesztők Egyesülete Városmegújító Munkacsoport, Budapest.

72 Fritsch Mária (2012): A részvételi tervezés lehetősége és kerete a helyi önkormányzatok szintjén. Szakdolgozat. BME Urbanista Szakirányú Továbbképzés.

73 Bardóczy Sándor – Giczey Péter (szerk.) (2010): Kézikönyv a részvételi városmegújításról. Gyakorlati útmutató. Közösségfejlesztők Egyesülete Városmegújító Munkacsoport, Budapest.

74 Bardóczy Sándor – Giczey Péter (szerk.) (2010): Kézikönyv a részvételi városmegújításról. Gyakorlati útmutató. Közösségfejlesztők Egyesülete Városmegújító Munkacsoport, Budapest.

75 Radácsi László – Pataki György: A lokalitás reneszánsza. In: Vári Anna–Joanne Caddy (eds) Public Participation in Environmental Decisions: Recent Developments in Hungary. (Budapest: Akadémiai Kiadó 1999.)

76 Tér_Köz Példatár (2018) – Jó gyakorlatok a társadalom bevonására. Budapest Főváros Főpolgármesteri Hivatala.

77 Bővebben: https://www.okotars.hu/tamogatott_projektek

B. A járások kiválasztásának módszertana

Girán J., Kollányi Zs.

Ez a fejezet négy olyan módszertani megközelítést ismertet, amelyek a gyermekek egészségét javító komplex, részvételalapú népegészségügyi beavatkozások megvalósításának pilothelyszíneiként szolgáló járások kiválasztásához hasznosíthatók lehetnek. A járások kiválasztásakor érdemes szem előtt tartani azt a szempontot, hogy pilotszakasz beavatkozásai során minél több és sokrétűbb tapasztalatot lehessen összegyűjteni. A széles körű tapasztalatszerzést az indokolja, hogy a pilotszakasz lezárulását követően az átfogó országos beavatkozások tervezéséhez és megvalósításához minél több adat és információ állhasson a döntéshozók rendelkezésére az országos program előkészítéséhez. A projekt pilotszakaszában a járások kiválasztásának feladata jelenti egyrészt azoknak a járásoknak a meghatározását, amelyekben a tervezett közösségi egészségfejlesztési beavatkozások megtörténnek. Ezen túlmenően a kiválasztási feladat része lehet olyan kontrollhelyszínként funkcionáló járások kiválasztása is, ahol nem történik beavatkozás, így a pilot- és kontrolljárások jellemzőinek összevetésével a pilothelyszíneken történő beavatkozások hatása monitorozható lehet.

A járások kiválasztásához használatos módszer meghatározását megelőzően szükséges döntést hozni arra vonatkozóan, hogy hány járásban kerüljön sor a pilotbeavatkozás megvalósítására.

Az ismertetésre kerülő módszerek közül az oIT tagjai választhatják ki, hogy a projekt megvalósítása során melyik kerüljön alkalmazásra.

1. Szisztematikus mintavételi eljárás alkalmazása a járások kiválasztásához

A járások kiválasztásakor a szisztematikus mintavétel alkalmazása során a 197 magyarországi járás mint alapsokaság (n) képezi a mintavétel alapját. A meghatározott számú pilotjárás kiválasztása a következő folyamat eredményeként történhet.

Első lépésként a járások abc-sorrendbe rendezése szükséges. Ezt követően minden járáshoz véletlen szám generálása történik. A járásokhoz rendelt véletlen számok jelentik a továbbiakban a járás sorszámát. A kiválasztás következő lépéseként a járások az újólag generált sorszámok alapján kerülnek sorba rendezésre. A kiválasztás utolsó lépéseként a meghatározott számú járás kiválasztása történik, amely szám a pilothelyszínek tervezett számával (n) azonos. A kiválasztás során a járási lista tetszőleges kezdőpontjáról indulva a lista minden k-dik eleme (k=N/n) kiválasztásra kerül.

A szisztematikus mintavétel alkalmazásával történő pilothelyszín-választás előnye, hogy egyszerűen kivitelezhető és minden járás számára egyenlő estélyt biztosít a kiválasztásra. Ugyanakkor a szisztematikus mintavétel alkalmazásával történő pilothelyszín-választás hátránya, hogy a kiválasztás során a szakértői szempontok nem érvényesíthetők. Ily módon az országos program előkészítését szolgáló adatgyűjtés nem biztos, hogy kiterjedhet minden olyan jellemzővel kapcsolatos tapasztalatszerzésre, amely az előkészítés vonatkozásában releváns lehet.

A kontrollhelyszínként szolgáló járások kiválasztása során meghatározó szempont lehet olyan járások kiválasztása, amelyeknek a társadalmi-gazdasági paraméterei a beavatkozásra kiválasztott járások ezen paramétereihez a lehető legjobban közelítenek. Amennyiben több olyan járás is van, amely egy adott pilotjárás kontrollhelyszíneként megfelelő lehet, a szisztematikus mintavételi eljárás az e járások közüli választás esetén is alkalmazható lehet.

2. Delphi-módszer alkalmazása a járások kiválasztásához

A szükségesnek ítélt számú (n) járás kiválasztásának egy lehetséges módja, hogy az oIT-tagok mind a pilot-, mind a kontrollhelyszínekről a Delphi-módszer alkalmazásával döntenek. Ebben az esetben a kiválasztás az első fordulójában az oIT-tagok, mint szakértők, meghatározott számú járást javasolnak pilothelyszínként. Minden járás esetén indoklást is megfogalmaznak, amelyben kifejtik, hogy milyen előnyökkel járna, ha az adott járás pilothelyszínként kerülne kiválasztásra.

Az oIT-tag minden általa javasolt pilothelyszínnel összefüggésben kontrollhelyszínre is javaslatot tesz, amelyet indokol. A javasolt helyszínekről az oIT tagjai több fordulóban egyeztetnek, minden fordulóban adott számú (vagy adott hányadnak megfelelő) járást kizárnak a lehetséges pilot- és kontrollhelyszínek közül. A döntési fordulók addig ismétlődnek, amíg a szükségesnek ítélt számú pilothelyszín – és a hozzájuk tartozó kontrollhelyszín – kiválasztásra kerül. Amennyiben több olyan járás is van, amely egy adott pilotjárás kontrollhelyszíneként megfelelő lehet, a szisztematikus mintavételi eljárás [lásd a fejezet A. pontja] az e járások közüli választás esetén is alkalmazható lehet.

A módszer előnye, hogy a felmerülő szakmai szempontoknak leginkább megfelelő pilothelyszínek választhatók ki konszenzuson alapuló döntéshozatallal. A módszer hátránya, hogy a döntési és kiválasztási folyamat hosszú időt vesz igénybe.

3. Szisztematikus mintavételi eljárás és a Delphi-módszer kombinációjának alkalmazása a járások kiválasztásához

A szisztematikus mintavételi eljárás és a Delphi-módszer kombinációjának alkalmazása során a szükségesnek ítélt számú (n) pilotjárás kiválasztásakor n-x járás a szisztematikus módszer [lásd a fejezet A. pontja] alkalmazásával, míg a fennmaradó rész a Delphi-módszer [lásd a fejezet B. pontja] történhet.

A kontrollhelyszínként szolgáló járások kiválasztása a pilotjárások kiválasztásához hasonló módon történhet. Amennyiben több olyan járás is van, amely egy adott pilotjárás kontrollhelyszíneként megfelelő lehet, a szisztematikus mintavételi eljárás [lásd a fejezet A. pontja] az e járások közüli választás esetén is alkalmazható lehet.

A módszer előnye, hogy mind a „véletlen kiválasztás", mind a szakértői kiválasztás lehetősége együttesen érvényesülhet. A módszer hátránya az időigényes döntéshozatali eljárás.

4. Szakértői csoport felkérése a járások kiválasztásához

A pilothelyszínek kiválasztásának további lehetséges módja, hogy oIT-tagok a meghatározott számú járás kiválasztására külső szakértőket kérnek fel, vagy az oIT tagjai közül erre a célra szerveződő munkacsoportot hoznak létre. A kiválasztási folyamat kezdetén oIT tagjai a járások kiválasztási szempontjaira javaslatot tesznek, és a felkért szakértők ezen szempontok alapján végzik el a járások kiválasztását. A pilothelyszínek kiválasztása során potenciálisan releváns szempontokra az alábbi lista példaként szolgálhat:

- a járásban működik-e EFI;
- a járásban működik-e praxisközösség;
- a járásban működik-e bármilyen, a közösségi egészségfejlesztést vagy egészségvédelmet célzó kezdeményezés vagy színtérprogram;
- a járásban működik-e bármilyen közösségfejlesztést célzó kezdeményezés;
- a járás országon belüli földrajzi elhelyezkedése;
- működik-e a járáshoz tartozó települések részvételével létrehozott önkormányzati társulás;
- a járást alkotó települések településnagyság szerinti összetétele;
- a járás gazdasági fejlettsége;
- a járásban lévő roma kisebbségi önkormányzatok száma.

A szakértői szempontokról történő oIT-döntés esetén célszerű a konszenzusos döntésre törekedni, hogy végül a lista valóban az oIT minden tagja által megfelelőnek ítélt szempontokat tartalmazza. Az ez irányú döntéshozatalt a Delphi-módszer alkalmazása segítheti [lásd a fejezet B. pontja].

A szakértői szempontok alapján a járások kiválasztására leginkább megfelelő eljárás kidolgozását, valamint a kidolgozott eljárás segítségével a pilot- és a kontrollhelyszínek meghatározását a felkért külső vagy belső szakértők végzik el.

A módszer előnye, hogy a pilothelyszínek kiválasztása során a szakértői szempontoknak leginkább megfelelő járások találhatók meg. Továbbá a kiválasztáshoz szükséges időt az oIT-tagja más feladatok elvégzésére fordíthatják. A módszer hátránya, hogy a külső szakértők alkalmazása anyagi erőforrást igényel.

C. Képzés az új népegészségügyi szemlélet megismerésére

Pipicz M.

1. Bevezetés

Hazánkban az utóbbi évtizedekben számos népegészségügyi beavatkozás megvalósult már, azonban európai viszonylatban, valamint országunk társadalmi és gazdasági fejlettségéhez képest is jelentős elmaradásunk van például az egészségben eltöltött várható életévek számában, a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos betegségekből eredő halálozásban, vagy például az elhízás és egyéb kockázati tényezők vonatkozásában. Ezen hazai egészségveszteségek arra hívják fel a figyelmet, hogy a népegészségügyi problémák kezelésére mind ez idáig alkalmazott módszerek és szemléletek nem működnek sikeresen.

2. A képzés célja

A résztvevő felismerje a népegészségügy megújításának szükségességét.

Megértse az alábbi fogalmakat az egészség vonatkozásában:

- „wicked problems",
- viselkedésváltozás COM-B modellje,
- kultúra,
- rendszerszemlélet,

- részvételalapúság.

Megismerje az új népegészségügyi szemlélet lényegét.

3. A képzés formája

A résztvevő saját tempójában haladva, aktív részvételre ösztönözve, önállóan dolgozza fel a digitális képzési anyagot.

A képzés felépítése:

- „Mi jut eszedbe a képről?" Power Point-fájl.
- „Mese a szemléletről." Word-fájl
- „Fogalompárosítás." Power Point-fájl.
- „Lehetőséget biztosító környezet." Videó.
- „Egészséges táplálkozásért!" Power Point-fájl.
- „Kérdések és válaszok az új népegészségügyi szemlélettel kapcsolatban." Word-fájl

4. A képzés időtartama

Az egyének képességeitől, előzetes ismereteitől függően kb. 1–2 óra.

5. A képzés anyaga

A képzés anyaga a következő linken szabadon hozzáférhető, letölthető: https://drive.google.com/open?id=1jAn8Iqi5tha-JA9j_97SoGMvU1QE5iO2.

„Mi jut eszedbe a képről?" Power Point-fájl.

Mi jut eszedbe a képről?



Az eredményes és értékteremtő közös munka („co-creation") egyik alapfeltétele, hogy hasonló gondolkodás alakuljon ki a részvevők között, ezért célszerű megismernünk és tisztáznunk minden érintett gondolatát.

Egy-egy felmerülő probléma esetén kérjük ki több személy véleményét, mert a különböző szempontokból építkezve sikeresebben találhatjuk meg a legjobb megoldást!

Próbáljunk meg egy adott témára különböző „szemüvegeken keresztül" tekinteni, mert a téma jobban megismerhetővé válhat a többfajta szemlélet együttes akalmazásával!

Sokszor van, hogy családi, munkahelyi vagy baráti közösségünkben ugyanarról dologról (pl. egy versről, egy problémáról vagy akár az előbbi képről) mást és mást gondolunk. A sokszínű gondolatok a különböző személyiségeinkből erednek, mely részben például az eltérő neveltetésnek, korábbi élettapasztalatnak, képzettségnek, kultúrának az eredménye.

Az egészség vagy egészségfejlesztés területén is szakemberek és laikusok egyaránt különbözően gondolkodnak ugyanazon témáról.

Miért érdemes ezt szem előtt tartanunk?

Mese a szemléletről." Word-fájl.

Feladat: Olvasd el kérlek a mesét, majd válaszold meg alább a kérdéseket!

Mese a szemléletről

Egyszer volt, hol nem volt, még az Óperenciás-tengeren is túl volt egy királyság. A királyságban élők szorgosan dolgoztak nemzedékről nemzedékre, ám ez idő alatt nemcsak a vagyonuk gyarapodott, hanem a hasuk is tekintélyes méreteket öltött, ami egyre inkább több bajt okozott és egyhamar az ország bajává vált. A bölcs király ezt belátva és az egészséget támogatva elrendelte alattvalóinak, hogy mindennap egyenek két almát és minden napnyugta előtt járjanak egyet a falu határában. Sőt, adót vetett ki több mindenre, amiről úgy gondolta, hogy a bajt csak tovább tetőzné. Teltek az évek, de a terebélyes pocakok száma nem csökkent, az ország baja pedig növekedett, nagy terhet róva ezzel mindenkire. A király elkeseredésében hetedhét országban és azon túl is közhírré tétette, hogy odaadja tündéri szép lánya kezét és azzal együtt királyságának felét, aki megoldást talál országának bajára.

Másnap sorra kopogtattak a vár kapuján a sokat látott különböző szemléletű emberek. A király udvari tanácsadójával hallgatta az érkezőket. Elsőként a „Viselkedés" testvérhármas, név szerint a „Képesség", a „Motiváció" és a „Lehetőség" járult a király színe elé.

Kedves Királyunk! Úgy véljük, hogy az Ön országának baját az emberek nem egészséges viselkedése okozza. Ahhoz, hogy ezt megértse, ismerni-e kell, a viselkedést több minden befolyásolja. Elképzelhetőnek tartjuk, hogy az emberek nem tudják mi az egészséges és mi szükséges az egészséges élethez, ezért nem is képesek úgy élni! – kezdte a Képesség; majd így folytatta a Motiváció: lehetséges azonban az is, hogy mindent tudnak az egészségről, de nem akarnak úgy élni, egyszerűen nem motiváltak abban, hogy egészségesen éljenek!

„De hiábavaló a képesség és a motiváció, ha az embereknek nincs lehetőségük egészségesen élni. A lehetőséget a környezet teremti meg! A környezet, ahova születünk, ahol élünk és meghalunk. Otthonunk állapota, falvaink biztonsága és tisztasága, gyermekeink neveltetése, a gyógyítók elérhetősége, a zöld erdők és tavak-folyók közelsége.

Tehát gondolkodjon el azon is király uram, hogy esetleg a lehetőséget biztosító környezet híján nem élnek az emberek egészségesen" – zárta végül a „Lehetőség".

A „Viselkedés" testvérek után még sokan érkeztek, akiknek szemlélete szintén elgondolkodtatta a királyt.

A „Kultúra" így vélekedett: az emberek értékrendjében keresendő a baj forrása, hiszen kultúrájuk része, hogy nagyokat egyenek-igyanak és dőzsöljenek barátaikkal a szorgos napok után. Sőt a teltebb formák dobogtatják meg csak igazán szívüket. Számukra ez értékes, nem pedig a délceg alkat.

A „Részvétel" kérdéseket vetett fel: Királyom! Megkérdezte-e már valaha alattvalóit, hogy nekik mi a véleményük és hogyan látják az ország baját? Egyáltalán bajnak látják-e azt, amit királyom is bajnak lát? Lehet, hogy nem látják bajnak, mert a testesség hatalomjelkép számukra? Számíthat rájuk, felség, hogy az ország kilábaljon ebből a bajból?

Egy messzi földről érkezett gondolkodó, a „Rendszer" szemléletét egy példával próbálta bemutatni. A vár toronyórája mindig pontosan mutatja az időt és kongással jelzi az órák múlását. Ez egy nagyon bonyolult és összetett szerkezet működésének az eredménye. Az óraszerkezet alkatrészek rendszere, amit sok és sokfajta, különböző méretű és alakú elem alkot. Vannak benne kisebb-nagyobb fogaskerekek, csavarok, rugók, drótok, mutatók, harangok és még sorolhatnám mi minden. Ezek térben több szinten helyezkednek el, kölcsönhatásba lépnek egymással és egymást mozgatják, hogy együttes működésük eredményeként mutassák és jelezzék az órát.

Vagy vegyük például a pékmesterek napi fizetségét, ami szintén egy bonyolult rendszer eredménye. Fizetségük függ attól, hogy faluban vagy városban dolgoznak, mennyi pékmester van a közelben, hány kenyeret készítenek naponta és azokból mennyit tudnak eladni. Az eladást befolyásolja, hogy például az emberek szeretik-e a kenyeret, van-e pénzük megvenni, mekkorák az adók és hogy természetesen mennyi a kenyér ára. A kenyér árát meghatározza az is például, hogy hol termett a búza, milyen volt a termés, volt-e elég eső és napsütés, ki aratta le a búzát, hol és hogyan őrölték, városban vagy faluban árulják.

Tehát a toronyóra és a pékmesterek fizetsége is egy-egy bonyolultan összetett rendszer, amiben mindegyik elemnek szerepe van és hatással vannak egymásra. Az ország bajára, a terebélyes pocakosok nagy számára is így kellene tekinteni.

A király a nap végén megkérdezte udvari tanácsadóját, miként vélekedik az elhangzottakról.

„Mindegyik szemléletet helytállónak tartom királyom. Ugyanakkor úgy vélem, önmagában egyik sem elégséges megoldás országunk bajára. Hiába tanítjuk és gyakoroltatjuk hogyan éljenek az emberek egészségesen, ha azt ők nem akarják és kultúrájuknak nem része. Hiába teremtünk önmagában egészséges környezetet, ha nem képesek vagy motiváltak kihasználni az abban rejlő lehetőségeket. Ha nem együtt gondolkozunk és cselekszünk az emberekkel, akkor részvételük hiányában nehezen tudunk változást elérni viselkedésükben, kultúrájuk formálásban. Hiába tekintünk az egészre mint egy bonyolultan összetett rendszerre, ha annak elemeit és kapcsolatait nem a kultúra, a viselkedés és a részvétel szemléletében akarjuk megismerni. Azt javaslom tehát, hogy a különböző szemléleteket egyesítve kezeljük az ország baját."

A király megfogadta tanácsadójának javaslatát. Bevonta a nép különböző képviselőit és az egyszerű embereket is, akikkel együtt dolgozott az ország baján a „Viselkedés", a „Kultúra", a „Részvétel" és a „Rendszer" szemléletében. Közös munkájuk gyümölcseként az évek során a terebélyes pocakok a gondokkal és a terhekkel együtt apadni kezdtek.

A király bőségesen megjutalmazta a „Viselkedést", a „Kultúrát", a „Részvételt" és a „Rendszert" gondolkodást formáló szemléleteikért. Lánya kezét és fele királyságát pedig tanácsadójának adta, aki bölcsen és újítóan egyesítette ezen szemléleteket.

Kérdések

Mi a mese tanulsága számodra?

A „Viselkedés" testvérhármas a COM-B modellt eleveníti meg. Keress utána az interneten, hogy mit is jelent ez a mozaikszó és egészítsd ki az alábbi táblázatot a mese segítségével!

Írj néhány példát, hogy a kultúra miként befolyásolhatja az egészséget!

A „Részvétel" arra ösztönözte a királyt, hogy bevonja alattvalóit az ország bajának megoldásába. Jól tette? Miért tette? Mi a véleményed erről?

A mesében példákat olvashattál bonyolultan összetett rendszerekről, amiket komplex rendszereknek nevezhetünk. Az egészség is egy komplex rendszer eredménye. Szerinted miért?

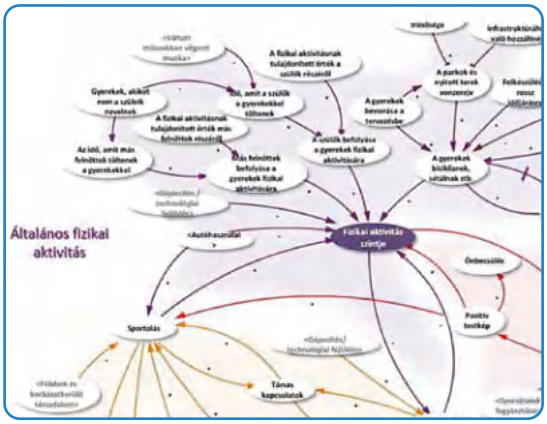
	angol kifejezés	magyar kifejezés
C		
O		
M		
B		

„Fogalompárosítás." Power Point.fájl.

A diákon különböző fogalmak neveit, jellemzéseit, és képeit összekevertük.

Rakd egymás után a szerinted összetartozó NÉV, JELLEMZÉS, KÉP diákat.

Melyik mese szereplőjéhez, mint szemlélethez kapcsolódhatnak ezek a fogalmak? Miért?



STAKEHODLER ANALYSIS

„stakeholder elemzés"



PROBLEM DEFINITION

„probléma-meghatározás"



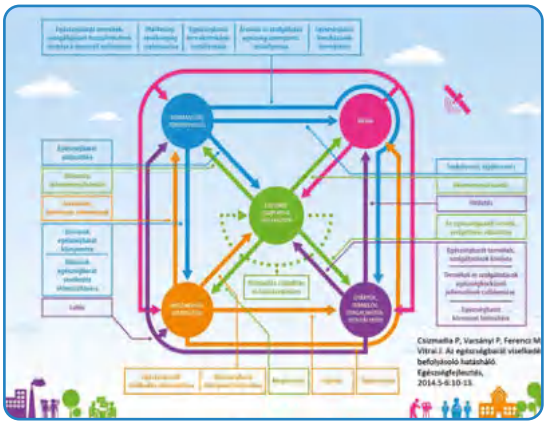
„A rendszerdinamikai modellezésben az egyik leggyakrabban használt diagramtípus. Előnye, hogy egyszerű és könnyen átlátható módon ábrázolnak összetett viszonyokat egy adott témában. Maga az ábra változókból, a változók közötti kapcsolatokból és a kapcsolatokból kirajzolódó visszacsatolási mechanizmusokból épül fel. Ez a három egymásra épülő elem lehetővé teszi, hogy nagy komplexitással rendelkező rendszerek is leírhatóvá váljanak. Az ilyen típusú ábrákat kiterjedten alkalmazzák részvételi környezetben is."

„Egy olyan vállalati filozófia, amely arra ösztönzi a vállalatokat, hogy a vevő értékteremtési folyamatát megértse, abba megtalálja helyét, és a vevőkkel együttműködésben képes legyen értéket teremteni, mely minden résztvevő számára értéket hordoz."



DELIBERATION

„gondolkodtató közvélemény-kutatás"



COMMUNITY PARTICIPATON

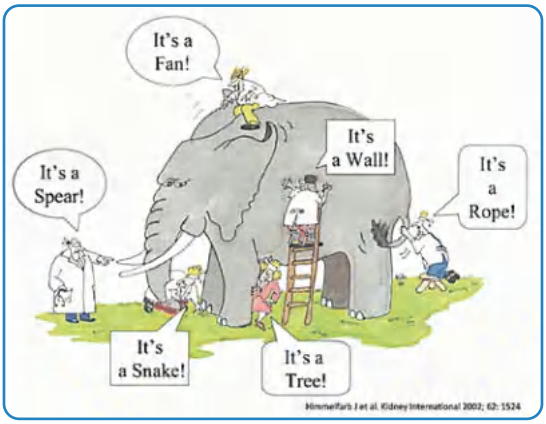
„közösségi részvétel"



„Olyan tevékenységi forma, melybe az egészségfejlesztés bekapcsolódik és a közösség tagjait együttműködésre ösztönzi, hogy azok képesek legyenek saját, és ezáltal az egész közösség egészségi állapotának és helyzetének javítására. Fontos kulcsszavai közé tartozik az önszerveződés, az önkéntesség, az önsegítés, az érdekérvényesítés, a részvétel és a partnerkapcsolatok építése."

SYSTEM APPROACH

„rendszerszintű megközelítése"



„Az egészség erős társadalmi beágyazódása következtében az egészségügy önmagában nem tudja hatékonyan javítani a lakosság egészségét. Ezt támasztják alá azok az adatok, amelyek szerint az egyéni életmódváltásra irányuló egészségfejlesztési beavatkozások önmagukban sikertelennek bizonyultak világszerte. Tudományos vizsgálatok igazolják, hogy a komplex, más szektorok szereplőinek és az érintettek bevonásával megvalósuló, több szinten, azaz országosan, térségenként és helyben, egyidejűleg többféle, az egyénre és a környezetére irányuló beavatkozások lehetnek sikeresek."

„Egy projektben érintett szereplők azonosítása, érdekeltségük meghatározása érdekérvényesítő hatalmuk figyelembevételével.
Érintett lehet egy beavatkozás során:
- akit érint a projekt;
- aki hatással lehet a projektre;
- aki hasznos projektpartner lehet;
- aki konfliktusforrás lehet, mivel a projekt sérti az érdekeit;
- aki mindenképpen részt vesz a projektben."

CO-CREATION
„közös értékteremtés"

„Hatékony egészségfejlesztés csak akkor tud megvalósulni, ha feltárásra kerülnek a valós járási szintű egészségproblémák az ott élők bevonásával. A problémameghatározás szubjektív, a különböző érintettek mást definiálnak problémának, ezért a valós problémameghatározás csak valamennyi érintett bevonásával lehetséges. Törekedni kell tehát, hogy a végső problémalista minél több érintett aspektusát tartalmazza."

CAUSAL LOOP DIAGRAM
„oksági diagram"

„A közösségi részvétel egy folyamat, amelynek eredményeképpen az emberek képessé válnak aktívan és hitelesen részt venni az őket érintő kérdésekben, döntéseket hozni azokról a körülményekről, amelyek meghatározzák életüket, képesek politikákat megfogalmazni és azokat végrehajtani, szolgáltatásokat nyújtani és fejleszteni, valamint változásokat eredményező akciókat szervezni."



COMMUNITY-BASED HEALTH PROMOTION
„közösségalapú egészségfejlesztés"

„Szemtől szembeni beszélgetés, amelyben a résztvevők szándékoltan vetnek fel és beszélnek meg egymással versengő érveket, hogy ítéletet mondhassanak egy adott probléma különböző megoldásaira."

„Lehetőséget biztosító környezet." Videó.
https://drive.google.com/file/d/1bYZPfEGXyJopzW_uhLZA2XjWaYGC-Nz0/view?usp=sharing

„Egészséges táplálkozásért!" Power Point-fájl.

Hiába változik kedvezően az iskolai közétkeztetés, ha otthon a családi étkezési kultúra attól gyökeresen eltér (pl. maradéktalanul el kell fogyasztani mindent a tányérról akkor is, ha az nem esik már jól; édességgel való jutalmazás; ételek utósózása).

Hiába való a „gyerekszájnak" ízletes egészséges iskolai menza, ha a gyermek a szülőktől kapott tízórai pénzt a büfében energiaitalra és kétszersült snackekre költi.

Hiába ismeri a gyermek milyen az egészséges táplálkozás, ha számára az nem jelent értéket és nincs motivációja egészségesen táplálkozni.

Képzeld el, hogy egy lelkes iskolai pedagógus vagy! Szeretnéd elérni, hogy kisvárosotokban a gyermekek minél egészségesebben táplálkozzanak, és felnőttként is így éljenek. Miket lehetne tenni annak érdekében, hogy elérd ezen céljaidat? Gyűjtsd össze az ötleteidet!

Ötleteim:
–
–
–

Az összegyűjtött ötleteid közül melyiket választanád ki a cél elérése érdekében? Miért?

Önmagában elégséges egyetlen egy ötlet megvalósítása?

Sokszor egy-egy beavatkozás szükségszerű, de önmagában nem elégséges a cél elérése érdekben.

Emlékezzünk rá!

Bemutatunk néhány ötletpéldát!

– beszélgetni a gyerekekkel, tanárokkal, szülőkkel, konyhásokkal, büfésekkel, polgármesterrel, hogyan érhető el a „gyerekszájnak" is ízletes és ugyanakkor egészséges közétkeztetés;
– iskolatej program bevezetése;
– iskolagyümölcs program elindítása;
– iskolabüfében és a környező boltokban lévő egészségtelen élelmiszerek elérhetőségének korlátozása;
– iskolakertprogram elindítása;
– egészséges táplálkozással kapcsolatosa tanórák tartása
– szülők edukálása, készségeik fejlesztése;
– levásárolható pontgyűjtő akció bevezetése a boltokban az egészséges élelmiszerek vásárlásának ösztönzésére;
– helyi piacon történő vásárlás ösztönzése.

A felsorolt beavatkozások azonban önmagukban nem elégségesek, hogy tartós változás jöjjön létre és a gyermekek egész életükben egészségesen táplálkozzanak.

Nem elégséges a szülők ismereteinek és készségeinek fejlesztése, ha anyagilag nem elérhetők számunkra az egészséges élelmiszerek.

Hiábavalók az egészséges élelmiszerek vásárlását ösztönző bolti programok, ha az emberek nem tudnak ezzel a lehetőséggel élni, mert nem ismerik az egészséges táplálkozás alapjait vagy nem tudják azt megfelelően alkalmazni a mindennapi életükben. Például hiába kaphatnak pénzvisszatérítést a megvásárolt gyümölcsök után, ha számukra a szénhidrátgazdag, zöldség-gyümölcs fogyasztást mellőző étkezés az ismert. Lehet olcsóbb a tengeri hal, ha nem tudják hogyan kell azt ízletesen elkészíteni.

„Kérdések és válaszok az új népegészségügyi szemlélettel kapcsolatban." Word-fájl.

Sikeresnek bizonyultak az eddigi népegészségügyi beavatkozások?

Hazánkban számos népegészségügyi beavatkozás megvalósult már (pl. védőoltások kötelező bevezetése, védőnői hálózat kialakítása, élelmiszerbiztonság fokozása, nem dohányzók védelméről szóló törvény megalkotása, népegészségügyi termékadó vagy a mindennapos testnevelés bevezetése). Részben ezen intézkedések eredményeként sikeresen csökkent a fertőző és nem fertőző megbetegedések halálozási száma, javult az élelmiszer-biztonság, mérséklődött a dohányzás. Azonban európai viszonylatban, valamint országunk társadalmi és gazdasági fejlettségéhez képest is jelentős elmaradásunk van például az egészségben eltöltött várható életévek számában, a szív- és érrendszeri, valamint a daganatos betegségekből eredő halálozásban, vagy például az elhízás és egyéb kockázati tényezők vonatkozásában. Ezen hazai egészségveszteségek arra hívják fel a figyelmet, hogy a népegészségügyi problémák kezelésére mind ez idáig alkalmazott módszerek nem működnek sikeresen hazánkban. A nemzetközi színtéren is ugyan eltérő mértékben, de hasonló népegészségügyi nehézségekkel küzdenek.

Miért ennyire ellenállóak, „nehéz falatok" a népegészségügyi problémák?

A társadalomtudományban az 1970-es években vezették be az angol „wicked problems" kifejezést, amit magyarul „ördögi, makacs vagy megoldhatatlannak tűnő problémáknak" nevezhetünk.

A népegészségügyi problémák többsége is ilyen, mert jellemző rájuk, hogy:

- egyediek,
- bonyolultan összetettek,
- többtényezősek és több problémából állnak, melyek egymáshoz kapcsolódva egy rendszert alkotnak,
- több szereplőt érintenek, akik különböző érdekeket képviselnek,
- értékrendünk, szokásaink, hiedelmeink a problémák részét képezik,
- nem ismerjük még a probléma minden részletét,
- meglévő ismereteink ellentmondásosak, nem kellően tisztázottak,
- mindezért nem lehet egyszerűen leírni őket és ezért nincs egyetlen egy önmagában elégséges megoldás,
- alkalmazkodnak a változáshoz: szeretnénk megoldani őket, de erre változással válaszolnak, ami újabb megoldásokat igényel és ördögi körhöz vezet,

78



- komoly társadalmi terhet jelentenek,
- nagy az igény megoldásukra.

Mi lehet az eddigi népegészségügyi beavatkozások sikertelenségének oka?

Az eddigi sikertelenségek többek között az alábbiakkal magyarázhatók:

- az összetett, rendszerszintű problémákat önmagukban szükségszerű, de nem elégséges és viszonylag egyszerű beavatkozásokkal próbáljuk megoldani;
- nem kerül bevonásra minden, a problémában érintett szereplő a megoldásba, az érintettek különböző érdekei figyelmen kívül maradnak és azok egymáshoz közelítése, közös érdekek kialakítása nem történik meg;
- az egyéni felelősség túlhangsúlyozása az egészségben és a viselkedés megváltoztatásában, figyelmen kívül hagyva az egyéni tényezőkön felüli különböző külső faktorok kölcsönhatásának egészségre gyakorolt hatását;
- sokan tévesen úgy vélik, hogy az egészségmagatartás csupán az egyén tudásán, elhatározásán, akaratán múlik,
- az egyének és a közösségek sokszor nem ismerik fel, hogy életkörülményeik és környezetük alakításával sorsukat irányíthatják, egészségüket befolyásolhatják;
- a népegészségügy területén más országokban sikeresnek bizonyult problémamegoldási lehetőségek nem kerültek még bevezetésre;
- a közösségi erőforrások felhasználásában egyszerre van jelen a szűkösség, a pazarlás és a kihasználatlanság.

Mi lehet a megoldás?

A népegészségügy gondolkodásának és gyakorlatának rendszerszintű megújulása lehet az egyik megoldás. Egy olyan újszerű népegészségügyi szemlélet meghonosítása, mely figyelembe veszi a népegészségügyi problémák előzőekben ismertetett „ördögi" jellemzőit és az alábbi elemekre épülő, több szakterületet érintő tudást és gyakorlatot következetesen, együttesen és tervszerűen alkalmaz partneri együttműködésben:

- viselkedéstudomány az egyén-környezet kontextusában a COM-B modell szerint;
- kultúra;
- rendszertudomány;
- részvételalapúság.

Mi a partneri együttműködés?

Olyan érdekközösség, melynek egyenrangú tagjai közösen cselekszenek egy közös célért, például a gyermekek egészségének fejlesztéséért. A partneri együttműködés akkor lehet eredményes, ha a témában érintettek (helyi lakosok, döntéshozók, különböző érdekközösségeket és ágazatokat képviselők, szakértők stb.) minél szélesebb körű bevonásával működik, az érintettek érdekeit figyelembe véve a résztvevők közös egyetértésben célokat és ahhoz szükséges tevékenységet határoznak meg.

78 https://straightenthemaze.com/tools-and-reference/made-here/intranets-are-wicked-problems/

Mi a viselkedés és miért fontos az?
A viselkedés személyiségünk megnyilvánulása cselekedeteinkben, hozzáállásunkban, kommunikációnkban, megjelenésünkben. Egészségünket jelentősen meghatározza az, hogy hogyan viselkedünk. Például beadatjuk-e a választható védőoltásokat, betartjuk-e influenzajárvány idején a védőintézkedéseket, rendszeresen mozgunk-e, minden étkezéshez fogyasztunk-e zöldséget vagy gyümölcsöt, elkerüljük-e az egészségkárosító tényezőket (pl. dohányzás), odafigyelünk-e a környezetünkre, hogy az egészségünket szolgálja. Az egészség megőrzése és fejlesztése érdekében nélkülözhetetlen az egészséget támogató viselkedés kialakítása, fenntartása, szükség szerint annak változtatása.

Mi befolyásolja viselkedésünket?
A viselkedésünket sok minden befolyásolja, így például a környezet, a személyes motiváció, a kultúra, a képzettség, a testi és lelki állapot. A viselkedést befolyásoló tényezőket a COM-B modell rendszerezi. A modell szerint a képesség (Capability), a lehetőséget biztosító környezet (Opportunity) és a motiváció (Motivation) együttesen befolyásolják a viselkedést (Behaviour). Azonban észben kell tartanunk, hogy kultúránk, értékrendünk, szokásaink gyökeresen befolyásolják viselkedésünket.

Tehát képességeink, környezetünk és motivációnk befolyásolják az egészségünket is?
Igen, a viselkedésünkön keresztül! Minden olyan dolog, ami befolyásolja viselkedésünket, hatással van egészségünkre is. Az egyes tényezők bonyolult rendszert alkotnak, egymásra hatással vannak, és a viselkedés is visszahat rájuk. Például a dohányosok jelentős része ismeri, hogy a dohányzás káros, de nem képesek leszokni vagy nem motiváltak a leszokásban. A sikertelen leszokási kísérlet mint eredménytelen viselkedésváltozás negatívan visszahathat a motivációra, ugyanakkor növeli tapasztalati ismeretét. A dohányosok a cigarettafüsttel és az eldobott csikkekkel természetes környezetüket károsítják, ami visszahat rájuk. Egy olyan munkahelyi környezetben, ahol mindenki dohányzik, nagyobb eséllyel lesz dohányos egy új munkatárs. Az elégtelen, nem káros stresszkezelési stratégiák ismeretének vagy alkalmazási képességének hiánya egy stresszes családi környezetben szintén kedvezőtlenül befolyásolja egy dohányzó viselkedését, egészségét.

Képesség alatt mit értünk?
„A képesség valamely cselekvésre, teljesítményre való testi és szellemi alkalmasság, illetve ennek mértéke. Minőségét, fokát részben az emberrel veleszületett adottságok, hajlamok, részben a környezeti hatások együttesének befolyására szerzett tapasztalatok (ismeretek, készségek) határozzák meg."[79] A képesség viselkedésünk és így egészségünk első meghatározó alapköve. Testileg és szellemileg alkalmasak vagyunk-e egészséges cselekvéseket végeznünk? Ismerjük mi az egészséges, és szellemileg, fizikailag képesek vagyunk megtenni?

Mi a környezet?
Tágabb értelemben a környezet a körülöttünk lévő természetes és mesterséges fizikai, társadalmi, valamint gazdasági világ, amiben az emberek születnek, élnek, játszanak, dolgoznak, felnőnek és megöregednek. Tehát nemcsak a természetet, erdőt-mezőt, vizeket vagy épületeinket tekintjük környezetnek, hanem a körülöttünk lévő közösségi, szociológiai és gazdasági rendszereket is. Környezetünk befolyásolja egészségünket, nemcsak közvetlenül (pl. biztonságos kerékpárút megléte a munkahelyig, vagy szabadidőpark, ahol kikapcsolódhatunk), hanem közvetve viselkedésünkön keresztül is. A környezetünk „megengedi", hogy egészségesen cselekedjünk? A környezet lehetőséget biztosít vagy megakadályozza, hogy egészségesen cselekedjünk! A környezet viselkedésünk és így egészségünk második meghatározó alapköve.

Fontos tehát, hogy hol élünk?
Igen! Egyes tanulmányok szerint az irányítószámunk és ezáltal a környezet, amiben élünk, erősebben meghatározhatja egészségünket, mint öröklött tulajdonságaink. A Központi Statisztikai Hivatal adatai alapján például Budapesten belül a II. körzetben élők várhatóan 6–8 évvel tovább élnek, mint a 20 km-es távolságban elhelyezkedő X. kerület lakosai. Például az oktatás, a közlekedés, a közbiztonság, a lakhatás, az egészséges ételekhez való hozzáférés mind olyan környezeti tényezők, amelyek befolyásolják viselkedésünket és egészségünket!

Mi a „Népegészségügy 3.0"?
Az amerikai népegészségügy megújulására utaló kifejezés, amit Karen B. DeSalvo, az Amerikai Egészségügyi és Szociális Minisztérium helyettes államtitkára alkotta meg 2016-ban. A „Népegészségügy 3.0" egy olyan szemlélet, mely ágazatokon átívelő együttműködéssel kívánja kedvezően alakítani az egészséget befolyásoló környezeti tényezőket. Ágazatokon átívelő, mert bevonja az oktatási, szociális, gazdasági, egészségügyi, innovációs, városfejlesztési stb. területek szereplőit, képviselőit és döntéshozóit.

79 A pedagógiai lexikon szerinti meghatározás kiegészítve „testi és lelki" jelzőkkel.

Motiváció alatt mit értünk?

„A motiváció olyan tudatos, félig tudatos vagy öntudatlan belső szükséglet vagy kívánság, amely az akaratunkat befolyásolja és ilyen vagy olyan cselekedetekre vesz rá bennünket."[80] Tehát olyan tényezők, amelyek cselekvésre ösztönöznek minket. A motiváció viselkedésünk és így egészségünk harmadik meghatározó alapköve. Szükségét érzem annak, hogy egészségesen cselekedjek?

Mi a kultúra és miért fontos egészségünk szempontjából?

Az Egyesült Nemzetek Oktatási, Tudományos és Kulturális Szervezetének (UNESCO) meghatározása szerint a kultúra „...a társadalomnak, vagy egy csoportjának különböző szellemi, anyagi, intellektuális és érzelmi jellegzetessége, mely a művészet és az irodalom mellett magába foglalja az életmódot, az együttélés módját, az értékeket, a hagyományokat és a hiedelmeket". Kultúránk életünk szerves része és befolyásolja egészségünket. Kultúránk formálja szokásainkat, szerepeinket, előítéleteinket, továbbá befolyásolja motivációnkat, képességeinket, környezetünket, viselkedésünket, döntéseinket, cselekedeteinket. A kultúra jelen van értékrendszerünkben, táplálkozásunkban, magatartási tendenciákban, fizikai, társadalmi és gazdasági környezetünkben. Törekednünk kell a kultúra megismerésére és arra, hogy megismerjük az emberek döntéseinek hátterét is!

Rendszerszemlélet alatt mit értünk?

Egészségünk bonyolultan összetett, úgynevezett komplex rendszer működésének az eredménye. Az összetett rendszerre jellemző, hogy nagyszámú különböző elem több szinten kölcsönhatásba lép egymással. Ennek eredményeképpen az egyes elemek hatásaitól eltérő, új, gyakran megjósolhatatlan hatás jelenik meg, ami tartós lehet, sőt a változó körülményekhez alkalmazkodik. Tehát egy összetett rendszer „nem egyszerűen az alkotóelemek halmaza, hanem azoknak együttesként viselkedő egysége".[81]

Ez bonyolultan hangzik. Milyen példát lehetne felhozni?

Ez egy órának a belső szerkezete, ami egy bonyolultan összetett rendszer.

Sok alkatrészből áll. Többfajta, különféle alkatrész van benne (pl. fogaskerekek, csavarok, mutatók). A térben ezek az alkatrészek különböző szinteken helyezkednek el (pl. valamelyik az óra felszínén, másik a mélyében található). Egy szinten



belül is eltérő helyen vannak az alkatrészek (pl. valamelyik középen, másik az óra szélén). Az alkatrészek egymással kapcsolatban állnak, közvetlenül vagy egy másik alkatrészen keresztül közvetve. A kapcsolatokon keresztül az alkatrészek egymás működését kölcsönösen befolyásolják. A sok alkatrész az együttes közös működés eredményeként mutatja számunkra az időt. Egyetlen egy alkatrész sem képes önmagában az időt mutatni. Ha ebben a bonyolultan összetett rendszerben egy elem meghibásodik, akkor az óra egyáltalán nem vagy nem pontosan fogja mutatni az időt, tehát minden alkatrésznek jelentősége van.

Ugyanez igaz például a kocsinkra, a testünkre, a társadalmunkra és az egészségünkre is!

Mi a részvételalapúság?

Bármit teszünk, cselekszünk, az valamilyen mértékben hatással van másokra, érinti őket, mivel mi magunk is egy komplex rendszerben, társadalomban élünk és annak része vagyunk. Ahhoz, hogy cselekedeteink eredményesek legyenek, mások számára is kedvező hatása legyen, érdemes a cselekedeteink megtervezésekor, megvalósításakor az érintett személyeket bevonni, részvételre ösztönözni őket, érdekellentéteiket figyelembe véve egyeztetni velük. Ez segíthet abban, hogy helyesen, célirányosan, eredményesen, hatékonyan, kevesebb ellenállással cselekedhessünk. A részvételalapúságnak egy családi utazás vagy egy nagy városfejlesztési projekt esetén is érdemes jelen lennie. A megoldhatatlannak tűnő népegészségügyi problémák megoldásában is nélkülözhetetlen az érintettek bevonása, együttműködése, közös célok kialakítása és aktív munka a beavatkozások megvalósításban.

80 John Adair: Hatékony motiválás (Network TwentyOne, 1997), ISBN: 963-048-465-X.
81 http://www.kislexikon.hu/rendszerszemlelet_a.html

D. A részvételalapú digitális továbbképzés tapasztalatai

Várfi M., Kollányi Zs.

A Covid–19-járvány nyomában járó kijárási korlátozások következtében világszerte jelentősen kiterjedt a különféle digitális eszközök (online megbeszélések, online oktatási, szervezési és egyéb platformok) használata. Olyan területeken is megjelentek az online eszközök, ahol korábban nem voltak jellemzők.

A részvételi alapú folyamatok, így a – tudást a gyakorlatban átélt tapasztalatok révén létrehozó – képzések is jellemzően igénylik a személyes jelenlétet, találkozást. A direkt információátadás mellett itt a kommunikáció egyéb dimenzióinak – metakommunikációnak, gesztusoknak, informális, nem szigorúan a tárgyhoz kötődő beszélgetéseknek – nagy szerepe van a résztvevők közötti bizalom és megértés kialakulásában. Ennek ellenére léteznek, és sikerrel futnak online részvételi tréningek is.

1. Módszerek

2020 júniusában tartottunk egy szűk körű, egyalkalmas, összesen 2 órás ízelítő webinárt 5 EFI részvételével. Az irodák meghívásos alapon kerültek kiválasztásra. Összesen kb. 20 irodának küldtünk meghívót, ebből hozzávetőleg 25%-os részvételi aránnyal képviseltették magukat a webináron. Az ország különböző területein található EFI-k képviselői voltak jelen, és bár nagyon kis csoportról volt szó, a legtöbb szempontból jelentős heterogenitás jellemezte a résztvevőket: mind a saját szakmai hátterüket, mind a munkatapasztalatukat, mind pedig a részvételiségre vonatkozó előzetes ismereteiket illetően nagyon különböző emberekkel találkoztunk.

A webinárt a Zoom programon szerveztük, de más hasonló platform is alkalmas lehet. Ugyanakkor fontos, hogy a platformon lehetőség legyen kisebb csoportokat létrehozni a webinár során. A gördülékenység érdekében szükséges, hogy a webinár szervezője készségszinten ismerje és tudja kezelni az adott platformot. További technikai feltétel a megfelelő internetkapcsolat. Mivel ez akadályt jelenthet a résztvevők számára, javasolt a felhőalapú megoldások (pl. Zoom) használata a nagyobb sávszélességet igénylő megoldások (pl. Skype) helyett.

Az élő megbeszélések, különösképp a részvételi jellegű folyamatok fontos eleme az elhangzottak rögzítése. Mi a Google Jamboard alkalmazását használtuk erre a célra, ahol – szinte mint élőben – post-itekre lehet felírni, csoportosítani, mozgatni az elhangzottakat. A Jamboard az összes résztvevővel megosztható. Természetesen más alkalmazások is használhatók.

A webinár során először röviden ismertettük a részvételi módszert, és a népegészségügynek a projektünkben alkalmazott megközelítését, annak alapelveit. Ezt követően három, a részvételiségnek az egészségfejlesztésben való alkalmazhatóságára, alkalmazására vonatkozó kérdést beszéltünk meg kisebb csoportokban. Három kérdést jártunk körbe: 1. Miért fontos az innováció az egészségfejlesztésben?; 2. Kit kellene bevonni?; 3. Mit kérdeznénk azoktól, akiket bevonunk az egészségfejlesztés tervezésébe?. A kiscsoportos beszélgetésekben felmerült szempontokat aztán a résztvevők megosztották egymással.

2. Tapasztalatok

Valamennyi résztvevő végig lelkesnek és nyitottnak mutatkozott a felmerülő kérdések, a megosztott gondolatok kapcsán. Világosan érzékelhető volt az igényük arra, hogy megoszthassák egymással a tapasztalataikat, és meghallgathassanak másokat.

A webinárt követően egy rövid kérdőívben kértünk visszajelzést a résztvevőktől. A visszajelzések általában a webinár célját, felépítését, módszereit illetően pozitívak voltak. A résztvevők az online formát teljesen alkalmasnak ítélték a célra. A leghangsúlyosabb negatív jelzés az időkorlátra vonatkozott: az előre definiált kérdésekben és a szabad szöveges visszajelzésben is nagyon határozottan megfogalmazódott, hogy nagyon rövid volt az idő, és nagyon jó volna ezekről a kérdésekről mélyebben, „nem csak a felszínt érintve” beszélgetni. A webinár eredetileg tervezett 90 perces időtartamát menet közben meghosszabbítottuk 120 percre, és mi sem jelzi jobban a résztvevők elköteleződését, mint hogy mindannyian készségesen beleegyeztek ebbe a hosszabbításba, dacára annak, hogy így átléptük az előre tervezett időkeretünket. További (szöveges) visszajelzés volt a webinárral kapcsolatban, hogy jó lett volna előre kézhez kapniuk egy listát az érinteni kívánt témákról.

3. Értékelés

Összességében alkalmas eszköznek értékeljük az online platformot részvételi tréningek tartására, azzal a kiegészítéssel, hogy az online vezetett folyamatot hasznos időről időre élő találkozókkal is gazdagítani.

Az időkeret szorítása gyakorlatilag kivétel nélkül problémaként fogalmazódik meg a részvételi folyamatok résztvevői számára élő tréningek esetén is. Különösen igaz ez a folyamat elején járók, a részvételiségben kevesebb tapasztalattal rendelkezők esetében. Ez részben természetes, illetve szándékolt is: az idő szorítása további kreatív energiákat szabadíthat fel, rászoríthatja a résztvevőket, hogy fókuszáltan és hatékonyan dolgozzanak együtt. Ugyanakkor megfontolandó, hogy az online formában, ahol az „élő" helyzetekhez képest sokkal korlátozottabb a személyes interakciók tere, hogyan lehet ezt az akár frusztráló hiányt orvosolni. Megoldást jelenthetne például a személyes visszajelzésekre alkalmat adó pontok körét bővíteni például úgy, hogy a be- és kijelentkezés (check-in, check-out) mellett további „check-pointokat" alkalmazunk, ahol a menet közbeni állapotukról, gondolataikról, kétségeikről, problémáikról visszajelzést adhatnak a résztvevők.

Jogos felvetés a tervek és a dokumentáció hozzáférhetősége is, ugyanakkor kérdéses, hogy – különösen egy ilyen, alapozó alkalom esetén – menynyire érdemes előzetesen megosztani a körbejárni kívánt témákat a résztvevőkkel. A cél nem az, hogy alaposan felkészüljenek és „jól vizsgázzanak" (ami egy, a részvételi kultúrában kevésbé jártas szakember számára valószínűleg életszerűbb, jobban mozgósítható tapasztalat, mint ami a részvételi módszer jellemző megközelítése). Ugyanakkor a kiszámíthatóság igényére reflektálni kell a webinárok szervezése során.

E. Az egészségkép és a kulcsszereplő-elemzés mint a járási egészségterv készítését támogató módszerek

Girán J.

Az egészségtervezés módszere több, mint három évtizede szolgálja az egyének és a közösségek egészségi állapotának megőrzését és a mindennapi környezet egészséget támogató módon történő alakítását. A járási egészségterv a magyarországi népegészségügyi eszközök között mintegy öt évvel ezelőtt jelent meg. A közösségi egészségterv az adott közösség egészségi állapotának, egészségkultúrájának, életkörülményeinek és a helyi erőforrások, szolgáltatások, valamint a közösségen kívüli hatások figyelembe vételével készített, a beavatkozási lehetőségek mérlegelésén alapuló, az érintettek bevonására épített, sokszereplős cselekvési program a közösség egészségi állapotának javítása érdekében [*lásd a III. B. Közösségi egészségtervezés fejezetet*]. Mindebből következően a járási egészségterv nem az egyes települések egészségtervének összefoglalása, hanem a járási települések által közösen meghatározott, járási szinten értelmezhető egészségproblémák, célok és azok stratégiai megoldására fókuszáló dokumentum.

Az egészségtervezés szempontjai és lépései az Útmutató III. B. fejezetében olvashatók. A járási egészségtervezési feladatok támogatása érdekében e fejezetben áttekintésre kerül az egészségtervezés mint módszer kialakulásának folyamata, a járási egészségterv-készítés jogszabályi háttere, valamint kettő olyan módszer, amelyek a járási egészségterv kidolgozását segítik. E módszerek a járási egészségkép készítése, valamint a járási kulcsszereplő-elemzés elvégzése.

1. A járási egészségtervezés módszertani előzményei[82]

A járási egészségtervezés önálló módszertannal rendelkező stratégiai tervezési eljárás. Ugyanakkor e módszer előzményeként a települési egészségtervezés és egészségfejlesztési tervezés nemzetközi és hazai gyakorlata tekinthető. A települési – elsősorban városi – egészségtervezés mint módszer kialakításában az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Egészséges Városok programja játszott vezető szerepet. Az Egészséges Városok program 1987-ben olyan népegészségügyi kezdeményezésként indult, amely a városi környezet egészségkockázatainak csökkentését és az „Egészséget mindenkinek 2000-re" stratégia megvalósítását kívánta támogatni. Ennek érdekében a programban részt vevő városok a közös problémáik megoldása érdekében munkacsoportokat alakítottak, és a tevékenységük alapját a „multi-city action plan" elnevezésű munkaterv foglalta keretbe.[83]

82 Az alfejezet Márovics Gergely Az egészségtervezés és az egészségfejlesztési tervezés módszereinek közös pontjai és különbségei című tanulmánya szövegének felhasználásával készült. A tanulmány elérhető: http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=479

83 World Health Organization Healthy Cities Project: A project becomes a movement. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1993.

A „multi-city action plan" célja az innovatív problémamegoldási modellek kidolgozása, a tapasztalatok és a jó gyakorlatok városok közötti átadása volt. Az akciótervek beavatkozási területeiként – számos egyéb téma mellett – az elégtelen lakhatási feltételek, a társadalmi egyenlőtlenségek, a mentális betegségek, a dohányzás, avagy a helyi közlekedés problémáinak kezelése jelent meg. A tervezett beavatkozások alapját a közösségi megközelítés jelentette, és így az egészségügyön kívüli helyi szereplők (városi döntéshozók, üzleti és civil szervezetek, szakmai szervezetek) közötti együttműködéseket eredményezett. A társadalmi szereplők egészségvédelmi feladatokba történő bevonása egyfelől úttörő próbálkozás volt, másrészt új problémamegoldási megközelítést jelentett. A sikeres együttműködések szélesítették az egészségvédelemi feladatok iránti helyi elköteleződést, és az ez irányú további tevékenységeket is megalapozták.

Az Egészséges Városok program tagvárosaiban a korábbi együttműködések tapasztalatai alapján 1994-ben kezdődött el a városi egészségtervek (city health plan) kidolgozása. Az egészségterv előkészítéseként a módszertani ajánlás a városi egészségkép elkészítését javasolta. Az egészségkép (city health profile) egy olyan népegészségügyi szemléletű elemzés, amely a várossal kapcsolatban az egészségre és az azt meghatározó tényezőkre vonatkozó legfontosabb információkat foglalja össze és értelmezi.[84] Az egészségkép segítségével mindazok a problématerületek definiálhatók, amelyekkel kapcsolatosan az egészségterv beavatkozást fogalmazhat meg. Mindebből következően az egészségtervvel kapcsolatos elvárásként fogalmazódott meg, hogy a problémakezelés szemlélete szakterületeken átívelő legyen, és lehetőség szerint az egészségügyön kívüli városi egészségfejlesztési tevékenységeket is integrálja. Az egészségtervezés alapelveként fogalmazódott meg az esélyegyenlőség biztosítása, az interszektorális cselekvés, a helyi közösségi csoportok bevonása. Mindezek alapján a városi egészségterv egyrészt az egyének egészségi állapotának javításával összefüggő stratégiai célokat jelölte ki, másrészt az ezek elérését szolgáló intézkedéseket határozta meg.[85]

Az ezredforduló időszakában az egészségtervezés mellett újabb közösségi egészségfejlesztési eszköz, az egészségfejlesztési tervezés jelent meg. E módszer a WHO „Egészséget mindenkinek a 21. századra" című stratégia céljainak támogatására került kidolgozására. Az új stratégia fő célkitűzéseként az fogalmazódott meg, hogy a teljes egyéni egészségpotenciál elérésének lehetősége mindenki számára biztosított legyen. Így a tervezési munka eredményeként létrejövő egészségfejlesztési terv olyan városi dokumentumként funkcionált, amely tartalmazta a város egészségfejlesztéssel kapcsolatos jövőképét, értékválasztását és a célok eléréséhez rendelt eszközöket. Az egészségfejlesztési terv helyi közpolitikai jelentőségét az adta, hogy abban egyértelműen kinyilvánításra kerül: a város vezetése az egészséget a város működésével összefüggésben alapértékként fogadja el és a döntéseit ennek megfelelően alakítja.[86]

A városi egészségfejlesztési terv elsősorban a helyi döntéshozatali folyamatokkal áll összefüggésben és az egészséget támogató közpolitika és az egységes kormányzás feltételeinek kialakításán keresztül kívánja segíteni az egészségfejlesztési célok elérését. Az egészségfejlesztési tervezés során meghatározó cél, hogy a városban működő egyes szektorok stratégiáiban az egészség védelme célként beépítésre kerüljön és interszektorális együttműködések alakuljanak ki ennek a célnak a megvalósítása érdekében. A magyarországi városok esetén az egészségfejlesztési tervezés módszerét az Egészséges Városok Kárpát-medencei Egyesületének tagvárosai alkalmazzák.[87, 88]

A községi jogállású települések magyarországi módszerének kidolgozásával kapcsolatban a pécsi Fact Alapítvány szakértői végeztek úttörő munkát.[89] Az 1994–1996 közötti időszakban európai viszonylatban is az elsők között dolgozták ki Pécsnek mint az Egészséges Városok program résztvevő városnak az egészségképét,[90] majd egészségtervét. Az ezt követő több mint tízéves időszakban az alapítvány munkatársai hétszáznál is több hazai

84 City health profiles – a review of progress. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998.

85 City health planning – the framework. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1996.

86 A working tool on City health development planning - Concept, process, structure, and content. WHO Centre for Urban Health WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2001.

87 De Blasio A., Girán J.: Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezettudatos támogatása. Magyar Epidemiológia, 2006; (3) 1. pp. 41–46. o.

88 Girán J., Östör A., Varga M.: A városi egészségfejlesztési tervezés, mint a „lehetőségek ablakát" megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája; Egészségfejlesztés folyóirat 2018; 59: 3 pp. 7–16., doi: 10.24365/ef.v59i3.307, http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=307&path%5B%5D=pdf

89 Füzesi Zs., Tistyán L.: Az egészségterv koncepciója. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997; (5) pp. 421–427.

90 Füzesi Zs., Tistyán L.: Tények tükrében Pécs város egészsége. Fact Alapítvány, Pécs, 1996.

község számára biztosítottak segítséget a községi egészségtervezéshez és a tervek megvalósításának elvégzéséhez.[91]

A hazai népegészségügyi intézkedések kontextusában a járási egészségterv módszerének kialakítása mindezen szakmai-módszertani előzményeket követően történt meg. Ugyanakkor a járási egészségtervezés magyarországi sajátossága, hogy annak elkészítését jogszabály teszi kötelezővé. A hasonló intézkedések jelenlegi nemzetközi gyakorlatát tekintve mindez előremutató eljárás, mivel a legtöbb európai ország esetén ezen eszköz alkalmazására legfeljebb szakmai ajánlások vonatkoznak.

2. A járási egészségtervezés jogszabályi háttere

A járási egészségterv kidolgozásának kötelezettségét az egészségügyről szóló, 1997. évi CLIV. törvény 2016. január első napján hatályba lépett módosítása írja elő (152/B. §): „a járásra, illetve a fővárosban a fővárosi kerületre vonatkozóan – azon járásokban, ahol működik egészségfejlesztési iroda, az egészségfejlesztési irodák bevonásával – a járásszékhely város önkormányzata a területileg érintett települési önkormányzatokkal vagy azok társulásaival egészségtervet [a továbbiakban: járási (fővárosi kerületi) egészségterv] dolgoz ki, illetve gondoskodik az abban foglaltak megvalósításáról, amelynek során együttműködik a fővárosi és a megyei kormányhivatal járási (fővárosi kerületi) hivatalával, az alapellátást és a szakellátást nyújtó egészségügyi szolgáltatókkal, valamint az egyéb érintett ágazatok szereplőivel”.[92]

Az egészségügyről szóló törvény fent említett szakasza mellett – bár ahhoz képest kevésbé explicit módon – az önkormányzati törvény 13. §-a – amely többek között a helyben biztosítható közfeladatokról rendelkezik – kötelező feladatként határozza meg az egészségügyi alapellátás és az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások és számos olyan szociális ellátást biztosítását, amelyek az egészséges élet és életfeltételek, valamint a jóllét megteremtéséhez alapvető jelentőségűek.[93] Ily módon az ezen jogszabálynak történő megfelelést a települési vagy járási egészségterv és annak megvalósítása ugyancsak elősegíti.

3. A járási egészségkép készítése

A járási egészségkép elkészítése a járási egészségterv kidolgozásához meghatározó támogatást jelenthet. A járási egészségkép átfogó képet adhat az egészségég mindazon társadalmi-gazdasági-környezeti tényezőiről, amelyek az adott járás lakóinak életkörülményeit és egészségi állapotát potenciálisan befolyásolhatják. Az egészségkép adatainak és információinak felhasználása lehetőséget nyújt egyrészt a különböző problématerületeket célzó beavatkozások kezdeményezéséhez, másrészt a hatékony problémakezelést támogató adatgyűjtéseket és kutatásokat generálhat. Az egészségkép mint helyzetelemzés alapul szolgálhat a helyi egészségterv prioritásainak megfogalmazásához, a cselekvési irányok kijelöléséhez, továbbá az egészségcélok eléréséhez szükséges források allokációjának és a támogató szolgáltatások körének meghatározásához.[94]

A járási egészségkép több különböző adatforrásból származó adat leíró megközelítésű rendszerezése. A járási egészségkép elkészítéséhez alapul szolgálhat a WHO Egészséges Városok program tagvárosai által alkalmazott városi egészségkép-készítéssel kapcsolatos ajánlások és indikátorok.[95, 96] Ezekre tekintettel a járási egészségkép javasolt struktúrája a következő:

a járás lakosságának demográfiai jellemzői (népességszám, korcsoportok népességen belüli aránya, természetes népességváltozás, vándorlás, nemzetiségi összetétel, öregedési index, egyszemélyes háztartások aránya, ezer élveszülésre jutó abortuszok száma stb.);

a járás lakossága körében jellemző fő halálokok (standardizált halálozási mutatók országos adatokkal történő összevetése, balesetek száma és jellege);

a helyi egészségügyi és szociális ellátórendszer jellemzői (egy háziorvosra jutó lakosok száma, szakorvosi ellátások hozzáférhetősége, önkormányzati és egy fenntartásban működtetett egészségügyi és szociális intézmények, férőhelyszám, várólista stb.);

a helyi környezetegészségi mutatók (hozzáférhetőségtől függően: légszennyezettség, közúti forgalmi adatok, településen belüli zöldfelületek

91 Községi egészségterv. Módszertani útmutató. Fact Alapítvány, NEVI Primer Prevenciós Munkacsoport, Pécs, 1998, http://kka.hu/_soros/kiadvany.nsf/329cd37724344b06c12568a9006c35fd/5b39dfc694e354b4c1256bce004110b6?OpenDocument (elérve: 2019. 03. 04.)

92 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700154.TV

93 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól, https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100189.tv

94 WHO (1995) City Health Profiles—How to Report on Health in your City. WHO Regional Office.

95 Webster, P., Lipp, A. (2009): The evolution of the WHO city health profiles: a content review. Health Promotion International, (24) S1:i56–i63.

96 Webster, P., Sanderson, D. (2012): Healthy Cities Indicators – A sustainable instrument to measure health? Journal of Urban Health. Bulletion of the New York Academy of Medicine. doi: 10.1007/s11524-011-9643-9.

aránya, településen belüli használaton kívüli iparterületek aránya, vízminőség, szennyvízkezelés, hulladékkezelés, kerékpárút stb.);

rekreációs és közösségi lehetőségek a járásban (sport- és szabadidős intézmények, civil szervezetek stb.);

az egészség társadalmi-gazdasági meghatározói a járásban (munkanélküliségi ráta, félkomfortos vagy komfort nélküli lakásban élők aránya, a hajléktalanok becsült száma, az egészségkárosodási és gyermekfelügyeleti támogatásban részesítettek száma, a különböző önkormányzati segélyben részesülők száma, bűnelkövetések száma, jellege stb.).

A javasolt struktúra adott részeinek konkrét tartalma a hozzáférhető/rendelkezésre álló helyi adatok és információk összerendezésével alakítható ki. A konkrét indikátorok megjelenítéséhez példaként szolgálhat a *6. táblázat*:

	1000 főre jutó háziorvosok száma		egy felnőttkörzetre jutó lakos		egy gyermekkörzetre jutó lakos	
	helyi adat	országos adat	helyi adat	országos adat	helyi adat	országos adat
202x év	0,66	0,63	1749,29	1540,19	1050,77	1754,25
202y év	0,81	0,65	1483,40	1637,62	673,38	1265,89

6. táblázat: A háziorvosi ellátás mutatói helyi és országos viszonylatban 202x és 202y években

A helyi egészségkép indikátoraiként szolgáló adatok az első évben az aktuális év adatait tartalmazhatják. Ugyanakkor a tervezési ciklus lezárásakor *(4. ábra)* a hatásvizsgálat során (amely eredmények egyben az új tervezési ciklus intézkedéseink tervezéséhez is alapul szolgál) a változások regisztrálása érdekében már az utolsó év adatai is megjeleníthetők lehetnek.

Az egészségkép elkészítéséhez szolgáló adatok jellemzően nem egy adatgazdától szerezhető meg.

A *7. táblázat* – a teljesség lehetősége nélkül – a fenti struktúra részeiként kialakítható indikátorok lehetséges adatforrásait mutatja.

A TEIR[97] adatbázis az Országos Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer online felülete. Ezen az oldalon a „Szabadszöveges metaadatkereső" rész tartalmazza éves bontásban, tematikusan egy adott járás településeivel kapcsolatos adatokat. Ugyanitt népszámlálási adatok egy korlátozott része, valamint egyéb speciális tematikák szerint kialakított adatforrások érhetők el.

A Központi Statisztikai Hivatal weboldalán számos – elsősorban országos szintű – adat érhető el közvetlen online keresési lehetőség kihasználásával. Ezen túlmenően egyedi igény szerint is kérhető adatbázis kialakítása a „Lépjen velünk kapcsolatba"[98] lehetőség kihasználásával. Ebben az esetben az „Ügy indítása regisztráció nélkül" opció használatával megadhatók azok a paraméterek, amelyek alapján az adatbázis (adatsorok) összeállítását kérjük. Amennyiben az adatok rendelkezésre állnak és hozzáférhetők, a hivatal az összeállítást követően azt adatfile formájában a kérelmező rendelkezésére bocsátja.

4. A járási kulcsszereplő-elemzés készítése[99]

A kulcsszereplő-elemzés elnevezéssel jelenleg már számos módszertan hozzáférhető. A továbbiakban az Egyesült Királyság kormányzati szervezeteként

Az egészségkép javasolt részei	Lehetséges adatforrások
A járás demográfiai jellemzői	TEIR, KSH
A járás lakossága körében jellemző fő halálokok	járási és megyei kormányhivatal, KSH, NEKIR
Helyi egészségügyi és szociális ellátórendszer jellemzői	polgármesteri hivatal
Helyi környezetegészségi mutatók	járási és megyei kormányhivatal, szakhatóságok
Rekreációs és közösségi lehetőségek a járásban	helyi primer adatgyűjtés
Az egészség társadalmi-gazdasági meghatározói a járásban	polgármesteri hivatal, TEIR, KSH

7. táblázat: Az egészségkép elkészítéséhez ajánlott indikátorok

97 https://www.teir.hu/rqdist/main?rq_app=meta&rq_proc=meta

98 https://kapcsolat.ksh.hu/ContactCenter/index.xhtml?lang=hu

99 Az alfejezet meghatározó része a következő Girán János Kulcsszereplő-elemzés mint a környezetipari és környezetvédelmi beruházások társadalmi elfogadtatását támogató eszköz című tanulmánya szövegének felhasználásával készült. A fejezeteben felhasznált egyéb források önálló forrásmegjelölésként kerülnek közlésre. A tanulmány elérhető: Marketing és Menedzsment, 2006, 40:(4) pp. 26–32.

működő Department for International Development[100] által, a nemzetközi segélyprogramok kidolgozásához és megvalósításához kifejlesztett módszertan alapján adaptált megközelítés kerül ismertetésre.[101]

A kulcsszereplő-elemzés és a stratégiai tervezés néhány összefüggése

A kulcsszereplő-elemzés egy olyan módszer, amely segítségével egy települési vagy járási egészségterv – illetve bármely más közösségi projekt – megtervezése során azonosíthatóvá válik az az érdekrendszer, amelyben a projekt megvalósítása megtörténik. A kulcsszereplő-elemzés segítségével a tervezett projekt lehetséges támogatói és ellenérdekeltjei egyaránt azonosíthatóvá válnak, ily módon az elemzés eredményei hasznosíthatók lehetnek

- olyan kommunikációs stratégia kialakításához, amely alkalmazásával a kulcsszereplők sajátos érdekeit figyelembe véve nyílik lehetőség a tájékozatlanságból fakadó ellenérzések kialakulásának megelőzésére;
- ahhoz, hogy már a projekt tervezésének szakaszában fel lehessen készülni az esetleges érdekkonfliktusokból származó problémák hatékony kezelésére;
- a célzott „lobbitevékenység" előkészítéséhez.

Mindezen lehetőségek kihasználásával a kulcsszereplő-elemzés olyan módszer, amely a helyi projektek társadalmi elfogadtatását hatékonyan képes támogatni.

A kulcsszereplő-elemzés alkalmazása segítséget nyújthat annak feltérképezéséhez, hogy egy adott projekt potenciális érintettjeinek – szakemberek, döntéshozók, helyi közösség tagjai, civil szervezetek, informális érdekcsoportok és az üzleti szféra képviselői – érdekei milyen viszonyban vannak a tervezett projekt által képviselt érdekekkel. Ezen túlmenően az eredmények alapján meghatározható az is, hogy a különböző helyi és nem helyi érdekek miként befolyásolhatják a projekt sikeres megvalósítását. Ezáltal a projekt lehetséges érintettjei közül azonosíthatók azok a valódi kulcsszereplők, akiknek érdeke fűződik akár a projekt megvalósulásának támogatásához, akár a megvalósulás megakadályozásához. Ebből következően a lehetséges érintettek közül kulcsszereplő lehet bárki, akinek lehetősége adódhat a tervezett projekt közösségi, politikai, gazdasági támogatottságának gyengítésére, avagy képes lehet ezeket a tényezőket erősíteni.

A kulcsszereplők érdekeinek megismerése lehetővé teszi, hogy már a projekt tervezésének és előkészítésének szakaszában megtörténhessen

- a kulcsszereplők érdekei és a projekt érdekei közötti ellentét vagy egyezés felismerése;
- a kulcsszereplők közötti érdekütközés vagy érdekközösség felismerése;
- azoknak az optimális együttműködési módozatoknak a kidolgozása, amelyek eredményeként a lehető legnagyobb számú kulcsszereplő vonható be – meghatározott szerepkörben – a projekt különböző szakaszaiba;
- azoknak az érdekhálózatoknak a feltérképezése, amelyhez az adott kulcsszereplő tartozik;
- az egyes kulcsszereplőknek a projekt céljaival összefüggő befolyásának és fontosságának meghatározása.

Az egyes kulcsszereplők érdekeinek meghatározásához a következő kérdésekre kell egyértelmű választ találni:

1. A saját céljainak megvalósítása érdekében a kulcsszereplő milyen érdekeket preferál?
2. Milyen előnyei származnak a kulcsszereplőnek abból, ha a projekt megvalósul, vagy ha meghiúsul?
3. Milyen erőforrásokat lenne képes és/vagy hajlandó a kulcsszereplő a projekt megvalósulása, avagy megakadályozása érdekében mozgósítani?
4. Vannak-e olyan érdekei a kulcsszereplőnek, amelyek a projekt megvalósulásával ellentétesek?
5. Hogyan viszonyul a kulcsszereplő a többi kulcsszereplőhöz (kivel, melyik érdeke közös és melyik ellentétes)?

Az egyes kulcsszereplők érdekeinek megismerését követően az alábbi kulcsszereplőtípusok segítségével rendezhetők kategóriákba a vizsgált egyének és szervezetek:

Primer kulcsszereplők: azok az érintettek, amelyekre a projekt – akár pozitív, akár negatív értelemben – meghatározó hatást gyakorolhat.

Szekunder kulcsszereplők: azok az érintettek, akik a primer kulcsszereplő érdekeinek érvényesítésében közvetítő szerepet játszanak. A szekunder kulcsszereplőket fel lehet osztani (1) támogató (anyagi forrásokkal), (2) eszközöket biztosító, (3) monitorozó és (4) szószólói feladatvállalókra.[101]

A kulcsszereplők érdekei a mindennapi események változásainak hatására időről időre változhatnak. Annak érdekében, hogy a projekt aktuális szakasza szerinti érdekviszonyok meghatározhatók legyenek, nem elég a kulcsszereplő-elemzést a projekt tervezésének, vagy az azt megelőző időszak-

100 https://www.gov.uk/government/organisations/department-for-international-development

101 Guidance Note on How to do Stakeholder analysis of Aid Projects and Programmes, Social Development Department. Overseas Development Administration: London, https://beamexchange.org/uploads/filer_public/5d/4c/5d4c7b02-a25d-43ab-ae33-0e4811b7c5fb/guidance_stakeholderanalysis.pdf

ban – egyetlen alkalommal elvégezni. Célszerű azt a projekt előrehaladása során újra és újra – pl. a „mérföldkövek" vagy szakaszhatárok elérésekor – megismételni.

A kulcsszereplő-elemzés folyamata

A kulcsszereplő-elemzés az alábbi három meghatározó munkaszakaszra tagolódik:

- a kulcsszereplők meghatározása,
- a kulcsszereplők befolyásának és fontosságának értékelése,
- a kulcsszereplők projekthez kapcsolódó szerepével kapcsolatos kockázatok és lehetőségek összefoglalása.

A kulcsszereplők meghatározása

A kulcsszereplők meghatározásához kiindulásként célszerű egy olyan összegzést készíteni, amely a projekt lehetséges érintettjeivel (személyek, szervezetek, érdekcsoportok) összefüggésben az egyes érintetteknek a tervezett projekt sikeréhez fűződő – mind pozitív, mind negatív – érdekeit tartalmazza. Ezt követően történhet meg a lehetséges érintettek érdekviszonyok szerinti csoportosítása és az érdekek alapján a primer és a szekunder kulcsszereplők, valamint a kívülállók azonosítása. A kulcsszereplők meghatározását a *8. és 9. táblázat* kitöltése segítheti.

Az érdekviszony- és erőforrás-táblázatok segítségével az egyes kulcsszereplő típusokon belüli és azok közötti érdekrendszer többszempontú vizsgálata végezhető el.

A kulcsszereplők befolyásának és fontosságának értékelése

Az egyes kulcsszereplők projekttel kapcsolatos befolyásának és fontosságának meghatározásakor

- a befolyás megmutatja, hogy milyen erős az adott kulcsszereplő érdekérvényesítő képessége;
- a fontosság azt jelzi, hogy az adott kulcsszereplő érdekei, problémái, szükségletei a tervezett projekttel összefüggésben mennyire fontosak és támogatandók.

Az egyes kulcsszereplők befolyásának meghatározásához a *10. táblázat*ban felsorolt szempontok lehetnek hasznosak.

Az egyes kulcsszereplők a projekttel kapcsolatos fontosságának megítéléséhez a következő kérdések megválaszolása segíthet:

1. A projekt célkitűzései mely kulcsszereplők mely problémáira gyakorolnak hatást, azok enyhítése, megoldása vagy éppen súlyosbodása szempontjából?

2. A projekt célkitűzései mely kulcsszereplő céljai között szerepelnek prioritásként, illetve melyek igényeivel, szükségleteivel, elvárásaival ütköznek?

	Megnevezés	Érdekek	A lehetséges érdekegyezés/ütközés a projekt céljaival	Az érdekek fontossága a projekt szempontjából
Primer kulcsszereplők	A			
	B			
Szekunder kulcsszereplők	A			
	B			
Semlegesek	A			
	B			

8. táblázat: Helyi érdekviszonyok táblázat[102]

	Megnevezés	Érdekek	A projekt viszonylatában releváns erőforrásai	Adott erőforrás felhasználásának lehetősége
Primer kulcsszereplők	A			
	B			
Szekunder kulcsszereplők	A			
	B			
Semlegesek	A			
	B			

9. táblázat: Helyi erőforrások táblázat[102]

102 Lindberg, M., Crosby, B. (1981): Manageing development: the political dimension. Hartford, Conn. Kumarian Press.

Formális szervezetek esetén	Informális érdekcsoportok esetén
formális intézményi hierarchiában elfoglalt hely	társadalmi, gazdasági és politikai státusz
a vezetőség döntéshozatali jogosultsága, a döntések érvényesülésének köre	a szervezettség mértéke, a csoporton belüli konszenzus megléte vagy hiánya, a vezetők döntéshozatali hatékonysága
a projekt szempontjából stratégiailag fontos források felett való rendelkezés mértéke	a projekt szempontjából meghatározó források feletti rendelkezés mértéke
speciális tudásokkal, jártasságokkal való rendelkezés mértéke	más kulcsszereplőkkel kapcsolatos informális befolyásolás képessége
tárgyalási pozíció erőssége/gyengesége	más kulcsszereplőktől való függés mértéke

10. táblázat: Szempontok a kulcsszereplők befolyásának meghatározásához[101]

3. Mely kulcsszereplő érdekei állnak a legközelebb a projekt célkitűzéseihez?

A TIE gyakorlati tennivalóinak rövid összefoglalása az iskolákra megfogalmazva és legfontosabb eszköze a befolyás és fontosság kombinációját megjelenítő *11. táblázat*. A projekt tervezése során az egyes kulcsszereplőkkel kiépítendő viszonyrendszer vonatkozásában ez a táblázat nyújthat támogatást. Ezen túlmenően az eszköz egyben a projekt kiinduló állapotának érdekviszonyrendszerét is megjeleníti.

A alacsony befolyás magas fontosság	**B** magas befolyás magas fontosság
D alacsony fontosság alacsony befolyás	**C** magas befolyás alacsony fontosság

11. táblázat: A befolyás és a fontosság kombinációjának táblázata

A cella: ezeknek a kulcsszereplőknek az érdekei egybeesnek a projekt érdekeivel, de érdekérvényesítési potenciáljuk alacsony.

B cella: a kulcsszereplők ezen csoportja meghatározó pozitív kulcsszereplők, mivel a projekt érdekei és a kulcsszereplő érdekei nagyon közel vannak egymáshoz, és az adott kulcsszereplő erős érdekérvényesítési potenciállal is rendelkezik, így segítheti a tervezett projekt céljainak megvalósulását.

C cella: az ebben a cellában található kulcsszereplőkkel kapcsolatban általános és jelentős a kockázat, mivel érdekeik a tervezett projekt érdekeivel ellenétesek, de erős érdekérvényesítési potenciállal rendelkeznek, így adott esetben képesek lehetnek hátráltatni vagy szélsőséges helyzetben meggátolni a projekt megvalósulását.

D cella: az ebben a cellában található kulcsszereplők érdekei nem egyeznek a projekt érdekeivel, ugyanakkor érdekérvényesítési képességük is gyenge.[101]

A táblázat cellái közül a B és a C cellákban találhatóak a meghatározó kulcsszereplők, amelyek jelentősen befolyásolhatják a projekt megvalósulását. A projekttel kapcsolatos tervezés során az ezekkel a kulcsszereplőkkel történő kockázatok és feltételezések mérlegelése a leginkább szükségszerű. Ugyanakkor az A cellában található kulcsszereplők képezhetnek egyfajta „tartalékot", mivel megfelelő kommunikációs, lobbi- vagy egyéb támogatás révén befolyásuk növelhető, ezáltal átkerülhetnek a B cellába, tovább növelve a projekt céljait támogatók csoportját. Az ehhez szükséges támogatás mint a projektcél hosszú távú támogatása érdekében szükséges „befektetés" akár a projektfeladatok és -költségek közé is betervezhető.

Mivel az egyes kulcsszereplők helyzete változhat és átkerülhetnek egyik cellából a másikba, a projekt tervezése során célszerű meghatározni egy olyan „optimális" befolyás- és fontosságtáblázatot is, ami a kulcsszereplőkkel való viszony célállapotának tekinthető. Ezáltal körvonalazhatóvá válik az, hogy ahhoz, hogy a kiinduló állapotot megjelenítő táblázat adott cellájából egy másik cellába kerülhessen a kulcsszereplő, milyen beavatkozásokat kell végrehajtani.

A kulcsszereplők projekthez kapcsolódó szerepével kapcsolatos kockázatok és előnyök összefoglalása

A kulcsszereplők projekthez kapcsolódó szerepével kapcsolatos kockázatok és feltételezések összefoglalása mindazokat a veszélyek és lehetséges buktatók számbavételét és elemzését jelenti, amelyek a befolyás és fontosság viszonylatában kirajzolódó erőviszonyokból következnek. Ezáltal hatékonyan lehet felkészülni a projekt megvalósítása során felmerülő számos akadály leküzdésére, illetve megelőzésére. Az elemzés során kiderülhetnek és nyílttá tehetők azok az esetleges rejtett érdekütközések, amelyek a látszólag „azonos oldalon álló" kulcsszereplők között is feszülhetnek bizonyos, a projekt megvalósításakor szükségszerűen előálló

helyzetek bekövetkeztével. Ily módon csökkenthető a ki nem számítható kockázatok mértéke, miáltal a cél elérésének biztonsága is fokozódhat.

Mindez azért szükséges, mivel a tervezett projekt sikeressége nagyban függ egyrészt a különböző kulcsszereplőkkel kapcsolatos feltevések érvényességétől, illetve a kockázatértékelés adekvátságától. A legtöbb kockázat az érdekütközésekből származik. Ennek okán a tervezés folyamatában meg kell határozni a leginkább reális veszélyforrásokat az egyes kulcsszereplőkkel kapcsolatban. A projekt sikeressége szempontjából legkritikusabb kulcsszereplők – rendszerint – a befolyás- és fontosságtáblázat C cellájában találhatók. Ezek a szereplők azok, amelyek a legnagyobb hatékonysággal és szándékkal jelenhetnek meg, mint a projekt megvalósulásának akadályozói. Másrészről a kulcsszereplők közül a magas befolyással és fontossággal bírók lehetnek a projekt „koalíciós támogatói", akik „erejére" építve számos kockázat csökkenthetővé válik.

A kockázatok értékelése után meghatározó feladat a projekt szempontjából kockázatot jelentő kulcsszereplőkkel való kapcsolatépítés. Ennek egyik módja a számukra történő folyamatos információszolgáltatás. A kapcsolat kiépítéséhez meg kell határozni, hogy a projekt mely szakaszaiban mely kulcsszereplővel milyen kapcsolatot szükséges kiépíteni. E feladat elvégzését segítheti a *12. táblázat*.

ben meg kell határozni azokat a célcsoportokat, amelyek szereplői körében az adatgyűjtést el kívánjuk végezni, és amelyek a következők lehetnek:

a) a helyi közpolitika szereplői;

b) a projekt céljával megegyező, vagy ahhoz közeli célokat preferáló üzleti szervezetek;

c) a helyi közösség tagjai, vagy azok – formális és informális – képviselői;

d) a projekt végrehajtásában potenciálisan részt vevők.

Az adatgyűjtési módszerként célszerű a skálákon történő értékelés, az önbesorolás, illetve az adott értékkel kapcsolatos attitűdvizsgálat. Ezt szolgálhatja a strukturált interjútechnika, illetve a fókuszcsoport-technika.

A személyes kikérdezésen alapuló adatgyűjtés mellett meghatározó jelentősége van a társadalmi környezet elemzésének is. Az ehhez szolgáló módszerek lehetnek a résztvevő-megfigyelés, illetve a sajtó és egyéb dokumentumok elemzése.

Az információgyűjtést követően kezdődhet a kulcsszereplő-elemzés, amely eljárás mint az empirikus módszerekkel összegyűjtött adatok információrendező elve működhet. Így a kulcsszereplő-elemzés a helyi viszonyrendszerekkel kapcsolatos empirikus adatgyűjtés utolsó munkafázisa. Mindebből következően a korábban ismertetett táblázatokba rendezendő információk nem szubjektív döntések és besorolások alapján kerülnek meghatározásra, hanem a célzottan ezek összegyűjtését

A projekt szakaszai	Informálandó kulcsszereplők	Konzultációs partneri kulcsszereplők	Közvetlen partneri kulcsszereplők	Ellenőrzésbe bevont kulcsszereplők
Célmeghatározás				
Tervezés				
Megvalósítás				
Monitoring, értékelés				

12. táblázat: Kapcsolati rendszer táblázata[101]

A megfelelő időben, megfelelő módon szolgáltatott megfelelő információ jelentősen csökkentheti a projekttel kapcsolatos ellenérzéseket, valamint az információhiányból adódó félreértések és az ebből adódó konfliktusok jelentős része is elkerülhető lehet.

A kulcsszereplő-elemzés elvégzését támogató adatgyűjtés

A kulcsszereplő-elemzés elvégzéséhez szükséges kvalitatív adatgyűjtéshez a strukturált interjútechnika, illetve a fókuszcsoport-technika lehet a legalkalmasabb. Az adatgyűjtést megelőzően minden esetszolgáló adatgyűjtés eredményeinek rendszerezését mutatják meg, így segítve a járási egészségterv – vagy más stratégiai terv – kidolgozását.

5. Az egészségterv készítésekor hasznosítható jó gyakorlatok és szakirodalmi források

A járási egészségtervek kidolgozását támogathatja továbbá mindazoknak a már megvalósításra került jó gyakorlatoknak és szakirodalmi forrásoknak a tanulmányozása, amelyek az egészségtervezés témájához nemzetközi és hazai viszonylatban kapcsolódnak. Az alábbiakban – a teljesség lehetősége nélkül – e források rövid válogatása található.

WHO European Healthy Cities Network, http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network

WHO Thirteenth general programme of work, 2019-2023, https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019–2023

Copenhagen Consensus of Mayors. Healthier and happier cities for all, 2018, http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network/policy/copenhagen-consensus-of-mayors.-healthier-and-happier-cities-for-all-2018

Health 2020 the European policy for health and well-being, http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being

De Blasio A., Girán J.: Szemléletváltás az egészségfejlesztési tervezésben: A helyi döntéshozatal egészség- és környezettudatos támogatása. Magyar Epidemiológia 2006; 3: (1) pp. 41–46.

Girán J., Östör A., Varga M.: A városi egészségfejlesztési tervezés mint a „lehetőségek ablakát" megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája; Egészségfejlesztés folyóirat 2018; 59: 3 pp. 7–16., doi: 10.24365/ef.v59i3.307, http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=307&path%5B%5D=pdf

Idősek egészsége, http://onkormanyzat.gyor.hu/cikk/idsek_egeszsege.html

Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzata Közgyűlésének 522/2011. (XII. 15.) számú határozata Pécs Megyei Jogú Város Önkormányzata stratégiai dokumentumainak egészséghatás-vizsgálatáról https://gov.pecs.hu/static/tempPdf/330440/11hat522.pdf

J. Dailly and A. Barr.: Understanding a Community-led Approach to Health Improvement Meeting the Shared Challenge. Healthy Communities. 2008, https://static1.squarespace.com/static/5943c23a440243c1fa28585f/t/5bfd61e021c67c2cdd6a326d/1543332329487/Understanding+a+community-led+approach+to+health+improvement.pdf

Füzesi Zs., Tistyán L.: Az egészségterv koncepciója. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997; 35 (5): 421–427.

Füzesi Zs., Tistyán L.: Tervezhető egészség? Egészségügyi Menedzsment, 2001; 2 (1): 19–22.

Füzesi Zs., Tistyán L.: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek (sorozatszerk.: Kishegyi J., Makara P.) 2004, http://mek.oszk.hu/08100/08109/08109.pdf

Lencsés G., Szőke K.: Közösségi alapú egészségterv. Gyakorlati kézikönyv. Egészséges Településekért Alapítvány. Budapest, 2009.

A guide to community-centred approaches for health and wellbeing. Full report. Public Health England. 2015, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/768979/A_guide_to_community-centred_approaches_for_health_and_wellbeing__full_report_.pdf

Szőke Katalin: Fenntartható települési egészségtervek. Egészségfejlesztés 2010; 11(3):12–16.

Márovics, G. (2019): Az egészségtervezés és az egészségfejlesztési tervezés módszereinek közös pontjai és különbségei. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 4–8., http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=479

Túri, G. (2019): Új utakon a hazai egészségtervezés. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 36–45., http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=470

Östör, A., Varga, M. (2019): Egészségfejlesztési tervezés és megvalósítás Székesfehérváron. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 46–50 http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=475

Miklósyné, B. M.; Burkali, B., Bazsika, E. (2019): Egészségfejlesztési tervezés és megvalósítás Győrben. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 51–57 http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=468

Szőke, K., Tistyán, L., Füzesi, Zs. (2019): Közösségi részvételre alapozott egészségtervezés Magyarországon [Community-based health planning in Hungary]. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 21–28 http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=483

F. Beavatkozások tervezése, értékelése

Vitrai J.

Az egészség javítását célzó beavatkozások tervezésekor minden felelős szereplőnek tisztában kell lennie azzal, hogy bár jó szándékkal cselekszik, a tervezett beavatkozás lehet, hogy nem lesz eredményes, és így erőforrás-pazarlással jár, de akár kárt is okozhat. Jó példa erre a kábítószer-fogyasztás megelőzését célzó kommunikációs kampányok: „A kutatások együttes elemzése alapján megállapítható, hogy a médiakampányok nem befolyásolták a használat csökkentését, és gyenge hatást gyakoroltak a tiltott anyagok felhasználására. Aggodalomra adnak okot az esetleges nemkívánatos hatások, mert a tapasztalatok szerint a fiatalok a médiakampányok után inkább hajlandók kipróbálni a drogokat."[103] A kockázatok csökkentése érdekében mind a beavatkozások tervezésébe, mind a megvalósításukba felkészült szakemberek bevonása elengedhetetlen.

1. Szempontok a beavatkozások tervezéséhez és megvalósításuk értékeléséhez

A szakirodalomban közölt eredményes népegészségügyi beavatkozások többsége később, máshol megismételve nem bizonyul sikeresnek. Vajon csak a metodikai leírás nem volt elég részletes az eredeti közleményekben? Elsiklottunk fontos, de látszólag lényegtelen részletek felett? Milyen tényezőktől függ, hogy egy beavatkozás megvalósítása sikeres lesz-e? Milyen szempontokat kell figyelembe venni, hogy a korábban máshol sikeresen alkalmazott beavatkozást magunk is eredményesen tudjuk megvalósítani? Az alábbiakban az egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos implementációtudományi[104] elméletek alapján kidolgozott szempontrendszert mutatjuk be a népegészségügyi céllal létrehozott hazai partneri együttműködések szakértői számára.

A szempontrendszer alkalmazása a megvalósítók számára lehetőséget nyújt megvizsgálni, mely tényezők játszhatnak kulcsszerepet egy beavatkozás átvételében, és a siker érdekében mely tényezőket érdemes a beavatkozás megvalósításakor figyelemmel kísérni, értékelni. A szempontrendszert az *5. ábra* elméleti modellje alapján dolgozták ki.[105]

A modell szerint egy beavatkozás[106] megvalósulását a beavatkozás jellemzőin túl további 4 tényező befolyásolja: a külső és belső környezet, a megvalósító egyének jellemzői, valamint a megvalósítás folyamata. (*13. táblázat*)

A Partneri Együttműködések (PE) esetében a külső környezet a járás, a belső maga a PE, a megvalósító egyének a PE tagjai. A táblázatban az érintettek kifejezés a járásban élőket, illetve az ott működő szervezeteket jelöli.

A táblázatban részletezett szempontok támpontot jelentenek a beavatkozások megvalósításának tervezésében, előkészítésében, a várható nehézségekre való felkészülésben. A PE még a beavatkozás elindítását megelőzően azonosíthatja a kritikus elemeket, és azokból levezethető problémákra előzetesen megoldásokat tud kidolgozni.

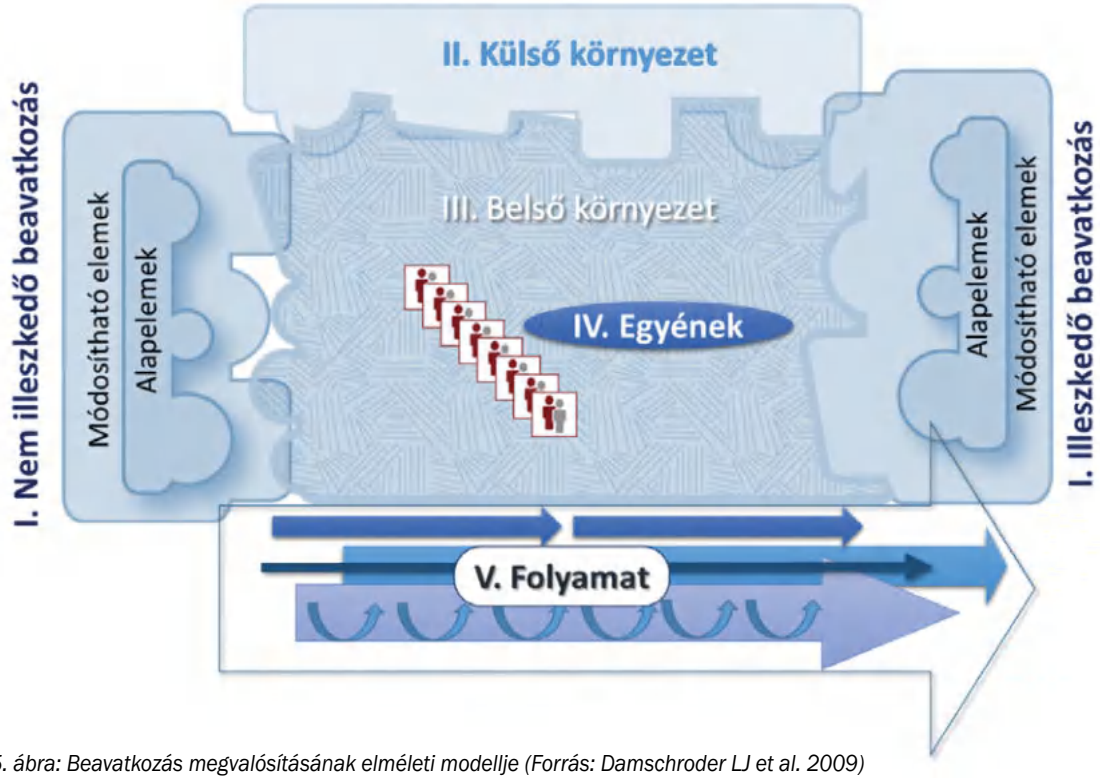
A tervezéskor a PE-nek célszerű megvizsgálnia például, hogy az átvenni szándékozott beavatkozásból mi az, amihez ragaszkodni kell, és mi az, amit a helyi viszonyokhoz, körülményekhez illeszteni érdemes (I. Beavatkozás jellemzői). Azt is fontos átgondolni, hogy a beavatkozás megvalósításához milyen támogatottságra (II. Külső környezet) számíthatnak, hogy a járásban milyen akadályozó és milyen segítő erők léphetnek fel.

103 Can mass media campaigns prevent young people from using drugs? (Perspectives on drugs). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/mass-media-campaigns (Elérve: 2020. 05. 11.)

104 Az implementációtudomány a bizonyítékokon alapuló gyakorlatok, beavatkozások és szakpolitikák bevezetésének és integrálásának elősegítésére szolgáló módszerek tanulmányozása a rutin egészségügyi ellátásban és a népegészségügyben. Ez a tudomány arra törekszik, hogy szisztematikusan kiküszöbölje a szakadékot az ismeretek és a cselekedetek, az elmélet és a gyakorlat között azáltal, hogy azonosítja azokat a korlátokat, amelyek lassítják vagy megállítják a bevált egészségügyi beavatkozások és a bizonyítékokon alapuló gyakorlatok alkalmazását. https://impsciuw.org/implementation-science/learn/implementation-science-overview/ (Elérve: 2020. 04. 28.)

105 Damschroder LJ et al. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implementation Science 2009, 4:50 doi:10.1186/1748-5908-4-50, https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50 (Elérve: 2020. 04. 27.)

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



5. ábra: Beavatkozás megvalósításának elméleti modellje (Forrás: Damschroder LJ et al. 2009)

Mivel a PE szervezeti kultúrája, működésmódja (III. Belső környezet) kulcsfontosságú, ezért elengedhetetlen a közösség sokféle szempontból kielégítő felkészítése. A PE összetétele, tagjainak elkötelezettsége (IV. Egyének jellemzői), a sikeres megvalósítás kritikus elemei, a felkészülés időszakában már ezekre oda kell figyelni. Végül a beavatkozás minél zökkenőmentesebb végrehajtásához (V. Folyamat) érdemes a PE-ben előre felmérni például, kikre lehet önkéntesként, „élharcosként" számítani egy-egy váratlan nehézség felbukkanásakor.

A szempontrendszer segíthet továbbá a beavatkozás monitorozásának előkészítésében

13. táblázat: Szempontok a beavatkozások tervezéséhez és megvalósításuk értékeléséhez (Forrás: Damschroder LJ et al. 2009)

BEAVATKOZÁS JELLEMZŐI		
A	**Beavatkozás kezdeményezése**	Az érintettek vélekedése azzal kapcsolatban, hogy a beavatkozás külső (pl. járási döntéshozó szerv, társulás) vagy belső (PE) kezdeményezés.
B	**Bizonyítékok erőssége és minősége**	Az érintettek vélekedése a bizonyítékok minőségéről és érvényességéről, amelyek alátámasztják azt a meggyőződésüket, hogy a beavatkozás a kívánt eredményeket fogja elérni.
C	**Relatív előny**	Az érintettek vélekedése a beavatkozás alternatív, más megoldásokkal szembeni előnyéről.
D	**Alkalmazhatóság**	Annak mértéke, hogy a beavatkozást mennyire lehet a helyi igényeknek megfelelően testre szabni, finomítani vagy változtatni.
E	**Kipróbálhatóság**	Annak mértéke, hogy a beavatkozást mennyire lehet kis léptékben kipróbálni, és indokolt esetben akár visszafordítani (visszavonni).
F	**Összetettség**	Az érintettek vélekedése a végrehajtás nehézségéről, tekintve annak időtartamát, kiterjedését, a változtatás nagyságát, szokatlanságát, központosítottságát és a végrehajtáshoz szükséges a bonyolult lépések számát.
G	**Minőség**	Az érintettek vélekedése a beavatkozás kiválóságáról, összeállításáról.
H	**Költségek**	A beavatkozás végrehajtásával kapcsolatos költségek, ideértve a beruházási, ellátási és alternatív költségek.

KÜLSŐ KÖRNYEZET		
A	**Ismert szükségletek és igények**	Annak mértéke, hogy a PE az érintettek szükségleteiből és igényeiből, valamint az azok kielégítésének feltételeiből mennyit ismer fel és tart fontosnak.
B	**Kapcsolati háló**	Annak mértéke, hogy a PE más külső szervezetek felé milyen kapcsolati rendszerrel rendelkezik.
C	**Versenyhelyzet**	Hasonló szervezetek példájának „nyomása” a beavatkozás megvalósítására.
D	**Külső ösztönzők**	A beavatkozás megvalósítását támogató külső tényezők, mint szakpolitikák, jogszabályok, kötelezettségek, ajánlások és iránymutatások, pályázatok, együttműködések, tanulmányok és jelentések.

BELSŐ KÖRNYEZET		
A	**Szervezeti jellemzők**	A PE felépítése, fennállásának ideje, működésmódjának kiforrottsága és mérete.
B	**Hálózatok és kommunikáció**	A PE-n belüli kapcsolati hálózat jellege és minősége, valamint a formális és informális belső kommunikáció jellege és minősége.
C	**Kultúra**	A PE normái, értékei és alapvető feltételezései.
D	**Megvalósítási légkör**	A változtatás elfogadásának képessége, a PE tagjainak közös hajlandósága a beavatkozás megvalósításra és közös meggyőződése arról, hogy a beavatkozás eredményeit a PE-n belül milyen mértékben fogják méltányolni, támogatni és elfogadni.
1	**Változtatási hajlam**	Annak mértéke, hogy a PE tagjai a jelenlegi helyzetet mennyire tartják elfogadhatatlannak vagy változásra érettnek.
2	**Illeszkedés**	A beavatkozás céljai és értékei közötti PE által értelmezett illeszkedés mértéke, és hogy azok hogyan igazodnak az PE tagjainak saját normáihoz, értékeihez, valamint az észlelt kockázatokhoz és szükségletekhez, továbbá hogy a beavatkozás hogyan illeszkedik a meglévő munkafolyamatokhoz és rendszerekhez
3	**Fontosság**	A PE tagjainak közös észlelése a végrehajtás fontosságáról a szervezeten belül.
4	**Szervezeti ösztönzők és jutalmak**	Külső ösztönzők, például célfeladat díjazása, teljesítményértékelések, előléptetések, fizetésemelések és kevésbé kézzelfogható ösztönzők, például nagyobb megbecsültség vagy tisztelet.
5	**Célok és visszajelzés**	A célok egyértelmű közlésének, a megvalósítás visszajelzésének mértéke és a visszajelzés összehangolása a célokkal.
6	**Tanulási légkör**	Olyan légkör, amelyben: a) a vezetők jelzik, hogy ők is tévedhetnek, emiatt szükségük van a közösség segítségére és javaslataira; b) a közösség tagjai úgy érzik, hogy nélkülözhetetlenek, értékesek és tájékozott partnerek a változtatási folyamatban; c) az egyének pszichológiailag biztonságosnak érzik magukat új módszerek kipróbálására és d) van elegendő idő és hely a tapasztalatok megbeszélésére és értékelésére.
E	**Végrehajtási készség**	A PE egyértelmű és kifejezett elkötelezettsége a beavatkozás végrehajtására.
1	**Vezetői szerepvállalás**	A vezetők elkötelezettsége, bevonódása és elszámoltathatósága.
2	**Rendelkezésre álló erőforrások**	A beavatkozás végrehajtásra és eredményeinek fenntartására fordítható erőforrások szintje, ideértve a pénzt, a képzést, az oktatást, a fizikai teret és az időt.
3	**Hozzáférés tudáshoz és információkhoz**	A beavatkozásra vonatkozó információhoz és tudáshoz való könnyű hozzáférés és a feladatok teljesítéséhez való felhasználási lehetőség.

EGYÉNEK JELLEMZŐK		
A	**A beavatkozással kapcsolatos tudás és meggyőződés**	A PE tagjainak hozzáállása a beavatkozáshoz, annak értékéhez és ismeretük azzal kapcsolatos tényekről, állításokról és alapelvekről.
B	**Énhatékonyság**	Egyéni hit saját képességeikben a célok elérésére szolgáló cselekvéssorozat végrehajtására.
C	**A változás egyéni állapotai**	A PE tagjainak állapotában tapasztalható fejlődés a képzett, a lelkes és az eredmény tartós felhasználója felé.
D	**A szervezet egyéni megítélése**	Összetett jellemzés arról, hogy a PE tagjai hogyan érzékelik a szervezetet, kapcsolatait és hogy mennyire elkötelezettek a PE-vel szemben.
E	**Egyéb személyes tulajdonságok**	Összetett jellemzés arról, amely magában foglalja egyéb személyes vonásokat, mint például a kétértelműség toleranciája, az intellektuális képesség, a motiváció, az értékek, a kompetencia, a képesség és a tanulási stílus.

FOLYAMAT		
A	**Tervezés**	A beavatkozás tevékenységei és feladatai megvalósításának kidolgozottsága és minősége.
B	**Bevonás**	Megfelelő egyének bevonása a beavatkozás végrehajtásába és felhasználásába a társadalmi marketing, az oktatás, a szerepmodellezés, a képzés és egyéb kombinált stratégiákon keresztül.
1	**Véleményvezérek**	Egyének a szervezetben, akiknek formális vagy informális befolyása van a PE tagjainak a beavatkozás végrehajtásával kapcsolatos attitűdjére és meggyőződésére.
2	**Kinevezett vezetők**	A PE-n belüli egyének, akik koordinátorként, projektmenedzserként, csoportvezetőként vagy más hasonló szerepben a beavatkozás végrehajtásért felelősek.
3	**„Élharcosok”**	Egyének, akik önként elkötelezik magukat a beavatkozás támogatására, marketingjére, legyőzni a közönyt vagy ellenállást, amelyet a beavatkozás kiválthat a PE-ben.
4	**Külső támogató**	Egy külső szervezetben kinevezett egyén, aki befolyásolja vagy elősegíti a beavatkozással kapcsolatos döntések kívánt irányba történő meghozatalát.
C	**Végrehajtás**	A beavatkozás megvalósítása, végrehajtása a terv szerint.
D	**Értékelés és visszajelzés**	Kvantitatív és kvalitatív visszajelzések a végrehajtás előrehaladásáról és minőségéről, a tapasztalatok rendszeres személyes és csoportos értékelése.

is, hiszen tervezéskor az adott beavatkozáshoz fontosnak ítélt tényezőkhöz érdemes folyamat- vagy eredménymutatót választani, majd a megvalósítás során annak értékeit gyűjteni, és végül elemezni.

2. Összetett beavatkozások körülményeinek vizsgálata

Az előzőekben ismertetett szempontrendszernél jóval összetettebb megközelítés szükséges összetett, vagy más szóval komplex beavatkozások, programok tervezéséhez és sikeres megvalósításához. A céljaik eléréséhez ugyanis a PE-k valójában nem egy, hanem több elemből álló „beavatkozáscsomagot” valósítanak meg. Az összetett beavatkozások több olyan elemből állnak, amelyek önállóan vagy kölcsönhatásban is működhetnek egy program során.

Az összetett beavatkozások értékelésekor gyakran nehéz egymástól elkülöníteni a különböző beavatkozások hatásait, és meghatározni, hogy azokban milyen szerepet játszottak a megvalósítás körülményei. Hogy egy beavatkozás valóban képes-e változást elérni, ahhoz a körülményeknek, a megvalósítás feltételeinek és a megvalósítás folyamatának együttes értékelése szükséges.

Az ilyen célra kidolgozott, „Komplex beavatkozások kontextusa és megvalósítása” (Context and Implementation of Complex Interventions) elméleti modell rávilágít arra, hogy az összetett beavatkozások tervezésénél és megvalósításuk értékelésénél

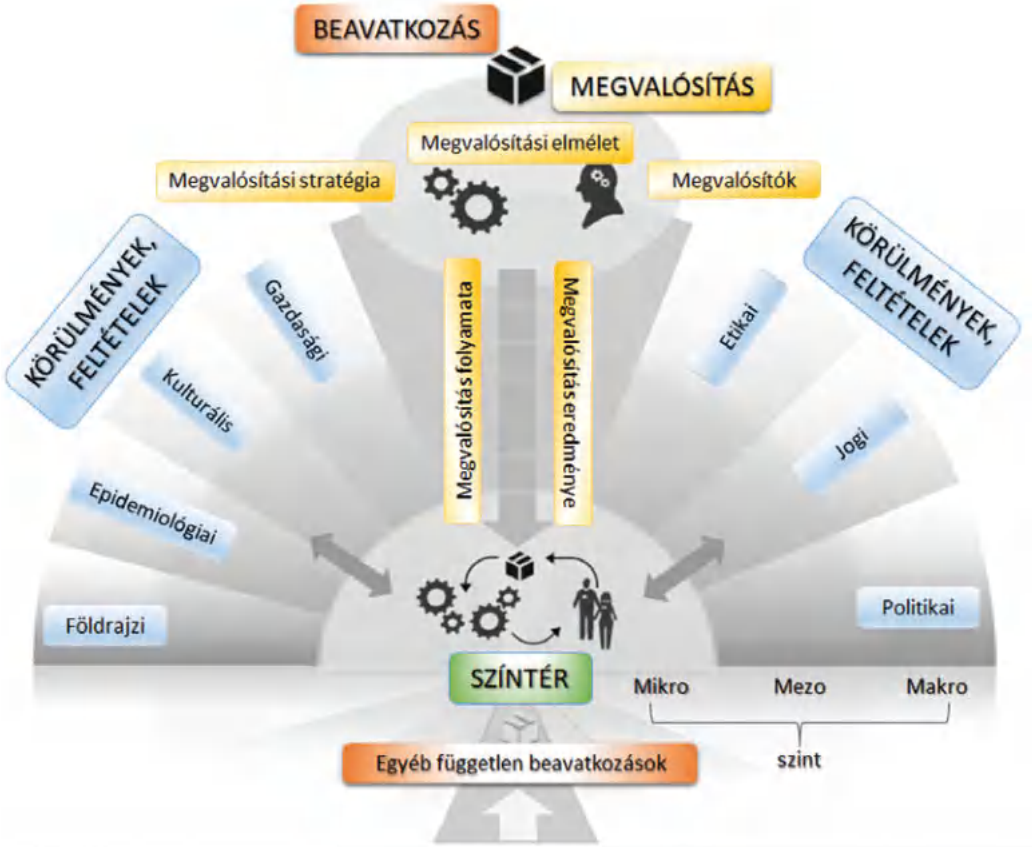
fontos a körülmények, a megvalósítás feltételeinek megértése és figyelembe vétele.[107, 108] A modell megértését hivatott segíteni a *6. ábra*:

A modell segít megérteni az eredményeket befolyásoló tényezők összetett rendszerét, és segít meghatározni, mely környezeti tényezők, feltételek játszottak lényeges szerepet az eredmények alakulásában. Az így szerzett ismeretek hozzájárulnak annak feltérképezéséhez is, hogy egy-egy összetett beavatkozást vagy „jó gyakorlatot" hogyan lehetne más szinten, színtéren, vagy akár egy másik járásban, országban megvalósítani.

3. Realisztikus értékelés

Egy másik értékelési megközelítés a realisztikus értékelés, amelynek során nem a „működik?", hanem a „mi működik, milyen körülmények között, és kiknek?" kérdésekre keresik a választ.[109] Másképpen: „...a tanulságok levonása akkor érhető el a leginkább, ha az értékelő a CMO-mintát (context-mechanism-outcome) követi, amelyik mindig tudomásul veszi, hogy az adott program, illetve politika csak konkrét környezetében, a reális folyamatok figyelembe vételével értékelhető, ún. ideális elvárások aligha fogalmazhatóak meg standard viszonyítási alapként".[110] A realisztikus értékelő a válaszhoz azonosítja, hogy milyen mechanizmus (mechanism) hogyan hozta létre az eredményt (outcome), és azt a konkrét környezet (context) hogyan befolyásolta (context-mechanism-outcome; CMO).

Az ilyen értékelés elmélettel kezdődik és elmélettel végződik, mert az értékelés során a beavatkozás alapjául szolgáló elméletet a tapasztalatok



6. ábra: A „Komplex beavatkozások kontextusa és megvalósítása" elméleti modell elemei (Forrás: Pfadenhauer et al. 2017)

107 Pfadenhauer et al. Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. Implementation Science (2017) 12:21 doi: 10.1186/s13012-017-0552-5.

108 Kaposvári Cs., Járomi É., Vitrai J.: A komplexitás értelmezése a kontextusban és a megvalósításban: a komplex beavatkozások kontextusának és megvalósításának (CICI) keretrendszere – cikkismertetés. Egészségfejlesztés. 2018;59(1): 56–60. doi: 10.24365/ef.v59i1.228.

109 Better Evaluation: Realist Evaluation. https://www.betterevaluation.org/en/approach/realist_evaluation (Elérve: 2020. 5. 10.)

110 A helyi közszolgáltatások megszervezésének főbb trendjei a szakirodalom és nemzetközi szervezetek dokumentumainak tükrében. Összegző tanulmány 1. Szerk.: Pálné Kovács I. MTA KRTK RKI, Pécs. 2013. 13. o.

alapján „finomítják". A kiindulási elmélet a korábbi kutatások tapasztalatokon és a beavatkozást tervezők feltételezésein nyugszik. Valójában a tervezéskor mindhárom elemet, a mechanizmust, az eredményt és a körülményeket (feltételeket) ismertnek tekintik, és ennek megfelelően tervezik a monitorozást, azaz az adat- és információgyűjtést is.

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

Az elemzés első szakaszában a minőségi adatokat kódolják, és a mennyiségi adatok elemzéséhez megfelelő statisztikai módszereket alkalmaznak, majd a kiindulási elmélettel összhangban vizsgálják, hogy az adatok kapcsolódnak-e az elvégzett tevékenységekhez (a beavatkozáshoz), vagy a körülményekhez, a mechanizmushoz, az eredményekhez és a résztvevők csoportjaihoz. Megvizsgálják, hogy milyen eredményekhez jutnak, ha a résztvevők egyes csoportjaira és a megvalósítás különböző körülményeire is elvégzik az elemzéseket.

Ezután meghatározhatók azok a feltételek, amelyben az egyes mechanizmusok működnek (vagy nem). A feltételek kapcsolatosak lehetnek egyes résztvevői csoportokkal, egyes végrehajtási folyamatokkal, vagy a szervezeti, társadalmi-gazdasági, kulturális és politikai körülményekkel.

Az elemzés utolsó fázisa annak meghatározása, hogy melyik CMO-megállapítás nyújtja a legmegbízhatóbb és legmegfelelőbb magyarázatot a megfigyelt eredmények mintázatára. A kapott CMO-megállapítást ezután összehasonlítják a kiindulási elmélettel, amelyet az értékelés fényében módosítanak (vagy sem), és a következő beavatkozásnak már ez lesz a kiindulási elmélete.

G. Jogszabályi háttér a családokra és a köznevelési intézményekre vonatkozóan

Várfalvi M., Somhegyi A.

1. Törvények

Magyarország Alaptörvénye (2011. április 25.)
1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről
1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről
1997. évi LXXXIII. törvény a kötelező egészségbiztosítás ellátásairól
2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról
2003. évi LXXXIV. törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről
2006. évi CXXXII törvény az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről
2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól
2011. évi CCXI. tv. a családok védelméről
2011. évi CXC. törvény a nemzeti köznevelésről
2014. évi LXXVI. törvény a tudományos kutatásról, fejlesztésről és innovációról
1991. évi LXIV. törvény a gyermek jogairól szóló, New Yorkban 1989. november 20-án kelt egyezmény kihirdetéséről, 2–40. cikk
1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
2003. évi CXXV. törvény az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról
2011. évi CLXXIX. törvény a nemzetiségek jogairól
2001. évi LXII. törvény a szomszédos államokban élő magyarokról
1991. évi IV. törvény a foglalkoztatás elősegítéséről és a munkanélküliek ellátásáról
2011. évi CVI. törvény a közfoglalkoztatásról és a közfoglalkoztatáshoz kapcsolódó, valamint egyéb törvények módosításáról
2008.évi XLVIII. törvény a gazdasági reklámtevékenység alapvető feltételeiről és egyes korlátairól
2011. CCIV törvény a nemzeti felsőoktatásról
2011. évi CLXXV. törvény az egyesülési jogról, a közhasznú jogállásról, valamint a civil szervezetek működéséről és támogatásáról
1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről

2. Az EU közfeladatok teljesítését előíró jogszabályhelyei

2007. évi CLXVIII. törvény az Európai Unióról szóló szerződés és az Európai Közösséget létrehozó szerződés módosításáról szóló lisszaboni szerződés kihirdetéséről

a Szociálpolitika cím, Oktatás, szakképzés, Ifjúság és sport, Kultúra, Népegészségügy, Fogyasztóvédelem, Gazdasági, társadalmi és területi kohézió, Kutatás és technológiai fejlesztés, Környezet (éghajlatváltozás), Idegenforgalom cikkek, valamint általánosan alkalmazandó rendelkezések

5. B) cikk 28. a) A jó kormányzás előmozdítása és a civil társadalom részvételének biztosítása céljából az unió intézményei, szervei és hivatalai munkájuk során a nyitottság elvének lehető legnagyobb mértékű tiszteletben tartásával járnak el.

3. Kormányrendeletek

385/2016. (XII. 2.) Korm. rendelet a fővárosi és megyei kormányhivatal, valamint a járási (fővárosi kerületi) hivatal népegészségügyi feladatai ellátásáról, továbbá az egészségügyi államigazgatási szerv kijelöléséről

43/1999. (III. 3.) Korm. r. az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól

253/1997. (XII. 20.) Korm. r. az országos településrendezési és építési követelményekről

96/2003. (VII. 15.) Korm. r. az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról

45/2007. (III. 20.) Korm. r. az egészségügyben dolgozók alap- és működési nyilvántartásának vezetéséről

356/2008. (XII. 31.) Korm. r. a közalkalmazottak jogállásáról szóló 1992. évi XXXIII. tv. egészségügyi intézményekben történő végrehajtásáról

157/2020. (IV. 29.) Korm. rendelet a veszélyhelyzet során elrendelt egyes egészségügyi intézkedésekről

4. Miniszteri rendeletek

51/1997. (XII. 18.) NM r. a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról

62/1997. (XII. 21.) NM r. az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének egyes kérdéseiről

18/1998. (VI. 3.) NM r. a fertőző betegségek és a járványok megelőzése érdekében szükséges járványügyi intézkedésekről

60/2003. (X. 20.) ESzCsM r. az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről

16/2019. (VII. 30.) EMMI r. az egészségügyi szolgáltatók szakmai felügyeletéről

2/2004. (XI. 17.) EüM r. az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről

47/2004. (V. 11.) ESzCsM r. az egészségügyi ellátás folyamatos működtetésének egyes szervezési kérdéseiről

63/2011. (XI.29.) NEFMI r. az egészségügyi szakdolgozók továbbképzésének szabályairól

4/2000. (II. 25.) EüM r. a háziorvosi, házi gyermekorvosi és fogorvosi tevékenységről

11/2011. (III. 30.) NEFMI r. a háziorvosok indikátoralapú teljesítményértékeléséről és az orvosok gyógyszerrendelése értékelésének egyes szabályairól

49/2004. (V. 21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról

26/2014. (IV. 8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról

26/1997. (IX. 3.) NM r. az iskola-egészségügyi ellátásról

20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról

47/1997. (XII. 17.) NM r. a kötelező egészségbiztosítás keretében járó anyatejellátás feltételeiről

8/2002. (X. 4) ESzCsM r. az anyatej társadalombiztosítási támogatás alapját képező áráról, valamint a támogatás elszámolásának módjáról

20/2008. (V. 14.) EüM r. az anyatejet helyettesítő és anyatej-kiegészítő tápszerekről

15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről

18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról

5. Egészségügyi Közlönyben megjelent egyéb fontos közlemény

Magyar Egészségügyi ellátási standardok (MEESS) 2.0 2019

6. A projekt szempontjából kiemelt jogszabályok

Népegészségügyi, valamint egészségmegőrzéssel, megelőzéssel, egészségfejlesztéssel, az egészséges életmódra neveléssel összefüggő feladatok. A közfeladatok teljesítését előíró jogszabályhelyek:

2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól 13. § (1)

egészségügyi alapellátás, az egészséges életmód segítését célzó szolgáltatások;

környezet-egészségügy (köztisztaság, települési környezet tisztaságának biztosítása);

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 35–36. § (1) népegészségügyi tevékenységek megvalósítása

37–40. § Egészségfejlesztés

41. § Család- és nővédelmi gondozás

42. § Ifjúság-egészségügyi gondozás
50. § Élelmezés- és táplálkozás-egészségügy
57. § Védőoltások
Megelőző ellátások
81. § szűrővizsgálatok
86. § A magzat egészséges fejlődésének ellenőrzése és a várandós anya egészségi állapotának védelme
141. § (3) a) A közösségek és az egyének számára egészségi állapotuk védelme és fejlesztése, valamint szükség esetén lehetséges mértékű helyreállítása

7. A teljes körű iskolai egészségfejlesztés megvalósítását segítő jogszabályok

1. A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény egésze a nevelést állítja középpontba, mégpedig a gyermek testi-lelki egészségének elősegítésével, amit a törvény számos paragrafusa bizonyít (pl. a gyermeki jogok és kötelességek együttese, a gyermeknek megfelelő bánásmód, a szülők és az iskola együttműködése, az erkölcsi és a hazafias nevelés, a családi életre nevelés, az egészségnevelés és környezeti nevelés). A törvény tartalmazza a mindennapi (heti 5) testnevelést [27. §. (11)] minden évfolyam részére, melynek felmenő rendszerű megvalósítása a 2015. szeptemberben kezdődő tanévben vált teljessé [97. §. (6)].

2. A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet (továbbiakban rövidítve: 20/2012-es EMMI rendelet) X. fejezete foglalkozik a tanulók egészségével, biztonságával kapcsolatos feladatokkal: a nevelési-oktatási intézmény teljes körű egészségfejlesztéssel kapcsolatos feladatait koordinált, nyomon követhető és mérhető, értékelhető módon kell megtervezni a helyi pedagógiai program részét képező egészségfejlesztési program keretében. Ezt a programot a nevelőtestületnek kell elkészítenie az iskola-egészségügyi szolgálat közreműködésével.

3. A közétkeztetésre vonatkozó táplálkozás-egészségügyi előírásokról szóló 37/2014. (IV. 30) EMMI rendelet megjelenése és hatályba lépése (az előírásokat 2015. szeptember 1-jétől kell alkalmazni) nagyban segíti az egészséges táplálkozás korszerű elvárásainak teljesülését, miközben a helyi termékek felhasználását is segíti.

4. A nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól szóló, 1999. évi XLII. törvény 2011-ben történt szigorítása jelentősen támogatja az iskolai egészségfejlesztés megvalósulását.

5. Az iskolaegészségügy segítő szerepéről az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 42. §. 1. bekezdése az egészségügyi alapellátásról szóló 2015. évi CXXIII. törvény és az iskola-egészségügyi ellátásról szóló 26/1997. (IX. 3.) NM rendelet, valamint az egészségügyről szóló egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatok igazolásáról szóló 51/1997. (XII. 18.) NM rendelet is rendelkezik.

H. Ajánlás a járási PE-k számára a köznevelési intézményekkel kapcsolatos gyakorlati lépésekre

Somhegyi A.

1. A köznevelési intézmények mindennapi életének befolyása a gyermekek egészségének alakulására

A gyermekek olyan sok időt töltenek a köznevelési intézményekben (óvoda, iskola, kollégium), hogy az ott folytatott mindennapi élet minősége lényeges hatást gyakorol az egészségükre és az egészséggel kapcsolatos magatartásukra egyaránt. Mivel minden gyermek, minden tanuló egészségéért felelősek vagyunk (a felnőttek általában is, de az állam is), ezért felelősségünk van abban is, hogy az óvodai-iskolai-kollégiumi mindennapi élet megfelelően szolgálja a gyermekek, a tanulók egészségét és egészségmagatartását.

Ebből látható, hogy egyáltalán nem elegendő az egészségtan oktatásáért küzdenünk (ahogyan sok kiváló, elhivatott orvos ezt ma is megfogalmazza), mert amellett, hogy a gyerekeket felvértezzük az egészséghez szükséges ismeretekkel és készségekkel, még azt is meg kell oldanunk, hogy az iskolában részesüljenek is azokban a mindennapi tevékenységekben, melyek egészségüket támogatják, fejlesztik. Tehát nem elég mondani és tanítani, hogy egészségesen kell táplálkozni, hanem azt az iskolai étkezések során a gyerekeknek meg is kell tapasztalniuk, sőt meg is kell szeretniük. Hasonlóan nem elég azt mondani és tanítani, hogy mindennap mozogni kell, hanem az iskolai életben meg is kell valósítani a mindennapos testnevelést és az azt kiegészítő egyéb testmozgást. Nem elég az sem, ha a gyerekek, a tanulók néhány speciális foglalkozáson

megismerkednek a lelki egészséghez szükséges társas készségekkel, hanem arra van szükség, hogy a pedagógusok a mindennapi tanóráikon, foglalkozásaikon olyan pedagógiai módszereket alkalmazzanak, melyek a gyerekek, a tanulók lelki egészségét, társas kapcsolati készségeit fejlesztik, nem pedig elsorvasztják. Végül az sem elegendő, ha biológia- vagy egyéb órákon az egészséggel kapcsolatos néhány szokásos témát feldolgoznak: ehelyett arra van szükség, hogy az egészséghez, az egészséges magatartáshoz szükséges minden témakörben felvértezzék a gyerekeket, a tanulókat a kellő ismeretekkel és készségekkel (készségen értve a szándék kialakulását a megtanult, megismert módszerek és ismeretek alkalmazására). A témakörök magukban kell foglalják az adott korban és helyen érvényes egészséget befolyásoló tényezőket, vagyis nem engedhetjük ki a fiatalokat úgy az életbe, hogy egyes témákban nem kapták meg a kellő felkészítést. (Ahogyan az autópályára sem engedünk ki senkit úgy vezetni, hogy a KRESZ-nek csak egy részét tudja.)

A népegészségügy több évtizedes, kitartó küzdelmének eredményeképpen hazánkban az alábbi szabályozások születtek a közelmúltban:

A nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény kötelezővé tette a mindennapos testnevelést, melyben a legészszerűbb, 4 tanéven át tartó fokozatos bevezetését követően 2015 szeptembere óta már minden évfolyam minden tanulója részesül. A testnevelő pedagógusok több nagy projekt keretében igen jelentős módszertani és egyéb segítséget kaptak. A népegészségügy célja, hogy a mindennapos testnevelés az egészségfejlesztési kritériumoknak minél jobban feleljen meg: a gyermekeknek nem tornateremre, hanem testmozgásra van szükségük mindennap!

A mindennapos testnevelés mellett a gyerekek jobb egészségéhez szükséges többi egészségfejlesztési tennivalót is magában foglaló teljes körű intézményi egészségfejlesztés (TIE) egészét is sikerült megértetni a köznevelés irányítóival, így a köznevelési intézmények névhasználatáról és működéséről szóló 20/2012. (VIII. 31.) EMMI rendelet (a köznevelési törvény végrehajtási rendelete) ezt is előírássá tette 2012-ben minden köznevelési intézmény részére.

Több nagy projekt, valamint a Köznevelésért Felelős Államtitkárság és az Egészségügyért Felelős Államtitkárság által közösen elkészített TIE-ajánlás (2) elkészítése és minden iskolának történő kiküldése (2016. április 19.) mellett a köznevelési kormányzat háttérintézmény-hálózatai (Oktatási Hivatal, Klebelsberg Központ) is támogatják az iskolákat a TIE megvalósításában. Az óvodák és a kollégiumok eddig nem kaptak sajnos segítséget, azonban a TIE-ajánlásban foglaltakat ők is alkalmazhatják saját célcsoportjuknak megfelelő módosításokkal.

A TIE születése dióhéjban:

A teljes körű iskolai egészségfejlesztés terve a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság megfelelő döntései alapján 2003-ban készült az illetékes minisztériumok együttműködésében, ezt a munkát jelen sorok szerzője az Egészségügyi Minisztérium felelős munkatársaként tartotta kézben. A tervezéskor a hazai és a nemzetközi szakirodalmat és tapasztalatokat vettük alapul, melyek segítségével meghatároztuk, hogy az iskolák mindennapi életében a pedagógusoknak mit kell rendszeresen megcsinálniuk a gyerekek jobb egészségéért, egészségfejlesztéséért. A népegészségügyi szemlélet alapján csak azzal tudtunk azonosulni, ha minden gyermeket, tanulót elérünk, ezért a távlati célunk a jogszabályi előírás volt. (Ennek felelt meg részben, hogy 2004-ben a közoktatási törvény minden iskola részére előírta az egészségnevelési program elkészítését, melyet a pedagógiai program részévé kellett tenniük, azonban – az akkori oktatási irányítás kellő elköteleződésének hiánya miatt – az egészségnevelési program iránti elvárások akkor még csak lehetőségként fogalmazva utaltak a TIE-ben foglaltakra.)

A TIE a későbbi hazai és nemzetközi szakmai tapasztalatok és szakirodalom alapján ma is igen korszerű, mivel ma a nemzetközi irodalom is egyre inkább a teljeskörűséget és az iskolák mindennapjaiban történő megvalósulást sürgeti a korábban hangsúlyozott akciók helyett (1).

Ha egy közösség érzékeli, hogy a gyermekek egészségéért tennie kell, akkor fontos arról tudnia, hogy a jogszabályban előírt TIE minden köznevelési intézménynek feladata: így nem kell mindenkinek újra kitalálnia, hogy a köznevelési intézményektől mit várhat el. Ehelyett már azon gondolkozhatnak a szerepet vállalni óhajtó közösségek, hogy miként segíthetik a pedagógusokat a TIE-munkájuk minél jobb, minél hatékonyabb végzésében.

Ehhez a közösségi gondolkozáshoz, szerepvállaláshoz kívánnak a további részek olyan ötleteket adni, melyeket a népegészségügyi szemlélet és gyakorlat alapján jó szívvel ajánlunk megvalósításra, természetesen az adott közösség helyi sajátosságai szerint módosítva, válogatva vagy kiegészítve. (Előbb azonban a TIE gyakorlati tennivalóinak rövid összefoglalása következik.)

2. A TIE gyakorlati tennivalóinak rövid összefoglalása az iskolákra megfogalmazva (óvodák és kollégiumok esetében a célcsoportjuknak megfelelő módosításokkal alkalmazandó)

A teljes körű iskolai egészségfejlesztés (TIE) az alábbi négy egészségfejlesztési alapfeladat rend-

szeres végzését jelenti minden tanulóval, a teljes tantestület és az alkalmazotti közösség, az iskola-egészségügyi szolgálat szakemberei, a szülők és az iskola környezetének bevonásával, szakmai ellenőrzés és segítés mellett:

I. Egészséges táplálkozás megvalósítása (lehetőleg a helyi termelés, helyi fogyasztás összekapcsolásával);

II. Mindennapos testnevelés minden tanulónak az egészségfejlesztési kritériumok teljesítésével, és az azt kiegészítő egyéb testmozgás;

III. A gyermekek érett személyiséggé válásának, azaz lelki egészségének elősegítése személyközpontú pedagógiai módszerekkel és a művészetek, valamint egyéb alkotó tevékenységek személyiségfejlesztő hatékonyságú alkalmazásával (ének, tánc, rajz, mesemondás, népi játékok és népi rítusjátékok, kézművesség stb.);

IV. Egészségismeretek széles köre készség szintű elsajátításának (az egészségműveltségnek) elősegítése, ezen belül ***többek közt*** a balesetmegelőzés és elsősegélynyújtás; személyi higiéné; a szenvedélybetegség kialakulásához vezető szerek fogyasztásának, valamint a gyermeket, a tanulót veszélyeztető bántalmazásnak a megelőzése is. A részletes témalista megtekinthető a rövid TIE-összefoglalásban (3).

3. A TIE egészségügyi segítése az iskolákra megfogalmazva (óvodák és kollégiumok esetében a célcsoportjuknak megfelelő módosításokkal alkalmazandó)

Helyi egészségügyi szereplők, akiket érdemes lehet bevonni a TIE népegészségügyi segítésébe:

- iskolaegészségügy: iskolaorvos, iskolai védőnő: ők jelentik a kezdőpontot;
- iskolai pszichológus, iskolai fogorvos, dentálhigiénikus;
- háziorvos;
- háziorvosi praxisközösség: háziorvos és egyéb szakorvosok, egészségügyi szakdolgozók: nővér, védőnő, dietetikus, gyógytornász, pszichológus, népegészségügyi szakember;
- Egészségfejlesztési Iroda (EFI);
- Lelki Egészség Központ (LEK);
- mentősök;
- vöröskeresztesek;
- ha van a közelben kórház vagy rendelőintézet, akkor az ottani szakorvosok és egyéb egészségügyi dolgozók, köztük a fent már szereplők mellett a műtősnők is;
- megyei, illetve járási népegészségügyi főosztály, illetve osztály munkatársai.

A TIE négy egészségfejlesztési alaptevékenységében az alábbi népegészségügyi segítséget lenne hasznos megszervezni a népegészségügy szereplőinek bevonásával (4):

I. Egészséges táplálkozás:

A közétkeztetési rendelet elvárásai szerinti egészséges táplálkozás megértetése, sőt megszerettetése nagy kihívást jelentő pedagógiai feladat (TIE I. és egyben a TIE IV. tevékenység része), amiben a pedagógusoknak segítségre van szükségük. Az iskola-egészségügy mellett rendkívül hatásos szakmai segítő a dietetikus, akit ezért közel kellene vinnünk az iskolákhoz, az óvodákhoz, a kollégiumokhoz:

- tarthatna a gyerekek részére interaktív foglalkozást az egészséges táplálkozásról;
- elkísérheti a gyerekeket különböző típusú boltokba, piacra, hogy a gyakorlatban megismertesse az egészségtudatos választás szempontjait (köztük a helyi termelés, helyi fogyasztás összekapcsolásának előnyeit is);
- a gyerekek érdeklődését kellően felkeltheti az iskolakert kialakítása és művelése iránt;
- főzési alapismereteket taníthatna (ha van tankonyha, akkor a gyakorlatban is);
- a szülők is részt vehetnének a fenti programokon, így az ő egészségtudatosságuk is javítható lehet.

A dietetikus, a háziorvosi praxis, a praxisközösség, illetve az EFI által rendezett bármely egészségfórum szereplőjeként taníthatja a felnőtteknek az otthoni tennivalóikat, valamint egyúttal az iskolák, óvodák, kollégiumok TIE munkájának otthoni segítésére is felhívhatja a figyelmüket.

II. Mindennapos testnevelés és az azt kiegészítő testmozgás:

A mindennapos testnevelés egészségfejlesztési kritériumainak (5) teljesülését a szülők tájékoztatásával kellene elősegíteni, ami a háziorvosi praxis, a praxisközösség és az EFI-k minden olyan rendezvényéhez hozzáilleszthető lehet, amely a lakossághoz szól. A szülők így otthonról jobban támogathatnák gyermekeik részvételét a mindennapos testnevelésben, ezzel az indokolatlan felmentések visszaszorítását is elérhetjük. A szülők és a gyermekek tudatosságát e téren könnyen javíthatja egy rövid, érdekes online kérdőív, melyben a mindennapos testnevelés egészségfejlesztési kritériumainak teljesülésének észleléséről kérdezzük őket. A kérdőívek linkje elérhető az irodalomgyűjteményben (6).

A mindennapos testnevelés egészségfejlesztési kritériumai közül a minden gyermek és tanuló részére szükséges hatékony tartáskorrekció (7, 8, 9, 10) megvalósulását különösen is segíthetné a háziorvosi praxis, a praxisközösség és az EFI: a testnevelő pedagógusok (óvónő, tanító, testnevelőtanár) részére az Oktatási Hivatal hálózata, a Pedagógiai Oktatási Központok szakmai műhelyfoglalkozásokat szerveznek, melyeken a háziorvosi praxis, praxisközösség vagy az EFI által fizetett, erre felké-

szített gyógytornász tarthatná meg a mozgásanyag gyakorlati oktatását, majd az iskolákba (esetleg óvodákba) elmenve a pedagógusok munkáját meg is nézhetné és segíthetné.

III. Lelki egészséget fejlesztő pedagógiai módszerek és a művészetek alkalmazása:

A háziorvosi praxis, a praxisközösség, az EFI és a LEK a pedagógusok hivatásszemélyiségének gondozásában, azaz lelki egészségük fejlesztésében tudna segíteni azzal, hogy a Köznevelésért Felelős Államtitkárság terveivel is összhangban állóan az alábbi bevált programokat megvalósítja a pedagógusok részére a háziorvosi praxis, a praxisközösség és az EFI saját szakembere vagy más, ehhez szükséges képesítéssel rendelkező szakember útján:

- Mentálhigiénés Alapprogram (MAP) nevű, akkreditált pedagógus-továbbképző program a pedagógusok részére;
- Williams Életkészségek (WÉK) nevű, akkreditált pedagógus-továbbképző program a pedagógusok részére;
- resztoratív konfliktuskezelés megtanítása a pedagógusoknak.

A lelki egészséget fejlesztő pedagógiai módszerek alkalmazásának rendkívüli szükségességét, valamint a művészetek lelki egészséget és tanulási eredményességet egyszerre elősegítő kiváló hatását a szülőkben és a pedagógusokban tudatosítani lenne szükséges, erről egyes lakossági rendezvényeken adhatna tájékoztatást a háziorvosi praxis, a praxisközösség és az EFI.

Amíg az iskolák egész tantestületei nem állnak át a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek alkalmazására minden tanórájukon, illetve a művészetekkel nem varázsolják el a tanulókat az iskola mindennapjaiban, addig sajnos az egészségügynek utólag kell megpróbálnia helyrehozni a gyerekek lelki egészségét. Ez a tanulókkal végzendő, a lelki egészségüket elősegítő különböző foglalkozások megtartását jelenti, melyek közül igen lényegesek a társas kapcsolati készségeket fejlesztő programok.

Ha a gyerekek egészségének javításáért dolgozó közösség szereplői ügyesek, elérhetik a velük kapcsolatban álló iskoláknál a pedagógiai fordulatot. Amíg ez nem sikerül, addig marad a kívülről bevivendő, emiatt nyilván kevésbé hatékony tanulói foglalkozások megszervezése, finanszírozása.

IV. Egészségismeretek készséggé váló átadása:

Az egészségismeretek széles körének (a témalistát lásd a TIE-ajánlásban és a TIE rövid összefoglalásában, 2, 3) készséggé váló átadásában (az egészségműveltség fejlesztésében) a pedagógusok igen sok segítséget igényelnek. Első segítőjük természetesen az iskola-egészségügyi szolgálat. Az iskolaorvosnak/iskolai védőnőnek a tantestülettel azt kell elvégeznie, hogy a TIE IV. egészségfejlesztési alaptevékenységéhez tartozó egészségismereti témalista minden elemét tervezzék be az iskolájuk évfolyamainak éves munkarendjébe, tantervébe úgy, hogy végül az iskola valamennyi évfolyamának ideje alatt a tanulók minden témával foglalkozzanak. Nem lenne lelkiismeretes, ha bármelyik témából kimaradnának, és így készületlenül engednénk őket az életbe. (A témák a helyzet szerint összevonhatók vagy tovább bonthatók, ezt mindenhol szabadon tehetik a tervezők, hiszen így biztosítható, hogy az adott iskola tanulóinak igényére, helyzetére szabjuk az egészségismeret-átadást.) Ezt követően a tantestület és az iskola-egészségügy közösen meghatározza, hogy mely témák feldolgozását ki végzi, lesznek témák, amiket a pedagógusok maguk, de nyilván sok témát az iskola-egészségügy fog tudni feldolgozni. Ezenkívül még sok olyan téma maradhat, amihez külső szakember bevonására lehet szükség. Az iskolaegészségügy, a háziorvosi praxis, praxisközösség és az EFI, valamint a megyei, illetve járási népegészségügyi főosztályok közti személyes kapcsolat megteremtése révén válik lehetővé, hogy az egyes intézmények közelében megtalálják a megfelelő szakembereket, nyilvánvalóan ez a szervező-, keresőmunka az iskola-egészségügytől indul. Ahogyan az a TIE-ajánlásban is szerepel, az egyes témákhoz értő, a gyerekekhez jól szólni tudó, hivatásszeretetből (lehetőleg ingyen) jövő egészségügyi szakember (orvos, védőnő, dietetikus, gyógytornász, pszichológus, nővér, műtősnő, mentőtiszt stb.) a népegészségügyi országos intézmény ajánlása nélkül hívható.

Tehát a TIE segítésén fáradozó közösség úgy kezdheti a az egészségismeretek átadásának segítését, hogy megkeresi a területén működő iskolaorvosokat és velük egyezteti, hogy mit tehet.

Az egészségtémák feldolgozása az iskola mindennapi életén belül történhet az egyes tanórák keretén belül (pl. biológia-egészségtan, osztályfőnöki, kisebbeknél környezetismeret), vagy olyan szakkörszerű foglalkozáson, melyen az adott osztályok minden tagja részt vesz. Az nem elég ugyanis, ha az érdeklődő gyerekek kapják meg a felkészítést az életre, minden gyerekért felelősek vagyunk, minden gyereket fel kell készítenünk.

Az egészségismeretek készséggé váló átadásához olyan módszerek szükségesek, amik a gyerekeket, a fiatalokat „megfogják”. Erre okostelefonjaik kiváló lehetőséget adnak, ezért érdemes a tudnivalókat a gyerekekkel „kibányásztatni” az internetről, lehetőleg kiscsoportos feladatként, amit aztán a talált információk értékelése és feldolgozása követhet. Így a gyerekek egyúttal a biztonságos internethasználatot is a gyakorlatban alkalmazhatják. A végén a feladattal foglalkozó gyerekcsoport bemutathatja frissen szerzett tudományát a többi

gyereknek. Így a kortárshatást jóra használhatjuk, és amit a felnőttől meg sem hallgatna a fiatal, azt a kortársaitól könnyebben elfogadja.

Létező segítség mindehhez a TIE-ajánlásban (2) összegyűjtött számos hasznos link, valamint az azóta készült újabb részek az Okosdoboz portálon (11): a TIE IV. egészségfejlesztési tevékenységéhez tartozó egészségismereti témalista számos eleméhez elkészült 600 online játékos feladat, 100 animációs kisfilm. Az EFOP 1.8.0. projektben pedig további, a mai gyerekekhez közelálló információforrás készül az egészségtémákban, ezek 2020. szeptemberben válnak felhasználhatóvá minden iskola és az őket segítő szakember részére.

4. A TIE segítését célzó számos működő példa iskolákra vonatkozóan

Mivel nemcsak az egészségügyi, hanem a köznevelési kormányzat is rendkívüli fontosságot tulajdonít a gyerekek jobb egészségének, így a TIE minél jobb végzésének is, 2020. februárban a két államtitkár közös levélben (12) fordult minden iskolaigazgatóhoz. A levélben kérték, hogy a TIE nyomon követésére készült online kérdőívet töltsék ki az iskolaigazgatók, és mellékletben hívták fel a figyelmet egyrészt a TIE IV. egészségfejlesztési tevékenységéhez tartozó egészségismereti témalistára, másrészt a TIE segítését megvalósító számtalan különböző projekt, illetve program gyűjteményére. A TIE nyomon követését szolgáló online kérdőív a TIE négy egészségfejlesztési alaptevékenységére vonatkozó gyakorlatias kérdéseket tartalmazott, melyek elsősorban a 2016-ban készült és kiküldött TIE-ajánlás elemeire kérdeztek.

A kérdőív kérdései, valamint a TIE-t segítő számtalan projekt és program gyűjteménye segítheti a TIE segítésén fáradozó közösséget is a helyi gondolkozásban és cselekvésben.

5. Különböző korú gyerekek bevonása a TIE minél hatékonyabb végzésébe: mit kaphatnak és ők mit tehetnek az iskolában/kollégiumban az egészségük érdekében?

A gyerekek bevonása egészen alapvető: kell, hogy érdekelje őket a saját egészségük és felelősségük. Különböző korú gyerekek bevonása más-más módokat, trükköket igényel, ezeket a tenni vágyó közösség tudja legjobban megfogalmazni. Mégis alább néhány ötletet adunk olyan megoldásokra, melyeket eddigi tapasztalataink és tudásunk szerint jó szívvel ajánlunk:

I. Egészséges táplálkozás segítéséért:

- nézzenek utána különböző csoportokban az interneten és közösen alakítsák át az iskolai büfét, automatát (kínálatát, tájékoztató-megnyerő anyagait, környezetét) tanáraikkal, iskolaorvosukkal, iskolai védőnőjükkel és szüleikkel is együttműködve;
- gondolkozzanak közösen és alakítsák az étterem körülményeit saját kétkezi munkájukkal olyanná, ahol kellemesen érzik magukat;
- ha már a gyerekek úgyis a kellemes hely kialakításán gondolkoznak és fáradoznak, célszerű lehet, hogy utánanézzenek a hangerő kérdéskörének is: saját elhatározásukból elérhető lehetne, hogy az iskolai rendezvényeken (és máshol, ahol hatásuk lehet a rendezésre) a hallást megkímélő hangerőt alkalmazzanak a zene vagy más műsor közvetítésekor;
- gondolkozzanak közösen és szervezzék meg maguk, hogy szabadidejükben gyakorolják a tudatos vásárlást az élelmiszerboltban és a piacon, ebben is tanáraikkal, iskolaorvosukkal, iskolai védőnőjükkel, szüleikkel együttműködve, és lehetőleg dietetikust is bevonva.

II. Mindennapos testnevelés és az azt kiegészítő egyéb testmozgás segítéséért:

- nézzenek utána különböző csoportokban az interneten, hogy mi mindennek kellene történnie a testnevelésben a minél jobb egészség érdekében;
- online kérdőív segítségével értékeljék saját tesióráikat (ezt lásd az irodalomgyűjteményben);
- beszéljék meg, hogy ők mit tehetnek a jobbításért (pl. egymás serkentésére videók készítése, ezekből kivett fotók vándorkiállítása az osztályokban);
- beszéljék meg mindezt a testnevelőtanáraikkal, az iskolaorvosukkal és iskolai védőnőjükkel is;
- nézzenek utána különböző csoportokban az interneten, hogy saját iskolájuk környezetében milyen sportszervezettel lehetne együttműködni saját délutáni sportolásuk érdekében, ha ehhez szervezési és anyagi segítség lenne szükséges, keressék meg iskolájuk igazgatóját, fenntartóját és településük polgármesterét, mindebben együttműködve tanáraikkal, iskolaorvosukkal, iskolai védőnőjükkel, szüleikkel.

III. Lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek, a művészetek és egyéb alkotó tevékenységek alkalmazása az iskola mindennapjaiban:

- nézzenek utána különböző csoportokban az interneten, hogy mely pedagógiai módszerek segítik elő a lelki egészséget és melyek maradnak ebben le;
- gondolkozzanak saját iskolai mindennapjaikon: értékeljék ebből a szempontból saját tanóráikat;
- vonják be a közös gondolkodásba iskolájuk igazgatóját, iskolaorvosát és iskolai védőnőjét, pszichológusát, valamint szüleiket;
- keressék annak módját, hogy a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek hogyan válhatnak általánossá saját iskolájukban;

- keressék annak módját, hogy művészeti és egyéb alkotó tevékenységekben vehessenek részt minél rendszeresebben:
  - vegyék fel a kapcsolatot a közeli könyvtárral, múzeummal, színházzal;
  - keressenek a szülők, tanárok ismerősei közében olyan művészeket, akik szívesen eljönnek hozzájuk, hogy művészi élményt nyújtsanak;
  - keressenek olyan kézműves mestereket és jó kétkezi munkásokat a közelükben, akiknek a munkáját megnézhetik, az érdeklődők esetleg részt is vehetnek benne („Ki miben ügyes?"). Így jobban kiderül és előtérbe kerül sok olyan tehetség, mely a szokásos iskolai mindennapokban rejtve marad, fontos a gyerekek önismeretéhez, önértékeléséhez, egymás értékeléséhez és majdani célszerű pályaválasztásához!

IV. Egészséget támogató ismeretek és készségek fejlesztése:

- Nézzenek utána, illetve gondolkodjanak közösen azon, hogy milyen témákban van szükség ismeretekre és készségre ahhoz, hogy ők maguk egészségesen tudjanak élni most és felnőttkorukban;
- nézzék át az egyes évfolyamok tananyagát, jelöljék, hogy mely témák szerepeltek és melyek nem, valamint azt is, hogy ami szerepelt, az nekik eleget segített-e a majdani döntéseikhez;
- mindezt beszéljék meg iskolaorvosukkal, iskolai védőnőjükkel, majd szüleikkel és iskolaigazgatójukkal;
- közösen keressenek megoldást a feltárt hiányosságok pótlására, például tegyenek javaslatot, hogy mely tanórákon és milyen módon lehetne jobban használható tudást szerezniük;
- keressenek olyan honlapokat, melyek jó segítséget tudnak nyújtani (ebben támaszkodjanak tanáraik, iskolaorvosuk, iskolai védőnőjük, szüleik tapasztalataira is);
- gondolkozzanak és tegyenek javaslatot arra, hogy mivel, hogyan lehetne lemérniük saját tudásukat és készségeiket.

6. Szülőknek a TIE-ről: mit kaphatnak gyermekeik, és ők szülőként és felelős állampolgárokként mit tehetnek az iskolában/kollégiumban, illetve azok környezetében gyermekeik jobb egészsége érdekében?

A fentiek alapján mindenben segítsék a gyerekek erőfeszítéseit és a pedagógusok munkáját.

7. Polgármester, közeli bolt vezetője, gazdák, sportszervezetek, iskola/kollégium fenntartója, a szülőket elérő szervezetek (pl. család- és karrierpontok), könyvtárak, művészek stb.: tudjanak a TIE-ről, keressék meg saját tevékeny szerepüket.

A fentiek alapján mindenben segítsék a gyerekek erőfeszítéseit és a pedagógusok munkáját, esetenként kiemelve az illő részt (pl. sportszervezet esetén főleg a mindennapos testnevelés és az azt kiegészítő egyéb testmozgástémát).

8. Nemzetközi kitekintés a TIE vonatkozásában

Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ, WHO) Európai Regionális Irodája az „Egészség 2020" kidolgozásakor azt kívánta elősegíteni, hogy az egészségügyi rendszerek megerősítésén túl más szektorokat is megszólítson és bevonjon az ágazatközi együttműködésbe. A legtöbb egészségprobléma és a korai halálozások legfőbb okai a társadalomban gyökereznek, melyeket a korai gyermekkori évek, az oktatás, a foglalkoztatás, a munkafeltételek, a jövedelmek, a környezet, a helyi körülmények, a társadalmi kirekesztés befolyásolnak. A lehetséges kiemelt cselekvési területek közt a kormányzati struktúrákban a horizontális megközelítés és az interszektoriális együttműködés kiemelkedő fontosságú. Az „Egészség 2020" stratégiai dokumentum leszögezi, hogy a köznevelésnek és az egészségügynek végre együtt kell dolgoznia, mivel súlyos tudományos bizonyítékok mutatják, hogy az egészséget támogató nevelési környezet jobb tanulási eredményességet hoz, s a jobban tanuló gyermekek egészsége jobb (13). Az UNESCO az utóbbi években nagy erőket mozgat meg, hogy az egészségügyet és az oktatásügyet a világ országaiban annak tudatában fejlesszék, hogy ezáltal érhető el legjobban a jobb egészség és a jobb képzettség (14).

A WHO keretén belül működő „Iskolák az egészségért" mozgalom (Schools for Health in Europe Foundation Network, rövidítve: SHE) honlapján (15) bőségesen megtalálhatók különböző segítő anyagok azon iskolák részére, melyek az egészségfejlesztés terén fejlődni kívánnak. Ezek között szerepel egy összegző közlemény (Young és mtsai, 16) az iskolai egészségfejlesztés hatékonyságának bizonyítékairól. A közlemény 13–16. oldalán találunk bőséges szakirodalmi hivatkozást arról, hogy az iskolai életbe beépülő azon tevékenységek bizonyultak leghatásosabbnak, melyek az egészséges táplálkozást, a rendszeres testmozgást és a lelki egészséget segítették elő. Különösen fontos, hogy a tanulók lelki egészségét elősegítő tevékenységek egyszerre javítják a tanulók társas kapcsolatait és tanulmányi eredményeit, a mindennapos iskolai testmozgás pedig annak ellenére sem rontotta a tanulók tanulmányi eredményeit, hogy miatta kevesebb idő jutott a tanulásra. A SHE mellett az International School Health Network (ISHN) is azon dolgozik, hogy az iskolákban a nevelés-oktatás mindennapjaiba épüljön be mindaz, amit a gyerekek jobb egészségéért tenni kel, a korábbi időkben hangsúlyozott akciók és kampányok nem hozták az elvárt hatásokat (1).

Magyarország a 90-es évek eleje óta tagja a WHO SHE-hálózatának, azonban az elmúlt sokéves időszakban nem történt semmilyen együttműködés, tagságunk virtuálissá vált. Ezen a helyzeten éppen amiatt vált szükségessé a változtatás, mert nálunk – Európában egyedüli országként – kötelező, így minden tanulót elér a mindennapos testnevelés, és a TIE kötelező előírására is Európa-szerte csak egy példa van rajtunk kívül (Portugália). Az Emberi Erőforrások Minisztériuma 2018-ban tette a kapcsolatot és az együttműködést újra élővé azzal, hogy e sorok szerzőjét kinevezte a SHE magyar nemzeti koordinátorává, s azóta végre megjelenik a SHE-ben Magyarország híre és tevékenysége az iskolai egészségfejlesztés terén (17). A SHE-ben végzett munka során szerzett nemzetközi tapasztalatok is hozzájárulnak ahhoz, hogy a hazai iskolai egészségfejlesztést minél jobbá tehessük.

9. Gyakorlatias irodalmi gyűjtemény elektronikus lelőhelyekkel

Annak érdekében, hogy a szövegben hivatkozott anyagok könnyen megismerhetők legyenek a TIE segítésén fáradozó közösségek részére, alább megtalálhatók ezek elektronikus lelőhelyei:

1. International School Health Network (ISHN): a new paradigm for school health promotion in the 21st century – current draft (ISHN-től érkezett: 2020. április 19-én): https://drive.google.com/file/d/0B76Y7Zl6A-eBa3VVQTlEZFlfVjA/view
2. TIE-ajánlás: http://egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-mindennapokban.html
3. TIE rövid összefoglalása: http://egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-mindennapokban.html
4. Somhegyi A.: A népegészségügyi szakemberek és intézmények feladatai a teljes körű iskolai egészségfejlesztés szakmai segítésében. Népegészségügy 2018; 96:69–76, https://ogk.hu/~/media/Files/ogk/prevencio-tie-nepeu-segitese-nepegeszsegugy-2018-1.ashx
5. Somhegyi A.: A mindennapi testnevelés egészségfejlesztési kritériumai: megvalósításuk jelen helyzete. Népegészségügy 2014; 92:4–10, https://ogk.hu/~/media/Files/ogk/MT%20egeszegfejlesztesi%20kriteriumai%20N%C3%A9peg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgy%202014_1%20sz%C3%A1m.ashx
6. Mindennapos testnevelés kérdőíveinek linkjei (készült: 2019. április 22.):
   tesigyerekeknek / tesiszuloknek
7. Somhegyi A., Lazáry Á., Feszthammer A., Darabosné Tim I., Tóthné Steinhausz V., Boja S., Szilágyi Á., Varga P.: A biomechanikailag helyes testtartás kialakítását, automatizálását és fenntartását szolgáló mozgásanyag beépítése a testnevelésbe. Népegészségügy 2014; 92:11–19, https://ogk.hu/~/media/Files/ogk/Biomechanikailag%20helyes%20testtar%C3%A1s%20N%C3%A9peg%C3%A9szs%C3%A9g%C3%BCgy%202014_1%20sz%C3%A1m.ashx
8. Somhegyi A. és mtsai: Tartáskorrekció – A biomechanikailag helyes testtartás kialakításához szükséges izomerő és izomnyújthatóság ellenőrzését és fejlesztését elősegítő gyakorlatok – I. videó: oktatófilm testnevelő pedagógusok részére; II. videó: a gyakorlatok együtt-tornászásra alkalmas módon bemutatva; III. videó: a gyakorlatok óvodásokkal végezve; könyv: az elméleti háttér és a gyakorlatok leírása rajzokkal illusztrálva, https://gerinces.hu/prevencio/tartaskorrekcio-konyv-es-dvd-csak-gerincesen/
9. A hatékony tartásjavítás érdekében készült segítő anyagok testnevelők részére: https://gerinces.hu/prevencio/javaslatok-tartaskorrekcio-oktatasanak-modszertanahoz/ (egy testnevelőkkel sokat együtt dolgozó gyógytornász tapasztalatai)
   https://gerinces.hu/prevencio/gerinc-es-izuletvedelem-az-iskolai-testnevelesben/ (ugyanannak a gyógytornásznak a gyakorlati javaslatai)
   https://gerinces.hu/testneveles/szakmai_anyagok/gyakorlat-csokor-jobb-testtartas-es-terd-kimelete-erdekeben-szuloknek-testneveloknek/ (osztálytermi tartáskorrekciós, lábizomerősítő és térdizomegyensúlyt javító gyakorlatok tornatermen kívüli testnevelőórákra és otthonra)
10. A mindennapos testnevelésről és a speciális tartásjavításról tájékoztató anyagok szülők részére: https://gerinces.hu/prevencio/mindennapi-testneveles-hatekony-mukodese-orvosoktol-szuloknek/
11. Okosdoboz portál: www.okosodoboz.hu
12. A köznevelésért és az egészségügyért felelős államtitkárok levele, a TIE nyomon követését szolgáló online kérdőív, valamint a két melléklet az alábbi linken tekinthető meg: http://egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-mindennapokban.html
13. WHO Regional Office for Europe: Health 2020: education and early development. Synergy between sectors: Fostering better education and health outcomes, 2014, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/257881/H2020-SectoralBrief-Education_11-09-Eng.pdf
14. AzUNESCOkeretébenfolyótörekvésekazoktatás és az egészség együttes fejlesztéséért, például: https://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1
    http://www.schoolsandhealth.org/Pages/FRESH.aspx
    https://unescochair-ghe.org/

15. Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE) honlapja: https://www.schoolsforhealth.org/
16. Young I., St. Leger L., Buijs G. 2013: School health promotion: evidence for effective action. Background paper SHE Factsheet 2., https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/fact-sheets/she-fact-sheet2-background-paper-school-health-promotion-evidence.pdf
17. WHO Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE) honlap magyar híradása (2019. április 5.): SHE Newsletter 2019/3.: Holistic health promotion (HHP) in Hungarian schools
https://mailchi.mp/ucsyd/she-newsletter-3-2170457?e=3289fd77aa
https://www.schoolsforhealth.org/newsroom/mon-08042019-1053-health-promoting-schools-hungary

I. Ajánlás a járási PE-k számára a családokkal kapcsolatos gyakorlati lépésekre

Várfalvi M.

1. Bevezetés

Az Országos Partneri Együttműködés alapja: „Az egészségügy önmagában nem tudja hatékonyan javítani a lakosság egészségét, ezért csak komplex, más szektorok szereplőinek mint partnerek és az érintettek bevonásával megvalósuló, több szinten, azaz országosan, térségenként és helyben, egyidejűleg többféle, az egyénre és környezetére egyaránt irányuló összefogáson és együttműködésen alapuló beavatkozások lehetnek sikeresek.” (Vitrai József)

2. A család/családprogramok az egészség összefüggésében

A családnak mint elsődleges, természetes közösségnek és élettérnek meghatározó és alapvető szerepe van többek között az egészség mint erőforrás és mint alapvető érték megteremtésében. A népegészségügyi, prevenciós programok szemléletváltását az a kettős szerep kell jellemezze, hogy a lakosság, a családok – annak minden generációja – egyszerre célcsoport, ugyanakkor a részvételalapúság miatt megvalósítók is egyben életkoruk, élethelyzetük és kompetenciájuk függvényében. Ez a szerep azon alapul, hogy a szülők egészsége, ismeretei, szokásai, egészségmagatartása, környezete befolyással van a következő nemzedék egészségi állapotára is, a genetikai, epigenetikai meghatározókon túl az egészséget befolyásoló életfeltételek összefüggésében. A család egészségismeret-szintje, szokás- és értékrendje, öntevékenysége és felelősségszintje, gazdasági-szociális, kulturális státusza, valamint kapcsolatrendszere alapot ad az egészséget meghatározó döntések befolyásolásához, az egészségmagatartás megváltoztatásához, a változtatás szükséges ideig való fenntartásához. Minden segítő műveletnél ezek figyelembevétele nélkülözhetetlen. Nagy kihívást jelent ez a felismerés és ez a szemléletváltás, mert a családok akár egy kisebb településrészen, településen, akár egy járásban is nagyon eltérő körülmények, gazdasági háttér, iskolázottság, hagyományok, érték- és hitrendszer mentén élik életüket, nevelik gyermekeiket. Az egészség tehát ebben a sokféleségben kell egyszerre erőforrás, kiinduló pont, folyamat és eredmény legyen.

A családok különböző korosztályokból állnak, ők is eltérő ismerettel, élettapasztalattal, értékekkel és célokkal rendelkeznek és változnak életük során. Mást jelenthet a kulturális hagyományok és a közösségi elvárások mentén az egészség fogalma és az azt befolyásoló tényezők felismerése, sőt a motiváció arra, hogy ezek az értékek és eredmények változtathatók. Saját szerepük, felelősségük, magatartásuk és tetteik is befolyásolják az egészség feltételeit, az egészség ellen ható erőket és magát az egészségállapotot is.

A család olyan életközösség, ahol a kiskorú, vagy cselekvőképtelen személyekre a többi családtag közvetítésével hatnak az egészségi állapotot meghatározó tényezők, ezért a családtagok egymás iránti kötődése, egészségmagatartása, egymásra való befolyásuk az egészség szempontjából is rendkívül erős. A családok egymásra hatása, közösségeik erősíthetik az egyes családok erőfeszítéseit, megküzdési stratégiáit, vagy éppen felkelthetik motivációjukat és figyelmüket az egészség értékszerepére és a saját kompetenciájuk ebben való erősítésére.

Jelen népegészségügyi fejlesztési program és a kor kihívása is egyben, hogy milyen eszközökkel, kapcsolati és módszertani hálóval lehet az egészségi állapotot befolyásolni, ebben összefogással eredményt elérni az érintettek aktív bevonásával.

Arra a felismerésre már az Ottawai Karta[111] óta eljutottak az Egészségügyi Világszervezet és tagországai, így Magyarország is,[112] hogy az egészség összetett, amelyben minden szereplőnek megvan a maga saját felelőssége, feladata. Ennek hatékonysága azonban az adatok ismeretében továbbgondolást, újabb rendszerelemzést, felismerést kíván. Az országok is (benne a családok) változó társadalmi, politikai, ideológiai alappal és háttérrel, történelmi, kulturális tradíciókkal rendelkeznek és az egészségügyi rendszerüket döntően önszabályozó módon irányítják. A nemzetközi kutatások, példák, jó gyakorlatok, a bizonyítottan hatékony eljárások és módszerek hasznosítása, megosztása, átvétele, összehasonlíthatósága szintén összetett feladat.

A család az egészség szempontjából erőforrás, de egyben nélkülözhetetlen és időről időre visszatérő beavatkozási terület is egyben, amennyiben az egyén és a közvetlen elsődleges közösség egészségi állapota az elvárhatóhoz képest nem megfelelő, javítandó, segítségre, támogatásra szorul. Az egészség a testi, lelki, szellemi és szociális értelmezésben ezek összefüggésében jelenik meg a családban, illetve így értelmezhető és kezelhető.

A szükséglettípusok[113] közül fontos a család, az egyén saját felismerése az egészségi állapot megítélésében és jobb irányba történő megváltoztatása érdekében. Ennek három fokozata van. Az **érzett szükséglet**, amelyben az emberek elképzelik, maguknak körvonalazzák, hogy mit szeretnének, mit várnának el az egészségügyi ellátás során. Az érzett szükséglet mögött nem mindig áll rendelkezésre reális és/vagy elegendő információ, így az is előfordulhat, hogy egyes ellátásokkal szemben túlzott elvárás vagy éppen elutasítás történik.

A másik fokozat a **kinyilvánított szükséglet**. Ezeket a lakosság kinyilvánítja, így az érzett szükségletek az egészségügy számára kívánság, elvárás vagy követelés formájában jelenik meg. Nem minden szükséglet válik ugyanakkor kinyilvánított szükségletté. A lehetőségek ismerete, a motiváltság, az önbizalom, az egészségügyi dolgozók részéről az empátia, nyitottság hiánya vagy éppen hideg, korlátozó, előítéletes hozzáállás megakadályozhatják az érzett szükséglet kinyilvánítását. A ki nem nyilvánított szükségletek nem jelentik az érzett szükségletek hiányát. A kinyilvánított szükséglet konfliktusba kerülhet a normatív szükséglettel, például a tájékoztatás, az információ átadása terén.

A harmadik fokozat a **komparatív szükséglet**, amely hasonló vagy azonos diagnózisú, illetve élethelyzetű emberek/betegek által összehasonlított információkból keletkezik. Más intézmények, szolgáltatók gyakorlatát, ellátásait összehasonlítva az egyikük részesül bizonyos ellátásokban, a másikuk nem. Ez lehet szakmai ellátási, kiegészítő szolgáltatásokkal kapcsolatos, vagy hotelfunkció-különbség is. A komparatív szükséglet azért is fontos, mert érintheti az egyenlő bánásmód és az esélyegyenlőség elvét.[114]

A szakemberek (főleg egészségügyi) által felismert, jogszabályokban, szakmai standardok, protokollok, irányelvekben meghatározott, ún. **normatív szükségletek** irányadók, megvalósítást kívánó vagy követelő tényezőként jelennek meg. Bizonyos normatív szükségletekkel kapcsolatosan törvények, szakmai protokollok adnak szabályozást. A normatív szükséglet értékítéleteken és szakmai tapasztalatokon alapszik. A szakembereknek eltérő, változó lehet a véleménye abban, hogy mit tekintenek elfogadható standardnak, másrészt a szakember és a páciens számára is lehet különbség értéknek és standardnak tekintett dolgok között.

A komparatív és a normatív szükségletek akár nemzetközi összehasonlításra is alkalmasak lehetnek. A más országokban bevált jó gyakorlatok ugyanakkor adaptáció és helyi megvalósíthatósági tanulmány nélkül nem mindig lesznek eredményesek, különösen nem, ha a lakossági érzett és kinyilvánított szükségletekkel nem kerül összevetésre. Érzékenyen kell arra is figyelni, hogy az új, eredményesnek vélt beavatkozások a családokat milyen szociokulturális és családszerkezeti, gazdasági környezetben kínálja meg. Ez utóbbi tényezők a lakosság, a családok által befogadott program- és módszerlehetőségek esetén is folyamatos monitorozást, értékelést és rendszeres korrekciót igényel.

Ezeknek a szükségleteknek közelíteni kell egymáshoz, és a beavatkozási módokat, területeket ezek együttes mozgása fogja behatárolni, meghatározni. Így az egyén vagy az őt képviselő családtag(ok) bevonódása és aktív részvétele lehetővé válik. **Paradigmaváltás szükséges a korábbi, illetve sok esetben a jelenlegi megközelítésekkel**

111 The Ottawa Charter for Health Promotion, https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/ letöltve: 2020. 06. 26.

112 WHO: Az ottawai egészségfejlesztési karta (Nemzetközi egészségfejlesztési konferencia, Ottawa, Kanada, 1986. november 17–21.). In: Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai), Egészségfejlesztési Módszertani Füzetek 1. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. Elérhető: http://www.oefi.hu/alapelvek.pdf (letöltve: 2015. április 15.).

113 Ewles & Simnett: Egészségfejlesztés. Medicina Rt. Budapest, 1999.

114 Ebktv. 8. §.

szemben, hogy az életmódváltozások ne egy kívülről jövő, meg nem értett utasítások hatására passzív résztvevőként, esetlegesen jól/rosszul végrehajtott folyamat eredményei legyenek.

A helyi, települési, járási, akár nagyobb térség, megye, illetve országos méretben megnyilvánuló szükséglettípusok ismerete és elemzése a családi és közösségi szintű egészségtervezésnek is alapja. Ebben a helyi PE-k koordinatív szerepet tölthetnek be, érzékenyen figyelve és információt gyűjtve mind a lakosságot, a családokat jól ismerő és őket ellátó szakemberektől, mind maguktól a családoktól.

3. A család szerepe a gyermek egészségének megalapozásában

Az életmódelemek kivétel nélkül az egészségi állapot összefüggésében vannak. Jelen tanulmányrészben a táplálkozást emeljük ki példaként, amelynek a többi elemmel is dinamikus kapcsolata van.

A várandós állapot összetett változásrendszert generál az anyai szervezet működésében. Egyszerre kell saját korábbi életfunkcióinak megfelelni, miközben egy folyamatosan növekvő új élet (van, mikor több is) táplálásának, életben tartásának is. Ezért a reproduktív korban lévő nők egészsége, a fogamzóképesség és az élettani keretek között fejlődő várandósság szempontjából meghatározó. Számítanak itt a genetikai betegségek, de az anya korábbi vagy meglévő betegségei, életmódi szokásai (különösen az alkohol, a dohányzás, a drog), a táplálkozása és tápláltsága, testsúlya, fizikai aktivitása és nem utolsósorban a lelki-mentális állapota, de ezek egymásra hatásai is.

Az embrionális és magzati fejlődésben a méhen belüli tápláltságban szerepe van az anyai szervezet egyensúlyának, valamint a méhlepény működőképességének. A méhlepény az anyai keringésből biztosítja a magzat táplálását, sok káros anyagot, akár kórokozót meg tud szűrni, de vannak olyanok is, amelyeket nem. A lepény áteresztőképességét, a magzat táplálását befolyásolhatják lelki folyamatok is. A pszichoszomatika kutatásai alapján bizonyított, hogy a tartós szorongás például az erek összehúzódása miatt csökkentheti a méhlepény funkcióját, hozzájárulhat a magzat fejlődésének lassulásához, elmaradásához, korához képest alacsonyabb testtömegéhez. A tápláltság nemcsak a testi növekedéssel, de a belső szervek és az idegrendszer érésével is összefüggésben vannak. Fontos tehát, hogy az anya egészségi állapot ellenőrzése mellett a táplálkozás mennyiségi, minőségi és lélektani összefüggéseire is kitérjen a gondozás. Segíteni kell az egészségre káros szokások, szenvedélyek elhagyását, a testi-lelki egyensúly kialakítását, megőrzését az erre kidolgozott módszerek alkalmazásával.

A gyermek megszületését követően – mivel az anyai szervezet felkészült az új élet méhen kívüli táplálására – az előtejjel (kolosztrum) már a szülést követően el tudja kezdeni a gyermek táplálását a szoptatással. Az előtejben, bármennyire is szinte mérhetetlen annak mennyisége, mégis magas koncentrációban tartalmazza a szükséges tápanyagokat, immunanyagokat és ezzel kielégíti az épp hogy megszületett újszülött szükségleteit. Az előtej az anyai szervezetben termelődött oxitocin hormon hatására, valamint az újszülött szopási tevékenysége által közvetlenül kerül átadásra, befogadásra. Az előtej összetétele változik, fontos tehát, hogy minél előbb az újszülött és az anya bőr-bőr testi érintkezése és a szopási szituáció létrejöjjön, lehetőleg a születést követően fél-egy órán belül. Az előtej fokozatosan az újszülött szükségletének megfelelően változik, alakul át anyatejjé. Védi az újszülött bélflóráját, elősegíti a magzati életben a bélrendszerben összegyűlt béltartalom (meconium) kiürülését, szerepe van az újszülöttkori sárgaság mértékének kialakulásában, leküzdésében. Az anyatej és a szoptatás önmagában képes biztosítani az élettani fejlődést egészen a csecsemő féléves koráig, majd kiegészítéssel a csecsemő- és a kisdedkor mindkettőjük számára elfogadott határáig. Az újszülött és az anya kiegyensúlyozott testi-lelki kötődését is megalapozza és erősíti a szoptatás, a biztonságos, bizalmon alapuló kötődés, amelynek akár egész életre hatásai vannak.

Az anya érzékelését és válaszlehetőségeit az újszülött jelzéseire elő lehet és kell készíteni, ez már a várandósság alatt elkezdődik, majd a gyermekágyas, rooming-in (anya-újszülött együttes elhelyezéssel) folytatódik szakemberek támogatásával. Az újszülött és az anya együttes igényeit kielégítő és lehetővé tevő kizárólagos szoptatás ideális mindkettőjük számára. Ezt azt jelenti, hogy az anyatejen kívül más táplálékot, folyadékot csak akkor kap az újszülött, ha ennek orvosi indikációja van. Az anyatej termelődésének folyamatát, a szoptatás sikerességét számos összetevő és személy együttes hatása befolyásolja. Erre kidolgozottak a szakmai irányelvek, rendelkezésre állnak a szükséges jogszabályi keretek.

A csecsemő egészséges fejlődését féléves koráig biztosítja a kizárólagos szoptatás. Anyatej termelődésének elősegítésére, a szoptatással kapcsolatban felmerült kérdésekre a védőnők és a laktációs tanácsadók tudnak személyre szóló támogatást adni. Kiegészítő táplálás orvosi előírásra és védőnői tanácsok mellett történik.

Féléves kor körül és ezt követően a szoptatás fenntartása a kiegészítésekkel mind az anya, mind a csecsemő/kisded közös elégedettségéig ideális.

Az anyatejes táplálás, a szoptatás jelenlegi szakmai megállapításai és iránymutatásai az

„Egészséges csecsemő táplálásának irányelvei”[115] dokumentumban került kiadásra. A szoptatás és az anyatejjel való táplálás előnyei későbbi életkorokra, akár egy életre szólóan meghatározók.

A nem szoptatás, illetve az anyatejes táplálás hiányának hatásait, annak veszélyeit – azok népegészségügyi jelentősége miatt – ismertető dokumentumból kiragadunk néhányat a Szoptatásért Magyar Egyesület összefoglalójából:[116]

„A nem szoptatás veszélyei

Azok a gyermekek, akiket nem szoptatnak vagy nem kapnak anyatejet, a következő betegségek fokozott kockázatának vannak kitéve:

- fertőző betegségek: gyomor- és bélrendszeri fertőzések, légúti és húgyúti fertőzések;
- ekcéma és más atópiás betegségek;
- koraszülötteknél nekrotizáló enterokolitisz;
- alacsonyabb szintű kognitív teljesítmény és képzettség;
- cukorbetegség, magasvérnyomás-betegség, elhízás gyermekkorban, mind rizikófaktor a későbbi szívbetegségre;
- csecsemőkori és kisgyermekkori halál.

A kockázatnövekedés az anyatej védőfaktorainak és az optimális tápanyagoknak – például az agyfejlődést és a bélrendszer érését segítő összetevőknek – hiányából fakad.

A nem szoptatás kockázatain túl a mesterséges táplálásnak önmagában is vannak veszélyei:

- a csecsemőtápszer fertőződhet a gyártás során;
- a csecsemőtápszer veszélyes szennyezőanyagokat tartalmazhat vagy hiányozhatnak belőle létfontosságú összetevők (gyártási hiba miatt);
- a tápszerkészítéshez vagy a mosogatáshoz használt víz szintén fertőzést közvetíthet;
- a tápszerkészítés hibái – túl tömény vagy túl híg tápszer – károsíthatja a csecsemő egészségét;
- ha az anya tápszerrel nyugtatja meg a síró kisbabát, az túletetéshez és elhízáshoz vezethet ;
- a mesterségesen táplált gyerekek között több a cumizó és gyakoribb a korai fogszuvasodás.

A mesterséges táplálás kockázatai csökkenthetők, ha az elkészítésnél nagy gondossággal járunk el, de az anyatej és a tápszer összetételének különbségei így is megmaradnak.

Néhány tény

Évente 1,5 millió gyermek hal meg azért, mert nem szoptatják. Bár a halálesetek döntő többsége a fejlődő országokban történik, a probléma nem korlátozódik a szegény országokra. A fejlett Egyesült Államokban is évente 9000 gyermek halálát lehetne megelőzni a szoptatással.

Bár a szoptatás hiánya nem minden esetben okoz halált, az akut és krónikus betegségek kockázatát a mesterséges táplálás igen jelentősen fokozza.

A mesterséges táplálás az alsó légúti fertőzések miatti kórházi felvétel kockázatát 3,6-szorosára fokozza az első évben a 4 hónapig kizárólag szoptatottakhoz viszonyítva.

A középfülgyulladás gyakorisága a mesterségesen tápláltak körében 2-szeres a 3 hónapig kizárólag szoptatottakhoz viszonyítva.

A nem specifikus gyomor- és bélrendszeri gyulladások gyakorisága a mesterségesen tápláltak körében 2,7-szeres a szoptatottakhoz képest.

A mesterségesen táplált csecsemők körében lényegesen gyakoribb a hirtelen csecsemőhalál: a csecsemőkor minden szakaszában kétszerese a szoptatottakénak (egyes kutatások szerint ötszöröse).

Az asztma a tápszerrel táplált gyermekek körében 3,6-szer gyakoribb a legalább 3 hónapig szoptatottakhoz képest.

Az atópiás dermatitis előfordulása a nagy kockázatú családokban 72%-kal gyakoribb a mesterségesen tápláltaknál a legalább 3 hónapig kizárólag szoptatottakhoz viszonyítva.

Az elhízás kockázata minden szoptatott hónappal 4%-kal csökken.

A 2-es típusú diabétesz a későbbi életkorban a tápszerrel tápláltaknál 64%-kal gyakoribb.

A gyermekkori leukémia előfordulása a mesterségesen tápláltaknál gyakoribb: az ALL 23%-kal, az AML 17%-kal gyakrabban fordul elő, mint a legalább hat hónapig szoptatottaknál.

A krónikus emésztőrendszeri betegség előfordulásának kockázatát a mesterséges táplálás jelentősen növeli: a későbbi életkorban a colitis ulcerosa előfordulási esélye 78%-kal, a Crohn-betegségé 2,2-szeresére nő a kizárólagosan szoptatottakhoz képest.”

4. Családprogramok lehetőségei

A gyermekekre és a fiatalokra fókuszálva minden egészség irányába ható változás, változtatás a jövőbe való befektetés is egyben. A gyermekek jelenléte a családban jelentős érzelmi motivációs tényező is, akik miatt a többi generáció is érintetté és érdekeltté válik, válhat az egészség érdekében. A testi, lelki, szellemi egészség minden komponense és ezek egymással való viszonya szerepet játszik az egészség megtartásában, továbbfejlesztésében vagy visszaszerzésében.

115 https://old-kollegium.aeek.hu/conf/upload/oldiranyelvek/CSE-GYE_egeszseges%20csecsemo%20taplalasa_mod0_v0.pdf (letöltés: 2020. 06. 23.)

116 https://szoptatasert.hu/wp-content/uploads/2018/09/miert_fontos_a_szoptatas.pdf (letöltés: 2020. 06. 23.)

1. Fogamzás előtti időszak

A gyermekek egészsége a fogamzás előtti időszakban már sok szempontból meghatározott, mert a biológiai szülők egészségi állapota, egészségmagatartása számos szempontból meghatározó az utódok számára. Ebben szerepet játszhatnak néhány fontosabb példát említve genetikai, epigenetikai tényezők, környezeti hatások (vegyszerek, sugárzás, fertőzések), olyan életmódi elemek, mint a káros szenvedélyek: dohányzás, alkohol, droghasználat, egészségtelen táplálkozás, illetve a lelki zavarok. Ezek a károsító tényezők már az ivarsejtek genetikai állományára is hatással lehetnek, vagyis a kedvezőtlen tulajdonságokat továbbörökíthetik.

Ugyanezek a tényezők érvényesülnek a fogamzás pillanatában és a megfogant új élet első három hónapjában – az embrionális szakban – is.

Családprogram-vonatkozások lehetnek:

- Iskolai családi életre és lapcsolati kultúrára vevelés tantárgy keretében olyan egészségismeretek átadása és egészségmagatartás kialakítása, amely kedvező hatással van a majdani szexuális egészségre, viselkedésre és szülői alkalmasságra is.
- Gyermeket tervező párok számára család-, nővédelmi tanácsadás, tudatos optimális családtervezés-szolgáltatás a fogamzásra való felkészülés szakemberek támogatásával. Esetlegesen a pár származási családjában előforduló betegségek, a közös életükben és saját egészségi állapotukban felismerhető tényezők, amelyek hatással lehetnek a tervezett gyermek egészségére. Szükségesnek ítélt életmódváltás megtervezése, megkezdése.
- Bár a szakmai szolgáltatásokat az egyes családok veszik igénybe, mégis kialakulhatnak különböző csatornákon és szerveződéseken keresztül laikus csoportok azonos élethelyzetben vagy problémával küzdő párok önsegítő, tematikus kiscsoportos kapcsolata is. Ezeket szakemberek kísérhetik, támogathatják, erősíthetik a pozitív megoldásokat.

2. Várandós anya – méhen belüli magzat gondozása

- Várandósgondozás, szülőszerepre, szülésre felkészülés folyamata, szakmaisága a megfogant élet számára jelentős esélyt ad az egészséges fejlődésre, illetve a rendellenességek, egészségi problémák korai szűrésére, a megfelelő ellátás időben történő biztosítása érdekében. Az anya egészségi állapotán keresztül számos hatás éri az embriót, illetve a magzatot. Az anya életmódja: táplálkozása, mozgásaktivitása, a káros szenvedélyektől való tartózkodása, a kiegyensúlyozott testi-szellemi munkavégzés, pihenés és rekreáció a testi-lelki egyensúly, az apával és más családtagokkal megélt érzelmi kapcsolatok bizonyítottan hatással vannak a méhen belüli fejlődésre is.

Családprogram-vonatkozások lehetnek:

- Várandósgondozás rendszere az alapellátástól a járó- és fekvőbeteg-ellátásig térítésmentesen rendelkezésre áll. Trimeszterenként, illetve meghatározott várandóssági hetekben előírt kötelező szűrővizsgálatokat biztosít az ellátás. Ezek között vannak laboratóriumi és ultrahang-vizsgálatok is. A várandós anya alacsony kockázati besorolás esetén a háziorvos, a védőnő és választása függvényében szülésznő/szülészorvos, magas kockázat esetén a háziorvos, a védőnő és a szülészorvos gondozásában részesül.
- Szülésre, szülőszerepre felkészítő programok egyike azoknak a családos egészségfejlesztő lakossági programoknak, amelyek a 80-as években váltak rendszeressé, egyre inkább elterjedtté. Vannak programok a várandós anyáknak és vannak gyermeket váró pároknak is, de vannak olyan szolgáltatások, ahol más családtag, vagy az anya által választott személy is részt vesz a felkészítő foglalkozásokon. A foglalkozások ismeretanyaga, pszichofizikális felkészítőelemei az anyai és magzati egészségegyensúly kialakítását szolgálják. Szociális kohéziót, kapcsolati kötődés lehetőségét alakítja ki ugyanakkor az anyák vagy a párok között. Ebben nemcsak a szülésig tartó társas támasz egyik formáját, hanem a gyermeknevelés, a gondozás időszakában is későbbi önsegítő csoport kohéziós funkció lehetőségét hordozza.

3. Szülészeti ellátás

- Családbarát, családközpontú szülészeti ellátás keretében a kórházi osztályok mind infrastruktúrában, mind technikai felszerelésben, mind szemléletben is átalakulnak a családbarát elveknek megfelelően. Erre a korábbi spontán folyamatokon túl 3 éves pályázati rendszerben kapnak támogatást az intézmények. A minél természetesebb, minél kevesebb stresszel és fájdalommal, barátságos környezetben, az anya által választott hozzátartozó jelenlétében átélt szülési élmény a magzatnak, illetve az újszülöttnek is a lehető legjobb életkezdeti esélyeket biztosítja.
- Az újszülöttkori szűrővizsgálatok már a születés utáni napokban megkezdődnek, és később folytatódnak az alapellátásban.

Családprogram-vonatkozások lehetnek:

- Korai kötődés és igény szerinti szoptatás biztosításával és szorgalmazásával az anya-újszülött pótolhatatlan kapcsolati helyzetét segítjük elő. A kötődés az első születés utáni bőr-bőr kontaktussal, a fél-egy órán belüli, majd azt követően az igény szerinti szoptatással indul a gyermek egészséges táplálkozásának megalapozása.

– A kórházban töltött napokban rooming-in (anya-újszülött együttes elhelyezés) rendszerben biztosítható a szoptatás együttes megtanulása szakemberek segítségével, ami részben ismeretek átadásával, részben a helyes technikák, módszerek bemutatásával és gyakorlásával érhető el. A kórházban együtt elhelyezett édesanyák között spontán kialakulnak segítő, akár baráti kapcsolatok, amelyek nemcsak a szoptatási, gyermekgondozási tapasztalatok megosztását, önbizalomerősítését jelentik, de akár egymás későbbi segítését, támogatását is.
– Több kórházban szoptatási ambulanciát is működtetnek arra az esetre, ha az édesanyának speciális szoptatási problémában segítségre van szüksége.

4. Gyermekágyas és újszülöttellátás az otthoni alapellátás keretében

Gyermekágyas, szoptató anya és az újszülött, majd csecsemő egészségügyi alapellátása a háziorvosi és területi védőnői ellátáson keresztül folyamatosan biztosítja az egészségügyi szűréseket és a korai eltérések kivizsgálását, a megkezdett korai fejlesztés nyomon követését. A rendszeres meghatározott időben kötelező, de az igények szerint további konzultációk biztosítják a csecsemőtáplálás személyre szabott ideális folyamatát, a rendellenességek felismerését, korai kezelését. Az alapellátásban segítik a gyermekágyas és szoptató anya egészséges életfolyamatait, egészségismereteinek frissítését és lelki egyensúlyához, a jó párkapcsolat megerősítéséhez, fenntartásához konzultációs lehetőséget nyújtanak.

Családprogram-vonatkozások lehetnek:

– szoptatást támogató anyacsoport,
– kismama klub,
– csecsemőmasszázs csoport,
– baba-mama torna,
– ringató,
– családi napok,
– családtáborok,
– kulturális közösségi összejövetelek,
– egyházi közösségi összejövetelek.

A fenti családprogramok a csecsemő- és kisgyermek egészséges táplálását, fejlődését segítik elő közösségi formában. Ezek a rendszeres foglalkozások az édesanyáknak, az apáknak és más bekapcsolódott családtagnak segítik a gyermek nevelésével, ellátásával, gondozásával kapcsolatos kompetenciák fejlesztését is. A rendszeres találkozások lehetőséget adnak a résztvevők közötti kapcsolatok kialakítására, erősítésére, közösséggé formálásra. Ez megalapozza a gyermekközösségek, tanulói közösségek szülői együttműködését, egymásra hatását, csoportos szükségletek értékek, életmódváltási lehetőségek támogatási lehetőségeit is.

5. Betegcsoportok, önsegítő csoportok települési, járási szinten

Betegcsoportok, önsegítő csoportok a gyermekek egészsége, a betegségekkel való együttélés érdekében nagyobb településeken önálló csoportokkal, kisebb településen élők járási szinten érhetnek el ilyen közösségi támaszt nyújtó szakmai háttérrel alátámasztott programokat. Ilyenek a teljesség igénye nélkül:

– koraszülöttek,
– diabéteszes gyermekek,
– down szindrómás gyermekek,
– ritka betegséggel születettek,
– érzékszervi fogyatékossággal élők,
– anyagcsere-betegséggel élők,
– mozgásszervi fogyatékossággal élők,
– korai fejlesztésben lévők, stb.

Ezek az önszerveződő, vagy szakemberek által szervezett, de önkéntes csoportok a szülői kompetenciát és rezilienciát erősítik, naprakész ismereteket és gyakorlati információkat lehet egy mentálisan is gyógyító, segítő közegben felkínálni. Az érintett szülők családi háttere, párkapcsolata sérülhet ezekben a problémás helyzetekben, az anya sokszor egyedül marad a problémákkal, élethelyzettel.

6. Gyermekközösségi ellátások

Gyermekközösségi ellátások közül legismertebb a bölcsőde különböző formákban. A bölcsődei közösség nemcsak a gyermekek számára meghatározó, de mivel azonos normarendszerben is érintkeznek, ezért a szülők számára is jelentős kihívást és alkalmazkodást jelent. A gyermekek napközbeni ellátása részben uniformizálja az egészséges életfeltételeket: ilyenek például: környezet, táplálkozás, napirend, higiénia, pszichomotoros fejlődés, játéktevékenység, pihenés, alvás, mentális fejlesztés és szociális viselkedési normák. Részben pedig közelíti, támogatja az egészségmagatartás lehetséges optimális módozatait.

Családprogram-vonatkozások lehetnek:

– szülői foglalkozások, konzultációk a bölcsődei kisgyermekgondozókkal.
– szülőknek, vagy szülőknek és gyermekeknek együtt szervezett családi programok a közös értékek és életmód megélésére, elfogadására, egymás támogatására, szülők közötti segítő kapcsolatok kialakítására, ösztönzésére.

7. Az óvodai és az iskolai környezet

Az óvodás- és iskoláskorú (nevelési és oktatási intézménybe járó) gyermeket nevelő családok családprogramjai már érintik a nevelési-oktatási

területen kifejtett lehetőségeket, kapcsolódásokat a TIE egészségfejlesztő tevékenységével. A szülők a gyermekek életkorának megfelelően ismerjék és támogassák az iskolai egészségprogramot, az egészséget támogató iskolai környezetet, a házirendet, a TIE kapcsolódásait a tanórai és tanórán kívüli és az iskolán kívüli szabadidős tevékenységekhez és az iskola-egészségügyi ellátást, az iskolaszék és szülői közösségi képviselet munkájában kövessék a gyermekeken vagy a közösségekben észlelhető egészséghatásokat, tegyenek javaslatot a gyermekek és a tanulók egészségének javítása érdekében a változásokra, illetve a nevelőtestület és az iskola-egészségügyi szolgálat utasításainak, döntéseinek megvalósítását segítsék elő mind a közösségekben, mind saját családjukban. Egy-egy kiemelkedő helyzetben, témában, probléma esetén kezdeményezzenek megbeszélést a mielőbbi megoldás és pozitív változás érdekében.

Családprogram-vonatkozások lehetnek:

- tanév eleji ismerkedés csoport/osztály szinten kötetlen, játékos formában a teljes család és a nevelők részvételével;
- rendszeres kirándulás, szabadidős, kulturális programok keretében az egészségszempontok figyelembevétele;.
- tematikus egészségprogramok szülő-gyermek-nevelő részvétellel;
- táborok (életmód, szabadidős, sport);
- szülőklub;
- online, digitális tanácsadás.

5. Családi programok célcsoportjai és kapcsolati hálója

A családok a gyermekeken, fiatalokon keresztül több más közösséggel érintkeznek szervezett és nem szervezett formában rendszeresen és alkalmanként.

Ezek a kapcsolatrendszerek meghatározhatják, befolyásolhatják vagy megváltoztathatják az egészség értéktartalmát, az attitűdöt, az egészség szempontjából meghozott döntéseket, cselekedeteket is.

Formális, rokoni, családi kapcsolatok:

- nagyszülők, dédszülők;
- kortárs rokoni családi kapcsolatok, unokatestvérek;
- mozaikcsaládok, egyszülős családok;
- nevelőszülők, örökbefogadó szülők.

Formális, nem rokoni kapcsolatok:

- keresztszülők, és más hasonló jellegű családi kapcsolódások;
- baráti családok, kortárs kapcsolatok;
- gyermekintézmények révén: bölcsőde, óvoda, iskola;
- munkahelyről;
- lakókörnyezetből;
- valamilyen szolgáltatás révén (egészségügy, szociális, gyermekjóléti...);
- civil szervezetek;
- sport, szabadidő, kulturális, egyházi kapcsolatok révén akár a szülőkön keresztül, akár a gyermekeken keresztül .

Egyéb formális, nem rokoni, nem baráti kapcsolatok

- önkormányzat;
- gyermekintézmények: bölcsőde, óvoda, iskola;
- munkahely;
- lakókörnyezet;
- egyéb szolgáltatás (egészségügy, szociális, gyermekjóléti stb.).

Egyéb, nem formális kapcsolatok

- más nem baráti családok;
- közlekedés;
- kereskedelem (vásárlás);
- szolgáltatások.

J. Tájékoztatóanyagok szakembereknek

Somhegyi A., Kollányi Zs., Girán J.

1. Összefoglaló a köznevelési intézményekkel foglalkozó intézmények, szervezetek szakemberei számára

Mivel a gyerekek egészségére nagy befolyással van az, hogy a köznevelési intézményekben töltött sok időben a mindennapi életet hogyan alakítják a szereplők közösen, ezért a köznevelési intézményekkel foglalkozó intézményeknek, szakembereknek fontos kiindulópont az erre vonatkozó 2012. évi jogszabályi előírás, valamint annak ismerete, hogy a jogszabály gyakorlati kivitelezésének milyennek kell lennie a várt hatás megvalósulásához.

Ezért javasoljuk, hogy az Útmutató VI. H. 1. fejezetét vegyék figyelembe, melyben a teljes körű intézményi egészségfejlesztésről (TIE) és a helyi közösségi segítésről olvashatnak.

Az abban foglaltakat azon közösségek részére fogalmaztuk meg, amelyek a gyermekek egészségének jobbítása érdekében helyi feladataikat keresik és ennek keretén belül a köznevelési intézményekben folyó munkát is segíteni kívánják. A közösségek nyilván kapcsolatba fognak lépni azokkal az intézményekkel, illetve szakemberekkel, melyek, illetve akik a köznevelési intézményekben folyó munkával (is) foglalkoznak:

- köznevelési intézmények fenntartói;
- a köznevelés országos háttérintézményének (OH) hálózata (POK-ok);
- iskolán belüli, nem pedagógus szereplők;
- iskolegészségügy: orvos, védőnő; iskolai szociális segítő; iskolapszichológus;
- háziorvos, területi védőnő;
- háziorvosi praxisközösség szereplői: háziorvos, nővér, védőnő, népegészségügyi szakember, dietetikus, gyógytornász, pszichológus;
- egészségfejlesztési iroda (ha van a közelben);
- megyei ill. járási népegészségügyi főosztály, illetve osztály munkatársai;
- közeli egyéb egészségügyi intézmények szakemberei;
- pedagógiai szakszolgálat;
- tanoda (ha van a közelben);
- kábítószerügyi egyeztetőfórum (KEF, ha van a közelben);
- családsegítők és egyéb szociális intézmények, mentálhigiénés szakemberek;
- művészeti intézmények;
- könyvtárak (sok könyvtárosnak mentálhigiénés képzettsége is van, kiváló foglalkozásokat, programokat tudnak csinálni);
- sportszervezetek;
- civil szervezetek;
- önkormányzatok;
- cégek, üzletek;
- pedagógusképző intézmény (ha van a közelben);
- egészségügyi képzőintézmény (ha van a közelben).

Ehhez a kezdődő közös munkához következnek az alább gyakorlatias gondolatok a fentiek közül néhány intézményre vonatkozóan.

A köznevelési intézmények fenntartóit arra hívjuk fel, hogy a fent említett, TIE-ről szóló fejezetben írtak alapján ismerjék fel saját szerepüket, felelősségüket és fogadják szívesen az együttműködést kereső közösséget, sőt, alakítsák ki a gyerekek jobb egészsége érdekében szükségesnek látszó helyi tennivalók rendszerbe építését. Hiszen a cél nem kisebb, mint minden egyes gyermek jobb egészségét elérni.

A Pedagógiai Oktatási Központok (POK-ok) munkatársait arra kérjük, hogy vegyenek részt a közös munkában és saját – nem kevés – lehetőségük útján alakítsák a köznevelési intézmények szakmai segítését és ellenőrzését úgy, hogy azzal a pedagógusokat TIE-munkájuk minél hatékonyabb végzésére serkentsék.

A fenntartókat, illetve a POK-okat mindebben a köznevelési és az egészségügyi államtitkárság is segíti, amennyiben további személyes konzultációt tartanának hasznosnak, arra jelen sorok szerzője, mint a mindennapos testnevelés, illetve a TIE egésze elkötelezett harcosa készséggel áll rendelkezésre, elsősorban telefonon, e-mailben, illetve internetes (pl. skype) megbeszélések formájában.

Az önkormányzatok ugyan már nem fenntartói a köznevelési intézményeknek, de a területükön élők gyermekeiért ők is felelősséget érezhetnek, így észszerű és célszerű az ő részvételük a pedagógusok TIE-munkájának segítésében, sőt, a köznevelési intézményeken kívüli élet olyan formálásában is, hogy az a gyermekek és a fiatalok egészségét segítse elő. Az önkormányzatoknak ehhez bátran és a jövőre tekintve kell gondolkozniuk, tervezniük és cselekedniük, gyermekeink és ezáltal országunk jövője a tét, itt nem véthetjük el a lépést semmilyen rövidtávúság vagy szűklátókörűség miatt.

A Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok gyakran dolgoznak együtt a köznevelési intézményekkel, hiszen a tanulók részére prevenciós célú foglalkozásokat szerveznek. Ezzel kapcsolatban azt kell

mindenkinek tisztán látnia, hogy a kábítószer-fogyasztás és minden egyéb szenvedély, illetve függőség megelőzése minden tanuló részére szükséges, ezt elsődleges vagy egyetemes vagy általános megelőzésnek/prevenciónak nevezzük. Mivel minden tanulót csak az iskolában lehet elérni, ezért természetes törekvés, hogy az iskolákkal kell együttműködni ezen prevenció érdekében.

Csakhogy! Amit minden tanulónak meg kell kapnia, azt igazán akkor teljesíthetjük, ha az iskola mindennapi életébe építjük be.

Természetesen ameddig nem sikerül elérnünk, hogy az iskolákban a tantestületek álljanak át a személyközpontú, azaz a lelki egészséget, társas kapcsolati készségeket fejlesztő pedagógiai módszerek mindennapi tanórai alkalmazására, addig kénytelenek vagyunk az elromlott lelki egészség utólagos, bizonytalan hatékonyságú javítgatására, ennek felel meg, mikor az iskolákban néhányalkalmas foglalkozásokat szervezünk, melyeken a lelki egészséget, a társas kapcsolati készségeket igyekszünk fejleszteni.

Jó hír, hogy vannak olyan iskolák, melyek már átálltak, ezekről viszonylag nehéz értesülni, mert a jó hír többnyire nem hír. Jó példa a 2016-ban Prima Primissima Díjat elnyert hejőkeresztúri IV. Béla Általános Iskola, mely 2001 óta alkalmazza a „Komplex Instrukciós Programot" (KIP):

http://www.hejokereszturiskola.hu/

http://komplexinstrukcio.hu/

A köznevelési nagy EU-s projektek sok év óta és jelenleg is ilyen „átállítási" célokat szolgálnak, erre jó példa a Komplex alapprogram (KAP), melyben több száz iskola vesz részt, ezért a gyermekek egészségéért tevékenykedő közösségeknek hasznos lehet ezeket az iskolákat felkeresniük és más iskolákat is kapcsolódásra buzdítaniuk.

https://www.oktatas.hu/kozneveles/projektek/efop312/EKE_sajtokozlemeny

https://www.komplexalapprogram.hu/

Ezért annyira fontos tudniuk a Kábítószerügyi Egyeztető Fórumoknak és a megelőzésért fáradozó közösségeknek, hogy ha sikerül elérniük az iskolai életben a TIE III. egészségfejlesztési tevékenységének megvalósítását, akkor azzal éppen az itt emlegetett elsődleges, egyetemes vagy általános megelőzést érjük el.

Hiszen a TIE III. egészségfejlesztési tevékenysége a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek, valamint a művészetek és egyéb alkotótevékenységek alkalmazását jelenti. Ha a tantestület képes rá és átáll ilyen pedagógiai módszerek alkalmazására a mindennapi tanórákon (pl. kooperatív tanulás/tanítás, problémaközpontú tanítás, interaktív tanítás, projektszerű tanítás, epochalis tanítás stb.), akkor a gyerekeket érdekelni fogja, ami az órákon történik, sőt, közben még fejlődik az önismeretük, a társaik ismerete, az önkifejezésük, a mások megértése, vagyis társas kapcsolati készségeik. Mindez azt eredményezi, hogy végre mindegyik gyerek megtalálja saját szerepét a tanórai munkában (és nemcsak az okos, aki gyorsan kapcsol, jelentkezik és ő szerepel, a többi meg egymás hátát nézi): az ötletes, a kézügyes, a bármiben ügyes, a vicces, a jószívű, a segítőkész, attól függetlenül, hogy nem ő a „legokosabb".

Arról már nem is beszélve, hogy ilyen módon olyan képességekkel vértezzük fel a gyermekeket, amelyekkel képesek lesznek az életben boldogulni: a munkahelyeken az együttműködésre, a közös munkára, a csapattagságra, a magánéletben pedig a családalapításra: társának megtalálására, az elköteleződésre, a családi élet nehézségeinek megoldására.

És akkor miért is jelenti mindez a kábítószer és egyéb függőségek megelőzését? Mert aki az iskolai életben megtalálta a helyét, annak nem kell pótcselekvésben keresnie az örömöt.

Két szék közt a pad alá: a gyermekek, a fiatalok szabadidős tevékenységei

A gyermekek szabadidejének értelmes, hasznos eltöltése valójában a „két szék közt a pad alá" esete: ez aztán semmilyen intézménynek nem feladata, minden intézmény azt mond(hat)ja, hogy ez már a szülők, a család dolga. Ez azonban nem így van: a családok, a szülők önmagukban nem tudják megoldani a mai világ romboló divatjai elleni hatékony lépéseket.

Ehhez arra van szükség, hogy a szülők, a családok közösen kezdjenek gondolkozni azon, hogy mi mindenen kell változtatni az ő lakóhelyükön ahhoz, hogy a gyermekek és a fiatalok egészségét védjék, javítsák és ne rombolják. Ami pedig otthoni tennivaló lehet, abban a szülőknek sokszor maguknak is segítségre van szükségük, ezért is jó, ha közösen gondolkoznak.

A szülők, a családok közös gondolkodása, tenni akarása része kell legyen a gyermekek egészségéért tenni akaró közösség formálódásának és tevékenységének. Itt a kör teljesen kitágul: a gyerekek mindennapjait befolyásoló minden egyes tényezőt meg kell vizsgálni, és ha az rontja az egészségüket, akkor sok jó ötlettel és bátor kezdeményezéssel (önkormányzati fellépéssel, rendelettel, helyi szabályok átalakításával, az esetleges anyagi ellenérdekek ellenére is!) kell azt megváltoztatni.

Bátorító lehet Izland példája: itt is a szülők és a helyi társadalom önkormányzattal közös fellépése érte el – többek közt a fiatalok szabadidejének hasznos, értelmes megszervezésével is –, hogy a korábbi vészesen sok szenvedélyrab fiatal „kiszabadult", vagyis az alkohol-, a dohány- és a kábítószer-fogyasztás igen jelentősen visszaesett:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6918020/pdf/10.1177_1524839919849032.pdf
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6918021/pdf/10.1177_1524839919849033.pdf

A szabadidőért viselt felelősség a köznevelési intézményeket és a velük foglalkozó intézményeket csak részben terheli, mégis ez olyan horderejű tennivalótömeget jelent, hogy külön keretes részben érdemes felhívni rá a figyelmet.

2. Összefoglaló a lakóhellyel foglalkozó intézmények, szervezetek szakemberei számára

Ebben a fejezetben azokhoz a szervezetekhez, intézményekhez és személyekhez szólunk, akik közvetlen vagy közvetett módon hatással lehetnek a családok, a felnőttek és a gyerekek egészségére a bölcsődén, az óvodán, az iskolán és az egészségügyi ellátáson kívüli mindennapjaira. Akik a környezetüket alakítják, akikkel a szabadidejüket töltik, akik segítséget nyújtanak nekik ügyes-bajos dolgaikban vagy éppen az ő segítségüket kérik. Ez a kör nagyon tág, és nagyon sokféle szereplő alkotja. Így például:

- önkormányzatok és azok intézményei,
- civil szervezetek,
- informális szabadidős szervezetek,
- szomszédság, helyi informális közösség.

Ezek az intézmények és szervezetek nagyon sokfélék. Egy részüknek deklarált feladata és érdeke a hatókörükbe tartozó lakosság különféle szükségleteinek biztosítása, az önkormányzatoknak például törvénybe foglalt kötelessége a lakosság egészségének fejlesztése [Mötv (2011), 13. § (1)]. Mások egy-egy jól definiált csoport bizonyos érdekeinek képviseletére vagy problémáinak megoldására jöttek létre. A civil szervezetek egy része deklaráltan és közvetlenül valamilyen egészséggel kapcsolatos célt szolgál (pl. betegszervezetek), más részük, bár explicite nem célja az egészségfejlesztés, természetüknél fogva jelentős hatással vannak vagy lehetnek arra. Az utolsóként szereplő „szomszédság" különösen kilóg a sorból, hiszen itt nincsenek nevesíthető szakemberek. Mégis idevettük őket, mert bárhol élhet olyasvalaki, aki megszólítva érzi magát a jelen útmutató által, és – akár más területeken megszerzett szakértelmét használva – a motorjává válhat helyi kezdeményezéseknek.

Ami tehát a felsorolt szereplőkben közös: hogy bár különböző módon és mértékben, de hatással vannak a fennhatóságuk alatt a környezetükben élő emberek, felnőttek és gyerekek mindennapjaira, és így – a jelen Útmutató egyik kulcsüzenetének, a komplexitásnak megfelelően – az egészségi állapotukra is. A másik közös bennük, hogy valószínűleg kevesen fogalmazzák meg ezt explicite a maguk számára. Legfőképp ezért szeretnénk hozzájuk szólni.

A lakóhelyi egészségfejlesztés két kulcsa: szemlélet és partnerség

Annak, hogy egy helyi önkormányzat vagy civil szervezet képes legyen a vele kapcsolatban álló lakosság egészségét megtartani, javítani, két alapvető feltétele van. Az egyik annak a szemléletnek az elsajátítása, ami az egészség komplex meghatározottságából fakad. Ez valójában nem új: az Egészséget minden Közpolitikába (Health in All Policies, HIAP) szemlélete már a WHO 1978-as alma-ata-i deklarációjában is felfedezhető, jóllehet explicite csak később fogalmazódott meg (WHO 1978, 1986, 2013; Kickbush és Buckett 2010).

A lényeg nagyon egyszerű: mivel az emberek egészségére szinte minden és mindenki, ami és aki körülveszi őket, hatással van, valamennyi önkormányzati intézkedésnek lesz valamilyen egészséghatása (Leppo et al. 2013). Nem csak azoknak, amik közvetlenül kapcsolódnak az egészséghez: az egészségügyi rendszert, szűrőprogramokat, helyi egészségnapokat érintő döntések, sőt: ez egy nagyon mélyen gyökerező, de nagyon káros tévhit. Minden önkormányzati intézkedést lehetséges, és úgy kell meghozni, hogy annak egészséghatását is figyelembe veszi a döntéshozó. Így az egészség „ügye" nem szorul be egy szűk és az önkormányzatok számára egyre kevésbé hozzáférhető szegmensbe, hanem átszövi az összes helyi ügyet. Az általános egészségi állapot javításához vezető út első és legfontosabb lépése ezt a „szemüveget" feltenni. Ennek a lépésnek ugyanakkor feltétele az is, hogy a helyi apparátus számára rendelkezésre álljon az a tudás, amivel egy adott intézkedésről meg lehet becsülni annak várható egészséghatását. Ez nem mindig egyszerű (a legtöbb döntésnek vannak pozitív és negatív egészségkövetkezményei is). A jelen Útmutatónak és a Népegészségügy 3.0 általános szemléletének ez is része: a partneri hálózatok kialakítása például egyebek mellett ezeket a tudásokat is elérhetővé teszi a többi partner számára.

A másik kulcstényező a partnerség. Egyrészt, mivel helyben is számos különböző szereplő hat az emberek egészségére, a jobb egészségkimeneteket az ő együttműködésük, tevékenységük összehangolása, ismereteik és tapasztalataik megosztása javíthatja. Partnereket találni és őket együttműködésre bírni természetesen nem feltétlenül egyszerű dolog, sőt: az ilyen partnerségek beindításához a jelen Útmutató képzéseket bemutató IV. B. alfejezetében bemutatott helyzetelemzési készségek (problématérkép feltárása, stakeholder-analízis) és kommunikációs készségek, technikák széles tárháza szükségeltetik. Másrészt ugyanakkor, ami szintén szemléletbeli váltást igényel, de valószínűleg még az intézményekkel való partnerségnél is fontosabb: a partnerség a lakossággal. A jelen Útmutatóban bemutatott részvételi döntéshozatali módszerek képezik a Népegészségügy 3.0 gerincét, legfőbb módszerét, annak a felismerésnek nyomán, hogy a lakosság bevonása nélkül nem

lehet az ő szükségleteikhez és igényeikhez illeszkedő, általuk is elfogadott és végül sikeresnek bizonyuló szakpolitikát és intézkedéseket kialakítani (Szőke – Tistyán – Füzesi, 2019).

A formális civil szervezeteknek egyrészt deklarált célkitűzéseik is lehetnek közvetlen hatással az egészségre (például egy önsegítő betegklub esetében), és az összefogás erejével erőt adnak az állampolgárok kezébe, hozzásegítik őket egyénileg akár elérhetetlen céljaik megvalósításához. Másrészt, és ebben közösek az informális civil kezdeményezésekkel, bármilyen területen dolgoznak vagy működnek, bármi is a hivatalos küldetésük, bármiben nyújtsanak is konkrét „szolgáltatást" a hozzájuk csatlakozó vagy velük kapcsolatba kerülő embereknek, egy biztos: erősebbé, sűrűbbé teszik a közösségek szövetét. És az egészségi állapot szempontjából ez valószínűleg ugyanolyan, ha nem fontosabb eredmény.

Gyakorlati példák

Nehéz összefoglalni az itt megszólítani kívánt szervezetek és intézmények tevékenységét, éppen a sokféleségük miatt. Az alábbiakban néhány példát villantunk fel, hogy az önkormányzatok és a civil szervezetek milyen területeken és milyen eszközökkel járulhatnak hozzá a hozzájuk kötődő lakosság egészségfejlesztéséhez.

Önkormányzatok:

- „Egészségbarát" költségvetés: a helyi költségvetés prioritásainak az egészségi állapotot szem előtt tartó meghatározása.
- Egészségterv készítése: ez jól strukturált keretbe foglalja az egészséggel kapcsolatos szükségleteket, erőforrásokat és a különféle intézkedések egészséghatását.
- Transzparens egészséghatás-értékelés: minden intézkedésükre nézzenek rá az egészség szemüvegén át is. A helyi közlekedésszervezés, a településrendezési terv alapjaiban szabják meg például, hogy hol mennyire lesz vonzó a környezet ahhoz, hogy az emberek gyalogosan vagy biciklivel közlekedjenek, aktívan kint töltsék a szabadidejüket.
- KözösségfejlesztéS: az aktív programszervezés mellett a lelki egészséget támogató közösségek fejlesztésének egyik kulcskérdése lehet például az önkormányzati tulajdonban/működtetésben lévő intézmények mennyire nyitottak a helyiek (civil szervezetek vagy akár formális szervezeti keret nélküli helyi civil csoportok) előtt: mennyire teremt az önkormányzat felületet, lehetőséget, alkalmat arra, hogy a közösségek működjenek.
- A részvételi döntéshozatal megismerése, meghonosítása (egyebek mellett) az egészség területén is: az emberek tényleges problémáinak, maguk számára is megfogalmazott szükségleteinek a felderítése érdekében, és azért, hogy a helyi lakosoknak valóban hallatsszon a hangja. A jól kézben tartott és vezetett részvételi döntéshozatal nem csak partneri együttműködés kezdeményezése az egészségi állapot helyi kulcsszereplőivel.

Civil szervezetek:

- Ismerjék fel, hogy a tevékenységük (nagyjából bármi legyen is az) messzemenő hatásokkal bír az érintettjeik (de inkább ennél szélesebb kör) egészségi állapotára. Ez a tudás mindenféle stratégiaalkotásnál, akár forrásgyűjtésnél nagy hasznukra lehet.
- Fejtsenek ki nyomást a helyi/regionális/országos döntéshozókra, releváns erőforrásokkal rendelkező szereplőkre (pl. piaci szereplők, köznevelési intézmények, egészségügy), hogy azok az emberek tényleges szükségleteinek/igényeinek megfelelő „egészségpozitív" programokat alakítsanak ki!
- Segítsék elő, hogy kiderüljenek, a felszínre kerüljenek, megfogalmazódhassanak a helyiek tényleges szükségletei, igényei. Jó eséllyel van a helyi létnek olyan dimenziója, a lakosságnak olyan csoportja, amit csak ők ismernek.
- Legyenek a fent említett kulcsszereplőknek, a saját szektoruk más szervezeteinek és a helyi lakosságnak partnerei – lehetőségeikhez mérten – legyenek nyitottak az együttműködésre.

3. Felhasznált és ajánlott irodalmak

1. Girán J., Östör A., Varga M.: A városi egészségfejlesztési tervezés mint a „lehetőségek ablakát" megnyitó eszköz – Székesfehérvár város példája; Egészségfejlesztés folyóirat 2018; 59: 3 pp. 7–16., doi: 10.24365/ef.v59i3.307 http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=307&path%5B%5D=pdf
2. Kickbusch I., Buckett K. (eds.) (2010): Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Adelaide, South Australia: Department of Health, Government of South Australia; 2010.
3. Leppo, K. – Ollila, E. – Pena, S. – Wismar, M. – Cook, S. (eds.) (2013): Health in All Policies – Seizing opportunities, implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/188809/Health-in-All-Policies-final.pdf
4. Miklósyné, B. M.; Burkali, B.; Bazsika, E. (2019): Egészségfejlesztési tervezés és megvalósítás Győrben. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 51–57., http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=468

5. Mötv. (2011) – 2011. évi CLXXXIX. törvény Magyarország helyi önkormányzatairól
6. Szőke, K.; Tistyán, L.; Füzesi, Zs. (2019): Közösségi részvételre alapozott egészségtervezés Magyarországon [Community-based health planning in Hungary]. Egészségfejlesztés folyóirat, [S.l.], v. 60, n. 3, p. 21–28., http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=483
7. Túri, G. (2019): Új utakon a hazai egészségtervezés. Egészségfejlesztés folyóirat, [S. l.], v. 60, n. 3, p. 36–45.
8. http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=470
9. WHO (1978): Declaration of Alma-Ata, https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
10. WHO (1986): The Ottawa Charter for Health Promotion, https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/
11. WHO (2013): The Helsinki Statement on Health in All Policies, https://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/8gchp_helsinki_statement.pdf
12. WHO European Healthy Cities Network
13. http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/who-european-healthy-cities-network

K. A gyermekelhízás megelőzését segítő kommunikációs módszerek főbb nemzetközi gyakorlatai, tendenciái

Nemesrévi M.

1. Áttekintés

A gyermekelhízás vagy gyermekkori obezitás jelenségének vizsgálatával, így az ehhez köthető kommunikációs lehetőségek feltérképezésével is a világ számos országa foglalkozik. Nemcsak nemzetközi szervezetek teszik fő témájukká a gyermekkori elhízást, hanem állami szervek portfóliójába is beletartozik, ami azért is tekinthető hasznosnak, mert egy állami intézmény más kérdésfeltevést és így más válaszokat is tud megfogalmazni ugyanabban a témában, mint egy határokon átívelő nonprofit vagy éppen profitorientált szerveződés. Így pedig a gyermekelhízás háttere, okai, kezelhetősége, megelőzése és az ezekhez kapcsolható kommunikációs eszközök, technikák is több szempontrendszer eredményei alapján alakíthatók, térképezhetők fel.

Azzal, hogy a gyermekelhízás jelensége láthatóan nem áll meg az államhatároknál, épp ugyanannyira érint egy magyar, egy amerikai vagy éppen egy svéd kisgyermeket, azt is rögzíteni kell, hogy egy globális tendenciáról van szó. Természetesen nem lehet elmenni amellett a tény mellett sem, hogy a jelenség földrajzilag mégis mutat mintázatot: a gyermekelhízást vizsgáló különböző felmérések, vizsgálatok eredményei arra engednek következtetni, hogy elsősorban az észak-amerikai, valamint az európai kontinenst érinti a fiatalkori obezitás, míg az olyan kontinensek, mint pl. Afrika vagy Ázsia egyes országai, kevésbé involváltak e tekintetben. Feltételezhetően e mögött az húzódik, hogy Észak-Amerika és Európa államai tekinthetőek a leginkább fogyasztásorientált országoknak, míg más földrészeken az élelmiszer-ellátottság sem olyan minőségben, sem olyan mennyiségben nem jelenik meg – vagy csak szigorúan szabályozott módokon –, mint ezekben a tipikusan jóléti társadalmaknak nevezett országokban. Az élelmiszer-ellátottság biztonsága, a választék növekedése, a globalizált piac, a kontroll nélküli termékforgalmazás és az ezzel együtt megjelenő reklámkultúra önmagában hordozta és hordozza a mai napig azt, hogy életmódunknak nem a szükség, hanem lényegében csakis az önkontroll szabhat határokat. Ez pedig egy sérülékeny, könnyen felülírható, állandóan módosítható „potméter”, amit a profitorientált élelmiszeripari cégek kommunikációs technikákkal gátlás nélkül fel is használnak, ki is használnak.

Ennek a globális környezetnek a fő jellemzői közé tartozik, hogy sohasem alszik, azaz nincs olyan pillanat, amikor ne azon dolgozna, hogy az embert, aki az ő szemében nem több puszta fogyasztónál, még nagyobb mértékű fogyasztásra ösztönözze. Az iparág szereplői, úgy a gyártók, mint a reklámcégek, arra törekednek, hogy egyre magasabb profitot termeljenek, hiszen az ő életben maradásuk kulcsa a lehető legnagyobb bevétel elérése, a versenytársak legyőzése. Ennek két kulcsmozzanata a termékfejlesztés és a termékekhez tartozó kommunikáció fejlesztése. Míg előbbi egy sokkal inkább élelmiszerszakmai folyamat, addig utóbbi egy marketing-

stratégiai munka, de e kettőt szorosan összekapcsolja és szinte kizárólagosan működteti is a magas bevétel elérésére való törekvés.

Mára a kommunikációs és reklámtechnikák olyan magas szintre fejlődtek, hogy szinte észre sem vesszük, hogy nem a terméket, hanem a termékhez kitalált életérzést adják el nekünk. Ennek okai között találhatjuk egyrészt azt, hogy lényegében nincs korlát a termékfejlesztésben: olyan fogyasztási cikket állít elő egy cég, amilyet csak akar, a technikai adottságok készek erre; másrészt azt, hogy bármikor beszállhat a versenybe egy újabb cég hasonló termékkel, az élelmiszer-előállítás területén nem nagyon található korlát. Ebben a szabadjára engedett, sebesen növekvő és állandóan változó globálissá terjeszkedett rendszerben a gyermekelhízás jelenségének utóbbi évtizedekben tapasztalt rohamos felerősödése nem meglepő. Ez persze nem azt jelenti, hogy azt kellene feltételeznünk, hogy a fiatalkori obezitás, vagy akár a felnőttkori obezitás a célja az egyes cégeknek, amellett viszont nem szabad elmennünk, hogy az esetek túlnyomó többségében a könnyen és alacsony bekerülési költséggel előállítható termékek egyben egészségtelenek, rendszeres fogyasztásuk az emberi szervezetre hosszú távon káros hatásokat hordoz magában. Amíg azonban ezek a termékek a fogyasztók számára adott pillanatban vonzóak, a hozzájuk köthető élmény pedig pozitív, gyártásuk és reklámozásuk sem fog alacsonyabb fokozaton működni.

Egy ilyen pénzmozgatta, globálisan átszőtt, érdek- és profitorientált környezetben a gyermekkori obezitás elleni küzdelem nem kicsi és nem egyszerű feladat, szükségessége azonban vitathatatlan. A gyermekkori elhízás egyszerre étkezési, egészségügyi és pszichológiai probléma is, a jelenségben nem a gyermek áll egyedül a felesleges kilókkal, hanem annak része a szülő; az a környezet, amelyben mindennap részt vesz (pl. óvoda, iskola, barátok, tágabb család); az elhízást megelőző és az általa keletkezett lelki, pszichológiai zavarok; az életvitel, beleértve az étkezési és mozgási szokásokat; nem utolsósorban pedig a gyermekkel állandóan interakcióban lévő, kommunikációra épülő világunk.

Jelenleg az látható, hogy a gyermekkori elhízás elsősorban életmódkérdésként, egészségügyi problémaként kerül definiálásra, holott ennél összetettebb jelenségről van szó. Persze nem vitatható, hogy a fiatalkori obezitással jelentősen megnövekszik a későbbi krónikus megbetegedések kockázata az asztmától kezdve a szívbetegségeken át a 2-es típusú diabéteszig, de az elhízottság magával hozza a szóbeli bántalmazás, a megbélyegzés, a csúfolódás megjelenését is a gyermek életében. És mivel a reklámok, a termékek kommunikációja ma elsősorban arra az állításra épül, hogy „ha megeszed/megiszod ezt az ételt/italt, akkor boldogabb leszel", egy valódi öngerjesztő folyamatnak válik a részévé a gyermek, ahol a probléma pillanatnyi feloldására azt a megoldási utat választja, ami korábban eleve magát a problémát indukálta. A témában ma elérhető különböző mérések szerint a gyermekkori obezitás tehát egy ún. „nyugati" probléma, elsősorban a fogyasztói társadalmakban van jelen, ahol a napi rutin a kényelmi ételeket részesíti előnyben. Az USA egészségüggyel foglalkozó nemzeti intézményének kutatása szerint az elhízás és a túlsúlyosság az ötödik vezető globális kockázati faktora az elhalálozásoknak.[117] Ebből érdemes azt a következtetést levonni kommunikációs szempontból, hogy egy olyan problémával állunk szemben, amely nem újkeletű, a társadalmaink szöveteibe mélyen benne van, és hasonlóan profi, összetett és jól megszervezett, időt és pénzt nem sajnáló stratégiával kell kezelni, mint ahogyan a problémát fenntartó élelmiszer- és reklámcégek is dolgoznak.

Mint sok más témánál, a gyermekkori elhízással szembeni fellépés kommunikációjánál is alaptétel, hogy az akkor lehet valóban hatékony, ha kulturálisan megfelelő módszereket alkalmazunk. Habár a probléma globális, és az ehhez tartozó termékek, reklámok és kommunikációs technikák is globálisak, régiónként mégis cizellálnak, finomítanak rajta a megalkotók. Emiatt is történik meg az, hogy egy adott termék bevezetésére időbeli eltolással kerül sor a különböző országcsoportokban, vagy éppen az, hogy míg az egyik országban egy amerikai sztárral, addig egy másikban a helyi énekes-tehetségkutató az évi győztesével forgatják le ugyanazt a reklámszpotot. Ez bár valamelyest növeli a cégek költségeit, összességében nagyobb hasznot hoz, mert a fogyasztók jobban rezonálnak rá. Egyszerűsítve azt mondhatnánk, hogy egy amerikai kisgyereket és annak szüleit másként lehet elérni, mint egy magyar kisgyereket és annak szüleit. Az egyik legfontosabb alaptétel a kommunikáció kialakításában: a technikák, a termék, az üzenet globálisan megegyező, de a látvány cizellálható, sőt, cizellálandó is. Tehát mint oly sok más területen, itt is érvényes az az állítás, hogy a leghatékonyabb út a saját út, amelynek kialakításában súlyozni kell a nemzetközi tendenciákat és tapasztalatokat, és hozzá kell igazítani a saját környezetünk lelkületéhez is. Mindez pedig indokolja annak a szükségszerűségét, hogy egyes országcsoportokat megvizsgálva – amelyeket kulturálisan egymáshoz

117 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4801195/

hasonlatosnak szokás tekinteni – összefoglalásra kerüljön néhány olyan nemzetközi példa, kommunikációs módszer, amellyel az adott államban az ottani kulturális viszonyokhoz és néplélekhez adaptálva tesznek kísérletet a gyermekkori elhízás megelőzésére, visszaszorítására, kezelésére.

2. Példák – nemzetközi kommunikációs tendenciák, módszerek

A fenti áttekintésben megfogalmazott alapelveken túl és egyben azokkal összhangban érdemes közelebbről is megvizsgálni az egyes országokban megjelenő konkrétabb kommunikációs technikákat, példákat – a teljesség igénye nélkül –, amelyek kifejezetten a fiatalkori obezitás témakörében születtek, vagy arra reagálnak.

Ezek akár pozitív, akár negatív példaként, de segítséget nyújthatnak a lehetséges, már kipróbált eszközök feltérképezéséhez, a későbbiekben pedig jó alapul szolgálhatnak a magyar viszonyoknak megfelelő, a hazai tendenciákat szem előtt tartó helyi, vagy akár országos szintű kommunikáció kialakításához is, melynek célja a gyermekkori elhízás megelőzése és/vagy kezelése.

Amerikai Egyesült Államok – sokszereplős stratégiák, úttörő kampányok

Mint oly sok XX. és XXI. századi globális jelenség esetében, a gyermekkori elhízásban is az USA az egyik élenjáró. Ez egyszerre jelenti azt, hogy a probléma jelenléte masszív az Amerikai Egyesült Államokban, de jelenti azt is, hogy számos megoldási úttal próbálkoztak a gyermekkori obezitással való küzdelem során. Ezek többségének alapvetése, hogy stratégiai gondolkodás nélkül nem lehet sikeres a küldetés, azaz a népességre építő, kulturálisan megfelelő programokat érdemes csak felépíteni, amelyek nem szakadnak el a valóságtól.[118]

A viselkedés megváltoztatását és az életmód átalakítását elsődleges fontosságú eszköznek látják az USA-ban, azzal együtt, hogy amennyiben az embert körülvevő tágabb és szűkebb környezet közvetve vagy közvetlenül, de támogatja az egészségtelen étkezési gyakorlatokat és az ülő életmódot, a különböző (állami) stratégiák és beavatkozási kísérletek, amelyek alkalmazása csak az egyén belátásától függ, nem igazán lesznek hatásosak. Tekintettel arra, hogy a gyermekek pedig még kevésbé tudnak jól megfontolt döntést hozni arra vonatkozóan, hogy mi egészséges és mi nem, az egyik legfontosabb feladattá az őket körülvevő környezet megváltoztatása, módosítása válik.

Így például az USA-ban megjelenik marketingmódszerként a „traffic light diet", azaz az ételek közlekedési lámpa színeivel történő felcímkézése az alábbi értelmezések szerint:

- zöld (mehet!): olyan ételek, amelyek kalóriatartalma alacsony és bármilyen szigorítás nélkül fogyaszthatóak;
- sárga (figyelem!): ételek közepesen magas kalóriatartalommal, mértékkel fogyasztandóak;
- piros (állj!): magas kalóriatartalmú ételek, amelyek fogyasztása teljesen kerülendő, vagy csak ritkán alkalmazandó.

Az összetett stratégiák része a fentiek mellett a fizikai aktivitás növelésének és a viselkedésterápia fontosságának hangsúlyozása is, utóbbi esetében különös figyelmet fordítva a pozitív visszacsatolásra egy-egy elért eredmény esetén. Mindezek hatékonyságát növeli, ha a gyermek szűk környezete, azaz a család is monitorozza saját maga fogyasztási szokásait, pl. médiafogyasztási szokásait is. Ennek kapcsán javaslatcsomagot fogalmazott meg a gyermekgyógyászok amerikai testülete, ami olyan iránymutatásokat tartalmaz, mint pl. (1) ne legyen televízió a gyermek szobájában, (2) ne nézzenek tévét étkezések alkalmával, (3) tévézési időlimit bevezetése és következetes betartása, (4) nulla médiahasználat kétéves kor alatt.

Látható, hogy az USA-ban a gyermekkori elhízás problémájának kezelésében kiemelt szerepet kap a média, a kommunikáció. Itt megszületett az a felismerés, hogy azzal, hogy a legtöbb káros hatást kiváltó tartalom ezeken a csatornákon keresztül érkezik, akkor ezeken a csatornákon keresztül érdemes felvenni a küzdelmet is azokkal. Erre építenek az alábbi kampányok is:[119]

1. Let's Move

- A Let's Move (Mozogjunk!) kampány elindítója és működtetője Michelle Obama, aki a program kapcsán az egyik legnagyobb ikonja lett az USA-ban a gyermekkori elhízás elleni küzdelemnek. A kampány elsősorban a fizikai aktivitásra helyezi a hangsúlyt, és hatékonyságát nagyban növeli az, hogy egy viszonylag magas népszerűségnek örvendő közismert személyiség áll annak élén.[120]

2. Riding It Forward

- A Let's Move kampányhoz hasonlón a Riding It Forward (Tekerjük tovább!) elnevezésű kezdeményezés elindítója is egy sztár, egy volt futballjátékos, Joe Ostaszewski, aki sportpályafutása

118 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4801195/
119 https://www.huffingtonpost.co.uk/christopher-james-clark/5-inspiring-campaigns-to-_b_5755430.html
120 https://letsmove.obamawhitehouse.archives.gov/

mellett szerepelt abban a televíziós műsorban is, amelyben az lett a nyertes, aki adott idő alatt a leginkább le tudott fogyni. Ostaszewski összefogott a 4–H[121] elnevezésű amerikai ifjúsági szervezettel – amelyik több mint 7 millió fiatalt ér el –, és megalkotta a Riding It Forwardot: ennek lényege a biciklizés népszerűsítésével a gyermekkori elhízással kapcsolatos tudatos viselkedésmód promotálása.

3. Campaign for a Commercial-Free Childhood (CCFC)[122]

- A CCFC-t (Kampány Egy Reklámmentes Gyermekkorért) 2000-ben alapították annak a felismerésnek a mentén, hogy a gyermekkori elhízás problémáját tovább eszkalálja a reklámipar. A CCFC a szülőket célozza, hogy csökkentsék a gyermekeik reklámokhoz való hozzáférésének lehetőségeit. A kezdeményezés egyik nagy sikere volt, amikor Floridában elérték, hogy a diákok igazolványán ne hirdethessen a McDonald's.

4. Strong 4 Life

- A Strong 4 Life programot Atlantában hozták létre és elsősorban a gyermekkori elhízás egészségügyi, orvosi következményeire fókuszál. A kezdeményezés egy „vírusvideót"[123] tett közzé és terjesztett el az interneten, ami egy 32 éves, több mint 130 kilós férfi életét mutatja be visszafelé, kezdve onnan, amikor már kórházban fekszik, miután szívrohamot kapott, egészen eljutva a gyermekkoráig, amikor a szülei sült krumplit és cukros reggelizőpelyheket adtak neki. A sokktaktikára építő kampányt sokan kritizálták, főként amiatt, hogy az elhízás stigmatizálása, illetve a szülők lelkiismeretének megbolygatása nem vezet valós eredményre a viselkedésváltoztatásban.

5. Institute for Responsible Nutrition[124]

- 2009-ben dr. Robert Lustig közzétett a YouTube-on egy 90 perces előadást[125] a szervezet cukorfeldolgozásával kapcsolatosan, amit több mint 5 millióan láttak, később pedig megírta a Fat Chance c. könyvét, ami nagyon hamar elkezdte vezetni az eladási listákat. E kettőnek a nyomán Lustig a kollégáival megalapította az Institute for Responsible Nutrition (Felelős Táplálkozásért Intézet) nonprofit szervezetet, ami csak és kizárólag a gyermekkori elhízásra és az ehhez köthető 2-es típusú diabéteszre fókuszál.

A gyermekkori elhízás problémájának fontosságát a fenti példák jól szemléltetik, sőt, az USA-ban a szeptember a gyermekkori elhízás tudatosságának nemzeti hónapja is. Nemcsak közszereplők, sztárok és nonprofit szervezetek tevékenykednek az obezitással kapcsolatosan, hanem kormányzati szinten is igyekeznek megelőző stratégiákat, az egészséges életmódot népszerűsítő anyagokat megalkotni és közzétenni,[126] de azt több helyen is kiemelik, hogy a gyermekek diétára való fogása csak bizonyos szigorú szabályok betartásával lehetséges, hiszen alapvetően a szervezetük még fejlődésben van.[127] Az USA-ben tettek kísérletet arra is, hogy social marketing alapú kommunikációt integráltak iskolai programokba, és a tapasztalatok alapján mérhető csökkenést lehetett így elérni az obezitás indikátoraiban.[128]

Az előzőeken túl az USA-ban számos szervezet, kutatócsoport, partneri együttműködés tette és teszi témájává a mai napig a gyermekkori elhízást. Leginkább plakátkampányok keretében kommunikálnak erről.[129] A plakátok közös jellemvonásai, hogy

(1) sokkszerűen mutatnak be szembesítő tartalmat;
(2) grafikafókuszúak;
(3) ha szöveget jelenítenek meg, akkor a fontos mondat feltűnő és rövid;
(4) kvázi magyarázatot (pl. a szervezet nevét vagy a statisztikai adatot) a kép alján, kisebb méretben tartalmazzák;
(5) árukapcsolással operálnak, előhívva ezzel a már berögzült fogyasztói reflexeket;
(6) látványosak, egyértelmű üzenetet hordoznak, frappánsak, könnyen memorizálhatóak.

121 https://4-h.org/
122 https://commercialfreechildhood.org/
123 https://youtu.be/xUmp67YDlHY
124 http://www.responsiblefoods.org/
125 https://www.youtube.com/watch?v=dBnniua6-oM
126 https://health.ny.gov/prevention/nutrition/resources/obparnts.htm
127 https://www.cdc.gov/healthyweight/children/index.html
128 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852185/
129 https://www.behance.net/gallery/11010123/Campaign-To-End-Obesity-Ad-Campaign és https://mir-s3-cdn-cf.behance.net/project_modules/fs/db4fe373309851.5c058b6aaff76.png és https://www.behance.net/gallery/1496525/Childhood-Obesity-Prevention



Ezek közül néhány példa az elmúlt évekből:

Ausztrália – az egész társadalmat érintő marketingstratégia a gyermekekért

Ausztrália kiemelt helyet foglal el a gyermekkori elhízás elleni küzdelem kommunikációs módszereinek fejlesztésében és alkalmazásában. A Good For Kids[130] átfogó marketingstratégia abból a felismerésből indult ki, hogy a fiatalkori obezitás nem csökkenthető, nem előzhető meg anélkül, hogy social marketing alapú kommunikációs kampányok ne tennék ezt témájukká. A program több sorozatnyi kampányt fogott egybe olyan fő üzenetekkel,[131] mint pl. a vízivás népszerűsítése; a fizikai aktivitás promotálása; a gyümölcs- és zöldségfogyasztás növelése. A program hatásait vizsgáló tanulmányok kimutatták: a többéves kommunikációs kampány eredményeképpen a fogyasztói tudatosság emelkedett, ez pedig érezhető változást hozott a gyermekek, aszülők, a családok étkezési szokásaiban és életvitelében.

A program kiindulópontja, hogy a televíziós reklám olyannyira erőteljes médium, hogy viselkedésbefolyásoló hatása van, tömegessége miatt pedig tápanyagszegény, egészségtelen ételek és italok fogyasztására könnyen rábírhatja a célszemélyeket. Éppen ezért hasonló technikákhoz nyúltak a Good For Kids kampány során, arra is alapozva, hogy korábban sikeresen tudtak változást elérni hasonló eszközökkel HIV/AIDS, valamint dohányzás témákban. A kommunikációs kampány középpontjában a televíziós hirdetések álltak, de ehhez csatlakoztak további social marketing eszközök is, tekintettel arra, hogy önmagában egy platform nem képes kellő hatást kiváltani, hatékonyságát nagyban növeli, ha más eszközök is megtámogatják az általa közvetített üzenetet.

A Good For Kids kampány a 2–12 év közötti gyerekeket vette célba, együttműködő partnerei között széles körben jelentek meg kormányzati, nem kormányzati szereplők, civil szektor, iskolák, gyermekgondozási szervezetek, egészségügyi szervezetek, sportklubok és bennszülött, őslakosi szerveződések is. (*14. táblázat)* A program

130 http://www.goodforkids.nsw.gov.au/
131 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3852185/

social marketing stratégiája a viselkedésváltozás elérésére koncentrált, eszközei között megtalálható volt a televízió, a rádió, a nyomtatott sajtó és olyan egyéb médiák, mint pl. az iskolaújság. A közvetített fő üzenetek egyrészt összesűrítve szerepeltek egy nagy márkakampányban, másrészt azonban külön-külön, témákra (vízivás, aktív életmód, zöldség- és gyümölcsfogyasztás) lebontva is üzeneteit és azokat vissza is tudták adni. A felmérések szerint ez volt az egyik legsikeresebb ausztrál kormányzati kampány. Ahhoz pedig, hogy ez ilyen népszerűségnek örvendjen, és hosszú távon is érzékelhető legyen a hatása, a lényeg az átadni kívánt üzenetek elhelyezésének fontosságában rejlett, pl. szoros együttműködés a helyi médiával, valamint szülői partnerszervezetekkel.

Kampány	Tartalom	Fő üzenet(ek)
Márka	– játszó gyerekek vizet isznak zöldségjelmezbe öltözve háromlépéses üzenettel (1. Legyél aktív, menj ki és játssz mindennap egy órát; 2. Igyál vizet, elsőként a vízre gondolj; 3. Két adag gyümölcs, öt adag zöldség)	– vízivás cukrozott üdítők helyett – fizikai aktivitás növelése és ülő életmód csökkentése – zöldség- és gyümölcsfogyasztás növelése – Good For Kids márka megismertetése
Víz	– képek, amelyek az üdítőitalok és gyümölcslevek cukortartalmára világítanak rá – öröm vizet inni	– vízivás cukrozott üdítők helyett
Fizikai aktivitás	– a fizikai aktivitás örömöt okoz a gyerekeknek – unatkozni tévénézés és videójáték közben	– a gyerekeknek napi 1 óra fizikai aktivitásra szükségük van – napi 2 óránál többet ne töltsenek olyan szórakozással, amihez ülni kell
Zöldségek és gyümölcsök	– képek szülőkről, akik finom és megfizethető zöldségeket tálalnak játékos és kreatív módon	– akár tíz próbálkozásba is telhet, mire egy gyermek megkedveli az adott zöldséget
Ismétlések	– korábbi kampányok ismétlése	– az összes fenti

14. táblázat: A Good For Kids kampányok felépítése

kommunikálásra kerültek. A Good For Kids márkát és üzeneteit öt kampányban kommunikálták 2007 és 2010 között. A kampányokban 15 és 30 másodperces rádió-, valamint tévéhirdetések szerepeltek; illetve a printmédia (helyi és régiós egyaránt) fizetős és ingyenes verzióiban is megjelentek ezek, utóbbiak esetében főként a szülők elérését tűzve ki célul. A hirdetési aktivitás mellé egyéb kommunikációs technikákat is felhasználtak, így például a program márkájával ellátott vizesüvegeket, mágneseket, matricákat, lemosható tetoválásokat, teniszlabdákat, egészséges bevásárlólista-mintákat és egyéb, a fizikai aktivitás során használható eszközöket is gyártottak.

A kampány sikerességét vizsgáló felmérések szerint a lakosságban a tudatosság növekedett: ismerték a Good For Kids márkát, ismerték annak

Egyesült Királyság – komplex kormányzati akcióterv

Az Egyesült Királyság az elmúlt évek során egyre nagyobb hangsúlyt helyezett a gyermekkori elhízás feltérképezésére, és megközelítési módokat dolgozott ki annak visszaszorítására, kezelésére, megelőzésére. Angliában a fiatalok több mint 20%-a, azaz minden ötödik gyermek obezitással érintett. Az Egyesült Királyságban egyes felmérések azt az összefüggést állították fel, hogy az alacsonyabb jövedelmű családok gyermekeit jobban érinti az elhízás,[132] mint a jobb módú társadalmi rétegeket, így itt többek között az is céllá vált, hogy ezt a szakadékot megszüntessék az intézkedések.

Az UK-ban az elmúlt években megalkotott akciótervek alaptétele egyrészt, hogy hosszú távú, fenntartható változást csak úgy lehet elérni, ha az

132 https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/obesity?gclid=CjwKCAjw5cL2BRASEiwAENqAPledEw1OMFGgXgdsDqWIIeRzdn5O2I91OoC5efnBYwsEh2LkTL-TARoCoPUQAvD_BwE

iskolák, a különböző közösségek, a családok és az egyének szorosan és aktívan együttműködnek egymással; másrészt pedig ha a problémát nemcsak egy oldalról közelítik meg, hanem a lehető legtöbb aspektusból igyekeznek választ adni arra.[133] Így az akciótervek pontjai közé tartozik többek között:

- támogatás nyújtása azon vállalkozások számára, akik annak érdekében innoválnak, hogy egészségesebbé tegyék termékeiket;
- segítségnyújtás a családoknak, hogy könnyebben és egyszerűbben ismerjék fel és azonosítsák az egészségesebb terméket az egészségtelenebbel szemben;
- étel- és italreklámok szigorúbb szabályozása, beleértve az online kommunikációt is;
- egészségesebb lehetőségek elérhetővé tétele az állami szektorban, közintézményekben, tekintettel arra, hogy ezek a helyszínek és szolgáltatások példaként szolgálhatnak a gyermekek és a családok számára;
- napi legalább egyórányi fizikai aktivitás elérhetővé tétele minden gyermek számára;
- az iskolai étkezés egészségesebbé tétele;
- egyértelműbb élelmiszer-címkézési eljárás kialakítása, fókuszban az egészségesebb termékek könnyebb azonosíthatóságával, bár az Egyesült Királyság így is élen jár a termékek csomagolásának fejlesztésében;
- üdítők megadóztatása;
- a termékek cukortartalmának/kalóriatartalmának radikális csökkentése, ami amiatt lehet hasznos módszer, mert a termékváltoztatás tudja alakítani a fogyasztási szokásokat, pl. ezt támasztja alá a termékek méretének megváltoztatása is korábban;
- az olyan promóciók beszüntetése, mint pl. az „egyet fizet, kettőt kap” marketingfogás;
- az egészségtelen ételek és italok eltávolítása az egyes helyiségek, üzletek, intézmények ki- és belépési pontjainál;
- az egészséges életmód magasabb fokú hangsúlyozása az egészségügyi szakemberek részéről a családokkal történő beszélgetések során.

A fenti komplex programból látható, hogy az Egyesült Királyság a reklámoktól kezdve a fizikai aktivitáson át az élelmiszerüzleti szabályozásig számos területet igyekszik feltérképezni a gyermekkori elhízással kapcsolatosan. Ezek az állami szabályozók eredményre vezethetnek ugyan, de kérdés, hogy képesek-e felvenni a tempót a profitorientált cégek folyton változó kommunikációs technikáival. Ez utóbbihoz köthető a British Heart Foundation (BHF) kampánya, a Food4Tought, ami a gyermekek megvédését tűzte ki céljául a gyorsételeket reklámozó marketingtechnikákkal szemben, felajánlva egy-egy egészséges ételopciót azok helyett. A BHF kiemeli, hogy a gyorsételek gyermekeket célzó marketingje soha nem látott mértékben cizellálódott az utóbbi időben, megtalálva az állami reklámszabályozások kiskapuit. Éppen ezért a Food4Tought azt szorgalmazza, hogy a brit kormány még szigorúbb szabályozókat vezessen be az egészségtelen ételek direkt gyermekeket célzó hirdetési ellen. A program keretein belül a szervezet együtt dolgozik harminc brit iskolával, ahol egészséges ételeket árusító automatákat helyeznek el.[134]

Franciaország – állami programok mellett látványos kampánnyal

Franciaországban 2001-ben született meg a gyermekkori elhízás kezelését célzó nemzeti program, ekkor a gyermekeket érintő obezitás tendenciózusan nőtt.[135] Egy felmérés szerint a program bevezetése után hat évvel megállapítható, hogy a gyermekkori obezitás mértéke nem nőtt, hanem stabilizálódott, és ezt közvetve okozhatta a hatékony állami intézkedéscsomag is. Néhány évvel ezt követően a francia kormány újabb dokumentummal jelentkezett a témában,[136] amiben már külön fejezetet szentelnek a beavatkozási területek között a kommunikációnak is, méghozzá abból az aspektusból, hogy miként védhető meg a fogyasztó a félrevezető kommunikációs kampányoktól. Válaszként egyrészt a fogyasztói tudatosság előtérbe helyezését, a probléma szereplői közötti információáramlás gördülékenyebbé tételét és a probléma lehető legtöbb aspektusáról – így pl. az elhízás következtében a gyermeket érő negatív pszichológiai hatások – való nyílt kommunikációt javasolják.

Franciaország nemrég az EPODE[137] programmal vívott ki magának nemzetközi elismerést a gyermekkori elhízás elleni küzdelem területén. A program alapvetése, hogy holisztikus szemléletben közelíti meg a problémát, és a gyermekkori

133 https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/546588/Childhood_obesity_2016__2__acc.pdf

134 https://www.huffingtonpost.co.uk/christopher-james-clark/5-inspiring-campaigns-to-_b_5755430.html?guccounter=1&guce_referrer=aHR0cHM6Ly93d3cuZ29vZ2xlLmNvbS8&guce_referrer_sig=AQAAAMqmJNoyh1xlPnlzsrNUGZhKroWcg_ffJy9m5pniGxsSdIKUQc7qO5MxJomVIlyspS6VBJTaNjMChd6wMETaOwAIGrGZ98o1KsAXmTvj4_BT4l3wuca4FNwLFaK9rg2CZWqaUwIpn1a2ZCLLPQX-LXLApMbh9uDbv0faoqthVUGo

135 https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17477160902811207

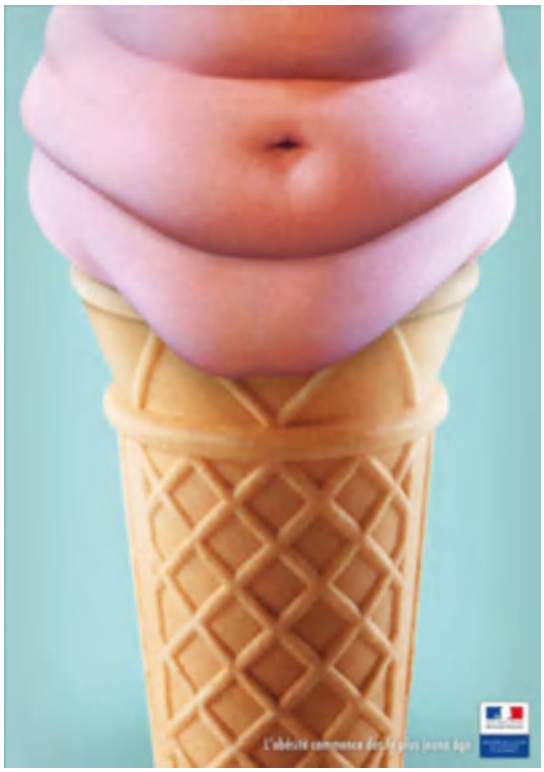
136 https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PO_UK_INDD.pdf

137 https://www.cypnow.co.uk/best-practice/article/epode-tackles-childhood-obesity-in-france

obezitás mögött húzódó összes különböző okot igyekszik beazonosítani, majd az ezekhez tartozó szereplőket – szülők, iskolák, egészségügyi szakemberek, közösségek, vállalkozások, központi és helyi kormányzatok – rávenni a közös munkára. Az EPODE városi szinten indult, és a helyi szereplők összefogásának köszönhetően ezek a települések 8,8%-os csökkenést értek el a gyermekelhízás tekintetében, míg a programban részt nem vevő településeken az emelkedés közel 20%-os volt ugyanennyi idő alatt. Az EPODE során olyan cselekmények valósultak meg, mint például:

- social marketing kampányok különböző témákban (hidratálás fontossága, kiegyensúlyozott diéta, fizikai aktivitás játék során, alvás);
- oktatói eszközök fejlesztése;
- a teljes helyi közösséget érintő aktív elfoglaltság (pl. vitalitásnap);
- vitalitáskártya bevezetése annak bátorítására, hogy a családok részt vegyenek az egészséggel kapcsolatos rendezvényeken;
- gyümölcskampány (óvodai program, amely során különböző típusú szezonális gyümölcsöket ismernek meg a gyerekek);
- sport- és szabadidős létesítmények létrehozása.

A programot értékelő szakértők szerint az EPODE sikere abban rejlik, hogy a részprojektek nem egymástól izoláltan, elkülönülten zajlottak, hanem közösségi összefogás révén, helyi meghatározó szereplők közreműködésével összekapcsoltan. Az EPODE-t[138] az elmúlt évek során több mint 500 közösségben alkalmazták, a program monitorozása során a szakemberek pedig arra jutottak, hogy azok a szegényebb sorból származó gyerekek, akik részt vettek benne, a későbbiekben több gyümölcsöt és zöldséget fogyasztottak, valamint csökkentették a cukorbevitelüket.



A fentieken túl mindenképpen ki kell emelni a francia kormány egyik plakátját,[139] amit kifejezetten a gyermekkori elhízás problémájára való figyelemfelhívásként alkottak meg, és nem csak Franciaországban, hanem az interneten is nagy sikert aratott. A plakáton található szöveg szerint: „Az elhízás egyre fiatalabb korban kezdődik."

Németország – a kiépült egészségügyi struktúra és szűnni nem akaró elhízás kettőssége

Németország híres egészségügyi rendszerének kiépítettségéről, és nincs ez máshogy az elhízással, a gyermekkori obezitással, annak megelőzésével kapcsolatos struktúrák esetében sem. Kifejezetten sok szervezet, tartományi, valamint szövetségi-állami intézmény foglalkozik ezzel a kérdéskörrel. Fő vezérfonaluk – csakúgy, ahogy a svéd modellnél is látható lesz – az egészséges életmód népszerűsítése, ebben látják a gyermekkori elhízás csökkentésének kulcsát. Ehhez az erős egészségügyi intézményi hálóhoz[140] tartozik számos állami kezdeményezés, ami az egészséges étkezés, a fizikai aktivitás és a reklámszféra oldalról igyekszik körbejárni a problémát. Utóbbi esetében komoly jogszabályi hátteret alkotott Németország arra vonatkozóan, hogy a 12 éven aluliak ne találkozhassanak olyasfajta tartalommal, amely a gyermekeket egy bizonyos termék vagy szolgáltatás megvásárlására ösztönzik, vagy arra biztatja őket, hogy a szüleiket vegyék rá a vásárlásra. 2009-ben ehhez köthetően kiadott a német reklámszövetség egy speciális kódexet is, ami az ételek és italok kommunikációjára vonatkozik és a gyermekek védelmét helyezi előtérbe a tévés, valamint a rádiós tartalmakkal szemben. A kódex többek között olyan iránymutatásokat tartalmaz, mint pl. a hirdetés nem használhatja ki a fogyasztó magabiztosságát; a hirdetés nem áshatja alá az egészséges és aktív életmódot; vagy éppen a hirdetés nem bátoríthat túlzott fogyasztásra.

A kiépült intézményi struktúra és a leírt szabályok, irányelvek, regulatív módszerek mellett Németországban létezik nemzeti sportolási program,

138 Nemzetközi programot is indítottak, amiben Magyarország is részt vett: https://trademagazin.hu/hu/atfogo-europai-eletmodprogram-indul-az-elhizas-ellen/

139 https://www.trendhunter.com/trends/french-ministry-of-health

140 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/243299/Germany-WHO-Country-Profile.pdf?%20ua=1

ami azt célozza, hogy mindenki sportoljon valamilyen formában, hiszen az aktív élet, a fizikai aktivitás jó ellenszere és megelőzési technikája lehet az elhízásnak. Hasonló elv mentén Németország népszerűsíti az iskolába való aktív eljutást, azaz pl. a japán módszer átültetését.

Egy tanulmány szerint a gyermekkori elhízás jelensége azért is annyira meghatározó Németországban, mert nincsenek meg azok a családi minták, amelyek alapján a gyermekek ne válnának túlsúlyossá, azaz maguk a szülők is túlsúlyosak.[141] A szülői elhízottság okai közé sorolják pl. a terhesség alatti dohányzást, a terhesség alatti nagymértékű súlynövekedést, de a magas médiafogyasztást is. Mindezekhez hozzájön az alacsony hús- és folyadékbevitel, miközben az energiafokozó ételek és italok fogyasztása jelentős, tehát az elhízottság Németország esetében is valójában életmódkérdés.

Az életmódváltást azonban nem segíti a német tévécsatornákon megjelenő élelmiszer-tematikájú reklámok jelenléte és azok milyensége. Egy felmérés több mint 16 000 televíziós reklámot vizsgált, melyek 19,9%-a szólt étkezési termékekről, amelyeknek pedig 73%-a reklámozott olyan ételt, amely nem számít alapvető élelmiszernek. Ha ezek között csak azokat a tévécsatornákat vizsgáljuk, amelyeket nagy százalékban néznek gyerekek, akkor azt láthatjuk, hogy a hirdetések 14,5%-a szólt ételekről, ezeknek pedig 88,2%-a promotált nem alapvető élelmiszert. Ebből az következik, hogy bár a gyermekek arányaiban kevesebb ételreklámmal találkoznak egy-egy tévézés alkalmával, az „elfogyasztott" reklámok közül viszont minden 8. olyan élelmiszerről szól, amely nem szükséges. A tanulmány azt is megállapította, hogy az egészségtelen ételeket hirdető reklámok közlése szignifikánsan megnő azokban az időszakokban, amikor gyermekek ülnek a televíziókészülékek előtt. Röviden mindez azt jelenti, hogy a német gyerekek igencsak kitettek az élelmiszerreklámoknak, azok között is főként az egészségtelen vagy szükségtelen ételeket hirdető blokkoknak.[142]

A fentiek alapján érdekes kettősséget állapíthatunk meg Németország esetében: habár kiépült az ide vonatkozó intézményrendszer, habár számos állami program létezik, habár igyekeznek keretek közé szorítani a reklámipart, a gyermekelhízás csökkentésében mégsem járnak akkora sikerrel, hiszen hiányzik a szülői minta, az a támogató családi, primer környezet, ami az egészséges ételek fogyasztását, a fizikai aktivitást természetessé, mindennapossá és életvitelszerűvé tenné.

Svédország – hangsúly a szülővel való egyéni kommunikáción

Svédországban az elmúlt 10 év során két-háromszorosára emelkedett a gyermekkori elhízással diagnosztizált gyermekek száma 100 000 gyermekre nézve,[143] ami egybeesik többek között a 2-es típusú diabétesszel érintettek számának sokszoros növekedésével is. Svédországban a gyermekkori elhízással való kiemelt foglalkozást az utóbbi években megerősítette az a felismerés is, hogy az egészségügyi problémák ilyen mértékű növekedése óriási terhet róhat az egészségügyi rendszerre. Éppen ezért a kezelés helyett a megelőzést állították a fókuszba, és állami szinten is igyekeznek különböző programokat megalkotni az obezitásra vonatkozóan.

Svédországban ugyan nincs nemzeti akcióterv a gyermekkori elhízás elleni küzdelemre, így a hangsúlyt az egészséges életmódra és annak promotálására fektetik. Az egyik legismertebb svéd módszer a „79 lépés"[144] elnevezésű dokumentum, ami jó háttérként szolgálhat olyan akciótervek kidolgozásához, amelyek a jobb étkezési szokásokat és a megnövekedett fizikai aktivitást helyezik előtérbe. Ezeknek a lépéseknek egy része közpolitikai vonatkozású, például az egészségtelen ételek megadóztatására vonatkozóan tartalmaz javaslatot. Mindezen felül léteznek nemzeti és régiós útmutatók, amelyek szintén az egészséges életmód népszerűsítését tűzték ki célul.

A fent említett dokumentumokon túl a svéd egészségügyi rendszer szerves része egy olyan szolgáltatás, ahol az egészségügyi szakember minden alkalommal rendszeresen méri a gyermek testtömegét, magasságát, korát, amelyekből BMI-értéket számol. Egy 2013-as tanulmány szerint, amely a mélyinterjúzás módszerével vizsgálta ezeknek a látogatásoknak a tapasztalatait, a BMI kiszámolása, és szemléletes ábrázolása a szülők számára ugyan nem előzte meg a gyermek későbbi elhízását, de elodázta, életkorban kitolta annak megjelenését. Ennél nagyobb hatást csak azon esetekben váltott ki, amikor a szülők befogadóan reagáltak a problémafelvetésre, és nem utasították el annak meglétét vagy kialakulásának veszélyét. Ez az egészségügyi szolgáltatás magában foglal étkezési tanácsadást, valamint motivációs beszélgetést a szülőkkel. Ez utóbbinak a hatékonyságát többen is méltatják, a tapasztalatok szerint az egyes élethelyzetek, családi minták és szülői példamutatások megismerése segítségül szolgál ahhoz, hogy valódi, személyre

141 https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-9-46

142 https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/do-television-food-commercials-target-children-in-germany/D7AF25C7077404016AC50DD57CF7FABF

143 https://www.karger.com/Article/Pdf/482009

144 Megalkotója a svéd népegészségügyi ügynökség és nemzeti élelmiszer-ügynökség.

szabott tanácsokat kapjon a szülő ahhoz, hogy miként előzze meg, vagy fordítsa vissza gyermeke elhízását.[145]

Egy másik felmérés a motivációs beszélgetés hatékonyságát vizsgálta több mint 1000 család és gyermek részvételével, és arra az eredményre jutott, hogy ez a módszer nem gyakorol érdemi hatást a testsúlyra, a túlsúly jelenlétére vagy éppen a derékbőségre, azonban hatást fejt ki az étkezési szokásra, és azt pozitív irányba, az egészségesebb ételek sűrűbb fogyasztása felé tolja el.

Azon felül, hogy láthatóan Svédországban az egyéni élethelyzetekre, a hosszas beszélgetésekre és tanácsadásra fektetik a legnagyobb hangsúlyt, fókuszba helyezve a családi minták, esetleges rossz szokások megtalálását, megelőzését és az egészséges életmódot, érdemes röviden kitérni az országban megjelenő reklámokra is. Egy 2011-es tanulmány több mint 80, étellel kapcsolatos reklám retorikáját vizsgálta azokon a kereskedelmi tévécsatornákon, amelyek a legnépszerűbbek a svéd gyerekek körében. A felmérés szerint az ételeket három különböző kontextusban tálalták az egyes hirdetések: (1) az étel mint védelem és bánásmód; (2) az étel mint a „jó érzés", a jóllét kulcsa; (3) az étel mint törődés.[146] A tanulmány megállapítja, hogy az egészségtelen, káros következményeket okozó ételek is pozitív, egészséges kontextusban jelennek meg a reklámokban, mindezt offenzív, támadó retorikával előadva. Azaz a reklám nem tűr meg semmilyen alternatívát az általa bemutatott terméken túl.

A reklámok magas hatásfokát támasztja alá az is, hogy egy nemzetközi felmérés szerint a tévés hirdetéseknek a gyermekkori elhízás továbbterjedéséhez való hozzájárulása Svédországban 4–18% közötti. A tanulmány szerint 2009-ben a 6–11 év közötti svéd gyerekek átlagosan napi 90 percet tévéztek, ez idő alatt bármikor érhette őket reklám egészségtelen étellel kapcsolatosan. Ennél a svéd adatnál látványosan rosszabb arányokat mért a kutatás más európai országokban, és következtetésként azt állapítja meg, hogy minél kevesebb ilyen reklámmal találkozik egy gyermek, annál kisebb negatív hatást tud az kifejteni.[147] Tehát a gyermekkori elhízás megelőzése ez alapján kommunikációs szempontok szerint mennyiségi kérdés is: feltételezhető, hogy amiből több jut el a felhasználóhoz, az jobban alakítja szokásait.[148]

Japán – a megelőzés hatékonyságának iskolapéldája

Bár Japán ugyanúgy a jólétinek nevezhető államok közé tartozik, mint a nyugat-európai országok vagy Amerika, a gyermekkori elhízás közel nem jelenik meg olyan mértékben a szigetországban, mint ahogy azt gazdasági fejlettsége predesztinálná. Japán mondhatni évtizedes előnyben van az ún. nyugati világhoz képest e tekintetben: egy 1953-ban bevezetett, azóta mindennapi szokássá vált gyakorlat mint megelőzési technika lényegében tökéletesen bevált. 67 évvel ezelőtt Japánban bevezették a „sétálj az iskolába" programot,[149] ami annyit jelent, hogy reggelente az iskolások nem tömegközlekedéssel vagy a szüleik autójában jutottak el az intézménybe, hanem gyalog.[150] Ennek a gyakorlatnak részei a szülők is, bátorítják őket, hogy sétáljanak el az iskoláig a gyermekükkel, de a rendszer az iskolai személyzetet, vagy éppen önkénteseket is bevon mint kísérő vagy felügyelő. Kutatások kimutatták, hogy egyenes összefüggés van a program és a gyermekkori elhízás alacsony jelenléte között.[151] Japán azon országok közé tartozik, ahol az egyik legalacsonyabb a gyermekkori obezitás, dacára fejlettségi szintjének.

145 A tanulmány szerint a gyermekelhízás okai között azonosították az egészségügyi szakemberek többek között azt, hogy (1) a szülők nem tudnak főzni, (2) bár egészséges étel kerül az asztalra, de óriási adagokban, (3) sajnálatból édességet adnak a szülők a gyermeküknek, (4) azok az anyák, akiknek rossz szoptatási vagy táplálási tapasztalatuk van a gyermek megszületését követő időből, később túletetik gyereküket; (5) nem mozognak közösen, mert egyes szülők szerint elég mozgási lehetőséget kapnak a gyerekeik az óvodában, az iskolában, míg más szülők el akarják kerülni, hogy koszos legyen a gyermekük, így tartva távol őket az aktív életmódtól.

146 https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019566631100050X

147 https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/63EB08C93D239AE99000371692BF4742/S1368980009992850a.pdf/television_food_advertising_and_the_prevalence_of_childhood_overweight_and_obesity_a_multicountry_comparison.pdf

148 Kitekintésként érdekes lehet megemlíteni egy korábbi kutatást, ami az 1997 és 2001 között megjelent svéd napilapok közül négynek vizsgálta azokat a cikkeit, amelyek a túlsúlyosságról vagy az elhízásról szóltak. Az analízis szerint ebben az időszakban az obezitás kétféle kontextusban jelent meg: egyrészt mint egészségügyi probléma, másrészt mint szépséggel kapcsolatos dilemma. Látható, hogy mára ez utóbbi kontextus szinte teljesen eltűnt a kommunikációból, az azóta hódító „mindenki szép a maga módján" álláspont erősebb, mint a vékonyság kívánalma (lásd plus-size modellek). Forrás: https://www.degruyter.com/view/journals/comm/32/4/article-p447.xml

149 A gyerekek több mint 98%-a valamilyen aktív módon jut el az oktatási intézményébe.

150 Természetesen ez a gyakorlat olyan infrastruktúra mellett valósítható csak meg eredményesen, mint a Japánban rendelkezésre áll: sétatávon belül elérhető közoktatási intézmények, magas közbiztonság.

151 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477970/

A „sétálj az iskolába” programot számos ország próbálta már adaptálni, de eddig nem jártak valós sikerrel, mert a megvalósításhoz szükséges egyéb feltételek, úgymint közeli oktatási intézmény, szülői részvétel, megbízható környék, szomszédok, iskolatársak, valamint magas közbiztonság, nem voltak adottak. Japán példájából az alábbi következtetések vonhatók le: (1) a megelőzés hatékonyabb, mint a kezelés; (2) az elhízás életmódkérdés; (3) a fizikai aktivitás és az elhízás között szoros összefüggés van; (4) ha a megelőzés sikeres és mindennapi szokássá válik, a kommunikációs technikák másodlagossá válnak.

3. Általános megállapítások

Az egyes országok más és más megközelítés szerint nyúlnak a problémához, sokszor olyan módszereket alkalmazva, amelyek első ránézésre nem feltétlenül tűnnek kommunikációs vagy éppen marketingfogásnak. Ezek hatékonysága igencsak változó, de arra mindenképpen rámutatnak, hogy nincs két egyforma válasz a problémára, hiszen az is más és más mértékben, más és más módokon jelenik meg a különböző országokban. Éppen ezért általános recept nem adható a gyermekelhízás elleni kommunikációs stratégiára, de az mindenképpen leszögezendő, hogy bármely stratégia csak akkor lehet sikeres, ha figyelembe veszi a nemzeti/helyi sajátosságokat, és azokhoz adaptálja az esetlegesen már máshol bevált módszereket.

A fentebb dióhéjban bemutatott országok válaszadásai a gyermekelhízásra arra engednek következtetni, hogy kivétel nélkül mindenki a megelőzést látja a legsikeresebb stratégiának, akkor is, ha ezek az országok már a 24. óra után vannak az obezitás tekintetében. Különbözőképpen nyúlnak a problémához, és különböző szereplőket is vonnak be, de minden megoldási kísérlet mögött ott húzódik az, hogy ha ezek a programok, intézkedések nincsenek megfelelően kommunikálva, akkor azok értelmüket vesztik. Ugyanilyen közös sajátosságként azonosítható a vizsgált országok módszerei között a kereskedelmi reklámokkal való küzdelem megjelenése, ez arra enged következtetni, hogy hiába létezik bármilyen jó egészségügyi rendszer, kidolgozott program, bevonó taktika, ha nem fektetünk hangsúlyt a legmarkánsabb befolyásoló tényező hatásfokának csökkentésére, a legtöbb erőfeszítés felesleges.

Az itt felvázolt legtöbb nemzetközi módszer azonban korlátos. Az állami vagy civil szektor – amelyik felelősségének érzi a gyermekelhízás elleni küzdelmet – sosem tud akkora büdzsével gazdálkodni, mint egy globális cég, aminek egyetlen, azonban annál hatásosabb fegyvere a kimeríthetetlen és folyamatos kommunikáció a potenciális fogyasztóval. Mivel ők a rábeszélés technikájával, a bevonás módszertanával operálnak, ezeket sosem szabad kihagyni a kormányzati vagy közösségi eszköztárból sem, mert különben csak növeljük hátrányunkat.

Borítókép: Freepik.com

