



2024. 2. évfolyam 3. szám

MULTIDISZCIPLINÁRIS
EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT



TARTALOM

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉSEK

Lapunk hírei: konferencia, olvasottság.....	1
---	---

INTERJÚK

Merre tovább EFI-k?	3
---------------------------	---

RECENZIÓK

Vizuális kivonat: A népegészségügy újragondolása	15
Szakedokumentum: Hazai Egészségpillanatkép, 2024	17
Cikkismertetés: Az egészségveszteségek globális trendje	21
Cikkismertetés: Társas kapcsolat és halálozás	25
Cikkismertetés: Népegészségügyi beavatkozások káros és szándékolatlan következményinek előrejelzése, felmérése a CONSEQUENT keretrendszerrel	27
Cikkismertetés: Közösségi modell a reprodukív egészségi szükségletek kielégítésére	31
Cikkismertetés: Kisgyermekkorai anyagi hátrányok – rosszabb egészségügyi állapotú és tanulmányi eredményű tinédzserek	35
Cikkismertetés: A kortársi hierarchiában betöltött szerep és a halandóság kapcsolata	38

MÁSODKÖZLÉSEK

A nemi kisebbségekhez tartozó személyek orvosi ellátásának aktuális kérdései	41
--	----

FORDÍTÁSOK

Fordítás: Színterek, célcsoportok és idő	55
Fordítás: A Lancet „Visszaszámlálás az egészség és éghajlatváltozás kapcsán” 2024-es európai jelentésének vezetői összefoglalója	65

SZAKMAI HÍREK

Rövid hírek a nagyvilágból	70
Népegészségügy 3.0 – A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület tevékenységei	74

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS

Lapunk hírei: konferencia, olvasottság

Our news: conference, readership

Tudományos konferenciát szervezünk, jelentkezzen Ön is előadással vagy poszterrel! Az online is követhető **"Egészségfejlesztés holnapután: rendszerszemlélet, participáció, együttműködés"** című konferenciát 2024. november 22-én Szegeden tartjuk, a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézetével, a Magyar Tudományos Akadémia Szegedi Területi Akadémiai Bizottság Orvostudományi Szakbizottság Egészségfejlesztési Munkabizottságával, valamint az MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoporttal együttműködésben.

A tervezett témakörök és további információk a [felhívás](#) oldalán érhetők el. Konferenciaelőadásra vagy poszter bemutatóra jelentkezni absztrakt benyújtá-

sával a konferencia.egeszsegfejleszt.es.jgyphk@szte.hu e-mail címen lehet **2024. szeptember 30-ig**.

Örömmel látjuk, hogy a folyóirat felkeltette a szakemberek érdeklődését, ezt mutatja az olvasottsági adatok mellett a szerzők növekvő száma is. A havi olvasottsági statisztika alapján megállapítható, hogy 2023 szeptembere (1204 absztrakt megtekintés) után idén márciusban (1192) és augusztusban (1169) volt a legnagyobb az érdeklődés lapunk iránt. A MEJ megjelenése óta – 6 lapszám, közel 90 cikk – a közlemények absztraktjait több mint 11470-szer nyitották meg olvasásra, a cikkeket már mintegy 7590 alkalommal töltötték le. A legnépszerűbb öt cikk az absztrakt megtekintése, illetve teljes cikk letöltése alapján az alábbi:

Absztrakt megtekintések TOP 5:		
1	Interjú Dr. Kósa Istvánnal a krónikus betegek életmódrendezéséről	395
2	A mesterséges intelligencia lehetséges alkalmazása az egyetemi jóllét fejlesztésében	358
3	Elemezd a szakirodalmat szövegbányászattal! Példák a gyermekkori túlsúly és elhízás témakörében	317
4	Vizuális kivonat: Alapvető Népegészségügyi Feladatok megújított listája	317
5	Beköszöntő: Miért választottuk a folyóirat címének a Multidiszciplináris Egészség és Jólétet-t?	298
Teljes cikk letöltések TOP 5:		
1	Szakdokumentum: Halálozás Magyarországon 2023	317
2	Cloninger bio-pszicho-szociális személyiség- modelljének dimenziói, mint közvetítők a szülői nevelési bánásmód és szerhasználat között	227
3	Interjú Mihók Barbara ökológus, mentálhigiénés szakemberrel	214
4	Ápolók stressz-szintjének és alvásminőségének keresztmetszeti vizsgálata a COVID-19 pandémia idején	209
5	Elemezd a szakirodalmat szövegbányászattal! Példák a gyermekkori túlsúly és elhízás témakörében	201

A szerkesztőségben törekszünk a lap folyamatos fejlesztésére, új rovatokat indítunk, podcast-ot készítünk, rendszeresen kérdezzük olvasóink véleményét.

Az egészség-, társadalom- és bölcsészettudományok területén tanuló és tudományos pályára készülő hallgatók figyelmébe ajánljuk a „Junior kutatók” rovatot, ahol PhD dolgozatoknak, vagy azok egy fejezetének, mesterszakos szakdolgozatoknak vagy TDK munkáknak a tartalmi összefoglalóit várjuk. Bízunk benne, hogy ezzel is támogatni tudjuk a hallgatók tudományos pályáját és egyre több fiatalt köszönhetünk lapunk rendszeres szerzői között. A közlésre szánt írások tartalmi és formai követelményeit a [»Szerzői útmutató«](#) tartalmazza.

Legyen a szerzőnk, ismertessen nemzetközi lapokban publikált közleményeket! Folyamatosan frissítjük az ismertetésre ajánlott közlemények [listáját](#), ami támpontként szolgál a lapunkban publikálást tervező szakembereknek, de más cikkek bemutatását is örömmel fogadjuk. A cikkismertetések beküldési határideje az idei negyedik lapszámba **2024. október 31.**, jelentkezni a szerkesztőség [e-mail](#) címén lehet. További információ a felhívás oldalán: [»Legyen a szerzőnk«](#)

Ha fontosnak tartja a független és hiteles tudományos tájékoztatást, kérjük, támogassa lapunk megjelenését. Az adományokat a folyóiratmegjelentetés technikai feltételeinek és a szerkesztőség működésének biztosítása mellett arra fordítjuk, hogy tartalmainkat minél többekhez eljuttassuk. A felajánlásokat a folyóirat kiadója, a [Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület](#) bankszámlaszámán fogadjuk: 10400188-50526980-53531004. Közleményként, kérjük, írja be: „MEJ támogatása”. Amennyiben hozzájárul ahhoz, hogy nevét támogatóink között feltüntessük a folyóirat publikációs felületén és közösségi média oldalainkon, a közleménybe kérjük, írja be a feltüntetni kívánt nevet is. Eseti támogatását is nagyra értékeljük, de külön köszönjük, ha megtisztel bennünket bizalmával és rendszeres adományozónná válva hosszú távon segíti munkánkat.

Friss híreinkért, felhívásainkért kövesse továbbra is [facebook](#) és [LinkedIN](#) oldalunkat, adjon nekünk visszajelzést hozzászólásokkal, megosztásokkal, illetve lapozza át újra a korábbi lapszámokat!

[2023/1.](#), [2023/2.](#), [2023/3.](#), [2023/4.](#),
[2024/1.](#), [2024/2.](#)

Jó olvasást kíván: a Szerkesztőség

OLVASOTTSÁG

a 2023. 1. lapszám megjelenése óta eltelt időszakban
(Forrás: Open Journal System, 2024. 09. 01.)

9420	Absztrakt elolvasások száma
5976	Cikk letöltések száma
61	Elfogadásig eltelt napok átlagos száma
79,38%	Elfogadási arány

INTERJÚK

Merre tovább EFI-k?

What next Health Promotion Offices?

Kulcsszavak: egészségfejlesztés; Egészségfejlesztési Iroda

Keywords: health promotion, Health Promotion Office

A MEJ célja, hogy a különböző tudományágak kutatóinak az egészséggel és jólléttel, valamint azok társadalmi meghatározottságával kapcsolatos kutatásait bemutatva elősegítse az egészségről és jóllétről alkotott, egyre pontosabb, teljesebb kép kialakítását. Ehhez a tudományos közlemények mellett egy új formát is választottunk: interjúkat készítünk néhány olyan kiemelkedő hazai szakemberrel, akik bár különböző szakterületeket képviselnek, munkásságuk szorosan kapcsolódik az egészséghez és a jólléthez.

Az interjút Vitrai József, a MEJ alapító főszerkesztője készítette 2024. június 18-án.¹

Vitrai József (V. J.): Szeretettel üdvözlöm a Multidiszciplináris Egészség és Jóllét olvasóit és hallgatóit. A mai beszélgetésre az Egészségfejlesztési Irodák (EFI) vezetői közül azokat hívtuk meg, akik részt vettek 2021-ben egy gyermekek egészségének javítását célzó projektben, ami abban volt újszerű, hogy az érintettek bevonásával partneri együttműködéseket próbált kialakítani. Mielőtt a beszélgetést indítanánk, megkérem a jelenlevő EFI vezetőket, hogy röviden mutakozzanak be.

Daniné Turcsányi Éva (T. É.): Szeretettel üdvözlöm a hallgatókat! Daniné Turcsányi Évának hívnak, népegészségügyi szakember vagyok. 2013 óta dolgozom a Bonyhádi Kórház és Rendelőintézet Egészségfejlesztési Irodájában és jó néhány éve én vagyok az irodavezető.

Debreceni Lajos (D. L.): Én is szeretettel köszöntöm a hallgatókat. Debreceni Lajos vagyok, a Sarkadi Egészségfejlesztési Iroda fenntartójaként veszek részt a beszélgetésben. Egészségügyi menedzserként végeztem, és 2013 óta visszük itt az egészségfejlesztési feladatokat, valamint azóta ez kiegészült lelki egészség funkcióval is.

Klász Beáta (K. B.): Én Klász Beáta vagyok, a Rendelőintézet Szentgotthárd vezetőjeként, gyógytornász, jogász, egészségügyi menedzser végzettségek birtokában veszek részt a beszélgetésben. Szeretettel üdvözlöm én is a hallgatókat, illetve a beszélgető partnereket is. Az Egészségfejlesztési Iroda tevékenységében 2014 óta veszek részt, 2015 óta pedig intézményvezetőként kapcsolódom be a szakmai munkába is.

¹ A szöveg a MEJ [Facebook oldalán](#) és [Youtube csatornáján](#) meghallgatható interjú szerkesztett változata.

Az Egészségfejlesztési Irodák hálózata

Az egészségfejlesztési irodák hálózatának átfogó célja a magyar lakosság egészségi állapotának javítása, az egészségben töltött évek számának növelése, a kliensek egészségmagatartásának a fejlesztése, az egyén felelősségvállalásának erősítése, és ezek által az elkerülhető halálozás előfordulásának csökkentése, valamint a területi egyenlőtlenségek mérséklése. Az egészségfejlesztési irodák működésének folyamatosan megvalósuló fejlesztése eredményeként létrejön egy hatékony, koordinált és országosan egységesen működő egészségfejlesztési hálózat, ami jól megalapozott irányítási és működési keretbe illeszkedik. Közösségi szinten az egészségfejlesztési irodák feladata a szolgáltatások tervezése, a megvalósítás szervezése, szakmai támogatása, koordinálása. A szolgáltatásokat számos szintén, számos közösségi szereplő és szervezet valósítja meg, a megvalósítás során szoros együttműködésben az egészségfejlesztési irodákkal. Az egészségfejlesztési hálózat lehetővé teszi, hogy Magyarország különböző területein élő lakossági csoportok a hasonló tartalmú szolgáltatásokhoz egyenlő mértékben férjenek hozzá, illetve a közösség igényeihez és szükségleteihez igazított lakóhelyközeli, korszerű egészség-szolgáltatások jöjjenek létre figyelembe véve a hátrányos helyzetű csoportok speciális szükségleteit.

Forrás: [Az Egészségfejlesztési Irodák hálózata](#)

V. J.: Köszönöm! Felidézésképpen, a 2021-es projekt az tulajdonképpen egy 2019-ben indult WHO együttműködés, vagyis az Egészségügyi Világszervezettel való együttműködés eredménye volt, amit akkor az Emberi Erőforrások Minisztériuma kezdeményezett. A WHO javaslatára

partneri együttműködésnek neveztük el azt a formát, amit a helyi közösség képviselőivel terveztünk kialakítani, és öt Egészségfejlesztési Irodát hívtunk meg ebbe a projektbe. Közülük három iroda-vezetővel beszélgetünk most, és az lenne az első kérdésem, hogy milyen tapasztalatokra emlékeztek ebben a projektben, és tudtátok-e hasznosítani a munkáikban.

T. É.: Tehát egyrészt, ami pozitívum, az mindenképpen az, hogy a járásban működő szervezetekkel, illetve intézményekkel egy sokkal szorosabb és mélyebb kapcsolatot tudtunk kialakítani, illetve ez a partneri viszonyunkat megerősítette. A közös gondolkodás, illetve az eltérő nézőpontok azt mutatták meg nekünk, hogy nem biztos, hogy a mi szakmai nézőpontunk fogja adni a megoldást egy-egy problémára. Ezt az utat mi követtük, például a Kábítószer Egyeztető Fórumra is bevittük, és így próbálunk hasonló gondolkodásmódot képviselni a Kábítószer Egyeztető Fórumban. Az volt az érdekes magában a projektben, hogy a résztvevő szakemberek, partnerek, de akár magán-személyek, szülők eltérő tapasztalatokkal, más látásmódot képviseltek. Különbözőek voltak a vélemények. Ez az együtt gondolkodás arra inspirált minket, hogy priorizáljuk azokat a problémákat, amiket feltártunk közösen. Hiszen mi, mint szakemberek, mint egészségfejlesztő szakemberek egy szakmai szemüvegen keresztül figyeltük, és néztük a járás lakosságát, viszont más szakember teljesen más szempontból közelítette meg dolgokat. Nagyon érdekes volt ezeket az eltérő gondolkodásokat így megismerni, és ezáltal tényleg azt priorizálni, hogy mik azok a legfontosabb beavatkozási pontok, amiket érdemes lenne itt a járásban megvalósítani. Ez az a gondolkodásmód, ami minket azóta előre vitt, és inspirált. Bár nem volt új előttünk ez a módszertan, de attól függetlenül azt láttuk, hogy sokkal

inkább tudtuk ezt utána a napi munkánkban is rutinszerűen érvényesíteni.

V. J.: Köszönöm! Lajos, te mit gondolsz?

D. L.: Én azért éltem meg egy kicsit sikerként ezt a projektet, mert úgy gondolom, hogy kapcsolatépítésben idáig is, amit lehetett, azt próbáltunk megtenni. Viszont ami egy pozitív visszajelzés, hogy ha egy WHO-s projektről beszélünk, az már kívül lép országhatáron. Az a fajta nemzetközi hívószó és figyelem, hogy egy világszintű szervezet a mi kis térségünkre, mint leghátrányosabb helyzetű térség odafigyel, és kíváncsi a véleményére, az egy pozitív megerősítést adott. Olyan embereket, olyan stakeholdereket tudtunk átbillenteni semlegesből támogatóvá, akikkel korábban voltunk ugyan kapcsolatban, de nem mondhatnám, hogy nagyon konstruktív volt az együttműködés. Inkább tudtunk egymás munkájáról, megtürtük, segítettük egymást, amiben tudtuk, de egy szorosabb együttműködést tudunk elindítani úgy, hogy azt mondtuk, hogy ők is bekapcsolódhatnak egy olyan programba, ami a WHO támogatását is élvezzi. Úgy gondolom, hogy a jövőben is hasznos lehetne ilyen programok indítása, ahol nemzetközi módszertan épül be, nemzetközi kapcsolatokat és nemzetközi jó gyakorlatokat tudunk behozni, hiszen ezekben a térségekben arra biztos, hogy nincs kapacitás, hogy a nemzetközi jó gyakorlatokat figyeljük, adaptáljuk. Még hasznosabb, még ütőképesebb lett volna a projekt – ami egy jövőbeni lehetőség – ha külön források lennének biztosítva, akár szakemberekre bevonására, programok, rendezvények tartására is. És még innentől kezdve nyilván lehetne nyitni a kaput minél szélesebbre, hogy ne csak magát a módszertant, hanem ehhez valamiféle erőforrást is rendeljünk.

Az Egészségfejlesztési Irodák és Lelki Egészség Központok

Az egészségtudatosabb szemlélet meghonosítása céljából a kormány az egészségtudatosság fejlesztését segítő hálózat kialakítását szorgalmazta. Az így létrejött Egészségfejlesztési Irodák (EFI) célja a szemléletformálás, az egészségtudatosság növelése, az egészség megőrzését szolgáló magatartásformák elterjesztése és az egészségfejlesztést célzó programok szervezése, lebonyolítása, valamint az ehhez szükséges infrastruktúra biztosítása. Jelenleg 113 EFI működik az országban, kórházhoz kapcsolódva vagy önálló intézményként. Az EFI-k nagy részében működik Lelki Egészség Központ (LEK) is, melyek célja a helyi lakosság mentális egészségének megismerése és támogatása a helyi lehetőségek elérhetővé tételével és személyre szabásával.

Forrás: [Egészségfejlesztési Irodák és Lelki Egészség Központok](#)

V. J.: Köszönöm! Bea, te hogyan emlékszel?

K. B.: Igen, a 2021-es év egy érdekes év volt, hiszen talán arról se feledkezzünk meg, hogy a Covid idején kezdtünk neki ennek a projektnek, ami alapvetően nem egy Covid, vagyis egy „távelérésű” elképzelés mentén körvonalazódott, de mindezzel együtt sok mindent tanultunk ebből a technikai nehézségből is, amiről úgy gondolom, hogy előre lendített minket. Egyrészt örültünk, hogy részesei lehettünk egy viszonylag kis járásból, tehát kis EFI-ként ennek a projektnek. Néhány pontban összefoglalnám, hogy mi volt az, ami fontos volt, részben az előttem szólókat megerősítve, illetve picit talán ki is egészítve az ő tapasztalataikat. A technikai

résznél maradva azt gondolom, hogy a „távélerésű” megbeszélésekben a készségeinket nagy mértékben javíthattuk, és sok mindent megtanulhattunk az ilyen megbeszélésekből. A második dolog, amit kiemelnék, hogy előkészítő irodalmat küldtetek meg részünkre, amiből tulajdonképpen felkészülhetünk a projekt feladatokra. Ez szélesebb dimenzióba helyezte magát az egészségfejlesztést, hasznos volt. Megismerhettük a résztvevő EFI-k gondolatait, gyakorlatait. Azt gondolom, hogy ez is fontos volt, hiszen az ország különböző csücskeiből verbuválódott, jó értelemben verbuválódott csapat részesei lehettünk. Ugyanakkor a saját körzetünkben pedig a járásban sikerült egy olyan csapatot megerősíteni, olyan csapattal kapcsolatot kialakítani, akikkel korábban lazább jellegű volt ez az együttműködés. Viszont a közös munka, a közös, tematizált munka adott mégis egy sorvezetőt, határidőket, feladatokkal, és én is azt tudom megerősíteni, hogy a résztvevők különböző szakterületek szakemberei nagyon komolyan vették ezt a munkát. Mivel feladat orientált volt, ezért minden feladat egy jó elemzéssel kezdődik, meg kellett ejtenünk egy járási szintű elemzést különböző mutatók mentén, úgymint lakosság, demográfia, foglalkoztatottság, betegségek, kérdőíveztünk is mind a tanintézmények, mind a szülők irányába. Az értékelés alapján készítettünk egy SWOT analízist, ami kiindulópontja lett annak a cselekvési tervnek, ami tulajdonképpen a kulcsa volt ennek a munkának, ahol valamennyi szereplő együttműködésével szummáztuk azt, hogy mi fele lenne szerencsés tartani. Egy költségvetést is készítettünk az akkori „árfolyamon” a 2021-22-es év tekintetében. Nyilván ezt revideálni kellene, amennyiben arról lenne szó, hogy megvalósítható, de én azt gondolom, hogy az alapok azok máig hatóak, és egy komolyan vett munkára utalnak, jó élményekkel gondolunk rá vissza.

V. J.: Köszönöm! Nekem úgy tűnik, hogy - abból amit elmondtatok -, vannak olyan tapasztalataitok amiket azóta is használtok. Ez az együttműködés formájára, tartalmára is vonatkozik. Az lenne a kérdésem, hogy összegezve az eddigi tapasztalataitokat - beleértve ezt a 2021-es projektet is - mit gondoltok arról, hogy milyen működésmód felelne meg leginkább az Egészségfejlesztési Irodáknak. Milyen tevékenységek lennének azok, amelyek leginkább szolgálnák a közösség egészségének javítását, az egészség megőrzését, fejlesztését. Van-e olyan elképzeléseitek, hogy mi az, amin változtatni lenne érdemes a tevékenységeket, vagy akár a szervezeti működési feltételeket érintően?

T. É.: Egyrészt, nyitottak vagyunk a jövőre és a változásra. Amennyi információval mi rendelkezünk az az, hogy a városi kórházak integrációjával az Egészségfejlesztési Irodák is a vármegyei irányító kórházak égisze alatt fognak tovább dolgozni. Mi mindenesetre nyitottsággal figyeljük, milyen változást fog ez Egészségfejlesztési Irodánk életében generálni. Én úgy gondolom, hogy szükség lenne továbbra is egy olyan autonóm működésre, ahol a sok éves, immár több mint 10 éves tapasztalatot gyűjtő szakemberek - akik itt dolgoznak, itt élnek, látják a problémákat, illetve látják a problémákat, tudják, ismerik a beavatkozási pontokat, a járás a működési területük - tudása és tapasztalata hasznosul. Ezt ugyanúgy tovább kellene vinni a jövőben is, illetve jó lenne, hogyha

optimálisabb lehetne a humánerőforrás összetétele az Egészségfejlesztési Irodának, mert pillanatnyilag nem elegendő, nem tudunk minden területet lefedni. Ahhoz, hogy tudjunk a jelenlévő közösségeknek érdemi segítséget nyújtani, ahhoz mindenképpen a humánerőforrás bővülésére lenne szükség meglátásom szerint.

V. J.: Mire gondolsz, amikor azt mondd, hogy a humánerőforrás összetételében kellene változás?

T. É.: Inkább bővíteni. Például a mi járásunkban nincs pszichológus szakember a Lelki Egészség Központunkban, ezt most finanszírozási okokból nem is tudjuk megtenni, holott az ő munkájára óriási nagy szükség lenne. De ugyanígy nincs olyan szakemberünk, aki az egészséges mozgás, a mozgásprogramok kialakításában megtervezésében, értékelésében tudna nekünk segíteni. Tehát, abból a szempontból

szükség lenne egy bővülésre, hogy az egészségfejlesztés minden aspektusát le tudjuk fedni, és ezáltal tudjunk egy komplex egészségfejlesztő szolgáltatást nyújtani a közösség számára, a járásban élők számára.

V. J.: Értem. Lajos, esetleg folytatnád?

D. L.: Én több gondolatot szedtem össze két kérdéskörben, és akkor az elsőt mindenképp szeretném elmondani. Az egyik ilyen, hogy a retrospektív megközelítés helyett egy prospektív megközelítésre lenne szükség mind a szakmai oldalról, mind pedig a pénzügyi finanszírozási, költségvetési oldalról. Az, hogy utólag mondunk meg dolgokat, az nagyon nehezen lekövethető. Előre kellene, hogy tervezzünk, előre kellene, hogy lássunk, és időben meg kellene érkezniük a forrásoknak. Akik nem ismerik az Egészségfejlesztési Irodát, azoknak ezek nehezen megfogható dolgok: például 12 hónap csúszással kapunk bért és járulékot, és a 2015 óta változatlan összeg miatt ez már egy rendkívül erősen amortizálódott összeg, ezért nem tudjuk a piaci áron foglalkoztatni a dolgozókat. A munkatársakkal egyeztetve a kiemelten fontos tevékenységeket négy kategóriára bontanánk: az

egyik a népegészségügyi szűrésekre való mozgósítás az EFI-n belül, a mozgás és a sport ösztönzése, a primer prevenció kiemelt színtereként az óvoda, iskola, munkahelyek, és az életmódváltó programok testi-lelki területen egyaránt. Ez az a négy terület, ahol szerintem az Egészségfejlesztési Iroda elég hatékony lehet. A vár megyei irányítás már elhangzott, erre jó gyakorlat van már például Szabolcs-Szatmár-Bereg vármegyében és itt nálunk Békés vármegyében szintén. A vármegyei főigazgató úrral régóta egyeztetünk, az a törekvésünk, hogy összefogjuk szakmai irányítás, koordináció szempontjából a vármegyét, az itteni EFI-ket. Ez nem egy le szabályozott együttműködés, hanem egy szakmai, önkéntes alapon vett együttműködés: ki, miben, hogyan tud segíteni a másoknak, milyen szakmai tapasztalatok érdemes megosztani. Egy olyan fajta szakmai közösséget szeretnénk építeni megyei szinten, ami majd később tovább tud épülni, fejlődni. Ez egy alulról jövő kezdeményezésként indult el, és szerencsére ez egy nagyon jó irányvonal. Már csak azért is, mert a vármegyékben nincsen minden járásban Egészségfejlesztési Iroda, viszont ha a vármegyei irányító a prevenciót és az egészségfejlesztést a zászlójára tűzi, akkor megtörténhet az, ami Szabolcs-Szatmár-Bereg Vármegyében és Békés vármegyében megtörtént: kijelölnek egy egészségfejlesztésért, ennek koordinációjáért felelős személyt, aki ezekben a járásokban is tud programokat szervezni – akár a szűrőbuszokkal, kormányhivatallal, más egyéb szervezetekkel –, amivel megvalósulhat a teljes területi lefedettség egy-egy kiemelt program tekintetében. Több operatív feladatot is említenék még, ha lesz rá lehetőség az interjú keretében, akkor inkább visszakanyarodnék rá, hogy mik azok a területek, amiket még fejleszteni kell.

K. B.: Csatlakozom az előttem elhangzottakhoz, a tapasztalatok tulajdonképpen

bizonyos mértékig közösek, tehát nem ismételném el. Úgy közelítem meg, hogy megpróbálom vizualizálni kicsit, hogy hol lenne jó helye az EFI-knek. Úgy tudom szemléletesebbé tenni, hogy magát az egészségügyi ellátórendszert egy piramisként képzeljük el, aminek az alapja, a legszélesebb része, a bázisa az alapellátás, ahol a lehető legtöbb definitív ellátás történik, és értelemszerűen a progresszívítási szintekkel szűkül a piramis, ahol viszonylag kevesebb a kapacitás – mint tárgyi, mint humán értelemben – és nyilván a piramis csúcsán vannak a csúcshintézmények, amiből országosan is kevés van. Az EFI-k helye ebben a rendszerben én úgy gondolom, hogy mindenképpen a piramis alján lenne, tulajdonképpen egy picit nem is benne a rendszerben, valahol ott a rendszer elején, valahol a bejáratnál, hiszen az EFI prevenciós feladatot lát el, míg az egészségügyi ellátórendszer jellemzően kurációs, vagyis gyógyító feladatokat. Ezért is lenne szerencsés, ha vármegegyénekként és járásonként léteznének EFI-k, mert tulajdonképpen akkor bizonyos lakosság számra vetítve működhetne ez a prevenciós tevékenység. Tehát

Összefoglalva ezt a képi motívumot, amit felvetítettem, az EFI-nek ott kellene lennie a piramis alján és tulajdonképpen majdnem mindenkinek át kellene ballagni valamilyen életszakaszban az EFI-n.

Mivel prevenció és mivel EFI, én úgy gondolom – és mindig ez a vesszőparipám –, hogy az igazi prevenció gyakorlatilag a lehető legkorábbi életkorban kezdődik. A primer prevenció legalábbis, ha nagyon sarkítom, akkor már a fogantatás pillanatától. De mivel tulajdonképpen az is meghatározó, hogy a szülő milyen életmódot visz, tehát lényegében majdnem, hogy még azelőtti időszakra is tehető. De nem szeretném végteleníteni ezt a

gondolatmenetet: a lehető legkorábban kellene elérni a lehető legtöbb embert. Ahogy Lajos is említette, az igazi fókusz, az igazi primer prevenciós fókusz a kismamánál kezdődne és tulajdonképpen a köznevelési intézményekkel együttműködve folytatódna, hiszen amit megtanulunk nagyjából 18 éves korunkig – ami belénk épül, a minták, amiket viszünk tovább –, azzal fogunk sáfárkodni az életünk során, és nyilván ezt majd még árnyalni lehet felnőtt korban. Egy ilyen ívet tudok elképzelni, értelemszerűen ideértve valamennyi korosztályt. Ha egy ívet képzelünk el és a demográfiából indulunk ki, akkor azt gondolom, hogy ennek nagyon erős sarkalatos pontja az időskori egészségnevelés, az időskori prevenció, hiszen a tények azt mutatják, hogy ez sem egy elhanyagolható része a lakosságnak. Tehát tulajdonképpen az egészségfejlesztésnek 0–99+ korig helye van, de lehetőleg beépülve azokba a tevékenységekbe, azokba az intézményekbe, ahol a lehető legtöbb embert érjük el. Még egy mondatot szeretnék mondani – talán a vezető társak is érzékelik –, ha az elmúlt 10 évét nézzük az EFI-k működésének, az emberek „részvételének” a dinamikája nagyon sokat változott az egyes eseményeken és programokon. Mi azt tapasztaljuk, hogy a programokat jó odavinni, ahol az emberek vannak, mert ha csak megszervezzük egy programot, esetlegesen a részvétel, ez egyre inkább kiviláglik. Ehhez viszont egyfajta tervezhető szabályozottságra lenne szükség, amit már érintettünk. És amit én sokszor már elmondtam, hogy

az EFI-k jogállását lenne szükséges pontosítani, hogy ebben a piramisban hol a helyük. Melyik az ő szobájuk és a szoba finanszírozását milyen paraméterek szerint képzelel el a fenntartó, a finanszírozó, az egészségpolitika, mert hisz akkor tudunk kiszámíthatóan tervezni és dolgozni.

T. É.: Én annyival szeretném még Beát kiegészíteni, hogy mindenképpen fontos lenne az is, hogy az EFI-ket bevonják akár az önkormányzati döntésekbe, településfejlesztési kérdésekbe, hiszen nagyon sokat tudnak segíteni azzal, hogy támogatják az olyan önkormányzati működést, ami az egészséget szolgálja, vagy kiszolgálja. Mint egy tanácsadó grémium, mindenképpen szükség lenne arra, hogy az EFI-ket bevonják ezekbe a döntésekbe. Nálunk van is erre jó példa, mert meghívtak minket a településfejlesztési fórumba, ahol tudtunk segíteni azzal, hogy mik azok a döntések, amelyek segítik az egészséges életmód kialakítását.

V. J.: Jó, hogy ezt felvetetted, mert három hozzászólásból nem egészen derült ki, hogy mit gondoltok arról, hogy az EFI-knek milyen földrajzi vagy közigazgatási egységekben kellene működniük. Lajos említette, hogy a megyében egy koordinátor, vagy egy szakember lenne, aki a teljes vármegyét lefedi, felmerült, hogy önkormányzatokkal kellene tárgyalni, ami nagy valószínűséggel települési önkormányzatokat jelent, Bea említette az alapellátási szintet, a nagyon széles szintet. Tehát mit gondoltok arról, hogy hány EFI-nek, hol kellene működnie?

T. É.: Én úgy gondolom, hogy az alap- és szakellátással közösen, a praxisközösségekkel kiegészülve komplex, megelőzésre fókuszáló team-ek segíthetnek a lakosoknak, a lakóhelyükhöz közel, egy az egészséget minden aspektusban támogató életforma kialakításában, egészségtudatos élet formálásában. Én működési egységként a járást tudom elképzelni, hogy tényleg lakóhely közeli fókuszú legyen maga az egészségfejlesztés. Itt fontos, hogy helyben érzük el az embereket, és ahogy Beata is fogalmazott, mi megyünk a lakossághoz. Hogy minél több településre, főleg hátrányos helyzetű településre el tudjunk jutni, - ez a mi

esetünkben is a számos települést fed le – és én úgy gondolom, hogy a járási terület lenne országos szinten optimális, ha minden járásban lehetne egy Egészségfejlesztési Iroda.

V. J.: Értem. Lajos te mit gondolsz?

D. L.: Ugyanezen a véleményen vagyok. Mindenféleképpen a járás az a földrajzi egység, amit az emberek megszoktak, a polgármestereknek együtt kell működniük, járási közigazgatási egységek, járási hivatalok vannak. Megszokták az emberek ezt a fajta földrajzi-közigazgatási egységet. Emellé én mindenféleképpen szükségesnek tartanék egy magasabb szintű, vármegyei koordinációs szerepet, hogy egymás tevékenységét lássuk, összefogjuk, segítsük. Arról nem is beszélve, hogy ezek a vármegyei irányító munkatársak hatékonyan tudnák képviselni a vármegye érdekét országos szinten. Tehát, úgy gondolom, az Egészségfejlesztési Irodák országos irányítási szintje még van hova fejlődjön. Nagyon érdekes, hogy túl vagyunk egy pandémián, egy világjárványon, ami egy népegészségügyi probléma, katasztrófa volt, ehhez képest paradox módon pont az Egészségfejlesztési Irodáknak és az egészségfejlesztésnek a működése nem állt vissza. Öröndetes, hogy a járóbeteg szakellátás, a fekvőbeteg szakellátás, az alapellátás indikátor számai visszaálltak a Covid előtti szintre, viszont például az Egészségfejlesztési Irodák esetében – az, ami sok éven keresztül működött – az országos szakmai értekezletek nincsenek megtartva. Összegezve, úgy gondolom, hogy ez a hármas tagolás: országos szint, vármegyei irányítás és járási feladatellátás lenne optimális.

V. J.: Úgy értetted, hogy a vármegye szintjén egy személy lenne, aki koordinálná a járási EFI-k munkáját?

D. L.: Egy személy, vagy egy osztály. Nyilván ez erőforrás és fejlődés kérdése, első lépésként mindenképp kellene egy személy, aki ezt koordinálja. Később szerencsés lenne erre egy osztály, de tisztában vagyok a szűkös erőforrásokkal. Ha van egy személy, aki ezt képviseli, akkor úgy gondolom, az már egy nagyon jó alap lenne.

V. J.: Értem. Bea, te mit gondolsz?

K. B.: Igen, meg tudom erősíteni az előző gondolataimat, hogy a járás egy optimális egység. Tudomásom szerint, amikor a második pályázati hullám elindult, akkor az is volt a terv, hogy járásonként legyen egy EFI. Az más kérdés, hogy járás és járás között is van különbség, hiszen esetünkben egy 15 ezres járásról beszélünk, ami majdnem, hogy családias és áttekinthető, és értelemszerűen egy vármegyei központ, illetve a hozzátartozó járás, az már több százezer főt jelent. Hoznék analógiát az alap- és szakellátásból, ahol a lakosságszámhoz vannak rendelve bizonyos feladatok, illetve kötelező területi ellátási előírások. Én azt gondolom, hogy a járás az, ami egy alapkőve lehet a jövőbeli rendszernek. Optimális lenne, ha a közép- és felsőbb szinten is lenne koordináció, ahogy ezt Lajos előrevetítette. Már csak azért is, hogy maga az egészségfejlesztés és az EFI-k kérdése valahogy mindig napirenden lesz, és a döntéshozók asztalára mindig valaki oda tudja tenni azt, hogy hogy ők is vannak, róluk is gondolkozzanak, az alulról induló javaslatok is célba érhessenek pontosan azért, hogy az EFI-k működése kiszámítható legyen, és hozza azt, amire tulajdonképpen predestináltak. Nálunk bevált a járási egység, ezt meg tudom erősíteni. Kvázi „brandként” már ismert fogalom, és azt gondolom, hogy ez az elmúlt 10 év munkájának az eredménye, vélelmezem, hogy a beszélgetőtársak ezt meg tudják erősíteni.

D. L.: Annyit szerettem volna itt mondani, hogy többször visszatértem már a vármegyei kórházi ellátói szintre, miszerint ott legyen egy kapcsolattartó.

Ez egy nagyon fontos dolog lenne, mert nem csak arról beszélünk, hogy a saját létjogosultságunkat próbáljuk alátámasztani, hanem a feladatellátás operatív szervezéséről is szó van. Hiszen az egyik legfontosabb kiemelt terület lenne az elkerülhető halálozás csökkentése és az egészségben töltött életevek növelése, ehhez viszont szükség van az ellátórendszerre is.

Ha például a népegészségügyi szűrésekre való mozgósításról beszélünk, ahhoz kell a kórházi háttér, hiszen az EFI-k nem tudnak például mammográfiás szűrést csinálni, csak a kórházak. Épp ezért a kórházban mindenképpen kell legyen egy olyan kapcsolattartó, aki ismeri a kapacitásokat, tud csinálni például egy éven belüli felosztást, hogy melyik földrajzi területről hogyan irányítsák a pácienseket, ami egyenletes terhelést jelent éves szinten a kórháznak. Tudja, hogy milyen kapacitásokkal rendelkeznek, visszajelzést tud adni a vármegyei irányítónak, akár az országos központnak, hogy milyen tárgyi eszközökre, szakemberekre, fejlesztésekre van szükség, hogy hatékonyabban ellássák a feladatukat. Tehát úgy gondolom, hogy itt az Egészségfejlesztési Irodának lesz egy köztes, közvetítő szerepe is, hogy az ellátási szinteket – alapellátás, járóbeteg ellátás, fekvőbeteg ellátás – egy kicsit szorosabbra fűzzék és hatékonyabbá tegyék.

K. B.: Rácsatlakozva erre – szintén egy analógiában gondolkozva –, igazából a betegúthoz hasonlóan vázolta Lajos, ha jól értettem, ahol az alapellátásba bekerülő betegnek optimális esetben megvan a betegútja, szükség szerint a rehabilitá-

cióig. Ennek az analógiájára az EFI-k egyfajta kliensútban gondolkozhatnak, hiszen, ha bekerül valaki az Egészségfejlesztési Irodába és továbbírányításra van szüksége, akkor értelemszerű, hogy ezeknek az utaknak javasolt működniük az ellátórendszer minden szintjén, akár háziorvoshoz és onnan tovább dohányzás, alkohol – most csak példákat emelek ki – esetében a szakellátó irányába. Tehát egyértelmű, hogy akkor tud jól működni egy EFI, ha integrálódik a rendszerbe. Ez az, ami az első felvetésem volt, hogy ennek a jó helyét kellene megtalálni, hogy harmóniában a rendszer többi részével tudjon működni.

T. É.: Az EFI-k 10 éves működése során

a beteg- és kliensutak úgymond informális úton már kialakultak. Viszont, ha ezek szabályozva lennének, és egyáltalán maguknak az EFI-knek a feladata, de legfőképpen a szerepköre is szabályozva lenne, kapnánk egy világos képet és működési elvet, az mindenképpen sokat segítené ezeken a problémákon.

De a 10 éves működés tényleg azt mutatja, hogy az igazán jól működő járási betegutak azért biztosítva vannak akár az alapellátás, akár a szakellátás felé. Azt gondolom, hogy az együttműködések már megalapozottak és kialakultak. A kérdés az a jövőben, ha bármiféle változás áll be majd a betegutakkal kapcsolatosan, akkor egy ismeretlen területre fogunk érni, és mindenképpen jó, ha ez szabályozva lesz.

V. J.: Nekem az tűnt fel abban, amit mondtatok, hogy a kliens szót visszatérő téma volt. Meg még az is elhangzott, hogy ha betéved vagy bemegy valaki egy egészségfejlesztési irodába és így tovább. Tehát mintha úgy képzelitek el, vagy legalábbis ez derült ki, hogy az EFI-k hasonlóan működik, mint az ellátó-rendszer. Tehát

bemegy a kliens az EFI-be és különböző szolgáltatásokat vesz igénybe. Ugyanakkor az is elhangzott, hogy 0-100 éves korig kellene ellátni az embereket, és mivel egy részük intézményekben érhető el – köznevelési intézményekre gondolunk, vagy akár idősotthonokra –, velük kapcsolatban más típusú kliensút képzelhető el, hiszen ott inkább az EFI-nek kellene odamennie, ahogy említettétek a programok kapcsán is. Tehát ez egy kicsit más fajta megközelítést igényel, nem olyat, mint az egészségügyi ellátórendszerben. Erről mit gondoltok?

T. É.: Én úgy gondolom, hogy az EFI-k működésénél mindenképpen egy egészséges egyensúlyra érdemes törekedni. Nagy szükség van arra, hogy az egyéneket kiszolgáljuk egyéni tanácsadás, állapotfelmérés és kockázatbecslés tekintetében, ugyanakkor a fókusz valóban a közösségi egészségfejlesztő programokon van, amikor viszonylag nagy számban tudjuk elérni a lakosságot. Én személy szerint 60-40 százalékos arányban tudom elképzelni, 40% az egyéni egészségfejlesztés és 60% a közösségi egészségtevékenységek.

D. L.: Véleményem szerint is mindenféleképpen ennek a kettőnek kéz a kézben kell járnia. Attól függetlenül, hogy valaki bejön az EFI irodába, vagy az EFI iroda megy ki, a feladat még ugyanaz: ha van akár egy tájékoztató jellegű mérés, akár egy konzultáció, egy lelki probléma felszínre kerül, utána tudjuk hova irányítani. Én úgy gondolom, hogy ez a kettő nagyon szépen megfér egymás mellett, ahogy említettem is korábban a négy fő területnél, ide tartozik még az életmódváltó tevékenység és ugyanúgy a primer prevenciók színtérprogramok is. Azt mindenképpen fontosnak tartanám elmondani – már volt szó a szakember kérdésről –, hogy fel kell emelni az elvárt képzettségi szintet. Kicsit ellentétes az, amilyen a szakember meghatározása most országosan, mint ami az

egészségügy irányvonala. Amíg a fiókgyógyszertárakban májustól már jogszabály mentén nem kell gyógyszerésznek lennie, mert gyógyszerészeti asszisztens kiadhatja a gyógyszert – ami azért nem egy primer prevenciók kategória és annak a következményei sem feltétlenül azok –, addig az EFI-ben fel lett emelve az elvárás. Például E kategóriás ápoló nem dolgozhat EFI-ben, csak diplomás végzettségű egészségügyi dolgozó, miközben nem kapjuk meg a bértámogatást, nincs egészségügyi szakmakód, és emellett nem tudjuk finanszírozni az ő bérüket. Gyakorlatilag a lelki egészség funkcióval működő EFI ugyanannyi pénzt kap, mint az anélkül működő EFI, ami arra ösztönzi a fenntartót, hogy vagy szüntesse meg a lelki egészség funkciót, vagy szüntesse meg az egész irodát. Sajnos ez egy sokéves probléma. Erre a bér és humán erőforrás problémára épülne rá, ahogy említésre is került, például a közösségi kommunikációs kérdés: annak, hogy kitelepülünk, költsége van. Üzemanyag, kiküldetés, szóróanyagok és demonstrációs eszközök, technikai eszközök kellenek, ehhez szükséges a forrás. Úgy gondolom, hogy mind a két típusú tevékenységre szükség van, hiszen széles körben kell tájékoztatni, bevonni a lakosságot 0-tól akár 100 évig, ha pedig valakinek olyan szintű segítségre van szüksége, ami egyéni támogatást igényel, akkor erre tudjunk egyéni választ is adni.

V. J.: Bea, te mit gondolsz erről az intézményrendszerről?

K. B.: Igen, én is így gondolom, mindkettőnek létjogosultsága van, mind az egyéninek, mind a csoportoknak, az arányon nyilván el lehet vitatkozni. Ha az egészségfejlesztésnek úgymond a küldetését vizsgáljuk, akkor ott az a cél, hogy minél több emberhez érjünk el, és minél több embert szólítsunk meg, illetve próbáljuk abba az irányba motiválni, hogy

az egészségét megőrizze, illetve a betegségeket megelőzze. Ebben az esetben mindenképpen a csoportos és nagyobb létszámú eseményekre szükséges gondolni. Egyetértek azzal is, hogy az egyéni igények is felmerülnek. Azt gondolom, hogy valamennyi EFI küzd azzal a problémával, hogy a lelki egészség egy olyan műfaj, ahol jellemzően az egyéni kliens fogadásra lenne nagyobb szükség, és szakemberhiány is talán ezen a területen mutatkozik, az mindenképpen egy másik végpontja ennek a történetnek. Amit még hozzátennék annak kapcsán, hogy említettük már a végpontjait az életkori ívet, hogy a szűrés maga, mint rendszer, az 0 és 18 év között működik a hungarikumnak is mondott védőnői rendszerben, iskola egészségügyi ellátásban. Tulajdonképpen ott egy rendszerben vannak a gyerekek, a kiskorúak és ebben a tekintetben inkább beavatkozási pontként tud belépni az EFI. Programot visz annak fényében, hogy esetleg a védőnő, az iskola, egészségügy, az oktatási intézmény, mit kér, hol vannak a nagyobb problémák. Ha az életkori ívnek a másik végét nézzük, az idősoththonokat, az időskorúakat gondozó intézményeket, szociális intézményeket, ott szintén egyfajta „többes rangú”, de prevenciót lehet gyakorolni, csoportosan oda vinni azt a mozgást, azt az énekes mozgásos foglalkozást az Alzheimeres betegnek, ami annak a korcsoportnak felel meg leginkább. A kettő közötti korosztályok, amiket gyűjtőnéven akár nevezhetünk aktív korosztálynak, ott például a munkahelyi közösségek azok, ahova oda lehet menni. Ha a munkáltató kérésére települ ki az EFI, lehet szó egyéni felmérésekről, de ugyanúgy igényelhet csoportos szolgáltatást is, kvázi mint egy választ az esetleges munkahelyi felmérések eredményére. Tehát mindkettőnek helye van. Én azt sem merném kijelenteni, hogy országos szinten ezek az arányok egységesek lehetnek, hisz valószínűleg Észak-

Kelet Magyarországon más a fókusz, mint mondjuk Észak-Nyugat Magyarországon. Ez a jó az EFI-kben, legalábbis úgy gondolom, hogy eddig volt mozgásterük, tudtak reagálni azokra a kérdésekre, amik az ott körvonalazódtak. A jövőben is jó lenne megőrizni ezt a rugalmasságot, még akkor is, ha bizonyos dolgok valóban egy picit szorosabb szabályozottság után kiáltanak.

V. J.: Azt szeretném még tisztázni, hogy jól értem-e, hogy azokban az intézményekben, színtereken, amiket említettél Bea - köznevelési intézményben, szociális intézményekben -, ugyanúgy lenne az EFI-nek feladata. Ez azért fontos kérdés, mert a jelenlegi szabályozás szerint köznevelési intézményekben nem igazán tevékenykedhetnek az EFI-k, így ez egy kritikus kérdés, amit jó lenne később tisztázni.

T. É.: Egy picit Lajoshoz szeretnék visszakanyarodni, mert nem mindenki számára ismert, hogy Egészségfejlesztési Iroda és Egészségfejlesztési Iroda között nagyon nagy különbség van abban a tekintetben, hogy milyen fenntartóhoz tartoznak. Vannak a szerencsésebb Egészségfejlesztési Irodák, akik az Országos Kórházi Főigazgatóság alá tartoznak, és úgynevezett beépített költségvetéssel működnek. Az ő esetükben a finanszírozás folyamatos és egyenletes. Amit Lajos említett, az ő esetükben a finanszírozás egy pályázat keretén belül történik, ha jól tudom. Itt a finanszírozás egy évben egyszeri összeget jelent.

Nagyon jó lenne, ha a finanszírozási rendszert közös nevezőre hozná majd a felelős kormányzat, hogy mindenki egységesen és folyamatosan kapja meg a finanszírozását.

V. J.: Ezzel máris felvezetted az utolsó kérdést.

D. L.: Egy kis pontosítást szeretnék tenni: nem az egy évben egyszeri finanszírozással van a baj, hanem a likviditással. Azzal, hogy nem januárban kapjuk meg a tárgyévi finanszírozást, hanem decemberben. A finanszírozás rendben van, a likviditással van a nagyobb probléma. Ez egy leghátrányosabb helyzetű térségben kezelhetetlen kérdés. NEAK finanszírozást nem lehet ráfordítani, az önkormányzatoknak nincs pénzük, piaci hitelt kell felvegyen a leghátrányosabb helyzetű település önkormányzata, hogy aztán azt átadja az intézményünknek, amiből mi finanszírozzuk a béreket. Tehát ezzel van a probléma, mert ha ez év elején állna rendelkezésre egy összegben akkor már csak technikai kérdés lenne, hogy havonta kapjuk, vagy egy összegben kapjuk meg a finanszírozást.

V. J.: Világos, és ez fontos kérdés. A végszó az lenne, hogy mik lennének azok a legfontosabb lépések az EFI-k szempontjából, amiket meghozva egyenesbe kerülhetnének. Mondjatok 2-2-t, Éva te az egyiket szerintem már mondtad is.

T. É.: Igen, egyrészt egy egységes és folyamatos finanszírozás, erre nagyon nagy szükség lenne. A másik pedig a feladat és szerepkörök tisztázása.

V. J.: Jogszabályi formában?

T. É.: Jogszabályi háttérrel, így van.

V. J.: Lajos, neked mi jut eszedbe? Mi lenne ez a két legfontosabb dolog, azon kívül, amit Éva már említett?

D. L.: Igen, itt nagyon sok mindent lehetne sorolni. Én kettő olyat említenék, ami még nem hangzott el. Az egyik az országosan egységes adatbázis. Van olyan szoftver szolgáltató, aki több tucat EFI-nek biztosít háttérrel, ez lehetne országosan egységes, akár úgy, ahogy az EESZT is működik.

Hiszen egy nagyon heterogénen működő tevékenységről van szó, amit nem is lehet egyértelműen leszabályozni. Egyébként arról már beszéltünk, hogy heterogén maga a földrajzi környezet, a szociológiai háttér, a programalkotás, de attól lehetne egy egységes informatikai rendszer, hogy az adatokat lássuk, hiszen a finanszírozónak az az egyik problémája, hogy nem tudja a tevékenységünket értékelni. Én úgy gondolom, hogy ez az egyik kulcs terület a jövőbeni finanszírozás érdekében. A másik pedig, amit én nagyon régóta emlegetek, az országosan egységes arculat, megjelenés. Szoktam azt a példát felhozni, ha valakinek ég a háza és meglátja, hogy közelít egy nagy piros teherautó szirénázva, létrával és tömlőkkel, akkor tudja, hogy az egy tűzoltóautó. És attól, hogy van egy országos tűzoltóság – ami egy állami fenntartású szervezet – vannak helyi önkéntes tűzoltó egyesületek is, akiknek ugyanúgy rajta van a tűzoltó autójuk hátulján a logójuk és az országos logó is, tehát a lakos be tudja azonosítani, hogy milyen szervezettel találkozott. Nem

azt mondom, hogy töröljük el a saját arculatunkat, de

ahhoz, hogy tudják az emberek, hogy ez milyen szervezet és hova tartozik, nagyon sokat segítene az országosan egységes megjelenés.

V. J.: Bea, te mit javasolnál?

K. B.: Magamat ismétlem egyfelől, tehát az EFI-k jogállása, ami a vesszőparipám, hogy mi a jogállásuk és a rendszerben hol vannak. Ehhez csatlakozik, hogy egyfajta feladat finanszírozást is jónak gondolok, amikor elég jól látható, hogy ha az EFI ezt a tevékenységet végzi, akkor ezért milyen finanszírozás jár. Picit analóg ez is a járóbeteg- és fekvőbeteg finanszírozáshoz, hogy kiszámítható és tervezhető legyen.

V. J.: Köszönöm szépen a sok tapasztalatot, amit elmondtatok és a javaslatokat is! Köszönöm szépen a részvételt!

TOVÁBBI INFORMÁCIÓ AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI IRODÁKRÓL

Multidiszciplináris Munkacsoport. (2023) Alapvetések az egészség és jólét javításához. Fehér könyv a magyar népegészségügy 21. századi megújításáról. 13 és 14. oldal. Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület, Budapest. <https://nepegeszsegugy3.hu/multimcs>

VIZUÁLIS KIVONATOK

Vizuális kivonat: A népegészségügy újragondolása
A reform fő irányai

Visual extract: Reimagining Public Health
Mapping A Path Forward

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.16007](#)

Kulcsszavak: népegészségügy; társadalmi meghatározók; reform
Keywords: public health; social determinants; reform

A Covid-19 világjárvány és egyéb aktuális népegészségügyi kihívások rávilágítottak az amerikai népegészségügyi rendszer hiányosságaira. Az Egyesült Államok olyan különleges helyzetben van, amely a Népegészségügy 3.0-ra és az egészség társadalmi meghatározó tényezőire alapozó, valamint a különböző ágazatokkal való partnerségekre összpontosító átalakítást

sürget, miközben elismeri, hogy a világjárvány megváltoztatta a népegészségügy színtereit.

A népegészségügyi szervezetek, az egyes kormányok és a tudományos élet széles körű erőfeszítéseire van szükség a népegészségügy következő szakaszába való átmenet felgyorsításához.

Kontextuális	Tematikus	Technikai
Elszámoltathatóság - A lehető legnagyobb átláthatóság biztosítása a kormányzati intézkedésekben. - A közösségi tagok és a partnerek hangjának érvényesítése a kormányzati döntéshozatalban. - A hatalom megosztása a döntéshozatalban és a költségvetés kialakításában. - A népegészségügy sikereinek és hatásainak dokumentálása és kommunikálása. Politizálódás és polarizáció - Azon területek azonosítása, ahol politikai ideológiák közötti konszenzus és közös álláspont lehetséges (például az opioidfüggőség). - A helyi adatok és helyi információk források (beleértve a pártfüggetlen szervezeteket is) jobb kihasználása. - Jogi védelem és bejelentő rendszer létrehozása a népegészségügyi dolgozók ellen elkövetett erőszakos támadások visszaszorítására.	Éghajlatváltozás - Az éghajlatváltozásnak a népegészségügyi gyakorlat egyik fő prioritásává tétele, külön forrásokkal és szakemberekkel. - Az éghajlatváltozás közvetlen és közvetett hatásainak nyomon követésére szolgáló felületei rendszerek továbbfejlesztése. - Az éghajlatváltozás kiváltó okait kezelő szakpolitikák támogatása, beleértve a kibocsátáscsökkentést és a fenntartható várostervezést. Méltányosság - Az egészségi méltányosság a népegészségügyi szervezetek alapértékévé tétele, monitorozó rendszerek kialakítása, a dolgozók készségfejlesztése és új partnerségek felállítása. - A méltányossággal kapcsolatos nyelvezet megváltoztatása a nyilvánosság és a politikai döntéshozók teljesebb bevonása érdekében. - A marginalizált népességcsoportok egészségügyi és szociális szükségleteinek teljesebb körű kielégítése.	Adattudományok - Az adatkészletek és a kutatási archívumok összehangolásának aktív támogatása. - Az adattudományok terén a kapacitás növelése. - A közösségek bevonása az adattudományi folyamatba. - A népegészségügyi veszélyeket észlelő és nyomon követő, valós idejű felületei rendszerek kifejlesztése. Munkaerő - Nagyobb hangsúly fektetése a meglévő munkaerő képzésére. - Képzésfejlesztés új területeken, beleértve az ellenálló képesség, a kommunikáció, a rendszerszemléletű gondolkodás és a vállalkozói készségek területeit. Kommunikáció - Marketing- és tömegkommunikációs módszerek alkalmazása a célcsoport különböző szegmenseinek azonosítására. - Pozitív és előnyöket bemutató üzenetkeretek azonosítása. - Az empirikus bizonyítékok könnyen érthető és releváns történetekké való átalakítása. - A félretájékoztatás "szuperterjesztőinek" azonosítása. - Megbízható közösségi tagok bevonása a félretájékoztatás visszaszorításába.

1. ábra: A vonatkozó szakirodalom, a saját tapasztalataink és a népegészségügyi vezetőkkel készített interjúk alapján az átalakulás támogatása érdekében három nagy kategórián belül hét területet írunk le. A kontextuális területek közé tartozik az elszámoltathatóság növelése, valamint a politizálás és a polarizáció kezelése. A tematikus területek közül kiemelkedik az éghajlatváltozás prioritásként való kezelése és a méltányosságra való összpontosítás. A technikai területek közé tartozik az adattudományok fejlesztése, a munkaerő-fejlesztés és a kommunikációs kapacitás fokozása. Az átalakított népegészségügyi rendszer nagymértékben függ a vezetéstől, a finanszírozási ösztönzőktől, valamint az alulról felfelé és felülről lefelé irányuló megközelítésektől. (Forrás: Samet és Brownson, 2024)

AJÁNLÁS

Az évtizedek óta kevés sikert felmutató megelőzési tevékenységen túl, a Covid-19 járvány hazai tapasztalatai felhívják a magyar szakemberek figyelmét, hogy alapvető változtatások szükségesek a magyarországi népegészségügyben is. Az

ebben a közleményben javasolt területeken és témákban hazánkban is előrehaladást kellene elérni ahhoz, hogy lényeges javulást tapasztaljunk a magyarok egészségében és jólétében. Ehhez nélkülözhetetlen a régi szemlélet és gyakorlat megváltoztatása. Új megközelítésekre és megújult intézményrendszerre van szükség.

HIVATKOZÁSOK

Samet, J., & Brownson, R. C. (2024). Reimagining Public Health: Mapping A Path Forward. *Health affairs (Project Hope)*, 43(6), 750–758. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2024.00007>

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 06. 07.
Elfogadva: 2024. 06. 07.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Szakedokumentum: Hazai Egészségpillanatkép, 2024. A magyar lakosság egészségveszteségei a Global Burden of Disease Study 2021 adatai alapján

*Report: Hungarian Health at a Glance, 2024.
Health losses of the Hungarian population based on the Global Burden of
Disease Study 2021*

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.16530](https://doi.org/10.58701/mej.16530)

Ismertetett szakedokumentum: Vitrai, J & Bakacs, M. (2024) Hazai Egészségpillanatkép, 2024. A magyar lakosság egészségveszteségei a Global Burden of Disease Study 2021 adatai alapján. ResearchGate. doi: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.34313.45922>

Kulcsszavak: egészségveszteségek; halálozás; elvesztett egészséges életévek; Magyarország
Keywords: health losses; mortality; disability adjusted life years; Hungary

Jelen közlemény annak a tanulmánynak (Vitrai és Bakacs, 2024) a vezetői összefoglalója, ami megismétli két korábbi, a *Global Burden of Study* (GBD) adataira épülő elemzést (Vitrai, Bakacs és Varsányi, 2017, Vitrai és Bakacs, 2021). A GBD 1991 óta ismétlődően megjelenő jelentései az egészség megromlásából fakadó terhek, illetve a kapcsolódó kockázatok pontosabb becslését közlik többek között Magyarországra is. A legfrissebb, 2021-es adatok alapján értékelhetők a Covid-19 járvány hatásai is. Az időbeli változások, és más országok adataival való összehasonlítás alapján értékelhető a magyar népesség egészségveszteségei és azok hátterében álló kockázatok. A tanulmány bemutatja, hogy a nagyobb betegségcsoportok mekkora súlyt képviselnek az egészségveszteségekben, illetve feltérképezi a kockázati tényezőket. A veszteségeket egyrészt halálozási adatokkal, másrészt az elvesztett egészséges életévekkel jellemzi.

Az utóbbiak a veszteségekről teljesebb képet mutatnak, hiszen a halálozás mellett a ritkán halálos betegségek (pl. a lelki betegségek) miatti korlátozottságot is számításba veszik.

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A Global Burden of Disease Study 2021 legfrissebb adatai lehetőséget nyújtanak a magyar lakosság egészségének részletesebb értékelésére. A szerzők a 2019-es és 2021-es halálozás mutatóival, valamint a korlátozottságot is magába foglaló, egészséges életév-veszteséggel jellemzik a magyar nők és férfiak egészségveszteségeit, külön kiemelve a 20-54 éves korosztályt. Az egészségkockázatok jelentőségét a hozzájuk kapcsolt elvesztett egészséges életévek részarányával írják le. A magyar adatokat Ausztria és a többi Visegrádi ország értékeivel vetik össze.

2021-ben Magyarországon tízezer nő közül 155, tízezer férfi közül 167 hunyt el. A halálesetek valamivel több, mint felét a szív- és érrendszeri betegségek és a rosszindulatú daganatok okozták, de a Covid-19 is jelentős részarányt képviselt. A 2019-es járvány – megtörve a korábbi csökkenő trendet – a halálozási arányban 20% körüli emelkedést okozott.

A 20-54 éves nőknél tízezer főre 17, férfiaknál 36 haláleset történt. A halálokok részaránya ebben a korosztályban eltért a teljes népességnél megfigyelttől. Nőknél a daganatos megbetegedések vezették a halállok rangsort, majd a Covid-19 és a szív- és érrendszeri betegségek következtek. A férfiaknál a szív- és érrendszeri betegségek, a Covid-19 és a daganatos megbetegedések volt a sorrend.

2021-ben a magyar nők és férfiak halálózása a szlovákokkal együtt a legmagasabb volt a többi Visegrádi országhoz és Ausztriához viszonyítva. A járvány előtti évhez képest legkevésbé Ausztriában, leginkább Szlovákiában nőtt a halálozás, Magyarországon a növekedés az öt ország átlagához közeli volt. A járvány Szlovákia után Magyarországon okozta a legmagasabb arányú halálozást, a cseh és a lengyel értékek mintegy 25%-kal voltak kedvezőbbek a magyarnál, azonban az osztrák értéknél háromszor magasabb volt a magyar Covid-19 halálozás.

2021-ben népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető lett volna legalább minden negyedik haláleset Magyarországon. Ez a vizsgált országok között a legrosszabb érték volt. Megfelelő orvosi ellátással minden nyolcadik halálesetet lehetett volna elkerülni, ez a második legrosszabb értéket jelentette a többi vizsgált országhoz viszonyítva.

2021-ben Magyarországon az „idő előtti” halálozást és a korlátozottságot magába foglaló elvesztett egészséges életévek 100

ezer főre vetített száma 43 ezer volt a nőknél, és 50 ezer a férfiaknál. 2019-hez képest ez 15%-os, illetve 18%-os emelkedésnek felelt meg. A nők és a férfiak egészségveszteségeinek több mint felét a szív- és érrendszeri, a daganatos betegségek és a Covid-19 okozta. További jelentősebb egészségveszteséggel jártak olyan, halálhoz ritkábban vezető betegségek, mint a mozgásszervi, az idegrendszeri, valamint a lelki betegségek.

A 20-54 éves korosztályban, 2021-ben 100 ezer főre 21 ezer egészséges életévet veszítettek a nők, míg a férfiak 26 ezret. Ez 15% illetve 19%-kal haladta meg a 2019-es értékeket. A betegségek megoszlása e korcsoportban jelentősen eltért a teljes lakosságétól. A nőknél a veszteségek legnagyobb részét a mozgásszervi betegségek okozták, sorrendben a következő a rosszindulatú daganatok, majd a lelki betegségek, illetve a Covid-19 következett. A 20-54 éves férfiaknál a veszteségek sorrendben a Covid-19, a szív- és érrendszeri, illetve a daganatos betegségek voltak.

2021-ben a magyarországi egészségveszteségek meghaladták a Visegrádi országok és Ausztria veszteségeit mind a nőknél, mind a férfiaknál. A legnagyobb különbség az osztrák értékekkel összevetve adódott, és a szlovák értékekhez álltak a legközelebb. 2021-ben a Covid-19 járvány okozta magyar és a szlovák egészségveszteségek voltak a legnagyobbak a vizsgált öt országban.

A magyar nők 2021-ben elszenvedett összes egészségveszteségének mintegy 40%-át, a férfiaknál közel felét lehetett ismert kockázati tényezőkkel megmagyarázni. A nők azonosított veszteségeinek nagy részét a magas vérnyomás, a magas testtömegindex és a magas vércukorszint okozta. A férfiaknál a magas vérnyomás, a dohányzás és a magas testtömegindex szerepelt a legnagyobb veszteséget okozó

kockázati tényezők között. A legtöbb életév-veszteség a 20-54 éves nőknél és a férfiaknál is a dohányzáshoz, az alkoholfogyasztáshoz, illetve a magas testtömegindexhez volt kapcsolható.

Magyarországon 2021-ben magasabb volt az egészségkockázati tényezőkhez kapcsolt egészséges életév-veszteség, mint az összehasonlításba bevont többi országban. Ugyanez igaz volt külön-külön a viselkedési, az anyagcserével összefüggő és környezeti kockázatokra is. Az összes kockázathoz köthető magyar veszteség legjobban az osztrák értéket haladta meg, legkevésbé a szlováktól különbözött.

A fenti eredmények rávilágítanak arra, hogy a viselkedési és az anyagcseréhez kapcsolható kockázatok csökkentése jelentős egészségnyereséggel járna Magyarországon. Az egészséges táplálkozás előmozdítása, a dohányzás és az alkoholfogyasztás visszaszorítása nemcsak a halálozásban, hanem a korlátozottság miatt fellépő egészségvesztésekben is jelentősen csökkentené a nemzetközi rangsorokban mutatkozó hátrányunkat.

Az adatokból kiderül, hogy a magyar népesség egészségvesztései csak részben jellemezhetők a halálozással. Ez leginkább kitűnik a 20-54 éves nőknél, ahol a betegségek miatt fellépő korlátozottság a veszteségek kétharmadát

magyarázza. Ebből következően a lakosság egészségének javítására irányuló intézkedések tervezésekor nem elegendő csupán a halálozási adatokra támaszkodni, hanem a korlátozottságot is magába foglaló egészséges életév-veszteség értékeit célszerű figyelembe venni.

A magyarországi egészségvesztések 2019-ről 2021-re – különböző mutatók szerint – 15-20%-kal növekedtek, melynek hátterében egyértelműen a Covid-19 azonosítható. A járvány további jellegzetességeként a halálozás részaránya megnövekedett az egészségvesztéseken belül. Hasonló változások voltak a többi Visegrádi országban is, Ausztriában azonban a veszteségek csak néhány százalékkal növekedtek, és a halálozás részaránya is változatlan maradt. Mindezek felhívják a figyelmet, hogy vizsgálni szükséges azokat a tényezőket, amelyek miatt Ausztriához viszonyítva hazánkban és a többi Visegrádi országban a COVID-19 járvány súlyosabb következményekkel járt.

AJÁNLÁS

A hazai egészségvesztések elemzésének eredményei hozzájárulhatnak a magyar lakosság egészségének javításához a beavatkozások irányának megfelelőbb kijelölésével és az erőforrások célszerűbb fókuszálása révén.

HIVATKOZÁSOK

- Vitrai, J & Bakacs, M. (2024) Hazai Egészségpillanatkép, 2024. A magyar lakosság egészségveszteségei a Global Burden of Disease Study 2021 adatai alapján. ResearchGate. doi: <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.2.34313.45922>
- Vitrai J. József, V., Bakacs, M. & Varsányi, P. (2017). Hazai egészség-pillanatkép, 2017. *Egészségfejlesztés*, 58(4), 59-75. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i4.205>
- Vitrai, J & Bakacs, M. (2021). Hazai Egészségpillanatkép, 2020. Gyorsjelentés a Global Burden of Disease Study 2019 adatai alapján. *Egészségfejlesztés*, 62(1), 35-46. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v62i2.654>

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 07. 22.
Elfogadva: 2024. 07. 23.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Az egészségveszteségek globális trendje

A 2021-es Global Burden of Diseases Study 2021 válogatott eredményei

*Article review: The global trend in health losses
Selected results of the Global Burden of Diseases Study 2021*

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.15978](https://doi.org/10.58701/mej.15978)

Ismertetett cikk: Murray, C. J. L., & GBD 2021 Collaborators (2024). Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet (London, England)*, 403(10440), 2259–2262. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00769-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00769-4)

Kulcsszavak: egészségveszteség; halálozás; egészségkockázat; előrejelzés
Keywords: health loss; mortality; health risk; forecast

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

A *Global Burden of Diseases Study* (GBD) 1991-ben indult, és az elmúlt három évtizedben folyamatosan tett közzé átfogó egészségelemzéseket. A GBD minden ismételése egyre részletesebbé vált, több okot, kockázatot és földrajzi helyet tartalmazott, javította a korcsoportos elemzések felbontását, és a fejlesztés lehetővé tette a kiegészítő tanulmányok elvégzését. Így készült el például többféle előrejelzés (GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators, 2024), és az antimikrobiális rezisztencia terhének becslése is (Ranjbar & Alam, 2023). A nagyobb részletesség az elsődleges adatforrások jelentős növekedése miatt vált lehetővé: a GBD 2021-ben 328 938 különböző adatforrást használt fel, ami 459 betegség és kockázati tényezőre vonatkozó, több mint 607 milliárd mutató becslését tette lehetővé. A mutatókat nemzetközi szakértői gárda állította

össze, amelynek létszáma már meghaladja a 12 000 főt. A 2021-es GBD-ben központi szerepet játszik a Covid-19 járvány szám-talan mechanizmuson keresztül megvalósuló hatása, de a tanulmány eredményei emlékeztetnek minket arra, hogy más globális trendek annak ellenére is folytatódtak, hogy a világ egy súlyos egészségügyi sokkot élt át.

EREDMÉNYEK

Várható élettartam, halálozás

A Covid-19 a várható élettartamban akkora visszaesést okozott, amire 71 év óta nem volt példa. Globálisan a csökkenés 1,6 év volt 2019 és 2021 között, és 204 ország, illetve térség közül mindössze 32-ben figyelték meg a várható élettartam növekedését. A járvány jobban sújtotta a férfiakat, ugyanakkor az 5 év alattiak

halálózása tovább csökkent. Az elmúlt hét évtizedre visszatekintve megállapítható, hogy mind a felnőttek, mind a gyermekek életkilátásai folyamatosan javultak: 1950 és 2021 között 22,7 évvel emelkedett a várható élettartam. A világon jelentősen csökkent a fertőző betegségek okozta halálozások száma, különösen a gyermekek körében, ami a higiénia javulásának, a specifikus beavatkozásoknak (pl. gyermekkorai védőoltások) és a hatékony egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javulásának köszönhető. 1950-től – az első olyan évtől, amelyre vonatkozóan a GBD becsléseket készít a várható élettartamról – a Covid-19 világjárvány kezdetéig a világ népességének élettartama általában javult, köszönhetően a növekvő iskolai végzettségnek, az egy főre jutó jövedelem növekedésének és az egészséget javító termékek és módszerek terén elért, figyelemre méltó technikai innovációnak. A várható élettartamban a Covid-19 világjárvány miatt bekövetkezett trend megfordulása arra hívja fel a figyelmet, hogy az egészségügyben elért eredmények bizonytalanok.

A magas jövedelmű országokban már a Covid-19 világjárvány előtt is megjelentek az új kihívásokra utaló figyelmeztető jelek. A szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozás folyamatos és látszólag feltartóztathatatlan csökkenése több országban megállt, sőt megfordult. Ezt a megfigyelést valószínűleg az elhízás és ehhez kapcsolódóan az éhomi vércukorszint növekedése okozta. Ezen túlmenően más globális fenyegetések, mint például az antimikrobiális rezisztencia, a mesterséges intelligencia rosszindulatú felhasználása által táplált bioterrorizmus, valamint az éghajlatváltozás és annak számtalan hatása, beleértve a hőterhelést jelentő környezet által okozott növekvő élelmezési bizonytalanságot, továbbra is azzal fenyegetnek, hogy kisiklatják a fejlődés általános tendenciáit.

Termékenység

A világ hihetetlen termékenységi átmene- tet élt át, ami oda vezetett, hogy a legtöbb országban a teljes termékenységi ráta a 2,1 gyermek/nő helyettesítési szint alatt van. A nők képzettségének növekedése, a modern fogamzásgátló módszerek által kielégített igények, az urbanizáció és a gyermekhalandóság csökkenése miatt a termékenységi arányszámok gyorsan csökkenhetnek. A becslések szerint 2021-ben mintegy 110 országban a teljes termékenységi arányszám a helyettesítési szint alatt lesz, és 2050-re várhatóan 155 országban lesz így. Ezzel szemben a szubszaharai Afrika nyugati részén a teljes termékenységi arányszámok lassú csökkenése – az 1950-es 6,94-ről 2021-re 4,29-re, 2050-re pedig 2,72-re – azt jelenti, hogy a teljes népesség a szubszaharai Afrika egészében valószínűleg tovább fog nőni, esetleg a század végéig. Az éghajlati változások, a növekvő iskolai végzettség és a nők reprodukív egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést célzó erőfeszítések felgyorsíthatják a termékenység csökkenését. Ha azonban a termékenység ebben a régióban nem csökken az előre jelzettnél sokkal hamarabb és gyorsabban, akkor a Száhel-övezetben jelentősen megnőhet az éghajlati válságnak, az erőforráshiány és a politikai instabilitásnak, a magas gyermekhalandóságnak és a szegénységnek kitett emberek száma. A világ többi részén tartósan alacsony termékenység és a szubszaharai Afrika számos országában a pótlást meghaladó termékenység közötti ellentét azt jelenti, hogy demográfiai egyensúlytalanság alakul ki. Ebben az évszázadban számos ország afrikaiak nagymértékű bevándorlására számíthat.

Kockázati tényezők

A magas testtömegindex (TTI) és az éhomi vércukorszint globális értékei folyamato-

san emelkednek, és az ezekkel összefüggő cukorbetegség gyakorisága is. Mivel az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés javul, több olyan országban, ahol gyakoribbá válik a cukorbetegség, mégis csökken a betegséghez köthető halálozás. Más, nagy betegségteherrel járó kockázatok azonban sürgős beavatkozást tesznek szükségessé. Ide tartozik a magas vérnyomás, az édesített italok fogyasztása, az alacsony fizikai aktivitás és a kábítószerfogyasztás.

A levegő porszenyezettsége – miközben az elvesztett életek egyik fő oka maradt – globálisan emelkedik, különösen Dél-Ázsiában. A járvány következtében mind a depresszió, mind a szorongás gyakorisága jelentősen megemelkedett az egész világon.

Előrejelzések

A GBD 2021 jelentés a globális betegségteher 2050-ig szóló előrejelzését is magába foglalja. A valószínűségekre épülő előrejelzés valamennyi vizsgált kockázati tényezőt számításba veszi. Ugyancsak figyelembe vették az éghajlatváltozás közvetlen hatásait, továbbá a levegő porszenyezettségének várható trendjét is. Annak ellenére, hogy a testtömegindex, a vércukorszint, a droghasználat és néhány térségben a porszenyezettség is növekedni fog, a várható élettartam növekedése várható. A várt fejlődés azonban sérülékeny, és számos globális fenyegetés kisíklathatja azt. A Lancet „A XXI. sz. Globális Egészségkockázatai Bizottság” azon dolgozik, hogy számszerűsítse, vagy legalábbis jellemezze e főbb potenciális veszélyek némelyikét, beleértve az éghajlatváltozást, ami számos olyan lehetséges tényezőn keresztül hat, mint például az élelmezési bizonytalanság, a világjárványok, az antimikrobiális rezisztencia, a konfliktusok nukleáris eszkalációja, a mesterséges intelligencia rosszindulatú

használata, valamint a cukorbetegség, az elhízás, a függőség és a társadalmak öregedésének egyre nagyobb elterjedése.

KÖVETKEZTETÉSEK

Hatalmas lehetőségek állnak rendelkezésre a jövőbeli terhek jelentős csökkentésére és a várható egészséges élettartam növekedésének felgyorsítására, különösen, ha a nem fertőző betegségek főbb kockázatait kezeljük. Az elemzés számszerűsíti azt a potenciált, de nem határozza meg pontosan azt a mechanizmust, amellyel a legfontosabb kockázati tényezőkkel foglalkozni lehet. Bár a dohányzás csökkentésére igazolt szakpolitikai intézkedéscsomagok állnak rendelkezésre, az elhízás csökkentéséhez szükséges szakpolitikai csomag kevésbé egyértelmű. A GLP-1 agonisták sikere a tartós testtömegcsökkenés elérésében a kísérletek során egy új utat mutathat, de sokkal több kutatásra van szükség ahhoz, hogy megértsük a táplálkozási kockázati tényezők kezelésének lehetőségét lakossági szinten és a szociodemográfiai spektrumban. A GBD 2021 szerint ténylegesen három kulcsfontosságú kockázati tényezőt kell kezelni ahhoz, hogy jelentős hatást lehessen elérni: a dohányzást, az elhízást és a magas vérnyomást. Amint az egészségügyi vezetők mérlegelik a nem fertőző betegségek kockázatainak csökkentésének lehetőségeit országokban, e fő kockázati tényezők (és más, az előrejelzési tanulmányunkban számszerűsített, nem fertőző betegségek kockázatainak) kezelésére irányuló stratégiáknak kiemelt szerepet kell kapniuk a nemzeti vitákban.

AJÁNLÁS

A múlt- és jövőbeli trendek megismerése elősegíti a megfelelő döntéseket az egészség védelme, fejlesztése és visszaállítása

terén. A GBD 2021-es átfogó elemzése kiváló tájékoztató pontot nyújt a Föld lakosságának egészségi állapotáról, kózzatairól és azok jövőbeli alakulásáról.

HIVATKOZÁSOK

- Murray, C. J. L., & GBD 2021 Collaborators (2024). Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet (London, England)*, 403(10440), 2259–2262. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00769-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00769-4)
- GBD 2021 Fertility and Forecasting Collaborators (2024). Global fertility in 204 countries and territories, 1950–2021, with forecasts to 2100: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet (London, England)*, 403(10440), 2057–2099. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00550-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00550-6).
- Ranjbar, R., & Alam, M. (2023). Antimicrobial Resistance Collaborators (2022). Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. *Evidence-based nursing*, ebnurs-2022-103540. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/ebnurs-2022-103540>

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 06. 01.
Elfogadva: 2024. 08.01.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Társas kapcsolat és halálozás

Article review: Social connection and mortality

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.15838](https://doi.org/10.58701/mej.15838)

Ismertetett cikk: Foster, H. M. E., Gill, J. M. R., Mair, F. S. et al. (2023) Social connection and mortality in UK Biobank: a prospective cohort analysis. *BMC Med* 21, 384. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03055-7>

Kulcsszavak: epidemiológia; társas kapcsolat; társas elszigeteltség; magány; az egészség társadalmi meghatározói

Keywords: epidemiology; social connection; social isolation; loneliness; social determinants of health

ELŐZMÉNYEK

A társas kapcsolatok összetevői összefüggésbe hozhatók a halálozással, de hiányoznak az olyan kutatások, amelyek független és kombinált hatásait egyazon adathalmazban vizsgálnák. E tanulmány célja a társas kapcsolat funkcionális és strukturális összetevői és a halálozás közötti független és kombinált összefüggések vizsgálata volt.

MÓDSZERTAN

A UK Biobank kohorszból származó, a halálozási nyilvántartásokkal összekapcsolt 458 146 fő résztvevő teljes adatait elemezték a kutatók. A társas kapcsolatot két funkcionális (közeli személlyel bizalmas beszélgetés gyakorisága és a magányosság gyakori érzése) emellett három strukturális (a barátok/családtagok látogatásának gyakorisága, a heti csoportos tevékenységek és az egyedül élés) komponens mérésével értékelték. Cox-proporcionális kockázati modelleket (arányos veszélymodelleket) alkalmaztak a

teljes és a szív- és érrendszeri betegségek okozta halálozással való összefüggések vizsgálatára. Az összefüggések jellemzésére a kockázati hányadost (hazard rate; HR) használták, és megadták a 95%-os megbízhatósági tartományt (MT).

EREDMÉNYEK

12,6 év (11,9–13,3) medián követési idő alatt 33 135 résztvevő (7,2%) halt meg, beleértve 5 112 (1,1%) szív- és érrendszeri betegség (CVD, cardiovascular diseases) miatti halálozást. A szociális kapcsolat mutatók egymástól függetlenül összefüggtek mindkét kimenetellel. A barátok/családtagok ritkább, mint havi látogatási gyakorisága fordított arányban állt a halálozási kockázattal, ami küszöbhatást jelez. Interakciót találtak az egyedüllét és a barátok/család látogatásai, valamint az egyedüllét és a heti csoportos tevékenység között. Például azoknál, akik egyedül éltek, és akiket naponta látogattak barátok vagy családtagok, nagyobb volt a bármely okból bekövetkező halálozás kockázata azokhoz képest, akik ugyancsak

naponta fogadtak látogatókat, de nem éltek egyedül (HR: 1,19 [95% MT 1,12–1,26]). Ez a kockázat még nagyobb volt, ha valaki soha nem fogadott látogatót, bár nem élt egyedül (HR: 1,33 [95% MT 1,22–1,46]), illetve a legnagyobb volt azoknál, akik soha nem fogadtak látogatót, és egyúttal egyedül is éltek (HR: 1,77 [95% MT 1,61–1,95]). Az egyedül élők, akiket soha nem látogatnak a barátaik vagy családjuk, potenciálisan elveszíthetik más, védő hatású tényezők előnyeit is: a halálozási kockázat a legnagyobb azoknál, akiket soha nem látogatnak meg, és egyedül élnek, függetlenül a heti csoportos tevékenységektől vagy más funkcionális tényezőktől.

KÖVETKEZTETÉSEK

A vizsgálat alapján az látszik, hogy a barátok vagy családtagok látogatásainak hatása csak egy küszöbérték felett érvényesül. Tovább azok, akik strukturális elszigeteltségben egyedül élnek, nagy kockázatú csoportba tartoznak. Ezenkívül a társas kapcsolatok bizonyos típusainak jótékony

hatásai nem feltétlenül tapasztalhatók, ha a más típusú társas kapcsolatok hiányoznak. A társas kapcsolatok funkcionális és strukturális összetevőinek figyelembevétele segíthet azonosítani a legsebezhetőbb embereket a lakosság körében.

AJÁNLÁS

Sajnálatos módon a magyar társadalomban is komoly probléma az időskori elmagányosodás. Eddig is léteztek programok ennek felszámolására, ám az a hazai szakemberek számára is hasznos, új információ lehet, hogy a szív- és érrendszeri betegségek (CVD) kialakulására hogyan hat a magányos életmód. Így a társadalmunk egyik népbetegsége ellen akár új módszerekkel is védekezhetünk, közösségi módszerekkel. Az eredmények alapján a szociális szakembereknek különös hangsúlyt kell fektetni arra, hogy a látókörükbe került idős emberek szociális-társas helyzetét részletesen megismerjék, így olyan segítségre is szükségük lehet, amelyre első pillanatban nem is gondolhatunk.

HIVATKOZÁSOK

Foster, H. M. E., Gill, J. M. R., Mair, F. S. et al. (2023). Social connection and mortality in UK Biobank: a prospective cohort analysis. BMC Med, 21, 384. <https://doi.org/10.1186/s12916-023-03055-7>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

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

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 05. 19.
Elfogadva: 2024. 07. 29.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Népegészségügyi beavatkozások káros és szándékolatlan következményinek előrejelzése, felmérése a CONSEQUENT keretrendszerrel

Article review: Anticipating and assessing adverse and other unintended consequences of public health interventions using the CONSEQUENT framework

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.15839](https://doi.org/10.58701/mej.15839)

Ismertetett cikk: Stratil, J. M., Biallas, R. L., Movsisyan, A., Oliver, K., & Rehfuess, E. A. (2023). Anticipating and assessing adverse and other unintended consequences of public health interventions: the (CONSEQUENT) framework. *medRxiv*, 2023-02. DOI: <https://doi.org/10.1101/2023.02.03.23285408>

Kulcsszavak: népegészségügyi beavatkozások; kedvezőtlen és szándékolatlan következmények; döntéshozók; keretrendszer

Keywords: public health interventions; adverse and unintended consequences; decision-makers; framework

ELŐZMÉNYEK

A népegészségügyi beavatkozások a legjobb szándékok ellenére is kedvezőtlen és szándékolatlan következményekkel járhatnak. Ezeket a következményeket ritkán vizsgálják rendszerszerűen a népegészségügyi beavatkozások fejlesztése, értékelése vagy végrehajtása során. A szerzők strukturált, többoldalú és bizonyítékokon alapuló megközelítést alkalmaztak egy keretrendszer kidolgozásához, amely a kutatókat és a döntéshozókat támogatja a szándékolatlan következmények fogalmi és kategorizálási folyamatában.

MÓDSZERTAN

A szerzők a "legjobb illeszkedés" keretrendszer-szintézis megközelítést alkalmazták.

Az előzetes keretrendszert a WHO-INTEGRATE keretrendszer (Rehfuess és mtsai, 2019) és a Viselkedésváltoztatás Kereke (Michie, Van Stralen és West, 2011) elemeinek felhasználásával tervezték meg. Ezután kvalitatív, szisztematikus áttekintést végeztek a népegészségügyi beavatkozások kedvezőtlen és szándékolatlan következményeiről szóló elméleti és fogalmi publikációk között a Medline és Embase adatbázisokban, valamint a nem-szakirodalmi források áttekintése révén. Ezen eredmények alapján iteratív módon módosították és fejlesztették az előzetes keretrendszert a feltárt kutatások tematikus elemzése alapján. A keretrendszer érvényesítése és további finomítása érdekében négy szisztematikus áttekintést kódoltak a különböző népegészségügyi beavatkozások kedvezőtlen és szándékolatlan következményeiről.

EREDMÉNYEK

A CONSEQUENT azaz „CONSEQuences of pUblIc hEalth iNTerventions” keretrendszer két összetevőt (komponenst) tartalmaz: az első a kedvezőtlen és szándékolatlan következményekre összpontosít, és kategorizálja azokat; a második azokat a mechanizmusokat emeli ki, amelyek révén a kedvezőtlen és szándékolatlan következmények előfordulhatnak. Az első komponens nyolc következmény-dimenziót foglal magában – egészség, egészségügyi rendszer; emberi és alapvető jogok; elfogadhatóság és adherencia (pontos betartás, azaz a beteg mennyire működik együtt az egészségügyi szakemberrel); egyenlőség és méltányosság; társadalmi és intézményi, gazdasági és erőforrás, valamint ökológiai.

A kedvezőtlen és egyéb nem szándékolt következmények mechanizmusai és kategóriái a CONSEQUENT keretrendszerben:

Első komponens (következmények):

1. Egészség:
 - Fizikai egészség és egészségmagartartás
 - Pszichoszociális egészség és jólét
2. Egészségügyi rendszer:
 - Egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetősége, igénybevétele és minősége
 - Egészségügyi rendszer működése
3. Emberi és alapvető jogok:
 - Autonómia, önrendelkezés és magánélet
 - Diszkrimináció és stigmatizáció
4. Elfogadhatóság és adherencia
 - Elfogadhatóság
 - Adherencia és megfelelés

5. Egyenlőség és méltányosság:
 - Egészséggel kapcsolatos egyenlőség és méltányosság
 - Szociális és gazdasági egyenlőség és méltányosság
6. Társadalmi és intézményi:
 - Polgári élet, szociokulturális intézmények és részvétel
 - Társadalmi kohézió és jólét
 - Oktatás és fejlődés
 - Mindennapi élet feltételei
 - Biztonság, védelem és bűnözés
 - Jogi és politikai rendszer
 - Társadalmi normák, értékek és gyakorlatok
7. Gazdasági és erőforrásokkal kapcsolatos:
 - Pénzügyi források
 - Nem pénzügyi erőforrások
 - Gazdaság és gazdasági tevékenységek
8. Ökológiai:
 - Energiafogyasztás és üvegházhatású gázok kibocsátása
 - Levegő, föld és víz rendelkezésre állása, minősége és használata
 - Ökoszisztémák, állatvédelem és biodiverzitás

Második komponens (mechanizmusok):

1. Biológiai-fiziológiai mechanizmusok
2. (Re)akció és viselkedésváltozás
3. Érzékelés, tapasztalat és értékelés
4. Elérhető lehetőségek a (re)akcióra
5. Környezetek és környezeti kitettség
6. Társadalmi normák és gyakorlatok
7. Gazdasági és piaci mechanizmusok
8. Rendszerek és rendszerelemek működése

KÖVETKEZTETÉSEK

A CONSEQUENT keretrendszer célja, hogy megkönnyítse a kedvezőtlen és szándékolatlan következmények fogalmi és kategorizálási folyamatát a népegészségügyi beavatkozások fejlesztése, értékelése és végrehajtása során, és támogassa a bizonyítékokon alapuló döntéshozatalt.

A CONSEQUENT keretrendszer egy két-komponensű keretrendszer, amely a népegészségügyi beavatkozások kedvezőtlen és nem szándékolt következményeinek fogalmi és kategorizálási folyamatát segíti elő, mind az eredmények (azaz következmények), mind pedig az ezekhez vezető folyamatok (azaz mechanizmusok) tekintetében. Ez a keretrendszer segíthet a népegészségügyi kutatóknak, gyakorlóknak és döntéshozóknak a kedvezőtlen és nem szándékolt következmények fogalmi meghatározásában és előrejelzésében a népegészségügyi bea-

vatkozások fejlesztése, értékelése vagy végrehajtása során. Továbbá, a keretrendszer a kutatók által a népegészségügyi beavatkozások kedvezőtlen és nem szándékolt következményeinek kategorizálására és osztályozására is alkalmazható, például a szakirodalom hiányosságainak feltárására, amelyek a jövőbeni publikációk során tovább finomításra kerülnek.

AJÁNLÁS

A keretrendszer alkalmazása a hazai körülmények között is új ok-okozati kapcsolatokat tárhat fel, amelyek ismeretében a szakemberek a magyarországi körülményekre adaptált és optimalizált, új népegészségügyi megoldásokkal állhatnak elő. Emellett fontos lenne, hogy ezzel egy újabb lehetőség nyílna hazánkban is a beavatkozások esetlegesen felmerülő negatív hatásainak felismerésére és kiküszöbölésére.

HIVATKOZÁSOK

- Rehfuess, E. A., Stratil, J. M., Scheel, I. B., Portela, A., Norris, S. L., & Baltussen, R. (2019). The WHO-INTEGRATE evidence to decision framework version 1.0: integrating WHO norms and values and a complexity perspective. *BMJ Global Health*, 4(Suppl 1), e000844.
- Michie, S., Van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation science*, 6, 1-12.
- Stratil, J. M., Biallas, R. L., Movsisyan, A., Oliver, K., & Rehfuess, E. A. (2023). Anticipating and assessing adverse and other unintended consequences of public health interventions: the (CONSEQUENT) framework. *medRxiv*, 2023-02. DOI: <https://doi.org/10.1101/2023.02.03.23285408>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

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

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 05. 19.
Elfogadva: 2024. 06. 07.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Közösségi modell a reprodukatív egészségi szükségletek kielégítésére

Article review: A community model for addressing reproductive health needs

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.15837](https://doi.org/10.58701/mej.15837)

Ismertetett cikk: Hall, J., Chawla, M., Watson, D., Jacob, C. M., Schoenaker, D., Connolly, A., Barrett, G., & Stephenson, J. (2023). Addressing reproductive health needs across the life course: an integrated, community-based model combining contraception and preconception care. *The Lancet. Public health*, 8(1), e76–e84. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00254-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00254-7)

Kulcsszavak: reprodukatív egészségügyi szükségletek; életút; közösségi alapú modell

Keywords: reproductive health needs; life course; community-based model

ELŐZMÉNYEK

A terhesség megelőzése (fogamzásgátlás) és a terhességre való felkészülés (prekonceptív ellátás) olyan szolgáltatások, amelyekre a legtöbb embernek szüksége van a reprodukatív életútja során. Annak ellenére, hogy egyre nagyobb figyelmet kap, és egyre inkább felismerik, hogy a terhesség előtti egészség létfontosságú a szülészeti eredményekben mutatkozó egyenlőtlenségek kezelésében, a szolgáltatásnyújtás messze nem rutinszerű. A szerzők összegyűjtötték a szakirodalomban található bizonyítékokat, az új mennyiségi és minőségi adatokat a nők preferenciáiról, és a meglévő esettanulmányokat, hogy kifejlesszenek egy integrált, közösségi alapú modellt, amely szintetizálja a reprodukatív élettervezést, a fogamzásgátlást és a prekonceptív ellátást.

MÓDSZERTAN

Modelljük egy holisztikus, életút-alapú megközelítést biztosít, amely magában foglalja az iskolai oktatást, a közösségi médiát és a nemzeti kampányokat, kiemeli a képzés és a rendszerszintű támogatás szükségességét az egészségügyi szakemberek számára. Ez a magas szintű modell alkalmazható különböző igényekhez, ami előrelépést jelent a közösségi prekonceptív ellátás nyújtásában, ennek következtében javulhat az egészség és a jóllét szintje, és csökkenhetnek az egyenlőtlenségek a népesség szintjén.

A modell az egészségügyi ellátáson túlmutatva kiterjed a tágabb értelemben vett szakpolitikára, az iskolákra és a közösségi médiára, és a reprodukatív életút során és az egészségügyi szakemberek széles köre által alkalmazható. Ezt a modellt csak olyan támogató egészség-gazdaságban lehetne megvalósítani, amely értékeli a reprodukatív egészséget és

jogokat mindenki számára, és amely úgy van felépítve, hogy lehetővé tegye az egyének számára saját céljaik kialakítását és elérését. Ezt az egyént középpontba állító megközelítést olyan felülről lefelé irányuló szakpolitikákkal kell kiegyensúlyozni, amelyek a fogamzás előtti egészség és az egyenlőtlenségek strukturális meghatározóival foglalkoznak. A fogamzás előtti egészséget a megelőzési menetrendbe ágyazzák, valamint olyan összehangolt, holisztikus ellátást nyújtanak, amely kiváltja azt a jelenlegi széttagolt, betegségorientált modellt, amely nem hatékony módon többféle szolgáltatás igénybevételét követeli meg a betegektől, miközben hiányosságok maradnak az ellátásban. Bár a fogamzás előtti gondozás egyre nagyobb szakpolitikai figyelmet kap, a legtöbb egészségügyi szakember fejében, képzésében vagy a szolgáltatásnyújtási tervekben még nem honosodott meg, és a nyilvánosság számára sem vált normálisnak.

A kutatók által prezentált modell olyan lépéseket tartalmaz, mint a tudatosság növelése, a kockázati szűrés, az oktatás és a követő beavatkozás. Kiemeli az egyéni reprodukív élettervek fontosságát, és lehetőségeket kínál a fogamzásgátló oktatásra és szolgáltatásokra (Batra és mtsai, 2018).

A módszertani lépések:

1. A reprodukív életterv fontosságának tudatosítása a lakosság körében:
 - Közösségi média kampányok
 - Iskolai oktatás és felsőfokú képzés
 - Egészségügyi szakemberek képzése
 - Szórálapok kihelyezése releváns közterületeken
 - Folsav dúsítása
2. Kockázatszűrés:
 - Önkitaléti kockázat szűrés, például:

- Tommy's (UK, nincs bizonyíték)
- Gabby (USA)
- Smarter Pregnancy Programme (Hollandia)

3. Oktatás:

- Tartalom: kockázati szűrésen alapuló, több témát lefedő, személyre szabott oktatás (NICE Clinical Knowledge Summary)
- Mód: digitális: alkalmazások, videók, weboldalak, online modulok vagy fizikai (szórálapok, munkafüzetek, könyvek), vagy személyes találkozók
- Gyakoriság: ismételt oktatás hatékonyabb, mint az egyszeri

4. Beavatkozás:

- Univerzális: folsav vagy multivitaminok biztosítása
- Személyre szabott: személyre szabott visszajelzés és a motivációs interjúk vagy egészséges beszélgetések segítségével támogatás a célok és tervek eléréséhez; lehet személyesen, önállóan vagy digitális eszközzel

5. Reprodukciós életterv elkészítése:

- Digitális, nyomtatott formában vagy személyesen történő megbeszélés

6. Reprodukciós szándékok megvalósítása:

- Cél: reprodukciós szándékok teljesítése
- A modell itt különböző forgatókönyveket mutat be, attól függően, hogy az egyén tervezi-e a terhességet a következő évben, vagy sem:
- Ha az egyén a következő évben terhességet tervez: oktatás és tanácsadás az egészséges terhesség fontosságáról
- Ha az egyén több (vagy újabb) gyermeket szeretne, de nem a következő évben, vagy bizonytalan:

tanácsadás és oktatás az egészség fontosságáról terhesség előtt

- Ha az egyén nem szeretne több gyermeket: elsődleges egészségügyi lehetőségek bemutatása (pl. háziorvosok, nővérek, védőnők, gyógyszerészek), emellett fogamzásgátlásról szóló oktatás és szolgáltatások biztosítása, személyre szabott egészségügyi szükségletek és terhességi szándékok alapján

Ez a modell összekapcsolja a különböző oktatási és beavatkozási lépéseket a célzott egészségügyi szolgáltatásokkal, hogy támogassa a reprodukciós terveket és szándékokat.

EREDMÉNYEK

Mint írják, a modellt kísérleti jelleggel kellene kipróbálni és értékelni, hogy kidolgozzák és teszteljék azokat a konkrét elemeket és kapcsolatokat, amelyek valószínűleg működni fognak az egyes kontextusokban, bár a végrehajtási stratégiák valószínűleg csoportonként és környezetenként eltérők lesznek. Korábban az egyes beavatkozások az egészségügyi szakemberek előtt álló akadályok – például az idő, a képzés vagy a költségtérítés hiánya – miatt nem voltak hatékonyak, annak ellenére, hogy felismerték a fogamzás előtti gondozás fontosságát. A megvalósítással kapcsolatos kutatás hasznos lehet annak megértésében, hogy egyes beavato-

zások miért voltak hatástalanok, és a tapasztalatokat fel kellene használni a beavatkozások tervezésének javításában.

KÖVETKEZTETÉSEK

Kulcsfontosságú, hogy az egészségügyi szakemberek képzést kapjanak a téma felvetéséről és a tanácsadásról, illetve a rendszer támogassa őket a megvalósításban, például elegendő időt biztosítson a rendeléseken belül vagy más lehetőségeken keresztül. Ennek elismert tevékenységnek kellene lennie, és a teljesítményért fizetett mutatóvá lehetne tenni. A bizonyítékok áttekintése és az itt bemutatott modell megmutatja, hogy a fogamzás előtti egészségügyi ellátás a közösségben hogyan válhat az elképzelésből valósággá, és hogyan lehet áthidalni a fogamzásgátlás és a terhesgondozás közötti szakadékot, hogy holisztikusan támogassák a nők reprodukív életútjuk során felmerülő igényeit.

AJÁNLÁS

A probléma a hazai szakemberek előtt is ismert: a magyar egészségügy széttagozottsága ugyanazt a problémát mutatja, mint amit az angol tanulmány szerzői bemutatnak. Az ott elért eredmények, tapasztalatok mindenképpen használhatók lennének a hazai egészségügyi rendszer továbbfejlesztésében is, természetesen a helyi adottságokhoz adaptálva.

HIVATKOZÁSOK

- Hall, J., Chawla, M., Watson, D., Jacob, C. M., Schoenaker, D., Connolly, A., Barrett, G., & Stephenson, J. (2023). Addressing reproductive health needs across the life course: an integrated, community-based model combining contraception and preconception care. *The Lancet. Public Health*, 8(1), e76–e84.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00254-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00254-7)
- Batra, P., Mangione, C. M., Cheng, E., Steers, W. N., Nguyen, T. A., Bell, D., Kuo, A. A., & Gregory, K. D. (2018). A Cluster Randomized Controlled Trial of the MyFamilyPlan Online Preconception Health Education Tool. *American journal of health promotion : AJHP*, 32(4), 897–905.
<https://doi.org/10.1177/0890117117700585>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

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

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 05. 19.
Elfogadva: 2024. 06. 07.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Kisgyermekkorai anyagi hátrányok – rosszabb egészségügyi állapotú és tanulmányi eredményű tinédzserek

Article review: Early childhood financial disadvantage – teenagers with poorer health and academic outcomes

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.15992](https://doi.org/10.58701/mej.15992)

Ismertetett cikk: Villadsen, A., Asaria, M., Skarda, I., Ploubidis, G. B., Williams, M. M., Brunner, E. J., & Cookson, R. (2023). Clustering of adverse health and educational outcomes in adolescence following early childhood disadvantage: population-based retrospective UK cohort study. *The Lancet Public Health*, 8(4), e286–e293. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00029-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00029-4)

Kulcsszavak: gyermekkorai hátrányok; egészségi állapot; tanulmányi eredmények; kohorsz vizsgálat
Keywords: *childhood disadvantages; health outcomes; academic achievement; cohort study*

ELŐZMÉNYEK

A születésüktől kezdődően anyagi szempontból (?) hátrányos helyzetű kisgyermekek (0–5 éves korig) kamaszkorukban rosszabb egészségi állapottal és tanulmányi eredményekkel jellemezhetők. Az ezredforduló óta született fiatalok generációjáról kevés adat áll rendelkezésre abból a szemszögből, hogy ezek a kedvezőtlen következmények hogyan kapcsolódnak a családok anyagi színvonalához. A kutatók célja volt bemutatni a családok bevétele, illetve a fizikai egészség, a pszichológiai distressz, a dohányzási szokások, az elhízás és a tanulmányi eredmények közötti kapcsolatot a 17 éves korcsoportban, vizsgálva egyben, hogy a fenti öt kimenet (fizikai egészség, a pszichológiai distressz, a dohányzási szokások, az elhízás és a tanulmányi eredmények) milyen mintázatot mutat a jövedelemmel.

MÓDSZERTAN

A kutatók a Millennium Cohort Study (Connelly, R., és Platt, L., 2014) adatait használták, ebben a populáció alapú, retrospektív kohorszvizsgálatban amelyben az Egyesült Királyságban 2000. szeptember 1. és 2002. január 1. között született fiatalokat követték nyomon. Az alábbi öt, az életesélyeket köztudottan korlátozó káros egészségügyi és szociális tényezőt mérték fel 17 éves kamaszok körében: önértékelt rossz egészségi állapot, pszichológiai distressz, dohányzási szokások, az elhízás és a rossz tanulmányi eredmények. A felmérés során összehasonlították, hogyan oszlanak el a kora gyermekkorban, az alacsony jövedelmű kvintilis csoportban a később megjelenő hátrányos tényezők előjelei. Emellett modellezték a lehetséges hatásokat három jövedelem-átrendeződési forgatókönyv szerint, amelyekkel azt vizsgálták,

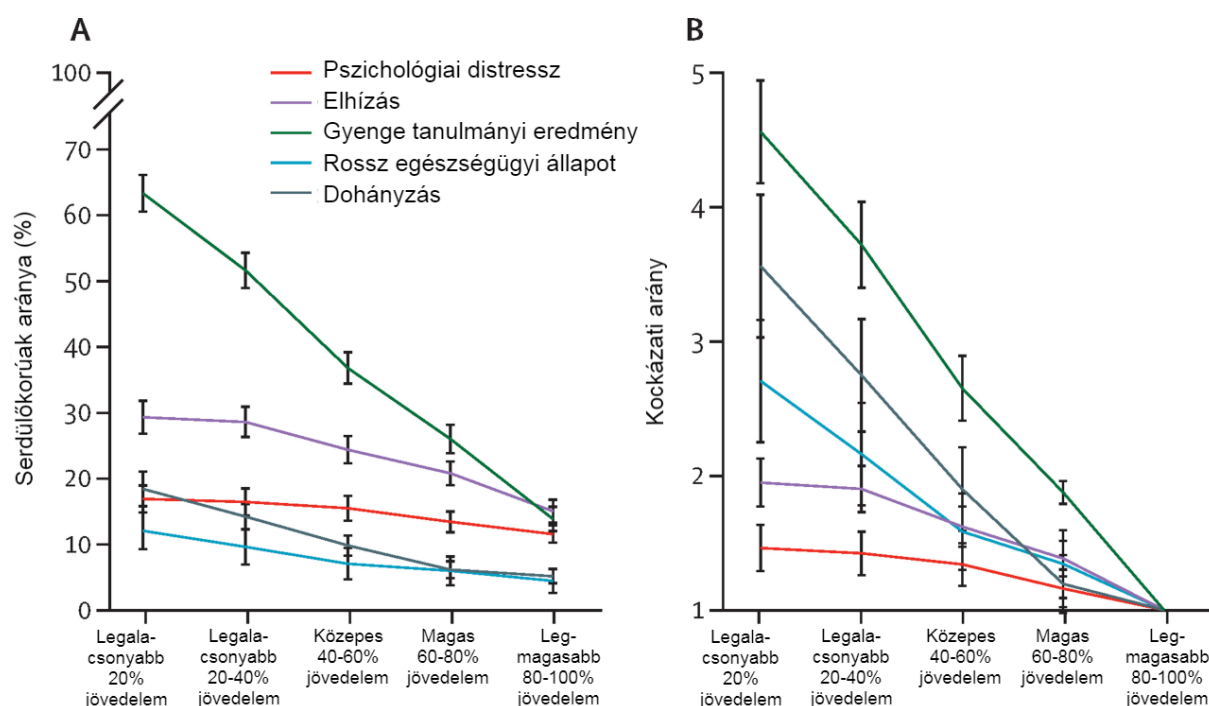
hogyan lehet csökkenteni a koragyermekkorban megélt kedvezőtlen hatások kimeneteleit kamaszkorban.

EREDMÉNYEK

A vizsgálatba 15 245 fiatal (17 éveseket) vontak be, közülük 7 788 (51,1%) férfi és 7 457 (48,9%) nő volt. Az alacsony jövedelem kvintilis csoportban nevelkedett kamaszok 12,7-szer nagyobb valószínűséggel rendelkeztek négynél vagy ötnél több kedvezőtlen kamaszkori hátrányos

tényezővel: a rossz tanulmányi eredmények (kockázati arány [RR] 4,6 95% CI 4,2 – 5,0) és a dohányzás (kockázati arány [RR] 3,6 95% CI 3,0 – 4,2) mutatták a legnagyobb kockázati arányokat. Amint az az 1. ábrán látható, ha a serdülők a második legalacsonyabb, a középső vagy a legmagasabb jövedelmi csoportba kerülnek, a vizsgált serdülőkori kedvezőtlen hatások előfordulása 4,9%-kal, 32,3%-kal, illetve 83,9%-kal csökkenne a kiindulási állapothoz viszonyítva. A szülők iskolázottsága, illetve az egyszülős háztartás hatása enyhén rontotta az eredményeket.

1. ábra: Öt kedvezőtlen kimenet 17 éves korban a kis- és koragyermekkorban családi jövedelemszintek alapján: „A” ábrán a serdülőkori aránya alapján, míg „B” ábrán a kockázati arány alapján a legmagasabb jövedelmi szintű kvintilishoz viszonyítva. (Forrás: saját ábra az eredeti alapján)



KÖVETKEZTETÉSEK

A kisgyermekkorban hátrányos tényezők erősebben korrelálnak a kamaszkori hátrányokkal, mint a vizsgált öt negatív tényező bármelyike önmagában. Az eredmények alapján a legalacsony jövedelmi kvintilis csoportból az áthelyezés az eggyel maga-

sabb jövedelmi csoportba nem elegendő ahhoz, hogy jelentős változást hozzon létre. A több kamaszkori kedvezőtlen tényező kezelése a kisgyermekkorban hátrányok együttes kezelését igényli társadalmi szinten, beértve a jövedelmi források arányosabb elosztását.

AJÁNLÁS

A koragyermekkori szegénység hazánkban is komoly probléma: jól ismertek a leszakadó országrészek, szegregátumok, stb. problémái a szakemberek előtt. A fenti

tanulmány is egyértelművé teszi, hogy a kisgyermekes és kisgyermekes családok jobb ellátása – akár anyagi, szociális és pszichológiai támogatás keretein belül – később többszörösen megtérül a társadalomnak.

HIVATKOZÁSOK

Villadsen, A., Asaria, M., Skarda, I., Ploubidis, G. B., Williams, M. M., Brunner, E. J., & Cookson, R. (2023). Clustering of adverse health and educational outcomes in adolescence following early childhood disadvantage: population-based retrospective UK cohort study. *The Lancet Public Health*, 8(4), e286-e293. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00029-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00029-4)

Connelly, R., és Platt, L. (2014). Cohort profile: UK millennium Cohort study (MCS). *International journal of epidemiology*, 43(6), 1719-1725.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

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

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 06. 04.
Elfogadva: 2024. 08. 25.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A kortársi hierarchiában betöltött szerep és a halandóság kapcsolata

Article review: The relationship between the role in the peer hierarchy and mortality

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.16033](https://doi.org/10.58701/mej.16033)

Ismertetett cikk: Almquist, Y. B., Östberg, V., & Modin, B. (2023). Is there a peer status gradient in mortality? Findings from a Swedish cohort born in 1953 and followed to age 67. *European Journal of Public Health*, 33(2), 184–189. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad030>

Kulcsszavak: gyermekek; társadalmi-gazdasági tényezők; halandóság; medián túlélési idő; kortárs kapcsolatok
Keywords: children; socioeconomic factors; mortality; median survival time; peer relations

ELŐZMÉNYEK

Az alacsonyabb társadalmi-gazdasági helyzethez hasonlóan, az alacsonyabb kortársi státuszú gyerekek általában kevesebb hatalommal, befolyással és erőforrással rendelkeznek, ami rosszabb egészségi állapothoz vezet. A tanulmány célja az volt, hogy megvizsgálják, vajon az alacsonyabb kortársi státusz összefügg-e a korai, bármely okból bekövetkező halálozás fokozott kockázatával.

MÓDSZERTAN

Az adatokat egy 1953-ban, Stockholmban születettekből álló kohorsz tagjaitól gyűjtötték. A kortársi státusz pozíciókat az iskolai osztályon belüli, 13 éves korban végzett kortársi szavazások alapján határozták meg, míg a 14 és 67 év közötti halálozások azonosítására a nemzeti nyilvántartásokat használták. A halálozási arányok és a medián túlélési idő különbségeit a kortársi státusz pozíció

szerint Cox regresszióval és Laplace regresszióval becsülték meg. A kontrollváltozók a következők voltak: nem, iskolai osztálylétszám (13 éves kor), a háztartásban élők iskolai végzettsége (7 éves kor), a háztartásban élők foglalkozása (10 éves kor), családtípus (10 éves kor) és a háztartásban élők közül hányan részesülnek szociális segélyben (0–12 éves kor).

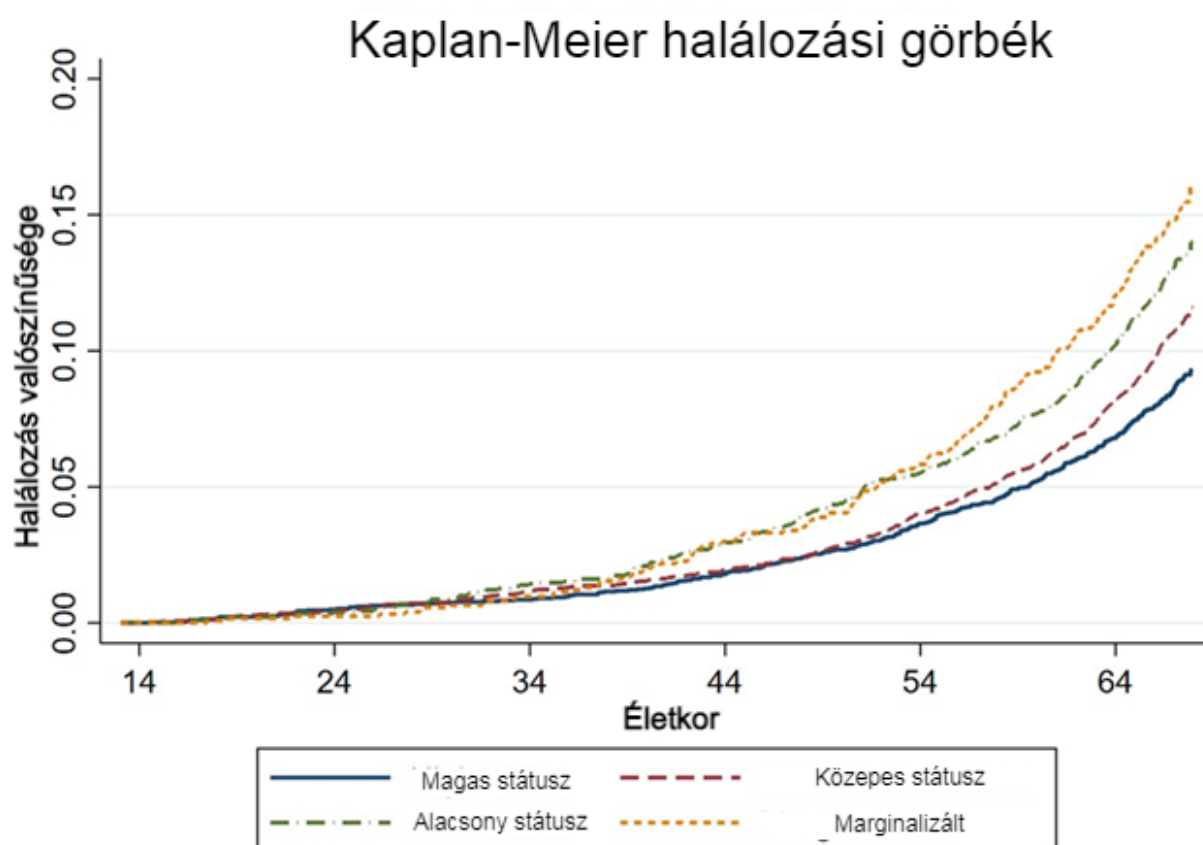
EREDMÉNYEK

Jóllehet a halálozási arányok különbségei nem voltak önmagukban nagyok, azok mégis következetesek és egyértelműek voltak még a gyermekkorban mért társadalmi-gazdasági státusz figyelembevételével is. A medián túlélési idő alapján az elvesztett évek száma fokozatosan nőtt az alacsonyabb kortársi státuszúak esetében, a legmagasabb és legalacsonyabb státuszúak között majdnem 6 év különbséggel. Az 1. ábra az összes halálozási okra vonatkozó Kaplan-Meier-halálozási görbét mutatja be kortárs

státusz szerint: a halálozási valószínűségek meglehetősen hasonlóak a kortárs státusz minden kategóriájában egészen 40 éves korig, amikor a csoportok elkezdnek eltérni egymástól. Ettől az életkortól kezdve és az élet következő évtizedében az alacsony státuszú és a

marginalizált helyzetben lévő egyének görbéi nagyjából párhuzamosan haladnak. Ugyanez érvényes a magas és a közepes státuszú egyénekre is. A 60 éves koron túl a halálozási valószínűségben egyértelmű különbség mutatkozik a kortárs státuszpozíció mind a négy kategóriája között.

1. ábra: Kaplan-Meier halálozási görbék: összhalálozás 14-67 éves korig, n = 12 109 (Forrás: ismertetett szakdokumentum)



KÖVETKEZTETÉSEK

A gyerekek kortársi hierarchiában elfoglalt státusza szerepet játszik az egészségi állapotuk és túlélési esélyeik alakulásában, mindez azt jelzi, hogy a pozitív kortársi interakciók elősegítése és a negatív tapasztalatok káros következményeinek mérséklése kiemelt fontosságú.

AJÁNLÁS

A bullying a magyar iskolákban is jelen van, még ha sokszor az elhallgatást is választják megoldásként az intézmények. Hogy ez mennyire káros gyakorlat, arról már számos tanulmány született, ám egy újabb érvet sorakoztat fel ezen kutatás amellett, hogy gyorsan és hatékonyan kell fellépni a kortárs zaklatók ellen.

HIVATKOZÁSOK

Almqvist, Y. B., Östberg, V., & Modin, B. (2023). Is there a peer status gradient in mortality? Findings from a Swedish cohort born in 1953 and followed to age 67. *European Journal of Public Health*, 33(2), 184–189.
<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckad030>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

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

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 06. 10.
Elfogadva: 2024. 06. 11.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

MÁSODKÖZLÉSEK

A nemi kisebbségekhez tartozó személyek orvosi ellátásának aktuális kérdései

Current issues in providing healthcare for sexual and gender minority individuals

Szerző: [Somorjai Noémi](#)

Doi: [10.58701/mej.16528](https://doi.org/10.58701/mej.16528)

Kulcsszavak: szexuális és nemi kisebbségek, egészségügyi ellátás, ismeretek, egészségügyi személyzet attitűdje, orvos-beteg kapcsolat

Keywords: sexual and gender minorities, healthcare, knowledge, attitude of health personnel, physician-patient relations

A cikk a szerző kérése alapján másodközlés.

Somorjai N. (2021). A nemi kisebbségekhez tartozó személyek orvosi ellátásának aktuális kérdései. *Orvosi Hetilap*, 162(32), 1267–1274. <https://doi.org/10.1556/650.2021.32119>

Absztrakt

Az elmúlt 40 évben a nemi kisebbségek speciális orvosi ellátásához szükséges kutatások elterjedése és a publikációk folyamatos növekedése figyelhető meg a külföldi orvosi adatbázisokban. A nemi vonzalom és identitás sajátosságai nagyban befolyásolják a helyes diagnózis felállítását, a szükséges kezelések és szűrések meghatározását, valamint a magas öngyilkossági veszélyeztetettség miatt a prevenciós beavatkozási pontok körét is. Az orvosi adatbázisokon kívül orvosszakmai szervezetek és oktatási-kutatási háttérű klinikai intézmények is számos bevált gyakorlatról és irányelvről adnak tájékoztatást. A szükséges ismeretek bővítésén túl előremutató lehet a nem tudatos előítéletek csökkentése és az orvos-beteg kommunikáció elmélyítése.

Abstract

In the past 40 years, research studies related to the special healthcare for sexual and gender minorities have become widely known and the number of publications has increased in international medical databases. The characteristics of gender attraction and identity have an impact on developing a successful diagnosis, on determining the necessary screenings and treatments, and on performing preventive intervention since the sexual and gender minorities are at elevated risk for suicide. Apart from medical databases, best practices and guidelines are also

provided by healthcare professional organizations and clinics committed to education and research as well. In addition to broadening knowledge, reducing unconscious prejudices and improving the doctor-patient communication would lead to a veritable leap forward in meeting the healthcare needs of sexual and gender minorities.

Rövidítések

AIDS = (acquired immunodeficiency syndrome) szerzett immunhiányos tünetegyüttes; BNO = Betegségek Nemzetközi Osztályozása; DSM = (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) Mentális betegségek diagnosztikai és statisztikai kézikönyve; ENSZ = Egyesült Nemzetek Szervezete; HIV = (human immunodeficiency virus) emberi immunhiányt előidéző vírus; HPV = humán papillomavírus; LMBT = leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű; NANE = Nők a Nőkért Együtt az Erőszak Ellen; OECD = (Organisation for Economic Co-operation and Development) Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet; WHO = (World Health Organization) Egészségügyi Világszervezet

Fogalmak

Szexuális orientáció: a személy irányultsága, mely szerint döntően azonos, eltérő vagy mindkét nemmel képes érzelmi és szexuális kapcsolatot kialakítani. (Heteroszexuális, homoszexuális, biszexuális, aszexuális – szexuális kisebbség.)

Nemi identitás: az a belső meggyőződés, mely a személy testi, lelki, érzelmi és szexuális tapasztalatai és érzetei alapján a tudatában összerendeződik, amely nyomán nemi életvitelét alakítja. Ez az énkép nem feltétlenül azonos a személy fizikai megjelenésével. (Transzneműség, transzszexualitás – nemi kisebbség.)

Az OECD 2019. évi jelentése [1] szerint a leszbikus, meleg, biszexuális és transznemű (LMBT) személyek a diszkrimináció számos formájától szenvednek. Bár a népszámlálások nem térnek ki a szexuális és nemi kisebbségek számbavételére, számuk azon OECD-országokban, ahol az adatok mégis rendelkezésre állnak, 17 millió főre tehető, nagyjából a népesség 2,7%-a. A magukat LMBT-személyként azonosító egyének száma folyamatosan nő, különösen a fiatalok körében. Számuk az Egyesült Államokban az 1945-ben mért 1,4%-ról az ezredfordulóra 8,2%-ra emelkedett, a társadalmi elfogadásnak, a civil és polgárjogi mozgalmak erősödésének, a betegségkategoriók változásának és az Egyesült Államok több államában bevezetett törvényi változásoknak köszönhetően, melyek egyúttal az öngyilkossági mutatók határozott javulását is eredményezték [2].

A megkülönböztetés egyik formája az orvosi ellátáshoz való hozzáférés gátolt-sága [3, 4]. Az LMBT-személyek és fiatalok számos lelki problémával küzdenek, melyek a szexuális orientáció és a nemi identitás kapcsán őket érő stigmatizációval [5] vannak összefüggésben. A stigmatizáció egyéni szinten a rejtőzködésben és az internalizált (belsővé vált) homofóbiában jelentkezik; interperszonálisan az elszigetelődésben, a társas visszautasításban és a diszkriminációban, valamint társadalmi szinten a törvények és bevett gyakorlatok formájában nyilvánul meg. A stigmatizáció megzavarja a kognitív funkciókat, mert

az érintettek állandóan a leselkedő veszélyre figyelnek, a folytonos rágódás az érzelmi és hangulati állapotot teszi tönkre, fiziológiai téren pedig a folyamatos stressz tartja készenlétben a szervezetet.

A rejtőzködésben élt évek elszigetelődéshez, a társas támogatás csökkenéséhez vezetnek, az előbújás és felvállalás dilemmája akár évekig tartó tépelődést okozhat. A mentális betegségek közül a stressz, a depresszió, a szorongás, az öngyilkossági gondolatok és kísérletek, a drog-, alkohol- és szexuális abúzus, az evészavarok magasabb számban sújtják az LMBT-kisebbség tagjait, mint a heteroszexuális személyeket [6, 7]. A stressz által kiváltott lelki nehézségek számos más betegség velejárói, így olyan páciensek terhelik az egészségügyi ellátórendszert, akik csak a társadalmi kirekesztettség okozta társbetegségek miatt szorulnak ellátásra.

Az elmúlt évtizedekben egyre gyorsabban bővülő szakirodalom halmozódott fel a szexuális/nemi kisebbség egészségügyi ellátását célzó korszerű, speciális ismeretekről. A rejtőzködő páciensek megközelítéséhez nagyfokú empátia, diszkréció, elfogadás és mindkét részről nagyfokú bizalom szükséges, mellyel a diagnózis felállításához szükséges információkhoz juthatunk. Mindkét aspektus a sikeres gyógyítás előfeltétele, ezért az alábbiakban összegezném az eddig felhalmozott fontosabb ismereteket és a közvetlen kommunikációt erősítő lehetőségeket. A PubMed adatbázis, a kórházak és klinikák (Mount Sinai Hospital, Mayo Clinic, Fenway Institute) ajánlásai, a szakmai és civil szervezetek, kutatóhelyek, betegképviselői csoportok közlései releváns információt nyújthatnak a háziorvosi és klinikai ellátásban dolgozó felnőtt- és gyermekorvosok számára egyaránt.

A 20 évre visszatekintő szakirodalmi összefoglalóban széleskörűen, de nem kimerítően áttekintem a jelentősebb orvosi adatbázisokat, kutatói portálokat és a szakmai szervezetek ajánlásait. A pozitív pszichológia jegyében szűkítettem a feltárást az egészségmegőrzés, az egészséges életvitel és énkép kialakítására, valamint az öngyilkosság-megelőzés lehetőségeire.

A szexuális és nemi kisebbségek egészségtudományi kutatása és az eredmények alkalmazása kapcsán egyre több területen ismerik fel a csoportnak az egészségügyi ellátásban mutatkozó hátrányait és sajátos ellátási igényeit. A felnőttek és a serdülők korosztályát egyaránt érintő korlátozott ismeretek és kutatások a tévesen értelmezett kutatásetikai elvekre vezethetők vissza. A szülői beleegyezés követelménye éppen azokat a sérülékeny serdülőket sújtja hátrányosan, akiknek a legnagyobb szükségük lenne arra, hogy egészségfelmérések célcsoportjába tartozzanak. *Mustanski* [8] megállapítja: a 18 év alatti fiatalok is képesek mérlegelni a rájuk háruló esetleges kockázatot. *Welch és mtsai* [9] szerint a sérülékeny csoportokhoz tartozó kutatási alanyok épp azért kerülnek egyre hátrányosabb helyzetbe, ha nem lehetnek résztvevői a teljes népességet vizsgáló klinikai kísérleteknek. Önmagában az az ok, hogy valaki szenzitív csoport tagja, nem lehet kizáró oka, hogy ok-okozati összefüggéseket vizsgáló egészségügyi felmérésekből kizáródjon.

Egy 2016. évi WHO-tanulmány [10] alapján a szexuális és nemi kisebbségek tagjai az átlagnépességhez képest jelentős egészségügyi többletkockázattal élnek. A kisebbség tagjai nagyobb betegségterhet viselnek a HIV, a szexuális úton terjedő betegségek, az azokból eredő daganatok, valamint a mentális betegségek terén, és fokozottan ki vannak téve erőszakos bántalmazásnak is.

Mostanában kezdték vizsgálni, milyen akadályokba ütköznek a páciensek az orvosi ellátás során, ideértve az egészségügyi személyzet attitűdjét is. Egy 190 fő bevonásával végzett felmérésben a leggyakrabban előforduló krónikus betegség az ízületi gyulladás (20%), a magas vérnyomás (20%), a diabetes (15%), az asztma (14%), a mentális betegség (10%), a krónikus fáradtság (8%), a sclerosis multiplex (7%), a daganatos betegség (6%), a HIV/AIDS (6%) és a csontritkulás (5%) volt [11].

Az Amerikai Orvosi Kollégium LGBT-egészséghátrányokról készült, 2015. évi helyzetjelentése [12] megállapítja: a szexuális és nemi kisebbségek tagjainak kihívást jelent az egészségügyi ellátáshoz hozzáférni és számukra kompetens orvost találni, mivel a bevett eljárásrend erősíti a stigmatizációt és a diszkriminációt. Az LGBT-személyek gyakrabban érzik magukat gyengébb egészségi állapotban, mint a heteroszexuális lakosság. A meleg és biszexuális férfiak kitettebbek a szexuális úton terjedő fertőzéseknek, magasabb arányban fertőződnek HIV vírussal vagy AIDS-szel az összes esetszámból. A leszbikus és biszexuális nők nagyobb arányban túlsúlyosak, valamint a leszbikus, meleg és biszexuális emberek fiatalabb korban válnak rokkanttá, mint kortársaik. Az Amerikai Orvosi Kollégium elkötelezett amellett, hogy megszüntesse az orvosi ellátási különbségeket az LGBT-emberek irányában. Fontos tudni, hogy a szexuális és nemi kisebbségek életében további kisebbségi státusz is előfordulhat, úgymint faj, etnikum, nem, kapcsolati forma, szexuális szokások, életkor, rokkantság, fogyatékoság, válás, iskolai végzettség és lakóhely.

A Mayo Clinic [13] honlapján az alábbi egészségügyi tudnivalókat fogalmazzák

meg és ajánlják meleg és leszbikus pácienseik figyelmébe, melyek megértése alapvető fontosságú az egészséges életvitel kialakításában: a páciens legyen tisztában a speciális egészségügyi kockázatokkal, mint a HIV-fertőzés, az AIDS, a hepatitis, a HPV és a szexuális úton terjedő betegségek; nők esetében a bakteriális hüvelyfertőzés, *Trichomonas*- és HIV-fertőzés stb. Az orális, anális, digitális (ujj-) kontaktus és a szexjátékok mind terjeszthetnek fertőzést. Ezért minden alkalommal használjon új gumi óvszert és vízbázisú síkosítót, gumi- vagy műanyag kendőt a kontaktus során. Legyen csak egy partnere, éljen hosszú távú, kölcsönösen monogám kapcsolatban nem fertőzött partnerrel. Korlátozza az elfogyasztott alkohol mennyiségét, ne használjon kábítószer. Ha intravénás droghasználó, ne ossza meg mással a tűt! Legyen tisztában a helyszín veszélyeivel, mint fürdők, szexpartik, internet. Oltassa be magát hepatitis A és B ellen. A HPV-oltással megelőzhető a végbélrák. Mivel számos szexuális fertőző betegségnek nincs gyógymódja, az egészség megőrzésének útja a kockázatok kerülése. Teszteltesse magát és partnerét rendszeresen, és mindig használjanak óvszert, ha nem lehetnek biztosak partnerük fertőzöttségében – akár nővel, akár férfival vannak kapcsolatban. Sokan nem tudnak fertőzöttségükről, vagy nem vallják azt be. A meleg férfiak gyakrabban szenvednek szorongástól és depressziótól. Nők esetében is elsőrendű, hogy lelki egészségüket megőrizzék, mentális betegségüket kezeltessék. Az LGBT-fiatalok gyakrabban szenvednek depressziótól, magasabb az öngyilkossági kísérletek száma. Mind nők, mind férfiak esetében a depresszió az öngyilkossági gondolatok előzménye, velejárója az elidegenedés a barátoktól, elutasítás a szeretett személyektől, az abúzus vagy az erőszakos bántalmazás. Nehezebb

helyzetben vannak azon meleg és lesbikusok, akik elrejtik érzéseiket, és nincs társas támogatásuk sem. A kezeletlen depresszió szexuális rizikómagatartáshoz vezet, majd az érzelmi, magatartási, egészségi és más problémák felmerüléséhez! Ha vonakodik kezeltetni magát, ossza meg érzéseit barátjával. A meleg férfiak szintén gyakrabban szenvednek testkép- és evészavaroktól. Ha dohányzás, alkohol- vagy drogproblémája van, elérhető a segítség. A meleg és biszexuális férfiak nagyobb veszélynek vannak kitéve a drog- és alkoholabúzus szempontjából, ugyanakkor nagyobb stressz nehezedik rájuk, hogy heteroszexuálisként tűntessék fel magukat. Az előbújás miatt sokan vesznek el barátait, családjuk támogatását, szintén a zaklatás, bántalmazás és a diszkrimináció megtapasztalása miatt. Nők esetében az első helyen az előbújás okozta stressz, a zaklatás okozta traumák, valamint a diszkrimináció negatív hatásaira érdemes figyelni. Ismerjük fel a családon belüli erőszak jeleit intim kapcsolatban! Figyelmeztető jel lehet, ha partnere azzal fenyegeti, hogy beszámol szexuális orientációjáról környezetének; vagy ha megszakítja a kapcsolatot, azzal erősíti azt a nézetet, hogy a meleg kapcsolat deviáns. Bántalmazó kapcsolatban maradva depresszió, szorongás és reménytelenség léphet fel. Ha az áldozat a szexuális orientációját valamilyen okból titkolja, kevésbé fog segítséget kérni bántalmazás esetén. Mégis az egyetlen út, hogy szabaduljon a helyzetből, ha lépéseket tesz a kapcsolatból való kilépést illetően – minél előbb, annál jobb. (Ha már célponttá vált, hívja a NANE-telefonszolgálatot: 06-80-505-101, tájékozódjon a nane.hu honlapon, és készítsen menekülési tervet.) Végül ne hagyja, hogy a homofóbia meggátolja, hogy rendszeres orvosi segítséget kérjen. Keressen megfelelő háziorvost, és avassa be őt szexuális orientációjába,

illetve nemi identitásába. Mind férfiak, mind nők kérjék a korcsoportnak megfelelő rutinszűréseket (vérnyomás-, koleszterin-, prosztata-, here- és végbélvizsgálat, illetve nőknél emlő- és méhnyakszűrés). Minden aggályról számoljon be kezelőorvosának. (További fontosabb hazai források: Háttér Társaság, HIV-AIDS Program: <https://hatter.hu/hiv>; Háttér Társaság, Információs és Lelki-segély Szolgálat: <https://hatter.hu/tevekenysegunk/informacios-es-lelki-segely-szolgalat>; Háttér Társaság, Személyes Segítő Szolgálat: <https://hatter.hu/tevekenysegunk/szemelyes-segito-szolgalat>; LMBT-barát egészségügyi szolgáltatók: <https://prizma.lgbt/lmbt-barat-szolgáltatok/>).

A legjelentősebb LMBT-egészségcentrum a philadelphiai székhelyű Fenway Institute, mely a gyógyítás mellett kutató- és oktatócentrumként is működik. A betegfelvételi kérdőív [14] 16 oldalon részletesen kitér az általános adatok között az alábbiakra: szex/nem, faj, etnikum, végzettségi szint, foglalkozás, 'home office', heti munkaórák, vallás/hit, családi állapot, a partner neve, együtt él-e bárkivel, a gyermekek száma, ott-hon biztonságban érzi-e magát, megfenyegette, irányítja-e partnere, családtagja, gondviselője. Az anamnézisben vizsgálják a következő betegségek előfordulását: tüdőtágulat, tuberkulózis, tüdőgyulladás, hörghurut, asztma, allergia, szívbetegség, agyvérzés, magas vérnyomás, magas koleszterinszint, diabetes, vénás thrombosis, hepatitis A, B, C, májcirrhosis, vérszegénység, pajzsmirigy-problémák, epehólyag-problémák, fekély, gyakori húgyúti fertőzés, szexuális úton terjedő fertőzés, prosztataprobblémák, daganat, ízületi gyulladás, csonttritkulás, -törés, migrén, depresszió, szorongás, pánikzavar, poszttraumás stressz szindróma, alkohol- és drogproblémák. A szisztematikus kikérdezésben 3 oldalon a

testi tünetekről és az aggodalomra okot adó jelekről kérdeznek általánosságban, majd konkrétan a következő területekre vonatkozóan: bőr, fej, szem, orr, fül, száj és torok, nyak, mell, légzőszerv, szív, emésztőszerv, húgyút, izom, csont, perifériás érrendszer, neurológia, pszichiátria (bántalmazás), hematológia és endokrinológia. Kérdezik a fájdalomérzést, a műtéteket, a kórházi tartózkodást és a jelenlegi gyógykezeléseket. Kitérnek a családi anamnézisre, az oltásokra és a szűrésekre, a biztonsági öv használatára, döntéshozatali megbízottra, újraélesztésre. A nemi identitás és szexuális orientáció kérdésköre után a szexuális szokások, betegségek szerepelnek, az elsődleges és az alkalmi partner, az esetleges fertőzések, informálta-e róla partnerét, van-e szüksége segítségre az információ átadásához, van-e sejtése arról, hogy partnere fertőzött, elégedett-e saját szexuális életével. A nőgyógyászati kérdéscsoportban az alapbetegségeken kívül a menses alatti fejfájás, súlygyarapodás, duzzadás, görcs, szorongás, depresszió; a menopauza után lévőknél a hormonpótlás (progeszteron/ösztrogén) szerepel többek között. A szülészeti kérdéscsoportban az általános kérdések szerepelnek. Nemi átalakító hormonkezelés kérdéscsoport: jelenleg szed-e hormont, mióta, mit, korábban szedett-e, voltak-e komplikációk, milyen nemi átalakító műtétje volt, milyen egyéb nőiesítő vagy férfiasító kezelést kapott, milyen komplikációk adódtak. Kitérnek az életstílus és az egészségi szokások kikérdezésére is, a kábítószer- és alkoholfogyasztásra, a rizikómagatartásra, a leszokásra. A Meleg és Lesbikus Orvosi Társaság (Gay and Lesbian Medical Association) ajánlása szerint a tíz legfontosabb kérdés, amelyről a kezelőorvossal beszélni kell – fontossági sorrendben – lesbikusok számára: emlőrák, depresszió és szorongás, szívbetegség, nőgyógyászati

daganat, étrend és testedzés, dohányzás, alkohol- és droghasználat, párkapcsolati erőszak és szexuális egészség. Meleg férfiak számára: HIV- AIDS és biztonságos szex, hepatitisz és -szűrés, étrend és testedzés, alkohol- és droghasználat, depresszió és szorongás, szexuális fertőző betegségek, prosztata-, here- és végbélrák, dohányzás és HPV. Biszexuálisok számára: HIV-AIDS és biztonságos szex, hepatitisz és -szűrés, étrend és testedzés, alkohol és drog, depresszió és szorongás, szexuális fertőző betegségek, prosztata-, here-, illetve emlő-, méhnyak- és végbélrák, dohányzás és HPV. Transzneműek számára: hozzáférés az egészségügyi ellátáshoz, egészségtörténet, hormonkezelés, szív- és érrendszeri betegség, daganat, szexuális fertőző betegségek és biztonságos szex, alkohol és dohányzás, depresszió, beültethető szilikon, étrend és testedzés [15].

Bisexualitás

A bisexualitásról több tanulmány is megállapítja, hogy tudományosan nem elismert kategória [16]. A biszexuálisok kifejezett egészséghátrányban élnek mind a heteroszexuális, mind a homoszexuális lakossághoz képest, mindamelllett a bisexualitásból adódó speciális ellátási szükségletek kutatásában is nagy hiányok mutatkoznak. Érdemes lenne a jelenségnek nagyobb figyelmet szentelni, mivel egyes felmérések szerint a magukat biszexuálisnak vallók a legnagyobb és leggyorsabban növekvő csoport az LMBT-közösségen belül, az Egyesült Államokban 2011–2013-ban végzett Nemzeti Családnövekedési Vizsgálat alapján [17].

Az Egyesült Királyságban 2012-ben publikált jelentésben [18] a biszexuális egyének tapasztalatai lényegesen különböznek a heteroszexuális, lesbikus és meleg emberekéitől. A biszexuálisokkal

szembeni bifóbia eltér a homofóbiától, mivel nemcsak a heteroszexuálisok, de a meleg férfiak és nők is előítéletekkel vannak a biszexuálisok irányában. LMBT-kutatásokban általában összemossák a biszexuális csoport adatait a többi kisebbség kutatási eredményeivel.

A biszexualitás mint ernyőfogalom magában foglalhatja azokat a személyeket, akik mind a férfiakhoz, mind a nőkhez vonzódnak; akik általában az egyik nemhez vonzódnak, de nem kizárólagosan; akik úgy érzik, szexuális irányultságuk időben változik; akik vonzalma nem a másik fél 'neme', hanem egyéb jellemzői alapján alakul ki. Sokan nem ismerik el a biszexuálisok létezését, és csak aktuális partnerük neme alapján ítélik meg őket, vagy azt gondolják, képtelenek monogám kapcsolatra, és ezzel betegségeket terjesztenek. A biszexuálisok sokszor láthatatlanok mások számára. Az LMBT-személyek között a legrosszabb mentális egészségi mutatóik a biszexuálisoknak vannak a depresszió, a szorongás, az önsértés és az öngyilkosság területén. Testi betegségeikről keveset tudunk, de mentális egészségi mutatóik miatt a testi betegségek előfordulására is fokozottan figyelni kell.

Az öngyilkossági adatokat vizsgálva a biszexuális nők közel hatszor, a férfiak több mint hatszor gyakrabban követtek el öngyilkossági kísérletet, mint heteroszexuális társaik – és gyakrabban, mint a leszbikusok és a melegek [19]. Egy szisztematikus áttekintő tanulmány leírja: rizikófaktor a viktimizáció, a kortársak megítélése és a családi visszautasítás [20]. Egy angol-walesi kutatás [21] alapján kevésbé vannak kibékülve szexualitásukkal, kevésbé mernek beszélni róla a családnak, barátoknak, kollégáknak, háziorvosnak, mentális szakembernek, mint meleg társaik. Egy, az Egyesült Királyságban rendezett biszexuális kon-

ferencián készült minifelmérésben [22] a résztvevők 36%-a egy, 24%-a több mentális és testi problémától szenvedett, melyek mindennapi életüket is befolyásolták. Mentális betegségeik közül 16% depresszió, 8% szorongás, 8% pedig önsértés volt. Ezek következtében gyakrabban szenvedtek hajléktalanságtól, erőszaktól, és gyakrabban voltak negatív tapasztalataik az egészségügyi dolgozók körében. A terapeuták is kényelmetlenül érezték magukat biszexuális betegekkel. Kutatások szerint [23] a biszexuálisok több egészségügyi problémától szenvednek, mint az átlaglakosság, mivel a bifóbia és a biszexuális láthatatlanság miatt nem kerülnek az orvosok látóterébe, még a leszbikus és meleg személyek felé pozitívan viszonyuló ellátókéba sem. Ez visszahat az egészségügyi szolgáltatások alacsonyabb igénybevételére. Leszbikusok és biszexuális nők kevesebbszer vesznek részt méhnyakvizsgálaton, viszont gyakrabban diagnosztizálnak náluk emlőrákot. A kutatásban részt vevők fele számolt be negatív tapasztalatokról az egészségügyi ellátókkal kapcsolatban. A legtöbben a szexualitásukra vonatkozó elítélő megjegyzést emelték ki.

A biszexuálisokat gyakran hibáztatják a HIV és egyéb, szexuális úton terjedő fertőzések heteroszexuálisok és leszbikusok felé való terjesztése miatt, noha a Sigma Kutatás ezt nem támasztja alá egyértelműen. A viselkedésükben biszexuális férfiak HIV-fertőzöttsége következetesen alacsonyabb volt, mint akik csak férfiakkal folytattak kapcsolatot (4,3% vs. 14,3%) [24]. HIV-tesztelésen kevesebben vettek részt a biszexuálisok közül: 45,3% soha, a melegek körében 24,8%. Kevesebben használtak óvszert a biszexuálisok: 20,3% soha, míg 12,3% a melegek esetében. Nagyobb kockázatot vállaltak a biszexuálisok a férfiakkal folytatott anális közösülésnél is az óvszer

mellőzésével. Egy nemzetközi felmérésben [25] a fiatal biszexuális férfiak kiugróan magas HIV-kockázati magatartásról számoltak be. Egy ausztrál felmérésben [26] a leszbikusok körében történetesen magasabb volt a bakteriális fertőzés és a hepatitis B, mint a biszexuális nők esetében, viszont mindkét csoportban alacsony volt a HIV-fertőzés a nagyszámú partner ellenére. Egy San Franciscóban végzett kutatás [27] alapján a biszexuális férfiak kis számban fertőzték meg HIV-vel partnerüket, vélhetően a rendkívül alacsony rizikójú magatartás és a fizikai védelem miatt. Az Egyesült Államokban végzett kiterjedt tanulmány [28] szerint az új HIV-fertőzések mindössze 1%-ában fordult elő, hogy nők biszexuális partnerüktől kapták el a fertőzést. Az a vélekedés, hogy a biszexuálisok nem élnek monogám kapcsolatban, szintén nem állja meg a helyét. Statisztikai adatok szerint 50%-uk monogám kapcsolatban él.

Transzszexualitás

A transznemű gyűjtőfogalomba tartozó transzszexuálisok, gyermekek és felnőttek a születéskor kijelölt nemtől eltérő, a legtöbbször ellentétes nemi közérzettel élnek, és úgy érzik, testük valamilyen tévedés folytán belső nemi identitásukkal ellentétes megjelenésben öltött alakot. A legtöbbször a testi megjelenésükkel ellentétes nem társadalmi elvárásait érzik magukra vonatkozóan, ezért néhányan szeretnék kérni a nemi helyreállító műtétet és hormonkezelést, hogy összhangba kerüljenek önmagukkal. Ennek alapján megkülönböztetünk 'female to male' (nőből férfi), rövidítve FtM, és 'male to female' (férfiből nő), rövidítve MtF transzszexuális személyeket. A transzneműség független a szexuális orientációtól. A transzneműek is lehetnek heteroszexuális, homoszexuális, biszexuális vagy aszexuális orientáció-

júak. Szintén különbséget kell tenni az interszexuális állapottól, amikor is az egyén genetikai jellemzői alapján nem sorolható egyértelműen a férfi- vagy a női kategóriába. A transzszexualizmus kialakulásának okait tekintve nincs egyöntetűen elfogadott teória. A legelfogadottabb magyarázat szerint a nemi szervek differenciálódása a terhesség első két hónapjában, míg az agy nemi differenciálódása a terhesség második felében zajlik. E két folyamat nincs feltétlenül összhangban, így az esetleges neuroendokrin szabályozási eltérések okozhatják a transzszexuális egyének intrauterin geneziséét. A transzneműek lélekszámáról nagyon kevés megbízható adat van. Az Amerikai Gyermekegyógyászati Társaság cikkében [29] hivatkoznak egy 2014. évi, magatartási rizikócsoportokat vizsgáló felmérésre. A 19 tagállam adatai alapján extrapolálva az adatokat, azon felnőttek száma az Egyesült Államokban, akik transzneműként vagy nonkomformként identifikálják magukat, a teljes népesség 0,6%-a. Mivel itt az identitásukban biztosak és felnőttek voltak a kérdezettek, a bizonytalanok és a 18 év alatti személyek további előfordulása, valamint a transzneműséghez tapadó stigma miatt a valószínűleg még magasabb arányra lehet következtetni. Becslések szerint a 13 és 17 évesek között az arány 0,7%. Hazánk lakosságára átszámítva az adatokat, 50 ezer fő fölött számolhatunk a felvállalt és rejtőzködésben élő transzszexuálisok számát tekintve.

A transzneműség mint diagnózis már 2013-ban, a DSM-5 [30] megjelenésével nemi dysphoriára módosult. A BNO 11. kiadása [31] szintén törölte a transzneműség és transzszexualitás diagnózist, helyette a HA60 Nemi inkongruencia serdülő- vagy felnőttkorban szerepel.

A Szakmai Világszervezet a Transzneműek Egészségéért (World Professional Asso-

ciation for Transgender Health) 2012. évi ellátási protokolljának (Standards of Care) [32] 7. verziója¹ kimondja: a transzszexualitás, a transzneműség, a nemi nonkonformitás nem betegség, és ösztönzi ezen állapotok pszichopatologizációjának beszüntetését. Elismerik, hogy azon nemi sajátosságok kifejeződése, amelyek nem illenek a születéskor kijelölt nem sztereotip megnyilvánulásaihoz, a kulturális sokféleség emberi megnyilvánulásának tekintendő, és a viselkedést nem lehet eleve negatívan vagy patológiásan minősíteni. Sok társadalomban stigmatizálják a nemi nonkonformitást, ami előítéletekhez és diszkriminációhoz vezet, a későbbiekben pedig az ún. kisebbségi stresszhez [33]. A kisebbségi stressz egyedi abban az értelemben, hogy hozzáadódik a mindenki által tapasztalt hétköznapi stresszhez, ugyanakkor társadalmilag előidézett, krónikus állapot. A kisebbségi stressz a transzszexuális és nonkonform embereket (és minden más kisebbségi személyt is) fokozottabban sérülékennyé teszi a szorongás, a depresszió és a mentális betegségek szempontjából [34]. A stigmatizáció tovább rontja a családdal és a kortársakkal fűződő viszonyt, az elhanyagolás és a többféle abúzus pedig pszichológiai zavarokhoz vezethet. Tudni kell, hogy ezt a létállapotot a társadalmi környezet okozza, és nem önmagában a transzneműség velejárója. A transznemű emberek egyre nagyobb láthatósága még több esélyt nyújt számukra, hogy megtalálják azt a nemi szerepet, amelyben önazonosan érezhetik magukat. Az egészségügyi személyzet segítségükre lehet, hogy felfedezzék nemi identitásukat, feltárják az identitás kifejezésére módot adó különböző lehetőségeket, és döntést hozza-

nak a nemi dysphoriát csökkentő orvosi beavatkozásokról.

Az LMBT-kisebbségen belül a transzszexuális páciensek a legveszélyeztetettebbek az öngyilkossági kísérletek szempontjából, ezért fontos, hogy az orvos ismerje és ismertesse betegével a suicidiumprevenció Európában kifejlesztett és hazai környezetre adaptált honlapjának elérhetőségét: <https://ifightdepression.com/hu/start>.

ORVOS-BETEG KAPCSOLAT ÉS KOMMUNIKÁCIÓ

A fentebb felvázolt általános ellátási ismeretek birtokában elsődleges, hogy az egészségügyi személyzet nyitva hagyja annak lehetőségét, hogy az ellátott adatokat szolgáltatasszon szokásairól és vonzalmairól. Amíg nem állnak rendelkezésre a kellő információk, az anamnézis és a diagnózis vegye figyelembe az összes potenciális lehetőséget. Mivel az LMBT-személyek és -serdülők többszörösen hátrányos helyzetben vannak mind társadalmi szinten, mind az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés területén, elsődleges szempont, hogy az orvos csökkentse a bizonytalanságérzést és a szorongást, teremtsen befogadó és bizalomteremtő kapcsolatot a használt nyelvezettel. Az orvosasszisztensek szintén vegyenek részt a pozitív légkör kialakításában. Kutatások szerint [35] az LMBT-személyek nyílt elutasítás híján is szorongva, szégyenkezve, nemkívánatos személyként és bizalmatlanul tekintenek az orvos-beteg találkozásra. Ezt az érzést az orvosi rendelők és várók alig észrevehető, a létezésüket kizáró mikroklimája és a személyzet heteronormatív

¹ A WPATH Standards of Care 8., átdolgozott és bővített kiadás időközben 2022-ben megjelent. A magyar nyelvű fordítás folyamatban van.

megnyilvánulásai váltják ki, amelyek személyüket, életpasztaalataikat és kapcsolatukat abnormális, nemkívánatos színben tüntetik fel. Kiemelten fontos, hogy az orvos a megfelelő szakmai ismeretek birtokában meg tudja erősíteni a személyt érzéseinek, személyének elfogadásában, és képes legyen eloszlatni a bizonytalanságokat.

Ruben és mtsai egy metaanalízisben [36] felmérték, milyen segítő és hátráltató tényezők játszanak szerepet abban, hogy a páciensek vajon tudják-e közölni kezelőorvosukkal a nemi identitásukat és szexuális orientációjukat érintő információt. Az információ feltárása a felnőtt, férfi, kaukázusi, magasan képzett és partnerrel élő személyek között volt a leggyakoribb, akik vélhetőleg megértették az információ átadásának fontosságát. A 'coming out' (előbújás, önfelvállalás) valószínűségét csökkentette, ha a kérdezett serdülőkorú vagy nő, kisebbségi (faji/etnikai), kevésbé iskolázott, egyedülálló, illetve partner nélküli volt. Egy másik tanulmány [37] szerint a sürgősségi ellátásban kezelt szexuális és nemi kisebbségi személyek kényelmesebben érezték magukat, és javította a kommunikációt, ha a kérdést nonverbálisan és önkéntes kérdőíven közölhették. LGBT- fiatalok körében a közlés akadálya volt a bizalmaskodás és a nem odaillő megjegyzések, ugyanakkor nem érezték, hogy ellátási igényeiknek megfelelő kezelést kaptak volna. A többség gyenge orvos-beteg kommunikációról számolt be, viszont olyan fontos kérdések, mint a szexuális egészség és az érzelmi élet, egyáltalán nem kerültek szóba. Igényelték volna, hogy az orvos legyen tisztában a szükségleteikkel, és oldja a feszélyezettséget [38].

Egy további felmérésben [39] szintén fiatal felnőtteket kérdeztek meg. Az

előbújás hiányának okaként említették az internalizált stigmatizációt, esetleg az orvos nem kérdezett rá, vagy nem volt tudatában, hogy az LGBT-identitás és az egészségi állapot összefüggnek. Amikor mégis felvállalták nemi identitásukat, a reakció a diszkriminációtól és a hitetlenkedéstől az elismerésig és a figyelmes meghallgatásig változott.

A legújabb hazai, orvosi kommunikációs tankönyv [40] már részletesen tárgyalja a szexuális kisebbségekhez tartozókkal folytatott kommunikáció kérdéseit. Pilling János az összefoglalóban kiemeli: „...a páciensek ugyanis általában szégyellik szóba hozni a szexualitást, az orvosok pedig legtöbbször nem tesznek fel erre vonatkozó kérdéseket.” Az orvosoknak minden más, egészséget befolyásoló tényezőhöz hasonlóan szükséges lehet ismerniük a vizsgált személy szexuális orientációját és nemi identitását is. Mindenképpen érdemes hangsúlyozniuk, hogy az adatot bizalmasan kezelik, annak ismerete viszont elősegíti a pontosabb diagnózist és az egyénre szabott hatékony egészségügyi ellátást. További nehézség, hogy az orvosok általában alábecsülik azon páciensek számát, akik nem heteroszexuálisak, és kevés ismerettel rendelkeznek arról, hogy a szexuális és nemi kisebbséghez tartozóknak milyen speciális ellátási szükségleteik vannak.

A négy hazai orvosegyetemen felvett kutatás [41] azt is felmérte, hogy az első-, harmad- és negyedéves orvostanhallgatók milyen attitűddel rendelkeznek a homoszexuálisok, biszexuálisok és transzszexuálisok irányában, és milyen ismereteik vannak róluk. Az eredmények szerint minél kiterjedtebb ismeretekkel rendelkeztek a homoszexualitást illetően a hallgatók, annál alacsonyabb pontszámot értek el a homonegativitás skáláján, annál magasabb évfolyamot végeztek el az

orvosi egyetemen, valószínűbben nem voltak vallásosak, és voltak közeli LGBT-ismerőseik.

Kommunikációs szempontból a transzszexuális páciensekre is kitér az Amerikai Pszichiátriai Társaság honlapja. Tőlük minden esetben javasolt megkérdezni, hogyan szólíthatók, akár normalizáló műtét/hormonkezelés előtt vagy alatt állnak, illetve ha nem kívánják operáltatni magukat. LGBT-páciensekkel találkozáskor érdemes felmérni a szexualitás felvállalásával kapcsolatos nyitottság és önelfogadás mértékét két párhuzamos skálán.

Napjainkban élénk vita kíséri a konverziós terápia létjogosultságát, főként az Egyesült Államokban [42]. Az Amerikai Pszichiátriai Társaság – számos más szakmai szervezettel (American Academy of Pediatrics, American Counseling Association, American Association of School Administrators, American Federation of Teachers, American School Health Association, Interfaith Alliance Foundation, National Association of School Psychologists, National Association of Social Workers, National Education Association, American Nurses Association, American Psychiatric Nurses Association, Royal College of Nurses) együtt – egyértelműen tudományos alapot nélkülöző beavatkozásnak tekinti a konverziós/reparatív terápiát, amely iatrogén hatásként fokozza a szégyenérzetet, növeli a szorongást és a depressziót, valamint az öngyilkossági késztetést. Ha segítünk elfogadni a szülőknek meleg, leszbikus, biszexuális és transzszexuális gyermeküket, csökkenthetjük az öngyilkossági kísérlet veszélyét. Érdemes rákérdezni a kockázatra és a kockázatot csökkentő körülményekre [43].

KÖVETKEZTETÉS

A WHO és az ENSZ további szervezetei 2015-ben közös nyilatkozatot adtak ki Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people [44] címmel, mely a megkülönböztetés mérséklését kívánja előmozdítani az egészségügyi ellátók tudatosságának növelésével.

A változó egészségügyi információ-ellátottsági környezetben, a digitális egészségügy eszközeinek segítségével a páciensek lényegesen egészségtudatosabbá válnak. Tájékozottságuk révén nagyobb biztonsággal jelezhetik a kezelőorvosnak a szokásostól eltérő orientációt és identitást, ami szükségessé teszi az egészségügyi személyzet jártasságát és informáltságát az LGBT-egészségmegőrzés lehetőségeiről, a gyorsan bővülő orvostudományi ismeretekről.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása, illetve a kapcsolódó kutatómunka anyagi támogatásban nem részesült.

A szerző a cikk végleges változatát elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek: A szerzőnek nincsenek érdekeltségei.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönettel tartozom kollégáimnak a támogató munkahelyi környezetért és az inspiráló kutatóműhelyi háttérért.

HIVATKOZÁSOK

- [1] Organisation for Economic Co-operation and Development. Society at a glance 2019: OECD social indicators. OECD Publishing, Paris, 2019; pp. 9–10.
- [2] Raifman J, Moscoe E, Austin SB, et al. Difference-in-differences analysis of the association between state same-sex marriage policies and adolescent suicide attempts. *JAMA Pediatr.* 2017; 171: 350–356.
- [3] Frimpong EY, Rowan GA, Williams D, et al. Health disparities, inpatient stays, and emergency room visits among lesbian, gay, and bisexual people: evidence from a mental health system. *Psychiatr Serv.* 2020; 71: 128–135.
- [4] Urwin S, Whittaker W. Inequalities in family practitioner use by sexual orientation: evidence from the English General Practice Patient Survey. *BMJ Open* 2016; 6: e011633.
- [5] Hatzenbuehler ML, Pachankis JE. Stigma and minority stress as social determinants of health among lesbian, gay, bisexual, and transgender youth: research evidence and clinical implications. *Pediatr Clin North Am.* 2016; 63: 985–997.
- [6] Makadon HJ, Mayer KH, Potter J, et al. The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health. 2nd edn. American College of Physicians, Philadelphia, PA, 2015.
- [7] Frankowski BL, Committee on Adolescence. Sexual orientation and adolescents. *Pediatrics* 2004; 113: 1827–1832.
- [8] Mustanski B. Ethical and regulatory issues with conducting sexuality research with LGBT adolescents: a call to action for a scientifically informed approach. *Arch Sex Behav.* 2011; 40: 673–686.
- [9] Welch MJ, Lally R, Miller JE, et al. The ethics and regulatory landscape of including vulnerable populations in pragmatic clinical trials. *Clin Trials* 2015; 12: 503–510.
- [10] Blondeel K, Say L, Chou D, et al. Evidence and knowledge gaps on the disease burden in sexual and gender minorities: a review of systematic reviews. *Int J Equity Health* 2016; 15: 16.
- [11] Jowett A. Chronic illness in non-heterosexual contexts: towards a critical LGBTQ health psychology. Aston University, 2011; pp. 69–70.
- [12] Daniel H, Butkus R, Lesbian, gay, bisexual, and transgender health disparities. Executive summary of a policy position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2015; 163: 135–137 + Appendix.
- [13] Mayo Clinic. Health issues for gay men and men who have sex with men. Health issues for lesbians and women who have sex with women. Rochester, NY, 2017. Available from: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/health-issues-for-gay-men/art-20047107> and <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/health-issues-for-lesbians/art-20047202> [assessed: August 15, 2020].
- [14] American College of Physicians. Sample New Patient Intake Form. Appendix B. In: Makadon HJ, et al. (eds.) The Fenway guide to lesbian, gay, bisexual, and transgender health. Philadelphia, PA, 2007; pp. 487–502. Available from: <http://www.east-baypride.com/sample-new-patient-intake-form.pdf> [accessed: August 16, 2020].
- [15] Lim FA, Brown DV Jr, Justin Kim SM. Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population: a review of best practices. *Am J Nurs.* 2014; 114: 24–34.
- [16] Paul JP. The bisexual identity: an idea without social recognition. *J Homosex.* 1983–1984 Winter–Spring; 9(2–3): 45–63.
- [17] Copen CE, Chandra A, Febo-Vazquez I. Sexual behavior, sexual attraction, and sexual orientation among adults aged 18–44 in the United States: data from the 2011–2013 National Survey of Family Growth. *Natl Health Stat Report* 2016; 88: 1–14.
- [18] Barker MJ, Richards C, Jones R, et al. The bisexuality report: bisexual inclusion in LGBT equality and diversity. Open University, Milton Keynes, 2012.
- [19] San Francisco Human Rights Commission. Bisexual invisibility. Impacts and recommendations. San Francisco Human Rights Commission LGBT Advisory Committee, San Francisco, CA, 2010.

- [20] Pompili M, Lester D, Forte A, et al. Bisexuality and suicide: a systematic review of the current literature. *J Sex Med.* 2014; 11: 1903–1913
- [21] King M, McKeown E. Mental health and social wellbeing of gay men, lesbians and bisexuals in England and Wales. Mind, London, 2003.
- [22] Barker MJ, Bowes-Catton H, Iantaffi A, et al. British bisexuality: a snapshot of bisexual identities in the UK. *J Bisex.* 2008; 8: 141–162.
- [23] Miller M, André A, Ebin J, et al. Bisexual health: an introduction and model practices for HIV/STI prevention programming. National Gay and Lesbian Task Force Policy Institute, Washington, DC, 2007.
- [24] Hickson F, Bourne A, Weatherburn P, et al. Tactical dangers: findings from the United Kingdom Gay Men's Sex survey 2008. Sigma Research, London, 2010.
- [25] Goodenow C, Netherland J, Szalacha L. AIDS-related risk among adolescent males who have sex with males, females or both: evidence from a statewide survey. *Am J Public Health* 2002; 92: 203–210.
- [26] Fethers K, Marks C, Mindel A, et al. Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sex Transm Infect.* 2000; 76: 345–349.
- [27] Ekstrand ML, Coates TJ, Guydish JR, et al. Are bisexually identified men in San Francisco a common vector for spreading HIV infection to women? *Am J Public Health* 1994; 84: 915–919.
- [28] Kahn JG, Gurvey J, Pollack LM, et al. How many HIV infections cross the bisexual bridge? An estimate from the United States. *AIDS* 1997; 11: 1031–1037.
- [29] Rafferty J. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Adolescence, Section on Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health and Wellness. Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics* 2018; 142: e20182162.
- [30] Nussbaum AM. DSM-5 diagnosis book. [A DSM-5 diagnosztikai vizsgálat zsebkönyve.] Oriold és Társai, Budapest, 2013. [Hungarian]
- [31] ICD-11 for mortality and morbidity statistics. Version: 04/2019. Available from: <https://www.wpath.org/publications/soc> [accessed: August 23, 2020].
- [32] World Professional Association for Transgender Health (WPATH). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people. 7th version. WPATH, East Dundee, IL, 2012. Available from: <https://www.wpath.org/publications/soc> [accessed: August 23, 2020].
- [33] Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations. Conceptual issues and research evidence. *Psychol Bull.* 2003; 129: 674–697.
- [34] Institute of Medicine. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people. Building a foundation for better understanding. National Academies Press, Washington, DC, 2011.
- [35] Dean MA, Victor E, Guidry-Grimes L. Inhospitable healthcare spaces: why diversity training on LGBTQIA issues is not enough. *J Bioeth Inq.* 2016; 13: 557–570.
- [36] Ruben MA, Fullerton M. Proportion of patients who disclose their sexual orientation to healthcare providers and its relationship to patient outcomes: a meta-analysis and review. *Patient Educ Couns.* 2018; 101: 1549–1560.
- [37] Haider A, Adler RR, Schneider E, et al. Assessment of patient-centered approaches to collect sexual orientation and gender identity information in the emergency department: the EQUALITY study. *JAMA Netw Open* 2018; 1: e186506.
- [38] Snyder BK, Burack GD, Petrova A. LGBTQ youth's perceptions of primary care. *Clin Pediatr (Phila).* 2017; 56: 443–450.
- [39] Rossman K, Salamanca P, Macapagal K. A qualitative study examining young adults' experiences of disclosure and nondisclosure of LGBTQ identity to health care providers. *J Homosex.* 2017; 64: 1390–1410.
- [40] Pilling J. Medical communication in practice. [Orvosi kommunikáció a gyakorlatban.] Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2018. [Hungarian]

- [41] Szél Zs, Kiss D, Török Zs, et al. Hungarian medical students' knowledge about and attitude toward homosexual, bisexual, and transsexual individuals. *J Homosex.* 2020; 67: 1429–1446.
- [42] Kórácz K. The history of reorientation therapy. [A reorientációs terápia története.] *Orv Hetil.* 2013; 154: 931–939. [Hungarian]
- [43] Cabaj RP. Working with LGBTQ patients. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/best-practice-highlights/working-with-lgbtq-patients> [accessed: September 6, 2020].
- [44] World Health Organization. Ending violence and discrimination against lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex people. WHO, Geneva, 2015. Available from: <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/un-statement-on-lgbti/en/> [accessed: September 1, 2020].

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Somorjai Noémi
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudomány Kar, Magatartástudományi Intézet, Budapest
somorjai.noemi@semmelweis.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 07. 12.
Elfogadva: 2024. 07. 17.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Somorjai Noémi. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

FORDÍTÁSOK

Fordítás: Színterek, célcsoportok és idő A népegészségügyi beavatkozások fogalmi kerete

*Translation: Settings, populations, and time
A conceptual framework for public health interventions*

Fordító: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.15864](https://doi.org/10.58701/mej.15864)

Fordított cikk: Aagaard-Hansen, J. & Bloch P (2023). Settings, populations, and time: a conceptual framework for public health interventions. *Frontiers in Public Health*, 11:1297019. doi: 10.3389/fpubh.2023.1297019 .

Kulcsszavak: egészségfejlesztés; életpálya-perspektíva; tervezés; célcsoportok; színtér

Keywords: health promotion; life-course perspective; planning; population segments; setting approach

Absztrakt

Ez a dokumentum egy olyan koncepcionális keretet ismertet, amely megmutatja, hogy a hosszú távú perspektívából szemlélve a színterek és a célcsoportok kombinációi hogyan irányíthatják a népegészségügy és az egészségfejlesztés tervezését és kutatását. A színtér fogalma az 1986-os Ottawai Charta által előírtak szerint az egészségfejlesztés egyik kulcseleme. A színtérialapú megközelítés az egészségfejlesztés egyéni, társadalmi és strukturális dimenzióit emeli ki. Hasonlóképpen, a célcsoport fogalma és kiválasztásának módja a népegészségügy egyik központi pillérét képezi. A két nézőpont összekapcsolásával a beavatkozási stratégiák négy kombinációja jelenik meg: (1) egyetlen célcsoport egyetlen színtéren, (2) több célcsoport egyetlen színtéren, (3) egyetlen célcsoport több színtéren, vagy (4) több célcsoport több színtéren. Továbbá, az életpálya perspektíva által kifesztett idődimenzió hozzáadása azt mutatja be, hogy az egyének és a projektek pályája hogyan változtatja meg az idő előrehaladtával a színteret és a célcsoportokat. A koncepcionális keretrendszer megmutatja, hogy a hosszú távú, több színtéren és több célcsoportban zajló folyamatok szisztematikus ismerete hogyan teszi lehetővé az egészségfejlesztés tervezői és kutatói számára, hogy projektjeiket szisztematikus módon fejlesszék, tervezzék és elemezzék.

Abstract

This paper presents a conceptual framework displaying how combinations of settings and populations seen in a long-term perspective may guide public health and health promotion planning and research. The notion of settings constitutes a key element of health promotion as stipulated by the Ottawa Charter from 1986. The setting approach highlights the individual, social and structural dimensions of health promotion. Likewise, the notion of populations and how they are selected forms a center pillar of public health. By joining the two perspectives, four combinations of intervention strategies appear by addressing: (1) a single population segment within a single setting, (2) multiple population segments within a single setting, (3) a single population segment within multiple settings or (4) multiple population segments within multiple settings. Furthermore, the addition of a time dimension inspired by the life-course perspective illustrates how trajectories of individuals and projects change settings and population segments as time goes by. The conceptual framework displays how systematic awareness of long-term, multi-setting, multi-population trajectories allow health promotion planners and researchers to systematically develop, plan and analyze their projects.

BEVEZETÉS

Ez a dokumentum egy olyan koncepcionális keretet mutat be, amely alkalmas lehet kiválasztani az egy, vagy több szintér és célcsoportok kombinációit a hosszú távú stratégiai népegészségügyi és egészségfejlesztési szakpolitika, tervezés és kutatás irányítására.

A szintér perspektívája

Az Ottawai Charta továbbra is az egészségfejlesztéssel kapcsolatos munka legfontosabb értékalapja marad (1). Az egészségfejlesztést a következőképpen határozza meg: "az a folyamat, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy növeljék az egészségük feletti kontrollt és javítsák azt". Ezen túlmenően az egészségfejlesztési tevékenységet úgy fogalmazza meg, mint az egészséges

közpolitikák kialakítását; a támogató környezet megeremtését; a közösségi cselekvések megerősítését; a személyes készségek fejlesztését; az egészségügyi szolgáltatások áthangolását (a klinikai és gyógyító szolgáltatások nyújtására vonatkozó felelősségen túl) és a jövő felé való elmozdulást (a gondoskodást, a teljesség szemléletét és az ökológiát mint központi stratégiai elemeket).

Az Ottawai Charta továbbá meghatározza, hogy az egészségfejlesztési intézkedéseket "az iskolákban, otthonokban, munkahelyeken és közösségi színtereken kell elősegíteni", mivel "az egészséget az emberek mindennapi életükben teremtik meg és élik meg, ott, ahol tanulnak, dolgoznak, játszanak és szeretnek". A WHO meghatározása szerint a szintér "olyan hely vagy társadalmi környezet, ahol az emberek napi tevékenységeket végeznek, amelyekben a környezeti, szervezeti és

személyes tényezők kölcsönhatásban befolyásolják az egészséget és a jóllétet" (2). A színtér az a hely is, ahol az emberek aktívan használják és alakítják a környezetet, és így az egészséggel kapcsolatos problémákat hoznak létre vagy oldanak meg. Poland és munkatársai továbbá azzal érvelnek, hogy a színtér az emberi társadalmi interakció közege és terméke is, és így több, mint egyszerű hely a tér-időben (3). Kokko és Baybutt (4) áttekintést nyújt a színtérialapú egészségfejlesztés elméleti alapjairól és gyakorlati elveiről szóló újabb tudományos publikációkról. Következésképpen, a színtérialapú megközelítés az egészségfejlesztés egyéni, társadalmi és strukturális dimenzióit hangsúlyozza (5, 6).

Célcsoport

A célcsoport fogalma kulcsfontosságú a népegészségügyi beavatkozások szempontjából, és meghatározható orvosbiológiai, társadalmi, térbeli vagy időbeli kritériumok alapján (7). Geoffrey Rose (8) két, a célcsoporttal kapcsolatos fogalmat állított egymás mellé. "Egyrészt számos program egy bizonyos kockázati tényezőre (pl. dohányzás) vagy biomarkerre (pl. szűrővizsgálatokkal azonosított emelkedett vérnyomás) összpontosít, ezáltal a teljes népesség egy szegmensét azonosítja". Másrészt az alternatív "egész népességre vonatkozó megközelítés" olyan beavatkozásokat ír le, amelyek elvileg mindenkre hatással vannak (pl. a dohánytermékek megadóztatásának fiskális politikája). Rose szerint a "teljes népességre" gyakorolt hatás teljes összege nagyobb, mint a "veszélyeztetett egyének" csoportjára gyakorolt teljes hatás – ami valószínűleg nagyobb megterheléssel jár.

Phelan és Link "alapvető okokra" (9) összpontosító megközelítése alapján

Frohlich és Potvin (10) bírálta ezt a megközelítést. Megjegyezték, hogy "az egész népességre kiterjedő megközelítés nem foglalkozik az alapvető meghatározó tényezőkkel, és valószínűleg növeli az egészségügyi egyenlőtlenségeket a kockázati tényezők egyenlőtlen eloszlása, valamint a beavatkozásokból való részesülés egyenlőtlen képessége miatt" (7). Frohlich és Potvin ehelyett a "veszélyeztetett populációkra" való összpontosítást javasolta, melyet úgy határoztak meg, mint "olyan alcsoport vagy alpopuláció, amely közös társadalmi jellemzői miatt nagyobb kockázatnak van kitéve" (10).

Bár a beavatkozások az egyénekre vagy célcsoportokra irányulhatnak az adott színtéren, strukturáltabb népegészségügyi intézkedésekre is szükség van ahhoz, hogy mindenki számára egészséges életet biztosítsunk (11). Így egyes egészségfejlesztési törekvések, például az adópolitika egészségfejlesztő változtatásai (pl. a dohánytermékek vagy az édes üdítőitalok fokozott megadóztatása) az egész népességre hatnak, függetlenül a körülményektől és az életszakaszoktól. Az arányos univerzalizmusról folyó vita azt vizsgálja, hogyan kell az ilyen beavatkozásokat úgy megtervezni, hogy csökkentsék (és ne növeljék) az egészségügyi egyenlőtlenségeket (12, 13).

Az életpálya perspektíva

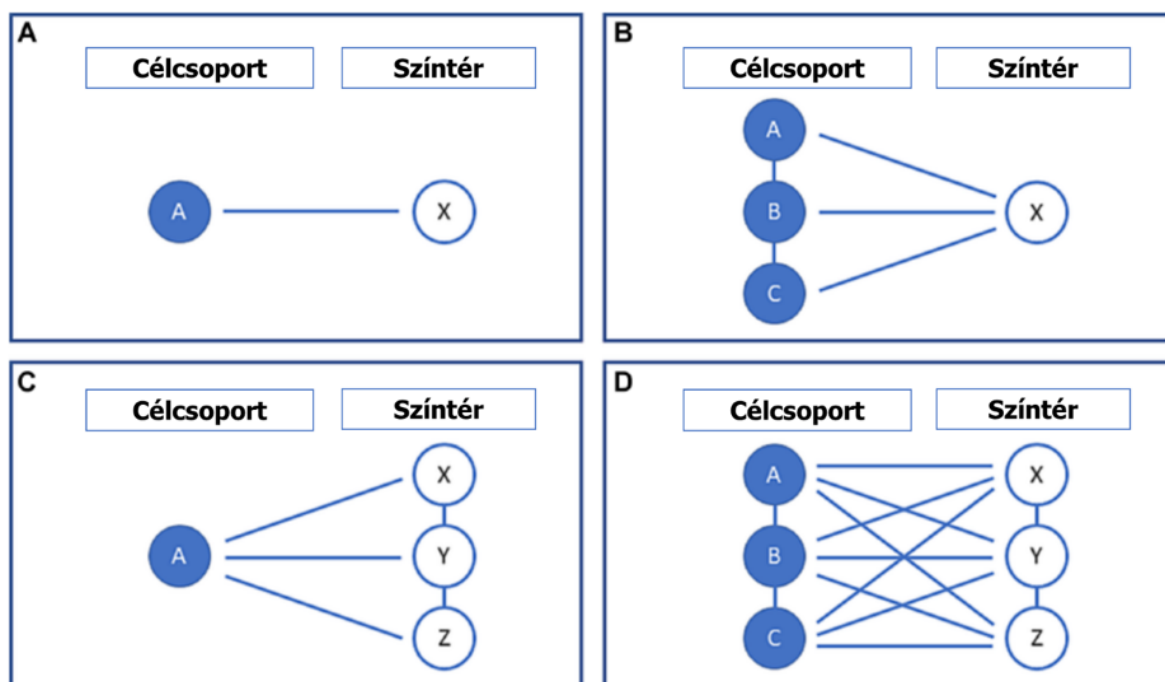
Az elmúlt években az egészség és a betegség fejlődési eredetének (Developmental Origins of Health and Disease, DOHaD) koncepciója rávilágított az életpálya perspektívájának fontosságára, amelyet hosszú távú epidemiológiai vizsgálatok és epigenetikai kutatások bizonyítékai támasztanak alá (14, 15). A koncepció leírja, hogy a pozitív és negatív tényezők az egyén egész életútja során

(de különösen az "első 1000 napban", beleértve a terhességi időszakot is) hogyan határozzák meg számos betegség kockázatának, valamint a társadalmi-gazdasági és oktatási hátrányok felhalmozódását (16, 17). Például az életpálya korai szakaszában bekövetkező káros események csökkent kognitív képességekhez, oktatási eredményekhez és élethosszig tartó jövedelemcsökkenéshez (18), valamint a nem fertőző betegségek fokozott kockázatához vezethetnek (19). Az életpálya orvosbiológiai szemléletén túlmenően a társadalomtudományokon belül is jelentős mennyiségű kapcsolódó kutatást végeztek, amelyeket itt nem részletezünk (20, 21).

A BEAVATKOZÁSI STRATÉGIÁK NÉGY SZÍNTÉR ÉS POPULÁCIÓ KOMBINÁCIÓJA

Elméletileg a szinterek és a célcsoportok négy különböző beavatkozási stratégiában kombinálhatók, amint azt az 1. ábra szemlélteti. Így négy lehetőség jelenik meg: (1) egyetlen célcsoport egyetlen környezetben, (2) több célcsoport egyetlen környezetben, (3) egyetlen célcsoport több környezetben vagy (4) több célcsoport több környezetben. A célcsoport alatt a demográfiai, társadalmi vagy egyéb kritériumok alapján kiválasztott alpopulációt értjük.

1. ábra: A népegészségügyi beavatkozásokra alkalmazható egy vagy több célcsoport és szintér négy lehetséges kombinációját szemléltető fogalmi keret (Forrás: ismertetett cikk)



Egyetlen célcsoport egyetlen szintén

Ez a beavatkozás legegyszerűbb formája, amely egy célcsoportból és egy környezetből áll (1. ábra), amint azt az 1. eset példázza.

1. eset: munkahelyi egészségfejlesztés Japánban (22).

A beavatkozásra 2005-ben került sor egy nagy japán termelővállalatnál, amely több munkaterületet, mérnöki és irodai részleget foglal magában. A cél a munkakörnyezet és a munkavállalók mentális egészségének javítása volt (22). A beavatkozást egy munkahelyfejlesztő csoport végezte, és egy 30 tételből álló listát tartalmazó önbevallásos kérdőívet alkalmazott, amely után a beavatkozás tervezéséhez csoport-foglalkozásokat tartottak. A női munkavállalók esetében a rövid munkahelyi stressz kérdőívvel értékelve számos jelentős, a beavatkozáshoz kapcsolódó, pozitív hatás mutatkozott, többek között a készségek alulhasznosítása, a felettesek és munkatársak támogatása, a pszichológiai distressz és a munkával való elégedettség tekintetében, míg a férfi munkavállalók esetében nem mutatkozott hasonló javulás. Ez a projekt példa egy olyan beavatkozásra, amely egy adott szintén (egy vállalatnál), egy társadalmi kritérium szerint meghatározott célcsoportra (a munkavállalókat) irányult (22).

Több célcsoport egyetlen szintén

Az 1. ábra azt mutatja, hogy egy beavatkozás egynél több célcsoportot is érinthet egyetlen szintén. Ezt szemlélteti a 2. eset.

2. eset: Az egész iskola megközelítése (23).

Az "egészségfejlesztő iskolák" fogalma hat összetevőre összpontosított beavatkozást

javasol: (1) egészséges iskolai szakpolitikák; (2) iskolai fizikai környezet; (3) iskolai szociális környezet; (4) egyéni egészségügyi készségek és cselekvési kompetencia; (5) közösségi kapcsolatok és (6) egészségügyi szolgáltatások (23). Nyilvánvalóan az iskoláskorú gyermekek állnak a középpontban, de az átfogó értelmezésben még a tanárok és a szülők is a beavatkozások körébe tartoznak, így ez egy több célcsoportra irányuló, egy szintén megvalósuló törekvés. Ez egy példa arra, hogy az egészségfejlesztési megközelítés egy szintén (egy iskolában) működik, és több csoportot (tanulók, tanárok és szülők) céloz meg (23).

Egyetlen célcsoport többféle szintén

Az 1. ábra azt mutatja be, hogy egy célcsoportot hogyan lehet elérni egy beavatkozással egynél több szintén, amint azt a 3. eset mutatja.

3. eset: SoL projekt: Egészség és helyi közösség (24).

A SoL projekt egy komplex, közösség által irányított egészségfejlesztési beavatkozás volt, amelynek célja az egészséges életmód népszerűsítése volt a kisgyermekes dán családok körében (24). A "SoL" a dán "Sundhed og Lokalsamfund" vagy angolul "Health and Local Community" rövidítése. A projekt középpontjában az egészségesebb táplálkozási szokások és a testmozgás népszerűsítése, valamint a helyi közösségi erőforrások mozgósítása, a társadalmi hálózatok erősítése és a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése állt. A SoL projektet 2012 és 2015 között több szintén, többek között iskolákban, napközi otthonokban, szupermarketekben és a helyi tömegtájékoztatási eszközökön, de a helyi közösségeken belül szélesebb körben is megvalósították a dániai Bornholm szigetének három kisvárosában (24). A beavatkozást a szakmai érdekel-

tekkel és a polgárokkal együtt alkották meg akciókutatási módszertan segítségével összehangoltan és integráltan hajtották végre több, mindennapi élet-helyzetben az intenzitás, a szinergia és a fenntartható hatás elősegítése érdekében (24). Így a SoL-projekt egy célcsoportot (kisgyermekes családok) érintett a helyi közösség több színterén.

Több célcsoport többféle színtéren

Az 1. ábra a legbonyolultabb helyzetet mutatja be, amikor egy projekt több lakossági csoportot és helyszínt kombinál, ahogyan azt a Tingbjerg Changing Diabetes kezdeményezés mutatja a 4. esetben.

4. eset: Tingbjerg változó cukorbetegség (25, 26).

A Tingbjerg Changing Diabetes (TCD) egy hosszú távú, közösségi alapú kezdeményezés, amely a szuper-szintér megközelítést (26) alkalmazza a koppenhágai Tingbjerg hátrányos helyzetű városrészében élő, magas kockázatú népességcsoportok egészségének előmozdítására, és a 2-es típusú cukorbetegség megelőzésére (25). "A TCD stratégiai, szervezeti és színtéri keretet képez a különböző beavatkozások, projektek és tevékenységek fejlesztésére, végrehajtására, értékelésére és javítására egy helyi közösségben, a polgárokkal, a szakmai szakemberekkel, a kutatókkal és a döntéshozókkal együtt, közintézményekben, magánvállalkozásokban és civil szervezetekben." (26) A szuperszintér megközelítés elveit követve "a TCD több összehangolt beavatkozásból áll, amelyeket több ágazatközi érdekelt fél és több helyi közösség résztvevői irányítanak. A TCD az emberek mindennapi életének társadalmi kihívásaival foglalkozik, hogy képessé tegye őket arra, hogy saját maguk, családjuk és közösségük jobb

egészségéért és jólétéért cselekedjenek." (27) Ily módon a beavatkozás alapvető fontosságú mind a közösségi eszközök és erőforrások azonosítása és mozgósítása, az emberek egészségének és jólétének támogatása érdekében azzal a céllal, hogy növeljék az egészségük és közösségük feletti ellenőrzésüket (27). A TCD a több célcsoportot és több színteret érintő megközelítés példája.

AZ IDŐPERSPEKTÍVA HOZZÁADÁSA

Az 1. ábra bemutatott tipológia a színterek és célcsoportok négy elméleti kombinációját vázolja fel. Ezek azonban jelenlegi állapotukban statikusak. Az életpálya perspektívát, vagyis az időbeli változásokat figyelembe a jelenségek jobb megértését segíti elő. Az életpálya perspektíva kronológiai dimenziót ad a fogalmi keretünkhöz, felölelve a magzati életet, a csecsemőkort, a korai gyermekkort, az iskoláskort, a serdülőkort, a reprodukív kort és az időskort (28). Míg a DOHaD-diskurzus eredeti középpontjában a különböző állapotok kockázati és védő tényezőinek az életpálya során és a generációk között történő felhalmozódása állt, e cikk fő hozzájárulása az, hogy emlékeztet bennünket a bölcsőtől a sírig tartó hosszú távú perspektíva alkalmazásának fontosságára.

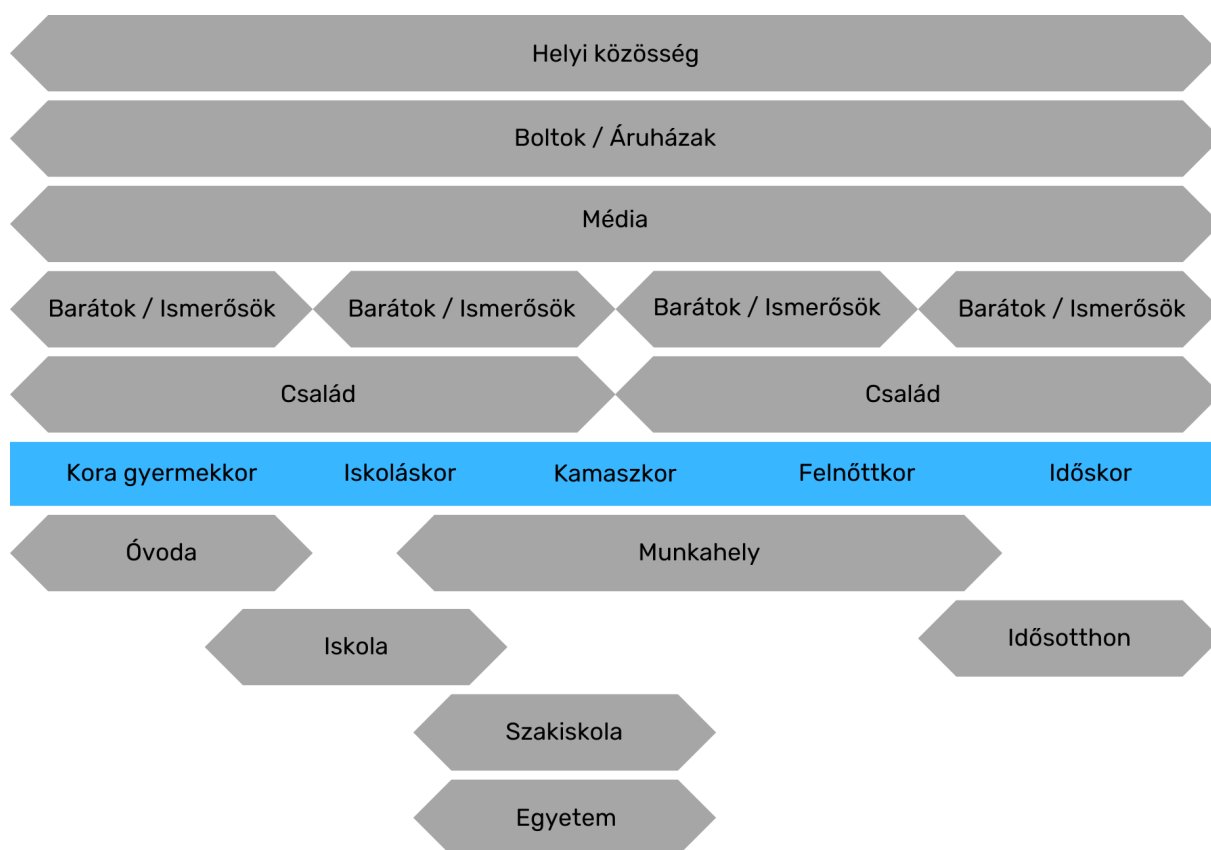
Változó színterek az életút perspektívájában

A 2. ábra azt szemlélteti, hogy a színterek hogyan változnak az egyén életútjának szakaszai szerint (ezt a kék sáv jelzi). Ezért minden egyes célcsoport (az életpálya egy bizonyos szakaszában lévő korcsoport) számára létezik a releváns színterek egy bizonyos készlete. Az iskoláskorban például látható, hogy az iskola, a család és a szabadidő/barátok kulcsszerepet játsza-

nak. Kicsit később az életkorban a tanulási intézmények szakiskolákká vagy egyetemékké váltak, és a munkahelyek kerülnek a képbe, míg a család, valamint a

szabadidő/barátok továbbra is szerepet játszanak. Amint azt az ábra is jelzi, a különböző szintereken is lehetnek változások.

2. ábra: Egy prototípus, amely a releváns szintereket mutatja be az életút során észak-európai kontextusban (Forrás: ismertett cikk)



Így például a baráti kör is változhat az életszakaszok szerint, mivel összetételét más szintér, például az iskola, a munkahely vagy a szabadidős tevékenységek határozhatja meg. Idővel a helyi közösség, az üzletek/kereskedelem és a média is fontos szintérként szolgálnak, bár ezek kontextusa is változhat.

Az élet során a család általában különleges szerepet játszik, bár idővel az is változik. Amikor az egyének elérik a felnőttkort, általában saját családot alapítanak,

amelyben a szülők és testvérek mellett házastársak és gyermekek is vannak. Ennek az elképzelésnek egy leegyszerűsített változatát javasolták 2010-ben (29).

A szintér fogalma arra emlékeztet bennünket, hogy az egyének és a népesség olyan épített és társadalmi környezetben él, amely pozitív vagy negatív hatással van az egészségükre, és amelyet ennél fogva figyelembe kell venni a népegészségügyi programok tervezésekor (26, 30).

A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI BEAVATKOZÁSOK DINAMIKUS PERSPEKTÍVÁJA

Az életpálya perspektíva eredeti célja, hogy kiemelve a kockázat felhalmozódását az életpálya során, ezáltal megkülönböztetve a különböző korcsoportokat (célcsoportokat) (7). De egyúttal az időbeli változásokra való emlékeztetésként is szolgál, ami más módon is alkalmazható.

Egy adott szintér tehát idővel változhat. Például a városi környezeten belül egy adott környék lassan átalakulhat előkelő, magas színvonalú lakóhelyből hátrányos helyzetű területté, vagy fordítva, számos politikai, demográfiai és társadalmi-gazdasági tényezőtől függően. Emellett a demográfiai tendenciák, többek között a migráció miatt a szintéren élő népesség is változni fog.

Ezenkívül egy projektnek saját "életútja" lehet, függetlenül attól, hogy a népegészségügyi gyakorlat vagy a kutatás áll-e a középpontjában. Így előfordulhat, hogy egy beavatkozás kezdetben egy adott szintéren egy célcsoporttal foglalkozik (1A. ábra), majd fokozatosan kibővül az ábrázolt összetettebb típusok egyikével (1. ábra).

Tudomásunk szerint ez az első alkalom, hogy egy koncepcionális keretrendszer szisztematikusan feltárja a (több) szintér és a (több) célcsoport megközelítése közötti elméleti kapcsolatokat az életút perspektívájában.

Különösen a szinterek ábrája erősen kontextusfüggő a társadalmi-gazdasági, etnikai, vallási és egyéb társadalmi meghatározó tényezőkön alapuló regionális, nemzeti, sőt helyi eltérések függvényében. Így a 2. ábra egy általános, észak-európai kontextusban is relevánsnak tekinthető. Mindazonáltal az elvek általános jellegűek, és könnyen adaptálhatók globálisan más helyszínekre és körülményekre.

Javasoljuk, hogy a jövőbeni kutatásoknak arra törekedjenek, hogy feltárják ezeket a nagyléptékű és hosszú távú térbeli, időbeli változásokat és változásmintákat, amelyek valószínűleg rejtve maradnak a rövid távú, korlátozott projektekben. Ehhez szükség lesz a kutatás szponzorainak hajlandóságára az ilyen átfogó törekvések támogatására, valamint egyes kutatócsoportok gondolkodásmódjának megváltoztatására is.

KÖVETKEZTETÉS

Ez a dokumentum egy olyan fogalmi keretet vezetett be, amely az életpálya perspektívája által inspirált longitudinálisan szemlélve egyesíti a szinterek és a célcsoportok fogalmát, hogy a népegészségügyi és egészségfejlesztési szakpolitika, a tervezés és a kutatás számára irányadó legyen. Ez a perspektíva olyan tipológiát nyújt, amely lehetővé teszi a tervezők és kutatók számára, hogy átfogó képet kapjanak a népességről a népegészségügy és az egészségfejlesztés térbeli (környezet) és időbeli (életpálya) dimenzióiban.

HIVATKOZÁSOK

1. World Health Organization. The Ottawa charter for health promotion. First international conference on health promotion, Ottawa, 17–21 November 1986. In: Milestones in health promotion. Statements from global conferences. Geneva. (2009).
2. World Health Organization. (2021). Health promotion glossary of terms 2021. World health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350161>. Accessed September, 19 2023.
3. Poland, BD, Green, LW, and Rootman, I. Settings for health promotion. Linking Theory and Practice. London: Sage Publications (2000).
4. Kokko, S, and Baybutt, M. Handbook of settings-based health promotion. Switzerland: Springer Nature (2022).
5. Dooris, M, Poland, B, Kolbe, L, de Leeuw, E, McCall, D, and Wharf-Higgins, J. Healthy settings: building evidence for the effectiveness of whole system health promotion: challenges and future directions In: MQDV Jones CM, editor. Global perspectives on health promotion effectiveness. New York: Springer Science and Business Media (2007). 327–52.
6. Whitelaw, S, Baxendale, A, Bryce, C, Machardy, L, Young, I, and Witney, E. 'Setting' based health promotion: a review. Health Promot Int. (2001) 16:339–54. doi: 10.1093/heapro/16.4.339
7. Aagaard-Hansen, J, Hindhede, AL, and Maindal, HT. A conceptual framework for selecting appropriate populations for public health interventions. Front Public Health. (2023) 11:1161034. doi: 10.3389/fpubh.2023.1161034
8. Rose, G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol. (1985) 30:427–32. doi: 10.1093/ije/30.3.427
9. Phelan, JC, and Link, BC. Controlling disease and creating disparities: a fundamental cause perspective. J Gerontol. (2005) 60:27–33. doi: 10.1093/geronb/60.special_issue_2.s27
10. Frohlich, KL, and Potvin, L. Transcending the known in public health practice. Am J Public Health. (2008) 98:216–21. doi: 10.2105/AJPH.2007.114777
11. Hawkes, C, Smith, TG, Jewell, J, Wardle, J, Hammond, RA, Friel, S, et al. Smart food policies for obesity prevention. Lancet. (2015) 385:2410–21. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61745-1
12. Carey, G, and Crammond, B. De Leeuw E towards health equity: a framework for the application of proportionate universalism. Int J Equity Health. (2015) 14:81. doi: 10.1186/s12939-015-0207-6
13. Francis-Oliviero, F, Cambon, L, Wittwer, J, Marmot, M, and Alla, F. Theoretical and practical challenges of proportionate universalism: a review. Rev Panam Salud Publica. (2020) 44:1. doi: 10.26633/RPSP.2020.110
14. Forsdahl, A. Are poor living conditions in childhood and adolescence an important risk factor for arteriosclerotic heart disease? Br J Prev Soc Med. (1977) 31:91–5. doi: 10.1136/jech.31.2.91
15. Barker, DJP. Fetal origins of coronary heart disease. BMJ. (1995) 311:171–4. doi: 10.1136/bmj.311.6998.171
16. Hanson, M, and Gluckman, P. Developmental origins of noncommunicable disease: population and public health implications. Am J Clin Nutr. (2011) 94:S1754–8. doi: 10.3945/ajcn.110.001206
17. Schwarzenberg, SJ, and Georgieff, MK, Committee on Nutrition. Advocacy for improving nutrition in the first 1000 days to support childhood development and adult health. Pediatrics. (2018) 141:e20173716. doi: 10.1542/peds.2017-3716
18. Britto, PR, Lye, SJ, Proulx, K, Yousafzai, AK, Matthews, SG, Vaivada, T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. Lancet. (2017) 389:91–102. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31390-3
19. Baird, J, Jacob, C, Barker, M, Fall, CHD, Hanson, M, Harvey, NC, et al. Developmental origins of health and disease: a lifecourse approach to the prevention of noncommunicable diseases. Healthcare (Basel). (2017) 5:EE14. doi: 10.3390/healthcare5010014
20. Alwin, DF. Integrating varieties of life course concepts. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. (2012) 67:206–20. doi: 10.1093/geronb/gbr146
21. Hanson, M, and Aagaard-Hansen, J. Developmental origins of health and disease: toward a combined bio-social life-course perspective. Acta Pediatr. (2021) 110:2306–9. doi: 10.1111/apa15905

22. Kobayashi, Y, Kaneyoshi, A, Yokota, A, and Kawakami, N. Effects of a worker participatory program for improving work environments on job stressors and mental health among workers: a controlled trial. *J Occup Health*. (2008) 50:455–70. doi: 10.1539/joh.17166
23. Schools for Health in Europe. (2022). Improving the health of children and young people in the European Region and Central Asia. Available at: <https://www.schoolsforhealth.org>. Accessed May, 4 2022.
24. Toft, U, Bloch, P, Reinbach, HC, Winkler, LL, Buch-Andersen, T, Aagaard-Hansen, J, et al. Project SoL – a community-based, multi-component health promotion intervention to improve eating habits and physical activity among Danish families with young children. Part 1: intervention development and implementation. *Int J Environ Res*. (2018) 15:1097. doi: 10.3390/ijerph15061097
25. Tingbjerg Changing Diabetes. (2022). Available at: www.tingbjergchangingdiabetes.dk. Accessed September, 23 2022.
26. Tørslev, MK, Andersen, PT, Nielsen, AV, Petri, M, Termansen, T, Vardinghus-Nielsen, H, et al. Tingbjerg changing diabetes: a protocol for a long-term Supersetting initiative to promote health and prevent type 2 diabetes among people living in an ethnically and socio-economically diverse neighbourhood in Copenhagen. Denmark *BMJ Open*. (2021) 11:e048846. doi: 10.1136/bmjopen-2021-048846
27. Bloch, P, Toft, U, Reinbach, HC, Clausen, LT, Mikkelsen, BE, Poulsen, K, et al. Revitalizing the setting approach – supersettings for sustainable impact in community health promotion. *Int J Behav Nutr Phys Act*. (2014) 11:118. doi: 10.1186/s12966-014-0118-8
28. Aagaard-Hansen, J, Norris, SA, Maindal, HT, Hanson, M, and Fall, C. What are the public health implications of the life course perspective? *Glob Health Action*. (2019) 12:1603491. doi: 10.1080/16549716.2019.160391
29. Marmot, M. Fair society, healthy lives. The Marmot review. Strategic review of health inequalities. in England post-2010. (2010). Available at: www.ucl.ac.uk/marmotreview. Accessed November, 11 2023.
30. Jones, R, and Yates, G. The built environment and health. Glasgow: Glasgow Centre for Population Health (2013).

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Virai József
Széchenyi István Egyetem Egészség-és Sporttudományi Kar Preventív Egészségtudományi Tanszék, Győr
virai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 05. 27.
Elfogadva: 2024. 05. 27.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Virai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

FORDÍTÁSOK

Fordítás: A Lancet „Visszaszámlálás az egészség és éghajlatváltozás kapcsán” 2024-es európai jelentésének vezetői összefoglalója A példa nélküli felmelegedés példa nélküli cselekvést igényel

*Translation: Executive summary of the 2024 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change
Unprecedented warming demands unprecedented action*

Fordító: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.16214](https://doi.org/10.58701/mej.16214)

Fordított cikk: van Daalen, K. R., Tonne, C., Semenza, J. C., Rocklöv, J., Markandya, A., Dasandi, N., Jankin, S., Achebak, H., Ballester, J., Bechara, H., Beck, T. M., Callaghan, M. W., Carvalho, B. M., Chambers, J., Pradas, M. C., Courtenay, O., Dasgupta, S., Eckelman, M. J., Farooq, Z., Fransson, P., ... Lowe, R. (2024). The 2024 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: unprecedented warming demands unprecedented action. *The Lancet. Public Health*, S2468-2667(24)00055-0. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00055-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00055-0)

Kulcsszavak: éghajlatváltozás; egészség

Keywords: climate change; health

VEZETŐI ÖSSZEFOGLALÓ

2023-ban világszerte rekordhőmérsékleteket mértek. Éghajlatvédelmi intézkedések nélkül az éghajlattal kapcsolatos, egészségre káros hatások várhatóan világszerte súlyosbodni fognak, és emberek milliárdjait érintik. Európában a globális átlagnál kétszer gyorsabban melegszik a hőmérséklet, ami az egész kontinensen veszélyezteti a lakosság egészségét, és sürgősen sok emberéletet követel. A Lancet Visszaszámlálás Európában 2021-ben jött létre, hogy felmérje az éghajlatváltozás egészség-profilját, azzal a céllal, hogy ösztönözze az európai társadalmi és politikai akaratot az egész-

ségügyre reagáló, gyors éghajlatcsökkentő és alkalmazkodási intézkedések végrehajtására. Az együttműködés 2022-ben tette közzé indikátorjelentését, amely 33 indikátoron keresztül és öt területen követi nyomon az egészség és az éghajlatváltozás terén elért eredményeket.

Ez az új jelentés 42 mutatót követ nyomon, kiemelve az éghajlatváltozásnak az emberi egészségre gyakorolt negatív hatásait, az európai országok késedelmes éghajlatvédelmi intézkedéseit, valamint az elszalasztott lehetőségeket az egészség védelmére vagy javítására. A 2022-es jelentésben bemutatott mutatók mögött álló módszereket továbbfejlesztették, és

kilenc új mutatóval egészítették ki, amelyek a leishmaniasisra¹, a kullancsokra, az élelmiszerbiztonságra, az egészségügyi ellátásból származó, valamint a termelésen és fogyasztáson alapuló kibocsátásokra, a tiszta energiába történő beruházásokra, valamint az éghajlattal és az egészséggel kapcsolatos tudományos, politikai és médiakapcsolatokra vonatkoznak. Tekintettel arra, hogy az éghajlattal kapcsolatos negatív egészséghatások és az éghajlatváltozásért való felelősség regionális és globális szinten nem egyenlő, ez a jelentés az egyenlőtlenség és az igazságosság szempontjaira is igyekszik reflektálni, kiemelve az európai veszélyeztetett csoportokat és Európa felelősségét az éghajlati válságért.

Az éghajlatváltozás nem egy távoli jövőbe mutató forgatókönyv

Jelentésük rávilágít az éghajlatváltozásnak az egészségre és az egészséget meghatározó tényezőkre gyakorolt többdimenziós hatásaira Európában, amelyek már most is jelentkeznek. Annak érdekében, hogy az éghajlat egészségre gyakorolt legrosszabb hatásainak egy részét el tudjuk kerülni, biztosítani szükséges, hogy a globális hőmérséklet-emelkedés ne haladja meg az 1,5 C°-ot. A világ mégis egyre közelebb kerül ehhez az értékhez és nem csökkenti megfelelően a kibocsátásokat.

A becslések szerint a hőség okozta halálesetek száma Európa nagy részén emelkedett, a 2003-12 és 2013-22 időszakok között átlagosan 17,2 halálessettel 100 000 lakosra vetítve. A fizikai aktivitás kockázatos órái (a hőstressz kockázata miatt) az 1990-2022 közötti időszakban mind a

közepes (pl. kerékpározás vagy labdarúgás), mind a megerőltető (pl. rögbi vagy hegyi kerékpározás) tevékenységek esetében a nap legmelegebb időszakán túlra terjedtek, ami azt eredményezheti, hogy az emberek csökkentik általános fizikai aktivitásukat, ezáltal növelik a nem fertőző betegségek kialakulásának kockázatát. A hőségnek való kitettség tovább ronthatja az emberek egészségét az egészség társadalmi és gazdasági meghatározó tényezőinek befolyásolásával. Például a munkaerőkínálat jelentősen csökkent a 2016-20-as időszakban az 1965-94-es bázishoz képest. Európában kedvezőbbé vált az éghajlat a különböző éghajlat-érzékeny kórokozók és betegségvektorok számára (pl. *Vibrio*, nyugat-nílusi vírus, dengue, chikungunya, zika, malária, leishmaniasis és kullancsok). A 2011-20 közötti időszakban az előrejelzések szerint a 2001-10 közötti időszakhoz képest (55%) lényegesen több régió lesz alkalmas a leishmaniasisra (68%), és a történelmi endémiás zónán túl észak felé terjeszkednek ezek a területek. A kitörési kockázat relatív növekedése a nyugat-nílusi vírus esetében 256% volt 1951-60 között (kitörési kockázat 0,05) és 2013-22 között (0,01), a dengue esetében pedig 40,9% volt 1951-60 között (becsült szaporodási szám [R_0] 0,09) és 2013-22 között (R_0 0,14). Továbbá az *Ixodes ricinus* kullancsok (a Lyme-kór és a kullancsencephalitis vektora) számára kedvező hónapok száma 0,68 hónappal nőtt Nyugat-Ázsiában és 0,58 hónappal Kelet-Európában. Az éghajlatváltozás a szélsőséges éghajlati jelenségek intenzitásának és gyakoriságának változását is elősegíti. Az 1980-2022 közötti időszakban Európa-szerte pozitív változásokat figyeltek meg az erdőtűzveszélyben, bár 2003 és 2022

¹ A leishmaniasis a *Leishmania* nevű parazitával való fertőzés, amely a homoklégycsípésével terjed és jellemzően a trópusi- és szubtrópusi területeken fordul elő. A betegség lefolyása az immunrendszer állapotától függ. <https://egeszsegvonal.gov.hu/l-ly/2307-leishmaniasis.html>

között nem mutattak ki tendenciákat az erdőtűzzel kapcsolatos részecske-bocsátás ($\leq 2-5 \mu\text{m}$ átmérőjű finom részecskék [PM_{2,5}]) tekintetében, ami az erdőtűzekre való hatékony felkészültséget és gazdálkodást tükrözheti. Nyugat-, Dél- és Kelet-Európában 2000-09 és 2010-19 között jelentősen megnőtt a szélsőséges aszályos időjárási viszonyok száma. Ezen túlmenően 2021-ben az éghajlatváltozás következtében Európában közel 12 millió további ember érintett a közepesen vagy súlyosan veszélyeztetett élelmezésbiztonságban.

Az egészség egyenlőtlenségek elmélyülése a felmelegedő világban

Ezek az egymással összefüggő egészségi hatások általában egyenlőtlenül oszlanak meg a népesség körében az expozíció, az érzékenység és az alkalmazkodóképesség különbségei miatt – gyakran a társadalmi-gazdasági fejlődés, a marginalizálódás, valamint a történelmi és jelenlegi egyenlőtlenségi minták egymást keresztező mintáit tükrözve. A leginkább érintett népesség általában a legkevésbé felelős, és kevésbé valószínű, hogy felismerik vagy prioritásként kezelik. Dél-Európát általában jobban érintik a hőséggel kapcsolatos betegségek, az erdőtűzek, az élelmezési bizonytalanság, az aszály és a leishmaniasis, míg Észak-Európát a Vibrio és a kullancsok ugyanúgy vagy még inkább. Az országokon belül az etnikai kisebbségben élők és az őslakosok, az alacsony jövedelmű közösségek, a bevándorlók és a lakóhelyüket elhagyni kényszerült személyek, a szexuális és nemi kisebbségben élő személyek, valamint a terhességet és szülést átélő nők általában súlyosabban érintettek az éghajlattal kapcsolatos egészséghatásokban.

Ez a jelentés azt mutatja, hogy a hőség okozta halálozás kétszer olyan magas volt

a nők körében, mint a férfiaknál, az alacsony jövedelmű háztartásokban lényegesen nagyobb volt az élelmiszerellátás bizonytalanságát meg tapasztalók előfordulásának a valószínűsége, a kiegyensúlyozatlan étrendnek tulajdonítható halálozás magasabb volt a nők körében, és az erdőtűzeknek való kitettség – PM_{2,5} – magasabb volt az erősen hátrányos helyzetű területeken. A rosszul megtervezett alkalmazkodási stratégiák, mint például a természet alapú megoldások vagy a hőkomfortot javító mechanizmusok, amelyek nem veszik megfelelően figyelembe a méltányosságot, állandósítják a környezeti és egészség egyenlőtlenségeket. Mivel nem minden mutató alkalmas a különböző népességcsoportokra vonatkozó elemzésekre, jelentésük csak egy pillantást nyújt a sokkal nagyobb képre, és hangsúlyozza a kiterjedtebb kutatások fontosságát, amelyek mélyebben vizsgálják az éghajlatváltozás egészségre gyakorolt egyenlőtlen hatásait, hogy tájékoztatást nyújtsanak a valamennyi népességcsoportra kiterjedő egészségvédelmi intézkedésekről.

Annak ellenére, hogy az éghajlatváltozás súlyosbítja a meglévő egyenlőtlenségeket, a kormányzásra és a politikára vonatkozó mutatók azt mutatják, hogy az éghajlat- és egészségkutatás, a politika és a média kevésbé foglalkozik az egyenlőség, a méltányosság és az igazságosság szempontjaival. Továbbá a jelenlegi uniós szakpolitikákban nem kifejezett cél a környezeti méltányosság, beleértve az éghajlatváltozásnak való kitettség és az egészségkockázatok aránytalan társadalmi és területi megoszlásának kezelése,

Felelősségvállalás és a cselekvés felgyorsítása

Számos európai ország továbbra is jelentős mértékben hozzájárul az üvegházha-

tású gázok kibocsátásához. Míg az európai országok profitáltak az ilyen jellegű kibocsátások által lehetővé tett gazdasági növekedésből, más országokat – amelyek a legkevesebbet bocsátottak ki – érinti leginkább a jelenlegi és a jövőbeli éghajlatváltozás. Az éghajlatváltozás társadalmi és környezeti igazságossági probléma. 2021-ben a fosszilis tüzelőanyagok elégetéséből származó kibocsátás Európában fejenként 5,4 tonna CO₂-t tett ki, ami hatszorosa az afrikai és majdnem háromszorosa a közép- és dél-amerikai értéknek. Az európai országok továbbra sem haladnak megfelelő ütemben a nettó nulla kibocsátás felé, és Európa jelenlegi pályája csak 2100-ra teszi lehetővé a szén-dioxid-semlegesség elérését. Fontos, hogy a világ más részein előállított áruk és szolgáltatások európai fogyasztásával az európai országok továbbra is a világ más részein keletkező környezeti terhelések (pl. üvegházhatású gázok kibocsátása és helyi légszennyezés) és az ezekhez kapcsolódó kedvezőtlen éghajlati és egészségi hatások motorjai. Annak ellenére, hogy több európai ország is intézkedéseket tett az egészségügyi ágazat kibocsátásának csökkentése érdekében, becslések szerint az egészségügyi ágazat 2020-ban 330 megatonna CO₂-egyenértékű kibocsátással járult hozzá. Továbbá a szénfelhasználás 2021-re Európa teljes energiaellátásának 13%-ára nőtt, és 53 országból 29 még mindig nettó támogatást nyújt a fosszilis tüzelőanyagoknak.

A bátor fellépés hiánya azzal a kockázattal jár, hogy tovább súlyosbítja az éghajlatváltozás már bekövetkezett hatásait, és elszalasztja azokat a lehetőségeket, amelyek rövid távon jelentős egészségi járulékos előnyökkel járnának, mint például a környezeti finom részecskék csökkenése miatt csökkenő korai halálozás; az aktívabb közlekedés révén megnövekedett fizikai aktivitás; valamint a kevésbé

szennyező, kevésbé feldolgozott, erőforrás-hatékony és egészséges növényi alapú étrendre való átállás révén csökkenő megbetegedések és halálozás.

Ahhoz, hogy a felmelegedés 1,5 °C-nál alacsonyabb értékre korlátozódjon a további káros egészségi hatások elkerülése érdekében, a kormányoknak Európa-szerte meg kell erősíteniük válaszlépéseiket. Ezért a politikai és kormányzati struktúráknak Európa-szerte foglalkozniuk kell az éghajlatváltozás egészségügyi dimenzióival. Miközben azonban a tudományos és a vállalati szektor elkötelezettsége 2022-ben tovább nőtt, a média, a politika és az egyén elkötelezettsége az éghajlatváltozás és az egészség összefüggéseivel kapcsolatban alacsony volt. Tekintettel arra, hogy az egészségügyi keretezés erősíthetné az éghajlatváltozási fellépés iránti nyilvános és politikai támogatást, valamint arra, hogy az európai társadalmaknak alkalmazkodniuk kell az éghajlatváltozás egészséghatásaihoz, az éghajlat-egészségügyre vonatkozó tudatosság előmozdítása a politikai szereplők és intézmények körében alapvető fontosságú a cselekvés további ösztönzése érdekében.

Igazságos és egészséges környezeti átmenet

Az éghajlatváltozással foglalkozó kormányközi munkacsoport legutóbbi jelentésében megfogalmazott ajánlások teljesítéséhez, amelyek szerint 2040-re a kibocsátás nettó nullára csökken, az európai energiarendszerek kibocsátásának a jelenlegi háromszorosára kell csökkennie. Ennek a csökkenésnek még gyorsabban kell bekövetkeznie, ha a csökkentések globális elosztásához a méltányos kibocsátásmegosztást alkalmazzák, amely figyelembe veszi Európa korábbi kibocsátásait és népességét. Ha az igazságos-

ságot figyelembe vesszük, az éghajlatváltozással kapcsolatos fellépés nem csupán igazságos és egészséges környezeti átmenetet garانتál, hanem csökkenti az országok közötti és az országokon belüli egyenlőtlenségeket is az egészségre gyakorolt legfontosabb hatások terén, ideértve a légszennyezést, az aktív közlekedésből származó fizikai aktivitást és az egészséges táplálkozást. Felismerve az éghajlatváltozás Európán belüli és kívüli hatásait, valamint Európa szerepét az éghajlati válság kialakulásában, Európának el kell köteleznie magát az igazságos és egészséges környezeti átmenet mellett, amely magában foglalja a globális felelősségvállalást és a leginkább érintett közösségek támogatását.

AJÁNLÁS

Az éghajlat változásával járó egészségkockázatok megismerése lehetőséget nyújt a hazai szakembereknek olyan tevékenységek tervezésére, melyek a várhatóan bekövetkező változások hatásait ellensúlyozhatják mind helyi, mind országos szinten. A jelentésbe foglalt, mutatókra alapozott információk alapján kijelölhetők a hazai beavatkozások prioritásai, kiválaszthatók a leginkább fontos intézkedések.

HIVATKOZÁSOK

van Daalen, K. R., Tonne, C., Semenza, J. C., Rocklöv, J., Markandya, A., Dasandi, N., Jankin, S., Achebak, H., Ballester, J., Bechara, H., Beck, T. M., Callaghan, M. W., Carvalho, B. M., Chambers, J., Pradas, M. C., Courtenay, O., Dasgupta, S., Eckelman, M. J., Farooq, Z., Fransson, P., ... Lowe, R. (2024). The 2024 Europe report of the Lancet Countdown on health and climate change: unprecedented warming demands unprecedented action. *The Lancet. Public Health*, S2468-2667(24)00055-0. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00055-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00055-0)

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Virai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr
virai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 06. 28.
Elfogadva: 2024. 06. 28.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Virai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszereződés alapján.

SZAKMAI HÍREK

Rövid hírek a nagyvilágból

Short news from around the world

Szerző: [Vitrai József](#)

Kulcsszavak: dohányzás; ultrafeldolgozott termékek; kereskedelmi befolyásoló tényezők; D-vitamin; alkoholfogyasztás; iskolások egészsége

Keywords: smoking; ultra processed products; commercial determinants; Vitamin D; alcohol use; health of school children

A tagállamok határozott uniós fellépést sürgetnek a fiatalok dohányzás káros hatásaitól való védelme érdekében

A WHO és a STOP bemutatja a dohányipar befolyását a következő generáció "horogra terelésére".

Lettország, Ciprus, Észtország, Írország, Litvánia, Luxemburg, Málta, Portugália, Spanyolország, Szlovénia és Ciprus uniós miniszterei közös uniós szabályozást [szorgalmaznak](#) az ízesített dohánytermékek, a forgalmazás és a határokon átnyúló értékesítés ellen. Emellett tizenkét uniós tagállam terjesztett elő állásfoglalási dokumentumot a gyermekek közvetlen marketinggel, valamint a dohány- és nikotintermékek értékesítésével szembeni védelmére irányuló erőfeszítések megerősítéséről, különösen a digitális platformokon.

A WHO és a dohányipar globális felügyelő-szervezete, a STOP egy nemrégiben kiadott [jelentésében](#) ismételten aggodalmát fejezte ki a dohányipar fiatalokra gyakorolt befolyásával kapcsolatban. A megállapítások feltárják, hogy az ilyen iparágak hogyan tervezik és forgalmazzák a termékeket, valamint alakítják a politikai környezetet, hogy a fiatalok függőségét táplálják.

„Az egészség károsítása a profit nevében”

A WHO jelentést tesz közzé az egészséget meghatározó kereskedelmi tényezőkről.

A WHO [jelentést](#) tesz közzé az egészséget meghatározó kereskedelmi tényezőkről, amelyből kiderül, hogy a nagy iparágak hogyan befolyásolják a nem fertőző betegségek arányát és hogyan akadályozzák az egészségügyi politikákat.

A jelentés [részletezi](#), hogy a kereskedelmi termékek és gyakorlatok hogyan járulnak hozzá a WHO Európai Régiójában bekövetkező összes haláleset 25%-ához, és hogyan befolyásolják negatívan a nem fertőző betegségekkel kapcsolatos politikákat az irányítás szintjein. A WHO kiemeli, hogy az ipar hatalmának megfékezése érdekében erőteljes pénz-ügyi reformokra és szigorú szabályozásra van szükség, beleértve a káros termékek forgalmazását, az adózást és a jobb átláthatóságot.

A tudós szerint az ultrafeldolgozott élelmiszereknek (UPF) dohánytermék-szerű figyelmeztetésekre van szükségük

Az UPF-eket is erősen meg kellene adóztatni az egészségre és a halálózásra gyakorolt hatásuk miatt – jelentette ki a fogalmat megalkotó tudós, Prof Carlos Monteiro.

"Az UPF-ek világszerte kiszorítják az egészségesebb, kevésbé feldolgozott élelmiszereket, és számos káros tulajdonságuk miatt az étrend minőségének romlását is okozzák. Ezek az élelmiszerek együttesen az elhízás és más, táplálkozással összefüggő krónikus betegségek, például a cukorbetegség világjárványát idézik elő".

Februárban a világ legnagyobb ilyen jellegű [vizsgálata](#) megállapította, hogy az UPF közvetlenül összefüggésbe hozható 32 egészségkárosító hatással, beleértve a szívbetegségek, a rák, a 2-es típusú cukorbetegség, a kedvezőtlen mentális egészség és a korai halálozás magasabb kockázatát. Az UPF-ek reklámozását is be kellene tiltani vagy erősen korlátozni kellene, és a cigarettásdobozoknál használtakhoz hasonló, csomagolás elején elhelyezett figyelmeztetéseket kellene bevezetni – vélik a szakemberek.

Az európai régióban élő felnőttek évente átlagosan 9,2 liter tiszta alkoholt fogyasztanak - ezzel ők a legsúlyosabb alkoholfogyasztók a világon

"Az alkohol okozta károk pusztító hatással lehetnek az egészségre és a jólétre, és messze túlmutatnak az ivó személyen, és kiterjednek a családon belüli erőszakra, a sérülésekre, a balesetekre, a család szét hullására és a mentális egészségre."

nyilatkozta Dr. Gauden Galea, a WHO nem fertőző betegségeiért és innovációért felelős európai igazgatójának különleges tanácsadója.

Az alkohol károsítja az egyéneket, a családokat és a közösségeket, és nemcsak az alkoholfogyasztókra, hanem a környezetükben élőkre is hatással van. A régióban naponta mintegy 2200 ember hal meg alkohollal kapcsolatos okok miatt. Az alkohol okozta halálesetek a régióban bekövetkező összes haláleset közel 9%-át teszik ki.

Az Európai Régió alkoholfogyasztásával kapcsolatos [jelentése](#) az alkohollal összefüggő rákos megbetegedések különösen magas előfordulását is megállapítja. A magas alkoholfogyasztás és az elöregedő népesség miatt az európai országokban fordul elő világszerte a legtöbb alkohol okozta rákos megbetegedés.

A WHO sürgeti az összes országot, hogy fokozzák erőfeszítéseiket a globális fenntartható fejlődési célok (SDG-k) célkitűzéseinek elérése érdekében. A "[Best Buys](#)" és más hatékony, lakossági szintű stratégiák végrehajtásával az országok jelentősen csökkenthetik az alkohollal kapcsolatos terheket.

Magyarországi konszenzusajánlás a D-vitamin szerepéről a betegségek megelőzésében és kezelésében

Kilenc magyarországi orvostársaság közös ajánlást alakított ki a D-vitamin javasolt normáltartományával, a D-vitamin-pótlás adagjával és az adagolás módjával kapcsolatban. Összefoglalták azokat a klinikai állapotokat, betegségeket, amelyek kialakulása összefüggésben lehet a D-vitamin-hiánnyal.

Magyarországon a D-vitamin-hiány – főleg a tél végére – rendkívül gyakori. A D-vitamin-pótlás célja a hiány megszüntetése. A javasolt normáltartomány 75–125 nmol/l, az ezt meghaladó tartományban a

D-vitamin adásának nincs további egyértelmű előnye. A normáltartomány fenntartásához felnőttekben napi 2000 NE bevitele javasolt az UV-B sugárzástól mentes időszakban. Gyermekeknek is javasolt a D-vitamin pótlása azokban az időszakokban és állapotokban, mint a felnőtteknek, de az adag korfüggő módon változik. D-vitamin-pótlásra D3-vitamin adása javasolt. A D-vitamin-hiány jól ismert csontrendszeri, immunológiai és onkológiai hatásai mellett egyre több adat támasztja alá előnytelen nőgyógyászati és szülészeti hatásait is. A legerősebb érv a D-vitamin-hiány megszüntetése és a szükséges pótlás alkalmazása mellett a halálozási kockázat D-vitamin-hiányban észlelt növekedése.

Az elemzések alapján kijelenthető, hogy a mindennapos testnevelés kedvező hatása egyértelműen kimutatható a diákok fittségi állapotának alakulásában

A Magyar Diákszövetség nemrég tette közzé a mindennapos testnevelés bevezetésének hatására vonatkozó kutatásának [eredményeit](#).

A Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (Netfit®) a 2014/2015-ös tanévben

vezették be, és a fittségi mérések eredményeit elemezve az alábbi megállapításokat tették:

1. a mindennapos testnevelés kedvező hatása egyértelműen kimutatható a diákok fittségi állapotának alakulásában;
2. a mindennapos testnevelésben részt vevő diákok az állóképesség területén 8%-kal, a vázizomzat ereje szempontjából átlagosan 5%-kal többen teljesítettek egészségzónában, ami populációs szinten 40-50 ezer diákot jelent;
3. túlsúllyal és elhízással összefüggésben sajnos továbbra is kedvezőtlen (a diákok 27,7%-a teljesített egészségzónán kívül 2019-ben), jó hír viszont, hogy a lányok esetében nem romlottak az értékek a vizsgált 4 év során;
4. A tanulók állóképessége, amely a keringési rendszer állapotát mutatja, sajnos továbbra is gyengül. A vizsgált 4 év alatt átlagosan 15%-uknak csökkent a teljesítménye az egészségügyi határérték alá. A mindennapos testnevelés ezt a romlást viszont jelentősen mérsékelte, lassította, hiszen enélkül becsléseink szerint további 8%-nyi tanuló került volna át a „fejlesztés szükséges” zónába.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 08. 10.
Elfogadva: 2024. 08. 12.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

SZAKMAI HÍREK

Népegészségügy 3.0 – A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület tevékenységei

Public Health 3.0 - Activities of the Association for the Renewal of Hungarian Public Health

Szerző: [Vitrai József](#)

Kulcsszavak: népegészségügy; Egészségfejlesztő Egyetem, népegészségügyi termékadó

Keywords: public health; Health Promoting Universities; unhealthy food tax

A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesületet különböző szakterületeken tevékenykedő szakemberek csoportja alapította 2020-ban. Jelenleg 15 fős tagsággal működik. Az Egyesület a [Multidiszciplináris Egészség és Jólét](#) (MEJ) folyóirat kiadása mellett számos más kezdeményezés, közös gondolkodás elindításával tesz a hazai népegészségügy fejlesztéséért.

Az Egyesület küldetése

Meggyőződésünk, hogy a teljes és boldog élet elsődleges feltétele az egészség, amelynek eléréséhez a korszerű és hatékony népegészségügy nélkülözhetetlen. A jelentős hazai egészségveszteségek, és azok társadalmi-területi egyenlőtlenségei arra hívják fel a figyelmet, hogy a nép-egészségügyi problémák kezeléséhez mindezedáig alkalmazott megoldási módok nem működtek eredményesen és hatékonyan Magyarországon. Ezért egyesületünk célja a hazai népegészségügy elméletének és gyakorlatának új megközelítéssel történő fejlesztése.

TEGYÜNK EGYÜTT A NÉPEGÉSZSÉGÜGY MEGÚJÍTÁSÁÉRT!

Mindenki, aki követi a híreket, értesülhetett arról, hogy a hazai egészségügyi rendszerben jelentős változások történtek, és a jövőben még továbbiak várhatók. Számíthatunk változásokra a népegészségügy területén is, ezért az átalakító döntések megalapozásához az Egyesület egy szakmai koncepció kidolgozását kezdeményezte. A beérkező vélemények, javaslatok alapján véglegesített szakmai koncepciót a tavalyi év végén nyilvánosságra hozták az Egyesület honlapján [„ALAPVETÉSEK AZ EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT JAVÍTÁSÁHOZ. Fehér könyv a magyar népegészségügy 21. századi megújításáról”](#) címmel.

Az Egyesület a tervek szerint idén a koncepciót egy konferencia keretében is bemutatja. Az elkészült koncepciót eljuttattuk az egészségügyért felelős államtitkár és az országos tisztifőorvos számára, illetve további közel 1000 szakmai e-mail címre.

EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ EGYETEM

A 2023. június 19-én online megrendezett 1. Szakmai Fórumon egyetértés alakult ki abban, hogy a Szakmai Fórum célja az Egészséget és Jólétet előmozdító Egyetemek Hálózata, röviden az EGÉSZJÓL létrejöttének, működésének kezdeményezése és támogatására.

A Szakmai Fórum teret biztosít az egyetemi egészségfejlesztéssel kapcsolatos kihívások és lehetőségek megvitatására, valamint az innovatív gyakorlati megoldások megosztására, a részt vevő szakemberek ezáltal segíteni tudják egymást az egyetemi egészségfejlesztési projektjeik megvalósításában. Az egészségfejlesztő egyetemek az egészséget a mindennapi működésbe, az üzleti gyakorlatba és a tudományos munkájukba építik be. Azáltal fokozzák intézményeik sikerét, hogy javítják az egyetemeken élő, tanuló, dolgozók egészségét és erősítik közösségeik ökológiai, társadalmi és gazdasági fenntarthatóságát. Az Egészségfejlesztő Egyetem kezdeményezés az [International Health Promoting Universities and Colleges Network](#) számára készített [Okanagan Chartára](#) épül, amely közös nyelvet, elveket és keretet biztosít az intézmények számára ahhoz, hogy egészséget és jólétet támogató kampuszká váljanak.

A Szakmai Fórum tagjaiból az Egyesület több egyetemet képviselő, 13 tagú Felmérési Munkacsoport alapított, amelynek első feladata szisztematikus áttekintést készíteni az egyetemi egészség és jólét vizsgálatával kapcsolatos szakirodalomról. Az áttekintéshez elkészítették a protokollt, amit az Open Science Framework szervezetnél regisztráltak, illetve közlésre benyújtották a British Medical Journal Open folyóirathoz. A tervek szerint az áttekintést július közepétől augusztus végéig teljesítik, és az eredményt 2024

őszén publikációra benyújtják. Az első egyetemi felmérésekre várhatóan 2025 őszén kerül sor.

További információ a kezdeményezésről az [Egyesület weboldalán](#) olvasható.

SZAKÉRTŐI EGYEZTETÉS A NETA-RÓL

Közismert, hogy a magas zsír-, cukor- és sótartalmú élelmiszerek, illetve az alkohol-tartalmú italok túlzott fogyasztása komoly társadalmi terhet jelent a modern társadalmakra az elhízás és számos nem fertőző, krónikus betegség révén. E termékek fogyasztásának visszaszorítása az egyik lehetőség azok árának adókkal történő növelése.

Az EU Bizottság megbízásából egy szakértői csoport feltérképezte az alkohol és a magas zsír-, cukor- és sótartalmú termékek fogyasztásának csökkentését célzó adóügyi intézkedéseket és egyéb árpolitikákat az EU országokban, valamint Ausztráliában, Chilében és az Egyesült Államokban. A 2022-ben közzétett [„Mapping of pricing policies and fiscal measures applied to food, non-alcoholic and alcoholic beverages”](#) c. tanulmány az árpolitikák és adóügyi intézkedések legjobb gyakorlatait is azonosította.

A Magyarországon már több mint egy évtizede bevezetett népegészségügyi termékadó (NETA) hatásának fokozása érdekében célszerűnek látszik a hazai szakembereknek áttekinteni a dokumentumban összefoglalt nemzetközi tapasztalatokat, és megvizsgálni, hogyan lehetne adaptálni azokat. Ezért az Egyesület egy szakmai fórum összehívását kezdeményezte.

A fórumon részt vevő szakértők megvitatták a nemzetközi tapasztalatok

adaptálásának lehetőségeit, és javaslatokat dolgoznak ki az egészségügyi kormányzat számára. A fórumon olyan szakemberek vesznek részt, akik a NETA-val kapcsolatban képviselni tudják a népegészségügy, a táplálkozástudomány és a közgazdaságtan területét. A szakértők a konszenzuson alapuló ajánlást 2024 végéig tervezik elkészíteni.

További információ a kezdeményezésről az [Egyesület weboldalán](#) olvasható.

HOGYAN CSATLAKOZHAT EGYESÜLETÜNKHÖZ?

Örömmel fogadjuk a népegészségügy megújításában részt venni kívánó szakemberek, szervezetek csatlakozását az Egyesülethez. A belépéssel kapcsolatos információk elérhetők [honlapunkon](#). Aktuális híreinkért, eredményeinkért kövesse [facebook oldalunkat](#) és ossza meg azt munkatársaival!

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József elnök
Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület, Budapest
nepegeszsegugy3.0@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 08. 22.
Elfogadva: 2024. 08. 23.
Megjelentetve: 2024. 09. 16.

Copyright © 2024 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

Impresszum

Kiadja a Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület

Székhely: 1194 Budapest, Temesvár utca 41.

E-mail: mej.folyoirat@gmail.com

Felelős kiadó: Dr. Vitrai József