



MULTIDISZCIPLINÁRIS  
EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT

2023. 1. évfolyam 3. szám



## TARTALOM

### SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉSEK

|                                                         |   |
|---------------------------------------------------------|---|
| A WHO visszaigazolta: helyes úton járunk .....          | 1 |
| Mit mond az MI az egészség és jólét különbségéről?..... | 3 |

### VIZSGÁLATOK

|                                                                                                              |   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Ápolók stressz-szintjének és alvásminőségének keresztmetszeti vizsgálata a Covid-19<br>pandémia idején ..... | 5 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|

### ÁTTEKINTÉSEK

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Positive psychological strategies is the service of health promotion: introducing the<br>Balance Program..... | 24 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

### RECENZÍÓK

|                                                                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Vizuális kivonat: Egészséges közösségünk .....                                                                        | 35 |
| Cikkismertetés: A jólét és a jólétjövő .....                                                                          | 38 |
| Cikkismertetés: Mi a népegészségügy? – a szakirodalom alapján .....                                                   | 43 |
| Cikkismertetés: Mi nem népegészségügy? (Fordítás <sup>1</sup> ) .....                                                 | 48 |
| Cikkismertetés: Emberek, profit és egészség – A Lancet cikksorozata a kereskedelmi<br>egészség-determinánsokról ..... | 55 |
| Cikkismertetés: Várostervezés és testmozgás – a barcelonai superblokkmodell<br>testmozgásra gyakorolt hatása.....     | 64 |
| Könyvismertetés: Megtalálni az erőt és átkarolni az életet egy mindent megváltoztató<br>vesztés után .....            | 70 |
| Szakedokumentum: Miért olvassa el „A jólét elérése” című WHO dokumentumot? .....                                      | 73 |

### SZAKDOKUMENTUMOK

|                                                                                                                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Szakedokumentum: A jólét elérése – Globális keret- rendszer a jólétnek a<br>népegészségügybe való integrálására egészségfejlesztési megközelítés alkalmazásával... 76 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### MÁSODKÖZLÉSEK

|                                                                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Másodközlés: Az iskolakultúra különszáma az iskolai egészségnevelés-<br>egészségfejlesztés aktuális kérdéseiről (2023/1-2)..... | 110 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

### SZAKMAI HÍREK

|                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Népegészségügy 3.0 – A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület<br>tevékenységei ..... | 116 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----|

**SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS**

## A WHO visszaigazolta: helyes úton járunk

*WHO have confirmed: we are on the right track*

Amikor ezt a folyóiratot útjára indítottuk, úgy határoztunk, hogy a hazai nép-egészségügyben akkor még elhanyagolt jóllét témáját – az egészség mellett – a lap fókuszába állítjuk, és ezt a MEJ címében is jelezzük. Akkor még nem gondoltuk, hogy döntésünket az Egészségügyi Világszervezet (WHO) pár hónap múlva már visszaigazolja a korszakváltónak tekinthető „Jóllét elérése” című dokumentumával. A MEJ e lapszámában magyarra fordítva ezt közreadja, további három, jóllét témájával foglalkozó cikkel együtt. Bízunk abban, hogy a jólléttel kapcsolatos közlemények hozzájárulnak a korszerű népegészségügyi szemlélet egyre szélesebb körű elterjedéséhez.

A szerkesztőségben úgy látjuk, hogy minden szakember számára fontos és időszzerű minél közelebbről megismerkedni a mesterséges intelligenciával (MI), emiatt új rovatot indítunk. A „Mesterséges intelligencia” rovatban a szerzők olyan írásokat közölnek, amelyekben az egészséghez és a jólléthez kapcsolódóan az MI használatához ajánlott ismereteket, illetve az MI felhasználásával nyert tapasztalatokat osztják meg az olvasókkal. Mi elsőként arra voltunk kíváncsiak, hogy mennyire különböző választ adnak ugyanarra a kérdésre az interneten bárki által megkérdezhető mesterséges intelligenciák (MI), a [CHATGPT](#), a [BING](#) és a [BARD](#). Hogy mire jutottunk, azt a „[Mit mond az MI az egészség és jóllét különbségéről?](#)” című szerkesztőségi cikkben mutatjuk be.

A szeptember nemcsak az iskolakezdés időszaka, hanem a cégek, vállalatok életében is egy újabb mérföldkövet jelent. Sokan visszatérnek a nyári szabadságról, és remélhetőleg kipihenve, újult erővel látnak neki a mindennapi feladatoknak. Folyóiratunk rájuk is gondol, hiszen a munkahelyi jóllét legalább ugyanolyan fontos, mint az életünk többi területén megélt jóllét. Várjuk azokat a szerzőket, akik a munkahelyi jóllét kutatásával foglalkoznak és eredményeiket lapunk hasábjain osztanák meg, vagy olyan sikeres programokról, kampányokról számolnának be, amelyek a munkavállalók, dolgozók jóllétének növelését célozták meg. Ezek eredményei, tapasztalatai hasznos példát jelenthetnek más szervezetek számára is. A jövőben mélyebben is foglalkozni kívánunk a munkahelyi jólléttel, többek között egy szakmai kerekasztal beszélgetés keretében. Várjuk ehhez is az ötleteket, javaslatokat, jelentkezőket [e-mail](#) címünkön, vagy [facebook oldalunkon](#).

Meghosszabbítottuk a hallgatóknak szóló pályázatunkat. Még egy hónapig, szeptember 30-ig várjuk az egészség- és társadalomtudományok területén tanuló és tudományos pályára készülő hallgatók pályázatait. A nyertesek PhD dolgozatainak, vagy azok egy fejezetének, mesterszakos szakdolgozatoknak vagy TDK munkáknak a kivonatait a folyóirat különszámában jelentetjük meg. A hallgatókat a nyertes pályázat eredményeként született publikációban elsőszerzőként,

míg a konzulenseket második szerzőként szerepeltetjük. Jelentkezni az elkészült rövidített dolgozat beadásával a szerkesztőség [e-mail](#) címén lehet, minden további információ a [honlapunkon](#) elérhető.

Szeretettel várjuk olyan lelkes hallgatók jelentkezését is, akik egy-egy területhez kapcsolódó szakértelmükkel szívesen részt vennének szerkesztőségi gyakorlatként a pályázatok elbírálásának folyamatában. Jelentkezni egy oktatói ajánlás és egy fél oldalas motivációs levél csatolásával lehet [szerkesztőségünkénél](#).

Friss híreinkért, felhívásainkért kövessék továbbra is [facebook](#) és [LinkedIN](#) oldalunkat, adjanak nekünk visszajelzést hozzászólásokkal, megosztásokkal, illetve lapozzák át újra teljes [első](#) és [második lapszámunkat](#)!

Köszönjük bizalmukat!

A Szerkesztőség

## OLVASOTTSÁG

a 2023. 1. lapszám megjelenése óta eltelt időszakban

**2980** Absztrakt olvasásra megnyitva

**1784** Teljes cikk letöltve

Forrás: Open Journal System, 2023. 09. 06.

**SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS**

## Mit mond az MI az egészség és jóllét különbségéről?

*What AI says about the difference between health and well-being?*

Vajon mennyire különböző választ adnak ugyanarra a kérdésre az interneten bárki által kérdezhető mesterséges intelligenciák (MI), a [CHATGPT](#), a [BING](#) és a [BARD](#)? A kérdést angolul tettük fel, a válaszokat a DEEPL – ugyancsak mesterséges intelligenciával támogatott – ingyenesen használható fordítóprogram segítségével magyarítottuk. Tudni kell, hogy az MI ugyanannak a kérdésnek ismételt feltétele esetén az előzőtől kissé eltérő választ ad. Ennek ellenére érdemes összevetni a 2023. augusztus 5-én adott, az alábbiakban olvasható, három különböző MI választ.

A feltett kérdés: „Kérem, magyarázza el, mi a különbség az egészség és a jóllét között!”

### 1. ChatGPT

**Egészség:** Az egészség elsősorban az egyén fizikai, mentális és érzelmi állapotára utal. Gyakran orvosi kritériumok alapján értékelik, és magában foglalja a betegség, a betegség vagy a sérülés hiányát. Az egészség különböző paraméterekkel, például életjelekkel, orvosi tesztekkel és klinikai vizsgálatokkal mérhető. Ez egy objektívebb fogalom, amely a szervezet működésére és arra a képességére összpontosít, hogy a mindennapi tevékenységeket akadálytalanul végezze.

**Jóllét:** A jóllét egy tágabb és szubjektívebb fogalom, amely az egyén életének különböző dimenzióit foglalja magában a fizikai egészségen túl. Magában foglalja az egyén érzelmi, pszichológiai, szociális, sőt spiri-

tuális állapotát is. A jóllét azt jelenti, hogy az ember mennyire elégedett az élete egészével. Olyan tényezők befolyásolják, mint a személyes kapcsolatok, az anyagi stabilitás, a céltudatosság, az önbecsülés és az általános életelégedettség.

Lényegében, míg az egészséget gyakran a betegségek hiányával és a test rendszereinek működésével hozzák összefüggésbe, a jóllét magában foglalja az egyén általános boldogságát, életelégedettségét és életminőségét több területen is. Lehetőséges, hogy valaki egészséges (betegségtől mentes), de mégis alacsony szintű jóllétet tapasztal olyan tényezők miatt, mint a stressz, a magány vagy a kiteljesedés hiánya. Ezzel szemben előfordulhat, hogy valaki egészségügyi kihívásokkal küzd, de mégis magas szintű jóllétben él, ha az élet más területein célt és örömet talál.

### 2. BING

Az egészség és a jóllét egymással összefüggő, de különböző fogalmak, amelyeknek különböző következményei vannak az életünkre nézve. Az egészség a sérüléstől vagy betegségtől való mentesség állapota, míg a jóllét a boldogság, egészség és jóllét állapota. Az egészség objektív mutatókkal mérhető, mint például a betegség hiánya, a működő szervek megléte és a fizikai erőnlét szintje. A jóllétet szubjektív mutatókkal lehet mérni, mint például az elégedettség, a boldogság, az értelmesség és a társas kapcsolat szintje, amelyet az egyén az életben tapasztal.

Az egészség és a jólét nem zárják ki egymást; pozitív vagy negatív módon befolyásolhatják egymást. Például a fizikai egészség fokozhatja a jóllétet, mivel lehetővé teszi, hogy az ember a céljait kövesse, élvezze a hobbiját, és megbirkózzon a stresszel. Ezzel szemben, ha valaki mentálisan vagy érzelmileg nem érzi jól magát, az ronthatja az egészségét azáltal, hogy hatással van az immunrendszerére, az alvás minőségére és a viselkedésére. Ezért fontos, hogy életünk mindkét aspektusára odafigyeljünk, és szükség esetén segítséget kérjünk.

Egészségünk és jóllétünk javításának néhány módja a következő:

- Kiegyensúlyozott, megfelelő táplálkozást és folyadékpótlást biztosító étrend fogyasztása.
- A preferenciáinknak és képességeinknek megfelelő rendszeres fizikai aktivitás végzése.
- Elegendő alvás és pihenés a testünk és elménk feltöltődéséhez.
- A megfelelő higiénia gyakorlása és a káros anyagok kerülése.
- Szükség esetén orvosi segítség és kezelés igénybevétele
- A stressz kezelése és a kihívásokkal való egészséges megküzdés.
- Pozitív érzelmek és attitűdök ápolása.
- Az élet céljának és értelmének kialakítása.
- Támogató és teljes értékű kapcsolatok kiépítése másokkal.
- Új készségek elsajátítása és az érdeklődési körünk követése.
- Hozzájárulás a közösségünkhöz és a társadalomhoz.

### 3. BARD

Persze. Az egészséget és a jóllétet gyakran felváltva használják, de a két kifejezés között finom különbség van.

Az egészség a fizikai és mentális jólét állapota. Nem csupán a betegség hiánya, hanem a teljes fizikai, mentális és szociális jólét állapota.

A jólét egy tágabb fogalom, amely magában foglalja az ember életének minden aspektusát, beleértve a fizikai egészséget, a mentális egészséget, az érzelmi egészséget, a társas kapcsolatokat és a céltudatosságot.

Más szóval az egészség egy szűkebb fogalom, amely a személy jóllétének fizikai és mentális aspektusaira összpontosít, míg a jólét egy tágabb fogalom, amely a személy életének minden aspektusát magában foglalja.

Íme, néhány példa az egészség és a jólét közötti különbségre:

**Egészség:** A jó egészségnek örvendő személy mentes lehet a betegségektől, egészséges testtömeggel rendelkezik, és képes a napi tevékenységeket nehézség nélkül elvégezni.

**Jólét:** A jó közérzettel rendelkező személy is rendelkezhet ezekkel a dolgokkal, de emellett erős, társas kapcsolatokkal, életcéltudattal is rendelkezhet, valamint boldog és elégedett lehet az életével.

Fontos megjegyezni, hogy az egészség és a jólét összefügg egymással. A jó egészség hozzájárulhat a jóllétnek, a jó jólét pedig az egészséghez. A két fogalom azonban nem ugyanaz, és lehetséges jó egészség jó jólét nélkül, és fordítva.

Íme, néhány dolog, ami segíthet mind az egészség, mind a jólét javításában:

- Egészséges táplálkozás
- Rendszeres testmozgás
- Elegendő alvás
- A stressz kezelése
- Erős társas kapcsolatok kiépítése
- Életcél-érzés
- Ha mind a fizikai, mind a mentális egészségünkről gondoskodunk, javíthatjuk általános jólétünket, és boldogabb, egészségesebb életet élhetünk.

Ön szerint melyik válasz a legmegfelelőbb a fentiek közül? [Szavazzon!](#)

Vitrai József  
főszerkesztő

VIZSGÁLATOK

## Ápolók stressz-szintjének és alvásminőségének keresztmetszeti vizsgálata a Covid-19 pandémia idején

*Nurses' stress levels and sleep quality during the Covid-19 pandemic:  
A cross-sectional study*

**Szerzők:** Raposa-Rozmann Nóra, John M. Macharia, Madarász Ildikó, Deák András, Bodnár Imre, Fusz Katalin, Raposa L. Bence

**Doi:** [10.58701/mej.11084](https://doi.org/10.58701/mej.11084)

**Kulcsszavak:** ápoló; Covid-19; stressz; alvásminőség

**Keywords:** nurses; Covid-19; stress; sleep quality

### Absztrakt

**BEVEZETÉS:** Az ápolók munkája az egészségügyben az egyik legnagyobb stressz-szinttel jellemezhető foglalkozás. Magyarországon a Covid-19 megjelenése tovább növelte az egészségügyi ellátásra nehezedő terhet, és ezzel együtt tovább súlyosbította az ápolók helyzetét, ami mind lelki, mind fizikai szempontból nagyobb terhelést jelentett számukra.

**MÓDSZERTAN:** Keresztmetszeti, kvantitatív, leíró jellegű kutatásunkat 2020. decembere és 2021. februárja között végeztük el. Összesen 199 fő került be a vizsgálatba. Az adatgyűjtés online formában történt. Kérdőívünk szociodemográfiai, munkával kapcsolatos kérdéseket és standardizált kérdőívek [PSS (Perceived Stress Questionnaire, Észlelt Stressz Kérdőív), (Groningen Alvásminőség Skála)] tételeit tartalmazta. Az adatfeldolgozás az SPSS 25.0 statisztikai szoftver segítségével történt. Leíró statisztika, korreláció, egyszempontos variancia-analízis (ANOVA) és független mintás t-próba került alkalmazásra az adatok elemzése során. Az eredményeket  $p < 0,05$  mellett tekintettük szignifikánsnak, 95%-os megbízhatósági tartomány mellett.

**EREDMÉNYEK:** A megkérdezett ápolók mérsékelten magas stressz pontszámot értek el a vizsgálat során. Eredményeink alapján elmondható, hogy azon ápolók, akik több éjszakai műszakot ( $F = 3,455$ ,  $p = 0,034$ ), illetve egy hónapban többet túlóráztak ( $F = 7,077$ ,  $p = 0,001$ ) szignifikánsan nagyobb észlelt stressz szintet értek el. Az észlelt stressz-szint, valamint, hogy az ápoló napi munkája során milyen ápolási kategóriájú beteget látott el ugyancsak szignifikáns eltéréseket mutatott ( $F = 2,935$ ,  $p = 0,035$ ).

Túlóra tekintetében megállapítható, hogy azok az ápolók, akik többet túlóráztak egy hónapban, szignifikánsan nagyobb alvásminőség-pontszámot értek el, vagyis alvásminőségük rosszabb ( $F = 6,369$ ,  $p = 0,002$ ).

**KÖVETKEZTETÉSEK:** Az egészségügyi ellátásra háruló terhek, amelyeket a Covid-19 pandémia okozott, tovább növelték a már alapvetően is nagy munkahelyi stressz szintjét, ami jelentős hatással van az alvás minőségére. Mindezeket figyelembe véve a jelenlegi helyzetben még fontosabb lenne a kiégés megelőzése és a munkahelyi stressz csökkentése. A munkahelyi stressz megelőzésére irányuló intézkedések széles körű alkalmazása, a munkateher csökkentése mind szervezeti, mind egyéni szinten szükséges lenne.

### **Abstract**

*INTRODUCTION: Nursing is one of the most stressful occupations in the healthcare sector. In Hungary, the emergence of Covid-19 has further increased the burden on healthcare and, in turn, has aggravated the situation of nurses, placing them under greater strain, both psychologically and physically.*

*METHODS: Our cross-sectional, quantitative, descriptive research was conducted between December 2020 and February 2021. A total of 199 participants were included in the study. The data was collected online. Our questionnaire included sociodemographic, work-related questions and items from standardised questionnaires [PSS (Perceived Stress Questionnaire), (Groningen Sleep Quality Scale)]. Data were processed using SPSS 25.0 statistical software. Descriptive statistics, correlation, one-way analysis of variance (ANOVA) and independent samples t-test were used for data analysis. Results were considered significant at  $p < 0.05$  with a 95% confidence interval.*

*RESULTS: The nurses surveyed had moderately high stress scores in the study. Our results indicate that nurses who worked more night shifts ( $F = 3.455$ ,  $p = 0.034$ ) and more overtime in a month ( $F = 7.077$ ,  $p = 0.001$ ) had significantly higher perceived stress levels. There were also significant differences in perceived stress levels and the nurses' work category of patients they cared for ( $F = 2.935$ ,  $p = 0.035$ ). Regarding overtime, nurses who worked more overtime in a month had significantly higher sleep quality scores, i.e. lower sleep quality ( $F = 6.369$ ,  $p = 0.002$ ).*

*CONCLUSIONS: The burden on healthcare caused by the Covid-19 pandemic has added to already high levels of workplace stress, which has a significant impact on sleep quality. Considering all this, preventing burnout and reducing stress at work would be even more critical in the current situation. The widespread use of measures to prevent work-related stress and reduce workload would be necessary at both organisational and individual levels.*

## BEVEZETÉS

A stressz az életet és az egészségi állapotot erősen befolyásoló tényező. Az egészségügyben az egyik legnagyobb stresszszinttel jellemezhető munkakör az ápolók munkája, amelyben számos stresszforrás megjelenik (pl.: az ápolási tevékenység fizikai jellegzetességei, pszichoszociális stresszhatások, szerepkonfliktusok, stb.) (Nagy, 2015).

Számos hazai és nemzetközi kutatás eredményei ismertek az ápolók egészségi állapotának, leterheltségének felméréséről, amelyekben kimutatták, hogy az ápolók a munkahelyi stressz szempontjából egyértelműen a magas kockázatú csoportba tartoznak (Banda et al. 2022, Vahedian-Azimi et al. 2019, Tran et al. 2019, Bora et al. 2011). Egyes vizsgálatok szerint azon ápolók, akik súlyosabb ápolási kategóriájú betegekkel foglalkoznak, szignifikánsan nagyobb észlelt stressz-szintet mutatnak, valamint körükben emelkedett a káros szenvedélyek előfordulásának gyakorisága is (Hegedűs et al. 2008). Nagy megterhelést jelent továbbá a dokumentációs kötelezettség mértéke is, amelyet az ápolóknak nap mint nap el kell végezniük. Ez rengeteg időt elvesz az egyéb feladatok elvégzésétől, így a dolgozók folyamatos időhátrányban, -hiányban végzik betegellátó munkájukat. Továbbá nagy stresszfaktort jelent a személyi feltételek hiányossága is, amely szintén egy kevésbé optimális, diszkomfortos munkahelyi körülményt eredményez (Németh, 2008).

### A Covid-19 (SARS-CoV-2) vírus helyzet hatása az egészségügyre

2019 decemberében a kínai Wuhanban egy új koronavírus (SARS-CoV-2) által okozott, rendkívül súlyos fertőző, akut légúti szindróma jelent meg. A járványfertőzés

terjedésének progressziója, valamint kiterjedtsége jelentős mértéket „öltött”.

A vírusfertőzés, rövid időn belül kontinenseken átívelő, világméretű egészségügyi jelentőségű pandémiává nőtt. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 2020. március 11-én a koronavírus fertőzést (SARS-CoV-2) világjárvánnyá nyilvánította (Huang et al. 2020).

Magyarországon a Covid-19 megjelenése után még nagyobb teher hárult az egészségügyi ellátásra, amely tovább nehezítette a szakdolgozók helyzetét, lelki és fizikális leterheltségét egyaránt. Az egészségügyi szakdolgozók rendkívül nagy stressznek voltak kitéve a világjárvány miatt, hiszen ők dolgoztak a járvány "front-vonalában", és a súlyos állapotban lévő betegek jelentős részét kellett ellátniuk. A járvány kezdetén az egészségügyi rendszer nem volt felkészülve egy ilyen méretű járvány megállítására, nem álltak rendelkezésre hatékony gyógyszerek a kezeléshez vagy oltás a megelőzéshez, ezért jogosan aggódtak az egészségügyi szakdolgozók a fertőzésveszély miatt (Sim, 2020, Greenberg et al. 2020).

Egy lengyel kutatásban a különböző osztályokon (sürgősségi osztály, fertőző osztály, intenzív osztály), Covid-19 fertőzött betegekkel dolgozó ápolókat hasonlítottak össze olyan egészségügyi szakdolgozókkal, akik nem vettek részt a fertőzött páciensek ellátásában. Vizsgálatuk kimutatta, hogy azoknál az ápolóknál, akik a sürgősségi osztályokon, a fertőző osztályokon vagy az intenzív osztályokon SARS-CoV-2-fertőzött betegekkel dolgoznak, sokkal nagyobb a szorongás, depresszió és az alvászavarok tüneteinek megjelenési kockázata, mint a többi egészségügyi osztályon dolgozóknál (p <

0,001) (Wańkowicz et al. 2020). Más európai vizsgálatok is hasonló eredményre jutottak, miszerint a SARS-CoV-2 fertőzés további stresszfaktorként jelenik meg az egészségügyi dolgozók munkája során (Di Tella et al. 2020, Gómez-Salgado et al. 2020).

A hazai egészségügyben a koronavírus okozta többletfeladatok mellett az új egészségügyi szolgálati jogviszonnyal kapcsolatos intézkedések is nagy elégedetlenséget okoztak az ápolók körében, sokan emiatt a pályaelhagyás mellett döntöttek (528/2020. (XI.28.) Korm. rendelet).

## Célkitűzés

Vizsgálatunk célja volt felmérni az ápolók lelki leterheltségét, stressz-szintjét a Covid-19 járvány idején. Felmérésünk során szeretnénk volna feltérképezni, hogy az egyes osztályok vonatkozásában mik azok a fő stresszorok, amelyek hatással vannak a dolgozók életére és életminőségére. Célunk volt felmérni továbbá, hogy az egyes szocio-demográfiai tényezők milyen hatással vannak az ápolók stressz-szintjére, valamint, hogy az egészségügyben ledolgozott évek száma, illetve a váltóműszak mutat-e különbséget az ápolók leterheltségében, alvásrendjében és életmódjában.

## MÓDSZERTAN

### Minta

A vizsgálatunk során kvantitatív, leíró jellegű, keresztmetszeti vizsgálatot végeztünk. A felmérés 2020. decemberétől 2021. február végéig tartott. Az adatgyűjtés országos szintű online kérdőívvel (közösségi oldalak szakmai csoportjában), nem véletlenszerű mintavétellel történt. Beválasztási kritériumként határoztuk

meg, hogy a mintát alkotók ápolói tevékenységet végezzenek Magyarország területén. Kizárásra kerültek azon szakdolgozók, akik GYES-en, GYED-en, vagy tartósan táppénzen voltak a vizsgálat lebonyolításának időpontjában.

## Mérőeszközök

Az adatgyűjtéshez a saját szerkesztésű kérdőív mellett az általunk vizsgálni kívánt területen használt standardizált kérdőíveket használtunk. A saját szerkesztésű anonim kérdőív összesen 24 darab kérdést tartalmazott. Ezen kérdések a szociodemográfiai (nem, életkor, lakhely, családi állapot, iskolai végzettség, anyagi helyzet, dohányzással, kávéfogyasztással, gyógyszerhasználattal kapcsolatos kérdések), illetve a munkakörre vonatkozó kérdéseket tartalmazták (szakdolgozóként munkában töltött évek száma, éjszakai műszakok száma, túlóraszám, másodállás, átvezénylés volt-e, egy ápolóra jutó betegek száma, ápolási kategória meghatározása, stb.). Ezen besorolást A, S kategória szerint történt. Az A1S1 kategóriába az önellátó, speciális ellátást nem igénylő betegek tartoztak, az A2S2 ápolási kategóriába a részben önellátó, kibővített speciális ellátást igénylő betegek tartoztak, míg az A3S3 az önellátásra nem képes, különleges, speciális ellátást igénylő páciensek kerültek. Az ápolók észlelt stressz-szintjét az Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale, PSS) magyarrá fordított, validált változatával mértük (Stauder et al. 2006). Az alvásminőség felmérésére a Groningen Alvásminőség Skálát validált verzióját (Groningen Sleep Quality Scale, GSQS) alkalmaztuk (Simor et al. 2009). A kérdőív kitöltése teljes mértékben önkéntes és anonim volt, az adatgyűjtés és adatkezelés pedig az Európai Unión belüli hatályos GDPR előírásoknak megfelelően történt.

## Észlelt Stressz Kérdőív

Az Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale, PSS), azokra az érzésekre, gondolatokra kérdez rá, amelyek az egyén stresszészlelését jellemzik, hogy mennyire tartja befolyásolhatatlannak, túlterheltnek a mindennapjait az elmúlt egy hónap vonatkozásában. A kérdőív 14 tételből áll össze, amelyet egy 5 fokú Likert-skálán (0–4) kell értékelni, ahol a 0 = soha, 1 = szinte soha, 2 = néha, 3 = elég gyakran, 4 = nagyon gyakran értékeket jelenti. Az egyes tételeknél a stresszhelyzetek nagyobb gyakoriságát, illetve a sikeresebb megküzdést jelzik a nagyobb pontszámok. Egyes tételek esetében fordított átkódolást kell alkalmazni (4–7, 9, 10, 13-es tételek). A minimálisan elérhető pontszám 0, míg a maximálisan elérhető pontszám 56 pont. Minél nagyobb összpontszámú a kapott eredmény, annál nagyobb a kitöltő észlelt stressz-szintje (Cohen et al. 1983, Stauder et al. 2006; Baik et al. 2019).

## Groningen Alvásminőség Skála

A Groningen Alvásminőség Skála (Groningen Sleep Quality Scale, GSQS) egy 15 tételből álló kérdőív, amely az elmúlt éjszaka alvásminőségére vonatkozik. A kitöltők „Igaz” vagy „Nem igaz” válaszok bejelölésével válaszolhatnak (nem igaz = 0; igaz = 1). Az első kérdést a kiértékelés során nem számítjuk be az összpontszámba, így 0–14 pont közti érték érhető el összesen. A skála fordított tételeket is tartalmaz (8, 10, 12-es tétel). A 6 pont feletti pontszám jelentős alvásminőség-romlásról tanúskodik, míg a 0–2 pont közötti érték kiegyensúlyozott, egészséges alvásra utal (Simor et al. 2009, Serrano- Fernández et al. 2020).

## Statisztikai elemzés

Az adatfeldolgozás az SPSS 25.0 statisztikai szoftver segítségével történt. Leíró statisztikát, egyváltozós elemzést: abszolút és relatív gyakoriságot, átlagot, szórást alkalmaztunk. A normál eloszlás vizsgálatára Kolmogorov-Smirnov tesztet használtunk. Az összehasonlító elemzések esetében Pearson-féle korreláció, Kruskal-Wallis teszt, egyszempontos varianciaanalízis (ANOVA) és független mintás t-próba került alkalmazásra. Az eredményeket  $p < 0,05$  mellett tekintettük szignifikánsnak (Ács & Raposa, 2014, Karamánné & Oláh, 2014).

## Etikai engedély

A kutatás országos lefolytatásához szükséges etikai engedély az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutásetikai Bizottságától (ETT TUKEB) engedélyező határozat formájában rendelkezésre áll, amely az alábbi ügyiratszámon ellenőrizhető: IV/2283-3 /2021/EKU.

## EREDMÉNYEK

### Szocio-demográfiai adatok

Vizsgálatunk során a kérdőívet 214 fő töltötte ki, de a kizárási kritériumok érvényesítése után a végleges mintába 199 fő került ( $N = 199$ ). A nemek eloszlása szerint 173 fő (87%) nő, és 26 fő (13%) férfi. A kitöltők átlag életkora 38,7 év ( $SD = 10,48$ ) volt. A legtöbb kitöltő városban élt ( $n = 85$ , 42,7%), míg családi állapotukat tekintve legtöbbjük házas volt ( $n = 82$ , 41,2%).

Iskolai végzettségük szerint a kitöltőknek legnagyobb arányban érettségire épülő szakképesítése/OKJ képesítése volt, 55 fő (27,6%) diplomás ápoló (BSc) volt, 18 fő (9%) rendelkezett MSc diplomával.

A válaszadók nagy többsége a vírushelyzetet megelőzően belgyógyászati területen dolgozott (n = 41, 20,6%), ezt követte a sebészeti (n = 26, 13,1%), illetve valamely járóbeteg-szakellátás területe (n = 26, 13,1%). Intenzív osztályon a járványhelyzet előtt a válaszadók kisebb hányada, 21 fő (10,6 %) dolgozott, illetve sürgősségi osztályon további 20 fő (10,1%).

A megkérdezett egészségügyi szakdolgozók 43,7%-a (n = 87) lett átvezényelve eredeti munkahelyéről a vírushelyzet alatt, míg 56,3%-uk (n = 112 fő) változatlan helyen, átvezénylés nélkül végezte betegellátó munkáját. Az átvezénylést követően az ápolók 81,6%-a (n = 71) Covid-19 vírussal fertőzött betegeket ellátó osztályon (KEK, Koronavírus Ellátó Központban) dol-

gozott, 6,9%-a (n = 6) sürgősségi osztályon (TRIÁZS, betegfelvétel), míg 11,5%-uk más egyéb területre lett átvezényelve.

A válaszadók - az elmúlt 3 hónapban történő munkavégzés alapján - legnagyobb arányban (n = 109, 54,8%) két műszakban dolgoztak (12 órás munkaidő), másodállást is vállaltak (n = 163; 81,9%). [1. táblázat] A válaszadó ápolók legnagyobb része 65 fő (32,7%) jelölte, hogy A3S3 kategóriájú betegekkel dolgozott túlnyomó részt. 59 fő (29,6 %) A2S2 kategóriájú betegekkel foglalkozott gyakrabban, míg 46 fő (23,1%) jelölte meg, hogy a jelenlegi munkahelyén általában A1S1 kategóriájú betegeket ápolnak. A fennmaradó 29 fő (14,6%) egyéb kategóriájú, ezen besorolásba nem tartozó betegeket látott el munkája során. Az egyéb szociodemográfiai adatok és azok kategóriáira vonatkozó rész bemutatására mellékletben csatoltuk a kérdőív erre vonatkozó részét. [1. számú melléklet]

**1. táblázat:** Szociodemográfiai adatok (Forrás: saját szerkesztés)

| Nem            | Válaszadók száma (n) | Százalékos megoszlás (%) |
|----------------|----------------------|--------------------------|
| Nő             | 173 fő               | 87 %                     |
| Férfi          | 26 fő                | 13 %                     |
| <b>Életkor</b> |                      |                          |
| ≤ 24 év        | 20 fő                | 10,1 %                   |
| 25-34 év       | 53 fő                | 26,6%                    |
| 35-44 év       | 58 fő                | 29,1 %                   |
| ≥45 év         | 68 fő                | 34,2 %                   |
| <b>Lakhely</b> |                      |                          |
| főváros        | 19 fő                | 9,5 %                    |
| város          | 85 fő                | 42,7 %                   |
| falu/község    | 33 fő                | 31,2 %                   |
| megyeszékhely  | 62 fő                | 16,6 %                   |

|                                               |        |        |
|-----------------------------------------------|--------|--------|
| <b>Családi állapot</b>                        |        |        |
| Egyedülálló                                   | 55 fő  | 27,6 % |
| Házass                                        | 82 fő  | 41,2 % |
| Élettársi viszony                             | 48 fő  | 24,1 % |
| Elvált                                        | 13 fő  | 6,5 %  |
| Özvegy                                        | 1 fő   | 0,5 %  |
| <b>Iskolai végzettség</b>                     |        |        |
| Szakiskola                                    | 2 fő   | 1 %    |
| Középiskola/Gimnázium                         | 21 fő  | 10,6 % |
| Érettségire épülő szakképzés/OKJ              | 103 fő | 51,8 % |
| Főiskolai/Egyetemi képzés (BSc)               | 55 fő  | 27,6 % |
| Egyetemi mesterképzés (MSc)                   | 18 fő  | 9 %    |
| <b>Munkahely a vírus helyzetet megelőzően</b> |        |        |
| Belgyógyászat                                 | 41 fő  | 20,6 % |
| Sebészet                                      | 26 fő  | 13,1 % |
| Szülészet-nőgyógyászat/Gyermekegyógyászat     | 9 fő   | 4,5 %  |
| ITO                                           | 21 fő  | 10,6 % |
| SBO                                           | 20 fő  | 10,1 % |
| Kisklinikum                                   | 10 fő  | 5 %    |
| Járóbeteg-ellátás/szakrendelés                | 26 fő  | 13,1 % |
| Onkológia                                     | 2 fő   | 1 %    |
| Pszichiátria                                  | 12 fő  | 6 %    |
| Neurológia                                    | 5 fő   | 2,5 %  |
| Ápolási osztály                               | 7 fő   | 3,5 %  |
| Egyéb (műtő, rehabilitáció)                   | 20 fő  | 10,1 % |
| <b>Átvezényelés</b>                           |        |        |
| igen                                          | 87 fő  | 43,7 % |
| nem                                           | 112 fő | 56,3 % |
| <b>Átvezénylés utáni munkahely</b>            |        |        |
| KEK, Koronavírus Ellátó Központ               | 71 fő  | 81,6 % |
| Sürgősségi osztály (TRIÁZS, betegfelvétel)    | 6 fő   | 6,9 %  |
| Egyéb osztály                                 | 35 fő  | 11,5 % |
| <b>Műszakok száma</b>                         |        |        |
| Egy műszak                                    | 73 fő  | 36,7 % |
| Két műszak                                    | 109 fő | 54,8 % |
| Három műszak (8 óra)                          | 4 fő   | 2 %    |
| Egyéb                                         | 13 fő  | 6,5 %  |
| <b>Másodállás</b>                             |        |        |
| igen                                          | 87 fő  | 43,7 % |
| nem                                           | 112 fő | 56,3 % |

## Észlelt Stressz Skála (PSS) eredményei

Az ápolók észlelt stressz-szintjét az Észlelt Stressz Kérdőív (Perceived Stress Scale, PSS) magyarra fordított, validált változával mértük. Az válaszadók átlagosan 28,47 pontszámra értékelték stressz-szintjüket ( $SD = 9,215$ ). Ez mérsékelten nagy stressz-szint eredménynek felel meg. A megkérdezettek minimum 5, maximum 51 pontot értek el.

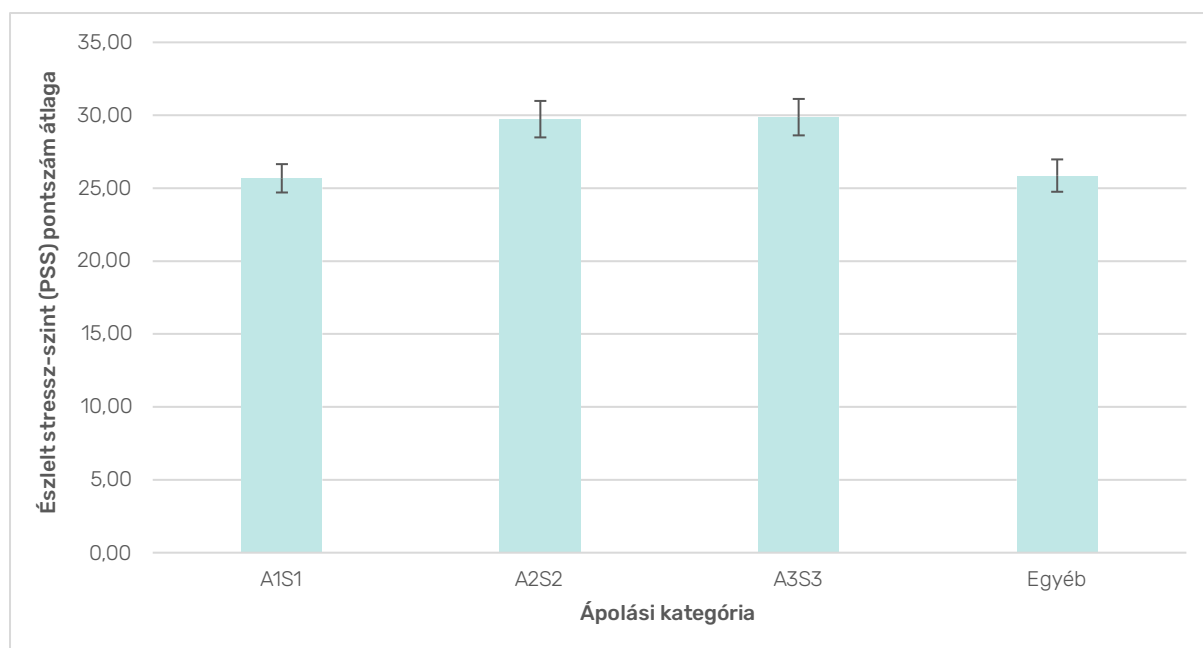
Kutatásunk során vizsgáltuk, hogy az egyes szociodemográfiai tényezők és az észlelt stressz-szint között milyen kapcsolat van. Az ordinális skálán végzett Kruskal-Wallis teszt során kiderült, hogy az anyagi helyzet szignifikánsan befolyásolta a stressz-szintet ( $p = 0,044$ ). Tehát azok az ápolók, akik nagyon rossz anyagi helyzetben voltak, szignifikánsan nagyobb stresszpontszámot értek el, mint jobb anyagi helyzetben lévő munkatársaik.

A szociodemográfiai adatok és az észlelt stressz-szint összefüggéseit részletesen a 2. melléklet mutatja be. Eredményeink alapján megállapítható, hogy a nagyobb stressz-szinttel rendelkező ápolók jóval nagyobb arányban dohányoztak ( $F = 4,901$ ,  $p = 0,028$ ), illetve kimutatható volt, hogy a naponta több csésze kávé fogyasztó ápolók átlagosan nagyobb stressz-szinttel rendelkeztek ( $F = 3,674$ ,  $p = 0,027$ ). Egyéb élvezeti és gyógyszerek fogyasztása, valamint az észlelt stressz-szint között azonban nem találtunk szignifikáns eltérést [alkoholfogyasztás ( $F = 0,838$ ,  $p = 0,475$ ), altatóhasználat ( $F = 0,029$ ,  $p = 0,864$ ), nyugtatóhasználat ( $F = 2,244$ ,  $p = 0,136$ )]. Tendenciát véltünk felfedezni az ápolói hivatás családi támogatottsága és az észlelt stressz-szint között: a támogató családi háttér kisebb dolgozói stressz-szintet eredményezett, ugyanakkor ezen különbségek nem bizonyultak statisztikailag szignifikánsnak ( $p > 0,05$ ). [2. számú melléklet].

Vizsgálatunk során további kapcsolatot kerestünk az észlelt stressz-szint, valamint a munkahelyi hatások között, úgy mint az átvezénylés, a vállalt másodállás, az éjszakai műszakok száma, a túlóraszám, a munkában eltöltött évek száma, az ápolási kategória, illetve, hogy milyen osztályon dolgozott az ápoló a vírushelyzet előtt, illetve az átvezénylést követően. Eredményeink alapján elmondható, hogy azon ápolók, akik több éjszakai műszakot vállaltak ( $F = 3,455$ ,  $p = 0,034$ ), illetve egy hónapban többet túlóráztak ( $F = 7,077$ ,  $p = 0,001$ ) szignifikánsan nagyobb észlelt stressz-szintet értek el. Megállapításra került továbbá, hogy azon ápolók, akik három műszakban dolgoztak, szignifikánsan eltérő, nagyobb stressz-szintet értek el ( $F = 3,168$ ,  $p = 0,044$ ). Az észlelt stressz-szint, valamint, hogy az ápoló a napi munkája során milyen ápolási kategóriájú beteget látott el, ugyancsak szignifikáns eltéréseket mutatott ( $F = 2,935$ ,  $p = 0,035$ ), ami a leíró statisztikai eredményeket is figyelembe véve azt jelenti, hogy azon ápolók, akik nagyobb arányban az önellátásra nem képes, különleges, speciális ellátást igénylő páciensekkel foglalkoztak (A3S3 kategória) nagyobb észlelt stressz pontszámot értek el, mint azok, akik A1S1 vagy A2S2 kategóriájú betegeket ápoltak. [1. ábra]

Tendenciát véltünk felfedezni az átvezénylés ( $F = 2,692$ ,  $p = 0,102$ ), valamint a vállalt másodállás megléte és a PSS pontszámai között ( $F = 0,011$ ,  $p = 0,918$ ), azonban ezek statisztikailag nem bizonyultak szignifikánsnak. Vizsgálatunk kiterjedt a különböző osztályok közötti különbségekre, a speciális foglalkoztatás adta eltérésekre is. Variancia analízist (ANOVA) alkalmazva vizsgáltuk azt, hogy az átvezényelt ápolók az egyes osztályokon (az átvezénylést megelőzően) milyen stressz-szintet mutattak a PSS kérdőívben.

**1. ábra:** Az ápolási kategóriák észlelt stressz-szint különbségeinek megoszlásai (Forrás: saját szerkesztés; az oszlopok tetején a 95%-os megbízhatósági tartomány olvasható)



Az osztályok közül az legnagyobb stressz-pontszámmal, 32,62 ponttal az intenzív osztályon (ITO) dolgozó ápolók rendelkeztek. A második legnagyobb pontszámmal a valamely belgyógyászati osztályon dolgozó ápolók rendelkeztek (31,51 pont), a harmadik legnagyobb pontszámot pedig az onkológián dolgozók érték el (30,50 pont). A legkisebb pontszámot az ápolási osztályon (25,00 pont), illetve a sürgősségi osztályon (SBO) (25,40 pont) dolgozó ápolók érték el, őket követték a járóbeteg-szakellátáson, szakrendelésen dolgozó ápolók (25,50 pont), ezt követően valamely kisklinikumi osztályon dolgozó ápolók (25,60 pont), végül az egyéb területen (műtő, rehabilitáció, stb.) dolgozók érték el (25,95 pont). Különbségeket igen, ugyanakkor szignifikáns eltérést ebben az esetben nem detektáltunk ( $p = 0,087$ ). [2. táblázat] Az átvezénylést követően kapcsolatot véltünk felfedezni a megváltozott munkahely és az észlelt stressz-szint között. Azon ápolók, akiket a Koronavírus Ellátó Központba vezényeltek át, láthatóan nagyobb stressz pontszámmal

rendelkeztek (30,56 pont), mint akiket nem vezényeltek át (27,11 pont), azonban szignifikáns eltérés nem volt kimutatható ( $p = 0,100$ ). Elemzésünk kiterjedt még az egészségügyben eltöltött évek, és a stressz közötti viszony vizsgálatára. A legnagyobb pontszámot a 11–20 év között dolgozó ápolók érték el (29,19 pont). A legkisebb pontszámot a 21–30 év között dolgozó kitöltők érték el (27,53 pont). Ugyanakkor a foglalkoztatás idejének csoportjai között szignifikáns eltérést nem találtunk ( $F = 0,283$ ,  $p = 0,838$ ). A vizsgált tényezők és a stressz-szintek között talált különbségeket jól példázza a minta PSS szélsőértékeit adó ápolók alábbi jellemzése: a legnagyobb pontszámot (51 pont) egy 30 éves egyedülálló, rossz anyagi helyzetű, diplomás ápolónő érte el. A nő belgyógyászati területen dolgozott, a járvány ideje alatt átvezényelték a Koronavírus Ellátó Központba (KEK), az intenzív osztályra, másodállást nem vállalt, két műszakban dolgozott, 28 óra túlórája volt egy hónapban és nyolc alkalommal vállalt éjszakai műszakot.

**2. táblázat:** A különböző osztályok közötti észlelt stressz-szint megoszlásai (Forrás: saját szerkesztés)

| Kórházi osztályok                         | Fő (N) | Átlag pontszám | SD    | F-érték      | ANOVA            |
|-------------------------------------------|--------|----------------|-------|--------------|------------------|
| ITO                                       | 21     | 32,62          | 7,74  | <b>1,655</b> | <b>p = 0,087</b> |
| Belgyógyászat                             | 41     | 31,51          | 10,53 |              |                  |
| Onkológia                                 | 2      | 30,5           | 7,77  |              |                  |
| Neurológia                                | 5      | 30,4           | 7,92  |              |                  |
| Sebészet                                  | 26     | 29,08          | 8,85  |              |                  |
| Szülészet-nőgyógyászat/Gyermekegyógyászat | 9      | 28,89          | 9,18  |              |                  |
| Pszichiátria                              | 12     | 28,17          | 6,61  |              |                  |
| Egyéb (műtő, rehabilitáció)               | 20     | 25,95          | 9,67  |              |                  |
| Kisklinikum                               | 10     | 25,6           | 10,63 |              |                  |
| Járóbeteg-ellátás/szakrendelés            | 26     | 25,5           | 9,38  |              |                  |
| SBO                                       | 20     | 25,4           | 7,14  |              |                  |
| Ápolási osztály                           | 7      | 25             | 6,95  |              |                  |

Továbbá átlagosan 12 beteg jutott ezen ápolóra, és jellemzően A3S3 ápolási kategóriájú betegek ápolásával foglalkozott túlnyomó részt.

A legkisebb pontszámot (5 pont) egy 29 éves házasságban élő, jó anyagi helyzetű, okleveles (MSc) ápolónő érte el. Az említett szakdolgozó a sebészeti osztályon dolgozott, a vírushelyzet ideje alatt nem vezényelték át, egy műszakban dolgozott, nem volt másodállása, nem vállalt éjszakai műszakot, egy hónapban 2 órát túlórázott. Átlagosan 3 beteg ellátása jutott erre az ápolóra, és A3S3 ápolási kategóriájú betegek ápolásával foglalkozott túlnyomó részt.

### Groningen Alvásminőség Skála (GSQS)

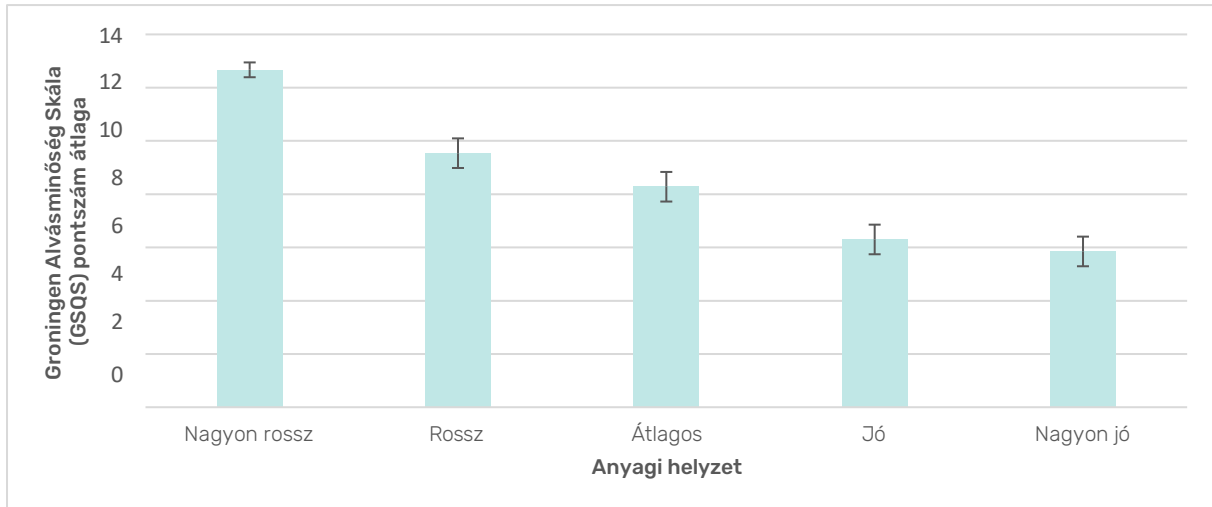
Az ápolók alvásminőségének felmérésére a Groningen Alvásminőség Skálát (GSQS) alkalmaztuk. A kitöltők átlagosan 7,87 értékelték az alvásminőségüket (SD = 4,48). Mivel a 6 pont feletti érték az előző éjszakai alvásminőség zavaráról tanúskodik, így elmondható, hogy átlagosan a megkérd-

zett szakdolgozók rossz alvásminőséggel rendelkeztek. A megkérdettek minimum 0, maximum 14 pontot értek el. A válaszadók közül 15 főnek lett 14-es pontszáma. A 14 ponttal rendelkező kitöltők átlagosan 7 alkalommal vállaltak éjszakai műszakot egy hónap alatt, 5 fő vállalt közülük másodállást, átlagosan 41,87 órát túlóráztak, 7 főt átvezényeltek a vírushelyzet ideje alatt és átlagosan 33,87 pontot értek el a PSS felmérő skálán, amely mérsékelt stresszértéket jelent.

A válaszadók közül 13 fő szerzett 0 pontot az alvásminőség skálán. Ezen válaszadók átlagosan 4 alkalommal vállaltak éjszakai műszakot, átlagosan 13,62 órát túlóráztak, közülük 3 főt átvezényeltek a vírushelyzet ideje alatt, csak 2 fő vállalt másodállást.

Vizsgálatunk során felmértük, hogy az ápolók egyes szociodemográfiai tényezői milyen befolyással vannak az alvásminőségre. Eredményeinkből kiderül, hogy azon ápolók, akik nagyon rossz anyagi helyzetben voltak, szignifikánsan rosszabb alvásminőséggel rendelkeztek a jó anyagi körülmények között élő kollégáiknál ( $p = 0,005$ ). [2. ábra]

**2. ábra:** Az anyagi helyzet hatása az alvásminőségre (Forrás: saját szerkesztés, az oszlopok tetején a 95%-os megbízhatósági tartományt jelöljük)



A különböző élvezetiszerek használata és az alvásminőség vizsgálata kapcsán megállapíthatjuk, hogy azon ápolók, akik naponta 5-nél több csésze kávéat fogyasztottak, szignifikánsan rosszabb alvásminőséggel bírtak, mint a kevesebbet fogyasztó társaik ( $F = 5,818$ ,  $p = 0,004$ ), valamint a dohányzók alvásminősége is rosszabbnak bizonyult a nem dohányzókéhoz viszonyítva ( $F = 4,262$ ,  $p = 0,024$ ). Egyéb élvezeti és gyógyszerek fogyasztása és az alvásminőség kapcsán azonban további szignifikáns eltérést nem találtunk, így azok mintánkban nem voltak érdemi hatással az alvásminőségre [alkoholfogyasztás ( $F = 1,103$ ,  $p = 0,349$ ), altatóhasználat ( $F = 1,104$ ,  $p = 0,237$ )].

Túlóra tekintetében megállapítható, hogy azok az ápolók, akik többet túlóráztak egy hónapban, szignifikánsan nagyobb alvásminőség-pontszámot értek el, tehát alvásminőségük rosszabb ( $F = 6,369$ ,  $p = 0,002$ ) volt.

A műszakok száma és az alvásminőség között különbséget véltünk felfedezni, mivel azon ápolóknak, akik három műszakban dolgoztak az adott hónapban, nagyobb volt az alvásminőség-pontszámuk (8,53 pont) az egy műszakban dolgozó társaikhoz viszonyítva (7,23 pont), ugyanakkor ez a különbség statisztikailag nem bizonyult szignifikánsnak ( $p > 0,05$ ). Az éjszakai műszakok pozitív irányú, gyen-

ge erősségű korrelációt mutattak a GSQS skálán elért pontszámmal, így kijelenthető, hogy az éjszakai műszakok számának növekedése valamelyest rontott az alvásminőségen ( $r = 0,155$ ;  $p = 0,029$ ).

## MEGBESZÉLÉS

A Covid-19 megjelenése óta a magyar egészségügyi ellátásra még nagyobb teher hárult, amely tovább nehezítette az egészségügyi szakdolgozók munkáját. Amennyiben ez a bizonytalanság társul a kiégéssel, még nehezebb helyzetbe, rosszabb lelkiállapotba kerülnek a szakdolgozók.

A világjárvány megjelenése óta számos nemzetközi és hazai vizsgálatot végeztek az egészségügyi szakemberek, különösen az ápolók munkaterhelésének és stressz-szintjének felmérésére (Sampaio et al. 2020; Halcomb et al. 2020; Spányik et al. 2021; Hu et al. 2020; Németh & Irinyi, 2021). Kutatásunk során célul tűztük ki, hogy felmérjük a magyar ápolók lelki leterheltségét, stressz-szintjét, illetve alvásminőségét a Covid-19 pandémia idején.

Felmérésünk 2020 vége és 2021 eleje között készült, ezáltal a pandémia első évével kapcsolatos állapotokat tükrözi. Kérdőívünket 199 fő töltötte ki, amelyből kiderült, hogy a megkérdezett ápolók

átlagosan 28,47 pontszámra értékelték stressz-szintjüket, amely mérsékelt nagy stresszszint eredménynek felel meg. Ezen eredményünk hasonló Shilpi Bora és mtsai. (2022) kutatásában kapott eredményekkel, amelyben az ápolók (közel 83%-a) közepes stressz-szintű, 10%-uk pedig nagy stressz-szinttől rendelkezik (Shilpi et al. 2022). A vírushelyzet alatti átvezénylést követően hasonló tendenciát véltünk felfedezni a megváltozott munkahely és az észlelt stressz-szint között. Azon ápolók, akik Covid-19 vírussal fertőzött betegek ápolásával foglalkoztak, nagyobb stressz pontszámmal rendelkeztek, mint akiket nem vezényeltek át, azonban szignifikáns eltérést nem észleltünk. Puto és mtsai. (2021), valamint Sagherian és mtsai. (2020) is hasonló eredményeket kaptak a SARS-CoV-2 vírussal fertőzött betegekkel és nem fertőzött betegekkel dolgozó ápolókat vizsgáló tanulmányaikban; a fertőzött betegekkel dolgozó ápolók nagyobb valószínűséggel érzékelték nagyobb szintű stresszt, mint azok, akik nem fertőzött betegekkel foglalkoztak. (Sagherian et al. 2020, Puto et al. 2021).

Fény derült továbbá arra, hogy az ápolók által észlelt stressz-szint és a napi munka során, az ellátott beteg ápolási kategóriája, besorolása között kapcsolat állt fenn. Azon ápolók, akik nagyobb arányban az önellátásra nem képes, különleges, speciális ellátást igénylő páciensekkel foglalkoznak (A3S3 kategória), nagyobb észlelt stressz pontszámot értek el, mint akik A1S1 vagy A2S2 kategóriájú betegeket ápolnak. Korábban Cheung és mtsai. (2015) kutatásukban vizsgálták többek között azt az összefüggést, hogy a szociodemográfiai adatok milyen módon befolyásolják a stressz-szintet (Cheung et al. 2015).

A vizsgálatból kiderült, hogy az életkor, a jövedelem, valamint a kevés munkatapasztalat szignifikáns hatással van az észlelt stressz-szintre. Saját kutatásunkban a pandémia alatt azonban, ezen faktorok vizsgálatakor, egyedül a jövedelem esetén találtunk szignifikáns eltérést. Jahrami és mtsai. vizsgálatukban megállapították, hogy a női nem - a rossz alvásminőség és

a stressz prediktív faktora, előjelzője lehet (Jahrami et al. 2021). Ez az eltérés saját kutatásunkban szignifikáns módon nem nyert igazolást, de hasonló tendencia látható. Fontos figyelembe venni továbbá az ápolók éjszakai műszakban végzett munkaterhelését is, mivel alvásminőségük romlása nagyban befolyásolja életminőségüket (Souza et al. 2017).

Kutatásunkban igazolást nyert, hogy azok az ápolók, akik több műszakos munkarendben dolgoztak, több éjszakai műszakot vállaltak, illetve többet túlóráztak, kedvezőtlenebb alvásminőséggel, illetve nagyobb stressz-szinttel rendelkeztek.

A munkateher csökkentése szempontjából fontos volna továbbá, hogy azokon a betegosztályokon, ahol nagyobb az egy ápolóra jutó betegszám, valamint magasabb ápolási igényű betegek vannak, vagyis akikkel többet kell foglalkozni, nagyobb odafigyeléssel határozzák meg az egy műszakban dolgozók számát.

A Covid-19 pandémia jelentősen megnehezítette az egészségügyi szakdolgozók életét, szakirodalmi adatok alapján is bizonytalanságot és félelmet jelentett számukra az átvezénylés, más osztályra történő áthelyezés (Németh & Irinyi, 2021). Sajnos az elmúlt időszakban több olyan tényező is jelentkezett (kötelező védőoltás, szolgálati jogviszony, elmaradt béremelések), amelyek nagy elégedetlenséget okoztak az ápolók körében, sokan emiatt a pályaelhagyás mellett döntöttek.

## KÖVETKEZTETÉS

Összeségében elmondható, tehát, hogy a Covid-19 pandémia jelentős hatást gyakorolt az ápolók munkahelyi stressz-szintjének alakulására, amely nagymértékben befolyásolta az alvásminőséget is.

Mindezeket figyelembe véve, ebben a helyzetben még fontosabb lenne a kiégés megelőzése, a stressz által okozott problémák enyhítése. A kiégést megelőző intézkedések minél szélesebb körű alkalmazása, a munkateher csökkentése, mind szervezeti, mind egyéni szinten is szük-

ségszerű volna. Fontos, hogy az ápolók megtalálják a számukra legmegfelelőbb módszereket és technikákat a stresszel való megküzdésre, hogy jobban megbirkózhassanak a munkahelyi kihívásokkal és megőrizték a jóllétüket.

Az önismeret kiemelkedően fontos, hiszen segít az ápolóknak azonosítani saját stresszkeltő tényezőiket és felismerni a stressz jeleit. Ennek eredményeként képesek lehetnek hatékonyabb stresszkezelési módszereket alkalmazni. Az egyik ilyen módszer a relaxációs technikák elsajátítása, amelyek megfelelő alkalmazása hozzájárulhat a stressz csökkentéséhez.

Az esetmegbeszélések vagy beszélgető csoportok lehetőséget nyújthatnak az ápolóknak arra, hogy megoszthassák a felmerülő nehézségeiket, megterheléseiket, és esetlegesen támogatást és megértést kapjanak.

Az egészséges életmód fenntartása is kulcsfontosságú a stressz kezelésében. A rendszeres testmozgás, az egészségtudatos táplálkozás és a megfelelő pihenés

mind hozzájárulhatnak a stressz csökkentéséhez és az általános jóllétéhez.

Mindezekon felül a szakdolgozóknak elengedhetetlen a társadalom részéről a megfelelő támogatás, megbecsülés és pozitív visszacsatolás, így ennek további lehetőségeit, csatornáit is érdemes lehet a döntéshozóknak megvizsgálni, bővíteni.

## LIMITÁLÓ TÉNYEZŐK

A statisztikai elemzések eredményeiből levont következtetések a vizsgálatba bevont mintára korlátozódnak, nem reprezentatívak a teljes magyar ápolói társadalomra, valamint keresztmetszeti vizsgálat lévén ok-okozati összefüggést nem lehet levonni a kapott eredményekből.

Az egyes osztályok közötti stressz-szint megoszlását, valamint sorrendiségét az osztályon dolgozói létszám és az ott végzett tevékenység heterogenitása befolyásolhatta.

## MELLÉKLETEK

### 1. számú melléklet: A kérdőív szociodemográfiai kérdéseinek részletes bemutatása

1. Kérem, adja meg a nemét.
  1. Nő
  2. Férfi
2. Kérem, adja meg az életkorát.  
\_\_\_\_\_év
3. Kérem, adja meg lakhelyét.
  1. Főváros
  2. Megyeszékhely
  3. Város
  4. Falu / község
4. Kérem, adja meg családi állapotát.
  1. Egyedülálló
  2. Házas
  3. Élettársi viszony
  4. Elvált
  5. Özvegy
5. Kérem, adja meg gyermekeinek számát.  
\_\_\_\_\_gyermek
6. Kérem, adja meg az Ön legmagasabb iskolai végzettségét.
  1. Általános iskola 8. osztály
  2. Szakiskola
  3. Középiskola / Gimnázium
  4. Érettségire épülő szakképzés / OKJ
  5. Főiskola / Egyetemi képzés / BSc
  6. Egyetemi mesterképzés / MSc
7. Milyen ápolói képzettséggel rendelkezik?
  1. Segédápoló
  2. Gyakorló ápoló
  3. Szakápoló
  4. Általános ápolási és egészségügyi asszisztens
  5. Szociális gondozó
  6. Diplomás ápoló (BSc)
  7. Mesterképzést végzett okleveles ápoló (MSc)
  8. Egyéb

8. Kérem, jelölje be, hogyan értékelné háztartása anyagi helyzetét.
1. Nagyon rossz
  2. Rossz
  3. Átlagos
  4. Jó
  5. Nagyon jó
9. Kérem, jelölje be, mi határozta meg a pályaválasztását.
1. Hivatástudat
  2. Anyagi biztonság
  3. Családi befolyás
  4. Csak ez az egy lehetőség volt
  5. Egyéb: \_\_\_\_\_
10. Családja megértő-e a hivatásával szemben?
1. Igen
  2. Nem
11. Dohányzik-e?
1. Igen
  2. Nem
12. Hány csésze kávé fogyaszt naponta?  
\_\_\_\_\_csésze
13. Milyen gyakran fogyaszt alkoholt?
1. Soha
  2. Alkalmanként
  3. Hetente
  4. Naponta
14. Fogyaszt-e rendszeresen kábítószer?
1. Igen
  2. Nem
15. Használ-e rendszeresen altatót?
1. Igen
  2. Nem
16. Használ-e rendszeresen nyugtatót?
1. Igen
  2. Nem

## 2. számú melléklet: Az egyes szociodemográfiai tényezők és az észlelt stressz-szint összefüggésére vonatkozó p-értékek

| Szociodemográfiai adatok | P-érték |
|--------------------------|---------|
| Nem                      | 0,244   |
| Lakhely                  | 0,601   |
| Családi állapot          | 0,954   |
| Gyermekek száma          | 0,599   |
| Anyagi helyzet           | 0,05    |
| Dohányzás                | 0,028   |
| Kávéfogyasztás           | 0,027   |
| Alkoholfogyasztás        | 0,475   |
| Altató használata        | 0,864   |
| Nyugtató használata      | 0,136   |
| Családi támogatottság    | 0,301   |

## HIVATKOZÁSOK

- Ács, P., & Raposa, B. (2014). Descriptive statistics, tables and graphs. In *Data Analysis in practice* (pp. 162–202). University of Pécs, Faculty of Health Sciences.
- Baik, S. H., Fox, R. S., Mills, S., Roesch, S. C., Sadler, G. R., Klonoff, E. A., & Malcarne, V. L. (2019). Reliability and validity of the Perceived Stress Scale-10 in Hispanic Americans with English or Spanish language preference. *Journal of Health Psychology*, 24(5), 628–639. <https://doi.org/10.1177/1359105316684938>
- Banda, Z., Simbota, M., & Mula, C. (2022). Nurses' perceptions on the effects of high nursing workload on patient care in an intensive care unit of a referral hospital in Malawi: a qualitative study. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00918-x>
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals at the peak of the Italian COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research-Neuroimaging*, 290, 113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Boran, A. M., Shawaheen, M. S., Khader, Y., Amarin, Z., & Rice, V. H. (2012). Work-related stress among health professionals in northern Jordan. *Occupational Medicine*, 62(2), 145–147. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqr180>
- Cheung, T., & Yip, P. S. F. (2015). Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(9), 11072–11100. <https://doi.org/10.3390/ijerph120911072>

- Cohen, S., Kamarck, T. W., & Mermelstein, R. J. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385. <https://doi.org/10.2307/2136404>
- De Souza, J. S., Júnior, J. M. P., & De Miranda, F. a. N. (2017). Stress in an emergency room and the challenges for Brazilian and Portuguese nurses. *Revista De Enfermagem Referência*. IV Série(12), 107–116. <https://doi.org/10.12707/riv16064>
- Di Tella, M., Romeo, A., Benfante, A., & Castelli, L. (2020). Mental health of healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 26(6), 1583–1587. <https://doi.org/10.1111/jep.13444>
- Gómez-Salgado, J., Domínguez-Salas, S., Romero-Martín, M., Ortega-Moreno, M., García-Iglesias, J. J., & Ruiz-Frutos, C. (2020). Sense of Coherence and Psychological Distress Among Healthcare Workers During the COVID-19 Pandemic in Spain. *Sustainability*, 12(17), 6855. <https://doi.org/10.3390/su12176855>
- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S., & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*, m1211. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1211>
- Halcomb, E. J., McInnes, S., Williams, A., Ashley, C., James, S. L., Fernandez, R., Stephen, C., & Calma, K. R. B. (2020). The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(5), 553–563. <https://doi.org/10.1111/jnu.12589>
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L., Wan, S. W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H., & Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine*, 24, 100424. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100424>
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., Zhang, L., Fan, G., Xu, J., Gu, X., Cheng, Z., Yu, T., Xia, J., Wei, Y., Wu, W., Xie, X., Yin, W., Li, H., Liu, M., . . . Cao, B. (2020). Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *The Lancet*, 395(10223), 497–506. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30183-5)
- Jahrami, H., BaHammam, A. S., Algahtani, H., Ebrahim, A. F., Faris, M. a. E., AlEid, K., Saif, Z., Haji, E. A., Dhahi, A., Marzooq, H., Hubail, S., & Hasan, Z. (2021). The examination of sleep quality for frontline healthcare workers during the outbreak of COVID-19. *Sleep and Breathing*, 25(1), 503–511. <https://doi.org/10.1007/s11325-020-02135-9>
- Karamánné Pakai, A., Oláh, A. (2014). A theoretical overview of scientific research. In *Data Analysis in practice* (pp. 9–32). University of Pécs, Faculty of Health Sciences.
- Magyar Közlöny 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgálati jogviszonyról szóló 2020. évi C. törvény végrehajtásáról – Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A2000528.KOR&dbnum=1>
- Kisa, S. (2020). Burnout among Physicians and Nurses during COVID-19 Pandemic. *European Journal of Environment and Public Health*, 4(2), em0055. <https://doi.org/10.29333/ejeph/8447>
- Nagy, I. (2015). A burnout szindróma vizsgálata a nyíregyházi ápolók körében. *Acta Medicinae Et Sociologica* /, 6(16), 39–58. <https://doi.org/10.19055/ams.2015.6/16/3>
- Németh, A., Irinyi, T. (2021). Egészségügyi dolgozók kiégettségének összefüggése a COVID-19 pandémia alatt észlelt stresszfaktorokkal. *Nővér*, 34(2), 1–44.
- Németh, T. Az ápolók pszichés terhelése, a stressz hatása a mindennapi feladatokra. *Nővér*, 2008; 21(1), 26–33.
- Puto, G., Jurzec, M., Leja-Szpak, A., Bonior, J., Muszalik, M., & Gniadek, A. (2021). Stress and Coping Strategies of Nurses Working with Patients Infected with and Not Infected with SARS-CoV-2 Virus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 195. <https://doi.org/10.3390/ijerph19010195>
- Sagherian, K., Steege, L. M., Cobb, S. J., & Cho, H. A. (2020). Insomnia, fatigue and psychosocial well-being during COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey of hospital nursing staff in the United States. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.15566>

- Sampaio, F. J., Sequeira, C., & Teixeira, L. (2020). Nurses' Mental Health During the Covid-19 Outbreak. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(10), 783–787. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000001987>
- Serrano-Fernández, M., Boada-Grau, J., Robert-Sentís, L., Boada-Cuerva, M., Vigil-Colet, A., & Assens-Serra, J. (2021). Spanish Adaptation of the Groningen Sleep Quality Scale (GSQS-8). *Universitas Psychologica*, 19, 1–11. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy19.sags>
- Shilpi B., Pallavi R. (2020). Measuring the Work Stress Level Among Nurses During Second Wave of Covid-19 in India, *Ergonomics for Design and Innovation*, 2022 June. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-94277-9\\_153](https://doi.org/10.1007/978-3-030-94277-9_153)
- Sim, M. R. (2020). The COVID-19 pandemic: major risks to healthcare and other workers on the front line. *Occupational and Environmental Medicine*, 77(5), 281–282. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106567>
- Simor, P., Köteles, F., Bódizs, R., & Bárdos, G. (2009). A questionnaire based study of subjective sleep quality: The psychometric evaluation of the Hungarian version of the Groningen Sleep Quality Scale. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 10(3), 249–261. <https://doi.org/10.1556/mental.10.2009.3.5>
- Spányik, A., Simon, D., Rigó, A., Demetrovics, Zs. (2021) A COVID-19-járvány mentális hatásai az egészségügyben. *Orvosok lapja*, 2021
- Stauder, A., & Thege, B. K. (2006). Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné És Pszichoszomatika*, 7(3), 203–216. <https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.4>
- Szabó, N., Hegedűs, K., Szabó, G., & Kopp, M. (2008). Egészségügyi dolgozók munkahelyi stressz-állapota és társas támogatottsága. *Nővér*, 21(1), 10–17.
- Tran, T. H., Nguyen, N. T., Luong, M. X., Bui, T. H., Oh, J., Tran, V. H., Ngo, T. H., Minas, H., & Nguyen, T. D. (2019). Stress, anxiety and depression in clinical nurses in Vietnam: a cross-sectional survey and cluster analysis. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0257-4>
- Vahedian-Azimi, A., Hajiesmaeili, M., Kangasniemi, M., Fornés-Vives, J., Hunsucker, R. L., Rahimibashar, F., Pourhoseingholi, M. A., Farrokhvar, L., & Miller, A. H. (2019). Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study. *Journal of Intensive Care Medicine*, 34(4), 311–322. <https://doi.org/10.1177/0885066617696853>
- Wan, Z., Lian, M., Li, V. C., Cai, Z., & Xianyu, Y. (2022). Factors associated with burnout among Chinese nurses during COVID-19 epidemic: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00831-3>
- Wańkowicz, P., Szylińska, A., & Rotter, I. (2020). Assessment of Mental Health Factors among Health Professionals Depending on Their Contact with COVID-19 Patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5849. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165849>
- Zareei, M., Tabanejad, Z., Oskouie, F., Ebadi, A., & Mesri, M. (2022). Job burnout among nurses during COVID-19 pandemic: A systematic review. *Journal of education and health promotion*, 11, 107. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_797\\_21](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_797_21)

## TÁMOGATÁS

Az Innovációs és Technológiai Minisztérium ÚNKP-22-3-1 kódszámú új nemzeti kiválóság programjának a nemzeti kutatási, fejlesztési és innovációs alapról finanszírozott szakmai támogatásával készült.

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

### **Raposa-Rozmann Nóra**

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs  
[nora.rozmann@etk.pte.hu](mailto:nora.rozmann@etk.pte.hu)

### **John M. Macharia**

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs  
[johnmacharia@rocketmail.com](mailto:johnmacharia@rocketmail.com)

### **Madarász Ildikó**

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Sürgősségi, Egészségpedagógiai És Ápolástudományi  
Intézet, Pécs  
[ildiko.madarasz@etk.pte.hu](mailto:ildiko.madarasz@etk.pte.hu)

### **Deák András**

Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Sürgősségi Orvostani Tanszék, Pécs  
[andras.deak@pte.hu](mailto:andras.deak@pte.hu)

### **Bodnár Imre**

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs  
[foig.gyogykozpont@paks.hu](mailto:foig.gyogykozpont@paks.hu)

### **Sziládiné Dr. Fusz Katalin**

Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar, Élettani Intézet, Pécs  
[katalin.fusz@aok.pte.hu](mailto:katalin.fusz@aok.pte.hu)

### **Raposa L. Bence**

Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Alapozó, Szülész- és Védőnői Intézet,  
Pécs  
[bence.raposa@etk.pte.hu](mailto:bence.raposa@etk.pte.hu)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 04. 07.

Elfogadva: 2023. 07. 13.

Megjelentetve: 2023. 09. 10.

Copyright © 2023 Raposa-Rozmann Nóra, John M. Macharia, Madarász Ildikó, Deák András, Bodnár Imre, Fusz Katalin, Raposa L. Bence. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

## VÉLEMÉNYEK

## Positive psychological strategies in the service of health promotion: introducing the Balance Program

### *Pozitív pszichológiai stratégiák az egészségfejlesztés szolgálatában: az Egyensúly Program bemutatása*

**Ismertető:** [Barbara Fabiné Babos](#)

**Doi:** [10.58701/mej.11425](https://doi.org/10.58701/mej.11425)

**Kulcsszavak:** Balance Program; health promotion; quality of life; physical activity

**Keywords:** Egyensúly Program; egészségfejlesztés; életminőség; fizikai aktivitás

#### Abstract

**INTRODUCTION:** With the rise of positive psychology, attitudes towards health have also changed perspective: views on mental health and quality of life have been significantly rearranged. The general aspiration of the approach was the expectation that psychological well-being, happiness and healthy personality functioning should be given as much emphasis as possible. At the same time, the development of mental health is inseparable from the space of lifestyle and physical activity. This is why the Balance Program focuses on these three components of health.

**METHODS:** In the Balance Program, we used measuring instruments for measuring mental health and health behaviors, which proved to be suitable for determining individual development directions. Based on the Mental Health Test, the Mental Health Continuum Scale, the Values In Action Questionnaire and the Health-Related Attitudes Questionnaire, various indicators of mental health were assessed in order for the Program's psychologist, dietician and personal trainer to provide optimal, individualised development to the participants.

**RESULTS:** In its current form, the Balance Program does not focus on collecting data for statistical purposes but on supporting personal development. The Program works in a positive psychological approach and with methods and tools applied in positive psychology, which the participants evaluated as attention-grabbing, novel and easy to learn in their subjective reports. And the positive changes became the forerunners of the need for individual development and motivation.

**CONCLUSIONS:** The practical experience of the Balance Program shows a significant demand for workplace health promotion initiatives, which, with proper implementation, also anticipates a positive change in the health behaviour of the participating persons.

### **Absztrakt**

*BEVEZETÉS: A pozitív pszichológiai szemlélet térhódításával az egészséggel kapcsolatos attitűdök is egyfajta szempontváltáson mentek keresztül: jelentősen átrendeződtek a mentális egészséggel és az életminőséggel kapcsolatos nézőpontok. A szemlélet általános törekvéseként fogalmazódott meg az az elvárás, hogy a pszichológiai jólét, a boldogság, az egészséges személyiségműködés minél nagyobb hangsúlyt kapjon. A mentális egészség fejlesztése ugyanakkor elválaszthatatlan az életmód és a fizikai aktivitás terétől. Éppen ezért az egészség e három komponensére fókuszál az Egyensúly Program.*

*MÓDSZERTAN: Az Egyensúly Programban a mentális egészség és az egészség-magatartások mérésére szolgáló mérőeszközöket alkalmaztunk, amelyek alkalmasnak bizonyultak az egyéni fejlődési irányok meghatározására. A Mentális Egészség Teszt, a Mentális Egészség Kontinuum Skála, a Values In Action kérdőív és az Egészséggel Kapcsolatos Attitűdök Kérdőív alapján felmérésre kerültek a mentális egészség különböző mutatói annak érdekében, hogy a Program pszichológusa, dietetikusa és személyi edzője optimális, egyénre szabott fejlesztést nyújthasson a résztvevőknek.*

*EREDMÉNYEK: Az Egyensúly Program jelenlegi formájában nem statisztikai célú adatgyűjtésre fókuszál, hanem a személyes fejlődés támogatására. A Program pozitív pszichológiai szemléletben és pozitív pszichológiai alkalmazott módszerekkel, eszközökkel dolgozik, amelyeket a résztvevők szubjektív beszámolóikban figyelemfelkeltőnek, újszerűnek és könnyen elsajátíthatónak értékeltek. A pozitív változások pedig az egyéni fejlődési igény és motiváció előfutáraivá váltak.*

*KÖVETKEZTETÉSEK: Az Egyensúly Program gyakorlati tapasztalatai azt mutatják, hogy jelentős igény mutatkozik a munkahelyi egészségfejlesztés kezdeményezései iránt, mely megfelelő kivitelezéssel a résztvevő személyek egészség-magatartásának pozitív irányú változását is elővételezi.*

## Key messages

A significant part of the mental health improvement program pays the most attention to stress management and the adequate treatment of complex and unexpected situations in every-day life.

At the same time, optimal, mature stress management is undoubtedly an important, but not exclusive, element of our mental health.

The balance program focuses on personal strengths, builds self-awareness and brings together three closely related areas to take individual responsibility for a health-conscious lifestyle: it aims to achieve a state of positive mental health with the harmony of psychology, dietetics and physical activity.

## INTRODUCTION

In my study, I review the interface between positive psychology and health promotion to lay the foundation for the presentation of the Balance Program, which was born at the intersection of the two fields. The Balance Program can support the personalised health promotion process from three sides: in addition to mental, physical and dietetic education, personal development takes place with a professionally highly qualified and committed representative of a particular field. The setting for the Program is the workplace, where volunteer applications are preceded by an awareness-raising call to promote physical and mental health.

One of the most influential health promotion theories is that of Aaron Antonovsky (1979, 1987). As a theory of salutogenesis, it is considered the origin of health promotion in recent decades. Antonovsky

argued that disease and stress are present regardless of space and time and are inherent in life in almost every part of the world. In his view, the fascinating question is how some people can stay healthy despite facing many destructive factors and severe stress in their lives. How do they manage to recover from their illnesses?

Antonovsky's theory of the origins of health and its path fundamentally aligns with the principles of the Ottawa Charter. The first international conference on health promotion was held in Ottawa in 1986, where the WHO's core document on health promotion, the Ottawa Charter, declared the following definition: *'Health promotion is the process of enabling all people to increase control over their health and to improve their health and quality of life. To achieve a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to formulate and realise their desires, meet their needs and change with or adapt to their environment. Therefore, Health should be understood as a resource for everyday life, not a life goal. Health is a positive concept emphasising social and individual resources and physical capabilities. Consequently, health promotion is not only a responsibility of the health sector.'* (WHO, 1986). An essential element of the definition is that it emphasises the individual's responsibility and the role of society and the community. Therefore, efforts must be made to ensure everyone is aware of the concept of health and their responsibilities. (Bárdos, 2019).

The issue of quality of life became a focus of public and scientific interest in the second half of the 20th century, and interest has been on an upward trend to date, with more and more people recognising the need to improve both physical and mental health. The quality of life is intimately

connected to health, where the preservation and maintenance of well-being are essential needs, thus emphasising the unquestionable significance of health. Indeed, good health, which is also linked to subjective well-being, is an essential source of quality of life. In addition, health consciousness is expressed in the ability to adapt adequately to external and internal challenges while maintaining relative physical and mental balance and harmony (Pikó, 2011). Kullmann et al. (1999, p. 1947.) define the quality of life as defined by the World Health Organization in the following terms: *'Quality of life is an individual's perception of his or her position in life as influenced by the culture, values, goals, expectations, patterns and relationships of his or her living space. It is a broadly understood concept, encompassing in complex ways an individual's physical health, psychological well-being, degree of independence, social relationships, personal beliefs and relationship to essential phenomena in the environment.'*

Antonovsky's work in the field of medicine is close in time to the unfolding new approach of another discipline, harmoniously aligned with the theory of salutogenesis. This approach is the trend of positive psychology in the science of psychology, which began in the last decades of the 20th century, in contrast to the pathology approach, which had been dominant until then. This turn of perspective is particularly significant in that it focused on the psychological enrichment of psychologically healthy, 'ordinary' people and the sunny side of behaviour reflecting primarily good qualities (Csikszentmihályi, 2011). The movement's birth can be traced back to Seligman (2011), elected President of the American Psychological Association in 1997. Positive psychology aims to prevent the development of pathologies and improve quality of life rather than treat them. The emer-

gence of the movement can be considered after World War II, but its strengthening happened in the 1970s (Seligman et al., 2000). Positive psychology aims to contribute to continuous growth and development by focusing on developing personality and building competencies. It is based on positive emotions and individual strengths that lead to a happier and more productive life (Oláh, 2012).

Physical activity's preventive, beneficial, developmental and rehabilitative role is well known, as is the significant positive impact of the additional skills gained through activity on many aspects of life. The psychological effects of physical activity include the prevention of negative consequences of stressful situations. The neurotransmitter beta-endorphin (the „happy hormone”), produced in the brain during physical exertion, is the chemical responsible for the pleasant feeling of well-being and has a generally calming and relaxing effect. Regular activity leads to improvements in stamina and other associated positive changes - leaner physiques, better coordination of movements, improved endurance, and better performance - which also serve as self-confidence boosters and a tool for independent living (Honfi et al., 2009). Furthermore, physical activity increases the amount of dopamine in the bloodstream, and the number of dopamine-sensitive receptors and their sensitivity to pleasure increases. Exercise, therefore, improves mood in several ways and even positively affects happiness in old age by reducing the risk of age-related depression (McGonigal, 2022). Physically active people report higher levels of well-being. Physical activity can reduce blood pressure, and physically inactive people are at higher risk of cardiovascular disease, stroke and depression (Hidvégi-Bíró, 2015). The sport deserves a prominent role in maintaining physical and mental health

and improving quality of life. Pikó and colleagues (2012) studied the impact of leisure-time physical activity on mental health and health behaviour among young people. They focused on mental health indicators: optimism, depression, self-esteem, life satisfaction and parental support. The results confirmed the beneficial effect of physical activity: better quality of life and better psychosocial health were reported by young people who regularly participated in physical activity.

Through sporting activities, we can develop motivation, activity, self-discipline, perseverance, courage, will-power, the ability to fight, self-confidence, pain tolerance and realistic self-esteem (Pikó et al., 2004). The positive effects of regular physical activity on the individual include the prevention of chronic diseases, prolongation of active working years and well-being (Jákó, 2012). Furthermore, regular physical activity is associated with several positive consequences: reduces the risk of mortality from coronary heart disease, reduces the risk of type 2 diabetes, hypertension, and colon cancer, improves mental health, depression, increases muscle strength, stability of bones and joints, helps preserve functional abilities and independent living in older age, combined with an appropriate diet, it is an effective tool for preventing obesity and reducing excess weight, all these positive changes can be achieved with moderate-intensity physical activity (for example, walking for 30 minutes or running for 15 minutes at least five times a week) and if there are no contraindications, more intense or prolonged physical activity enhances beneficial physiological adaptation processes. In addition to the positive physiological consequences, sports have several positive psychological effects through optimal levels of physical activity: positive influence on personal development contri-

butes to the development of a realistic body image and body awareness, improves self-esteem, develops social skills and reduces overall anxiety levels (Gyömber-Kovács, 2019). Thus, with its positive psychological effects, playing sports can support the path to a happier, more balanced, and fulfilling life and simultaneously increase the quality of life. In the words of Bárdos and Ábrahám (2017), health-oriented physical activity is a prerequisite for well-being, which ensures physical-mental harmony. This state contributes not only to health but also to physical and mental fitness, a relaxed lifestyle and a happy everyday life.

The Balance Program has been developed with the above in mind, aiming at the personalised development of the three components of health. The applied positive psychological methods and tools play a key role in the structure of the Program, which are essential building blocks of the consultation process.

## BALANCE PROGRAM

In our country, workplace health development and recreation programs deserve a special role in public service since the workers in this field face increased physical and psychological stress. The Balance Program aimed to improve the mental health of employees in the public service. The Balance Program's personal developments with a positive psychological approach provide an opportunity to increase mental health indicators, identify and raise awareness of strengths, and strengthen their role. The development of mental health, dietetic education and physical activity is tailored to individual needs and opportunities and appeals to internal motivation. Dietetic counselling indicates the direction of lifestyle changes and a more complete and healthy diet,

while personal training can provide targeted physical activity development. The Health Balance Program is based on positive psychology and focuses on the following areas:

1. psychology: mental health
2. dietetics: nutrition and lifestyle
3. personal training: physical activity

The professional leader of the Program – who is also responsible for the development of mental health – has qualifications as a consultant psychologist, sports and life coach, competency development trainer and autogenic trainer, as well as a committed practitioner of a positive psychological approach. Application to the Program is based on voluntary motivation. After the application, a semi-structured first interview will take place along the following topics: motivation mapping, history, areas for improvement (subjective report), objectives and definition of satisfaction indicators.

## METHODS

In the Balance Program, I included newly developed measuring tools from the field of positive psychology that, in accordance with the objectives of the Program, provide relevant feedback on the components of mental health and also indicate the directions of personal development. The following tests and questionnaires will be completed after the first interview: MHT (Mental Health Test), MHCS (Mental Health Continuum Scale), VIA (Values in Action) and Health-related Attitudes Questionnaire.

Oláh and colleagues (2018) developed a new mental health questionnaire, the Mental Health Test (MHT). Mental health involves the skill by which an individual experiences and maintains his positivity. These include the ability to cope effectively, a tendency to savour (savouring =

maximising positive experiences and feelings of pleasure), and the presence of resilience and dynamic self-regulation. The reliability and validity of the test have been demonstrated (Vargha et al., 2020), which led to the finalized version of the MHT being used in the Program. The MHT contains 17 items, which must be rated on a 6-point Likert scale, specific to the individual. The MHT measures the following 5 pillars of mental health:

- Global well-being: high levels of well-being in emotional, psychological, social and spiritual domains (Oláh & Kapitány-Fövény, 2012).
- Savoring: the experience, awareness and processing of positive experiences and feelings of pleasure (Szondy et al., 2014).
- Creative-executive individual and social efficacy: the competence with which an individual can change the circumstances of a stressful situation to reach a chosen goal (Oláh, 2005).
- Self-regulation: control over attention and mental functioning, control of emotional states and the ability to self-regulate (Oláh, 2005).
- Resilience: spiritual flexibility, psychic resilience (Block & Kremen, 1996). All the factors promote optimal adaptation to stressful situations and rapid recovery from difficulties (e.g. Masten, 2014).

The Mental Health Continuum Scale is a novel measure of subjective well-being that assesses levels of well-being globally and in specific domains. The items of the questionnaire measure the level of emotional well-being, social well-being and psychological well-being, and the total score refers to subjective well-being in general (Reinhardt et al., 2020).

The Values In Action (Peterson & Seligman, 2004) questionnaire measures personality strengths, aka character

strengths. Character strengths are psychological elements, processes that lead individuals to acquire particular virtues: as dimensions of traits, we possess them to varying degrees. The primary aim in developing the VIA classification was to make the measure universally valid across Anglo-Saxon countries. VIA contains 48 statements, which should be evaluated on a 5-point Likert scale according to the person. The main criterion for the assessment is to identify the five highest-scoring strengths. The seven personal strengths along the criteria of psychological health are the following: Wisdom and knowledge, Courage, Love, Justice, Moderation and Transcendence. In addition to the self-awareness effect of personal strengths, it also serves to increase the level of psychological well-being: through positive feelings and relationships, finding the meaning of life and optimal performance. Activating your strengths in the work environment can promote a higher level of involvement and efficiency in the given activity, which makes you more satisfied and happy (Niemi-McGrath, 2022).

Finally, the University of Debrecen aims to develop a new Health Attitudes Questionnaire to measure attitudes towards health behaviour and health awareness. As a result, a complex tool was created that measures all aspects of health awareness based on the answers to 35 questions. The development of the questionnaire started with focus group interviews, which led to the identification of 10 subscales. The questionnaire's applicability and reliability were convincingly demonstrated during testing, which makes it suitable for further widespread use (Nagy-Kovács, 2017). The ten subscales of the questionnaire are:

- Nutrition: food and drink consumption habits and attitudes.
- Regular physical activity: participation in sports activities and beliefs about it.

- Prevention: activities and representations to promote health.
- Smoking: personal smoking habits, perceptions about smoking and its impact on health.
- Alcohol consumption: individual drinking habits, beliefs and perceptions about the effects of alcohol on health.
- Substance use: personal patterns of illicit drug use and related beliefs and perceptions about its impact on health.
- Aggression: the manifestation of aggression in a person's behaviour and the perception of its effectiveness in particular situations as a means of problem-solving.
- Telephone and internet use: perception of the presence and importance of the telephone and internet as elements of the media, as well as their supposed absence.
- Subjective health: a person's perception of his or her current physical condition as a self-assessed health index.
- Emotional balance: a person's perception of his or her current health and emotional state as a self-assessed index of health (Nagy-Kovács, 2017).

It is important to underline that the evaluation of the tests in the presented Balance Program is used as a starting point for personalised improvements and not for statistical purposes. For this reason, statistical processing of the tests has not been carried out to date. The evaluation of the tests and questionnaires occur in the first session of the five consultations: the feedback will provide an excellent platform to explore the mental health indicators to be developed, referring to the developmental directions subjectively identified in the first interview. Identifying personal strengths is of paramount

importance in the consultation process. The five consultations are therefore designed to improve mental health, optionally complemented by the following psychological methodology and toolkit: strengths cards, feeling cards, gratitude exercises, resilience factors and relaxation techniques.

The three-session dietetic counselling is led by a trained dietitian, who starts working together based on exploring the characteristics of the individual lifestyle and the different preferences and possible intolerances. This is followed by the definition of development directions (e.g. desired body weight), the introduction of the methods used (e.g. food diary) and the necessary follow-ups.

Physical activity is developed by a qualified personal trainer and functional trainer who, after assessing your health and fitness, offers you a personalised exercise programme over five sessions. This is followed by a final interview to evaluate the whole process, return to and summarise the satisfaction indicators from the first interview, and agree on how to follow up individually. A follow-up consultation will be held as part of the Program after one year to monitor all of this.

## DISCUSSION

The Balance Program is currently running with 18 participants and has long-term plans to expand the range of participants and to enter the series of interventions based on a positive psychological approach as a three-component model of personalised health promotion. One of the key advantages of the Program is that it is carried out in a targeted manner, during working hours, on-site, with the involvement of qualified professionals. The feedback from the participants is unanimously

positive, and the interest is continuous. Since the application is based on voluntary motivation, openness and interest in developing mental health appeared in all participants. An important starting point of the Program is recognising that the individual is responsible for his or her health and can even actively participate in its development. The applied positive psychological methods and tools play an essential role in the structure of the Balance Program, which are necessary building blocks of the consultation process. In addition, the positive psychological approach also acts as a fundamental catalyst: the educational effect of a specialist committed to the trend (e.g. psychologist, mental health assistant, personal trainer) is unquestionable in the helping process. The Program is recommended for use in the field of law enforcement also, where it can also act as one of the applied programs for an individual approach to workplace health promotion. Law enforcement organisations are committed to occupational health and health promotion to achieve well-being (Szabó, 2009).

The positive psychology model of mental health is attributed to Keyes (2002), who conceptualised the states of mental health and mental illness. In his theoretical model, the highest level of mental health is flourishing. In this state, people function well and have a positive attitude towards life; flourishing occurs, and the dimensions of positive mental functioning are also fulfilled. Flourishing individuals are mentally healthy and fulfilled in all areas of well-being. The other endpoint of mental health is a state of languishing, characterised by a sense of emptiness and poor psychological and social functioning. Keyes's (2002) two-dimensional mental health model suggests that treating mental illness does not lead to mental health. Instead, achieving a high level

of mental health, a flourishing state, is needed (Nagy, 2019). Therefore, achieving a flourishing state can also be formulated as an objective of mental health development. To this end, we chose the Mental Health Continuum Scale questionnaire as one of the methodological tools, the results of which allowed us to determine the personal state and plan the path of individual development towards flourishing.

Based on the subjective reports of the participants, getting to know and applying personal strengths, developing self-awareness, identifying areas to be developed and developing them in a targeted manner can create a more conscious way of functioning and attitude in individuals. In many cases, the positive changes are also supported by the feedback of colleagues and family members, which changes also predict long-term maintenance as a remarkable confirmation.

## CONCLUSION

The Balance Program aims to achieve a flourishing state of mental health with the help of a three-component intervention. In this study, I set myself the goal of connecting the disciplines of positive psychology and health promotion and presenting the Balance Program, which arose at the intersection of these areas. The Balance Program aims at the personal development of health through a thoughtful and structured design. The development of mental health, dietetic education and physical activity is presented in a way attuned to individual needs and opportunities and appeals to intrinsic motivation. Personal development with a positive psychology approach provides opportunities to explore and enhance mental health indicators, identify and raise awareness of strengths and strengthen their role. Dietetic counselling can identify directions for lifestyle changes for a more complete and healthy diet, and personal training can provide targeted physical activity development. Together, this contributes to the even better functioning of psychologically healthy individuals and a more fulfilling and balanced lifestyle.

## REFERENCES

- Bartholomew, M. (2002) James Lind's Treatise of the Scurvy (1753). *Postgraduate Medical Journal*, 78, 695–696. <http://dx.doi.org/10.1136/pmj.78.925.695>
- Antonovsky, A. (1979) *Health, Stress and Coping*. San Francisco. Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco. Jossey-Bass.
- Bárdos, Gy. (2019): Lifestyle, homeostasis, recreational sports. In Gösi, Zs., Boros, Sz., Patakiné, B. J. (eds). *Studies on the topic of recreation*. Eötvös Loránd University Faculty of Pedagogy and Psychology.
- Bárdos Gy., Ábrahám, J. (2017): Leisure and Pleasure: Healthy, Useful, Pleasant – Why Don't We Do? In Benkő, Zs., Modi, I., Tarkó, K. (eds). *Leisure, Health and Well-being – A Holistic Approach* Springer Verlag, Palgrave Macmillan. 81–89.
- Block, J. and Kremen, A. M. (1996): IQ and ego resiliency: conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70:2, 349–371.
- Csikszentmihályi, M., Csikszentmihályi I., S., (ed.) (2011): *A life worth living*. Studies on positive psychology, Hungarian version.
- Gyömbér, N., Kovács, K. (2019): *Sport psychology for everyone*. Noran Libro. Budapest.
- Hidvégi, P – Bíró, J (2015): *The Theory and Methodology of Recreation 2*. Eszterhazy Károly College.
- Honfi, L., Szalay, G., Váczi, P. (2009): Integration of sport into everyday life. *Acta Academiae Agriensis, Sectio Sport*. XXVI. 51–63.
- Jákó, P. (2012): *Sport, Health, Society*. Hungarian Science. 9: 1081–1089.
- Keyes, C. L. M. (2002): The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior* 43(2): 207–22. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Kullmann, L., Harangozó, J. (1999): Domestic adaptation of the World Health Organization's quality of life assessment method. *Medical Journal* 140(35). 1947.
- Masten, A. S. (2014): Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child development*. 85:1. 6–20. DOI: 10.1111/cdev.12205
- McGonigal, K. (2022): *The joy of movement*. Ursus Libris. Budapest.
- Nagy H. (2019): *The application of positive psychology in clinical and health psychology*. Eötvös Loránd University.
- Nagy, B., Kovács, K. E. (2017): Health behaviour attitudes among high school and university students. Physicians and medical students, *Medical Weekly*. 158: 44. 1754–1760. <https://doi.org/10.1556/650.2017.30847>
- Niemiec, R. M., McGrath, R. E. (2022): *The Power of Character Strengths*. Mental Focus. Budapest.
- Oláh, A. (2005): *Emotions, coping and optimal experience*. Trefort. Budapest.
- Oláh, A. (2012): The sunny side of psychology. *Hungarian Journal of Psychology*. 67:1. 3–11. <https://doi.org/10.1556/mpszle.67.2012.1.1>
- Oláh, A., Kapitány-Fövény, M. (2012): Ten years of positive psychology. *Hungarian Psychological Review*. 67:1. 19–45. <https://doi.org/10.1556/MPSzle.67.2012.1.3>
- Oláh, A., Nagy, H., Magyaródi, T., Török, R., Vargha, A. (2018): In Edit Lippai (ed). *Inv. XXVII International Symposium on Psychology at the XXVII Congress of the XXVII. Psychological Psychology*. Budapest. Hungarian Psychological Society. 80–81.
- Peterson, C. and Seligman, M. E. P. (2004): *Character strength and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press, Washington, DC: American Psychological Association.
- Pikó, B. (2011): Quality of life and health protection in modern society. *Age* 22: 4. [http://epa.oszk.hu/00400/00458/00567/pdf/EPA00458\\_korunk\\_2011-04\\_003-009.pdf](http://epa.oszk.hu/00400/00458/00567/pdf/EPA00458_korunk_2011-04_003-009.pdf)
- Pikó, B., Hamvai Cs. (2012): Stress, coping and resilience in early adolescence. *School culture*. 9. 24–33.
- Reinhardt M. et al. (2020): Domestic validation of a short version of the Mental Health Continuum Scale. *Hungarian Psychological Review*. 75.2/14. 217–246. <https://doi.org/10.1556/0016.2020.00014>

- Seligman, M. E. P., and Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Szabó, E. (2009): The system of workplace health psychology and health promotion at the Hungarian Police, and the subjectively perceived workplace stress characteristics – with special regard to the time factor – among professional police officers. PhD thesis, University of Debrecen.
- Szondy, M., Martos, T., Szabó-Bartha, A., Püskösty, M. (2014): Reliability and validity testing of the Hungarian version of the Processing Methods of Brief Positive Experiences Scale. *Mental Health and Psychosomatics*. 15:3. 305–316. DOI: 10.1556/Mental.15.2014.3.10
- Seligman, M. E. P. (2011): *Flourish – Live happily!* Academic. Budapest.
- Vargha, A., Zábó, V., Török, R. and Oláh, A. (2020): Measuring well-being and mental health: the Mental Health Test. *Mental hygiene and psychosomatics*. 21 (2020) 3, 281–322. DOI: 10.1556/0406.21.2020.014
- WHO (1986): the ottawa charter for health promotion. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Download time: 29. 11. 2022.

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

### **Fibiné Babos Barbara**

Nemzeti Közszerológati Egyetem, Rendészettudományi Doktori Iskola, Budapest  
[barbi@fibi.hu](mailto:barbi@fibi.hu)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 05. 07.

Elfogadva: 2023. 08. 11.

Megjelentetve: 2023. 09. 10.

Copyright © 2023 Fibiné Babos Barbara. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licensz szerződés alapján.

## RECENZÍÓK

# Vizuális kivonat: Egészséges közösségünk

## Visual extract: Our healthy community

Ismertető: [Vitrai József](#)

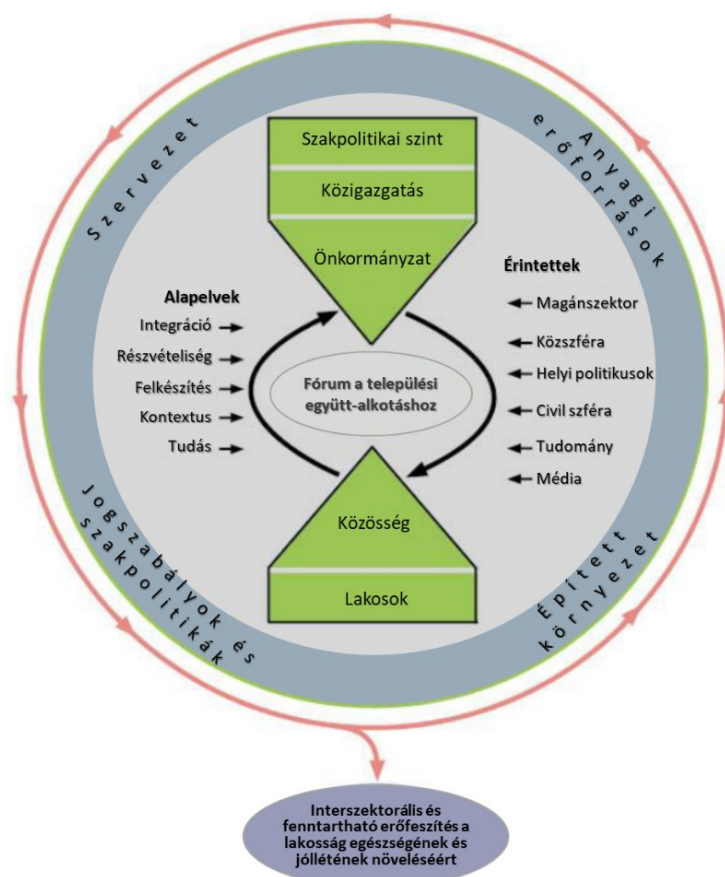
**Kulcsszavak:** közösségi beavatkozás; érintettek; szintér; település

**Keywords:** community-based intervention; stakeholders; setting; municipality

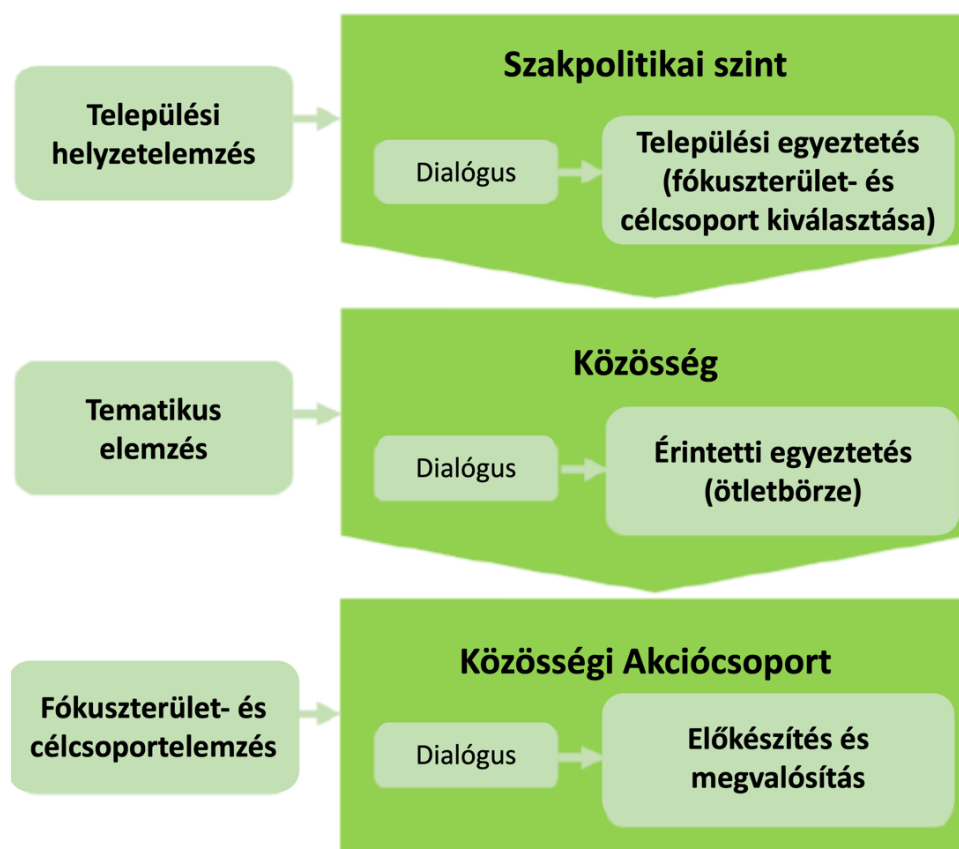
Az Egészséges Közösségünk, az egészségfejlesztés és a betegségmegelőzés új, összehangolt és integrált megközelítése a településeken.

A modellt a rendszeralapú megközelítések inspirálták, és egy szuperszintér-megközelítést alkalmaz az érintettek bevonására az ágazatokon átívelő, a lakosok egészségének és jóllétének javítását célzó beavatkozások kidolgozásába és végre-

hajtásába. A koncepcióális modell a lakosok és más közösségi érintettek bevonását hangsúlyozó alulról felfelé irányuló megközelítés, valamint a helyi önkormányzat különböző tanácsainak és osztályainak politikai, jogi, adminisztratív és technikai támogatását hangsúlyozó felfől lefelé irányuló megközelítés kombinációját tartalmazza. [Lásd az 1. és 2. ábrát.]



1. ábra: A szuperszintér-megközelítés vezérelveket biztosít a beavatkozásoknak a helyi önkormányzati és közösségi szintű érintettekkel együtt történő kidolgozásához és végrehajtásához. Helyi önkormányzati szinten a szuperszintér a „Egészséget minden szakpolitikában!” alapelveivel összhangban a közigazgatás valamennyi érintett ágazatát és szervezeti egységét magában foglalja. Az egyes szervezeti egységeken belüli intézkedéseket összehangolják és integrálják más szervezeti egységek intézkedéseivel a szinergia és a koherencia előmozdítása érdekében. Közösségi szinten a szuperszintér a földrajzi célterületek, például városok vagy városrészek minden érintettjét és környezetét magában foglalja. A szinergia és a koherencia előmozdítása érdekében az egyes szintereken belüli intézkedéseket összehangolják és integrálják más szinterek intézkedéseivel. A helyi önkormányzat és a közösség közötti kapcsolódási ponton fórumot hoznak létre az együttműködés, az innováció és a konkrét tevékenységek közös létrehozása érdekében az alulról és felülről érkező érdekeltek között. A modell kétirányúan működik: (1) a politikai és közigazgatási folyamatok ösztönzésével az egészséges döntések meghozatalát elősegítő strukturális környezet kialakításának előmozdítása érdekében, és (2) a lakosok és a szakmai érdekeltek bevonásával minden szinten a saját közösségük és településük alakításának folyamataiba. (Forrás: [Our Healthy Community Conceptual Framework and Intervention Model for Health Promotion and Disease Prevention in Municipalities](#))



2. ábra: Részletes települési helyzetelemzőkészül a lakosság egészségéről és az azt befolyásoló életkörülményekről. Párbeszédés találkozó sorozata zajlik az önkormányzati döntéshozók és a képviselőtestület között, amelynek célja részben a tájékoztatás, részben ismereteket gyűjteni az önkormányzat feladatairól és kötelezettségeiről. Az egyeztetés eredményeképpen a közigazgatás és az önkormányzat közösen meghatároz egy tematikus fókuszterületet és egy elsődleges célcsoportot a későbbi megelőző beavatkozáshoz. A kiválasztott fókuszterületről és célcsoportról részletes elemzés készül, amely kiterjed az érintettek, a színterek, illetve a bizonyítottan hatékony megoldásokra. A közösségi egyeztetésen a projekt, a közsféra, a magánszektor és a településen működő szervezetek, intézmények és egyesületek képviselői, valamint a civil társadalom képviselői párbeszédet folytatnak a tematikus elemzésről. A projekt releváns, ágazatközi és szervezatközi partnerségeket, akciócsoportokat hoz létre a közös prioritásokon és elképzeléseken alapuló beavatkozások továbbfejlesztése és tesztelése érdekében. Ezek a kiválasztott fókuszterületről és célcsoportról készített elemzés alapján sorozatos párbeszéd során előkészítik, majd megvalósítják a beavatkozásokat. A szinergia előmozdítása és a hatás növelése érdekében a különböző közösségi akciócsoportok által kidolgozott tevékenységeket és projekteket összehangolják és integrálják egymással és az önkormányzat más tevékenységeivel. (Forrás: [Our Healthy Community Conceptual Framework and Intervention Model for Health Promotion and Disease Prevention in Municipalities](#))

## 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 Preventív Egészségtudományi Tanszék, Győr  
[vitrai.jozsef@gmail.com](mailto:vitrai.jozsef@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 07. 14.

Elfogadva: 2023. 07. 14.

Megjelentetve: 2023. 09. 10.

Copyright © 2023 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

## RECENZIOK

# Cikkismertetés: A jóllét és a jóllétjövő

## Article review: *Well-being and well-becoming*

**Ismertető:** [Lantos Zoltán](#)

**Doi:** [10.58701/mej.12031](https://doi.org/10.58701/mej.12031)

**Ismertetett cikk:** Edwards R. T. (2022). Well-being and well-becoming through the life-course in public health economics research and policy: A new infographic. *Frontiers in public health*, 10, 1035260.  
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1035260>

**Kulcsszavak:** jóllét; jóllétjövő; elemzés; tervezés; mutatók

**Keywords:** *well-being; well-becoming; analysis; planning; indicators*

## HÁTTÉR

A jóllét a népesség egészségének koncepciójában az egyén erőforráskészlete és az előtte álló kihívások közötti egyensúlyi pontként értelmezhető. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization) 1948 óta támogatja a jóllét fogalmát, azonban számos tudományágban, így az egészséggazdaságtanban is, még mindig nincs egyetértés abban, hogy hogyan kell ezt mérni. A pszichológiai és viselkedési közgazdasági kutatásokban különbséget tesznek a hedonikus jóllét és az eudaimonikus jóllét között. A hedonikus nézőpont azon az elképzelésen alapul, hogy a fokozott öröm és a fájdalom elkerülése boldogsághoz vezet. Az eudaimonikus nézőpontot tágabban határozzák meg, hogy olyan dinamikus folyamatokat foglaljon magában, mint az önmegvalósítás és az, hogy az egyén mennyire tud működni teljes mértékben a társadalomban.

A jóllétjövő (well-becoming) úgy is felfogható, mint az értelem és célszerűség felé vezető életutak sokasága, nem a fenntartott elégedettség valamilyen állandó álla-

pota. A jóllétjövő kifejezés nem új, azonban az egészséggel kapcsolatban alig jelenik meg. Oktatási környezetben arra használták, hogy gondosan megkülönböztessék, hogyan segítjük a gyermekeket abban, hogy a jelenben jól legyenek, és miként azt, hogy a jövőbeni életüket és ezáltal lehetőségeiket alakítsák. A jóllétjövő az eszközalapú népegészségügy koncepcióján alapul, amely az egészséget és a jóllétet támogató védőtényezők azonosításával foglalkozik.

## MÓDSZER

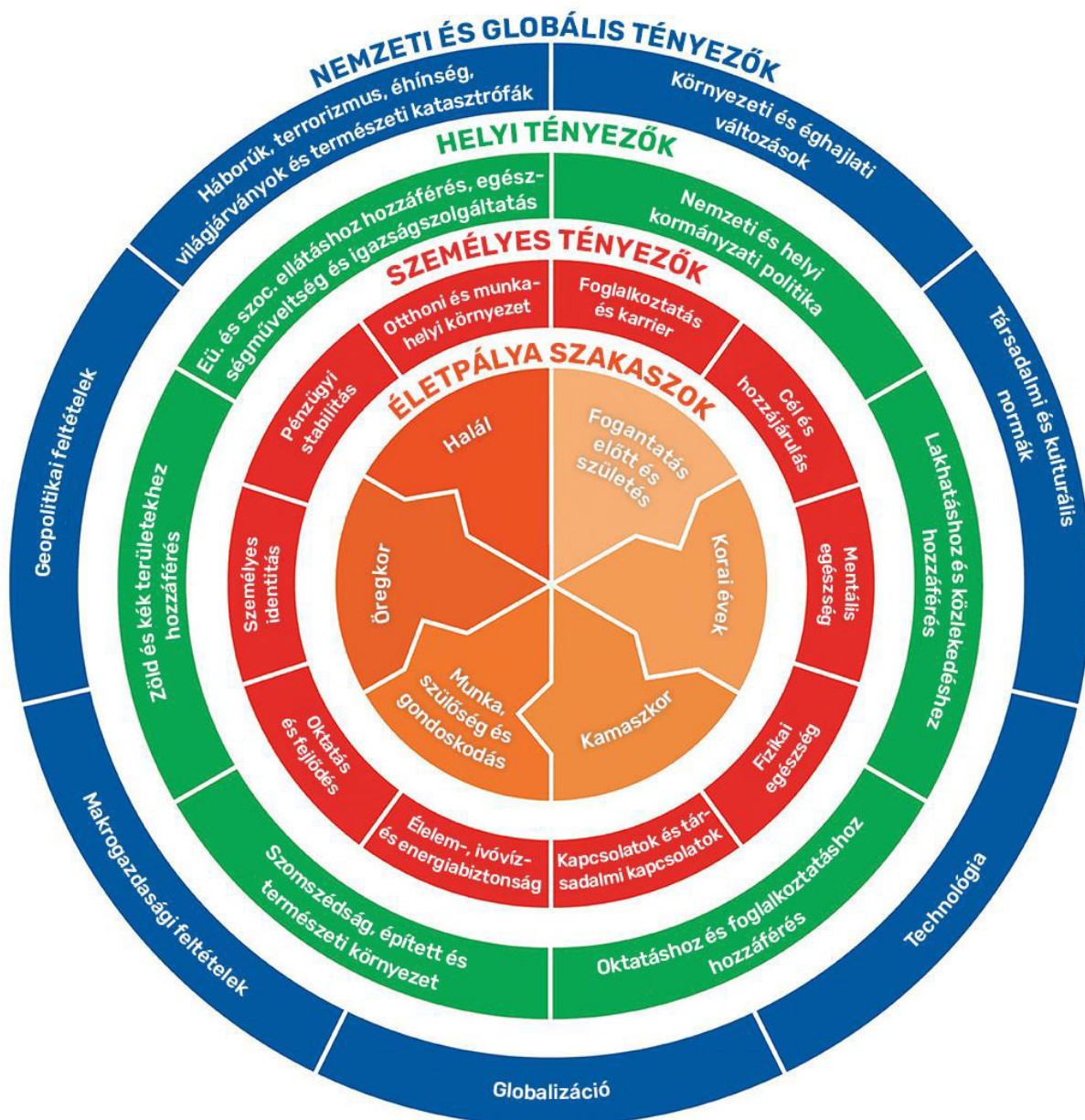
Az elmúlt húsz évet felölelő áttekintő módszertant alkalmazva a szerző felmérte az alapvető szükségletek modelljeit, amelyekben mindannyian osztozunk az életpályánk során, és hogy ezek milyen módon alkotják egészségünk, jóllétünk és jövőbeli jóllétünk szélesebb körű meghatározó tényezőit. Az áttekintés alapján az 1. ábrán bemutatott új infografika készült el.

## EREDMÉNYEK

A jólét és jóllétjövő kereke című infografika az élet kereke koncepcióját tükrözi, az élet ciklikus ábrázolását, amely a tibeti buddhista templomok és kolostorok falain található. Ennek felel meg a halál bevonása is, amely gyakran kerülendő téma az életpálya szakaszainak tárgyalásakor.

Az infografika középpontjában az életpályán keresztül történő mozgást mutatja be, a koncentrikus gyűrűk pedig azokat a személyes, helyi, nemzeti és globális tényezőket foglalják össze, amelyek az életpálya során hatással vannak az egyének jóllétére és jóllétjövőjére.

1. ábra: A jólét és a jóllétjövő kereke (Forrás: Tudor, 2022)



Az első koncentrikus gyűrű piros színű, és olyan személyes tényezőket tükröz, amelyek meghatározzák a jóllétet és a jóllétjövőt vagy az életút során hatással vannak rájuk.

Ezek a foglalkoztatás és karrier; cél és hozzájárulás; mentális egészség; fizikai egészség; kapcsolatok és társadalmi kapcsolatok; kikapcsolódás és szórakozás; oktatás és fejlődés; személyes identitás; pénzügyi stabilitás, valamint otthoni és munkahelyi környezet.

A második koncentrikus gyűrű zöld színű, és olyan helyi tényezőket tükröz, amelyek meghatározzák vagy befolyásolják a jóllétet és a jóllétjövőt az életút során.

Ezek a nemzeti és helyi kormányzati politika; a lakhatáshoz és a közlekedéshez való hozzáférés; az oktatáshoz és a foglalkoztatáshoz való hozzáférés; a szomszédság, az épített és a természeti környezet; a zöld (növényzet) és kék (vízfelület) területekhez való hozzáférés; az egészségügyi és szociális ellátáshoz való hozzáférés, az egészségműveltség és az igazságszolgáltatás.

A harmadik koncentrikus gyűrű kék színű, és olyan nemzeti és globális tényezőket tükröz, amelyek meghatározzák vagy befolyásolják a jóllétet és a jóllétjövőt az életút során. Ezek a környezeti és éghajlatváltozások; társadalmi és kulturális normák; technológia; globalizáció; makrogazdasági feltételek; geopolitikai feltételek, valamint háborúk, terrorizmus, éhínség, világjárványok és természeti katasztrófák.

### PÉLDA A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI MEGELŐZÉS ÉLETÚTSZAKASZOKON ALAPULÓ MEGKÖZELÍTÉSÉRE

Az 1. táblázat mutatja, hogy a demencia előfordulásának hány százalékát lehetne csökkenteni a kimutatott 12 kockázati tényezőnek az életút során történő kiküszöbölésével. Figyelemre méltó, hogy a két legnagyobb hatású tényező az alacsonyabb iskolai végzettség és a halláskárosodás, amelyek évtizedekkel, illetve hosszú évekre előre befolyásolják a kockázatot.

**1. táblázat:** A demencia módosítható kockázati tényezői életszakaszonként. (Forrás: Tudor, 2022, Livingston és munkatársai, 2020 alapján)

| Életszakasz                             | Kockázati tényező            | A kockázati tényező megszüntetése esetén a demencia előfordulásának csökkentése százalékpontban (%) |
|-----------------------------------------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Korai                                   | Kevesebb oktatás             | 7                                                                                                   |
| Életközép                               | Halláskárosodás              | 8                                                                                                   |
|                                         | Traumás agysérülés           | 3                                                                                                   |
|                                         | Magasvérnyomás-betegség      | 2                                                                                                   |
|                                         | Rendszeres alkoholfogyasztás | 1                                                                                                   |
|                                         | Elhízás                      | 1                                                                                                   |
|                                         | Dohányzás                    | 5                                                                                                   |
| Késői                                   | Depresszió                   | 4                                                                                                   |
|                                         | Társadalmi elszigeteltség    | 4                                                                                                   |
|                                         | Fizikai inaktivitás          | 2                                                                                                   |
|                                         | Légszennyezés                | 2                                                                                                   |
|                                         | Cukorbetegség                | 1                                                                                                   |
| Összes befolyásolható kockázati tényező |                              | 40                                                                                                  |
| Ismeretlen kockázati tényezők           |                              | 60                                                                                                  |

## MEGBESZÉLÉS

A jóllétjövő fogalma ugyan nem új, azonban a népegészségügy és az egészség-gazdaságtan még alig használja.

A vizsgálati szempontrendszerbe egy új dimenziót hoz be az idővel, így az életpályán keresztül történő áramlás és fejlődés fogalmát testesíti meg. Egyértelmű, hogy az életpálya nem mindig pozitív és az egyén jólléte ingadozhat, azonban ez a megközelítés nagymértékben támogatja a népegészségügyi politika tervezését és fejlesztését, valamint az ilyen politikák gazdasági értékelésének módját azáltal, hogy statikus helyett dinamikus szempontrendszert biztosít. A dimenzióbővítés korábbi példáit figyelembe véve joggal bízhatunk abban, hogy az időhorizontunk kitérítése megváltoztatja az időbeli preferenciáinkat is az egészségügyi és társadalmi problémák kezelésében.

Az egészségügy elmúlt néhány évtizedében több olyan lényegi változás történt, amelyet egy új, korábban alig értékelt dimenzió figyelembe vétele alapozott meg. Ilyen volt a beavatkozások helyett a folyamatokban és értékláncban való gondolkodás, amely az erőforrások tervezésében és menedzselésében is új megoldásokat eredményezett. Emellett az egymásba fonódó és együttműködő rendszerek egységes szemléletű elemzése mutatott rá, hogy az egészséget legjobban befolyásoló tényezőcsoport a társadalmi és fizikai környezet, amelyet az egyéni viselkedés követ, míg az egészségügy az életút során mintegy 10%-ban járul hozzá az egészséghoz (Kaplan és Milstein, 2019). A bemutatott új jóllét és jóllétjövő kerék infografika nem tartalmazza az oksági irányokat és a visszacsatolási hurkokat, miközben elismeri, hogy ezek összetettek és sokrétűek. Azt sem akarja érzékeltetni, hogy az életút egyes szakaszai néha átfedésben vannak egymással, és azt sem, hogy egyénenként nagyon eltérők.

Ehelyett inkább az élet során történő áramlás, növekedés és jólét koncepcióját követi, amely jó alapot ad ahhoz, hogy miként közelítsük meg a népegészségügyi beavatkozások tervezését, hogyan értékeljük azok hatékonyságát és költséghatékonyságát, valamint hogyan határozzuk meg a közkiadások átfogó prioritásait.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A politika és a helyi tervezés viszonylag rövid időhorizontja miatt a népegészségügy területén dolgozó egészségügyi közgazdászoknak döntő szerepük van abban, hogy bizonyítékot szolgáltatassanak mind a rövid, mind a hosszabb távú költségekről és eredményekről. Kiemelt figyelmet érdemes szentelni az eltérő időhorizontok használatára a jóllétjövőt elősegítő beavatkozások értékelésében. Így az ágazatközi transzferek vizsgálatára, amikor egyes ágazatok fizetnek a jóllét kialakításáért, míg mások az egész életpálya során élvezik a pénzügyi előnyöket, valamint hogyan lehet az erőforrásokat a társadalom jóllétét és jóllétjövőjét elősegítő hatékony és költséghatékony beavatkozások ösztönzésére felhasználni.

A jóllét és a jóllétjövő életpálya-szemlélete az egészséggazdaságtani kutatásokban rutinszerűen alkalmazva idővel elvezethet oda, hogy a politika hangsúlya a gyakorlatban is a megelőzés iránti elkötelezettség irányába tolódjon el.

## AJÁNLÁS

Az egészségügy és a népegészségügy egyik legnehezebb feladata évtizedek óta mindenütt a világon, hogy a jobb és szélesebb körű egészséghez vezető és egyben fenntartható működést biztosító lépésekhez milyen módon teremtsen meg a szükséges forrásokat, milyen eszközökkel

mutassa ki a javasolt változtatások közép- és hosszútávú hasznát. Az egészségérték-teremtést lehetővé tevő modellek, ismeretek és kísérleti programok évtizedekkel járnak a széles körű gyakorlatba átültetett megoldások előtt, és mindenütt rendszerszintű hiányosságokkal kell megküzdenie minden szereplőnek, orvosnak, ápolónak, menedzsernek, betegnek és hozzátartozónak egyaránt.

A jólétjövő bemutatott módon történő kiemelt figyelembe vétele lehetőséget teremt az elemzők és tervezők számára, bármilyen szakmát és szakterületet képviseljenek, hogy a különböző időtávon elérhető egészségértéket és összes megteremthető hasznosságot jelenértéken mutassa be, ami által közelebb lehet hozni a döntéshozókhoz a nehezen belátható jövőbeli nyereséget. Ugyan a megbízható és hatásos elemzések és bemutatók kidolgozása még sok kísérletet és megfontolást igényel konkrét feladatok esetében, mindazok számára, akiknek két bekezdésben kell kimutatnia egy öt-tíz év alatt eredményre vezető program hasznosságát, ez az új szempontrendszer komoly segítséget fog nyújtani.

seljenek, hogy a különböző időtávon elérhető egészségértéket és összes megteremthető hasznosságot jelenértéken mutassa be, ami által közelebb lehet hozni a döntéshozókhoz a nehezen belátható jövőbeli nyereséget. Ugyan a megbízható és hatásos elemzések és bemutatók kidolgozása még sok kísérletet és megfontolást igényel konkrét feladatok esetében, mindazok számára, akiknek két bekezdésben kell kimutatnia egy öt-tíz év alatt eredményre vezető program hasznosságát, ez az új szempontrendszer komoly segítséget fog nyújtani.

## HIVATOZÁSOK

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimäki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A. ... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet* (London, England), 396(10248), 413–446.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)

Kaplan, R. M., & Milstein, A. (2019). Contributions of Health Care to Longevity: A Review of 4 Estimation Methods. *Annals of family medicine*, 17(3), 267–272. <https://doi.org/10.1370/afm.2362>

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

### Lantos Zoltán

Egészségtámogatási Módszertani Tanszék, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest  
[lantos.zoltan@semmelweis.hu](mailto:lantos.zoltan@semmelweis.hu)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 07. 01.

Elfogadva: 2023. 08. 09.

Megjelentetve: 2023. 09. 10.

Copyright © 2023 Lantos Zoltán. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

## RECENZIOK

# Cikkismertetés: Mi a népegészségügy? – a szakirodalom alapján

*Article review: What is public health? – based on the literature*

**Ismertető:** [Vitrai József](#)

**Doi:** [10.58701/mej.12032](https://doi.org/10.58701/mej.12032)

**Ismertetett cikk:** Azari, R., & Borisch, B. (2023). What is public health? a scoping review. Archives of public health = Archives belges de sante publique, 81(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01091-6>

**Kulcsszavak:** népegészségügy; áttekintés

**Keywords:** public health; review

## HÁTTÉR

Az elmúlt száz évben már több jelentős népegészségügyi probléma sújtotta az emberiséget. A népegészségügy leggyakrabban idézett meghatározásai régóta fennálló definíciókból származnak, ami számos aggályt vet fel, többek között azt, hogy ezek a meghatározások képesek-e megfelelni a mai népegészségügyi kihívásoknak. Jelen tanulmány célja az volt, hogy elsősorban a rendelkezésre álló népegészségügyi definíciókat azonosítsa és áttekintse.

## MÓDSZEREK

Ebben a témakör-áttekintésben a szerzők (scoping review) négy adatbázisban (PubMed, Web of Science, Embase és EBSCOhost) végeztek elektronikus keresést a kezdetektől 2022. június 06-ig, valamint „szürke” irodalmi keresést a Google Scholar-ban. Ezenkívül a témakör-áttekintésbe bevont publikációk hivatkozási

listáit átnézték további releváns publikációk után kutatva. Minden olyan angol nyelvű tudományos publikációt bevontak, amely a népegészségügy meghatározására összpontosított, és a korábbiaktól eltérő definíciót adott. A publikációk évét, típusát, szakterületét, a publikációk célkitűzéseit és a népegészségügyi definíciókat gyűjtötték.

## EREDMÉNYEK

Az átfogó keresés során 5 651 publikációt azonosítottak, amelyek közül ötöt vizsgáltak át teljes szövegű átnézéssel és ebből két publikációt találtak a feldolgozásra alkalmasnak. A kézi szűrés során további kilenc publikációt azonosítottak. Összesen 11 publikációt vontak be a témakör-áttekintésbe. A bevont közlemények 11 meghatározása közül a legfrissebb, eredeti meghatározások körülből két évtizednél régebbiek. [1. táblázat]

**1. táblázat:** A témakör-áttekintésbe bevont 11 tanulmány jellemzői a kezdetektől 2022. június 06-ig (Forrás: ismertett cikk; irodalmi hivatkozások az ismertett cikkben)

| Sor-szám | Szerzők, év                          | Régió         | Közlemény típusa  | Közlemény szakterülete      | Közlemény célja                                                                                                                                                                 | Meghatározás                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------|--------------------------------------|---------------|-------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1        | Winslow, 1920                        | Észak-Amerika | eredeti közlemény | egészségügy, népegészségügy | A modern népegészségügy hatókörének és tendenciáinak megfogalmazása                                                                                                             | „A népegészségügy a betegségek megelőzésének tudománya, az élet meghosszabbítása, a fizikai egészség és a teljesítőképesség előmozdítása a környezet higiénijára irányuló, szervezett közösségi erőfeszítésekkel, a közösségi fertőzések ellenőrzésével, az egyénnek a személyes higiénia elveire való nevelésével, a betegségek korai diagnosztizálására és megelőző kezelésére szolgáló orvosi és ápolási szolgálat megszervezésével, valamint olyan szociális mechanizmusok fejlesztésével, amelyek a közösség minden egyes tagja számára az egészség megőrzéséhez megfelelő életszínvonalat biztosítanak.” |
| 2        | Acheson, 1988                        | Európa        | könyv             | egészségügy, népegészségügy | A népegészségügy jövőbeni fejlődésének áttekintése                                                                                                                              | „A társadalom szervezett erőfeszítései révén a betegségek megelőzésének, az élet meghosszabbításának és az egészség előmozdításának tudománya.”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 3        | Institute of Medicine, 1988          | Észak-Amerika | könyv             | egészségügy, népegészségügy | Az Egyesült Államok népegészségügyi helyzetének elemzése és egy olyan cselekvési terv bemutatása, amely szilárd alapot biztosít egy erős, országos népegészségügyi kapacitáshoz | „A népegészségügy az, amit mi mint társadalom, közösen teszünk annak érdekében, hogy biztosítsuk azokat a feltételeket, amelyek között az emberek egészségesek lehetnek.”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 4        | WHO, 1998                            | Európa        | jelentés          | egészségügy, népegészségügy | A globális egészségügyi helyzet szakértői értékelése és az egészségügyi tendenciák előrejelzése a 2025-ös évre                                                                  | „A tudománynak a politika kontextusában való alkalmazása az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentése céljából, miközben a lehető legtöbb ember számára biztosítjuk a legjobb egészséget.”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 5        | WHO Regional Office for Europe, 1999 | Európa        | könyv             | egészségügy, népegészségügy | A WHO Európai Régiója számára új „Egészséget mindenkinek” politikai keretrendszer biztosítása                                                                                   | „A betegségek megelőzésének, az élet meghosszabbításának, valamint a mentális és fizikai egészség és hatékonyság előmozdításának tudománya szervezett közösségi erőfeszítések alkalmazásával. A népegészségügy olyan struktúráknak és folyamatoknak tekinthető, amely a társadalom szervezett erőfeszítései révén segíti a népesség egészségét megérteni, megóvni és előmozdítani.”                                                                                                                                                                                                                            |
| 6        | Forsetlund & Bjørndal, 2001          | Európa        | eredeti közlemény | népegészségügy              | Annak vizsgálata, hogy „van-e lehetőség a népegészségügyi gyakorlatban a kutatáson alapuló információk nagyobb mértékű, helyi környezetben történő felhasználására”             | „Általánosságban a népegészségügy gyakorlata úgy határozható meg, mint az orvosi tudás oly módon történő megszervezése és elemzése, hogy azt a társadalom felhasználhassa az egészséggel kapcsolatos kérdésekben való döntéshozatal során.”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Sor-szám | Szerzők, év                            | Régió         | Közlemény típusa  | Közlemény szakterülete                           | Közlemény célja                                                                                                                                                                                                                               | Meghatározás                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|----------|----------------------------------------|---------------|-------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 7        | Gostin, 2001                           | Észak-Amerika | eredeti közlemény | népegészségügy, orvoslás, jog, etika, emberi jog | A népegészségügy, az etika és az emberi jogok kapcsolódó területeinek jobb megértése                                                                                                                                                          | „A társadalom kötelessége, hogy biztosítsa az emberek egészségének feltételeit.”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 8        | Childress et al., 2002                 | Észak-Amerika | eredeti közlemény | népegészségügy, orvoslás, jog, etika             | Felvázolni a népegészségügyi etika terepének fogalmi térképét                                                                                                                                                                                 | „A népegészségügy elsősorban a teljes lakosság és nem pedig az egyének egészségével foglalkozik. Jellemzői közé tartozik az egészség előmozdításának, valamint a betegségek és korlátozottság megelőzésének hangsúlyozása; az epidemiológiai adatok gyűjtése és felhasználása, az egészségmonitorozás és az empirikus mennyiségi értékelés különböző formái; az egészségmeghatározó tényezők többdimenziós jellegének felismerése, és a hatékony beavatkozások kidolgozása a sok tényező – biológiai, viselkedési, társadalmi és környezeti – összetett kölcsönhatásaira való összpontosítás.” |
| 9        | Pan American Health Organization, 2002 | egész Amerika | könyv             | egészségügy, népegészségügy                      | A népegészségügy felfogásának és gyakorlásának kontextusára (egész Amerikára) való reflektálás, és annak meghatározása, hogy a népesség egészségének előmozdításához és megőrzéséhez nélkülözhetetlen funkciók milyen mértékben érvényesülnek | „A népegészségügy a társadalom szervezett erőfeszítése, elsősorban a közintézményeken keresztül, kollektív cselekvés révén a népesség egészségének javítása, előmozdítása, védelme és helyreállítása érdekében.”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 10       | Rothstein, 2002                        | Észak-Amerika | eredeti közlemény | jog, orvoslás, bioetika                          | A népegészségügy egyértelmű és szűk körű meghatározása                                                                                                                                                                                        | „A 'népegészségügy' kifejezés jogi szakkifejezés, és konkrétan körülhatárolt hatáskörökre, feladatokra, jogokra és felelőségekre utal. A népegészségügy továbbá, a jogi használaton túl konkrét intézményekre és személyekre vonatkozik, például a népegészségügyi osztályokra és a népegészségügyi tisztviselőkre.”                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 11       | Heller et al., 2003                    | Európa        | eredeti közlemény | egészségügy, népegészségügy                      | A népegészségügy új és széles körű meghatározása, amely elismeri a nyilvánosság központi szerepét, és megfelel a szakembereknek, valamint a nyilvánosnak is, amelynek elszámolási kötelezettséggel tartoznak                                  | „A népességtudományok révén nyert elmélet, tapasztalat és bizonyítékok felhasználása a népesség egészségének javítása érdekében, a közösség (a lakosság) implicit és explicit szükségleteinek legjobban megfelelő módon.”                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

## KÖVETKEZTETÉSEK

A népegészségügy aktualizált definíciói feltűnően hiányoznak. Figyelembe véve az eredményeket és a népegészségügyi kérdések folyamatosan változó jellegét, sürgősen szükség van a népegészségügyi definíciók újraértékelésére és aktualizálására.

## AJÁNLÁS

Érdemes felhívni a figyelmet, hogy az Egészségügyi Világszervezet által 2021-ben kiadott Egészségfejlesztési szótár meghatározása némileg eltér a tanulmányban ismertetettől:

„A társadalom szervezett tevékenysége az egyének, meghatározott csoportok vagy az egész lakosság egészségének fejlesztésére, védelmére, javítására és – szükség esetén – helyreállítására. Tudományok, készségek és értékek kombinációja, amely kollektív társadalmi tevékenységeken keresztül működik, és olyan programokat, szolgáltatásokat és intézményeket foglal magában, amelyek célja az emberek egészségének védelme és javítása.” (magyarul: Vitrai & Gutási, 2022)

Az ismertetett cikk szerzőinek ugyancsak elkerülte a figyelmét az a 2020-ban megjelent közlemény, amely a népegészségügy meghatározását szintetizálta az akkor elérhető szakirodalom alapján:

„A népegészségügy olyan objektív ered-

ményeken alapuló, a lakosság szükségleteire és helyzetére reagáló tudomány, amelynek célja a közösség egészségi szükségleteinek kielégítése. A népegészségügy különféle szervezett tevékenységek együttese, melynek célja az életminőség javítása, és az egészség-egyenlőtlenségek csökkentése az emberek boldogulása érdekében.” (magyarul: Vitrai, 2020)

Ez a cikk a népegészségügyi rendszerre külön meghatározást is adott: „A népegészségügyi rendszer a kormányzati, magán- és közszereplőknek a népegészségügy küldetését és alapvető feladatai teljesítését szolgáló szervezeteinek, erőforrásainak együttese. A népegészségügyi rendszer a közösség népegészségügyet támogató, az egészséget befolyásoló erőforrásainak, infrastruktúráinak és szakpolitikáinak együttese.”

A népegészségügy korszerű meghatározásának hiánya Magyarországon is korlátozza a népegészségügyi feladatok teljesítéséhez szükséges elméleti ismeretek oktatását és a sikeres gyakorlatok széles körben történő elterjedését.

A hazai népegészségügyi rendszer eredményességét nagymértékben javítaná a szakterület legújabb elméleti kérdéseivel kapcsolatos, a szakmai fórumokon folyó kiterjedt diskurzus és annak nyomán kialakuló konszenzus.

## HIVATKOZÁSOK

Azari, R., & Borisch, B. (2023). What is public health? a scoping review. Archives of public health = Archives belges de sante publique, 81(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01091-6>

Vitrai, J., & Borenszki-Gutási, É. (2022). Szakdokumentum: Válogatás az Egészségügyi Világszervezet 2021-es Egészségfejlesztési szótárából (fordítás). Egészségfejlesztés, 63(2), 26-44. <https://doi.org/10.24365/ef.v63i2.8321>

Vitrai, J. (2020). Cikkismertetés: Mi a népegészségügy és a népegészségügyi rendszer meghatározása? Egészségfejlesztés, 61(4), 54-57. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v61i4.610>

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

### **Vitrai József**

Széchenyi István Egyetem, Egészség- és Sporttudományi Kar, Preventív Egészségtudományi Tanszék, Győr  
[vitrai.jozsef@gmail.com](mailto:vitrai.jozsef@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 07. 02.

Elfogadva: 2023. 08. 01.

Megjelentetve: 2023. 09. 10.

Copyright © 2023 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licensszerződés alapján.

RECENZIOK

## Cikkismertetés: Mi nem népegészségügy? (Fordítás<sup>1</sup>)

*Article review: What isn't public health? (Translation)*

**Ismertető:** [Vitrai József](#)

**Doi:** [10.58701/mej.11846](https://doi.org/10.58701/mej.11846)

**Ismertetett cikk:** Brookfield, S. (2023) What isn't public health?. *J Public Health Pol.* 44, 264–275.  
<https://doi.org/10.1057/s41271-023-00404-x>

**Kulcsszavak:** értékek; cselekvőképesség; politika; népegészségügy

**Keywords:** values; agency; politics; public health

### Key messages

Kritikával kell illetni azt, hogy a népegészségügyet értéksemlegesnek állítják be, mert emiatt egyrészt különböző politikai célokra használják fel, másrészt a komplex problémákra gyakorolt hatását korlátozzák.

A népegészségügyi megközelítés magában hordoz bizonyos elméleti és politikai elköteleződéseket, beleértve az egyéni cselekvőképesség perspektíváját, az etika vonatkozó formáját, valamint az olyan értékeket, mint a szolidaritás és az együttérzés.

A népegészségügyet nem egyfajta különálló tudományterületnek kellene tekinteni, hanem inkább egy olyan sajátos gondolkodásmódként kellene értelmezni és hivatkozni, mely világos értékrenddel rendelkezik.

### ÖSSZEFOGLALÁS

Az egészség és a betegség társadalmi okainak felismerése miatt a népegészségügyhöz gyakran társul az együttérzés, a szolidaritás érzése, valamint az egyéni cselekvőképesség szociális meghatározottságának felismerése. Ahelyett, hogy ennek a felismerésnek a következetes alkalmazását támogatnák, a népegészségügyre mostanában inkább retorikai szándékból hivatkoznak, és arra használják, hogy a problémákat a neoliberais tudományos racionalizmus egyszerű kérdéseiként fogalmazzák meg. A népegészségügyi szakembereknek számolniuk kell azzal, hogy a szakterülettel különböző politikai célok érdekében vissza lehet élni a nyilvánosság előtt. Ha a népegészségügyre mindig, mint értéksemleges és független tudományos megközelítésre tekintenek a komplex témák – a kábító-szer-használatról a világjárványokig – kezelésében, akkor nemcsak hogy nem

<sup>1</sup> Az eredeti szöveg helyenként rövidítve, szakirodalmi hivatkozások nélkül; azok az eredeti közleményben elérhetők

tudnak válaszolni a kritikusaik érveire, de még inkább elválasztják azt, amit egykor népegészségügyi mozgalomnak neveztek, azoktól az erős és haladó politikai és elméleti alapoktól, amelyek mellett ma is ki kellene állnia. A szakembereknek továbbra is bízniuk kell abban, hogy a semlegesség „homlokzatának” feladása nem fog ártani a népegészségügynek, hanem lehetővé teszi, hogy az újra komoly tudományos, politikai és erkölcsi erőként nyerje vissza rangját.

## BEVEZETÉS

A COVID-19 világjárvány idején a népegészségügyre sokan a válságot övező megosztottság, zűrzavar és általános küzdelem ellenszereként tekintettek. A „tudomány követésére” való felszólításnak azonban nehéz hitelt szerezni vagy vele kapcsolatban konszenzusra jutni egy olyan dinamikus változó környezetben, ahol a világjárványra való reagálás politikai, etikai és kulturális aspektusait gyakran alábecsülték és nem foglalkoztak velük.

Az az érvelés, hogy pusztán a „tudomány követése” kiutat jelenthet egy világjárvány kezelése okozta kihívás során a naturalista tévedés iskolapéldája. A kockázatok, költségek és hasznok értékelésében ugyanis semmi nincs, ami segítene a szakpolitikusoknak eldönteni, hogy mit kellene tenni, ha nem helyezzük azokat konkrét értékrendi és szakpolitikai keretbe. Ha a népegészségügyet csak az olyan komplex problémák kezelésének egyszerű és független tudományos megközelítéseként alkalmazzuk, mint a kábítószer-használat vagy a világjárványok, akkor nem csak a kritikusait nem tudja meggyőzni, hanem az egykor népegészségügyi 'mozgalomnak' nevezett törekvés is elszakad azoktól az erős és haladó politikai és elméleti álláspontoktól, amelyeken alapult.

## A NÉPEGÉSZSÉGÜGY FOGALMÁNAK MEGHATÁROZÁSA

A népegészségügy fogalmának meghatározása egyre inkább elodázhatatlan. A modernebb definíciók elkerülik a konkrét cselekvési irányok iránti elkötelezettséget, és lehetővé teszik a népegészségügy címke alkalmazását politikailag vagy értékrendileg egymástól igen eltérő projektekre.

A népegészségügy alapja azonban eredetileg sokkal előiróbb jellegű volt. A népegészségügy úttörőjének, Winslownak az 1920-ban közreadott megfogalmazása, amelyből a WHO definíciója is egyértelműen származik, jól illusztrálja ezt:

„A népegészségügy a betegségek megelőzésének tudománya, az élet meghosszabbítása, valamint a fizikai egészség és hatékonyság előmozdítása a környezet-higiénére, a közösségi fertőzések ellenőrzésére, az egyéni személyi higiéné elveire való nevelésre, a betegségek korai diagnosztizálására és megelőző kezelésére irányuló orvosi és ápolási szolgálat megszervezésére, valamint olyan társadalmi mechanizmusok fejlesztésére irányuló szervezett közösségi törekvések, amelyek a közösség minden egyes tagja számára az egészség megőrzéséhez megfelelő életszínvonalat biztosítanak.”

Ez a meghatározás cselekvési programot, konkrét beavatkozások sorát tartalmazza, melyek az eredeti, tágabb értelemben vett szándékból következnek, vagyis az élet meghosszabbításából és az egészség közös erőfeszítéssel történő előmozdításából. A népegészségügy itt a "társadalmi gépezet" működtetésében vesz részt az egészségügyenlőség humanista céljainak elérése érdekében, amely kifejezés ma meglehetősen éles és politizált reakciókat válthat ki.

A népegészségügyi megközelítés a XIX. század közepén az orvostudomány és a járványtan fejlődése nyomán alakult ki, amely olyan fogalmakra világított rá, mint a fertőzés, a foglalkozási ártalmak és a higiénia alapvető fontossága. Támogatói ezeket a felismeréseket arra használták fel, hogy érveljenek a szegények élet- és munkakörülményeinek javítása, valamint az olyan intézmények, mint például a pszichiátriai intézetek humánusabb működtetése mellett. Ez a megközelítés a népegészségügyet a haladás, az együttérzés és a szolidaritás gazdasági és kulturális eszméihez kötötte az exponenciális iparosodás és a meredeken növekvő egyenlőtlenségek közepette.

A korai társadalomorvoslás-filozófusok, mint például Virchow, közvetlen kapcsolatot mutattak ki az emberek egészségi állapota és a gazdasági körülmények, valamint a strukturális és politikai megoldások szükségessége között. Ezek a széles látókörű gondolkodók a népegészségügyet arra az elképzelésre alapozták, hogy az egészség és a betegség a társadalmi problémák eredményeként oszlik meg a társadalomban, az osztályhátrányok, a hierarchikus hatalom pusztításai és az ipari forradalom által előidézett embertelen környezet következményeként. Ez a kidolgozottabb program ellentétben áll azzal a minimum követelménnyel, hogy az egészséget a "társadalom szervezett erőfeszítései" révén lehet előmozdítani, ami vitathatatlanul magában foglalhatja az orvosi biológiai kutatás és az egyénre szabott klinikai ellátás egyre inkább neoliberais projektjeit.

A népegészségügy magában foglalja az egészség és az emberi viselkedés mozgatórugóinak megértési logikáját. A népegészségügyi megközelítés segíthet azonosítani a társadalmi problémák kiváltó okait, legyen szó akár egy fertőzés kitöréséről, mint a kolera, vagy egy kevésbé észrevehető „ellenségéről”, mint az intézményesített diszkrimináció. A népegészségügy bármilyen meghatározása ezért mindig egy már meglévő értékrendtől és

szakpolitikától függ, ami megszabja a szakembereknek, hogy milyen ismereteket keressenek, és milyen problémákkal foglalkozzanak. A népegészségügy nem azt fedezte fel, hogy a társadalmi problémák az egészségkárosodás okai; magukat a társadalom által okozott egészségügyi problémákat fedezte fel. Nyelvezetet adott nekünk annak leírására, hogy a fertőző betegségek, a függőség, az elhízás vagy az erőszak hogyan terjed időben és térben a különböző társadalmi berendezkedések következményeként.

## A NÉPEGÉSZSÉGÜGY ÉRTÉKEI

Mielőtt meghatározzuk, hogy milyen értékeknek kellene irányítaniuk a népegészségügyet egy adott színtéren, be kell ismernünk, hogy az értékek szerepe mindig alapvető. Nem létezik olyan értéksemleges, "a semmiből idepottyant nézet", amely alapján kutatást végzünk vagy az objektív tudományos eredményekre támaszkodva politikát alkotunk. Kifejezetten káros a népegészségügyi elemzések intellektuális hatékonyságára, befogadásának esélyeire nézve, ha azokat így tüntetik fel. Még ha törekszünk is az értéksemlegességre, ez csak annyit jelent, hogy az értéksemlegességet tartjuk értéknek.

A népegészségügyi megközelítés értékelkötelezettségének elrejtése eltakarja a szakemberek elől a kulturális és politikai szükségszerűségeket, amelyek továbbra is meghatározók abban, hogy a népegészségügy mire képes a tudás létrehozása és alkalmazása terén. Például a COVID-19 retorikája azt a téves benyomást keltette, hogy a lezárás célja a vészhelyzet megszüntetése volt. De tudnunk kell, hogy egyetlen ilyen intézkedés sem fogja megszüntetni a vészhelyzetet. Ez nem egy tudományos kérdés, még akkor sem, ha az eszme cserét (és a megvalósítást!) tudományos bizonyítékokkal is alá kell támasztani. Ez egy politikai kérdés, mert az értékekről szól. Ez egy olyan döntés, amelyet a politikai vezetőknek nem csak a szakértőkkel, hanem a szélesebb nyilvánossággal is konzultálva kell meghozniuk.

Ez az érvelés elismeri, hogy szükség van a politikára és az értékítéletekre a tudományos eredmények közvetítéséhez és alkalmazásához.

Az expanzív és politikailag elkötelezett népegészségügy nem veszélytelen. Egyesek szerint a népegészségügynek szűk hatáskört kell adni, hogy csökkentse a kormányzat túlkapásainak kockázatát. Szerintük az egészséget befolyásoló strukturális tényezőket, mint például a szegénységet, a népegészségügy hatáskörén kívül kell kezelni, kizárva ezzel az olyan értékeket, mint a méltányosság vagy az osztályszolidaritás. Ugyanakkor egy ilyen határ meghúzása lehetetlen feladatnak tűnik, amely önkényes megkülönböztetéseket eredményez, és amely nem von be minden tényezőt az elemzésbe. A népegészségügy hatáskörének előírása nem oldja meg azt a kérdést, hogyan lehet az egészséget teljes körűen elemezni a mélyreható strukturális tényezőkre való utalás nélkül.

Meggyőzően lehet érvelni amellett, hogy érdemes különbséget tenni a *nép* egészsége és az *egyéni* jólét között, melyek mindegyike rendelkezhet „társadalmi meghatározókkal”. Itt azonban ismét a népegészségügyi értékek és a szakterület definíciói közötti kapcsolathoz jutunk el. A nép egészsége és az egyéni jólét biztosításának társadalmi felelősségére vonatkozó értékrend nélkül nem működtethetünk népegészségügyet. Nem zárhatunk ki semmit a népegészségügyből sem anélkül, hogy értékítéletet hoznánk arról, hogy hol húzódik a határ a kettő között. Ebből a szempontból a népegészségügy nem feltétlenül egy szakterület, amelyből bizonyos dolgokat ki lehet zárni, hanem inkább egy világszemlélet.

## A NÉPEGÉSZSÉGÜGY ÉS AZ EGYÉNI CSELEKVŐKÉPESSÉG

A népegészségügyi megközelítés egyik gyakran burkolt következménye, hogy az egyéni cselekvőképesség korlátozása, részleges vagy akár teljes hiánya normális

állapot, mivel az egészség soha nem kizárólag az egyén szabad döntéseire vezethető vissza. Csak akkor van értelme a népegészségügy emberi viselkedésre alkalmazott nyelvezetének, ha elismerjük, hogy a strukturális és rendszerszintű tényezők befolyásolják az egyének cselekedeteit, emiatt az emberek magukról, mint autonóm szereplőkről való elképzelése megkérdőjelezhető. Ha elismerjük, hogy az egyéni autonómia legalábbis korlátozott, akkor létrejön egy olyan ideológiai tér, amelyben a népegészségügyi elemzés virágzásnak indulhat.

Az egyéni cselekvőképesség korlátozott vagy következmények nélküli értelmezése amiatt aggályos, hogy az elnyomás, a paternalizmus és az államhatalom igazolására szolgálhat. Figyelembe kell vennünk, hogy amikor valamit népegészségügyi kérdéssé nyilvánítunk, ezzel hallgatólagos engedélyt adunk a politikailag formált és állami alapú intézményeknek a beavatkozásra. A népegészségügyi nyelvezetet arra lehet használni, hogy kormányzati intézkedéseket idézzünk elő. Ehhez fontos látni kell vennünk azt is, hogy az állam potenciálisan a magánéletbe beavatkozó és etikailag összetett intézkedéseket hozhat. Ez különösen fontos napjainkban, amikor az egészségügy egyre inkább integrálódik az állami és önfelügyelet neoliberais rendszereibe, például a digitális viselkedéskövető alkalmazások használata révén. Az ellenőrizetlen népegészségügy potenciálisan szörnyű hatásai ellen való védekezés érdekében ezért, az olyan alapvető kérdésekre vonatkozó elméleteket, mint az egyéni cselekvőképesség, vagy, hogy mi közérdek, világossá és indokoltá kell tenni.

## MI NEM NÉPEGÉSZSÉGÜGY?

Ahelyett, hogy arról vitatkoznánk, hogy a fegyveres erőszak, a családon belüli erőszak, vagy a kábítószerhasználat népegészségügyi kérdésnek számít-e, tanulságosabb lenne megkérdezni, hogy mi nem népegészségügyi kérdés? Vannak-e olyan aspektusai az egészségnek, amelyek nem állnak rendelkezésre egy

módszeres, népességszintű elemzéshez? Én azt állítom, hogy nincsenek.

Mi a helyzet az olyan, feltételezhetően nagyon egyéni egészségkárosodások csökkentésével, mint például a szépsészeti célú plasztikai műtétek szövődményei? Népegészségügyi szempontból talán meg kellene vizsgálnunk azokat a tényezőket, amelyek a sebészekre és az érintett klinikák egyéb dolgozóira vonatkozó normákat és felügyeletet alakítják, valamint a különböző gazdasági ösztönzőket, amelyek meghatározzák ezt a keretet. Emellett felmérhetnénk azokat a társadalmi és kulturális tényezőket is, amelyek meghatározzák az ilyen műtétekben részesülő lakosságot, a műtét utáni ellátásnak való általános megfelelésüket, valamint egyéb különböző erősségeiket és gyengeségeiket. Szélesebb körű szabályozási kérdések is felmerülhetnek azzal kapcsolatban, hogy milyen etikai szempontok szerint reklámozzák ezeket a műtéteket, illetve hogy vonzerejüket az etnikai, osztálybeli és genderszempontok hogyan alakítják.

Esések az idősök otthonában, sportsérülések, áramütés a karácsonyi égősortól, biciklibalesetek: bármi lehet népegészségügyi kérdés, mert minden egészséggel kapcsolatos kérdés elkerülhetetlenül magában foglalja a strukturális és rendszerszintű problémák bizonyos összetevőit, amelyek hozzájárulnak az előfordulásukhoz. Ha egyszer tudomásul vesszük azokat a struktúrákat, amelyekben létezünk, és azokat a rendszereket, amelyekbe be vagyunk ágyazódva, akkor egyetlen egészségkimenetre vagy folyamatra sem tekinthetünk a definíció szerinti mindent átfogó társadalmi struktúrán vagy rendszeren kívül esőként.

Amikor egy társadalmi problémával foglalkozunk, nem az a kérdés, hogy valami a népegészségügy címkéje alá tartozik-e. Ehelyett azt kellene megkérdeznünk, hogy a kérdéssel foglalkozó szakember, csoport vagy intézmény által hozzárendelt értékrend támogatja-e a népegészségügy elemző megközelítésének alkalmazását.

Egy probléma akkor válik a közösség problémájává, ha egyetértünk abban, hogy az nem oldható meg úgy, hogy az egyének az ésszerűség alapján más és jobb döntéseket hoznak. Így az a kérdés, hogy valami népegészségügynek számít-e, gyakran arra a vitára vezethető vissza, hogy egy magatartás egyéni vagy állami felelősség kérdésének tekintendő-e. Vagyis bármit tekinthetünk egyéni vagy állami ügynek, attól függően, hogy milyen elemző megközelítést alkalmazunk.

Sokan úgy érzik, hogy a fegyveres erőszak megelőzhető azzal, hogy az emberek úgy döntenek, nem lesznek erőszakosak. Számukra ez néhány konkrét személy "mentális egészségének" kérdése, legyenek azok elszigetelt, ideológiai tömeggyilkosok vagy olyan szociokulturális környezetbe ágyazott bandatagok, ahol az erőszak a norma. Mások szerint a fegyveres erőszak a társadalmi széttagozottság, a megszorítások, a fegyverek elérhetősége, valamint a traumák generációk közötti ciklusainak következménye. Mindkettőnek "igaza" van, mert mindkettő ugyanarról a kérdésről beszél, belsőleg koherens módon, különböző elemzési keretekkel és az egyéni cselekvőképesség különböző elméleteivel. Sem a népegészségügy, sem a személyes felelősség hívei nem nyerhetik meg a vitát, ha az ilyen módon van felépítve. Az az érvelés például, miszerint a fegyveres erőszak népegészségügyi kérdés, mindig nehézségekbe fog ütközni, ha ezek a mögöttes elméleti feltevések nem kerülnek elismerésre. Az Egyesült Államok kormánya például évtizedeken át megtiltotta a népegészségügyi központnak (*Centers for Disease Control and Prevention, CDC*), hogy a fegyveres erőszakkal kapcsolatos kutatásokat végezzenek. Azért tették ezt, mert elsősorban a konzervatív politikusok és a fegyverjogok szószólói azzal érveltek, hogy ez elkerülhetetlenül a fegyverek ellenőrzésére vonatkozó politikai és jogalkotási ajánlásokhoz vezetne, amelyeknek a CDC hatáskörén kívül kellene esniük.

## KÖVETKEZTETÉSEK

Vajon a népegészségügyi szemléletet kellene-e alkalmaznunk az itt tárgyalt összetett kérdésekre? Igen. De ezt a munkát hátráltatja, ha az elemzést úgy állítjuk be, mintha az végre feltárta volna a probléma valódi természetét. Ehelyett el kell ismerünk, hogy a népegészségügyi elemzés egy opcionális elemző megközelítés, amelyet egy gazdagon kidolgozott értékstruktúrában kell alkalmazni. Ahelyett, hogy elismernék és integrálnák a népegészségügyi politikai és elméleti alapjait, a területet most gyakran retorikai húzásként hívják segítségül, amelyet arra használnak, hogy a problémákat a neoliberais tudományos racionalizmus egyszerű kérdéseiként konstruálják meg. A COVID-19-re adott, szilárd népegészségügyi logikán alapuló válaszok új lehetőségeket biztosítottak a magánélet invazív és néha tekintélyelvű felszámolásához, és súlyosbították a marginalizálódást. Ha a beavatkozások népegészségügyi nyelvezetbe burkolása segít abban, hogy azok alapértelmezés szerint racionálisnak és arányosnak tűnjenek, akkor a népegészségügyet éppúgy fel lehet használni az elkendőzésre, mint a megvilágításra. Minden lehet népegészségügyi, ahogyan minden lehet politikai.

A népegészségügy csak egy lényeges nézőpont ezekre a krónikus és kritikus problémákra.

A népegészségügy jelentős áttörést jelent az emberi jólét megértésében, de ez nem egy isteni látásmód, amely megmutatja a kiutat abból a zűrzavarból, amelyben az emberiség mindig is rejtezett. Nincs kiút a rendszerekből, amelyekbe be vagyunk ágyazódva, mert mi vagyunk a rendszer. A gyakorlati szakembereknek továbbra is bízniuk kell abban, hogy a semlegesség homlokzatának feladása nem fog ártani a népegészségügynek, ehelyett lehetővé teszi, hogy visszanyerje rangját, mint integrált tudományos, politikai és erkölcsi erő.

## AJÁNLÁS

A hazai népegészségügyi szakemberek számára tanulságos következtetés fogalmazható meg: eredményes munka nem képzelhető el a „közösség egészsége és az egyéni jólét biztosításának felelősségére vonatkozó értékrend” felvállalása nélkül. Ez a szakmai felelősség kell, hogy vezesse a népegészségügyi szakembereket munkájuk során, ez kell, hogy áthassa világnézetüket és megszabja azt, hogyan cselekedjenek a világban, az országban és a helyi közösségekben.

## HIVATKOZÁSOK

Brookfield, S. (2023) What isn't public health?. *J Public Health Pol.* 44, 264–275. <https://doi.org/10.1057/s41271-023-00404-x>

## 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 Preventív Egészségtudományi Tanszék, Győr  
[vitrai.jozsef@gmail.com](mailto:vitrai.jozsef@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 07. 14.  
Elfogadva: 2023. 07. 14.  
Megjelentetve: 2023. 09. 10.

Copyright © 2023 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáféré-  
sű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

## RECENZÍÓK

## Cikkismertetés: Emberek, profit és egészség – A Lancet cikksorozata a kereskedelmi egészség- determinánsokról

*Article review: People, profit, and health: The Lancet series about commercial determinants of health*

**Ismertető:** [Pénzes Melinda](#)

**Doi:** [10.58701/mej.12067](https://doi.org/10.58701/mej.12067)

**Ismertetett cikksorozat:** The Lancet Series: Commercial determinants of health. (2023)

<https://www.thelancet.com/series/commercial-determinants-health>

**Kulcsszavak:** egészségdetermináns; népegészségügy; kereskedelmi szereplők

**Keywords:** *determinants of health; public health; commercial actors*

### HÁTTÉR

A kereskedelmi szereplők – a kisvállalkozásoktól kezdődően a transznacionális vállalatokig – mind befolyásolják az emberek és a társadalom egészségét és jóllétét. Egyes kereskedelmi szereplők nélkülözhetetlen és jótékony hatású szolgáltatásokat és termékeket biztosítanak (pl. tápdús élelmiszerek, minőségi egészségügy, lakhatás), míg mások a megelőzhető halálozásokra, társadalmi méltányosságra és a környezetre kedvezőtlen hatásúak. Napjainkban már rendkívül erős bizonyítékok támasztják alá, hogy különösen a legnagyobb multinacionális, illetve transznacionális vállalatok egyre inkább kedvezőtlenül befolyásolják az emberek és a Föld egészségét, elsősorban a nem fertőző népbetegségek „járványai” és a klímakatasztrófa által. Minden évben, globálisan a megelőzhető halálozások legalább harmadáért mindössze négy iparág felelős: a dohány-, a feldolgozott élelmiszer-, a fosszilis tüzelőanyag-, és az alkoholipar.

Azonban nem csak a termékek, de a kereskedelmi, szolgáltatói gyakorlat is ártalmas

lehet az egészségre, valamint elmélyítheti az egyenlőtlenségeket országokon belül vagy között is (pl. gyógyszerekhez és vakcinákhoz való hozzáférés, a közösségi média hatása a mentális egészségre).

A kereskedelmi szereplők által okozott károk kezelése óriási kormányzati és közösségi költségfordítást igényel például az egészségügyben és a környezetvédelemben. Mindeközben a kereskedelmi szereplők – akik ezen költségfordításokhoz kevésbé járulnak hozzá – hatalmas többletnyereségre és hatalomra tesznek szert, amit gyakran arra használnak, hogy saját érdekeik szerint alakítsák a politikai és gazdasági rendszereket. Végső soron egy olyan szabályozási környezetet alakítanak ki maguk körül, ami kevésbé ösztönzi őket a társadalmi és környezeti egészség és jólét előmozdítására.

Bár egyre inkább nyilvánvaló válik minden ezen összefüggések jelentősége, mindezt idáig nem alkották meg a kereskedelmi egészségdeterminánsok pontos definícióját és jelentéstartalmát. A definíció és az

elméleti tisztázás nélkül pedig nem lehet megfelelő kutatásokat és a gyakorlatban szakpolitikai eljárásokat tervezni és megvalósítani.

Ebben az ismertetésben a Lancet Series cikksorozata kerül bemutatásra (Friel et al., 2023; Gilmore et al., 2023; Lacy-Nichols et al., 2023; VicHealth, 2023), amelyben

1. meghatározzák a kereskedelmi egészségdeterminánsok fogalmát,
2. bemutatják ennek a fogalomnak a konceptuális modelljét, valamint
3. a modellre épülve javaslatokat tesznek a jövőbeli megoldási lehetőségekre annak érdekében, hogy a döntéshozói és szabályozási szinteket támogassák hatékony ellenlépések és stratégiák kidolgozásában az emberek, a társadalmak és a környezet egészségének megóvása céljából.

## A KERESKEDELMI EGÉSZSÉG- DETERMINÁNSOK DEFINÍCIÓJA

Az eddigi egymástól eltérő definíciók helyett egy tágabb meghatározást ajánl a Lancet Series a kereskedelmi egészségdeterminánsok definíciójaként:

az egészséget meghatározó kereskedelmi tényezők olyan rendszerek, gyakorlatok és kapcsolatok, amelyek által a kereskedelmi szereplők hatással vannak az egészségre és a méltányosságra.

Ez a szándékosan tágra megfogalmazott definíció neutrális, tehát elismeri, hogy a kereskedelmi szereplők egyaránt pozitív és negatív hozzájárulást adhatnak az egészséghez. Az új definíció figyelembe veszi, hogy a kereskedelmi szereplők nagyon különbözőek és számos közülük létfontosságú szerepet töltenek be a társadalomban. A definíció fókuszában pedig az ember és a bolygó egészsége, valamint az egészségi méltányosság áll.

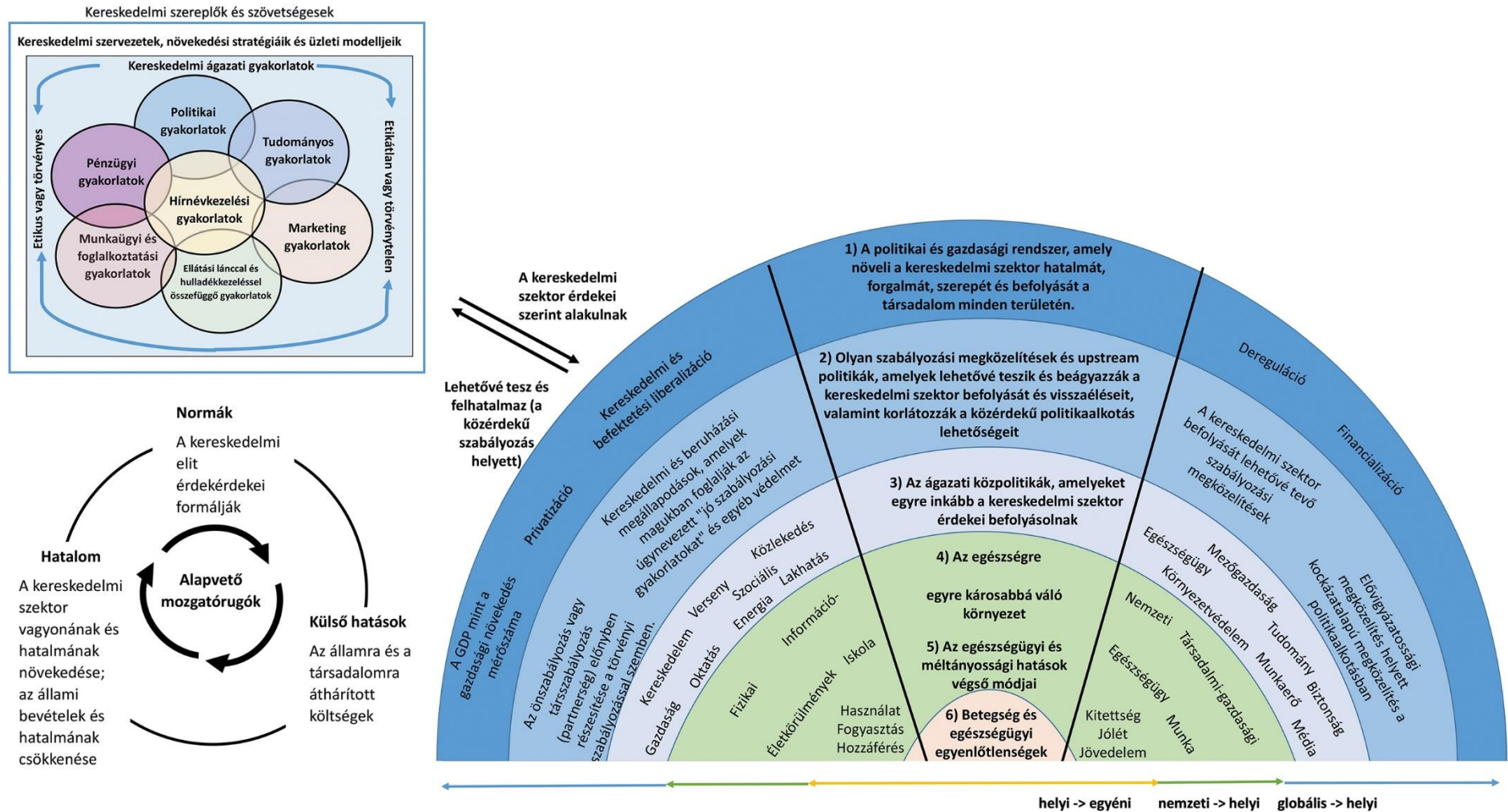
## A KERESKEDELMI EGÉSZSÉG- DETERMINÁNSOK MODELLJE

A definíciót magyarázó konceptuális modell két fő részből áll [1. ábra]. Egyrészt a kereskedelmi szereplők hét, egymással összefüggő és egymást kölcsönösen erősítő, kulcsfontosságú kereskedelmi tevékenységét mutatja be, valamint azt, hogy mindezek a tevékenységek hogyan változhatnak az etikus/legálisról az etikátlan/illegálisig. A modell másik része az egészséget és az egészségi méltányosságot befolyásoló tényezők hat szintjét foglalja össze a legfelsőbb szinten lévő (politikai és gazdasági rendszerek) tényezőktől kezdődően a legalsó szinten lévőkig (az egyének életkörülménye és vagyoni jóléte, valamint az egészségüket károsító vagy javító termékek és szolgáltatások használata/fogyasztása, illetve azokhoz való hozzáférésük).

A modellben feltüntetett nyilak megmutatják a különböző rendszerek szerepét a kereskedelmi egészségdeterminánsok vonatkozásában, illetve azt, hogy a kereskedelmi szereplők hogyan károsíthatják az ember és a bolygó egészségét. Egyrészt a kereskedelmi szereplők tevékenységeiket arra használhatják, hogy saját érdekeik szerint alakítsák az egészséget és a méltányosságot befolyásoló tényezőket. Például nyereségük maximalizálása érdekében befolyásolják a politikai és gazdasági környezetet, vagy a szabályozások megalkotását, miközben egészségi, társadalmi és környezeti károkat okoznak. Másrészt a kormányok, kormányközi szervezetek és rendelkezéseik képessé tehetik vagy akár felhatalmazhatják a kereskedelmi szereplőket a befolyásolásra, ahelyett, hogy közérdekből magasabb elvárásokat és standardokat követelnének meg tőlük.

Végső soron a kormányzat és a közösségek viselik az okozott károk költségét, így erőforrásaik és hatalmuk is csökken, a kereskedelmi szereplők pedig többletnyereséget szerezve tovább növelhetik vagyonukat és hatalmukat.

1. ábra: A kereskedelmi egészségdeterminánsok modellje (Gilmore et al., 2023)



## A kereskedelmi szereplők hét tevékenysége, példákkal

A modell szerint a kereskedelmi szereplők az alábbi hét tevékenységet alkalmazzák a politika, a rendszerek és a normák alakítása érdekében. Az egyes tevékenységekben közös, hogy külön-külön és együttesen is jelentősen befolyásolják az ember és a környezet egészségét.

**1. Politikai tevékenységek:** a kereskedelmi szereplők a kormányzat minden szintjén a számukra előnyös, saját érdekeiket szolgáló szabályozási környezetet próbálják kialakítani. Például a fejlődő országokban gyakori jelenség a dohányipar közvetlen lobbizása és így a hatalommal rendelkező kormányok támogatásának elnyerése; ugyanakkor a fejlett országokban – ahol a dohányzás már kevésbé elfogadott norma – a dohányipar hamis, harmadik félként szolgáló szervezeteken keresztül próbál saját érdekei szerint befolyásra szert tenni. Továbbá, a dohányipar rutinszerűen szokott az ellene felszólalókkal szemben megfélemlítést és jogi lépésekkel való fenyegetést is alkalmazni.

**2. Tudományos tevékenységek:** a tudományos folyamatok olyan irányú befolyásolása, amely során a kereskedelmi szereplők számára kedvező eredmények születnek. Például a tudományos felfedezések esetében a szellemi tulajdon ellenőrzésére irányuló erőfeszítések (pl. gyógyszerek, vakcinák magas árának fenntartása); a valós tudományos eredmények szándékos félreértelmezése vagy elhallgatása (pl. a rofecoxib népszerűsítése a kardiovaszkuláris toxicitásának eltitkolása mellett); vagy a kereskedelmi szereplők érdekeivel ellen-

tétes tudományos konszenzust aláásó kutatások finanszírozása (pl. a glifoszfáttal kapcsolatos tudományos közlemények szakbírálati folyamatának és a szerkesztőségi döntések befolyásolása).

**3. Marketing tevékenységek:** a termékek és szolgáltatások nagyobb eladása érdekében végzett befolyásolási technikák, beleértve a fizikai és információs környezet megváltoztatását. Például bizonyos földrajzi térségekben a fogyasztás ösztönzése az egészségtelen termékeket (pl. alkohol, cukrozott üdítőitalok) forgalmazó kereskedelmi egységek sűrűségének növelésével; vagy a dohányipar által a dohányzás normalizálása a fiatalok körében a „gyermekbarát” (vagy inkább „tinibarátság”) dohánytermékek népszerűsítésével; valamint az alkoholipar erőfeszítései az alkoholfogyasztás normalizálására és növelésére a nők körében az úgynevezett „pinkwashing”<sup>1</sup> módszerrel.

**4. Ellátási lánc és hulladékkezelési tevékenységek:** a transznacionális vállalatok a termékek és szolgáltatások előállítása, elosztása, kereskedelme és hulladékkezelési gyakorlata során gyakran kedvezőtlenül hatnak az emberek és a bolygó egészségére. Például a bányászati kitermelés gyakran kimeríti a természeti környezetet, az emberek számára pedig fizikai és mentális károkat okoz, a vállalatok pedig a helyreállítási költségeket másokra hárítják át; vagy az üdítőital palackozó üzemek szennyezhetik a talajvizet és toxikus hulladéklerakást eredményezhetnek.

**5. Munkaügyi és foglalkoztatási tevékenység:** a kereskedelmi szereplők aktívan keresik a módokat a termelés legköltsége-

---

<sup>1</sup> A rózsaszín szalag a mellrák elleni küzdelem szimbóluma. Bár az alkoholfogyasztás az emlőrák ismert kockázati tényezője, a „rózsaszínre festett alkoholos termékek” jelensége az alkoholipar ismert marketing és hírnévmenedzsment tevékenysége. Az elmúlt években számos olyan esetet tártak fel, amelyekben egyes mellrákellenes szervezetek alkoholipari vállalatok „jótékonyági” promóciós kampányával kerültek kapcsolatba. A kampányokban az alkoholipar termékein megjelenítette a rózsaszín szalagot vagy a jellegzetes színárnyalatot a mellrák elleni küzdelem figyelemfelhívásaként, illetve a mellrák elleni adományozásra szólított fel. Mindezzel megtévesztő üzenetet közvetítenek az alkohol karcinogén hatásáról, ráadásul a kétes kimenetű adományozás érdekében fogyasztásra ösztönzik elsősorban a fiatalabb nőket. A *pinkwashing* tehát az a jelenség, amikor a vállalatok a rózsaszín szalag jelképet vagy annak színárnyalatát használják termékeiknél, annak ellenére, hogy ezek a termékek hozzájárulnak az emlőrák kialakulásához. (Mart & Giesbrecht, 2015)

sebb elemeinek kiszervezésére és a felelősség áthárítására, így különösen a fejlődő országokban a munkavállalókat modernkori rabszolgatartókként kizsákmányolják, illetve súlyos fizikai és mentális betegségeket, valamint társadalmi-gazdasági károkat okoznak számukra. Például Dél-Afrikában a bányászatban dolgozók körében négyszer gyakoribbak a halálos munkabalesetek, mint Ausztráliában; vagy egy bizonyos nemzetközi webáruház raktárépületeiben jelentősen gyakoribbak a munkahelyi balesetek, mint más, hasonló üzletág raktárépületeiben.

**6. Pénzügyi tevékenységek:** a kereskedelmi szereplők egészségre kedvezőtlen hatást gyakorló módszerei közé tartozhat például az adók elkerülése vagy kijátszása, az egészségesebb termékek piaci megjelenésének korlátozása, felvásárlások akár a piaci verseny csökkentése érdekében, árrögzítés, vagy hitelek és adósságok előmozdítása. Példaként említhető egyes generikus gyógyszerek árával történő spekuláció; a dohányipar adóelkerülése vagy egyes dohánytermékek jelentősen kedvezőbb adózása; erőteljes lobbitevékenység az egészségre káros termékek (pl. cukrozott üdítő-italok, dohánytermékek) jövedéki adójának csökkentése érdekében; a transznacionális dohánycégek legális tevékenységük mellett akár még a csempészetben is részt vállalnak annak érdekében, hogy végső soron a csempészet problémájára hivatkozva jövedéki adó csökkentést szorgalmazzanak.

**7. Hírnévmenedzsment:** a legitimitás és hitelesség alakítására, a vállalati márká imázsának javítására irányuló erőfeszítések annak érdekében, hogy az előző hat gyakorlatot továbbra is alkalmazhassák a kereskedelmi szereplők. Egyik formája a vállalati társadalmi felelősségvállalás (*corporate social responsibility*, CSR), amely során a kereskedelmi szervezetek önkéntes elköteleződést vállalnak az etikai normák betartására és a károkozástól való tartózkodásra. Azonban a CSR gyakran inkább csak a hírnév helyreállításához járul hozzá, mintsem a valós hasznok generálásához a társadalom számára.

Másik gyakori formája a vállalati jótékonykodás. Elsősorban azok a kereskedelmi szereplők élnek ezekkel a hírnévkezelési gyakorlatokkal, akiknek az alapvető termékeik károsak. Például a 2004-es thaiföldi cunamit követően jelentős adományt adott a thai kormánynak egy alkoholipari vállalat, így lehetőségük adódott a vállalat számára előnyös kereskedelmi szabályozások megbeszélésére a kormánnyal; vagy a COVID-19 pandémia során egy transznacionális dohánycég lélegeztetőgépeket adományozott egy európai országnak, ezt követően a dohánycég leányvállalatának vezérigazgatója meghívást kapott a COVID-19 oltásról szóló, miniszterelnök jelenlétében zajló kereskedelmi kamarai kerekasztal-beszélgetésre; vagy szintén a COVID-19 pandémia idején, Dél-Afrikában egy bányászati cég víztartályokat, élelmiszer-csomagot és egyéni védőeszközt adományozott a rászorulóknak, noha munkavállalóinak a lezárások alatt nem fizetett bért annak ellenére, hogy munkavállalói bérének fedezésére az állami munkanélküli alapból igényelt.

### Az egészségkárosodáshoz vezető útvonalak

A kereskedelmi szereplők direkt és indirekt módon befolyásolhatják az egészséget. A komplex egészséget befolyásoló útvonalrendszernek hat vertikális szintjét azonosítja a modell, amelyek közül a felső három a döntéshozói szintet (közvetett befolyásolás), míg az alsó kettő az egyén szintjét (közvetlen befolyásolás) érinti.

Az indirekt befolyásolási útvonalak szintjeként a politikai és gazdasági rendszert, a szabályozási és más, magasabb szintű (upstream) rendelkezéseket, valamint az ágazati politikát azonosítják.

A kereskedelmi szereplők hatalmukat és befolyásukat felhasználva mindhárom szintet manipulálhatják, közvetve pedig az emberek egészségét és jólétét is veszélyeztethetik. Például megnehezíthetik az egészséget támogató szabályozások fogantatását, számos iparági szek-

tort – például egészségügy, gyógyszeripar, mezőgazdaság, kiskereskedelem, pénzügy – saját érdekeiket szem előtt tartva befolyásolhatnak.

A modell szerint a kereskedelmi szereplők az emberek egészségét közvetlenül a környezeten és az egyénekre irányuló tevékenységek által képesek befolyásolni, amelyek egészséget támogatók vagy károsítók egyaránt lehetnek. Például a kereskedelmi szereplők hatással lehetnek a természeti környezetre, vagy az egészséges élelmiszerekhez, megfelelő munkakörnyezethez, megbízható információs környezethez való hozzáférésre, valamint akár egészségtelen termékek fogyasztására ösztönözhetnek, mérgező és rákkeltő anyagokkal való expozíciót okozhatnak, vagy nem biztosítják az biztonságos munkakörülményeket.

A kereskedelmi szereplők közvetett és közvetlen, egészséget befolyásoló tevékenységeit a kormányzatoknak kellene úgy szabályoznia, hogy azok inkább javítsák, mintsem veszélyeztessék az emberek és a bolygó egészségét.

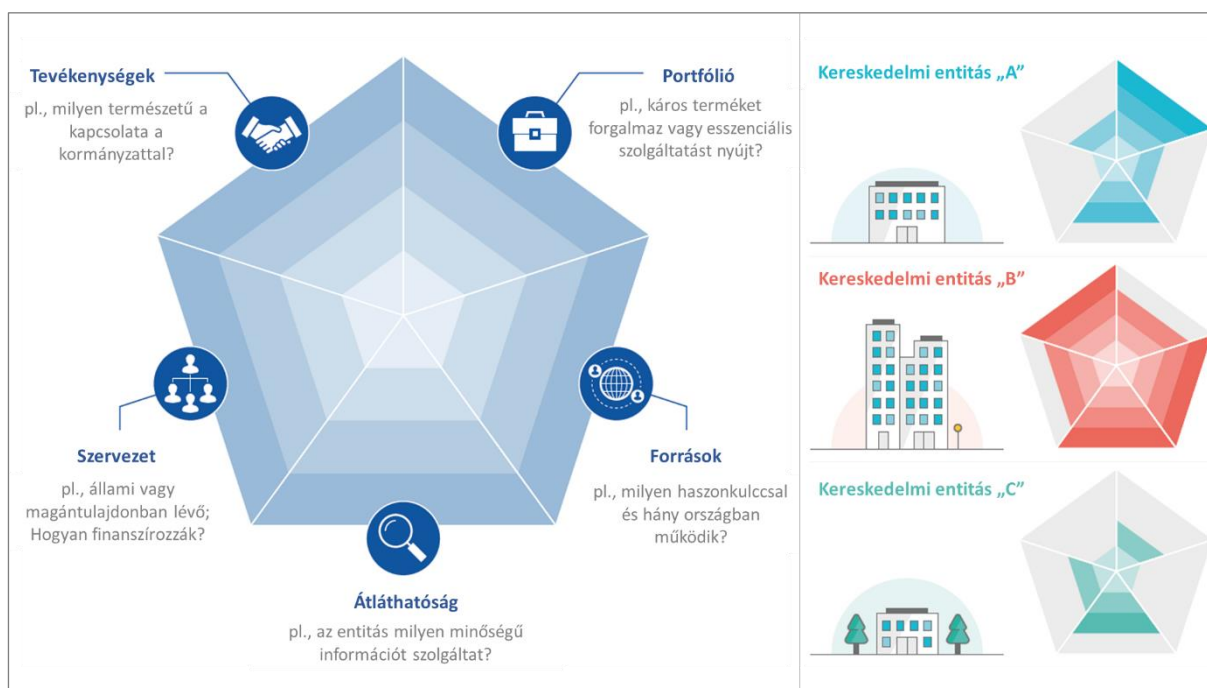
## AZ EGÉSZSÉGET BEFOLYÁSOLÓ KERESKEDELMI SZEREPLŐK ÉS ÉRTÉKELÉSÜK

A cikksorozatban kereskedelmi szervezetként definiálják mindazon szereplőket, akik áruk és/vagy szolgáltatások vásárlásában vagy eladásában vesznek részt, elsősorban nyereség vagy befektetés megtérülése céljából.

Ez a tágabb – magánszektoron és multinacionális vállalatokon túlmutató definíció – magában foglal for-profit szervezeteket, állami-, magán-, multinacionális- és transznacionális vállalatokat, valamint a hibrid, kvázi-kereskedelmi és not-for-profit szervezeteket is.

Fontos szem előtt tartani, hogy a kereskedelmi szereplők egészséget befolyásoló hatása széles spektrumon változhat. Éppen ezért a sokféle kereskedelmi entitást egészség hatásuk alapján szükséges megkülönböztetni. Ehhez a cikksorozat egy 5 szempontból álló keretrendszert javasol (tevékenységek, termékportfóliók, források, szervezeti forma és átláthatóság),

**2. ábra:** Szempontrendszer a kereskedelmi szereplők összehasonlítására és megítélésére (The Lancet, 2023)



amely a döntéshozók számára iránymutatást ad a kereskedelmi szereplők összehasonlítására és megítélésére vonatkozóan [2. ábra] (The Lancet, 2023). A keretrendszer egyúttal a kereskedelmi szereplők szisztematikus monitorozására és tevékenységeikkel kapcsolatos globális adatbank kialakítására is alkalmazható, valamint a kereskedelmi egészségszűrésrel kapcsolatos kutatási irányokat is körvonalaz.

## MEGOLDÁSI LEHETŐSÉGEK AZ EGÉSZSÉG ÉS MÉLTÁNYOSSÁG MEGŐRZÉSE ÉRDEKÉBEN

Az egészséget és az egészségügyi egyenlőtlenséget befolyásoló kereskedelmi tényezők kezelése során a közérdeket szükséges előtérbe helyezni a kereskedelmi haszonnal szemben.

Napjainkra egyre több közösség követel változást annak érdekében, hogy megszabadítsák az embereket és a bolygót a káros kereskedelmi tevékenységektől. Ez jelentős kihívást jelent a kortárs kapitalizmus számára, hiszen az egészséget és méltányosságot szükséges a profitszerzéssel összeegyeztetni. A hatalmi viszonyok újraelosztása számos döntéshozói és érdekcsoport összehangolt erőfeszítését teszi szükségessé. Az állami és a nemzeti szervezetteknek olyan üzleti modellek felállítását és működését kell ösztönöznie, amelyek elengedhetetlenek az egészségügyi méltányossághoz és annak fenntartásához.

A civil szervezeteknek hallatniuk kell kollektív hangjukat, alternatív megoldásokat kellene megfogalmazniuk és felelősségre kellene vonniuk a kereskedelmi szereplőket és a kormányzatot. A kereskedelmi szereplőknek fel kell hagyniuk a népegészségügyi szabályokkal szembeni ellenállással, tiszteltetben kell tartaniuk a népegészségügyi érdekeket és regeneratív üzleti modelleket szükséges alkalmazniuk. Az akadémiai élet szereplőinek és a tudományos kutatásoknak megfelelő célkitűzé-

sekkel és módszertannal, a kereskedelmi szereplőktől független módon, bizonyítékokat kell szolgáltatniuk megfelelő időben a célközönségnek és a döntéshozóknak. Fontos felismerni, hogy az egészségért mindenkinek aktívan tennie kell, beleértve az egészségügy szereplőit is [3. ábra]. A cikksorozat utolsó része a hét kereskedelmi tevékenységre vonatkozóan számos megoldási javaslatot tesz. Ezeket összehangoltan, mindegyik tevékenységre kiterjedően és a kereskedelmi tevékenységekre befolyással bíró szereplők bevonásával szükséges a mindennapi gyakorlatba átültetni.

## AJÁNLÁS

A Lancet Series cikksorozata egyértelművé teszi, hogy az egészséget befolyásoló kereskedelmi tényezők vizsgálatát a hazai népegészségügynek is prioritásként kell kezelnie. Jó néhány pozitív és negatív magyarországi példát lehetne említeni a cikksorozatban bemutatott modell hét tevékenységével kapcsolatban.

Sajnos a multinacionális és transznacionális vállalatok – különösen a dohányipar, alkoholipar, élelmiszeripar – egészségre káros kereskedelmi tevékenységei és manipulációja Magyarországot sem kíméli. Ezeknek a kereskedelmi szereplőknek számos, népegészségügyi szempontból aggályos hírnévmenedzsment módszere mindennapos országunkban. Mindez az európai viszonylatban amúgy is kedvezőtlen egészségi állapotban és társadalmi-gazdasági helyzetben lévő magyar lakosság egészségbiztonságát súlyosan veszélyezteti, a társadalmi terheket pedig tovább növeli.

Hazánkban is szükséges lenne a népegészségügyi szempontból kiemelkedő, egészségre ártalmas és egészségvédő kereskedelmi entitások tevékenységeinek a feltárása, értékelése és nyilvánosságra hozatala a cikksorozatban bemutatott keretrendszer szerint.

**3. ábra:** A szereplők és potenciális intézkedéseik a kereskedelmi szervezetek által okozott egészségügyi ártalmak megelőzése érdekében (Friel et al., 2023)

#### Kormányzati vagy nemzetközi szervezetek

- Nagybbr és egységesebb globális figyelem biztosítása az egészségre és az egészségügyi egyenlősségre ható kereskedelmi befolyásokra.
- A többoldalú mechanizmusok, valamint a kereskedelmi egészségdeterminánsok társadalmi felügyeleti tereinek megerősítése. és részvétel biztosítása a társadalmi szerepvállalási terek megerősítése.
- Egy globális egyezmény kidolgozása és végrehajtása a CDOH ellenőrzésére.
- Új szakpolitikai normák meghatározása a jóléti gazdaság keretrendszerének és a olyan költségvetések bevezetésével, amelyek az emberek és a bolygó jólétét helyezik előtérbe.
- Olyan multiszektoralis politikák végrehajtása, amelyek fellépnek az egészségre káros kereskedelmi gyakorlatokkal szemben, illetve ösztönzik a regeneratív vállalkozási formákat.
- A kötelezettségvállalás és az összeférhetetlenség szabályainak megállapítása.
- Az egészségügyi szereplők kapacitásának kiépítése annak érdekében, hogy megértsék például a kereskedelem, az adózás, vagy a pénzügyek egészségre gyakorolt hatását, és bekapcsolódhassanak a hatékony egészségügyi tevékenységbe és fejlesztésekbe.

#### Kutatók és kutatásfinanszírozók

- Fektessenek kellő hangsúlyt annak a megértésére, hogyan lehet pozitív rendszerszintű változást elérni és a cselekvés útjában álló akadályokat jobb megérteni (beleértve a zavaró tényezőket).
- A kereskedelmi egészségdeterminánsok irányításával kapcsolatos kutatások egyértelmű középpontjában a hatalom álljon.
- A különböző iparágak egészségkárosító politikáinak és gyakorlatainak feltárása.
- Védje meg a tudomány alkalmazását a népegészségügyi politika támogatásában és az iparral szembeni fellépés során, az ipar érdekeit érvényesítő tudományt manipuláló vagy elferdítő erőfeszítésekkel szemben.
- Növelni szükséges a kutatásra fordított közkiadásokat, hogy csökkentsék a kutatók ipar által történő ösztönzését és ipari támogatástól való függését.
- Biztosítani kell, hogy a kereskedelmi egészségdeterminánsokkal kapcsolatos kérdések oktatása minden egészségügyi és egyéb releváns tanterv részét képezze.
- Az érdekvégyesítés és az érdekvégyesítéssel kapcsolatos oktatás előmozdítása jelenjen meg az egészségügyi tantervek kulcselemeként, valamint jöjjön létre az egyetemi aktivistáknak egy globális csoportja.

#### Kereskedelmi szektor

- Erős, jól érvényesített, tényeken alapuló kormányzati szabályozás betartása.
- Javítani kell a munkavállalók körülményeit, a termékek egészségességét, és csökkenteni kell minden negatívumot.
- Az alternatív és etikus befektetések felgyorsítása
- A kereskedelmi szektor tevékenysége legyen nyílt és átlátható.
- A kereskedelmi szektorban működő vállalatok legfelsőbb szintjein dolgozó emberek legyenek felelősségre vonhatók a tevékenységük által tudatosan okozott károkért.
- Olyan regeneratív üzleti modellek elterjesztése, amelyek nem az érdekelt feleket részesítik előnyben, hanem az érintetteket.
- A progresszív üzleti életnek ki kell állnia a jelenlegi módszerek rendszerszintű megváltoztatása mellett.

#### Civil társadalom

- Legyenek hangosak: nyilvánosan támogassák a bizonyítékokon alapuló egészségügyi intézkedéseket; tegyenek lépéseket a kormány és a közösségek felé; tárják fel és ellenezzék a kereskedelmi szervezetek egészségre káros politikáját, tevékenységeit, befolyását és termékeit.
- A civil társadalom mozgósítása erős és egységes koalíciók, konszenzuson és tényeken alapuló álláspontok, a politikai és véleményvezér szereplők stratégiai felhasználása, meggyőző problémakeretezés, az iparon belüli rések kihasználása, koncentrált és időszertű érdekvégyesítés által, kitartóan alkalmazva lehet sikeres.
- Az orvosoknak és más egészségügyi szakembereknek fel kell használniuk legitimitásukat és tekintélyüket a kereskedelmi egészségdeterminánsokkal kapcsolatos intézkedések befolyásolására, és hangsúlyozniuk kell a megelőzés fontosságát.

## HIVATKOZÁSOK

- Friel, S., Collin, J., Daube, M., Depoux, A., Freudenberg, N., Gilmore, A. B., Johns, P., Laar, A., Marten, R., McKee, M., & Mialon, M. (2023). Commercial determinants of health: Future directions. *The Lancet*, 401(10383), 1229–1240. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00011-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00011-9)
- Gilmore, A. B., Fabbri, A., Baum, F., Bertcher, A., Bondy, K., Chang, H.-J., Demaio, S., Erzse, A., Freudenberg, N., Friel, S., Hofman, K. J., Johns, P., Abdool Karim, S., Lacy-Nichols, J., de Carvalho, C. M. P., Marten, R., McKee, M., Petticrew, M., Robertson, L., ... Thow, A. M. (2023). Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *The Lancet*, 401(10383), 1194–1213. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2)
- Lacy-Nichols, J., Nandi, S., Mialon, M., McCambridge, J., Lee, K., Jones, A., Gilmore, A. B., Galea, S., de Lacy-Vawdon, C., de Carvalho, C. M. P., Baum, F., & Moodie, R. (2023). Conceptualising commercial entities in public health: Beyond unhealthy commodities and transnational corporations. *The Lancet*, 401(10383), 1214–1228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00012-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00012-0)
- Mart, S., & Giesbrecht, N. (2015). Red flags on pinkwashed drinks: Contradictions and dangers in marketing alcohol to prevent cancer: Problems with pinkwashed drinks. *Addiction*, 110(10), 1541–1548. <https://doi.org/10.1111/add.13035>
- The Lancet. (2023). Infographic: Rebalancing global power asymmetries to substantially improve human and planetary health. <https://www.thelancet.com/infographics-do/commercial-determinants-health-2023>
- VicHealth. (2023). Commercial Determinants of Health – Summary Report. <https://www.vic-health.vic.gov.au/news-publications/research-publications/lancet-series-cdoh>

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A tanulmány elkészítését a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal támogatta (RRF-2.3.1-21-2022-00006 azonosító számú projekt keretében).

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

### **Pénzes Melinda**

Semmelweis Egyetem, Egészségügyi Közzolgálati Kar, Egészségügyi Menedzserképző Központ, Egészségbiztonsági Nemzeti Laboratórium – Adatvezérelt Egészség Divízió, Budapest  
[penzes.melinda@emk.semmelweis.hu](mailto:penzes.melinda@emk.semmelweis.hu)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 07. 09.

Elfogadva: 2023. 07. 14.

Megjelentetve: 2023. 09. 10.

Copyright © 2023 Pénzes Melinda. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

## RECENZÍÓK

# Cikkismertetés: Várostervezés és testmozgás - a barcelonai superblokkmodell testmozgásra gyakorolt hatása

*Review: Urban planning and physical activity - physical activity patterns in the newly developed Barcelona Superblock area*

**Ismertető:** [Veress Réka](#)

**Doi:** [10.58701/mej.12048](https://doi.org/10.58701/mej.12048)

**Ismertetett cikk:** Puig-Ribera, A., Arumí-Prat, I., Cirera, E., Solà, M., Codina-Nadal, A., Palència, L., Biazani, B., & Pérez, K. (2022). Use of the Superblock model for promoting physical activity in Barcelona: a one-year observational comparative study. Archives of public health = Archives belges de sante publique, 80(1), 257. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-01005-y>

**Kulcsszavak:** superblokk; testmozgás; Barcelona; várostervezés; összehasonlító tanulmány

**Keywords:** Superblock; Physical Activity; Barcelona; placemaking; comparative study

## HÁTTÉR

A nem-fertőző betegségek által okozott globálisan magas halálozási arány és a fizikai aktivitás kiemelt szerepe a nem-fertőző betegségek megelőzésében fontos kiindulási pontja a barcelonai superblokkmodell vizsgálatának. Az egészséges, testmozgást is támogató környezet kialakítása városi viszonylatban lényeges feltétele a fizikai aktivitás globális mutatói csökkentésének, hiszen az előrejelzések szerint 2050-re a Föld lakosságának mintegy 80%-a városokban fog élni.

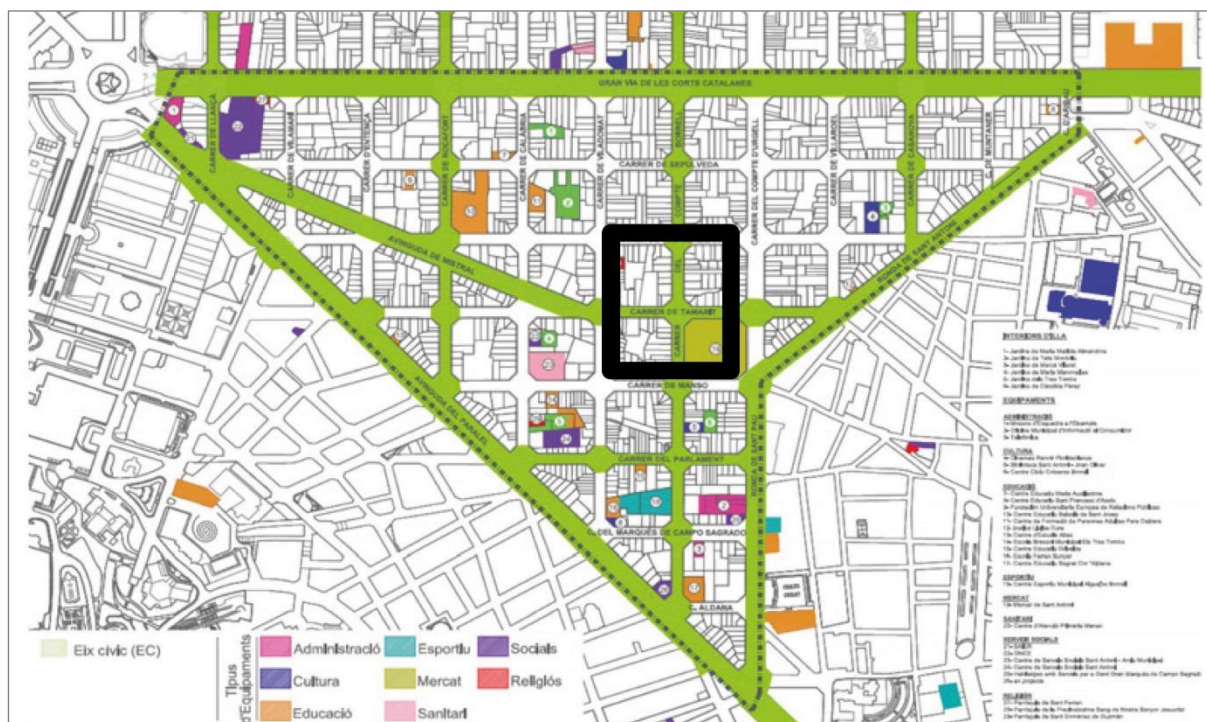
A Barcelonában alkalmazott superblokkmodell egy új, városi környezetben megvalósuló kezdeményezés, amely az épített környezetet olyan módon változtatja meg, hogy az ott élő lakosoknak egészségesebb, élhetőbb tereket biztosítson, a forgalomtól elzárva.

A városi úthálózatot olyan módon szerkeszti át, hogy egy kb. 400 x 400 méteres területet vegyenek körül, a főutak által határolt rész belseje pedig a forgalomtól elzárt terület, az utcákat a gyalogosok használhatják.

A superblokkmodell bevezetésétől jelentős egészségügyi jótékony hatásokat várnak, a lakosok testmozgásának fokozása és az aktív közlekedés motorizált közlekedéssel szemben történő előnyben részesítése által.

A superblokkmodell testmozgásra gyakorolt pozitív hatásainak vizsgálatával kevés tanulmány foglalkozik, ugyanakkor a fizikai inaktivitás elleni küzdelem részeként fontos értenünk, hogyan használják az emberek az őket körülvevő épített városi környezetet.

**1. ábra:** A barcelonai szuperblokkmodell térképe (Forrás: eredeti cikk)



A tanulmány három céllal jött létre:

1. a barcelonai St. Antoni Piac téren (Eixample kerület) újonnan kialakított szuperblokk első évében (2018. május – 2019. május) jellemző látogatói min-tázatok leírása;
2. a szuperblokk használatának elemzése a testmozgási szokások és az ülő magatartás szempontjából;
3. egy év elteltével, a szuperblokk teljes használatba vétele után (amikor az már természetes része az ott lakók mindennapjainak) egy testmozgási szokásokat és ülő magatartást vizsgáló összehasonlítás készítése egy, a szuperblokk modellen kívüli, hasonló adottságú helyszínnel

## MÓDSZEREK

A tanulmány adatfelvétele az ún. „Közös-ségeken történő játék és aktív kapcsolódás megfigyelésének” (System for Observing Play and Active Recreation in Communities; SOPARC) módszerével történt, amellyel egy éven át figyelték a lakosok testmozgási és ülési szokásait, majd az év végén, összehasonlítás céljával egy másik, hasonló helyszínen is elvégezték a megfigyelést.

A szuperblokk modellben kialakított tér a Sant Antoni Piac téren, a másik helyszín egy tőle 2,8 km-re elhelyezkedő, hasonló adottságú, nem szuperblokkosított terület, amely a Fort Pienc piac helyszíne.

A megfigyelés során a területen felbukkanó személyek nemét, életkorát és testmozgási tevékenységét jegyezték fel.

**2. ábra:** a megfigyelés helyszínei (Forrás: eredeti cikk)



A megfigyelési ismérveket a kezdeti megfigyelések után pontosították, és figyelembe vették az elektromos rollereket is. A szuperblokk területén zajló megfigyelés 5, nem egybefüggő héten történt a vizsgált év során, 2 hétköznapon és két hétvégi napon, naponta összesen négy órán át. Az összehasonlító megfigyelésre az év végén került sor, amikor a szuperblokk terület használata már nem újdonságként, hanem az ott lakók hétköznapjainak szerves részeként zajlott. Ez a periódus ideális volt ahhoz, hogy összehasonlítsák egy hasonló, de nem szuperblokkosított helyszínnel.

## EREDMÉNYEK

Kiindulásként óránként átlagosan 2 340 lakos használta a szuperblokk területét, férfiak-nők hasonló arányban, 70%-uk felnőtt, 22%-uk idős volt. A legkevésbé a gyermek és ifjúsági korosztály látogatta a szuperblokkot. Hasonló volt a látogatási arány a hétköznapokon és hétvégéken, a legnagyobb arányú látogatás a déli és esti órákban történt.

Egy év elteltével a szuperblokk látogatóinak száma 18%-kal csökkent, hasonló arányban a nőknél és férfiaknál. Legnagyobb mértékben a szenior korosztálynál volt visszaesés. A hétköznapok látogatottsága legkisebb mértékben a reggeli időszakban, legnagyobb mértékben az esti órákban csökkent.

A legtöbb szuperblokklátogató sétált (93%), 3%-uk erős intenzitású testmozgást végzett, 3%-uk pedig ült vagy álldogált. Az erős intenzitású testmozgást jellemzően több férfi végezte, ülással pedig jellemzően a gyermekek és az idősek töltötték időt. Egy év elteltével a sétálók száma ötödével csökkent, az erős intenzitású testmozgást végzők aránya az első hat hónapban nőtt, majd az első év végére a kezdeti érték alá csökkent, és az ülő látogatók száma is visszaesett.

Az egy év során a különböző aktív közlekedési módok (kerékpár, gyaloglás) csökkentek, helyettük gyakoribb lett az elektromos rollerek használata.

A szuperblokk területéhez képest kevesebb látogató volt a Fort Pienc piacnál, de a látogatók hasonló jegyeket mutattak

nemi és életkori megoszlás alapján. Hasonlóan a superblokkhoz, a gyermek és serdülő korosztály látogatta a legkevésbé a helyszínt. A superblokk látogatóinak száma mellett leginkább a hétvégi látogatók száma maradt el az összehasonlító helyszínen (7%-kal). A superblokkal összehasonlítva hasonló látogatói szokások mutatkoztak. A legtöbben sétáltak, ugyanakkor nagyobb volt az erős intenzitású testmozgást végzők aránya (5%) és kevesebben ültek (2%), 3%-kal többen futottak itt, mint a superblokkban. Mindkét területen hasonló valószínűsége volt a férfiaknál és a nőknél annak, hogy ülve töltötték ott időt, hogy a gyermekek és a szeniorok a tinédzsereknél nagyobb valószínűséggel ültek, és mindezek a hétköznapokon és a hétvégén is hasonlóan alakultak, kivéve az esti napszakot, amikor jellemzően kevesebbet ültek.

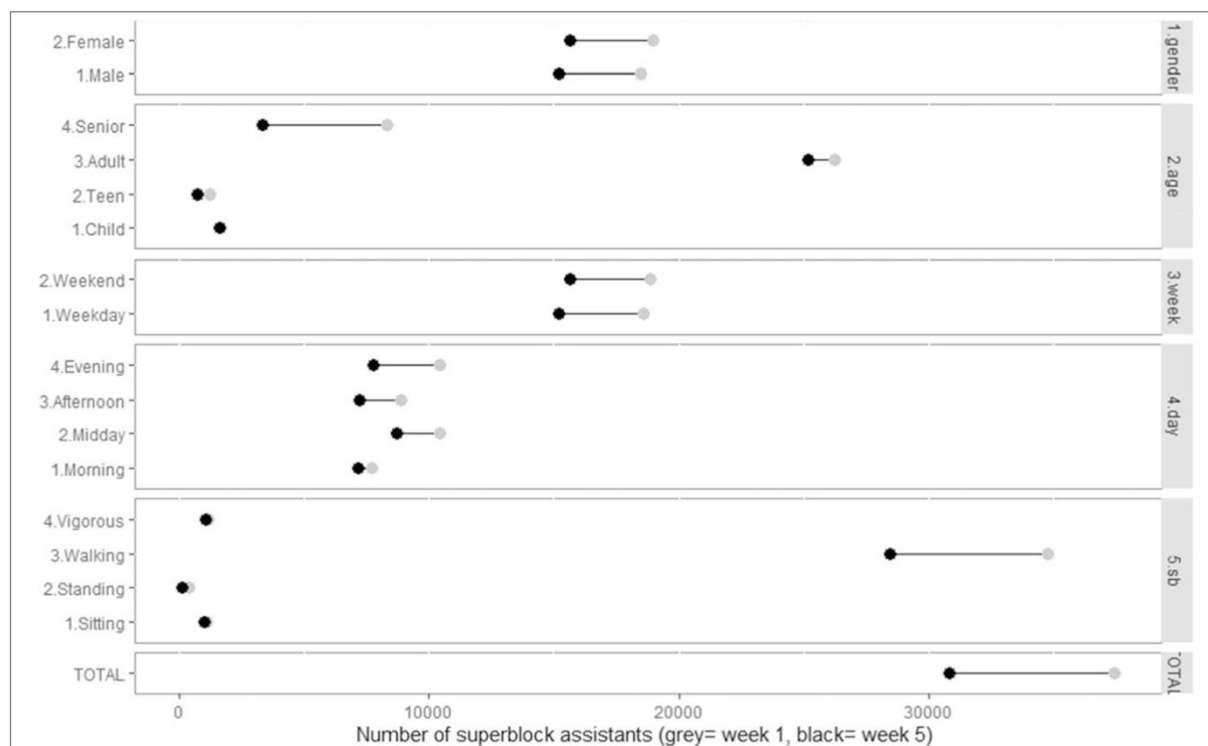
## MEGBESZÉLÉS

Ez a tanulmány az első, amely a barcelonai superblokkot a testmozgás és ülő magatartás szempontjából vizsgálta egy éven keresztül és egy külső helyszínnel is összehasonlította a megfigyelt mintázatot.

A tanulmány szerint a barcelonai épített környezet superblokkmodell szerinti átalakítása korlátozott mértékben hozott eredményt a fizikai aktivitás növelése szempontjából. Az egyik legfontosabb megállapítás, hogy a látogatók sétálási és intenzív mozgási szokásai az összehasonlító helyszínen is hasonlóan alakultak.

Különös figyelmet érdemelnek a fiatalok és az idősek, akik a legkevésbé látogatták a superblokk helyszínét, illetve a nők, akik kevesebb intenzív mozgást végeztek a férfiakhoz viszonyítva.

**3. ábra:** A látogatók jellemzése a barcelonai superblokk első éves használata során (Forrás: eredeti cikk)



A superblokk ugyanakkor potenciálisan jó terepe lehet az intenzív testmozgásnak. A cikk számos javaslatot megfogalmaz arra vonatkozóan, hogyan lehetne a superblokkot aktívabbá tenni, és hangsúlyozza, hogy

a superblokkmodell kifejezetten hasznos a szociális egészség megőrzése szempontjából, mert biztonságos, megközelíthető teret biztosít a társasági életre.

A superblokkon belül kifejezetten testmozgási célt szolgáló, látható, nyílt területek létrehozása elősegítheti a testmozgásban gazdag szabadidő eltöltését az adott területen. Ezt más autómentes övezetben is megfigyelték.

Az autómentes övezetek biztonságos útvonalakkal történő összekapcsolása segíthetne az aktív közlekedési módok terjesztésében.

## KÖVETKEZTETÉSEK

A superblokkmodell egyre elterjedtebb a városi környezet élhetőbbé tételére, és a forgalom korlátozására.

A barcelonai superblokk létesítésétől várható volt, hogy a környező lakosok fizikai aktivitási szintje növekszik, ugyanakkor az egy éves tanulmány azt bizonyította, hogy önmagában a tér autómentesítése nem eredményezi a lakosok emelkedettebb szintű testmozgását, ehhez célzott intervenciókra van szükség az adott területeken.

## AJÁNLÁS

A bemutatott vizsgálat alapján elmondható, hogy önmagában a motorizált forgalomtól elzárt, biztonságos tér megteremtése nem eredményez jelentős változást a környéken lakók testmozgási szokásaiban. A hazai, a superblokkhoz hasonló városi helyszínek megteremtésénél ezért érdemes:

- célzott, testmozgásra ösztönző térrészeket kialakítani, erre szolgáló eszközöket telepíteni;
- a serdülőkorúak és az idős helyi lakosok testmozgását a kialakított térben célzottan támogatni;
- az aktív mobilitás támogatása érdekében a biztonságos közlekedést lehetővé tevő területeket összekapcsolni.

## HIVATKOZÁSOK

Puig-Ribera, A., Arumí-Prat, I., Cirera, E., Solà, M., Codina-Nadal, A., Palència, L., Biaani, B., & Pérez, K. (2022). Use of the Superblock model for promoting physical activity in Barcelona: a one-year observational comparative study. Archives of public health = Archives belges de sante publique, 80(1), 257.  
<https://doi.org/10.1186/s13690-022-01005-y>

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

### **Veress Réka**

Nemzeti Diák-, Hallgatói és Szabadidősport Szövetség, Budapest  
[reka.veress@ndhsz.hu](mailto:reka.veress@ndhsz.hu)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 07. 04.

Elfogadva: 2023. 07. 24.

Megjelentetve: 2023. 09. 10.

Copyright © 2023 Veress Réka. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáféré-  
résű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

## RECENZÍÓK

## Könyvismertetés: Megtalálni az erőt és átkarolni az életet egy mindent megváltoztató veszteség után

*Book review: Resilient Grieving – Finding Strength and Embracing Life After a Loss That Changes Everything*

**Ismertető:** [Fibiné Babos Barbara](#)

**Doi:** [10.58701/mej.11372](#)

**Ismertetett cikk:** Hone, L. (2017). Resilient grieving – Finding Strength and Embracing Life After a Loss That Changes Everything. The Experiment. ISBN: 978-1-61519-375-2

**Kulcsszavak:** reziliencia; poszttraumás növekedés; pozitív érzelmek

**Keywords:** resilience; post-traumatic growth; positive emotions

### HÁTTÉR

A könyv háttérében a reziliencia tudományos eredményeinek a hétköznapi gyakorlatba való átültetése áll. A reziliencia iránti érdeklődés a fejlődépszichológia területén kezdődött az 1970-es években, ám aktualitásából azóta sem vesztett, sőt egyre növekvő figyelem övezi a rugalmas ellenálló képességet. Masten (2014) reziliencia-definíciója a következő: egy rendszer azon képessége, hogy alkalmazkodjon azokhoz a zavarokhoz, amelyek veszélyeztetik működését, életképességét. A reziliencia tulajdonképpen a hétköznapi alkalmazkodó mechanizmusokból fakad, mint például az egészséges, jól működő emberi szervezet, a hozzáértő és gondoskodó felnőttekkel való szoros kapcsolat, az elkötelezett családok, a hatékony iskolák és közösségek, a siker lehetőségei, az énbe vetett hiedelmek, amelyeket a világgal való pozitív interakciók táplálnak. Masten (2001) szerint a reziliencia kutatások legnagyobb felfedezése, hogy jóval általánosabb és elterjedtebb jelenség, mint korábban gondol-

ták, egyfajta „hétköznapi csoda”. A könyv szerzője, Lucy Hone a Pennsylvániai Egyetemen kezdte tanulmányozni a rezilienciát Philadelphiában, ma a pszichológia és a gyász kutatás elismert úttörője. A szerzőt személyes tragédiája – kislánya és barátai értelmetlen és tragikusan korai halála – készítette arra, hogy a reziliencia kutatások eredményeit a gyásszal való megküzdés fókuszába állítsa.

### RÖVIDEN A KÖNYVRŐL

A könyv fejezetről fejezetre vezet végig azokon a megküzdési stratégiákon, amelyek a reziliencia kutatásokból és a pozitív pszichológiából származnak. Teszi mindezt annak érdekében, hogy a veszteség kezelésében és a „normális” működési szintre való visszatérésben, valamint a produktív életvitel elérésében segítséget nyújtson.

A könyv célja: segítsen újra megismerni a világot, hiszen a gyász annyira különbözik az élet más kihívásaitól. Alapvetésként kezeli és tiszteli, hogy mindannyian más-

képp gyászolunk. „A gyász olyan egyéni, mint az ujjlenyomat.” (7.o)

A könyv húsz fejezete két nagyobb szakaszra tagolódik: *Felépülés és Átértékelés, Megújulás*.

A *Felépülés* az azonnali megküzdés hat stratégiájával indít, melyek a tragédiát közvetlenül követő időszak legfontosabb kapaszkodóit jelentik: felszabadítóan hat a *Nincsenek szabályok – tedd, amit szükségesnek érzel* (1) stratégia. Senkinek nincs joga megmondani, hogy a gyászoló hogyan viselkedjen.

*Kiválasztani, mire összpontosítunk* (2): Megszívlelendő Csíkszentmihályi Mihály (1990) tanácsa, miszerint életünk formája és tartalma attól függ, hogyan irányítjuk korlátozott figyelmünket, a látásmódtól függően ugyanis teljesen más valóság alakul ki.

*Nem kapkodni és időt hagyni magunknak* (3), *Érezni és átélni a fájdalmat* (4): mindkét stratégia az egyén belső megélési és feldolgozási működéseinek egyediségére helyezi a hangsúlyt.

*A bánat lesből támad* (5): a szomorúság a legváratlanabb helyzetekben keríthet hatalmába, erre valójában egyetlen stratégia sem készíthet fel. De segíthet, ha tudomásul vesszük ennek tényét és megváltoztathatatlanságát.

*A rutinok visszaállítása* (6) azt üzeni az agyunknak, hogy biztonságban vagyunk, vége a krízisnek. A rutinok kiszámíthatósága segít abban, hogy minimalizáljuk a stresszt, a szorongást és a reménytelenséget.

A szerző kíméletlen őszinteséggel osztja meg az olvasóval saját útját, személyes vallomásának mélysége pedig állandó marad a kötet egésze során. A rugalmas gondolkodás három szokásának tárgyalásával ráirányítja figyelmünket a mentális funkciók erejére: a realista optimista attitűd, a remény újradefiniálása és a

mindfulness pozitív hatása a szerző saját élményén keresztül válik kézzelfoghatóvá, nem titkolva az egyes szokások beépítésének nehézségét, az esetleges korlátokat. A technikák részletes leírása lépésről lépésre meggyőzőnek bizonyul abban, hogy a gondolkodásmód igenis segíthet: lehetséges egyszerre élni és gyászolni.

A tágabb környezet – család és közösségek – bevonása a gyászfolyamatba is külön fejezetet érdemel: a személyes történetek megosztása mellett rövid, konkrét instrukciókkal segíti az adekvát alkalmazkodást.

Az *Erősségek* tárgyalására a 11. fejezetben kerül sor, mely a traumákhoz való optimális és egészséges alkalmazkodás elősegítésében nélkülözhetetlen támaszt nyújt.

A fizikai aktivitás pozitív hatása a 12. fejezet témája: a fáradtság és a depresszív hangulat leküzdésének ellenszere az aerob testmozgás, mely fizikailag képes átalakítani az agyunkat. A fizikai aktivitás az egyik legtermészetesebb módszer a stressz negatív következményeinek megelőzésére. A napi fittség megőrzését célzó gyakorlatok szisztematikusan vezetnek az olvasót a testmozgás mellett szóló kikezddhetetlen érvek mentén.

A 13. fejezettel kezdődik az *Átértékelés, Megújulás* szakasza: a gyászhoz való sikeres alkalmazkodás fontos része a személyes élettörténet új változatának kialakítása.

Ennek az új változatnak a megalkotásában segít a szerző reziliens gyász modellje, mely a kötetben ismertetett stratégiák összességét egy kirakós darabjaiként szemlélteti: „*megtanulni a bánattal együtt élni annyit jelent, mint megtanulni élni egy összetört világban, ahol az ismerős összetevők szétszóródtak és ránk maradt, hogy a különböző darabokkal újjáépítsük világunkat. A kirakó darabjai olyan útjelző táblák és kulcsok, amelyek lehetővé teszik az eligazodást a visszaesés és felépülés, az újraértékelés és megújulás, az elfogadás és a küzdelem folyamatában,*

*elismerve az élet természetét. Ez a mi utunk, és mindannyiunknak meg kell találnunk azokat a darabokat, amelyek illeszkednek a személyes kirakós játékunkhoz, saját személyes életünkhöz.” (229. o.)*

## AJÁNLÁS

A *Reziliens* gyász című könyv egy rendkívül személyes tragédián keresztül vezeti végig az olvasót a gyász feldolgozásának szakaszain. A tudományosan bizonyított

eredmények az elképzelhető legmélyebb fájdalommal való megküzdés szolgálatába állítva mutatták meg érvényességüket, eszköztárat kínálva a gyászolóknak.

A szerző megkérdőjelezhetetlen hitelessége és kivételes szakmai alázata nyomán egy hiánypótló mű született, mely a pszichológusok, pedagógusok és a mentálhigiéné területén dolgozók mellett, a pszichológiai megközelítésre nyitott, egészséggel foglalkozó szakemberek széles körének érdeklődésére is számot tarthat.

## HIVATKOZÁSOK

Csikszentmihályi, M. (1990). *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper Collins.

Hone, L. (2017). *Resilient grieving – Finding Strength and Embracing Life After a Loss That Changes Everything. The Experiment*. ISBN: 978-1-61519-375-2

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238.

Masten, A. S. (2014). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child development*. Vol. 85, No. 1, 6–20.

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

### Fibiné Babos Barbara

Nemzeti Közzolgálati Egyetem, Rendészettudományi Doktori Iskola, Budapest

[barbi@fibi.hu](mailto:barbi@fibi.hu)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 05. 03.

Elfogadva: 2023. 06. 28.

Megjelentetve: 2023. 09. 10.

Copyright © 2023 Fiibiné Babos Barbara. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

## RECENZÍÓK

# Szakedokumentum: Miért olvassa el „A jóllét elérése” című WHO dokumentumot?

*Review: Why read the WHO document "Achieving well-being"?*

**Ismertető:** [Vitrai József](#)

**Doi:** [10.58701/mej.12342](https://doi.org/10.58701/mej.12342)

**Ismertetett szakedokumentum:** Achieving well-being – A draft global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach. <https://www.who.int/publications/m/item/achieving-well-being>

**Kulcsszavak:** WHO; népegészségügy; jóllét; egészségfejlesztés

**Keywords:** WHO; public health; wellbeing; health promotion

Idén májusban fogadta el az Egészségügyi Világszervezet (WHO) közgyűlése „A jóllét elérése. Globális keretrendszer a jóllétnek a népegészségügybe való integrálására egészségfejlesztési megközelítés alkalmazásával” című dokumentumot. A szemléleti újdonságokat is felvonultató keretrendszer az ajánlott beavatkozási irányok és már bevált szakpolitikai példák bemutatásával a cselekvést kívánja támogatni. A szöveg áttanulmányozása alapján joggal feltételezhető, hogy ez a dokumentum a népegészségügyben méltán mérföldkőnek tekintett Ottawai Charta XXI. századi megfelelője.

A talán túlzónak tűnő megállapítás indoklásképpen nézzük először, miben jelent újdonságot a WHO legújabb iránymutatása!

1. Legfontosabb újdonság – az egészség helyett – a jóllét középpontba állítása, és a jólléti társadalom célkitű-

zése: *„Társadalmi jóllét, amely lehetővé teszi, hogy minden ember boldoguljon és teljes fizikális és mentális egészségi potenciálját kiaknázhassa egész életében és generációkon átívelően.”*

2. Az emberi jóllét mellett megjelenik a bolygó, az ökoszisztéma jóllétének fontossága is: *„Ez a keretrendszer útmutatóként szolgál a különböző ágazatok és érdekelt felek számára, hogy koherens és összehangolt módon vegyenek részt egy közös cél érdekében: az emberek és a bolygó egészségének fenntartható és méltányos módon történő előmozdítása érdekében.”*
3. Elismeri, hogy a jelenlegi egészségügyi megközelítés betegségközpontú, emiatt az egészségfejlesztés szemléletére van szükség: *„orvosi egészségügyi paradigma főként az egyé-*

nekre összpontosít, betegségközpontú" és „a jövő egészségügyi paradigmájának is tartalmaznia kell az orvosi, a megelőző és az egészségfejlesztési paradigma elemeit.”

4. A negatív egészséget befolyásoló tényezőkről a pozitívokra helyezi a hangsúlyt: „Az egészséget meghatározó tényezőkkel kapcsolatos korábbi munkák gyakran az egészségre gyakorolt negatív hatásokat, például az egyenlőtlenségeket, a társadalmi különbségeket, a kirekesztést stb. veszik figyelembe. Az egészségfejlesztés révén azonban az emberek születésének, növekedésének, tanulásának, munkájának és öregedésének körülményei is befolyásolhatók úgy, hogy azok pozitív hatást gyakoroljanak az egészségre, például az egészséges termékek, szolgáltatások és áruk támogatása, a befogadó társadalmakat alakító közpolitikák és az embereket és közösségeket döntésekre felkészítő kormányzási mechanizmusok.”
5. Hangsúlyos a generációkon átívelő szemlélet: „fokozni kell az emberek és a bolygó érdekében a kormányok és partnerek közös elszámoltathatóságát a fenntartható beruházások maximalizálása, valamint az értékarányos és a célnak megfelelő társadalmi eredmények elérése érdekében a jelenlegi és a következő generációk számára.”
6. A dokumentum célcsoportja mindenki, mert az „egészséget és a jóllétet ugyanúgy olyan tényezők határozzák meg, amelyek kívül esnek azon, amit hagyományosan az egészségügyi ágazatnak tekintünk, nevezetesen az egészséget meghatározó, egymást átfedő és metsző társadalmi, strukturális, gazdasági, poli-

tikai, környezeti és kereskedelmi tényezőkön keresztül” és a „fő célközönség a közösségek és a kormányok kulcsfontosságú érintettjei, helyi és nemzeti szinten, akik az egészségügyi ágazaton belül és kívül dolgoznak.”

A megközelítés új elemei mellett kiemelendő tovább három alapvető jellemző, melyek nemzetközi szakmai dokumentumokban már korábban is szerepeltek, de a most közzétett jóléti keretrendszerben különlegesen nagy hangsúlyt kaptak:

1. Már a címben is megjelenik, hogy az egészségfejlesztés nélkülözhetetlen eszköz a jólét eléréséhez – valamennyi ágazat számára: „A népességügy egyik fő funkciójaként az egészségfejlesztés támogatja a kormányokat, a közösségeket és az egyéneket abban, hogy megbirkózzanak az egészségügyi és jóléti kihívásokkal, és kezeljék azokat, hogy az egészséget meghatározó tényezőkre összpontosító és az "Egészséget minden szakpolitikában" szemléletű megközelítések, valamint az egyéni viselkedésváltoztatás révén egészségesebb népeket és környezetet alakítsanak ki.”
2. Elengedhetetlennek tartja a politika jóléti társadalmat támogató megváltoztatását: „A jóléti perspektíva felé mutató növekvő lendület olyan új társadalmi szerződést követel, amely a politikai és társadalmi döntéshozatal középpontjában a társadalmi, gazdasági és környezeti szempontokat egyensúlyba hozza.” Továbbá „az egészségfejlesztést az egészség és a jólét előmozdítására használhatják a felhatalmazáson keresztül: személyes cselekvés ösztönzése, érintetti csoportok fejlesztése, közösségi szervezetek és partnerségek,

*valamint társadalmi és politikai cselekvés révén."*

3. A partnerség hangsúlyozása: *„A legfontosabb partnereknek, köztük a nem kormányzati és civil szervezeteknek, a tudományos és az üzleti életnek, a kormányoknak és a nemzetközi szervezeteknek konszenzuson és elszámoltathatóságon alapuló hatékony partnerségeket kell kialakítaniuk az egészségfejlesztésre és a jólétre irányuló stratégiák határozott végrehajtása érdekében. Csak az ilyen közös fellépés fogja minden országban a jóléti társadalmak irányába történő átalakulást előmozdítani, senkit sem hagyva lemaradva."*

Végül melyek a dokumentumban ajánlott beavatkozások stratégiai irányai?

1. A Föld és ökoszisztémáinak ápolása
2. A szociális védelmi és jóléti rendszerek méltányosságon, befogadáson és szolidaritáson alapuló kialakítása
3. Az emberi fejlődést szolgáló, méltányos gazdaságok kialakítása és végrehajtásának támogatása

4. A méltányos, általános egészségügyi ellátás előmozdítása az egészségügyi alapellátás, az egészségfejlesztés és a megelőző szolgáltatások révén

5. Olyan méltányos digitális rendszerek előmozdítása, melyek közhasznú szolgáltatásokat nyújtanak, hozzájárulnak a társadalmi kohézióhoz és mentesek a kereskedelmi érdekektől

6. A jólét mérése és nyomon követése

A dokumentum végén az érintett témákhoz kapcsolódó kiváló szakirodalom-gyűjtemény található. Az olvasásra ajánlott dokumentum itt érhető el: [Szakdokumentum: A jólét elérése. Globális keretrendszer a jólétnek a népegészségügybe való integrálására egészségfejlesztési megközelítés alkalmazásával \(fordítás\)](#)

## AJÁNLÁS

A dokumentum a korábbtól eltérő, új szemléletet és stratégiai irányt kínál a hazai népegészségügyi döntéshozók, oktatók és gyakorlati szakemberek számára. Ahhoz, hogy az új szemlélet mihamarabb megjelenjen a képzésben, majd a területi munkában, kívánatos minél szélesebb körben megismertetni.

## SZAKDOKUMENTUMOK

## Szakedokumentum: A jólét elérése – Globális keretrendszer a jólétnek a népegészségügybe való integrálására egészségfejlesztési megközelítés alkalmazásával

*Report: Achieving well-being – A global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach*

Fordító: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.12244](https://doi.org/10.58701/mej.12244)

**Lefordított dokumentum:** World Health Organization WHA 76 | Achieving well-being: A global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach.

(6 April 2023) <https://www.who.int/publications/m/item/wha-76---achieving-well-being--a-global-framework-for-integrating-well-being-into-public-health-utilizing-a-health-promotion-approach>

**Kulcsszavak:** jólét; népegészségügy; egészségfejlesztés; WHO

**Keywords:** wellbeing; public health; health promotion; WHO

### Absztrakt

A [WHA75.19](#) határozatnak megfelelően és az [EB152/20](#) dokumentumban leírtak szerint a globális keretrendszer rendelkezésre áll a 2023. május 21–30. között megrendezésre kerülő hetvenhatodik Egészségügyi Világközgyűlés számára.

2022-ben a hetvenötödik Egészségügyi Világközgyűlés felkérte az Egészségügyi Világszervezet (WHO) főigazgatóját, hogy – a WHO megbízatásán belül – dolgozzon ki egy keretet a jólét elérésére, amely a fenntartható fejlődés 2030-ig szóló menetrendjére és az abban foglalt tizenhét fenntartható fejlődési célra épül, és a tagállamokkal konzultálva határozza meg az egészségfejlesztés ebben betöltött szerepét.

A jólét elérése: A jólétnek a közegészségügybe való integrálásának globális kerete az egészségfejlesztési megközelítést alkalmazva hat stratégiai irányt javasol a társadalmi jólét előmozdítására. A globális egészségügyi közösség és az országok tapasztalataiból származó leghatékonyabb politikai irányvonalakat foglalja össze.

Az egészség előmozdítására és védelmére irányuló számos intézkedés az egészségügyi ágazaton kívül esik, és szoros együttműködést igényel más ágazatokkal. Ez a keretrendszer útmutatóként szolgál a különböző ágazatok és érdekelt felek számára, hogy koherens és összehangolt módon vegyenek részt egy közös cél érdekében: az emberek és a bolygó egészségének fenntartható és méltányos módon történő elő-

mozdítása érdekében. Rávilágít a társadalmi jólét és fejlődés különböző aspektusaira, amelyeket jellemzően különálló és elkülönült területként kezelnek, és olyan politikai irányvonalakat javasol, amelyek a kölcsönös előnyök előmozdítását szolgálják azáltal, hogy egy olyan társadalom létrehozására irányuló közös cél érdekében dolgoznak, amely mindenki jólétét szolgálja.

A keretrendszer a hatékony partnerségekre, valamint a kormányzat, a köz- és magánszervezetek nem állami szereplői – az egészségügyi ökoszisztémán belül és kívül – közös és összehangolt fellépéseire támaszkodik, az "egész kormányzat" és az "egész társadalom" megközelítést alkalmazva.

# A jólét elérése

Globális keretrendszer a jólétnek a népegészségügybe való integrálására egészségfejlesztési megközelítés alkalmazásával

*"A világ olyan egymást érő válságokkal néz szembe, amelyek már az emberiség túlélését fenyegetik. Mindezekkel a válságokkal – és a megelőzésük, a kezelésük módjával – a Fenntartható Fejlődési Célokban holisztikusan foglalkoznak. Magunkat veszélyeztetve hagyjuk ezeket figyelmen kívül."*

*(ENSZ-főtitkár, Fenntartható fejlődési célokról szóló jelentés, ENSZ, 2022)*

## TARTALOMJEGYZÉK

|                                                                                                                                                                                                                |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>I. A KERETRENDSZERRŐL .....</b>                                                                                                                                                                             | <b>80</b>  |
| <b>II. BEVEZETÉS: A JÓLLÉTI TÁRSADALMAK.....</b>                                                                                                                                                               | <b>80</b>  |
| A. Az egészséget és a jóllétet elősegítő társadalmak.....                                                                                                                                                      | 81         |
| B. A jóllét eróziójának alapvető okai és társadalmi hatásai .....                                                                                                                                              | 82         |
| C. Társadalmi jóllét és sebezhetőség.....                                                                                                                                                                      | 83         |
| D. Egészségfejlesztés: a jólléthez vezető kritikus út.....                                                                                                                                                     | 84         |
| <b>III. A WHO A JÓLLÉTRE ÖSSZPONTOSÍT .....</b>                                                                                                                                                                | <b>85</b>  |
| <b>IV. A JÓLLÉT GLOBÁLIS KERETE .....</b>                                                                                                                                                                      | <b>86</b>  |
| A. Vízió .....                                                                                                                                                                                                 | 87         |
| B. Cél.....                                                                                                                                                                                                    | 87         |
| C. Fő célkitűzések .....                                                                                                                                                                                       | 87         |
| D. A jóllét alapjai .....                                                                                                                                                                                      | 87         |
| E. Stratégiai irányok és megvalósítható szakpolitikai irányvonalak .....                                                                                                                                       | 88         |
| <b>1. Stratégiai irányvonal: A Föld és ökoszisztémáinak ápolása .....</b>                                                                                                                                      | <b>89</b>  |
| <b>2. Stratégiai irány: A szociális védelmi és jóléti rendszerek méltányosságon, befogadáson és szolidaritáson alapuló kialakítása .....</b>                                                                   | <b>91</b>  |
| <b>3. Stratégiai irány: Az emberi fejlődést szolgáló, méltányos gazdaságok kialakítása és végrehajtásának támogatása .....</b>                                                                                 | <b>93</b>  |
| <b>4. Stratégiai irányvonal: A méltányos, általános egészségügyi ellátás előmozdítása az egészségügyi alapellátás, az egészségfejlesztés és a megelőző szolgáltatások révén .....</b>                          | <b>96</b>  |
| <b>5. Stratégiai irány: Olyan méltányos digitális rendszerek előmozdítása, amelyek közhasznú szolgáltatásokat nyújtanak, hozzájárulnak a társadalmi kohézióhoz és mentesek a kereskedelmi érdekektől .....</b> | <b>99</b>  |
| <b>6. Stratégiai irány: A jóllét mérése és nyomon követése .....</b>                                                                                                                                           | <b>100</b> |
| <b>V. A JÖVŐ ÚTJA.....</b>                                                                                                                                                                                     | <b>102</b> |
| <b>VI. HASZNOS HIVATKOZÁSOK ÉS TOVÁBBI OLVASNIVALÓK .....</b>                                                                                                                                                  | <b>104</b> |
| Honlapok .....                                                                                                                                                                                                 | 108        |

## I. A KERETRENDSZERRŐL

2022-ben a hetvenötödik Egészségügyi Világszervezet (WHO) főigazgatóját, hogy – a WHO széles körű megbízatásán belül – dolgozzon ki egy keretrendszert a jólét elérésére, a Fenntartható Fejlődés 2030-ig Szóló Menetrendjére és a tizenhét fenntartható fejlődési céljára építve, és a tagállamokkal konzultálva határozza meg az egészségfejlesztés ebben betöltött szerepét.

*A jólét elérése: A jólétnek a népegészségügybe való integrálásának globális kerete* az egészségfejlesztési megközelítés alkalmazásával kulcsfontosságú stratégiai irányokat ad a "jóléti társadalmak" eléréséhez.<sup>1,2</sup> A dokumentum a globális egészségügyi közösség leghatékonyabb stratégiai irányait és politikai irányvonalait foglalja össze, és átfogó útmutatóként szolgál a tagállamok és partnereik számára a mindenki számára elérhető jóléti társadalmak kialakításának elősegítésére irányuló erőfeszítéseikhez.

Tekintettel arra, hogy az egészségügyi rendszeren kívül gyakran kell feladatokat végrehajtani, a Keretrendszer közös nyelvet és célt is biztosít az egyes ágazatok és partnerek számára, hogy összehangolt módon tudjanak a jóléti társadalom megvalósításában részt venni.

A Keretrendszer a hatékony partnerségek megerősítésére, valamint a kormányzat, a nem állami köz- és magánszervezetek szereplői – az egészségügyi ökoszisztémán belül és kívül – közös és összehangolt fellépésére támaszkodik, hogy elősegítse

az összkormányzati és az osztályszintű megközelítéseket, amelyek a lakosság és a bolygó egészségének javát szolgálják.

## II. BEVEZETÉS: A JÓLLÉTI TÁRSADALMAK

A "jóléti társadalmak" perspektívája – amely részben az őslakosok tudásrendszereinek megismeréséből és megbecsüléséből ered – megteremti az alapokat ahhoz, hogy a jelenlegi és a jövő generációk minden tagja egy egészséges bolygón boldogulhasson, a válságok ellenére, és függetlenül attól, hogy hol él. Ez a megközelítés azt hangsúlyozza, hogy az élet minden egyéni és kollektív dimenziója fontos a teljes életút során. A jóléti társadalmak olyan bátor szakpolitikákat és átalakító megközelítéseket alkalmaznak, amelyek többek között a következőkre épülnek:

- Az egészség pozitív szemlélete, amely magában foglalja a fizikális, mentális, pszichológiai, érzelmi, spirituális és szociális jólétet.
- Az emberi jogok, a társadalmi és környezeti igazságosság, a szolidaritás, a társadalmi nemek közötti és nemzedékek közötti egyenlőség, valamint a béke elvei.
- A siker új, a bruttó hazai termék (GDP) túli olyan mutatói<sup>3</sup>, amelyek figyelembe veszik az egyéni és társadalmi jólétet, és új prioritásokhoz vezetnek az egészségügyi közkiadások terén.
- Az egészségfejlesztés középpontjában a felhatalmazás, a befogadás, a méltányosság és az értelemtelenség részvétel áll.

<sup>1</sup> A Keretrendszerben használt kifejezések összhangban vannak a következőkkel: Egészségfejlesztési fogalomtár 2021. Genf: World Health Organization: 2021 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349> Hozzáférés: 2023. március 29.

<sup>2</sup> Fordító: Ebből válogatás: [Szakdokumentum: Válogatás az Egészségügyi Világszervezet 2021-es Egészségfejlesztési szótárából \(fordítás\)](#)

<sup>3</sup> Fordító: Ehhez lásd még: [Hol a boldogság mostanában?](#)

A jóléti perspektíva felé mutató növekvő lendület olyan új társadalmi szerződést követel, amely a politikai és társadalmi döntéshozatal középpontjában a társadalmi, gazdasági és környezeti szempontokat egyensúlyba hozza. Az ilyen szakpolitikák és intézkedések a kormányzat és a társadalom egészét átfogó megközelítéseken alapulnak, amelyek célja az összehangoltabb és egymáshoz jobban illeszkedő válaszok elérése.

A jóléti megközelítések megvalósíthatósága megköveteli, hogy a kormányzat és a legfontosabb érdekelt felek közös irányadó elvek és referenciakeret köré szerveződjenek, világosan meghatározott tevékenységekkel és elszámoltathatósági mechanizmusokkal. Az egészségügyi minisztériumok, ügynökségek és szervezetek döntő szerepet játszanak annak az elképzelésnek az előmozdításában, hogy az egészségbe való befektetés az általános társadalmi jóléthez és a fenntartható fejlődéshez vezet. Ahhoz, hogy ezt hatékonyan tehessék, ezeknek a szervezeteknek át kell alakítaniuk és meg kell erősíteniük intézményi kapacitásaikat, hogy az egészséggel kapcsolatos szempontokat más szakpolitikákba, programokba és ágazatokba integrálják.

### **A. Az egészséget és a jólétet elősegítő társadalmak**

A jólét nagyobb hangsúlyozása felé mutató kezdeményezések több évtizeden keresztül folyamatosan erősödtek, amint azt az egymást követő globális egészségügyi nyilatkozatok és charták is tükrözik, amelyek az egészséget és a jólétet annak felismerésében gyökereztetik, hogy mindkettőt társadalmi, gazdasági, politikai, környezeti és kereskedelmi meghatározó tényezők befolyásolják.

Az 1978-as *Alma-Atai Nyilatkozat* az egészségügyi alapellátást kulcsfontosság-

únak nevezte az "Egészséget mindenkinek" célkitűzés eléréséhez. Az egészség és a jólét fogalmát tovább bővítették az *Ottawai Charta az Egészségfejlesztésről* dokumentumban, amely az egészséget az egyén által megélt állapotként, valamint a mindennapi élet erőforrásaként határozta meg (1986). Az életmódok individualista felfogásának meghaladásával, valamint a társadalmi környezet és a szakpolitika hangsúlyozásával az irányultság folyamatosan eltolódott az egyéni kockázati tényezők vagy kockázati magatartásformák középpontba állításáról a cselekvések és az embereket befolyásoló tényezők kontextusának és következményeinek figyelembevétele felé.

Az Egészség Társadalmi Meghatározó Tényezői Bizottság mérföldkönek számító jelentése, amelynek címe *A szakadék megszüntetése egy generáció alatt*, egy hatásmodellt állított fel az egészség és a jólét egyenlőtlen eloszlását befolyásoló tényezők magyarázatára. Ezek a "strukturális meghatározó tényezők" magukban foglaltak minden olyan társadalmi és politikai mechanizmust – beleértve a kormányzást, a makrogazdasági politikát, a szociálpolitikát, a közpolitikát, valamint a társadalmi és kulturális értékeket –, amelyek egy társadalomban a társadalmi-gazdasági helyzetet kialakítják, módosítják és fenntartják. 2009-ben az Egészségügyi Világszervezet Közgyűlése megvizsgálta a jelentést, és felszólította a tagállamokat, hogy vállaljanak politikai kötelezettségeket az egészséget meghatározó társadalmi tényezők kezelésére, amelyek egyenlőtlen egészségügyi eredményekhez vezetnek a szociális védelmi politikák révén.

A *Riói Politikai Nyilatkozat az Egészség Társadalmi Meghatározóiról* (2011), amelyet az Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottság munkája inspirált, meghatározta az országok és a globális egészségügyi partnerek számára a legfontosabb intézkedéseket az egészség terén a nagyobb

egyenlőség elérése és az egészség és jólét szempontjából alapvető fontosságú javakhoz és szolgáltatásokhoz való méltányos hozzáférés előmozdítása érdekében. Ezt a nyilatkozatot a tagállamok 2012-ben jóváhagyták.

A 2016-os *Sanghaji Nyilatkozat az Egészség Előmozdításáról a Fenntartható Fejlődési Menetrend 2030-ig* dokumentum arra ösztönözte minden ágazat és a kormányzás minden szintjeinek vezetőit, hogy az egészséget és a jólétet az összes fenntartható fejlődési célban támogassák. A *Genfi Charta a jólétről*<sup>4</sup> – a 2021-es 10. Globális Egészségfejlesztési Konferencia záródokumentuma – hangsúlyozza a fenntartható jóléti társadalmak megteremtésének és az igazságos egészség megvalósításának sürgősségét anélkül, hogy bolygónk egészségét károsítanánk.

## B. A jólét eróziójának alapvető okai és társadalmi hatásai

A *Fenntartható Fejlődési Célok egyetemessége és összekapcsolódása a Fenntartható Fejlődési Menetrend 2030-ig* egyik fő jellemzője. Azzal a növekvő felismerésre válaszul alakították ki, hogy az egyidejű és összetett alkalmazkodási tényezők ágazatokon és kialakult silókon átívelve, a társadalom különböző szegmenseire kiterjedően befolyásolják a fejlődést. A Fenntartható Fejlődési Célok az egész világot érintik, integráltak és oszthatatlanok, kiegyensúlyozottan kezelik a gazdasági, társadalmi és környezeti dimenziókat. Az egészséget és a jólétet hasonlóképpen olyan tényezők határozzák meg, amelyek kívül esnek azon, amit hagyományosan az egészségügyi ágazatnak tekintünk, nevezetesen az egészséget meghatározó, egymást átfedő és metsző

társadalmi, strukturális, gazdasági, politikai, környezeti és kereskedelmi tényezőkön keresztül.

A legfontosabb fenntartható fejlődési kihívások, beleértve az egészségre és jólétre gyakorolt hatásokat is, közösek, és a következő okokhoz kapcsolódnak:

- **A tömeges, intenzív termelésen és fogyasztáson alapuló gazdasági fejlődési modellek**, amelyek hozzájárulnak a nem fertőző betegségek terjedéséhez, a természetes ökoszisztémák degradációjához, valamint a kevesek profitjának előtérbe helyezéséhez, szemben a következményeket viselő és a költségeket fizető emberekre és a bolygóra gyakorolt hatásokkal.
- **Az erőforrások egyenlőtlen elosztása** politikai örökséget tükröz, amely hatással van az emberek és a bolygó egészségét meghatározó társadalmi, strukturális, gazdasági, politikai, környezeti és kereskedelmi tényezőkre.
- **Törékeny egészségügyi, szociális védelmi rendszerek és meggyengült közszolgáltatások**, amelyek a közvagyon és a bürokrácia növekvő privatizációján, a szolgáltatási normák vagy a hozzáférés és az ellátás, a karbantartás és a beruházások egyenlőségének biztosításához szükséges állami irányítás nélküli szerződéses modelleken, valamint a kormányzat és a közigazgatás gyengébb nyilvános elszámoltathatóságán alapulnak, növelve az egészségügyi és szociális egyenlőtlenségek közötti különbségeket.
- **A digitális átalakulás** egyrészt lehetőségeket teremt a digitális egészségügyi megoldások számára, másrészt potenciálisan egyenlőtlenségi szakadékot generál az egészségügyi ellátás-

<sup>4</sup> Fordító: Magyarul lásd: [Genfi Nyilatkozat a jólétért](#)

hoz való hozzájárulás, a gazdasági szerepvállalás, a félretájékoztatás és a társadalmi zavarok és a bizalmatlanság messzemenő kockázatai terén.

- **A gyors, nem tervezett urbanizáció és a népességnövekedés** összetett társadalmi-gazdasági, politikai és környezeti összefüggésekben az egyéni és társadalmi jólétet fenyegető veszélyek növekedését eredményezi.
- **Ellenőrizetlen technológiai innováció**, amely etikai kérdéseket vet fel, és amelyet jellemzően nem támaszt alá az emberi és a bolygó ökoszisztémáira gyakorolt egészségügyi hatások értékelése.

### C. Társadalmi jólét és sebezhetőség

A világ összetett bizonytalanságokkal, sokkhatásokkal és egyidejű, egymással összefüggő válságok sorozatával szembeül: a klímaváltozástól és a környezetromlástól kezdve a járványokon és világjárványokon át a tartós instabilitásig, a humanitárius katasztrófákig, konfliktusokig és gazdasági zavarokig. A társadalom a saját bőrén tapasztalja meg, hogy az egészségügy, a környezetvédelem és a gazdaság jelenlegi megközelítései nem ellenállók az elhúzódó és egyidejűleg jelentkező válságokkal szemben, amelyek aláássák az emberek egészségét, és végző soron aláássák az egyéni és társadalmi jólétet.

Az országok különbözőképpen érzékenyek a válságokra és azok súlyosabb hatásaira, így a nemzetek és közösségek nagyon különböző módon vannak kitéve a válságoknak és a cselekvésre való ösztönzésnek. A Covid-19 világjárvány például számos, a társadalomban meglévő törést és egyenlőtlenséget, a jelenlegi gazdasági modellek törékenységet tárta fel, és rávilágított az egészséget meghatározó számos társadalmi, gazdasági, politikai,

környezeti és kereskedelmi tényező jelentőségére. A tragikus emberveszteség ellenére világosan megmutatta azt is, hogy az egészségre összpontosítva milyen rendkívüli eredményeket hozhat az összkormányzati, többoldalú és több ágazatot átfogó valódi együttműködés. Rávilágított továbbá az ellenálló közösségek és állami rendszerek megerősítésének alapvető fontosságára, miközben a kiszolgáltatott helyzetben lévő emberek szükségleteivel is foglalkozni kell.

A jólétet a WHO eredeti megfogalmazása szerint az egészség minden egyén számára egy pozitív, céltudatos és tapasztalati állapot: "Az egészség a teljes fizikai, mentális és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy gyengeség hiánya". Az egészség fenntartása és védelme válságok idején integrált gondolkodást és cselekvést igényel a társadalmi, közösségi és egyéni jólét vonatkozásában, valamint a hozzáállás megváltoztatását és a kulcsfontosságú társadalmi struktúrákba való befektetést – különösen azokba, amelyek lehetővé teszik az emberek számára, hogy jobban irányítsák saját életüket és egészségüket.

Ahol az ilyen válságok elhúzódnak, átfednek a természeti katasztrófákkal, szélsőséges éghajlati jelenségekkel, az élelmiszerhiány időszakával, az élelmiszerárakra ható inflációhoz hasonló gazdasági hatásokkal, a tiszta víz hiányával és a gyenge egészségügyi rendszerekkel, a járványok kitörésének valószínűsége megnő, ami felerősíti az eredeti válságok hatásait. Mivel a válságkezelés és a helyreállítás, a humanitárius vészhelyzeti válaszok és a nemzeti fejlesztési megközelítések közötti hagyományos határok elmosódnak, az alkalmazkodás a társadalmi értékek és intézkedések alapvető átirányítását igényli az egészség és a jólét fenntartása és védelme érdekében minden szinten.

Mindenekelőtt az egészségre és a jólétre úgy kell tekinteni, mint olyan alapvető társadalmi értékekre, amelyeket meg kell védeni az erózió ellen. A válságok összeadódása a legsúlyosabb hatásokat számos olyan kiemelt területen okozza, amelyeket a Fenntartható Fejlődési Menetrend 2030-ig és annak tizenhét fenntartható fejlődési célja is kiemel: élelmiszer- és energiabiztonság; a tiszta vízhez és higiéniához való hozzáférés; az oktatáshoz való hozzáférés; a szegénység enyhítése és tisztességes munka; a gazdasági és politikai stabilitás; az emberi jogok; az emberek biztonságos mozgása; és a környezetvédelem.

Az orvosi egészségügyi paradigma főként az egyénekre összpontosít, betegségközpontú, és a kezeléshez és az ellátáshoz való méltányos hozzáférést követeli mindenki számára. A megelőző megközelítések kockázatorientáltak, valamint népesség és közösség szintű megelőzésen alapulnak. Az egészségfejlesztés középpontjában az egészséget szolgáló jó kormányzás áll, amely az emberek életkörülményeire, például a tágabb értelemben vett társadalomra és az egészséget meghatározó tényezőkre, valamint az emberek és közösségek döntésre felkészítésére fókuszál. Mindezek felett a jólét a holisztikus, anyagi és szellemi jólét kapcsolati állapotaként értelmezhető az egyes embereken belül és az emberek között a társadalomban. Végül az "Egy az egészség"<sup>5</sup> megközelítés integrálja a nyugati és az őslakosok tudását, a bolygót élőlénynek, az emberekkel való kapcsolatát pedig kiegyensúlyozott és szimbiózisban lévő kölcsönösségnek tekinti.

Ahogy a különböző globális válságokat sem lehet elszigetelten kezelni, úgy a jövő egészségügyi paradigmájának is tartal-

maznia kell az orvosi, a megelőző és az egészségfejlesztési paradigma elemeit.

#### D. Egészségfejlesztés: a jóléthez vezető kritikus út

Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy **növeljék az egészségük feletti kontrollt és javítsák azt**. A népegészségügy egyik fő funkciójaként az egészségfejlesztés támogatja a kormányokat, a közösségeket és az egyéneket abban, hogy megbirkózzanak az egészségügyi és jóléti kihívásokkal, és kezeljék azokat, hogy az egészséget meghatározó tényezőkre összpontosító és az "Egészséget minden szakpolitikában" szemléletű megközelítések, valamint az egyéni viselkedésváltoztatás révén egészségesebb népeket és környezetet alakítsanak ki. Ezt érdekérvényesítés, közvetítés és felhatalmazás révén éri el.

**Érdekképviselés:** Az egészségfejlesztés a szakpolitikák és programok átfogó befolyásolására törekszik azáltal, hogy az egészséget és a jólétet a társadalmi és személyes fejlődés alapvető értékeinek tekinti. A jólét perspektívája támogatja a külső nyomással és kihívásokkal való megbirkózáshoz szükséges képességeket, az egészséges választásokat elősegítő környezeten keresztül.

**Közvetítés:** Az egészségfejlesztés minden ágazatban és tudományágban releváns, és akkor válik hatékonnyá, ha a multiszektorális megközelítés révén az egyes érdekelt felek szakterületének kölcsönös megértését ötvözi, és arra épít. Fontos felismerni – és értékelni –, hogy az egészség és a jólét előmozdítását gyakran olyan emberek végzik, akik nem egészség-

<sup>5</sup> Fordító: Erről lásd még: [Cikkismertetés: Mi is az „Egy az egészség”?](#)

ügyi szakemberként képzettek. Például a tanárok, sportedzők, közösségi munkások és sokan mások létfontosságú szerepet játszanak az egészséget támogató környezet kialakításában és a rossz egészségi állapotot meghatározó tényezők kezelésében. Az egészségfejlesztés különböző érdekek közötti közvetítést igényel. Mivel az egészségügyi eredményeket az egészségügyi ágazaton kívüli szakpolitikák és intézkedések is befolyásolják, létfontosságú, hogy megértsük és értékeljük más ágazatok érintetteinek célkitűzéseit és céljait, és hogy azonosítsuk azokat a lehetőségeket, amelyek elősegítik az egészség javulását. Napjaink legnehezebb és legösszetettebb problémái közül néhány azonban "ördögi"<sup>6</sup>, azaz nehezen megoldható. Ezen összetett problémák közül sok veszélyezteti az emberi egészséget. Az éghajlatváltozás, a biológiai sokféleség csökkenése, a környezetszennyezés, a tartós szegénység, az egyre terjedő elhízási járvány és az élelmiszer-biztonság hiánya mind-mind példák az ilyen "ördögi" problémákra. Számos ilyen probléma kezelésére azonban komoly bizonyítékok állnak rendelkezésre, amelyek leírják a megoldásokat.

**Felhatalmazás:** Az egészségfejlesztés a konzultáción, a részvételen vagy az elkötelezettség egyéb formáin túl az egyéni és közösségi felhatalmazás erősítésének egyik eszköze. Ez megfelelő egészségismereteket, közösségi felelősségvállalást és olyan fellépést feltételez, amely kifejezetten a társadalmi és politikai változást célozza. A tagállamok és a kulcsfontosságú érintettek az egészségfejlesztést az egészség és a jólét előmozdítására használhatják a felhatalmazáson keresztül: személyes cselekvés ösztönzése, érintetti csoportok fejlesztése, közösségi szerve-

zetek és partnerségek, valamint társadalmi és politikai cselekvés révén.

A többi népegészségügyi funkcióhoz hasonlóan az egészségfejlesztés végső célja az egészségi állapot javítása, valamint a lakosság és a közösségek fizikai, mentális, társadalmi és gazdasági jólétének támogatása, beleértve az életminőség, a funkcionalitás, a függetlenség, a méltányosság, a halálozás és a megbetegedések javulását. Az egészséget meghatározó tényezőkkel kapcsolatos korábbi munkák gyakran az egészségre gyakorolt negatív hatásokat, például az egyenlőtlenségeket, a társadalmi különbségeket, a kirekesztést stb. veszik figyelembe. Az egészségfejlesztés révén azonban az emberek születésének, növekedésének, tanulásának, munkájának és öregedésének körülményei is befolyásolhatók úgy, hogy azok pozitív hatást gyakoroljanak az egészségre, például az egészséget támogató termékek, szolgáltatások és áruk támogatása, a befogadó társadalmakat alakító közpolitikák és az embereket és közösségeket döntésekre felkészítő kormányzási mechanizmusok.

### III. A WHO A JÓLLÉTRE ÖSSZPONTOSÍT

Az egyéni és társadalmi jólét lehető legmagasabb szintjének elérése a WHO alapvető célkitűzése. Mivel ezt a célkitűzést egyértelműen számos, az egészségügyi ágazaton kívüli politikai döntés is befolyásolja, a WHO alapszabálya körvonalazta a szervezetre bízott feladatokat, hogy tágabb megbízatását teljesítse. Ezek közé tartozik többek között a következők előmozdítása:

---

<sup>6</sup> Fordító: Ehhez lásd még: [Milyen legyen a népegészségügy legújabb iránya? Vitaindító az új népegészségügyi szemlélet sajátosságairól](#)

- szükség esetén más szakosított ügynökségekkel együttműködve a táplálkozás, a lakhatás, a higiénia, a rekreáció, a gazdasági vagy munkakörülmények és a környezeti higiénia egyéb szempontjainak javítása; és
- az egészség fejlesztéséhez hozzájáruló tudományos és szakmai csoportok közötti együttműködés.

Ez a Keretrendszer teljes mértékben összhangban van a WHO széles körű megbízásával és feladataival.

Amikor a világ 2015-ben új és ambiciózus fejlesztési menetrendet és fenntartható fejlődési célokat fogadott el – az előző millenniumi fejlesztési célokra építve, amelyek a szegénység csökkentésére irányuló erőfeszítéseket az alacsony és közepes jövedelmű országokra összpontosították –, a WHO ugyanilyen ambiciózusan lépett fel, és az egészséget a Fenntartható Fejlődési Célok esetében is támogatta, valamint azon dolgozott, hogy mindenki számára, minden életkorban biztosítsa az egészséges életet és elősegítse a jóllétet, miközben senkit sem hagy hátra. A WHO szerepe nélkülözhetetlen a Fenntartható Fejlődési Menetrend 2030-ig céljainak az egészség és a jóllét tekintetében történő továbbvitelében.

A WHO 13. Általános Munkaprogramja összefüggő stratégiai prioritásokat (a "3 milliárd célt") határozott meg e célok elérése érdekében, és mérhető teszi a kapcsolódó feladatokat is. Célja, hogy 2025-ig (1) egymilliárd emberre kiterjessze az általános egészségügyi lefedettséget, (2) egymilliárd embert felkészítsen az egészségügyi vészhelyzetek jobb kezelésére, és (3) egymilliárd ember egészségét és jóllétét javítsa. A WHO az *Egészségesebb népesség előmozdítása keretrendszer* révén a harmadik célra, az egészség és a jóllét javítására összpontosít, és útmutatást nyújt a különböző társadalmi, gazdasági és

környezeti politikai és programozási kezdeményezésekhez.

#### IV. A JÓLLÉT GLOBÁLIS KERETE

A jóllétre vonatkozó menetrend kialakításához először is létre kell hozni egy keretet, amely közös értelmezést és konszenzust teremt a legfontosabb szakpolitikai irányok körül. A Keretrendszer magában foglalja az egészségfejlesztés központi gondolatait és funkcióit, és az egyetemesség és a méltányosság elveire épül, a legnagyobb erőfeszítéseket a leginkább rászoruló népességcsoportokra irányítva. Hangsúlyozza, hogy fokozni kell az emberek és a bolygó érdekében a kormányok és partnerek közös elszámoltathatóságát a fenntartható beruházások maximalizálása, valamint az értékarányos és a célnak megfelelő társadalmi eredmények elérése érdekében a jelenlegi és a következő generációk számára.

A Keretrendszer egy jövőképet, egy átfogó célt, fő célkitűzéseket, alapelveket, valamint egyelőzetes végrehajtási és nyomonkövetési tervet tartalmaz.

A jóllét elérésére irányuló erőfeszítések túlmutatnak egyetlen ágazat hatáskörén, és többoldalú, kollektív és összehangolt válaszokat igényelnek. A végrehajtás hatékony partnerséget igényel, mivel csak közös munkával teljesülhet a mindenki számára elérhető társadalmi jóllét víziója. Elismerve, hogy a nemzeti kontextusok és prioritások jelentősen eltérnek egymástól, a Keretrendszer átfogó összefoglalót nyújt a különböző szereplők – többek között a minisztériumokon belüli szereplők, a köz- és magánszektorbeli partnerek, valamint a civil társadalom – közös munkájáról.

A fő célközönség a közösségek és a kormányok kulcsfontosságú érintettei, helyi és nemzeti szinten, akik az egészségügyi ágazaton belül és kívül dolgoznak.

## A. Vízió

Társadalmi jólét, amely lehetővé teszi, hogy minden ember boldoguljon és teljes fizikális és mentális egészségi potenciálját kiaknázhassa egész életében és generációkon átívelően.

## B. Cél

A méltányos egészség megvalósítása mellett most és a jövő nemzedékek számára elkötelezett tagállamok ösztönzése, megerősítése és támogatása a fenntartható, jóléti társadalmak átalakító változásokkal történő létrehozására irányuló erőfeszítéseikben.

## C. Fő célkitűzések

Ennek az ambiciózus célnak az eléréséhez konkrétabb célokat kell kitűzni, amelyek a következőket foglalják magukban:

- a) Több ágazat magas szintű döntéshozóinak, kulcsfontosságú szereplőinek és nyilvánosságának cselekvésbe, valamint a mindenki egészségét és jólétét javító szakpolitikák és programok kialakításába történő bevonása
- b) Az átalakító változások előmozdítása összehangolt ágazatközi fellépések révén, valamint hozzájárulás a méltanyosságon, befogadáson, szolidaritáson és fenntartható fejlődésen alapuló, ellenálló társadalmak építéséhez.
- c) A meglévő fenntartható fejlődés, az általános egészségügyi ellátás és más, az egészséggel kapcsolatos célok, stratégiák, keretrendszerek és cselekvési tervek felé történő haladás felgyorsítása az egészségfejlesztés támogatásával
- d) Kutatások végzése az egészségfejlesztés legjobb gyakorlatainak és azok hatásainak, valamint a lakosság köré-

ben a fogyasztásra és a magatartásra gyakorolt hatásuknak a megértése érdekében.

- e) Olyan társadalmi, fizikai és gazdasági környezet megteremtése, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy maguk irányítsák saját életüket, egészségüket és jólétüket.
- f) Az egészségműveltség fejlesztése az egészség és a jólét javítása érdekében mindenki számára.
- g) Az egészségfejlesztési kapacitás és gyakorlat fejlesztése a jelenlegi és a kialakulóban lévő népegészségügyi kihívások kezelése érdekében, beleértve a digitális átalakulásra való összpontosítást.
- h) A nemzetközi pénzügyi intézményekkel és releváns érintettekkel való együttműködés előmozdítása a fenntartható finanszírozás előmozdítása érdekében valamennyi ország lakossága jólétének és egészségének javítását célzó szakpolitikák finanszírozása érdekében.
- i) A jóléti kormányzás nemzetközi és nemzeti szintű megerősítése, valamint a tagállamok támogatása a Keretrendszer célkitűzéseinek elérésére irányuló erőfeszítéseikben.

## D. A jólét alapjai

- A pozitív jóléttel rendelkező társadalmak biztosítják az alapokat ahhoz, hogy a jelenlegi és a jövő generációk minden tagja egy egészséges bolygón boldogulhasson, függetlenül attól, hogy hol él. Az ilyen társadalmak olyan bátor politikákat és átalakító megközelítéseket alkalmaznak, amelyek az egészség pozitív szemléletén alapulnak, amely integrálja a fizikális, mentális, lelki és szociális jólétet.
- A hatékony, biztonságos, megfizethető és minőségi egészségügyi rend-

szerekhez való általános hozzáférés, amelyek fenntartják a kiszolgáltatott népességcsoportok pénzügyi védelmét.

- Az emberi jogok, a társadalmi és környezeti igazságosság, a fenntartható fejlődés, a szolidaritás, a méltányosság, a bioetika, a társadalmi nemek és a generációk közötti egyenlőség, az interkulturalitás és a béke alapelvei.
- Társadalmak, amelyek nagy hangsúlyt fektetnek a nem fertőző betegségek, például a rák, a szív- és érrendszeri betegségek, a cukorbetegség, a légzőszervi betegségek vagy az elhízás fő kockázati tényezőinek kezelésére. Jólleti társadalmak azok, amelyek kedvező környezetet teremtenek az emberek számára, hogy fizikailag aktívabbak legyenek, tartósan támogatják az ételmisszerellátási programokat, képessé teszik az embereket az egészséges táplálkozásra és a kevesebb alkoholfogyasztásra, valamint a dohánymentes társadalmak.
- Elkötelezettség a tiszta levegő, a tiszta ivóvíz, és a fenntartható, alacsony szén-dioxid-kibocsátású fejlődés mellett, amely az emberek közötti kölcsönösségen és tiszteleten, valamint a természettel való békés együttélésen alapul.
- Társadalmak, amelyek azonosítják a mentális egészséget fenyegető főbb kockázatokat, és elkötelezik magukat a mentális egészség előmozdítását elősegítő környezet megteremtése mellett.
- A siker új, a GDP-n túli mutatói, amelyek figyelembe veszik az emberek és a bolygó jólétét, és a közkiadások új prioritásaihoz vezetnek.

- A társadalmi jólét elengedhetetlen az egyéni jólét feltételeinek megteremtéséhez, amelyben a társadalmi struktúrák és rendszerek elősegítik a népesség szintű egyenlőséget az egészséget meghatározó tényezők tekintetében. Ennek eredményeképpen az egyének kevesebb akadállyal szembesülnek az egészségfejlesztő erőforrásokhoz való hozzáféréshez és az egészséges életmódok megvalósításához.
- Az egészségfejlesztés alapvetően az „Egészséget minden szakpolitikába” elven, az egészséges környezetben, a felhatalmazáson, a befogadáson, a méltányosságon és az értelmes részvételen alapul.

### E. Stratégiai irányok és megvalósítható szakpolitikai irányvonalak

A jólleti megközelítésnek az egészségfejlesztés szemszögéből történő megvalósításához ez a Keretrendszer stratégiai irányokat, kapcsolódó szakpolitikai irányvonalakat javasol, valamint a nemzeti végrehajtási módokra példákat mutat be a jelenlegi és jövőbeli népegészségügyi kihívások enyhítése érdekében, és megteremti a feltételeket a kormányzat és az emberek számára az egészség és a jólét előmozdításához egy globalizált világban.

A Keretrendszer várhatóan felgyorsítja a WHO meglévő globális cselekvési terveiben felvázolt intézkedéseket is, amelyek segítik az országokat a betegségteher leküzdésére és az egészségesebb népesség előmozdítására vonatkozó, elfogadott célok elérésében.



Ilyenek többek között az *Egészséges Életet és Jólétet Mindenkinél Globális Cselekvési Terv*, a kapcsolódó kötelezettségvállalások az ügynökségek közötti együttműködés megerősítésére, hogy közös fellépéseket tegyenek, és összehangoltabb támogatást nyújtsanak az országok által kidolgozott és vezetett nemzeti terveknek és stratégiáknak; az egészségügyi alapellátás mérési kerete és az egészségügyi rendszerek egészségügyi alapellátás szemszögéből történő nyomon követésére szolgáló mutatók, valamint a nemek közötti egyenlőség, a méltányosság és az emberi jogok előmozdítása a népegészségügyi politikákban és programokban; az *Anyák, Csecsemők és Kisgyermekek Táplálkozásának Globális Nyomon Követési Kerete*; az *Étrenddel, Testmozgással és Egészséggel Kapcsolatos Globális Stratégia*; a *WHO Egészséges Munkahelyi Kerete*; az *Egészségfejlesztő Iskolák Globális Standardja*; *Környezetegészségügyi Mutatók*; az *Öregedés és az Egészség Globális Stratégiája és Keretrendszere*; az *Antimikrobiális Rezisztencia Globális Keretrendszere*; a *Fizikai Aktivitás Ösztönzésének Globális Keretrendszere*; a *Nem Fertőző Betegségek Megelőzésének és Visszaszorításának Globális Keretrendszere és Végrehajtási Ütemterve, 2023-2030* (beleértve a "3. függelékét"); *WHO Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezmény* és annak iránymutatásai, amelyek a WHO-MPOWER intézkedésekkel együtt megalapozzák az országok számára a dohányzás elleni küzdelem végrehajtását és irányítását; *Globális Táplálkozási Célok 2025*; *Globális Egészségügyi, Környezetvédelmi és Éghajlatváltozási Stratégia* és az azt támogató, a *WHO* és más *ENSZ* Egészségügyi És Környezetvédelmi Útmutatásainak Kompendiuma (2022); a *Globális Alkohol Cselekvési Terv*; és a *globális Közúti Közlekedésbiztonság Cselekvés Évtizede 2021-2030*.

Az egészségfejlesztés a népegészségügy egyik mozgatórugójaként hozzájárul a célok megvalósításához. Az egyes stratégiai irányok alatt példák találhatók a szakpolitikai irányokra. Míg a stratégiai irányokat úgy kell tekinteni, mint amelyek egy átfogó megközelítést foglalnak magukban a kulcsfontosságú nemzeti és helyi érdekelt bevonásával, a megfelelő szakpolitikai irányokat a nemzeti kontextusnak, az ország erőforrásainak és a *Fenntartható Fejlődés Menetrend 2030-ig* keretében tett globális kötelezettségvállalásoknak megfelelően kell meghatározni.

### 1. Stratégiai irányvonal: A Föld és ökoszisztémáinak ápolása

Az őslakosok tudása és szakértelme által teljes mértékben lefedett módon az emberi és a környezeti egészség elválaszthatatlanul összekapcsolódik, és a biztonságos, tiszta, egészséges és fenntartható környezethez való hozzáférés emberi jog. Az egészséget meghatározó környezeti és ökológiai tényezők negatív hatásainak csökkentése alapvető fontosságú a jelenlegi és a jövőbeli generációk egészségének és jólétének előmozdítása, valamint mindenki számára a boldogulás lehetővé tétele szempontjából. A jóléti társadalmak prioritásként kezelik az alacsony szén-dioxid-kibocsátású gazdaságra való gyors és igazságos átalálást, amely a *Párizsi Megállapodásban* meghatározottak szerint a hőmérséklet-emelkedést ebben az évszázadban a megállapított határértékeken belül tartja. Ezek a társadalmak mindenki számára tiszta energiához való hozzáférést biztosítanak, növelik a biológiai sokféleséget, csökken-tik az erőforrások kimerülését és a környezetszennyezést, támogatják az ember és a természet közötti harmonikus kapcsolatokat, és központi jelentőséget tulajdonítanak az őslakosok tudásának és

vezetésének. Olyan víz- és élelmezési rendszereket támogatnak, amelyek csökkentik a környezeti károkat és elősegítik az egészséges táplálkozást (beleértve a szoptatást).

### Szakpolitikai irányok

- Olyan környezetvédelmi irányítási rendszerek előmozdítása, amelyek magukban foglalják az "Egészség minden szakpolitikában" és az "Egy az egészség" megközelítést, és hangsúlyozzák a teljesrendszer-irányítást.
- A természeti kockázatoknak, szélsőségeknek vagy katasztrófáknak való kitettség, illetve az élet- és munkakörülmények (pl. levegő-, víz- és/vagy beltéri szennyezés) miatt kiszolgáltatott helyzetben lévők védelme.
- Nemzeti szintű multiszektorális keretek/tervek kidolgozása a környezetvédelmi célok elérését célzó kulcsfontosságú intézkedésekkel, beleértve a levegőminőség javítását, a biztonságos ivóvízellátást, a biológiai sokféleség csökkenésének mérséklését és növelését, a vegyi anyagokkal való hatékonyabb gazdálkodást, valamint az éghajlatváltozás enyhítésére és az ahhoz való alkalmazkodásra vonatkozó célok elérését.
- Szakpolitika kidolgozása az olaj- és gáztermelés és a fosszilis tüzelőanyagoktól való függőség csökkentésére, megújuló alternatívák kifejlesztésére és az energiafogyasztás csökkentésére.
- A lakosság egészségműveltségének bővítése és a széles körben elterjedt téves információk leküzdése a környezetvédelemmel kapcsolatos intézkedések támogatásának és felelősségvállalásának biztosítása érdekében.
- Olyan gazdasági és árképzési modellek elfogadása, amelyek elérhetőbbé teszik a környezetbarát választásokat.

- Fenntartható élelmezési rendszerek, valamint mezőgazdasági, föld-, szén-dioxid-, szénlábnyom- és vízhasználati szakpolitikák kidolgozása, amelyek az "Egy az egészség" és az egészséget támogató megközelítéseken alapulnak, és amelyek szabályozzák az agrokémiai szerek, a peszticidek és transzgenikus vetőmagok használatát is.

### Példák a nemzeti szintű beavatkozásokra\*

- Az "Egy az egészség" megközelítésen alapuló ágazatközi irányítási rendszerek létrehozása.
- A kormányoknak fontolóra kell venniük, hogy olyan gazdaságokba/iparágakba fektessenek be, amelyek megőrzik a természetes ökoszisztémákat, és támogatják a fenntartható átmenetet a városi és vidéki területeken.
- A nemzeti kereskedelmi, fejlesztési és mezőgazdasági politikák a dohánytermékek és a pálmaolaj kitermelését olyan alternatívákra irányítják át, amelyek nem károsítják az embereket és/vagy a bolygót, és kockázat alapú befektetési kereteken alapuló szociális védelmi programokat integrálnak.
- A kormányok és a nemzetközi partnerek minden szinten előmozdítják az állami, közösségi, civil társadalmi szervezetek és a magánszektor közötti partneriségeket, hogy olyan gazdasági potenciált mozgósítsanak, amely mindenki számára előnyös, és nem károsítja a bolygót.

*\* A nemzeti beavatkozásokra vonatkozó példák nem teljes körűek, és azokat az adott ország körülményei, erőforrásai és folyamatban lévő politikai kötelezettségvállalásai alapján kell mérlegelni.*

## 2. Stratégiai irány: A szociális védelmi és jóléti rendszerek méltányosságon, befogadón és szolidaritáson alapuló kialakítása

A társadalmi jólét középpontjában az igazságosság és méltányosság elvein alapuló szociális védelmi rendszerekhez való hozzáférés áll. A szociális védelmi szakpolitika fontos szerepet játszik a népesség egészségének és az egészségegyenlőségének biztosításában. Összességében a szociális védelem növeli a jövedelem-biztonságot, lehetővé téve az emberek számára, hogy beruházzanak és vagyontárgyakat halmozzanak fel (pl. emberi, termelési és pénzügyi célokra), diverzifikálják megélhetési forrásaikat, a foglalkozások között mozogjanak – ami elengedhetetlen a dinamikus gazdaságokhoz –, amely sokszoros gazdasági, társadalmi és egészségi előnyökkel jár. Ezeket a rendszereket és elveket be kell építeni a kormányzati döntéshozatalba és a közpolitikai menetrendekbe. Az ENSZ képviseli a nemzeti szociális védelem "küszöbének" megemelését, amely legalább négy szociális biztonsági garanciát biztosít: alapvető egészségügyi ellátás, alapvető jövedelmi biztonság a gyermekek számára, alapvető jövedelmi biztonság azon aktív korú személyek számára, akik nem tudnak elegendő jövedelmet szerezni (különösen betegség, munkanélküliség, szülés és fogyatékoság esetén), és alapvető jövedelmi biztonság az idősek számára. Ezek a szociális védelmi garanciák többszörös előnyökkel járnak az egészség és az egészségegyenlőség szempontjából, többek között az alábbiakkal:

- a) Az akut és krónikus stressz, az éhezés, a táplálkozás és más káros anyagnak kitettségek enyhítése.
- b) Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, a kezelésben való együttműködés és az életmódváltás megkönnyítése.
- c) A jólét társadalmi akadályainak, pél-

dául a különböző szociális és egészségügyi állapotokhoz kapcsolódó megbélyegzésnek a felszámolása, valamint a pozitív szülői magatartás erősítése a gyermekek jóléte érdekében a korai gyermekkori fejlődés érdekében.

- d) A személyközi kapcsolatok javítása és a személyközi erőszak csökkentése.
- e) Az egészségkárosodás által súlyosbított hátrányok generációk közötti átöröklésének csökkentése.
- f) A társadalmi nemek közötti egyenlőség javítása, valamint a megbélyegzés és a megkülönböztetés csökkentése.
- g) A társadalmi kohézió, valamint a humán és társadalmi tőke javulása.

A szociális védelmi rendszereket olyan társadalmi befektetésnek kell tekinteni, amely hozzájárul a gazdasági, társadalmi és környezeti fejlődéshez, és megóvja a jövő generációit a megöröklött szegénységben éléstől. A szélsőséges egyenlőtlenségek negatívan hatnak a társadalmakra, megosztottságot eredményeznek az emberek és közösségek között, és politikai zavarokhoz vezethetnek. A magán- és az állami szektor, valamint a civil társadalom szereplőinek közös erőfeszítései erősíthetik a szociális védelembe és a jóléti rendszerekbe való befektetést. A szociális védelmi és jóléti rendszerek fenntarthatósága a szolidaritás és a társadalmi tőke elvei iránt elkötelezett közösségeken és kormányokon múlik. A kormányoknak vezető szerepet kell vállalniuk a szociális védelemmel kapcsolatos normák meghatározásában, valamint az igazságos és méltányos rendszerek létrehozásában.

### Szakpolitikai irányok

- A szociális jóléti rendszerek létrehozása és bővítése, valamint megfelelő és fenntartható finanszírozás, nyilvános átláthatóság és elszámoltathat-

tóság biztosítása ezek irányítása és finanszírozása tekintetében.

- Erős politikai és jogi keretek kialakítása nemzeti és társadalmi párbeszéd, szilárd közigazgatási rendszerek és fenntartható, megfelelő finanszírozás révén.
- Az informális gazdaságból a formális gazdaságba való átmenet támogatása és a szociális védelemből kiesők lefedése, különös tekintettel az informális gazdaságban dolgozókra.
- A szociális védelem biztosításának megerősítése, beleértve a környezet tisztelőben tartását ezekben a rendszerekben.
- A szociális jóléti rendszerekben rejlő lehetőségek minél teljesebb kiaknázása az alkalmazkodóképes, sokkhatásokra reagáló szociális védelem biztosítása érdekében, hozzájárulva a fenntartható fejlődéshez és a világválságok és más egészségügyi, környezeti és gazdasági válságok idején való ellenálló képességhez.
- Az egyetemes szociális védelmi politikák erősebb integrációjának biztosítása.
- Olyan szociális jóléti rendszerek előmozdítása, amelyek elősegítik a társadalmi innovációt, a termelékenységét, a készségfejlesztést és az együttműködést, miközben megőrzik és támogatják a több mint 90 országban élő 370–500 millió őslakos hagyományait és kultúráját.
- Együttműködés a szociális partnerekkel az egyetemes és fenntartható szociális védelmi rendszerek, valamint a biztonságos és egészséges, erőszak- és zaklatásmentes munkakörnyezet mint alapvető emberi jog előmozdítása érdekében.

### **Példák a nemzeti szintű beavatkozásokra**

- A központi kormányzat szintjén a gazdasági meghatározó tényezők széles körét érintő intézkedések végrehajtása, beleértve az adókat (pl. az egészségtelen termékekre kivetett adókat), munkaerőpiaci programok indítása, egészségügyi és biztonsági előírások, valamint a környezetvédelem.
- Olyan szociális, környezetvédelmi és gazdasági védelmi rendszerek közös kidolgozása, amelyek támogatják a munkavállalókat/lakosságot a gazdasági átmenet során, és nem súlyosbítják az egyenlőtlenségeket.
- A munkaügyi és a pénzügyminisztérium közösen vizsgálja meg az egyetemes bérmodellek követelményeit és alkalmasságát.
- A nemzeti és helyi kormányok minden szinten előmozdítják és támogatják a szociális párbeszéd mechanizmusait.
- Az egészségügyi minisztériumok értékelik az egyenlőtlenségeket az egészségüggyel kapcsolatos szakpolitikák és programok fejlesztésének tájékoztatásához.
- A szociális, egészségügyi, munkaügyi és társadalombiztosítási minisztériumok együttműködve erősítik a szociális és jóléti struktúrát annak érdekében, hogy senki se maradjon ki.
- Az igazságügyi, az egészségügyi és a szociális minisztériumok civil társadalmi szervezetekkel együttműködve dolgoznak ki olyan programokat, amelyek a társadalmi nemzeti alapú és a családon belüli erőszak megelőzését is magukban foglalják.

- Gyermekevédelmi rendszerek bevezetése/megerősítése, amelyeket jellemzően az igazságügyi, oktatási, egészségügyi, ifjúsági és sportminisztériumok közösen dolgoznak ki.
- A szociális és jóléti politika pénzügyi vagy természetbeni támogatást biztosít a nem fizetett gondozóknak.
- Az egészség és jólét érdekében a közszféra kapacitásának kiépítéséhez a kormányoknak elő kell mozdítaniuk a jó kormányzást, bizalmat kell építeniük, lehetővé kell tenniük a közösség részvételét a politikai döntéshozatalban, és elszámoltathatósági mechanizmusokat kell létrehozniuk.

### 3. Stratégiai irány: Az emberi fejlődést szolgáló, méltányos gazdaságok kialakítása és végrehajtásának támogatása

Az elterjedt gazdasági modellek bizonyítottan emberi és környezeti károkat okoznak. Az országok egyre inkább olyan új gazdasági és hosszú távú költségvetési tervezési modelleket fontolgatnak, amelyek igazságosabbak, és az embereket és a bolygót helyezik a középpontba. A "jóléti gazdaság" olyan önmagát erősítő ciklusok létrehozásaként határozható meg, amelyekben a polgárok jóléte, a gazdasági jólét, a stabilitás és az ellenálló képesség egymást kiegészítik és kölcsönösen támogatják, és amelyekben „...a pozitív makro-gazdasági eredmények lehetővé teszik [az országok] számára, hogy a jóléti beruházásokat hosszú távon fenntartsák” (OECD).

A WHO Mindenki Egészségének Gazdaságtana Tanácsának folyamatban lévő munkája szorosan kapcsolódik ehhez a stratégiai irányhoz, és a *Tanács tájékoztató sorozatának* <sup>7</sup> számos ajánlása beépült az alábbiakban vázolt szakpolitikai irányokba és beavatkozási példákba.

A Tanács három fő célkitűzést javasol, amelyek az egészséget mindenki számára és a jólétet a társadalmak sikerének központi elemeként értékelik:

- A bolygó egészségének megbecsülése, beleértve az olyan alapvető javakat, mint a tiszta víz, a tiszta levegő és a stabil éghajlat.
- A különböző társadalmi alapok és tevékenységek olyan értékelése, amelyek elősegítik a méltányosságot, beleértve a társadalmi kohéziót, a rászorulókat támogatását és a közösségek gyarapodásának lehetővé tételét.
- Az emberi egészség és jólét megbecsülése, hogy minden ember képes legyen a fizikai, szellemi és érzelmi boldogulásra, és rendelkezzen azokkal a képességekkel és szabadsággal, amelyek szükségesek ahhoz, hogy méltóságteljes, lehetőségekkel teli és közösségi életet élhessen.

Ezen változtatások révén a jóléti gazdaságok szándékosan eltérnek a hagyományosabb modellektől olyan megközelítések felé, amelyek a dinamikus képességek felhasználásával előmozdítják a népesség egészségét. Ez lehetővé teszi a kormányok számára, hogy új folyamatokat hozzanak létre, és aktívan használják a rendelkezésre álló pénzügyi eszközöket, hogy reagáljanak a változó kihívásokra és egészségügyi veszélyekre. Miközben az ilyen modellek a gazdasági növekedés

<sup>7</sup> Számos példát a WHO Egészségügyi Tanácsának az "Egészségügy gazdasági kérdései mindenkinek" című tanácskozássorozatából merítettünk. Genf: <https://www.who.int/groups/who-council-on-the-economics-of-health-for-all> Hozzáférés: 2023. április 5.

lehetőségeinek megteremtése érdekében tesznek majd erőfeszítéseket, az egészséges élet lehetőségeinek és eredményeinek egyenlőségét, valamint a bolygó fenntarthatóságát helyezik előtérbe. A jóléti gazdaságok olyan kormányzási struktúrákat támogatnak, amelyek kielégítik az alapvető emberi szükségleteket, egyenlő esélyeket biztosítanak az embereknek a felemelkedésre, a társadalmi befogadás és stabilitás érzetét keltik, biztosítják a tisztességes munkát és a tisztességes kereskedelmet, egyetemes szociális védelmi rendszereket kínálnak, és fenntartják a termelési és fogyasztási rendszereket. Eközben az ilyen rendszerek visszaszorítják a strukturális megkülönböztetést, fenntartják az átmenetet és segítenek megőrizni a természetes ökoszisztémákat.

A jóléti gazdaságok előrehaladásának mutatói nem kizárólag a növekedésre összpontosítanak, hanem figyelembe veszik a társadalmi és környezeti szükségleteket, valamint a kiteljesedés és az értékesség különböző szempontjait is. Jelenleg egyre nagyobb lendületet kap a különböző intézkedések alkalmazása annak jobb értékelésére, hogy a nemzetek és lakosságaik hogyan haladnak az életminőség javításában. Az átfogó nemzetközi jóléti keretrendszerek, mint például a fenntartható fejlődési célok, az OECD Jobb élet indexe és a WHO Egészséggazdaságtani Tanácsa által kiemelt "fánk" közgazdasági modell<sup>8</sup>, az emberek életében fontos paraméterek széles körét figyelik és hasonlítják össze, a bolygó egészségétől kezdve a lakhatáson át a munkahelyek minőségéig.

Az irányítás és az előrehaladás nyomon követésének ilyen irányú változása csak akkor lehet hatékony, ha azt megfelelő költségvetési és pénzügyi mechanizmusok (beleértve az adókat, a beruházásokat és a támogatásokat) támogatják, amelyek

biztosítják, hogy a beruházásokat egészséget „termelő” tevékenységekre irányítják. Számos kormány hozott létre jóllétközpontú költségvetési modelleket meghatározott célokkal és célkitűzésekkel (pl. az Európai Unió egyes országai, Bhután, Kanada, Izland, az Egyesült Arab Emírségek és Új-Zéland).

A globális intézményeknek támogatniuk kell az ilyen nemzeti erőfeszítéseket, ugyanakkor a nemzeti kormányoknak meg kell teremteniük a kísérletezés és a tanulás helyi szintű lehetőségeit, beleértve a civil társadalom független szerepének megerősítését, hogy a kormányt és a magánszektor érdekérvényesítésre és elszámoltathatóságra bírja a politikáik és intézkedéseik tekintetében.

### *Szakpolitikai irányok*

- A kormányok fontolják meg az olyan monetáris és fiskális politikákat, amelyek enyhíthetik az egyenlőtlenségeket, prioritásként kezelik az egészséget, és biztosítják az emberek és a bolygó jóllétét.
- Olyan pénzügyi struktúrát és gazdasági rendszert kell kialakítani, amely az egészséget az értékrendünk középpontjába helyezi, és amely elősegíti az egészséges népesség és az ellenálló gazdaságok kialakulását.
- A dinamikus képességek felhasználása és bővítése a gazdasági növekedésnek az egészség irányába történő orientálása érdekében, valamint a társadalmak jóllétét fenyegető társadalmi kihívásokra való reagálási képesség.
- A kormányoknak a piaci hiányosságok kijavításán túlmenően a közjó érdekében irányított egészségügyi innovációs ökoszisztémát kell létrehozniuk.
- A lakosság egészségét károsító vagy a természetes ökoszisztémát veszé-

<sup>8</sup> Fordító: Ehhez lásd még: [Vizuális kivonat: Az emberiség iránytűje a 21. században](#)

lyezettető termékek és szolgáltatások termelésének és fogyasztásának ösztönzésének megszüntetése, és a beruházások átirányítása az egészséget elősegítő alternatívák felé, amelyek hosszú távon jobban tükrözik az érdekelt felek értékét.

- A "szennyező fizet" elv szisztematikus alkalmazása, ami azt jelenti, hogy a termékek és szolgáltatások előállításának és fogyasztásának egészségügyi és környezeti költségei az ilyen termékek és szolgáltatások termelőire hárulnak.
- Támogassa a munkavállalók egészségét és jóllétét elősegítő programokat és kezdeményezéseket, és biztosítsa az egészséges munkakörnyezetet, különösen az alacsony jövedelmű munkahelyek esetében.
- Teret kell teremteni a jóllétbe történő állami beruházások számára, többek között az ágazatok közötti beruházások társhasznainak és -költségeinek figyelembevételével.
- Alkalmazza az "Egészséget minden szakpolitikában" elveket a gazdasági ágazatokban, beleértve a lakhatást, az élelmiszereket, az energiát, a közlekedést, az oktatást és másokat, hogy biztosítsa minden ember alapvető szükségleteinek kielégítését.
- A GDP-n túli gazdasági fejlődési mérőszámok felé történő elmozdulás.
- A központi és befektetési bankok szerepének erősítése a jólléti gazdaságokba való befektetés részeként.

#### **Példák a nemzeti szintű beavatkozásokra**

- A kormányoknak olyan gazdaságpolitikákat és megközelítéseket kell kialakítaniuk, amelyeket a közérdek vezérel. Ide sorolható például a feltételrendszer bevezetése

tése az állami beruházásokhoz a köz- és magánszféra közötti szimbiózis kialakítására, a megfelelő hozzájárulásokat tükröző alacsonyabb árképzés, a technológia- és tudástranszfer ösztönzése, a vállalatirányítási modellek reformja az érdekelt felek értékének hosszú távú jobb megjelenítése érdekében, hosszú távú állami hitelintézetek létrehozása és a bankhitelek egészségügyi beruházásokba való irányítása, az egészségügyi magánpiacok működésének és finanszírozásának közérdekű szabályozása.

- A kormányok határozzák meg és alkalmazzák azokat a megközelítéseket és eszközöket, amelyek támogathatják az egészség és a jóllét elérését, például az eredményalapú költségvetés-tervezést, a "jólléti költségvetést", a küldetésorientált stratégiai beszerzést és az ezt lehetővé tevő digitális infrastruktúrát.
- A kormányok fontolják meg az olyan monetáris és fiskális politikákat, amelyek enyhíthetik az egyenlőtlenségeket és hozzájárulhatnak az egészséghez és a jólléthez, például az adóalap kiszélesítése, a progresszív adózás, a pénzügyi műveltséget növelő programok, valamint az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést korlátozó pénzügyi akadályok felszámolásának támogatása.
- A pénzügyminisztériumoknak el kell kerülniük, hogy a gazdasági visszaesés idején csökkentsék az előirányzatokat, és folytatniuk kell az egészségügyi beruházásokat, felismerve, hogy ezek a beruházások hozzájárulnak az ellenálló képesség, a gazdasági stabilitás

és a növekedés megteremtéséhez.

- A köz- és a magánszektor – és a civil társadalmi szervezetek – közötti együttműködéssel olyan "körforgásos gazdasági" modelleket lehet kidolgozni és megvalósítani, amelyek megszüntetik a hulladékot és a szennyezést, körforgásba hozzák a termékeket és az anyagokat, és regenerálják a természetet.
- A nemzeti pénzügyi és beruházási politikáknak fontolóra kell venniük az emberi egészséget és a környezeti fenntarthatóságot elősegítő alapanyagokba történő beruházásokra, termelésre és/vagy fogyasztásra irányuló támogatások és ösztönzők bevezetését.
- A közsféra kialakítása az innovációs ökoszisztéma közérdekű és küldetésorientált irányítása érdekében.
- Kormányok, multilaterális szervezetek és nemzetek feletti csoportok létrehozása, hogy átalakítsák és legyőzzék az egészségügyi beruházásokat akadályozó gondolkodásmódot.
- A jólétre épülő költségvetési rendszerek támogatása, biztosítva, hogy a beruházások a jólét megteremtésére és a bolygó védelmére irányuljanak.
- A nagyvárosi önkormányzatok vagy települések célja lehet az "egészséges városok" kialakításának felgyorsítása, melyek az egészséget, a közösségi és társadalmi jólétet, a méltányosságot és a fenntartható fejlődést helyezik a helyi politikák, stratégiák és programok középpontjába.
- Finanszírozási mechanizmusok és partnerségek létrehozása, többek között a magánszektorral, az

egészségfejlesztés minden szinten történő előmozdítása érdekében, jellemzően a pénzügyminisztérium és az egészségügyi minisztérium közös felügyelete alatt.

- A multiszektorális bizottságoknak rendszeres egészségügyi hatásvizsgálatokat kell végezniük a szakpolitikákról (pl. adósságelengedés, földreform, energiaár- és bérleti díjplafonok, bérleti díjplafonok, a földterületekhez kötődő feltételek a pénzügyi mentőcsomagokhoz és a megfizethető tömegközlekedési politikákhoz), hogy biztosítsák, hogy ezek az egészségügyi és méltányossági szempontokat is figyelembe vegyék.
- Az egészségügyi minisztériumoknak és a köz- és magánszektorbeli partnereknek törekedniük kell arra, hogy azonosítsák és támogassák az egészségfejlesztésben részt vevő érintettek és intézmények közötti keresztirányú együttműködés, adat- és tudásmegosztás lehetőségeit.

4. Stratégiai irányvonal: A méltányos, általános egészségügyi ellátás előmozdítása az egészségügyi alapellátás, az egészségfejlesztés és a megelőző szolgáltatások révén

Gazdasági vagy politikai helyzettől függetlenül minden országnak kihívásokkal kell szembenéznie, ha lakosságának általános egészségügyi ellátást és magas színvonalú egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést szeretne biztosítani. Az *Alma-Atai Nyilatkozattal* és az *Asztanai Nyilatkozattal* (2018) összhangban az általános egészségügyi ellátásra való törekvés biztosítja az erőforrások méltányos elosztását a teljes életpálya és betegút vonat-

kozásában az egészségfejlesztéstől, a betegségmegelőzéstől, az ápolástól és a rehabilitációtól a palliatív ellátásig, valamint a mentális jólét előmozdítását az egészségügyi szolgáltatások átalakítása során, továbbá az egészségügyi dolgozók ápolását és védelmét.

Az általános egészségügyi ellátás elérése a társadalmi jólét részeként megköveteli az egészségügyi rendszerek megerősítését, hogy az emberek a környezetük, szükségleteik és választásaik alapján időben hozzáférhessenek az egészségüket és jólétüket szolgáló szolgáltatásokhoz. A méltányos általános egészségügyi ellátás előmozdítása az egészségügyi alapellátás, az egészségfejlesztés és a megelőző szolgáltatások révén megköveteli, hogy az országok biztosítsák az átfogó integrált egészségügyi szolgáltatásokat, amelyek központi elemként magukban foglalják az alapellátást, valamint a népegészségügyi szemléletet és funkciókat, a multiszektorális szakpolitikák és intézkedések foglalkoznak az egészséget befolyásoló strukturális és tágabb meghatározó tényezőkkel; valamint az egyének, családok és közösségek bevonása és felhatalmazása a fokozott társadalmi részvétel és a fokozott öngondoskodás érdekében. Az életút-alapú megközelítés alkalmazása optimalizálja az emberek egészségét és jólétét, és az élet minden szakaszában javítja az egészségre való törekvés és az egészség megőrzésének lehetőségeit.

A nem fertőző betegségek a mentális egészség mellett az emberek egészségét és jólétét befolyásoló jelentős tényezők. Ezért az egészségügyi ellátórendszernek biztosítania kell, hogy a nem fertőző betegségek, beleértve a mentális egészséget is, megfelelő fenntartható finanszírozás mellett beépüljenek az egészségügyi ellátási csomagok kialakításának folyamatába. Ez segíteni fogja a nem fertőző betegségek megelőzését és kezelését, a katasztrofális egészségügyi kiadá-

sok megelőzését, valamint az egészségügyi eredmények és a családok terhei közötti egyenlőtlenségek súlyosbodásának elkerülését.

Az értékesnek tartott egészségügyi rendszer a helyi ökoszisztéma része, és beágyazódik az általa kiszolgált közösségekbe. A betegségek megelőzése és kezelése érdekében nyújtható alapvető egészségügyi szolgáltatásokon túlmenően az egészségügyi alapellátás hozzájárul az egyének és közösségeik jólétének és életminőségének javításához nemcsak azáltal, hogy az emberek számára ismereteket és készségeket biztosít, amelyek révén maguk kontrollálhatják saját és családjuk egészségét, hanem a társadalmi részvétel és elkötelezettség révén is. Ez az emberközpontú egészségügyi alapellátáson alapuló befogadó megközelítés várhatóan hozzájárul a méltányos egészségügyi ellátás eléréséhez, valamint a társadalom ellenálló képességének és jólétének növeléséhez.

### *Szakpolitikai irányok*

- Az általános egészségügyi ellátás előmozdítása az egészségügyi alapellátás irányába történő elmozdulással.
- A népegészségügyi személyzet megerősítése és képzése, és megfelelő finanszírozási mechanizmus biztosítása.
- Az egészségfejlesztési folyamatok és szolgáltatások integrálása az átalakított egészségügyi szolgáltatásokba.
- A nem fertőző betegségek integrált kezelése érdekében az alacsony erőforrásokkal rendelkező alapellátási intézmények létrehozása a következők révén:
  - A WHO Nem Fertőző Betegségekkel Kapcsolatos Alapvető Beavatkozások Csomagjának biztosítása az egészségügyi alapellátás számára

- az alacsony erőforrásokkal rendelkező és sérülékeny környezetben.
- Dohányzás-ellenőrzési kezdeményezések és politikák, beleértve a *WHO Dohányzás-ellenőrzési Keret-egyezményét* és a hozzá kapcsolódó eszközöket.
  - A fizikai aktivitás és az aktív életmód támogatása az egész életúton át.
  - Bevált jogi és adózási intézkedések alkalmazása az alkohol káros használata, valamint az egészségre gyakorolt hatása csökkentése érdekében.
  - A WHO és az ENSZ egészséggel és környezettel kapcsolatos útmutatásaiból összeállított WHO-gyűjteményben és más ENSZ-iránymutatásokban felvázolt intézkedések végrehajtása a légszennyezés egészségre gyakorolt hatásainak és más, az egészségre ható környezeti kockázati tényezőknek a kezelése érdekében.
  - A mentális egészség és jólét, valamint a pozitív mentális egészséget létrehozó feltételek előmozdítása, beleértve a tudatosságot és a támogatást.
  - A gyermekkori elhízás elleni küzdelem, valamint az élelmiszerek és a cukorral édesített italok gyermekeknek történő forgalmazásának szabályozására irányuló jogi és adóügyi intézkedések végrehajtásának támogatása.
  - Nemzeti koordinációs struktúrák és programok kiépítése a lakosság és egyes veszélyeztetett csoportok egészségügyi ismereteinek bővítése érdekében.
  - Szociális infrastruktúra létrehozása az emberek és közösségek bevonása és felhatalmazása érdekében.
  - A transzdiszciplináris, egészségügyi alapellátás irányuló kutatás előmoz-

dítása a szakpolitikák kialakításának tájékoztatására.

- Az áruk egészségügyi hatásvizsgálatainak elvégzése a lakosság, különösen a veszélyeztetett vagy hátrányos helyzetű csoportok körében.

#### **Példák a nemzeti szintű beavatkozásokra**

- Állami és magánegészségbiztosítási formák az előfinanszírozási mechanizmusok (pl. általános egészségbiztosítás) bevezetése/javítása a zsebből történő kifizetések és a katasztrofális egészségügyi kiadások csökkentése érdekében.
- Középtávon az egészségügyi és a pénzügyminisztériumok olyan egészségügyi rendszerek irányába mozdulhatnak el, amelyek fenntartható és szolidaritáson alapuló egészségügyi finanszírozást tartalmaznak.
- Az egészségügyi minisztériumok, a kutatóintézetek és az érintett civil társadalmi szervezetek együttműködve alkalmazzák az egészségügyi hatásvizsgálatokat, hogy felmérjék az adott szakpolitikák, programok és/vagy konkrét projektek lehetséges egészségügyi hatásait a lakosságra, különösen a sérülékeny vagy hátrányos helyzetű csoportokra.
- A meglévő bizonyítékokat és az országos tapasztalatokat fel kell használni az egészségügyi irányítási rendszerek felépítéséhez, amelyek az erőforrások méltányos elosztásán alapulnak az egész életút és betegút során – az egészségfejlesztéstől, a betegségmegelőzéstől, az ápolástól és a rehabilitációtól a palliatív ellátásig –,

hogy minden egyén és közösség az alapvető, minőségi egészségügyi szolgáltatások teljes spektrumát megkapja az egész életpálya során. Ennek során hasznosítani kell a nemzeti kormányok, a végrehajtási partnerek és az adományozói kezdeményezések tapasztalatait.

- Az egészségügyi minisztériumok a magánszektorral és a szakszervezetekkel/tömegszervezetekkel együttműködve erősítsék meg a támogatási és koordinációs struktúrákat, hogy az egészségfejlesztés olyan helyszíneken valósuljon meg, mint a munkahelyek, iskolák és közösségek.
- Az egészségügyi minisztériumoknak fontolóra kell venniük az [Átfogó Mentális Egészségügyi Cselekvés Terv 2013–2030](#) ajánlás végrehajtását.
- Az egészségügyi minisztériumok a mezőgazdasági minisztériumokkal és a magánszektorral együttműködve bevezetik és előmozdítják az egészséges táplálkozási és szoptatási stratégiákat.
- Az egészségügyi minisztériumoknak a vállalatokkal és más munkáltatókkal, munkavállalói szakszervezetekkel és tömegszervezetekkel partnerségben meg kell fontolniuk az időszakos egészségügyi vizsgálatok bevezetését a nem egészségügyi környezetben (pl. munkahelyeken, iskolákban stb.) a kockázati tényezők szűrése, valamint a betegségek és a magas kockázatú egyének korai felismerése érdekében.
- Központi szinten a kormányok a [2018–2030-as Globális Testmozgási Cselekvési Terv](#) végrehajtása

révén hatékonyan támogathatják a fizikai aktivitást.

- A környezeti egészség és fenntarthatóság előmozdítása, valamint az egészségügyet támogató környezet-egészségügyi szolgáltatások nyújtása az [Egészségügy, a Környezet és az Éghajlatváltás Globális Stratégiájának \(2018–2030\)](#) végrehajtása révén. Az egyes országokban a felelős minisztériumok eltérők, de ez jellemzően érinti a környezetvédelem, az energiaügy, a mezőgazdaság, a vízkészletek, az ipar és kereskedelem, az egészségügy és a közlekedés területét.

5. Stratégiai irány: Olyan méltányos digitális rendszerek előmozdítása, amelyek közhasznú szolgáltatásokat nyújtanak, hozzájárulnak a társadalmi kohézióhoz és mentesek a kereskedelmi érdekektől

A digitális és technológiai átalakulás új lehetőségeket teremthet a társadalmi interakciók, az egészségműveltség és tudásmegosztás, valamint a hatékonyabb és eredményesebb szolgáltatásnyújtás terén. A digitális rendszerek és a digitális kirekesztés egyes jellemzői azonban elszigetelődést eredményezhetnek és súlyosbíthatják az egyenlőtlenségeket.

Az egészséget és a jóllétet veszélyeztetheti a digitális tevékenységekkel és virtuális környezetben töltött idő növekedése, az információtúterheltség, a gyűlöletbeszéd és a zaklatás, a téves információk terjesztése, valamint az egészségtelen termékek és/vagy magatartásformák marketingje. Egyes csoportok, például a vidéki népesség és az idősebb felnőttek számára potenciális akadályokat jelentenek a technológiához és az internetszolgáltatásokhoz való egyenlőtlen hozzáférés, valamint a digitális írástudás hiánya. A jólléti társa-

dalom felméri és ellensúlyozza a károkat és a jogfosztottságot, biztosítja az egyenlő hozzáférést, és kihasználja a technológiában rejlő lehetőségeket az emberek és a bolygó virágzása érdekében.

### *Szakpolitikai irányok*

- Emberközpontú, átformáló digitális technológiák és szolgáltatások feltárása az igazságos digitális társadalom megvalósítása érdekében.
- Az egészséggel kapcsolatos félretájékoztatás/dezinformáció ellenőrzése, többek között a kontextusnak megfelelő szabályozással.
- A digitális és médiaműveltség javítását és előmozdítását célzó programok végrehajtása, valamint a digitális technológiákhoz való hozzáférés növelése, különösen a kiszolgáltatott közösségekben és csoportokban, valamint a különböző korosztályokban.
- A digitális kommunikációra és tájékoztatásra vonatkozó jogszabályok megerősítése, amelyek védelmet nyújtanak a személyes adatokkal való visszaélés szemben, és csökkentik a kapcsolódó sebezhetőséget.
- Intervenciók kidolgozása a lakosság egészségműveltségi szintjének nyomon követésére és javítására.

### **Példák a nemzeti szintű beavatkozásokra**

- A technológiai ágazattal konzultálva a kormányoknak szabályozniuk és érvényre kell juttatniuk a digitális ökoszisztémán belüli ellenőrzéseket, összhangban a felhasználási lehetőségek folyamatos fejlődésével és a technológiai innováció gyors ütemével.
- Az oktatási rendszerek és a szociális jóléti programok részeként a

kormányoknak meg kell vizsgálniuk, hogyan növelhetik a digitális írástudás növelését célzó programokba történő beruházásokat, különösen a kiszolgáltatott közösségek körében.

- Az érintett civil társadalmi szervezetekkel és a magánszektorral együttműködve az egészségügyi, szociális és oktatási minisztériumoknak meg kell fontolniuk a digitális egészségügyi szolgáltatások fejlesztését és előmozdítását az egységes tervezés, a hozzáférhetőség, a befogadás és az életkor-nak való megfelelés elvei alapján.
- Társadalmi és tudományos kutatási partnerségek a mindennapi életre gyakorolt digitális hatások és a különböző népességcsoportok, közösségek és korosztályok között fennálló digitális szakadékok felmérésének megtervezése és végrehajtása érdekében.

### **6. Stratégiai irány: A jólét mérése és nyomon követése**

A jólét és a fenntartható fejlődés mérése holisztikus megközelítést igényel, amely egyensúlyt teremt az emberek és a bolygó anyagi és nem anyagi értékei között. A fejlődés hagyományos mércéi, mint például a várható élettartam és a GDP növekedése, nem alkalmasak arra, hogy megragadják, mi a legfontosabb az emberek és közösségeik számára. A jólét eléréséhez és az embereket és a bolygót előtérbe helyező fejlődés méréséhez a nemzeti kormányzati rendszereknek egyértelmű szerepeket és felelőségeket kell biztosítaniuk a különböző ágazatok számára, a megfelelő elszámoltathatósági mechanizmusokkal együtt. Ezeket a mechanizmusokat a kapcsolódó tervek végrehajtásának társadalmi, politikai és

kormányzási környezetének ismeretében kell kialakítani.

Az ENSZ Jólét És Fenntarthatóság Mérése Munkacsoportja számos olyan területet azonosított, ahol előrelépés érhető el: a háztartásokban végzett fizetetlen munka, a háztartások jövedelmének megoszlása, a fogyasztás, megtakarítás és vagyon, a környezeti-gazdasági elszámolás, az oktatás és a humán tőke, valamint az egészség és a szociális körülmények. A Nemzeti Számlák Titkárságközi Munkacsoportja (ISWGNA, Intersecretariat Working Group on National Accounts)<sup>9</sup> kutatási programot dolgozott ki a Nemzeti Számlák Rendszerének 2025-ös felülvizsgálatának támogatására. Ez a kutatási program magában foglalja a globalizációt, a digitalizációt, a jólétet és a fenntarthatóságot. A jólét mérésére tett további javaslatok közé tartozik az anyagi életszínvonal, az egészség, az oktatás, a személyes tevékenységek, beleértve a munkát, a politikai véleménynyilvánítás és a kormányzás, a társadalmi kapcsolatok és a társadalmi kapcsolatok, a környezet – a jelen és a jövő –, valamint a gazdasági és fizikai bizonytalanság. A gazdasági teljesítmény és a társadalmi haladás mérésével foglalkozó bizottság azt javasolta, hogy a GDP-t válasszák el a jólét mérésétől, és inkább a háztartásokra, valamint a jövedelem, a fogyasztás és a vagyon elosztására összpontosítsanak. Ez a terület aktívan fejlődik, és olyan alternatív mérőszámokat javasoltak, mint a gazdasági jólét mérése, a szociális egészség indexe, az emberi fejlődés indexe és a valódi haladás indexe. Az OECD Jobb Élet Indexe és az Európai Bizottság *GDP és azon túl: A haladás mérése egy változó világban* tervezete hasonló kérdésekkel

foglalkozik. Az Egyesült Nemzetek Koordinációs Vezetői Testülete a 2024-es "Csúcstalálkozó a Jövőről" előkészítéseként az *Értékelve azt, ami számít – az Egyesült Nemzetek egész rendszerére kiterjedő hozzájárulás a bruttó hazai termék (GDP) túli haladáshoz* című jelentéstervezetben<sup>10</sup> szintén javasolt kritériumokat a GDP-n túli fejlődésre.

### Szakpolitikai irányok

- Az országok kapacitásának megerősítése a részletezett adatok gyűjtésére, valamint az elemzési, stratégiai végrehajtási és elszámoltathatósági mechanizmusok felhasználására az egészségre és jólétre gyakorolt hatás fokozása érdekében, beleértve az "egészségesebb népesség milliárd" célkitűzése felé történő előrehaladást.
- Az országos adatok, az egészségügyi adatvédelmi jogszabályok, az egészségügyi rendszerek és a kapacitás megerősítése az „egészségesebb népesség milliárdja” felé tett előrehaladás és általában az egészséget meghatározó tényezők nyomon követése érdekében.
- A népegészségügyi adatok hiányosságainak kezelése, különösen a gyermekek és a nők elleni erőszak, a fejlődésben lévő gyermekek, a mentális egészség, az éghajlatra érzékeny egészségügyi kockázatok, valamint a víz és a higiénia terén.
- Az egészségfejlesztésben részt vevő érintettek és intézmények közötti transzverzális együttműködés, adat- és tudásmegosztás előmozdítása.

<sup>9</sup> Intersecretariat Working Group on National Accounts (ISWGNA). <https://unstats.un.org/unsd/nationalaccount/iswgna.asp>

<sup>10</sup> Az ENSZ Koordinációs Vezetői Testülete a meglévő mutatókra, különösen a fenntartható fejlődési célok mutatóira és a jelenlegi statisztikai keretrendszerekre építve kidolgozza a "GDP-n túli" alapvető mérőszámokat. Ezeket adott esetben beépítik e keretrendszer jövőbeli tervezeteibe: <https://unsceb.org/valuing-what-counts-united-nations-system-wide-contribution-beyond-gross-domestic-product-gdp>

- Konszenzus kialakítása az átfogó jólét-alapú mutatórendszerekről, mint a társadalmi, ökológiai és gazdasági fejlődés fő mérőszámáról.

#### **Példák a nemzeti szintű beavatkozásokra**

- Az egészségi állapot, az alapvető javakhoz való hozzáférés, a szociális védelem és a környezeti kockázatoknak (pl. a mezőgazdasági gyakorlatokhoz kapcsolódó kockázatoknak) való kitettségéről szóló nemzeti jelentések a hatékony egészségpolitika sarokkövei. A nemzeti statisztikai hivataloknak és az egészségügyre és a környezetre összpontosító nemzeti hatóságoknak kiemelt figyelmet kell fordítaniuk erre.
- A nemzetközi ügynökségekkel és a vonatkozó tapasztalatokkal rendelkező szervezetekkel együttműködve a társadalmi, ökológiai és gazdasági fejlődés mérésére jóléti alapú mutatókat kell kidolgozni és globálisan egyeztetni, amelyeket a központi kormányzati szervek nemzeti szinten alkalmaznak.
- Az egészségügyi minisztériumok, a nemzeti egészségügyi hatóságok és a nemzeti statisztikai hivatalok fejlesszék/erősítsék meg a népegészségügyi adatok gyűjtésére, összevetésére és elemzésére szolgáló rendszereket, amelyek a gyermekek és nők elleni erőszak, a fejlődésben lévő gyermekek, a pozitív mentális egészség, a klímaérzékeny egészségügyi kockázatok, valamint a víz és a higiénia kérdéseit is magukban foglalják.
- A kormányhivatalok és más ágazatok között kísérletet kell tenni

arra, hogy az egészség és a jólét járulékos előnyeinek számszerűsítésére és egy több ágazatot átfogó tudásbázis létrehozására, valamint a jelenlegi adatoknak a politika és a parlament tagjai számára történő átadására.

- Az országok adatrendszerei és az egészségesebb népesség felé tett előrehaladás nyomon követésére szolgáló kapacitása milliárdos nagyságrendű, hatékony egészségügyi információs rendszereket, valamint a fent leírt elemek közül számos elemet igényel, hogy összhangban működjenek.

## **V. A JÖVŐ ÚTJA**

Az ebben a Keretrendszerben felvázolt stratégiai irányok és az azt követő szakpolitikai iránymutatások célja, hogy az országokat és a kulcsfontosságú érintetteket a társadalmi jólétre való holisztikus átállás megvalósításában irányítsák a Fenntartható Fejlődési Menetrend 2023-ig, különösen az egészségre és jólétre vonatkozó 3. fenntartható fejlesztési cél elérése érdekében.

A népegészségügy egyik legfontosabb funkciójaként az egészségfejlesztés biztosítja a platformot, a megközelítéseket és az eszközöket, amelyek lehetővé teszik ezt az átalakító, ágazatközi együttműködést, a közösségek felhatalmazásán keresztül a kollektív cselekvést, és végső soron a társadalmi jólét megvalósításához elengedhetetlen jó kormányzást.

A hatás értékelése és mérése ezeken a létfontosságú területeken jelenleg kidolgozás alatt áll, és figyelembe fogja venni a más nemzetközi szervezetek, köztük az OECD által végzett széles körű munkát, valamint az ENSZ főtitkáranak New York-i

irodája által a GDP-n túli fejlődés mérésére irányuló, folyamatban lévő munkát.

A jövő útja magában foglalja a fenntarthatóbb, méltányosabb társadalmakra való irányított átmenetet, valamint azt, hogy az országok, régiók, városok, közösségek és kultúrák – különösen az őslakos kultúrák – tanuljanak a fenntarthatóbb, méltányosabb és ellenállóbb társadalmak megteremtésének módjáról. A WHO támogatni fogja ezt az átmenetet azáltal, hogy minden szereplőt összehoz a jóléti társadalmak víziójának megvalósítása, a bizonyítékok összegyűjtése és a technikai támogatás érdekében a tagállamokat és a partnereket a Keretrendszer végrehajtásában. Az egészség és a jólét a társadalom minden tagjának tevékenységétől függ.

Bár a jólétről szóló Keretrendszer globális szintű, a felhívás arra irányul, hogy a törekvéseket a megfelelő társadalmi, gazdasági és politikai kontextusban nemzeti és helyi intézkedésekre fordítsák le és alakítsák át. A bemutatott megközelítések a kulcsfontosságú érintettek ajánlásain és intézkedései alapján készültek, és a jólétre vonatkozó nemzeti és országok közötti menetrendhez vezető mozgósítás és cselekvés felerősítését célozzák. A szak-

politikai irányok és végrehajtási megközelítések illusztrációként szolgálnak, és az egyes stratégiai irányok csak akkor érhetők el, ha a megközelítéseket úgy választják ki, adaptálják és kombinálják, hogy azok a legmegfelelőbbek legyenek az adott országos kontextushoz, a szubnacionális joghatóságokhoz és a népességcsoportokhoz. Minden országnak ajánlott felmérni saját szükségleteit, azonosítani a hiányosságokat és lehetőségeket kidolgozni a jólétnek a jelenlegi kormányzási rendszerekbe való beépítésére és az egészségfejlesztés alkalmazására vonatkozó kapacitásának megerősítésére.

Ez a Keretrendszer a kormányzat és a társadalom egészének átalakulását igényli. A legfontosabb partnereknek, köztük a nem kormányzati és civil szervezeteknek, a tudományos és az üzleti életnek, a kormányoknak és a nemzetközi szervezeteknek konszenzuson és elszámoltathatóságon alapuló hatékony partnerségeket kell kialakítaniuk az egészségfejlesztésre és a jólétre irányuló stratégiák határozott végrehajtása érdekében. Csak az ilyen közös fellépés fogja minden országban a jóléti társadalmak irányába történő átalakulást előmozdítani, senkit sem hagyva lemaradva.

## VI. HASZNOS HIVATKOZÁSOK ÉS TOVÁBBI OLVASNIVALÓK

- 10 chemicals of public health concern. (2020 June 1) Geneva: World Health Organization.  
<https://www.who.int/news-room/photo-story/photo-story-detail/10-chemicals-of-public-health-concern>
- Access to a healthy environment, declared a human right by UN rights council. (2021 Oct 21) New York, United Nations. <https://news.un.org/en/story/2021/10/1102582>
- National Preventive Health Strategy 2021–2030. (2021) Canberra, Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health. [https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/12/national-preventive-health-strategy-2021-2030\\_1.pdf](https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2021/12/national-preventive-health-strategy-2021-2030_1.pdf)
- Bases Conceptuales para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud. (2020) Lima. Ministerio de Salud. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1127257-bases-conceptuales-para-el-ejercicio-de-la-rectoria-del-ministerio-de-salud>
- World Health Organization. Bending the trends to promote health and well-being: a strategic foresight on the future of health promotion. (2022) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053793>
- Building back better lives: Using a well-being lens to refocus, redesign, realign and reconnect. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris. (2022) <https://www.oecd-ilibrary.org/de-liver/1e1ecb53-en.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpublication%2F1e1ecb53-en&mimeType=pdf>
- World Health Organization. Chemicals Road Map. (2017) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-FWC-PHE-EPE-17.03>
- World Health Organization. Chemical safety. (2019) Geneva. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/chemical-safety/infogr-he5-chemical-safety-20082019-web-spreads.pdf>
- World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health – Final report of the commission on social determinants of health. (2008) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- World Health Organization. Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. (2020) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010529>
- World Health Organization. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030. (2021) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- World Health Organization. Compendium of WHO and other UN guidance on health and environment, 2022 update. (2022) Geneva <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-ECH-EHD-22.01>
- World Health Organization, United Nations Children’s Fund. Declaration of Astana, Global Conference on Primary Health Care. (2018) Geneva. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
- World Health Organization. Decade of action on road safety 2021–2030. (2021) Geneva. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/decade-of-action-for-road-safety-2021-2030>
- World Health Organization. Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All. (2019) Geneva. <https://www.who.int/initiatives/sdg3-global-action-plan>
- World Health Organization. Global Action Plan on Physical Activity 2018–2030. (2018) Geneva. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272722/9789241514187-eng.pdf>
- World Health Organization. Global Framework for Development and Stewardship to Combat Antimicrobial Resistance. (2018) Geneva. <https://www.who.int/groups/framework-development-stewardship-AMR>

- World Health Organization. Global strategy and action plan on ageing and health. (2017) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>
- World Health Organization. Global strategy on sealth, environment and climate change. (2020) Geneva. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331959/9789240000377-eng.pdf?ua=1#:-:text=This%20strategy%20aims%20to%20provide>
- World Health Organization. Global alcohol action plan 2022–2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol. (2021) Geneva. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/ada-action-plan-on-alcohol\\_second-draft.pdf?sfvrsn=a994ba7a\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/ada-action-plan-on-alcohol_second-draft.pdf?sfvrsn=a994ba7a_3&download=true)
- World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. (2014) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908>
- World Health Organization. Health literacy. The solid facts. (2013) Geneva. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128703/e96854.pdf>
- World Health Organization. Health promotion glossary. (2021) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>
- World Health Organization. Healthy cities effective approach to a rapidly changing world. (2020) Geneva. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331946/9789240004825-eng.pdf>
- World Health Organization. Innov8 approach for reviewing national health programmes to leave no one behind: technical handbook. (2016) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241511391>
- World Health Organization. Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. (2017) Geneva. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fourth-conference/jakarta-declaration>
- World Health Organization. Tripartite and UNEP support OHLEP's definition of "One Health". (2021) Geneva. <https://www.who.int/news/item/01-12-2021-tripartite-and-unep-support-ohlep-s-definition-of-one-health>
- Government of Canada. Measuring What Matters: Toward a Quality of Life Strategy for Canada. (2021) Ottawa. <https://www.canada.ca/en/departement-finance/services/publications/measuring-what-matters-toward-quality-life-strategy-canada.html>
- United Nations. Millennium Development Goals. (2000) New York. <https://www.un.org/millenniumgoals>
- Government of Canada. Mobilizing Public Health Action on Climate Change in Canada. (2022) Ottawa. <https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/state-public-health-canada-2022/report.html>
- National Mental Health Commission of the Australian Government. National Children's Mental Health and Well-being Strategy. (2019) Canberra. <https://www.mentalhealthcommission.gov.au/projects/childrens-strategy/childrens-mental-health-wellbeing-strategy>
- World Health Organization. Noncommunicable diseases: Global monitoring framework. (2011) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/ncd-surveillance-global-monitoring-framework>
- World Health Organization. New report highlights the impact of changes in environment on One Health. (2022) Geneva. <https://www.who.int/europe/news/item/01-07-2022-new-report-highlights-the-impact-of-changes-in-environment-on-one-health>
- World Health Organization. Ottawa Charter for Health Promotion. (1986) Geneva. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference#:-:text=The%20Ottawa%20Charter%20for%20Health%20Promotion&text=This%20conference%20was%20primarily%20a.concerns%20in%20all%20other%20regions>

- World Health Organization. Our planet, our health. (2022) Geneva. <https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2022/recommended-actions-to-protect-our-planet-our-health>
- United Nations. Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world". (2019) New York. <https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>
- World Health Organization. Reducing health inequities through action on the social determinants of health (WHA62.14). 2009. Geneva. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf)
- World Health Organization. Set of recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. (2012) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500210>
- World Health Organization. Social determinants of health: outcome of the World Conference on Social Determinants of Health (Rio de Janeiro, Brazil, October 2011) Report by the Secretariat. (2011) Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/23747>
- United Nations Environment Programme. Strategic approach and sound management of chemicals and waste beyond 2020 - The Intersessional Process. (2020) Nairobi. <https://www.saicm.org/Beyond2020/IntersessionalProcess/tabid/5500/language/en-US/Default.aspx>
- The WHO Council on the Economics of Health for All. Strengthening public sector capacity, budgets and dynamic capabilities towards Health for All. (2022) Geneva. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/council-on-the-economics-of-health-for-all/who\\_councileh4a\\_councilbrief4.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/council-on-the-economics-of-health-for-all/who_councileh4a_councilbrief4.pdf)
- World Health Organization. Stronger collaboration for an equitable and resilient recovery towards the health-related Sustainable Development Goals, incentivizing collaboration. (2022) Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/354381>
- United Nations Environment Programme. Summary for policymakers – Environmental dimensions of antimicrobial resistance. (2020) Nairobi. <https://www.unep.org/resources/report/summary-policymakers-environmental-dimensions-antimicrobial-resistance>
- United Nations. Sustainable Transport, Sustainable Development. Interagency Report – Second Global Sustainable Transport Conference. (2021) New York. [https://sdgs.un.org/sites/default/files/2021-10/Transportation%20Report%202021\\_FullReport\\_Digital.pdf](https://sdgs.un.org/sites/default/files/2021-10/Transportation%20Report%202021_FullReport_Digital.pdf)
- World Health Organization. Regional Office for Europe. The Alma-Ata Declaration of 1978. (1978) Geneva. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/347879>
- World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. (2005) Geneva. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter>
- Dexter SB, Salmond KK, Payne L, Chia MC, Di Ruggiero E, Mahato S. (2021) The art and science of a strategic grantmaker: the experience of the Public Health Agency of Canada's Innovation Strategy. Canadian Journal of Public Health 112:186–203. <https://link.springer.com/article/10.17269/s41997-021-00512-9>
- World Health Organization. The case for investing in public health. (2014) Geneva. 2014 ([https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/278073/Case-Investing-Public-Health.pdf))
- Commonwealth Government of Australia. The National Mental Health and Suicide Prevention Agreement. (2023) Canberra. <https://federalfinancialrelations.gov.au/agreements/mental-health-suicide-prevention-agreement>
- The Public Health Agency of Canada – Innovation Strategy. (2021) Canadian Journal of Public Health. 112 (supplement issue 2) <https://link.springer.com/journal/41997/volumes-and-issues/112-2/supplement>
- World Health Organization. The public health impact of chemicals: knowns and unknowns – data addendum for 2019. (2019) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HEP-FCH-EHD-21.01>

- World Health Organization. The Rio Political Declaration on the Social Determinants of Health. (2011) Geneva. <https://www.who.int/publications/m/item/rio-political-declaration-on-social-determinants-of-health#:~:text=The%20declaration%20expresses%20global%20political,national%20action%20plans%20and%20strategies>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. The Short and Winding Road to 2030: Measuring Distance to the SDG Targets. (2022) Paris. <https://www.oecd.org/wise/The-short-and-winding-road-to-2030-Policy-Insights-September-2022.pdf>
- World Health Organization. The Triple Billion Targets. (2019) Geneva. <https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programme-of-work-2019---2023>
- World Health Organization. The WHO Framework Convention on Tobacco Control: an overview. (2021) Geneva. [https://fctc.who.int/publications/m/item/the-who-framework-convention-on-tobacco-control-an-overview#:~:text=The%20WHO%20Framework%20Convention%20on%20Tobacco%20Control%20\(WHO%20FCTC\)%20is,globalization%20of%20the%20tobacco%20epidemic](https://fctc.who.int/publications/m/item/the-who-framework-convention-on-tobacco-control-an-overview#:~:text=The%20WHO%20Framework%20Convention%20on%20Tobacco%20Control%20(WHO%20FCTC)%20is,globalization%20of%20the%20tobacco%20epidemic)
- World Health Organization. The 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai. (2016) Geneva. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/ninth-global-conference>
- World Health Organization. Tackling food marketing to children in a digital world: trans-disciplinary perspectives. (2016) Geneva. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0017/322226/Tackling-food-marketing-children-digital-world-trans-disciplinary-perspectives-en.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/322226/Tackling-food-marketing-children-digital-world-trans-disciplinary-perspectives-en.pdf)
- World Health Organization. Thirteenth General Programme of Work 2019–2023. (2019) Geneva. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>
- United Nations. Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. (2015) New York. <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>
- The WHO Council on the Economics of Health for All. Valuing Health for All: Rethinking and building a whole-of-society approach. (2022) Geneva. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/council-on-the-economics-of-health-for-all/who\\_councilbrief3.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/council-on-the-economics-of-health-for-all/who_councilbrief3.pdf)
- World Health Organization. WHA75.19 resolution on Well-being and health promotion. (2022) Geneva. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA75/A75\\_R19-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_R19-en.pdf)
- The WHO Council on the Economics of Health for All. What is at stake at COP27? Our last chance to achieve a healthy future for humanity. Statement by the WHO Council on the Economics of Health for All. (2022) Geneva. <https://www.who.int/publications/m/item/what-is-at-stake-at-cop27--our-last-chance-to-achieve-a-healthy-future-for-humanity>
- World Health Organization. WHO manifesto for a healthy recovery from COVID-19. (2020) [https://re-liefweb.int/report/world/who-manifesto-healthy-recovery-covid-19?gclid=CjwKCAiApvebBhAvEi-wAe7mHSIxLEi-XAbF2Z-x-19sjwzG9V0vXQI9mXDsixiAusrjEXxGg8\\_ADLBoCQa4QAvD\\_BwE](https://re-liefweb.int/report/world/who-manifesto-healthy-recovery-covid-19?gclid=CjwKCAiApvebBhAvEi-wAe7mHSIxLEi-XAbF2Z-x-19sjwzG9V0vXQI9mXDsixiAusrjEXxGg8_ADLBoCQa4QAvD_BwE)
- World Health Organization. WHO global air quality guidelines: particulate matter (PM2.5 and PM10), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide. (2021) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240034228>
- World Health Organization. WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments. (2020) Geneva. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000377>
- World Health Organization. WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. (2020) Geneva. <https://www.who.int/activities/integrated-management-of-ncds>
- World Health Organization. Working for Health 2022–2030 Action Plan adopted by Seventy-fifth World Health Assembly. (2022) Geneva. <https://www.who.int/news/item/02-06-2022->

[w4h\\_wha75#:~:text=COVID%2D19%20response-.Work-ing%20for%20Health%202022%E2%80%9332030%20Action%20Plan%20adopted.Sev-enty%2Dfifth%20World%20Health%20Assembly](#)

United Nations. Valuing What Counts A UN Systemwide Contribution on progress beyond Gross Domestic Product (GDP). (2022) New York. <https://www.cepal.org/sites/default/files/presentations/beyondgdp-unctad-anu-peltola-2022.pdf>

## Honlapok

World Health Organization. Air pollution. Geneva. <https://www.who.int/health-topics/air-pollution>

United Nations Environment Programme. Caring for the environment helps to care for your mental health. (2019) Nairobi. <https://www.unep.org/news-and-stories/story/caring-environment-helps-care-your-mental-health>

World Health Organization. Environmental health. Geneva. <https://www.who.int/health-topics/environmental-health>

World Health Organization. MPOWER [Fight against the global tobacco epidemic through MPOWER Strategy]. Geneva. <https://www.who.int/initiatives/mpower>

World Health Organization. Health impact assessment (HIA) tools and methods. Geneva. <https://www.who.int/tools/health-impact-assessments>

World Health Organization. Health promotion. Geneva. <https://www.who.int/health-topics/health-promotion>

World Health Organization. Healthier populations. Geneva. <https://www.who.int/our-work/healthier-populations>

World Health Organization. Healthy People 2030 Framework. Geneva. <https://health.gov/healthypeople/about/healthy-people-2030-framework>

International Network of Health-promoting Hospitals and Health Services. Hamburg. <https://www.hphnet.org>

United States Department of Health and Human Services. Move Your Way® Community Resources. (2021) Washington DC. <https://health.gov/our-work/nutrition-physical-activity/move-your-way-community-resources>

World Health Organization. Primary health care. (2021) Geneva. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

World Health Organization. Social determinants of health. Geneva. <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>

United Nations Environment Programme. Strategic approaches to International Chemicals Management. Geneva. <https://www.saicm.org>

United Nations Climate Change What is the Triple Planetary Crisis? (2022) Bonn. <https://unfccc.int/blog/what-is-the-triple-planetary-crisis>

Organisation for Economic Co-operation and Development. Centre on Well-being, Inclusion, Sustainability and Equal Opportunity (WISE). Paris. <https://www.oecd.org/wise>

## 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, Preventív Egészségtudományi Tanszék, Győr  
[vitrai.jozsef@gmail.com](mailto:vitrai.jozsef@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 08. 01.

Elfogadva: 2023. 08. 01.

Megjelentetve: 2023. 09. 10.

Copyright © 2022 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

## MÁSODKÖZLÉS

## Másodközlés: Az iskolakultúra különszáma az iskolai egészségnevelés-egészségfejlesztés aktuális kérdéseiről (2023/1-2)

*Secondary publication: Special issue of Iskolakultúra (Journal of School Culture) on current issues in school health education and health promotion (2023/1-2)*

**Szerző:** [Paizs Melinda Adrienn](#)

**Doi:** [10.58701/mej.12069](https://doi.org/10.58701/mej.12069)

**Kulcsszavak:** egészségnevelés; egészségfejlesztés; közoktatás

**Keywords:** health education; health promotion; public education

Az Iskolakultúra 2023. évi összevont első száma az MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport kutatóinak munkáit adja közre. A 12 tanulmány mindegyike az iskolai egészségnevelés és egészségfejlesztés hatékony megvalósulását támogató elméleti és gyakorlati útmutatóval szolgál, nem csak a tanulókra, hanem a pedagógusokra és a szülőkre vonatkozóan is. A szerzők elsősorban saját, a kutatócsoport keretében végzett kutatásaikat ismertetik, hazai és nemzetközi beágyazottságban. Mind saját munkájuk, mind a folyóirat tematikájának előre mutató jellegét hangsúlyozzák következtetéseik, a szövegekből egyaránt kiviláglik a témájuk iránti elkötelezettségük, ezzel együtt annak a szükségessége, hogy a 21. század át mediatizált, válságokkal teli világában az új kihívásokra, stabil gyökerekre támaszkodva új eszközökkel reagáljunk, így támogatva a jövő nemzedékeinek egészségét és jóllétét.

Lippai László és Vitrai József *Merre tovább a magyar iskolai egészségfejlesztésben?* című tanulmányának felütése a neveléstudományok és az egészségtudományok együttműködésének esszenciális

mivoltát és megvalósulásának társadalmi igényét veti fel, és a szerzők az irányú kíváncsiságáról ad számot, hogy ez a kölcsönösen pozitív hozadékokkal kecsegtető együttműködés miként valósítható meg hatékonyan a köznevelés mindennapi gyakorlatában. Kimerítően feltárják az egészségfejlesztés célját, szemléletmódját és társadalmi jelentőségét, valamint az egészségfejlesztő iskolákra vonatkozó nemzetközi, globális standardokat. Bemutatják az Iskolák az Egészségért Európában Hálózatot (Schools for Health in Europe Network Foundation, röviden: SHE) melynek célja, hogy az iskolák egészségfejlesztési koordinátorait, igazgatóit, pedagógusait és nem oktató dolgozóit, magukat a diákokat és az iskolák közösségi partnereit az iskolai egészségfejlesztésre bátorítsa. Hangsúlyozzák többek között, hogy nemzeti érdekünk a korszerű egészségfejlesztő szemléletmód meghonosítása Magyarországon. A köznevelésben megjelenő egészségfejlesztés nemcsak a gyermek- és serdülőkorban lévő fiatalok egészségére van kihatással. Az egészségesebb gyermeknek nemcsak az iskolai teljesítménye lesz jobb, hanem a társadalomban több értéket teremtő,

egészségesebb felnőtté is válik majd. A köznevelésben megjelenő egészségfejlesztés tehát jelen- és jövőorientált.

Tarkó Klára, Mátó Veronika, Uitmen Erdenezul, és Szabó-Prievara Dóra Katalin a *HECAT – Az egészségnevelési feladatok (keret)tantervi megjelenésének elemzésére szolgáló eszköz* című tanulmányukban az iskoláskorú gyerekekre irányuló legfrissebb nemzetközi egészségmagatartás-kutatások kedvezőtlen eredményeiről számolnak be, és felhívják a figyelmet arra, hogy milyen fontos lenne már fiatal kortól kezdve a gyermekek egészségmagatartásának fejlesztése. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés szintérialapú megközelítése értelmében az iskola az egyik legfontosabb helyszíne az egészséges életmódra történő szocializálásnak. A modern egészségnevelés az egészség holisztikus megközelítésére építve egyaránt foglalkozik az egészség testi, mentális, érzelmi, spirituális, társas és társadalmi dimenzióival. Az egészségnevelés akkor sikeres, ha a szokásváltoztatást tűzi ki céljául, vagyis segíti az életmódot örömmel végzett szokások rendszerévé alakítani, és ezáltal minőségi életet élni élethosszig tartóan. Az egészségnevelés, egészségfejlesztés közoktatásra vonatkozó célkitűzéseit Magyarországon a Nemzeti Aparenter határozza meg, részletezése a kerettantervek, helyi tantervek és pedagógiai programok szintjén történik. A szerzők bemutatják az Amerikai Járványügyi Hivatal (CDC), a Szexuális Egészség és Betegségek Megelőzése Központ (NCHHSTP) és annak Serdülőkori és Iskolai Egészség Osztálya (DASH) által kidolgozott, az egészségnevelési (keret)tantervek elemzésére szolgáló eszközt (Health Education Curriculum Analysis Tool, HECAT). A HECAT célja, hogy lehetővé tegye az egészségnevelés, egészségfejlesztés nemzeti, keret- vagy helyi tantervi megjelenésének konzisztens és átfogó elemzését, melynek eredményei nyomán sor kerülhet a tanterv felülvizsgálatára, fejlesztésére és megerősítésére, és ezáltal az iskola egészségnevelési feladatokat ellátó pedagógusai képessé

válnak hatékonyabban befolyásolni az iskoláskorú gyerekek és fiatalok egészségmagatartását és egészségmutatóit.

Kollányi Zsófia és Várfi Melinda *Részvételi módszerek az iskolai egészségfejlesztésben – Az érintettek bevonására épülő beavatkozások* című írásukban a részvételi módszerek egészségfejlesztési programok kidolgozásában való alkalmazásáról beszélnek, arról, hogy miért tud igazán hatékony lenni a használata. A módszer lényege, hogy egy program célcsoportját és más érintettjeit magukat is bevonják a program kidolgozásába, akár már a problémafelmérés fázisától. Az így kidolgozott programok realisabb, pontosabb, a célcsoport valóságérzékelésének jobban megfelelő problémadefiníciókat, az ezekhez és a rendelkezésre álló erőforrásokhoz és korlátokhoz jobban illeszkedő beavatkozási irányokat alkalmaznak, és jelentősen növekedhet az érintettek elkötelezettsége a program, illetve a probléma leküzdése iránt. Az érintettek bevonása nagyon különböző módokon, mélységben és formában történhet meg. Lehet a bevonás névleges, de lehet „transzformatív” vagy átformáló is, amelyben az érintettek a hatalom birtokosaivá is válnak az őket érintő kérdések viszonylatában. Megtörténhet a bevonás a helyzetértékelés, a problémadefiníció, a program kidolgozása, az implementáció és a hatások monitorozásának fázisában, vagy akár mindegyikben is; a formája a passzív kérdőíves véleményfelméréstől a mély interakciókra és közösségi folyamatok beindítására is alkalmas részvételi megbeszélésekig terjedhet. A részvételi módszer és annak változásainak bemutatásán túl foglalkoznak azzal, hogy az intézményi keretek (ideértve a szakpolitikai döntéshozatal szintjét) között is működhet, hangsúlyozva, hogy feltétel a részvételi folyamatot kezdeményezők őszinte elkötelezettsége és nyitottsága.

Ahogy mondani szokták „ismernünk kell a múltunkat, hogy a jövőt építhessük”. Fízel Natasa *Az egészségtan tantárgy megjelenése és szerepe az elemi, a polgári és az*

*általános iskolában (1917–1950)* című tanulmánya egy történeti áttekintés, amely az egészségtan tantárgy első magyar tantervekben való megjelenését mutatja be az 1917-ben megjelent első ilyen tartalmú tantervkiegészítéstől egészen az 1946-ban életre hívott általános iskola első tanterveire vonatkozóan. Vizsgálja a folyamatok hátterét, például, hogy az 1917-es tanterv kiegészítés hátterében a korabeli pandémiákra való reagálás is állhat, valamint, hogy a második világháború után hogyan politizálódtak át a tantervek is. A szerző kutatási módszere a forráselemzés, amely során a 6–12 évesek iskoláira vonatkozó 1868 és 1950 közötti tantervek vizsgálata mellett a korabeli szakfolyóiratokban – Orvosi Hetilap, Néptanítók Lapja, Köznevelés – a témában megjelent cikkeket is elemezte.

Sárvári Tünde és Nádudvari Gabriella *Egészségfejlesztés az iskolában. Jó gyakorlatok Németországból* című tanulmányukban arra keresték a választ, hogy a projektmódszer alkalmazásában élen járó Németország iskoláiban milyen országos és tartományi szintű egészségfejlesztő programok valósultak meg, és hogy ezek közül mely programok adaptálhatók itthon, Magyarországon. Vizsgálódásaik alapján a szerzők megállapították, hogy a kiegyensúlyozott táplálkozás és a kellő mennyiségű testmozgás fontosságának hangsúlyozása mellett elsősorban a reziliencia erősítésére, az eredményes stresszkezelésre, a szenvedélybetegségek hatékony megelőzésére és az erőszakmentesség elvének terjesztésére fókuszálnak az áttekintett németországi programok. A projekteredményekről érkező közlemények arról tanúskodnak, hogy az egyes egészségfejlesztő kezdeményezések eredményessége a résztvevők téma iránti érzékenységének, együttműködési készségének és hálózatiépítési törekvéseinek függvénye. A szerzők meglátása szerint a magyarországi iskolai egészségfejlesztő programok eredményessége és fenntarthatósága biztosításának érdekében érdemes felhasználnunk

a németországi egészségfejlesztő projektek tapasztalatait is.

Szabó-Prievára Dóra Katalin és Tarkó Klára *A problémás mértékű internethasználat gyermekek körében – az Internet Addiction Test for Families (IAT-F) magyar nyelvű alkalmazása* című tanulmánya rámutat, hogy a minél korábbi életkorban megkezdett internethasználat egyre inkább általános jelenséggé válik, a gyermekek egyre fiatalabban válnak a digitális világ használóivá. Az életkoruk előrehaladtával pedig a használat mennyisége csak fokozódik, serdülőkorban már akár problémás mértékű használat is kialakulhat. Olyan szintű a bevonódás az egyes online tevékenységekbe, ami aztán a gyermek élete egyéb területeinek és feladatainak (például házi feladat, alvás, barátok) elhanyagolásához vezethet. A szerzők kutatásuk során az Internet Addiction Test for Families (IAT-F) kérdőívet fordították le magyar nyelvre, ennek a tesztnek alkalmazták a 3–11 (Ellenőrzőlista a Problémás és Kockázatos Gyermei Médiahasználatról) és 12–18 éves gyermekek (Szülő-Gyermek Internet-függőségi Teszt) szülei számára összeállított különálló kérdéssorait. Az eredmények alapján elmondható, hogy a 3–11 éves korcsoport több mint 30 százalékára rizikós vagy problémás használat jellemző, míg 12–18 éves korban is 20 százalékban mérsékelt és 10 százalékban súlyos kategóriába sorolhatóak a fiatalok. További eredményük, hogy a szülők képernyőhasználati szokásai (mind mennyiségi, mind tartalmi szempontból) összefüggtek a gyermek szokásaival. Mindezek felhívják a figyelmet a szülők felelősségére a gyermekeik digitális világban kialakított szokásaira vonatkozóan.

Szabó-Prievára Dóra Katalin és Nádudvari Gabriella Erika írását, bizonyos tekintetben az előző tanulmány folytatásának is tekinthetnénk. *A családi minta fontossága – szülő és gyermek médiahasználat a COVID-19 idején* már a címében rávilágít a gyermekek mintakövetésének tényére a médiafogyasztás vonatkozásában.

Manapság a gyermekek is már médiahasználónak minősülnek, ezt a folyamatot pedig csak tovább gyorsította a COVID-19 világjárvány megjelenése, például az online oktatásra való átállással. Kutatásuk célja a szülői attitűd megvizsgálása volt a gyermekük médiahasználati szokásaira, illetve annak szabályozási elveire vonatkozóan. Eredményeik alapján megállapítható, hogy a gyermekek életkorának előrehaladtával változik a preferált eszköz. Az óvodások esetén a televíziónézés a fő tevékenység, míg később az okostelefon és a saját számítógép, laptop veszi át a helyét. A médiahasználat intenzitása az életkorral emelkedik, a COVID-19 világjárvány alatt pedig tovább fokozódott a gyermekek médiahasználat; ezzel egy időben csökken a szülői kontroll és a médiahasználat szabályozása. Holott a szülőktől látott minta (különösen általános iskolás korban) jelentős hatással van a gyermek saját szokásainak kialakítására. A szabályozásnak nemcsak a digitális tartalom mennyiségére, hanem annak minőségére és a fogyasztás körülményeire is ki kellene térnie.

Mihálka Mária *A kiégés kialakulása és megelőzése* című tanulmányának felütése, hogy a pedagógusok lelki egészsége nem tekinthető magánügynek: viselkedésükkel mintát nyújtanak azoknak a tanítványoknak, akiket nevelnek, oktatnak. A segítő hivatás során az egyén legfőbb munkaeszköze a saját személyisége, amelynek a védelme, ha úgy tetszik, „karbantartása” fokozott figyelmet, tudatosságot és felelősségvállalást igényel az egyén életében. A különböző szakmai helyzetek kihívások elé állítják a segítőket, ugyanis felelősségvállalásuk kiterjed a munkájuk során rájuk bízott személyekre is. A kettős felelősségvállaláson túl hivatásuk gyakorlása során fokozott lelki és olykor fizikai megterhelésnek vannak kitéve, amely lenyomatot képez, akár nyomot is hagy saját testi, lelki, szellemi egészségükön, éppen ezért felbecsülhetetlen értéke van a tudatos szakmai jelenlétnek, felelősségvállalásnak. A pedagógus szakma stresszes foglalkozás.

Az egyén a személyiség védelme, „karbantartása” nélkül kockáztatja az egészségét, és bekövetkezhet, hogy nem tudja betölteni választott szerepét, önmaga is segítségre szorul. Ennek a lenyomatnak, „nyomnak” az egyik megnyilvánulási formája lehet a kiégés jelensége. A kiégés megelőzésének folyamatában egyéni és szervezeti szinten is szükséges prevenciós lehetőségek megfogalmazása.

Mátó Veronika a *Közösség- és kapcsolatépítés a pedagógia szempontjából* című írásában a közösségek jelenségvilágának bemutatásán keresztül feltárja, hogy miért lényeges, hogy a közösségek működésével és jellemzőivel tisztában legyenek a velük foglalkozó szakemberek, miért fontos felismerniük, hol tart egy adott közösség a fejlődés folyamatában, ahogy azt is, hogy a további fejlődéshez miként járulhatnak hozzá, illetve milyen szemlélettel és eszközökkel kell rendelkezniük ezek eléréséhez. Ha egy közösség jól működik, akkor kialakul a közösségi tudat. Életünk során számos közösségnek tagjává válunk. A közösségek tagjaként kapcsolatok jönnek létre egyének között, amelyeket olykor az egyének közötti konfliktus jellemezhet. Amíg az adott közösség nem érte el célját, addig létezik, addig lehetőség van fejleszteni. A közösségfejlesztő tevékenység alapja, hogy megismerjük a közösségben, annak egyes tagjaiban rejlő lehetőségeket, és erősítjük az együttműködésre épülő cselekvést. Ezáltal az élményszerzést támogatjuk, ami a közösségi érzés létrejöttét segíti. A közösségek megismerésének számos módszere van, ezek egyike lehet a drámapedagógia. A játék mint módszer a közösségek fejlődéséhez járulhat hozzá.

Pósa Gabriella *A rendszeres fizikai aktivitás jelentősége az iskolai szinténben* című tanulmányában rövid áttekintést nyújt a rendszeres mozgás jelentőségéről, akár prevenciós, akár kuratív beavatkozásnak szánjuk az iskolai szinténben. Ezekben a falakon belül a felnőtt

és a diák populáció is megjelenik, akár több generációt felvonultatva, így nagyon változatos képet adva arra vonatkozóan, hogy az őket ért fizikai, lelki, szociális, környezeti és társadalmi hatások hogyan jelennek meg. A középpontban a krónikus, nem fertőző megbetegedések közül a mozgásszervi elváltozások elsődleges megelőzése és kezelése kerül tárgyalásra. A csont- és izomrendszeri elváltozások az egyik leggyakrabban előforduló problémák közé tartoznak a dolgozói populációban és a diákság körében is. Ezek hatást gyakorolnak a mindennapjainkra, az életminőségünkre. Általában egynél több testrész vagy szerv, szervrendszer érintett, és párhuzamosan több tényező játszik szerepet a kialakulásukban, ezért a megközelítésnek holisztikusnak és a lehető legkörültekintőbbnek kell lennie. A diákok és a tanárok tekintetében is elmondható, hogy a mozgás nem csak a mozgatószervrendszerre és az egyéb testi folyamatokra van jó hatással, de a pszichés állapotra is – összegzi az eredményeket végül a szerző.

Nóvik Attila a *Szemponatok az iskolai egészségnevelés történetének értelmezéséhez* című tanulmányában amellet érvel, hogy az iskolai egészségnevelés megjelenése elválaszthatatlan a modern társadalmak kialakulásától, illetve annak néhány alapjelenségétől. A modern társadalmak egyik legfőbb célja a normalitás definiálása és a normális testi és pszichés működés általánossá tétele, az abnormalitás visszaszorítása, társadalmi elkülönítése. A testről és a pszichéről zajló társadalmi diskurzus, amelyet leginkább a higiéniai diskurzus kifejezéssel ír le a szakirodalom, egyre inkább az orvostudo-

mányok nyelvén zajlott. Általában véve is elmondható, hogy a társadalmi kérdések orvosi problémaként történő kezelése – a medikalizáció – a modern társadalmak egyik alapjelensége. A szerző bemutatja azt a folyamatot, amelynek során a modern tömegoktatási rendszerek és a pedagógia a társadalmi problémák megoldásának kiemelkedő terepévé vált. A nyugati szakirodalomban pedagógizációnak nevezett jelenség adja annak magyarázatát, hogy a higiéniai diskurzus miért jelent meg iskolai keretek között.

Végezetül Kocsis-Fuszkó Zitától a *Várandósok egészség-magatartása hazai és nemzetközi viszonylatban – Edukációs lehetőségek az egészségnevelés területén* című összefoglaló tanulmányt olvashatjuk, amely a várandósság alatti egészség-magatartás jellemzőit hivatott feltárni. A szerző kiemeli, hogy gyakori, hogy várandósság alatt a kismamák nagyobb motivációval rendelkeznek az életmódváltás terén, fontosabbnak tartják az egészséges táplálkozást, a megfelelő testmozgást. Ezért érdemes ebben az időszakban nagyobb figyelmet fordítani az életmódváltással kapcsolatos edukációra, különböző prevenciós programok szervezésére, hiszen a csoportba tartozó hölgyek nagyobb nyitottsággal fordulnak az egészséggel kapcsolatos információk felé. A szerző célja felhívni a figyelmet az esetleges hiányosságokra és különbségekre ezeken a területeken, így lehetőség adódhat fejlesztésekre a várandósok körben az egészséges életmódra nevelés révén.

A lapszám a Nemzeti Tehetség Program (NTP) támogatásával készült.

## HIVATKOZÁSOK

[https://tiszatajonline.hu/szegedi\\_egyetem/az-iskolai-egeszsegnevel-es-egeszsegfejleszt-es-aktualis-kerdeseirol/](https://tiszatajonline.hu/szegedi_egyetem/az-iskolai-egeszsegnevel-es-egeszsegfejleszt-es-aktualis-kerdeseirol/)

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

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

## INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

### **Paizs Melinda Adrienn**

Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet, Egészségszociológia és Életmód Tanszék, Szeged; MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged  
[paizs.melinda.adrienn@szte.hu](mailto:paizs.melinda.adrienn@szte.hu)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 07. 07.

Elfogadva: 2023. 07. 07.

Megjelentetve: 2023. 09. 10.

Copyright © 2023 Paizs Melinda Adrienn. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

**SAKMAI 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  
**Keywords:** public health; Health Promoting Universities

A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesületet különböző szakterületeken tevékenykedő szakemberek csoportja alapította 2020-ban. Jelenleg 15 fős tagsággal működik. Az Egyesület a MEJ ([Multidiszciplináris Egészség és Jólét](#)) 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 népegészségügyi problémák kezeléséhez mindeztidáig 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. Mivel meggyőződésünk szerint az egészségügy, a népegészségügy az egészségügyön kívüli partnerekkel együttműködésben képes a népesség egészségromlását megelőzni, ezért a kezdeményezéshez különféle szakterületek képviselőit nyertük meg. A szakmai koncepciót kidolgozó munkacsoportban népegészségügyi szakértőkön kívül orvos, pszichológus, szociológus, jogász, közgazdász, biostatistikus is részt vesz. A koncepció egy többhónapos, az érintettek széles körére kiterjedő egyeztetési folyamat során fogja elnyerni végső formáját. A koncepció megalapozásához tavasszal megkértük a szakembereket, hogy a népegészségügy területére vonatkozó tapasztalataik, tudásuk alapján osszák meg velünk véleményüket. A beérkezett válaszok figyelembevételével

a munkacsoport szakértői véglegesítették a koncepció témavázlatát, majd nyáron elkezdődött a szakmai koncepció első változatának összeállítása. 2023 őszén véleményezésre az első változatot elérhetővé teszik az érintettek képviselőinek számára. A beérkező vélemények, javaslatok alapján véglegesített szakmai koncepciót a tervek szerint ez év végén nyilvánosságra hozzák, és egy konferencia keretében bemutatják. A 2023. februárjában elindított munkáról a transzparencia biztosítása érdekében [weboldalunkon](#) rendszeresen beszámolunk.

## 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 kezdeményezésére 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, dolgozó 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 kampuszokká váljanak. A Szakmai Fórum megvitatta a beterveztett tervezetet a célkitűzésekről, a hálózatos működésről és az első tevékenységekről. Döntést az október elején tartandó 2. online megbeszélésen fog hozni. További információ [weboldalunkon](#) olvasható.

## HOGYAN CSATLAKOZHAT?

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](mailto:nepegeszsegugy3.0@gmail.com)

## CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2023. 08. 14.

Elfogadva: 2023. 08. 14.

Megjelentetve: 2023. 09. 10.

Copyright © 2023 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.