

# A KÖZÖSSÉGI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS MÓDSZERTANA A VÉDŐNŐI ELLÁTÁSBAN

## NÉPEGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓRENDSZER ÉS SZOLGÁLTATÁSOK FEJLESZTÉSE ALPROJEKT

A/II. Egészségtudatosság fejlesztése a koragyerekkorban  
(családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) munkacsoport

Eredménytermék készítésének dátuma:

2018. 06. 30.



EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001  
„Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése”



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

SZÉCHENYI 2020

Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



BEFEKTETÉS A JÖVŐBE

Készítette az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001  
 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt  
 „Népegészségügyi ellátórendszer és szolgáltatások fejlesztése” című alprojekt  
 Egészségtudatosság fejlesztése a koragyermekkorban  
 (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) munkacsoportja.



A projekt a Széchenyi 2020 program keretében valósul meg.

**Eredménytermék készítője:**

Név	Munkakör
Csordás Ágnes Katalin	Senior szakmai szakértő
Dr. Karácsony Ilona	Szakmai irányító
Kiss Judit	Szakmai szakértő
Maradáné Veréb Vanda	Szakmai irányító

**Szakértők:**

**Előterjesztő:**

Munkacsoport-vezető neve: Árváné Egri Csilla

**Aláírás**

.....

**Jóváhagyó:**

Alprojektvezető neve:

Szakmai vezető: Dr. Oroszi Beatrix

**Aláírás**

.....

.....

**Konzorcium vezető: Országos Közegészségügyi Intézet**



## 1. Vezetői összefoglaló

Az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése elnevezésű projekt (továbbiakban Projekt) keretén belül, az A/II. Egészségtudatosság fejlesztése a koragyermekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) munkacsoport a védőnők közösségi egészségfejlesztő munkáját segítő módszertani anyag kidolgozását tűzte célul.

A jólétben élő nemzetekre jellemző, hogy lakosaik évekkal tovább élnek (születéskor várható átlagos élettartam – mindkét nem összesítve - pl.: Japán 83,7 év, Svájc 83,4 év, Egyesült Királyság 81,2 év, Botswana 65,7 év, Kenya 63,4 év, Szomália 55 év<sup>1</sup>) és kevesebb betegségben szenvednek (egészségben eltöltött élettartam pl.: Japán 74,9 év, Svájc 73,1 év, Egyesült Királyság 71,4 év, Botswana 56,9 év, Kenya 55,6 év, Szomália 47,8 év<sup>2</sup>), mint a gazdaságilag fejletlenebb országok lakosai. Ezek az egészségi állapotbeli különbségek jól tükrözik a mai modern világ egészségre gyakorolt alapvető hatásait. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása elnevezésű (HBSC), az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben megvalósuló nemzetközi kutatás 2014. évi felméréséről készült nemzeti jelentés kedvezőtlen adatai. A napi gyümölcs- és zöldségfogyasztás közel minden harmadik tanulóra jellemző, de tíz fiatalból egy még heti gyakorisággal sem eszik gyümölcsöt vagy zöldséget, a diákok kevesebb mint fele reggelizik minden tanítási napon, míg tíz tanulóból három soha nem fogyaszt reggelit hétköznapokon, a magyar fiataloknak alig ötödéről mondható el, hogy napi szinten eleget mozog, ezek az adatok is alátámasztják az egészségfejlesztés szükségességét, amely egyre inkább tudatos kormányzati, társadalmi törekvésként és beavatkozásként valósul meg.

Az egészségfejlesztés eredményességében rendkívül fontos a települések, a szervezetek, az intézmények, a civil szervezetek, az önkéntesek és az egyéb szereplők közötti folyamatos és kölcsönös együttműködés. Az egyén elsődlegesen közösségi minták követésével alakítja

---

<sup>1</sup> World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs Annex B: tables of health statistics by country, WHO region and globally letöltés ideje 2020.07.24. forrás

[https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/EN\\_WHS2016\\_AnnexB.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_AnnexB.pdf?ua=1)

<sup>2</sup> World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs Annex B: tables of health statistics by country, WHO region and globally letöltés ideje 2020.07.24. forrás:

[https://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2016/EN\\_WHS2016\\_AnnexB.pdf?ua=1](https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_AnnexB.pdf?ua=1)



viselkedését a különböző szinterek szereplőjeként. Az egészségi állapot javítása fokozott egyéni és közösségi felelősségvállalással és összefogással érhető el.

A közösségi szintereken megvalósuló egészségfejlesztés módszereinek megismertetése, a programok bevezetése, kipróbálása segíthet abban, hogy kedvezőbb egészségi állapotot érjenek el a résztvevők, javuljon az életminőségük, jobban érezzék magukat nemcsak a saját bőrükben, hanem szűkebb és tágabb környezetükben is. Az egészségfejlesztésben – a tudás átadása és az információközvetítés mellett – legnagyobb szerepe a tényleges részvételen alapuló, begyakorolható és a mindennapi életben megvalósítható tevékenységeknek van. A módszertani anyagban az egészségfejlesztés szintér alapú, közösségi megközelítésének bemutatására, valamint a csoportos egészségfejlesztési módszerek ismertetésére kerül sor.

Az egészségfejlesztés folyamatában az emberek képessé válnak arra, hogy ellenőrzést gyakoroljanak saját egészségük felett, és azt fejlesszék. Nem egyszerűen egészségnevelés vagy prevenció valósul meg, hanem az egészség megtartására és fejlesztésére irányuló tudatos magatartásformák és szemléletmódok összességének átadása. Ennek során az egyén növeli jártasságát a saját és mások egészségének javítása terén, képességet szerez az egészséges életvitel fenntartására és a változó környezethez való alkalmazkodásra, továbbá képes a közösség további tagjainak támogatására az egészségük fejlesztése során.

Az egészségfejlesztő személyisége, kommunikációs készsége, eszköztára, példamutatása, hitelessége, szakmai felkészültsége meghatározó. A szakember felelőssége nemcsak a kommunikáció tartalma, hanem személyes példamutatása is. Érvekkel, bizonyítékokkal, amelyek befolyásolják a gondozottat, pozitív üzenetekkel, amelyek felhívják a figyelmet az előnyökre, a lehetséges negatív következmények demonstrálásával, és bizonyítékokkal érhet el hatást. Gyakran azonban ez is kevés a változáshoz. Az érvek és tények mellett az érzelmi elköteleződésre, a pozitív megerősítésekre és a közösség támogatására is szükség van ahhoz, hogy megvalósuljon a magatartásváltozást.

Tananyagunk a közösségi egészségfejlesztés technikáihoz is ad útmutatót. Fontos, hogy a programokat célzottan, konkrét fontos problémák megoldására tervezzük meg. Ehhez elengedhetetlenül fontos a naprakész epidemiológiai mutatók ismerete, hogy megértsük, valamint képesek legyünk döntéshozók, partnerek, vezetők felé is bemutatni, hol kell elsősorban beavatkozni. Az epidemiológiai mutatók segítségével, érvekkel alátámasztható,



hogy miért olyan fontos a feladatunk. Segítségükkel azonosíthatók a területi különbségek, látható, hogy hol kell a leginkább beavatkozni. Az alapellátás szakembereinek vannak olyan eszközeik ehhez a tevékenységhez, ami más kezében nincs: majdnem a fogantatástól ismerik a gondozottat a családjával együtt, bizalomra épülő, hosszú távú szakmai kapcsolatuk elősegítheti a változást, a gyermek fejlődése során a helyes szokások meggyökerezését.

A projekt ehhez a tevékenységhez szeretne segítséget nyújtani, melyhez fontos a tudásfrissítés, az aktuális szaknyelvi terminológia ismerete, de az is, hogy mindezt közérthető módon át tudja adni a szakember a családoknak. Módszertani útmutatónk megvalósítható, gyakorlatorientált módszereket, javaslatokat ad a felmérés – tervezés – kivitelezés egységében. Az egészségfejlesztés kezdeti lépése a változás, melynek elindításához, a kiindulási helyzet feltérképezéséhez konkrét kérdéseket fogalmaztunk meg, hogy a veszélyek mellett megismerhessék azokat az erőforrásokat is, melyek segítenek leküzdeni a változás folyamatának nehézségeit. Az egészségfejlesztést támogató viselkedésminták megerősítése végül meghozza a kívánt eredményt, a jó egészséget. Tananyagunkat differenciáltuk, hogy még inkább előmozdítsa a szakemberek tanulását az életkorokhoz igazított egészségfejlesztési fókuszok meghatározásával mind az egyéni mind a közösségi szinten. Kitekintést tettünk hazai és nemzeti gyakorlatokra, ezzel újszerű megközelítéseket állítunk példaként, hogy a területen dolgozók merjenek cselekedni, új utakat kipróbálni.

Az egészségfejlesztésben a megfelelő módszerek kiválasztása alapvető fontosságú. A tervezés során szükséges eldönteni azt, hogy milyen módszert alkalmazzunk annak érdekében, hogy a meghatározott célokat elérjük. Fontos, hogy ne csak információval lássuk el a csoportot, hanem elérjük azt is, hogy változtasson magatartásán, és a passzív befogadás helyett aktív részesévé váljon a tanulási folyamatnak. Ezeket az egészségfejlesztési módszereket, kommunikációs eszköztárakat is bemutatja a módszertani útmutató. Azokat a módszereket mutatjuk be, amelyek az egyének, közösségek részvételével azokon a szintereken valósulnak meg, amelyeken az emberek a mindennapi életüket élik, s ahol részvételük a saját egészségük fejlesztésében magától értetődő.

A projekt keretén belül a közösségi egészségfejlesztési munka támogatására „Egyéni és közösségi egészségfejlesztés módszertan” elnevezésű blended képzés valósult meg a védőnők körében, melynek háttér anyaga az alábbi linken érhető el



<https://efop180.antsz.hu/attachments/article/398/Vedonoi%20kepzes%20felkeszitesi%20anyag.pdf>

A képzések elérhetők a [www.antsz.hu](http://www.antsz.hu) oldalon, a gyorsmenü EFOP180 Képzés ikonjára kattintva.



## Tartalomjegyzék

1. Vezetői összefoglaló .....	3
2. Bevezetés.....	9
3. Népegészségügyi elemzések jelentősége a védőnői munkában.....	10
3.1 Miért szükséges a gyakorló védőnő számára az ellátási területén élő – elsősorban női – lakosság egészségi állapotának ismerete? .....	10
3.2 Hogyan és honnan tehet szert a védőnő népegészségügyi adatokra, mutatókra az ellátási területén élő lakosság demográfiai viszonyaival és egészségi állapotával kapcsolatban? .....	11
3.3 Miért hasznosak a NEKIR-ben található információk a védőnőknek, hogyan segíthetik munkájukat?.....	11
3.4 A célzott, szükségletekre alapozott intervenciós irányok szempontjából fontos helyzetkép.....	12
3.5 A munkaképes (25-64 éves) korú magyar női népesség egészségi állapota 2007-2018. ....	12
3.6 A 0-6 éves korú gyermek népesség egészségi állapota a halálozási adatok, 2007-2018.....	19
4. Egészségfejlesztés a közösségi szintereken.....	25
4.1 Közösségek, közösségi szintér .....	25
3.1. A közösségi erőforrásokhoz való egyenlőtlen hozzáférhetőség .....	26
4.2 A közösségi szintér fogalmáról .....	27
4.3 A közösségi szintér az egészségfejlesztés célterülete .....	27
4.4 Mi a közösségi szintér program? .....	28
4.5 A közösségi szintér programok erőforrásai.....	29
4.6 A közösségi szintér program történeti megközelítése: az egészségterv koncepcióról .....	31
5. Együttműködési lehetőségek az egészségfejlesztési irodákkal.....	32
5.1 Az egészségfejlesztési irodák hálózata .....	32
5.2 Az Egészségfejlesztési Szolgáltatáskatalógus .....	33
5.3 Kapcsolódási pontok az egészségfejlesztési irodákkal .....	35
6. A közösségi szintér programok céljáról és felépítéséről .....	35
A közösségi szintér program kialakításának fő lépései .....	37
A közösségi szintér program kommunikációs tevékenysége .....	45
Az eredmények értékelése, monitorozás, visszacsatolás.....	47
7. A csoportos egészségfejlesztési módszerekről .....	50
A csoportokról általánosságban .....	50
Csoportmagatartás, csoportdinamika.....	52
A csoporttagok szerepei .....	53
Csoport vezetői stílusok .....	54
A csoport kialakítása.....	55



A csoportos egészségfejlesztés módszerei.....	57
A csoportmunka eredményességét segítő feltételek.....	62
Egy konkrét gyakorlati példa: szülőcsoportok szervezése .....	63
Kommunikáció roma gondozottal .....	65
8. Közösségi egészségfejlesztés javasolt témái színterenként .....	70
9. A védőnői közösségi egészségfejlesztés .....	72
Közösségi egészségfejlesztés családtervezés és várandósság időszakában.....	72
Közösségi egészségfejlesztés 0–3 éves korcsoportban .....	72
Közösségi egészségfejlesztés 4–6 éves korcsoportban .....	73
Közösségi egészségfejlesztés családtervezés, várandósság időszakban táplálkozás, mozgás témában .....	75
Közösségi egészségfejlesztés 0–3 éves gyermekeket nevelő családokban táplálkozás, mozgás témában .....	76
Közösségi egészségfejlesztés a 4–6 éves gyermeket nevelő családban táplálkozás, mozgás témában .....	77
Közösségi egészségfejlesztés várandósság és szülés körüli időszakban lelki egészség témában .....	79
Közösségi egészségfejlesztés 0-6 éves gyermeket nevelő családok körében lelki egészség témában .....	82
Közösségi egészségfejlesztés családtervező, várandós és 0-6 éves gyermeket nevelő családok körében a környezeti dohányfüst expozíció témában .....	83
Közösségi egészségfejlesztés családtervező, várandós és 0-6 éves gyermeket nevelő családok körében drogprevenció témában.....	88
Közösségi egészségfejlesztés családtervező, várandós és 0-6 éves gyermeket nevelő családok körében szexuális úton terjedő betegségek megelőzése témában .....	90
10. Jó gyakorlatok és példák egészségtervekre .....	90
11. Jó gyakorlatok és példák egészségfejlesztésre <sup>8</sup> .....	93
12. Zárzó .....	95
13. Felhasznált és javasolt szakirodalom.....	96





## 2. Bevezetés

Az egészségi állapot javulása gyakran olyan folyamatokkal függ össze, amelyek nem közvetlenül az egészséget célozzák. Ilyen például a gazdasági növekedés, az életkörülmények javulása, a foglalkoztatottság bővülése, amelyek együttesen hozzájárulhattak az utóbbi évek hazai halálozási mutatóinak lassú javulásához. Emellett azonban mind megbetegedési, mind halálozási viszonyaink nemzetközi és európai összehasonlításban is még mindig rendkívül kedvezőtlenek és ezen belül is elsősorban az idült, nem fertőző megbetegedések, a balesetek, az egészséget károsító kockázati tényezők mutatói jelzik leginkább a kedvezőtlen tendenciát.

Az Egészségügyi Világszervezet 2001-es elemzése<sup>3</sup> a makrogazdaság és egészség összefüggéseiről tudományosan is kimutatja (pl: a születéskor várható élettartam tükrözi egy ország környezeti feltételeit, az emberek egészségét, életkörülményeit a betegek ellátása során nyújtott ellátás minőségét), hogy az egészség érdekében alkalmazott hatékony beruházásoknak gyorsító, tovagyrúzó hatása van a gazdasági növekedésre és a társadalmi fejlődésre, ezért is lényeges az egyes politikai döntéseknek a lakosság egészségi állapotára, különös tekintettel az egyes lakossági csoportok eltérő, egyenlőtlen helyzetére gyakorolt hatását folyamatosan figyelemmel kísérni.

Az egészségi állapot javítása nem képzelhető el megalapozott nemzetközi, nemzeti és regionális politikai stratégiák nélkül, az egészség fejlesztése is csak hatékony ágazatközi együttműködésben valósítható meg, amely ki kell, hogy terjedjen az állami (miniszteri tárcák, önkormányzatok, közintézmények) és civil szférára egyaránt a mindennapi élet egyes szintereihez (település, munkahely, iskola, egészségügyi intézmény stb.) kapcsolódóan.

A mindennapi élet szintereiben való gondolkodást az Egészségügyi Világszervezet több évtizeddel ezelőtt javasolta először. Magyarországon a 90-es évek elejére tekintenek vissza a színtérprogramok. Elsőként az Egészségesebb Városokért mozgalom indult el, majd később az Egészségesebb Falvakért, az Egészségesebb Iskolákért, az Egészségesebb Munkahelyekért és az Egészségesebb Kórházakért kezdeményezések.

---

<sup>3</sup> Forrás: WHO Commission on Macroeconomics and Health. (2001). Macroeconomics and health : investing in health for economic development / report of the Commission on Macroeconomics and Health. World Health Organization. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42435>, letöltve: 2019. 09.)



A szintérprogramok célja, hogy minden szinten kialakuljon az ágazatközi együttműködés az egészség érdekében, megerősödjenek a közösségi akciók, a civil szféra szerepe az egészség fejlesztésében. Szinte minden, a település életét érintő döntésnek közvetlenül vagy közvetve van egészséghatása is, ezért elengedhetetlenül fontos minden önkormányzati döntés egészséggel összefüggő hatásait mérlegelni. Ilyen szempontból a helyi egészségtervek elkészítése, az egészségnek, mint kiemelt szempontnak a megjelenítése a településfejlesztési tervekben a legalkalmasabb eszköz arra, hogy az önkormányzatok a rendelkezésükre álló eszközöket és forrásokat az egészség érdekében mozgósítsák.

Kiadványunk az egészségfejlesztés szintér alapú, közösségi megközelítésének bemutatására, valamint a csoportos egészségfejlesztési módszerek ismertetésére vállalkozott.

### **3. Népegészségügyi elemzések jelentősége a védőnői munkában**

#### **3.1 Miért szükséges a gyakorló védőnő számára az ellátási területén élő – elsősorban női – lakosság egészségi állapotának ismerete?**

A területen dolgozó védőnő számára nemcsak társadalmi, hanem a családok szempontjából is kiemelten fontos a nők egészségi állapotának ismerete. Amennyiben a védőnő (helyi szinten) megfelelő ismerettel rendelkezik a nők egészség állapotbeli jellemzőiről, összetevőiről, akkor ezen információk kapcsán egyértelműen körülhatárolhatók lesznek azok a betegségterhek és prioritások, azaz beavatkozási pontok, melyek során megvalósulhat a „szükségletekre alapozott” védőnői egészségfejlesztési munka. Tehát ha a védőnő e lényeges információkhoz hozzá tud férni és felhasználja azokat, úgy képes lesz – a női lakosságon túlmenően a családok számára is – a népegészségügyi szükségleteknek megfelelő, célzott egészségfejlesztési, egészség megőrzési programok tervezésére és lebonyolítására. Ezen megelőzés-szemléletű védőnői munka mentén pedig, (elsősorban hosszútávon) a nők egészségi állapotának javulása és ahhoz kapcsolódóan a családon belül élők, így a kiskorúak egészségi állapotának javulása is várható.



### 3.2 Hogyan és honnan tehet szert a védőnő népegészségügyi adatokra, mutatókra az ellátási területén élő lakosság demográfiai viszonyaival és egészségi állapotával kapcsolatban?

A lakosság egészségi állapotának jellemzése számos indikátor alkalmazásával lehetséges, melyekkel kapcsolatosan számolhatók és megadhatók a (népegészségügyi szempontból fontos) mérőszámok és mutatók. Az egészségi állapot indikátorai széles csoportokba rendezhetők, így például demográfiai, halálozási, megbetegedési, társadalmi-gazdasági, környezeti, egészségügyi ellátórendszeri témakörök köré csoportosíthatók. Az elemzésekben kiemelt módszertani jelentőséggel bírnak a halálozási és megbetegedési indikátorok, mutatók, illetve ezeknek térbeli eloszlása, egyenlőtlensége, valamint időbeli alakulása.

A védőnők számára lehetőség van regisztrálni az EFOP „1.8.0-VEKOP-17-2017-00001” azonosító számú „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt keretében kifejlesztett és működtetett Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszerébe (NEKIR).

A NEKIR a magyar népesség egészségi állapotáról, az azt befolyásoló tényezőkről nyújt alapvető információkat – a helyi döntéshozókon, egészségpolitikusokon túlmenően – a népegészségügyi/egészségfejlesztési szakemberek (így a területi védőnők) számára is.

### 3.3 Miért hasznosak a NEKIR-ben található információk a védőnőknek, hogyan segíthetik munkájukat?

A NEKIR – tudományos bizonyítékokon nyugvó, egységes módszertani keretrendszerrel rendelkező, nemzetközi gyakorlatnak megfelelően – alapvető indikátorokra vonatkozó adatai alapján könnyen és gyorsan elkészíthető egy adott lakosság egészségi állapotának jellemzése, a népegészségügyi helyzet leírása. Továbbá:

- területi szinten azonosíthatók az egészségproblémák és a betegségterhek;
- a talált problémák rangsorolhatók, ezáltal a források célzottan a legégetőbb népegészségügyi problémák megoldására fordíthatók;
- az azonosított problémáknak megfelelően egészségfejlesztési programok, beavatkozások tervezése, lebonyolítása is megvalósítható;
- az egészségi állapottal összefüggésbe hozható, lényeges társadalmi tényezők indikátorai is (például iskolázottság, családi állapot, családok összetétele stb.)



megtalálhatók a NEKIR-ben, melyek figyelembevételével pontosabban tervezhető az egészségfejlesztési programok.

### 3.4 A célzott, szükségletekre alapozott intervenciók irányok szempontjából fontos helyzetkép

Epidemiológiai vizsgálatok sora bizonyította mára, hogy a munkaképes életkorú magyar lakosság körében tapasztalható rendkívül magas halálozás az egyének és a családok számára is óriási veszteség, sőt ez számos társadalmi–gazdasági tényezőt is negatív irányba befolyásol.

Az elmúlt évtizedekben a magyar lakosság egészségi állapotát jellemző epidemiológiai vizsgálatok jóval nagyobb figyelmet szenteltek a férfiak egészségi állapotának, hiszen hazánkban a férfiak születéskor várható átlagos élettartama lényegesen alacsonyabb, illetve a halálozási mutatók körükben romlottak katasztrofális ütemben. Azonban a nők egészségi állapotának ismerete is nagyon lényeges – nem lehet elégszer ismételni, hogy nemcsak társadalmi szempontból, hanem a családok szempontjából is –, hisz egészségi állapotuk jellemzői, összetevői befolyásolják a célzottan határozzák meg azokat a beavatkozási pontokat, hogy részükre milyen egészségfejlesztési programok kerülhessenek megtervezésre és lebonyolításra.

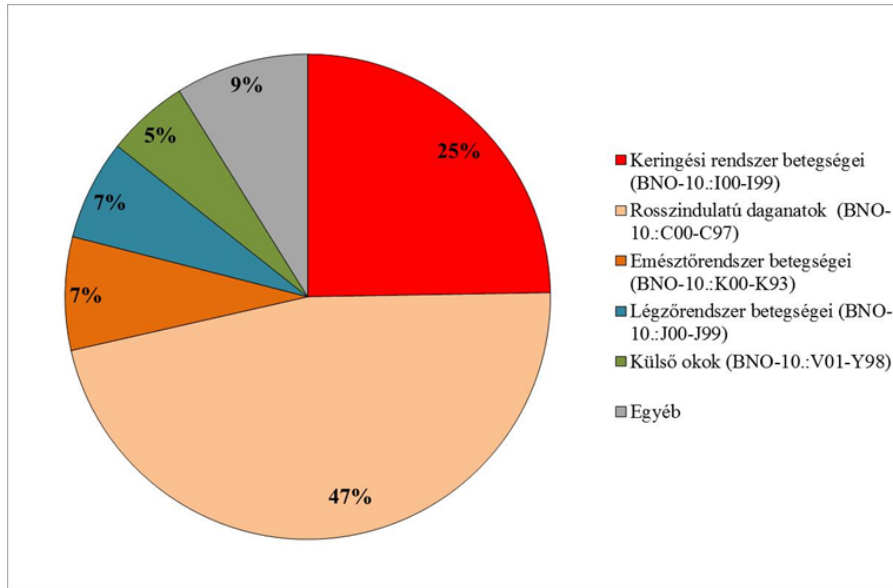
### 3.5 A munkaképes (25-64 éves) korú magyar női népesség egészségi állapota 2007-2018.<sup>4</sup>

2014–2018 közötti időszakban a magyar nők mintegy 15%-a halt meg 25–64 éves életkorában, halálozásuk struktúrája hasonló, mint a fejlett európai országokban (1. ábra). Ez azt jelenti, hogy a legtöbb korai (25–64 éves korban bekövetkezett) halálesetet a rosszindulatú daganatok, a második legtöbbet pedig a keringési rendszeri betegségek okozták.

---

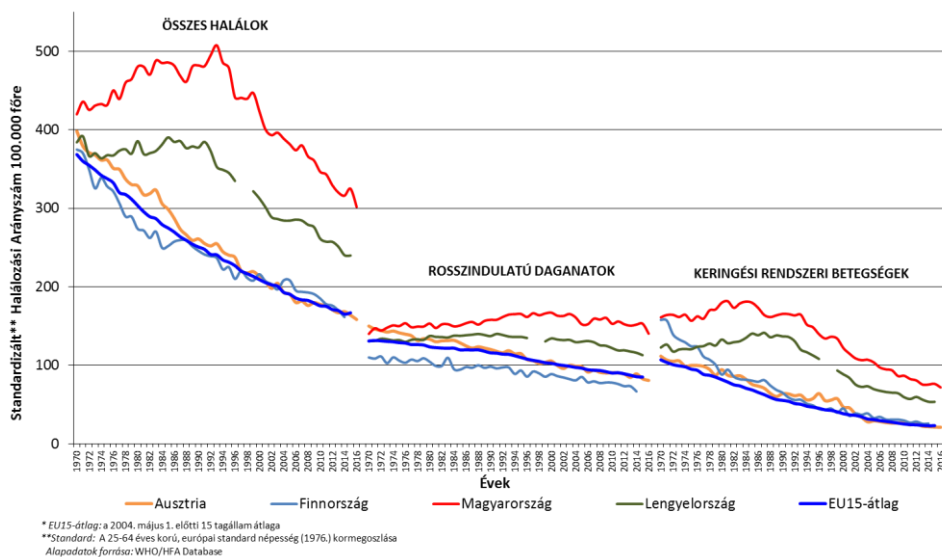
4 Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszer (NEKIR), EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 számú, Egészségügyi Ellátórendszer Szakmai Módszertani Fejlesztése projekt, Nemzeti Népegészségügyi Központ, 2019





1. ábra A 25-64 éves magyar nők haláloki struktúrája a vezető haláloki főcsoportok alapján 2014-2018 között

A nők korai halálzásának trendje a '90-es évek közepétől folyamatosan csökkent összességében és a fentebb említett két legnagyobb súlyú vezető haláloki főcsoport miatt is, bár a rosszindulatú daganatos halálzás esetében ez a csökkenés kevésbé volt intenzív (2. ábra). Ez a halálzásási trend kedvező folyamat, de nem lehet elég megnyugtató, hiszen a csatlakozásunk előtti Európai Unió országok átlagához (EU15-átlag) viszonyítva a halálzásási kockázat az összes ok és a rosszindulatú daganatok miatt mintegy kétszeres, a keringési rendszeri betegségek miatt pedig több mint háromszoros volt (2. ábra).



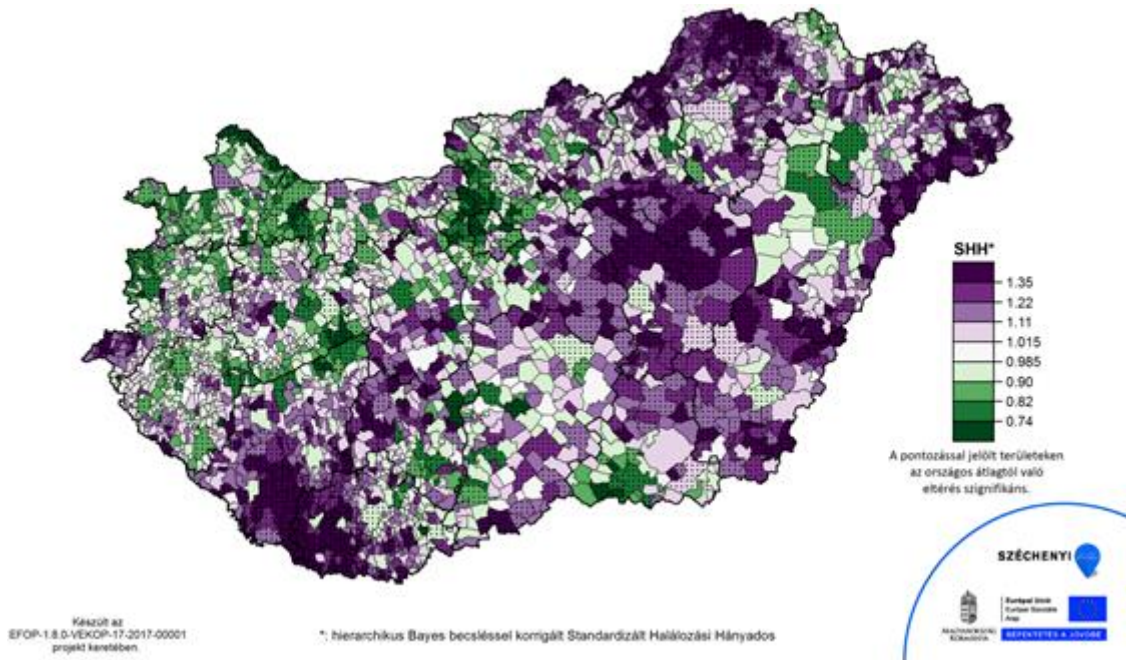
2. ábra A női (25–64 év) lakosság korai halálzásának alakulása az összes halálkok, a rosszindulatú daganatok és a keringési rendszeri betegségek miatt Magyarországon, néhány európai országban és az EU15-átlagában\*(1970–2016)



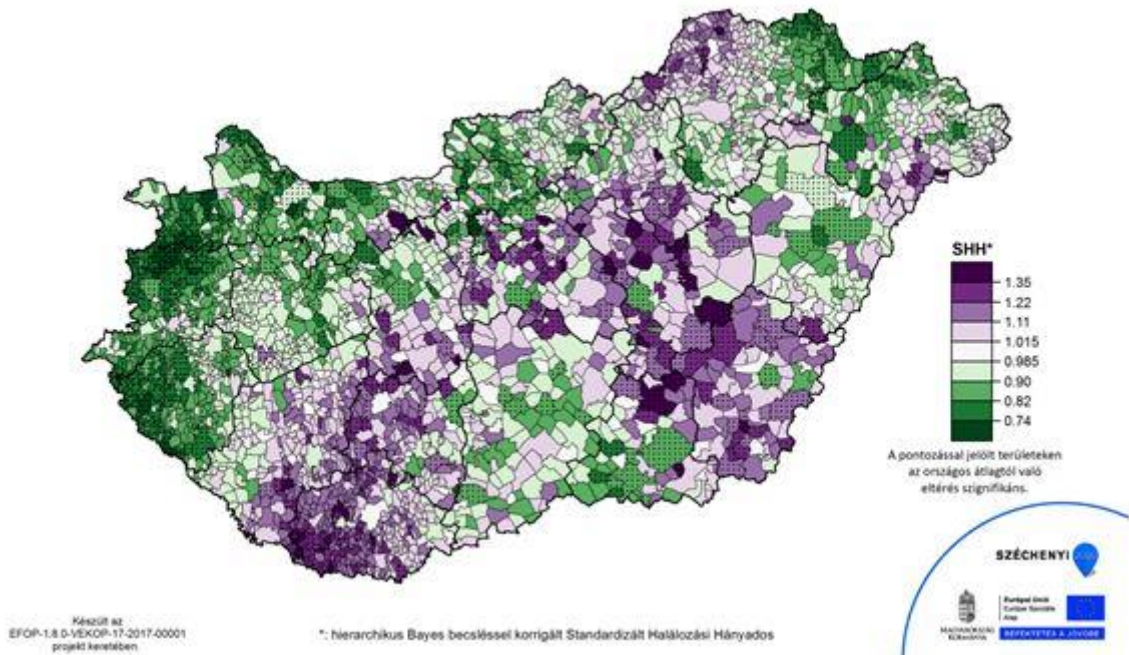
Az egészségi állapot jellemzésekor nemcsak az időbeli elemzés a fontos, legalább ugyanekkora jelentőséggel bír a térbeli egyenlőtlenségek, halmozódások leírása is. A NEKIR a területi egyenlőtlenségek elemzését a mutatók pontos értékeinek biztosítása mellett, az egyenlőtlenségek illusztrálására térképekkel is segíti. Az epidemiológiai mutatók és ezek területi egyenlőtlenségeit bemutató térképekkel ábrázolt leíró vizsgálat, helyzetelemzés készítésére is alkalmasak, azonban külön kiemelendő, hogy önmagukban nem adnak választ a területi egyenlőtlenségek okaira, a háttérben meghúzódó pontos folyamatokra. Ezek a területi egyenlőtlenségek mögött azonban a kockázati tényezők egyenlőtlenségeit feltételezhetjük. Ezek a mutatók segítenek megfogalmazni olyan feltevéseket, kérdéseket a lehetséges befolyásoló tényezőkről, melyek alapjai lehetnek további vizsgálatoknak, és lehetséges beavatkozásoknak, így az egészségfejlesztési beavatkozásoknak is.

A magyar nők korai halálozása az összes halálok miatt csökkenő tendenciájú volt, ahogyan a 2. ábrán láthattuk, azonban az országon belül (a halálozás országos szintjéhez képest) jelentős különbségeket találunk a térbeli elrendeződésben, eloszlásban. Az országos átlagot meghaladó korai halálozási kockázat Észak-kelet, Dél-nyugat Magyarország és a keleti országrész középső részén elhelyezkedő területeken halmozódott (3. ábra). Figyelemfelhívó, hogy a 3. ábrán megfigyelt területekhez hasonlóan – az északkeleti országrészt kivéve – halmozódott az elsődleges megelőzéssel befolyásolható (EMB halálozás) elkerülhető halálozás miatti országos átlagtól magasabb halálozási kockázata (4. ábra). Ebbe a NEKIR-ben megtalálható összetett halálozási csoportba beletartozik minden olyan halálok miatti halálozás, ami az OECD/Eurostat meghatározása szerint elsődleges megelőzéssel, vagyis megfelelő életmóddal, egészségtudatos magatartással elkerülhető lett volna. Ide tartoznak bizonyos fertőző betegségek (védőoltások jelentősége!), számos daganattípus (így pl. a tüdődaganat), a keringési betegségek mintegy fele, bizonyos légzőrendszeri betegségek, balesetek, öngyilkosság és az alkoholhasználattal összefüggésbe hozható halálokok. Ez az EMB halálozás az összes női 75 életév előtt bekövetkező haláleset 44%-át teszi ki. Ez azt jelenti, hogy hatékony egészségfejlesztési beavatkozásokkal jelentősen csökkenthető lenne népességi szinten a magyar női halálozás.





3. ábra Magyarország 25-64 éves női lakosságának az összes halálok miatti halálozása (BNO-10.: A00-Y98), település szinten, 2014-2018



4. ábra Magyarország 0-74 éves női lakosságának az elsődleges megelőzéssel befolyásolható, elkerülhető halálozása OECD/Eurostat 2019. indikátorlista alapján, település szinten, 2014-2018

Az egészségfejlesztési szakembert segítheti a beavatkozások tervezésében további két összetett halálóci csoport miatt bekövetkező halálozás ismerete. A NEKIR tartalmaz adatokat e két komplex csoport vonatkozásában, melyek az Egészségügyi Világszervezet Health for All



(WHO/HFA) adatbázisában meghatározott definíciók szerint kerültek be a rendszerbe, így a dohányzással összefüggésbe hozható és a túlzott alkoholfogyasztásra visszavezethető halálokok csoportjai miatt bekövetkező halálozási mutatók, ábrák is elérhetők. Ezen összetett indikátorcsoportok miatti magas, országos szintet meghaladó halálozás egy adott területen egyértelműen kijelöli a beavatkozások formáit, irányait (dohányzás/mértéktelen alkoholfogyasztás megelőzése).

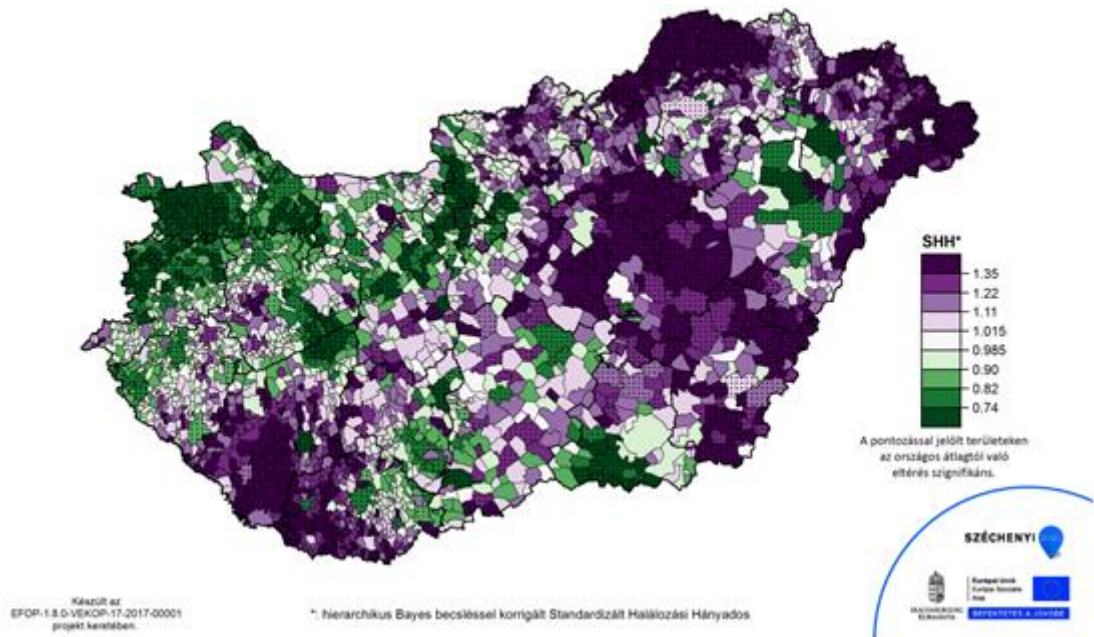
A magyar nők dohányzással összefüggésbe hozható országos átlagot meghaladó korai halálozási kockázatának halmozódásai a 3. ábrán megfigyelt területekhez hasonlóan alakultak (5. ábra). Ennek elsősorban a komplex csoporton belül a legnagyobb súlyt képviselő légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganata miatti korai halálozás jelenti a forrását (6. ábra).

Figyelem! A négy térképen a területi elrendeződés nagyfokú hasonlósága a háttérben meghúzódó közös kockázati tényezőt feltételez, mely az esetünkben nagy valószínűséggel a dohányzás.

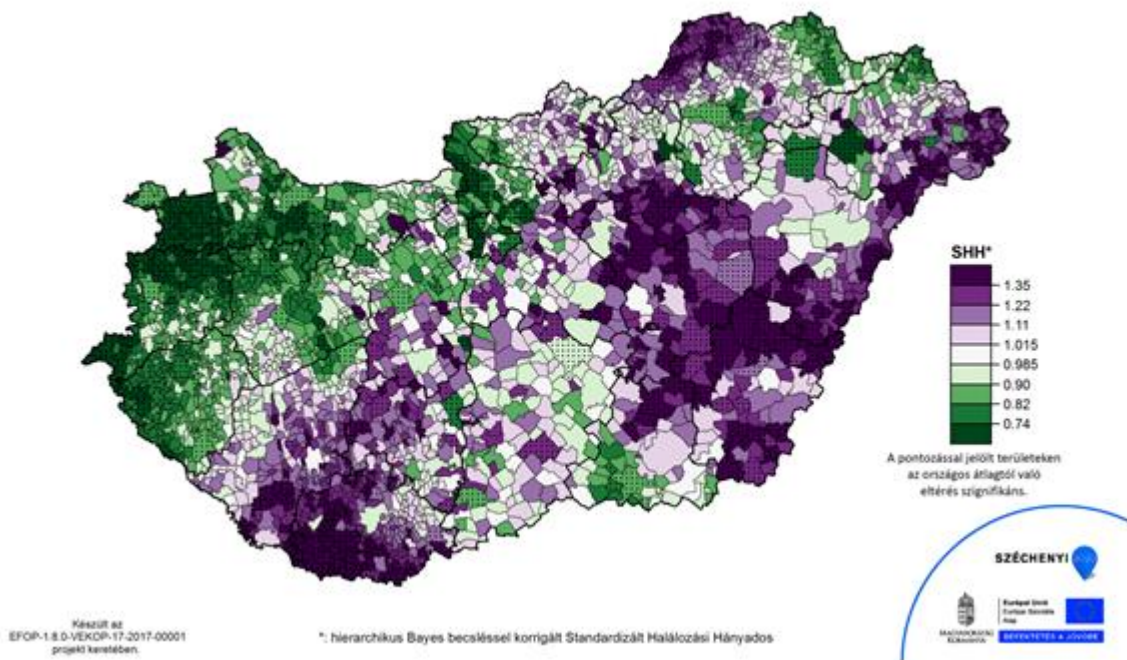
Tovább segíti az elemző munkát, ha a NEKIR-ben fellelhető, dohányzással bizonyítottan összefüggésbe hozható halálokokat akár külön is megvizsgáljuk (ajak, szájüreg és a garat rosszindulatú daganata, keringési rendszer betegségei, légzőrendszer betegségei miatti halálozás). A NEKIR-ben megtalálható még a légcső, hörgő és tüdő rosszindulatú daganata, valamint az ajak, szájüreg és a garat rosszindulatú daganata miatti megbetegedésre vonatkozó adatok, így ezeket és ezek alakulását is érdemes megvizsgálni egy adott területen.







5. ábra Magyarország 25-64 éves női lakosságának a dohányzással összefüggésbe hozható halálózása, település szinten, 2014-2018

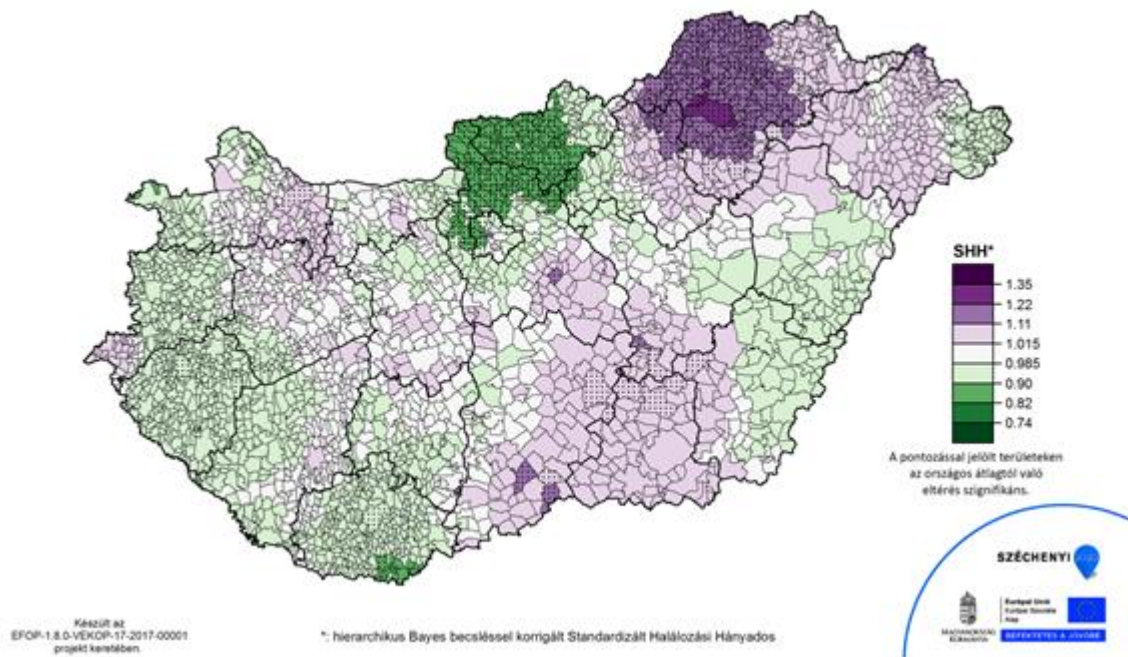


6. ábra Magyarországon 25-64 éves női lakosságának a légcső, a hörgő és a tüdő rosszindulatú daganatai (BNO-10.:C33-C34) miatti halálózása, település szinten, 2014-2018

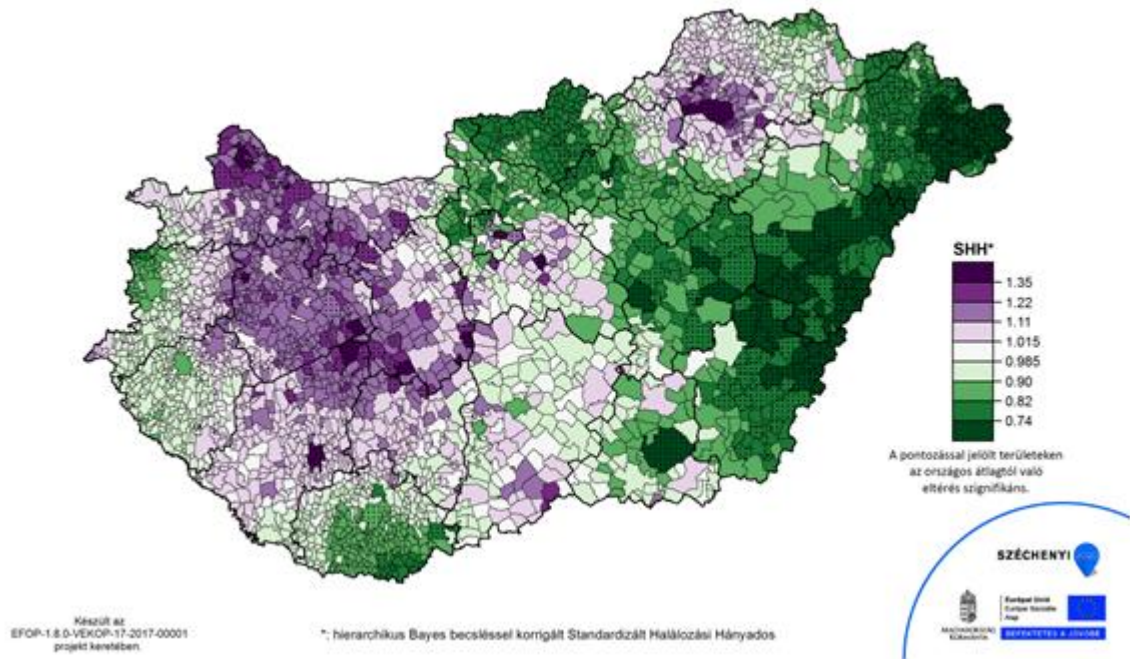
Célszerű elemezni a másik összetett indikátorcsoport, a túlzott alkoholfogyasztásra visszavezethető korai halálózást, annak változását és területi egyenlőtlenségeit is (7. ábra). A halálózási kockázat halmozódása a vizsgálati időszakban Borsod-Abaúj-Zemplén megye döntő részén volt megfigyelhető.



Amennyiben a komplex halálóci csoporton belül a legnagyobb súlyú halálóci, az alkoholos májbetegségek és májsugor miatti korai halálózás területi egyenlőtlenségeit is megvizsgáljuk, úgy világossá válik, hogy az országos átlagtól magasabb korai halálózás e tekintetben nemcsak a Borsod megye területén élő nőket, hanem az ország Észak-nyugati negyedében és a főváros egyes kerületeiben élő nőket is veszélyeztette 2014–2018 között (8. ábra).



7. ábra Magyarország 25-64 éves női lakosságának az alkoholfogyasztással összefüggésbe hozható halálózása, települési szinten (2014-2018)



8. ábra Magyarország 25-64 éves női lakosságának az alkoholos májbetegségek okozta halálózása (BNO-10.: K70) település szinten (2014-2018)

Túlzott alkoholfogyasztásra utalhat az ajak, a szájüreg és a garat rosszindulatú daganata miatti halálozás is, ezt, továbbá a NEKIR-ben fellelhető ajak, szájüreg és a garat rosszindulatú daganata miatti megbetegedést, annak alakulását is érdemes megvizsgálni egy adott területen.

A fejezetben bemutatott elemzések egyszerű példák a gyakorló szakemberek, így a védőnők számára is. Nagyon lényegesnek tartjuk megemlíteni, hogy legyen bármilyen részletes és pontos az adott népegészségügyi elemzés, ha ezeket nem követik konkrét feladat-meghatározások, érdemi egészségfejlesztési beavatkozások, akkor a munkaképes női népesség halálozási mutatói – valamint a jelenlegi népesedési viszonyok – érdemben nem lesznek javíthatók.

### 3.6 A 0-6 éves korú gyermek népesség egészségi állapota a halálozási adatok, 2007-2018.

A területen dolgozó védőnők, népegészségügyi szakemberek számára kiemelten fontos a 0-6 éves gyermekkorú népesség egészségi állapotának ismerete. Amennyiben helyi szinten megfelelő ismerettel rendelkeznek a gyermekkorúak egészségi állapotbeli jellemzőiről, összetevőiről, akkor ezen információk kapcsán egyértelműen körülhatárolhatók lesznek azok a betegségterhek és prioritások, azaz beavatkozási pontok, melyek során megvalósulhat a

„szükségekre alapozott” védőnői egészségfejlesztési munka. Az egészségi állapot megismerését célozhatja a 0-6 éves gyermekek halálozásának vizsgálata.

Egy adott terület gyermekkorú népessége halálozásának, halálozási struktúrájának, területi egyenlőtlenségének, időbeli változásának vizsgálata segít a főbb beavatkozási pontok kijelölésében és az elvégzett munka eredményességének mérésében.

A Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszerében (NEKIR) erre vonatkozólag is találhatóak indikátorok.

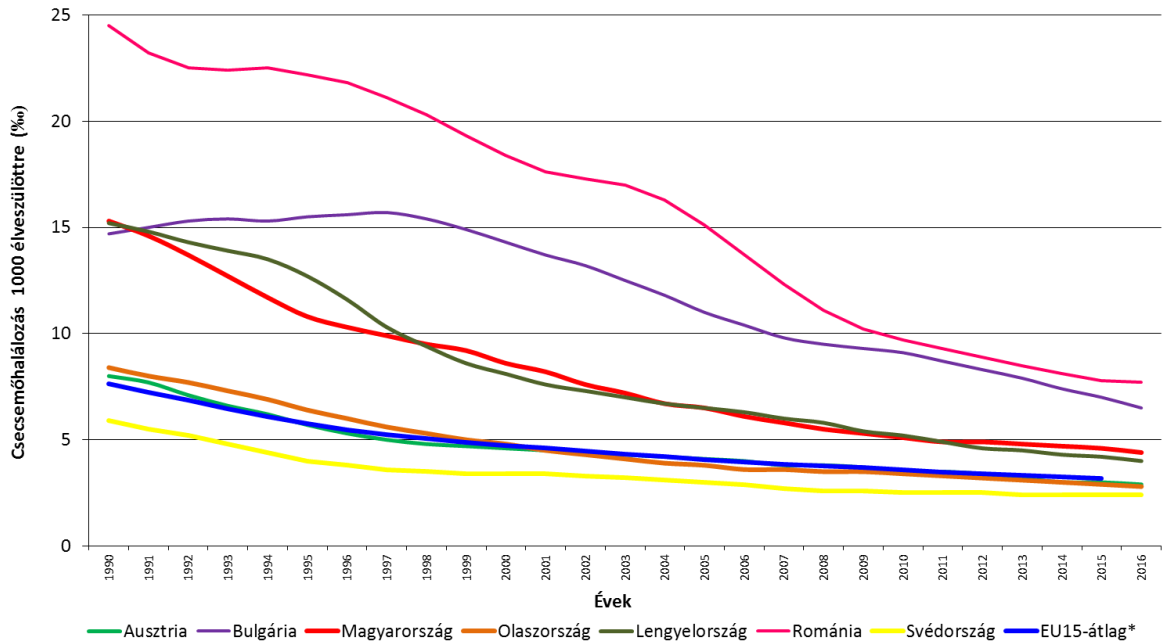
### **Csecsemőhalálozás**

A 0-6 éves korú népességen belül módszertani szempontból az egyik legjelentősebb indikátor a csecsemőhalálozás. A csecsemőhalálozás az egy éves kor betöltése előtt bekövetkezett halálozás, melynek mértékét az ezer élve születésre vonatkoztatott csecsemőhalálozási arányszám jellemzi.

A csecsemőhalálozás – bár alapvetően az egészségügyi ellátás színvonalának minősítésére alkalmas mutató - kiemelt jelentőségű a halálozási statisztikában, hiszen számottevő mértékben befolyásolja a születéskor várható átlagos élettartam alakulását. 10‰ alá Magyarországon 1997-ben, 5 ‰ alá pedig 2011-ben csökkent a csecsemőhalálozási arányszám, és azóta 2016-ig e mutató szintje folyamatosan csökkent: 2016-ban értéke 4,4‰ volt (9. ábra).

Hazánk helyzete 1990-2016 között a csecsemőhalálozás tekintetében kedvezőbb volt a román és bolgár helyzethöz képest, de a lengyel halálozási értéknél is több évben. Az EU15 tagállamok átlagánál 1990-ben jóval magasabb volt, de a folyamatos csökkenés miatt 2015-re rendkívüli mértékben megközelítette azt (9. ábra).



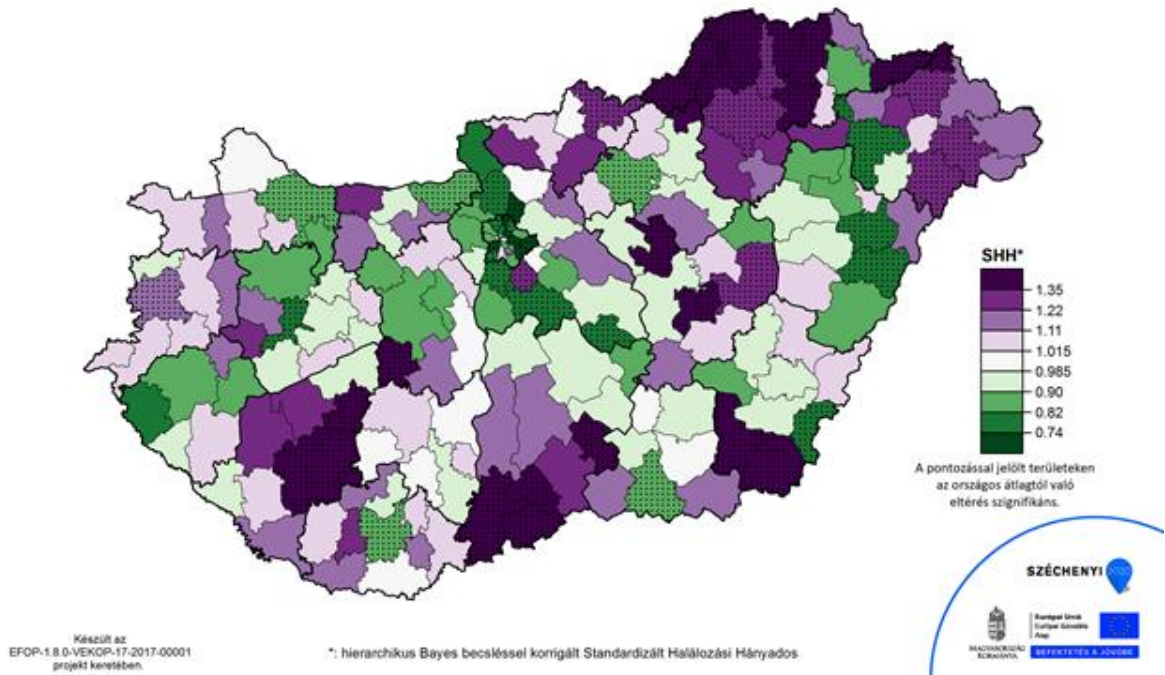


\* EU15-átlag: a 2004. május 1. előtti 15 tagállam átlaga  
Alapadatok forrása: WHO/HFA Database

### 9. ábra A csecsemőhalálozás alakulása Magyarországon, néhány európai országban és az EU15-átlagában\*(1990-2016)

A kedvező országos tendencia ellenére, ha megnézzük a csecsemőhalálozás területi eloszlását, egyenlőtlenségeit az országon belül, akkor figyelemfelkeltő, hogy Magyarország észak-keleti határa mentén elhelyezkedő megyék (főként Borsod-Abaúj-Zemplén, továbbá Szabolcs-Szatmár-Bereg és Nógrád megye) járásainak nagy részén az országos átlagtól magasabb volt a csecsemőhalálozási kockázat. Ugyanez jellemző Somogy és Bács-Kiskun megye esetében is (10. ábra).





10. ábra Csecsemőhalálozás Magyarországon, járási szinten (2007-2017)

Tehát meghatározhatók olyan területek (járások), ahol korántsem olyan kedvező a csecsemőhalálozás és célként kell kitűzni annak csökkentését. A NEKIR-ben - a kis esetszámok ellenére - járási szinten is elérhetők a csecsemőhalálozási arányszám becslt éves alakulásai is, melyek segítségével egy járása vonatkozóan még pontosabb képet kaphat a szakember.

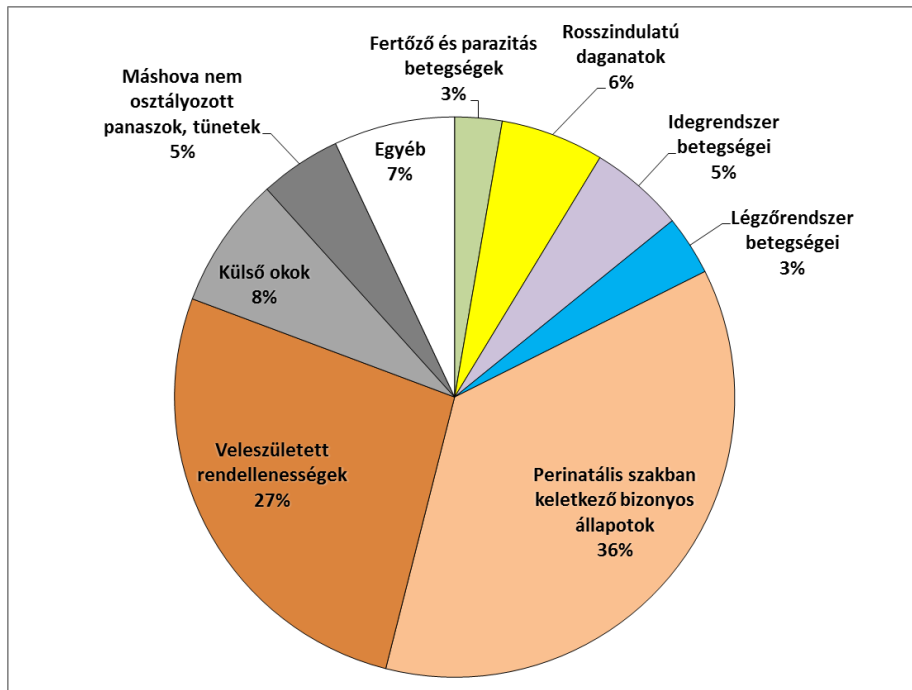
Fontos megemlíteni, hogy a csecsemőhalálozás intenzív csökkenése és tartósan alacsony szintje egyrészt az egészségügy területén bekövetkezett pozitív változásoknak, másrészt a hazánkban hagyományosan jól működő, elsősorban a védőnők munkáját dicsérő, anya- és csecsemővédelemnek köszönhető.

### A 0-6 éves korú gyermekkorú népesség halálózása

Magyarországon 2007-2018. közötti időszakban 4363 gyermek halt meg 0-6 éves életkorában, halálózásuk vezető haláloki főcsoportok szerinti struktúráját az 9. ábra szemlélteti. Haláleseteik döntő része (1586 haláleset, 36%) a perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok, a második legnagyobb része pedig (1167 haláleset, 27%) a veleszületett rendellenességek miatt következett be. Ezek a halálozási adatok egyértelműen kijelölik a legalapvetőbb tennivalókat, beavatkozási pontokat! E korcsoport specifikumai alapján

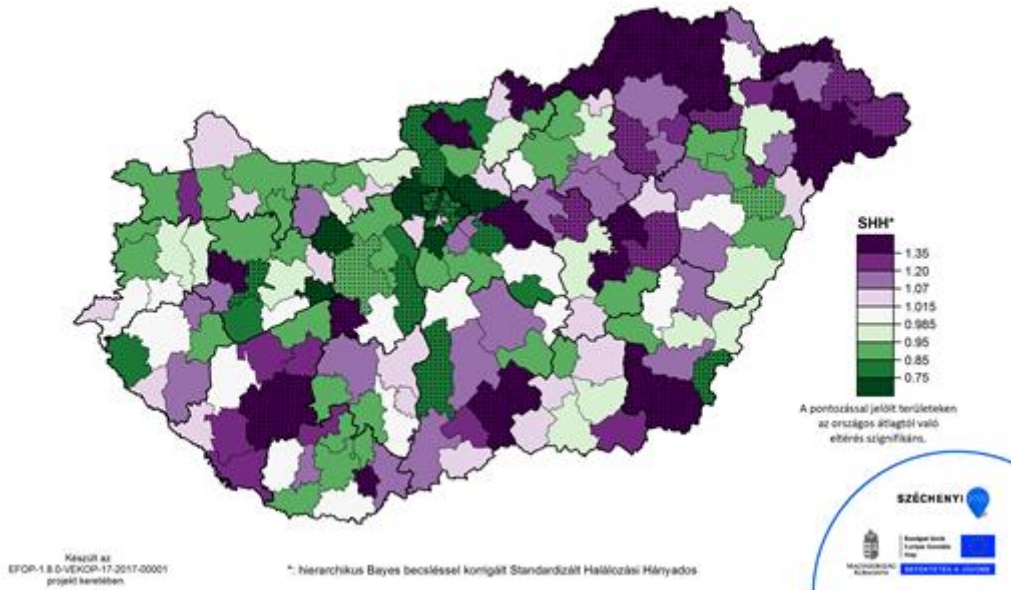


kiemelendő a harmadik legtöbb halálesetet okozó (332 haláleset, 8%) külső okok miatti halálozás is (11. ábra), melyek legnagyobb része a balesetek miatti halálozás, melyek teljes mértékben megelőzhető, elkerülhető halálozásnak számítanak.

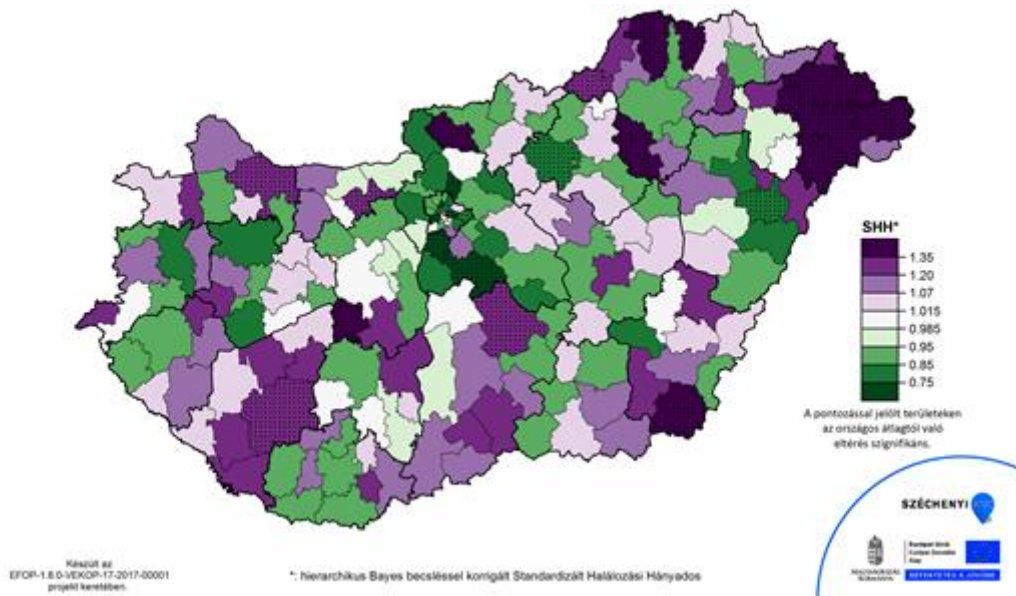


11. ábra A 0-6 éves gyermek népesség haláloki struktúrája a vezető haláloki főcsoportok alapján (2007-2018)

A 0-6 éves korú gyermek népesség összes halálok miatti (a halálozás országos szintjéhez képest) halálozása esetében a csecsemőhalálozáshoz hasonló térbeli elrendeződést figyelhetünk meg. Így tehát az országos átlagot meghaladó korai halálozási kockázat Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei, valamint dél-nyugat Magyarországon Somogy megyei, Bács-Kiskun megye déli és a keleti országrész középső (Jász-Nagykun-Szolnok megyei) járásokban halmozódott (12. ábra). A 12. ábrán megfigyelt területekhez hasonlóan – a Jász-Nagykun-Szolnok megyei részt kivéve és Győr-Moson-Sopron, valamint Békés megye néhány járási területét beleértve – halmozódott a perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok és a veleszületett rendellenességek miatti országos átlagtól magasabb halálozási kockázat (13-14. ábra).

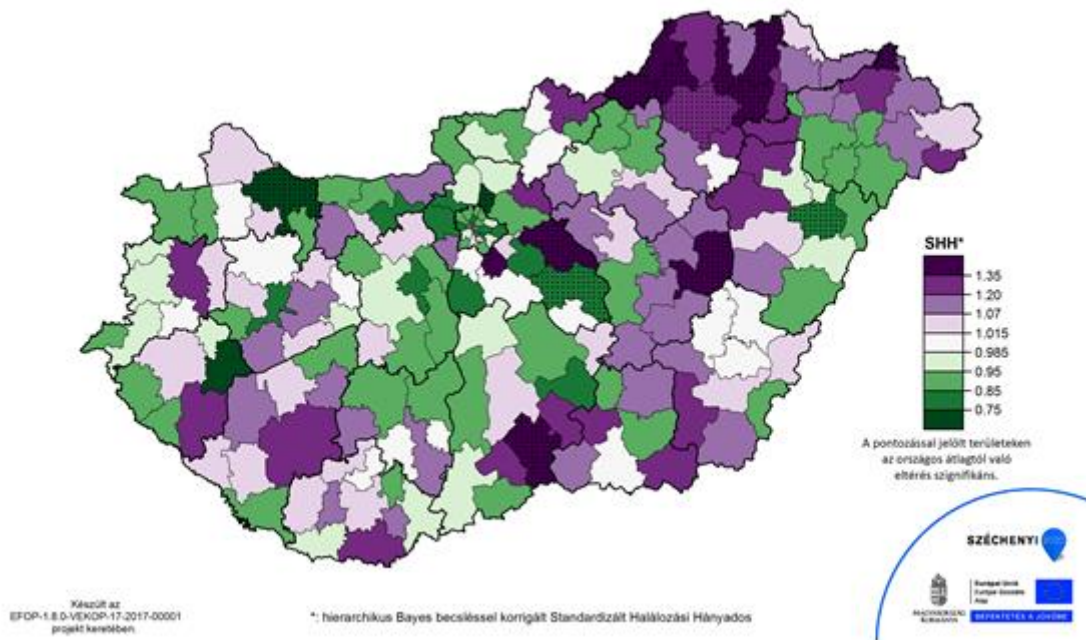


12. ábra Magyarország 0-6 éves gyermek lakosságának általános halálozása (BNO-10.: A00-Y98), járási szinten (2007-2018)



13. ábra Magyarország 0-6 éves gyermek lakosságának a perinatális szakban keletkező bizonyos állapotok (BNO-10.: P00-P96) miatti halálozása, járási szinten (2007-2018)





14. ábra Magyarország 0-6 éves gyermek lakosságának a veleszületett rendellenességek (BNO-10.: Q00-Q99) miatti halálózása, járási szinten (2007-2018)

A NEKIR-ben egyedileg minden megye és járás gyermeklakosságára vonatkozó adatok megtalálhatók. Megvizsgálható a csak az adott területen élő népességre vonatkozó halálozási struktúra, halálozási kockázat és annak időbeli változása is. Ezek segítik azonosítani (a halálozási adatok alapján) az adott gyermekkorú népességre vonatkozó problémákat, beavatkozási pontokat. Fontos megemlíteni, hogy szerencsére ebben a korosztályban a halálozás gyakorisága viszonylag alacsony, ezért főleg járások esetében a kis esetszámot (bár annak hatását a rendszer igyekszik csökkenteni) érdemes figyelembe venni az elemzések során (pl.: halálteki struktúra).

#### 4. Egészségfejlesztés a közösségi szintereken<sup>5</sup>

☞ **MI A KÖZÖSSÉGEK SZEREPE AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBEN? MI A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉRPROGRAM?**

##### 4.1 Közösségek, közösségi szintér

A közösségeknek történetileg is lényeges, központi szerepe volt és van a népegészségügyben. A közösség kulcsfogalom a szociológiában, a pszichológiában, a szociálpszichológiában, definiálása rendkívül sok szempontból lehetséges. Most röviden a

<sup>5</sup> A fejezet Füzesi Zs., Tistván L.: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a szintereken (Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004.) c. szakmai kiadvány felhasználásával készült.



közösségnek csak azon funkcióival foglalkozunk, amelyeket fontosnak tartunk az emberek életminősége, egészségi állapota szempontjából, s amelyek úgy segíthetik a betegségek megelőzését, az egészség megőrzését, fejlesztését, hogy a közösség kultúrájára, adottságaira, a közösség tagjainak motivációira építenek. Egészségünk fejlesztése, illetve egészségi állapotunk javítása csak megalapozott nemzetközi, nemzeti és regionális egészségpolitikai stratégiákkal, hatékony ágazatközi együttműködésben valósítható meg, a kormányzati, a forprofit és civil szféra együttes bevonásával kivitelezett korszerű és bizonyítottan hatásos és költséghatékony egészségfejlesztési programok, ezen belül is a közösségi szintér programok révén.

Még inkább így van ez helyi szinten, ahol egy adott közösség valamennyi tagja – pl. egy oktatási intézmény dolgozói és tanulói, illetve az őket körülvevő közösségek (családok, professzionális segítők, településen élők) – közös összefogására alapozva, alulról építkezve lehet a legmegfelelőbb egészségfejlesztési programokat kidolgozni és megvalósítani, minden érintett kulcsszereplő bevonásával. A helyi problémák helyi szinten orvosolhatóak leginkább, erre alapul a közösségi szintér programok koncepciója is.

*☞ Közösségek alatt az emberek olyan összefüggő hálózatait értjük, amelyek a lakóhelyük (település, szomszédság), a napi tevékenységüket legnagyobb mértékben kitöltő elfoglaltságuk (oktatási intézmények), munkájuk (munkahelyük), valamilyen életkori (gyerekek), demográfiai jellemzőik (nők), esetleg közös problémáikra közös válaszokat kereső (önsegítő csoportok) dimenziók mentén „szerveződnek”. E közösségek léte egyrészt adottság (például azokon a szintereken, ahol az emberek a mindennapi életüket élik), másrészt valamilyen érdekek, célok érdekében valóban önkéntesen, vagy kívülről inspirálva szerveződnek.*

A közösségi erőforrások sajnálatos módon gyakran azok számára a leginkább elérhetetlenek, akiknek életminősége nem éri el az adott közösségben elfogadható szintet, akik a legsúlyosabb egészség problémákkal küzdenek. Ebbe a körbe tartoznak a szegények, az aluliskolázottak, a munkanélküliek, a rokkantak, a fogyatékosok, a romák, a hajléktalanok, és azok, akik egészségi állapotuk miatt „kizáródnak” a szűkebb-tágabb közösségből, mint például a mentális betegek, az alkoholisták, vagy az AIDS betegek.

A társadalmi igazságosság érdekében egy demokratikus társadalomban azonban akkor is jelentős figyelmet kell fordítani a közösségbe való bevonásukra, „képesé tevésükre” az



egészségük és az életük feletti kontroll megszerzésében, ha az több idővel, energiával, költséggel jár, és az eredmények rövidtávon kevésbé látványosak.

#### 4.2 A közösségi szintér fogalmáról

A közösségi szintér az egészségfejlesztés fontos célterülete és egyúttal kiemelkedő jelentőségű szereplője. Az egészségfejlesztés nem absztrakt tudomány: ennek a tevékenységnek célcsoportjai, célszemélyei mindig konkrét (általában színterekhez kötődő) élethelyzetekben lévő valóságos individuumok, különböző lakossági csoportok. Az egészségfejlesztés színtere lehet minden olyan helyszín, ahol az egyének jelen vannak: élnek, tanulnak, dolgoznak, pihennek vagy éppen feltöltődnek mindennapi életük során, vagyis azok a helyszínek, ahol az esetleges egészségproblémák is jelen vannak velük, illetve ahol hatékonyan be tudunk avatkozni a problémák megoldása érdekében. E színterek egy része formális, azaz valamilyen mesterségesen létrehozott szervezethez kötődik – például iskola, munkahely, település stb. A színterek másik része nem formális szervezeti tagságon alapul – spontán kialakult közösségekhez, esetleg szituatív csoportosulásokhoz kapcsolható.

#### 4.3 A közösségi szintér az egészségfejlesztés célterülete

A színterek szükségképpen célterületei az egészségfejlesztésre irányuló tevékenységnek. Természetének, tulajdonságainak függvényében alakul a konkrét egészségfejlesztési tevékenység jellege, az alkalmazott eszközök megválasztása, a várható hatékonyság. A közösségi színterek több szempontból is részei az egészségi állapotot alakító folyamatnak.

Példaként említve egy diszkó, mint szituatív szintér közönségének a befolyásolása történhet definitív normákon keresztül (tilos a dohányzás a teremben), illetve a „hétköznapi normarendszer” alakításán keresztül (milyenek a kialakult szokások az adott szintéren), például akár a legális (pl. cigaretta, alkohol), akár az illegális kábítószer fogyasztók „tolerálására” vonatkozóan.

A hatékony egészségfejlesztés leginkább a partnerség elve alapján képzelhető el. Szándékai, akarata ellenére senkinek sem „fejleszhető” az egészsége. Ebből következik, hogy az egészségfejlesztés eredményes és hatékony, amely az individuumokat, közösségeket partnerként kezeli. A partnerek száma azonban olyan nagy, hogy a színterek bevonása, közreműködése nélkül nem valósítható meg a partnerség elve.



#### 4.4 Mi a közösségi szintér program?

„A közösségi szintér program olyan stratégiai terv és cselekvési program, amelynek célja egy adott életszintérhez, pl. településhez, iskolához, munkahelyhez vagy bármely más közösséghez tartozó emberek egészségi állapotának javítása az élet minőségét befolyásoló tényezők változtatásán keresztül. A közösségi szintér program, miközben az adott települést, iskolát, munkahelyet és egyéb közösséget érintő konkrét problémák megoldását (ezen keresztül az ott élő, tanuló, dolgozó emberek testi, lelki és szociális jóllétét) szolgálja, eközben új társadalmi gyakorlat meghonosodását, annak begyakorlását is elősegíti, ezáltal önbizalmat ad, cselekvési lehetőséget biztosít. A saját problémáik megoldásában aktívan részt vevő, autonóm módon szerveződő közösségek erőforrásként kezelhetők – létük egyúttal biztosítja a céljaik eléréséhez szükséges eszközöket is.”<sup>6</sup>

*☞ A közösségi szintér program összetett: a szintér jellegű közösségek életminőségének, életfeltételeinek javítását szolgáló terv. Elkészítésében, illetve megvalósításában minden érintett (a lakosság, a tanulók, a pedagógusok, a munkavállalók, a munkaadók, a nem állami és civil szervezetek, a helyi önkormányzat, illetve más hatóságok, az egészségügy, az oktatási intézmények, a szakszervezetek stb.) egyenrangú félként vesz részt. Ez a gyakorlat nem csupán demokratikus, hanem a jelenlegi társadalmi-gazdasági körülmények között a hatékonyságot és a fenntarthatóságot egyedül biztosító eljárás.*

A közösségi szintér program más megközelítésben egy új közösségi problémakezelési módszer, amely az érintettek aktív részvételére épít. A közösségi szintér program tehát nem egy hatóság vagy néhány ember elképzeléseit tükröző feladatterv, hanem az adott közösséghez tartozók közös akaratát összegző cselekvési program, amelynek közvetlen és közvetett célja az életminőség, ezen keresztül az egészségi állapot javítása, egyszerre szolgálva a program megvalósítóinak és a program célcsoportjának jól-létét. Például egy komplex, iskolai egészségtervre alapozott iskolai egészségfejlesztési program egyszerre járul hozzá a tanulók és a pedagógusok, valamint az intézményi vezetés életminőségének javításához egyaránt.

<sup>6</sup> Forrás: Füzesi Zs., Tistyán L.: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a szintereken. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://regi.oefi.hu/modszertan4.pdf> (letöltve: 2019. 09.)



Minden életszintéren, közösségben (pl. település, munkahely, óvoda, iskola, egészségügyi intézmények) lehet egészséget fejleszteni, de annak érdekében, hogy a különböző szintereken zajló fejlesztések egymás hatását erősítsék, érdemes lehet az úgynevezett egészségfejlesztési terv koncepciót alkalmazni.

#### 4.5 A közösségi szintér programok erőforrásai

A közösségi szintér programok megvalósításához nemcsak (gyakran nem elsősorban) pénzre van szükség. Erőforrásnak tekinthető a közösség tagjainak szakképzettsége, akarata, hajlandósága, elkötelezettsége, hálózatokba való szerveződésének képessége stb.

A közösségi szintér program, miközben az adott települést, iskolát, munkahelyet és egyéb közösséget érintő konkrét problémák megoldását (ezen keresztül az ott élő, tanuló, dolgozó emberek testi, lelki és szociális jóllétét) szolgálja, eközben új társadalmi gyakorlat meghonosodását, annak begyakorlását is elősegíti, ezáltal önbizalmat ad, cselekvési lehetőséget biztosít. A saját problémáik megoldásában aktívan részt vevő, autonóm módon szerveződő közösségek erőforrásként kezelhetők – létük egyúttal biztosítja a céljaik eléréséhez szükséges eszközöket is.

Az alábbiakban áttekintjük azokat a szervezeti erőforrásokat, amelyek egy-egy közösségi szintéren általában rendelkezésre állnak. E források „kiaknázása”, a megvalósítás folyamatába való bevonásuk akkor is szükséges, ha egyébként megfelelő pénzügyi forrásokkal rendelkezünk.

*A főbb helyi szereplők a közösségi szintér program szempontjából a településeken:*

- önkormányzat: polgármester, testület, hivatal;
- oktatási intézmények (óvoda, iskola);
- művelődési ház;
- egészségügyi ellátás;
- egyéni és társas vállalkozások;
- civil szerveződések: formális (bírósnál bejegyzett, jogi személyiséggel rendelkező szervezetek), valamint informális (pl. baráti társaságok);
- egyházak;
- politikusok, lobbizásra képes egyéb személyek a településről stb.



*A főbb helyi szereplők a közösségi szintér program szempontjából az óvodákban, iskolákban:*

- nevelési-oktatási intézményi vezetés: igazgató, helyettesek;
- a nevelési-oktatási intézmény dolgozói: pedagógusok, egyéb dolgozók;
- a nevelési-oktatási intézménybe íratott gyermekek, diákok;
- a gyermekek, diákok szülei, törvényes képviselői;
- az önkormányzat mint intézményfenntartó: polgármester, testület, hivatal, oktatási bizottság;
- a nevelési-oktatási intézmény életére hatással lévő intézmények, szervezetek (a helyi művelődési háztól a zenés–táncos ifjúsági szórakozóhelyekig);
- az iskola-egészségügyi ellátás, és egyéb egészségügyi szolgáltatók a településen;
- a nevelési-oktatási intézményt támogató egyéni és társas vállalkozások;
- civil szerveződések: formális (bírásnál bejegyzett, jogi személyiséggel rendelkező szervezetek, pl. iskolai alapítványok), informális (pl. baráti társaságok), diákszerveződések egy adott cél megvalósulására, kulturális és sportszervezetek stb.
- az ifjúság nevelésében résztvevő egyházi személyek, hittanoktatók;
- politikusok, az iskoláért lobbizásra képes egyéb személyek
- ifjúsági sportegyesületek, stb.

*A főbb helyi szereplők a közösségi szintér program szempontjából a munkahelyeken:*

- munkahelyi vezetés: tulajdonosok, menedzsment;
- munkavállalók;
- önkormányzat: polgármester, testület, hivatal, gazdasági, egészségügyi és környezetvédelmi bizottság;
- a foglalkozás-egészségügyi szolgálat, és egyéb egészségügyi szolgáltatók a munkahely környezetében;
- a munkahellyel kapcsolatban álló egyéb vállalkozások (beszállítók, vevők);
- civil szerveződések: formális (bírásnál bejegyzett, jogi személyiséggel rendelkező szervezetek, pl. munkahelyi alapítványok), informális (pl. baráti társaságok), kulturális és sportszervezetek stb.
- politikusok, a munkahelyért lobbizásra képes egyéb személyek.



#### 4.6 A közösségi szintér program történeti megközelítése: az egészségterv koncepcióról

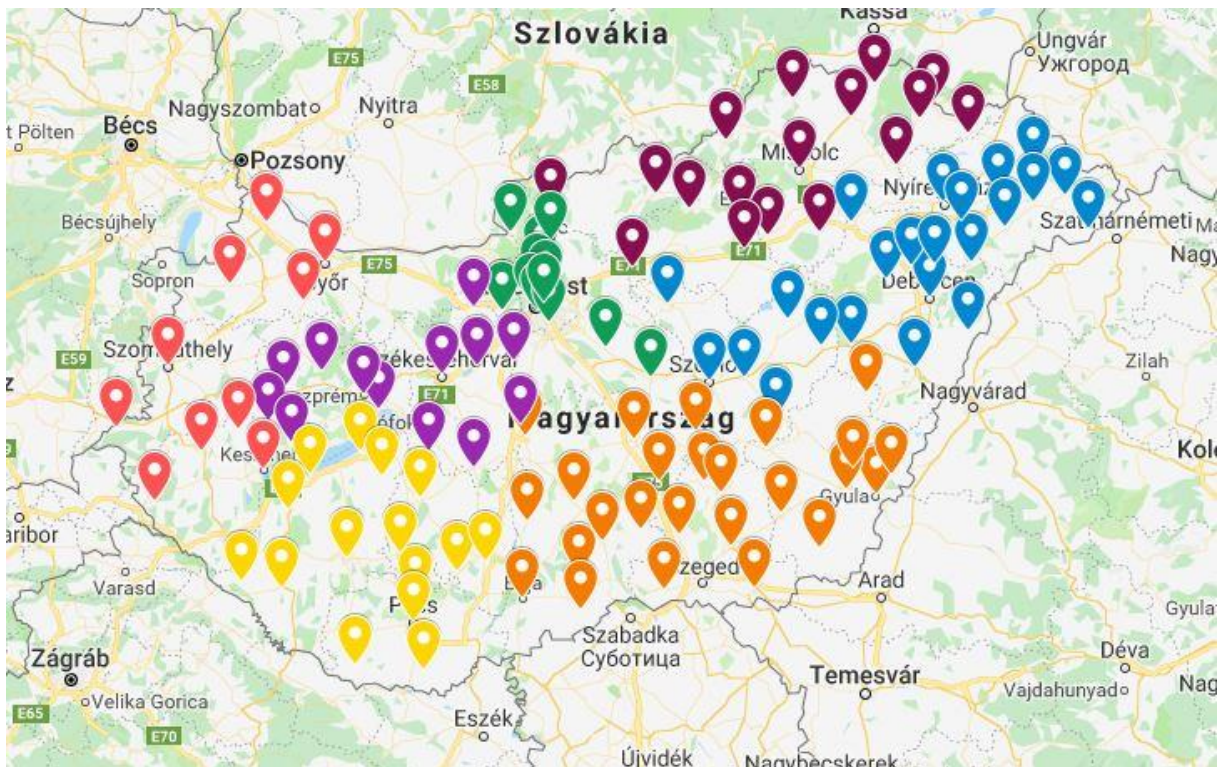
A közösségi szintér program, mint modellprogram alapjául a települési egészségterv program szolgált, amelynek ideája az Egészségügyi Világszervezettől (WHO) származik, míg hazai történetük 1994-ben vette kezdetét. A magyar városok közül elsőként 1995-ben Pécsen, a Fact Alapítvány által kidolgozott módszerre támaszkodva kezdődött meg egészségterv összeállítása. Az egészségterv 90-es években megfogalmazott koncepciója, alapelvei, módszertana lényegében nem változott, a szintérprogramok megvalósítói az eredetileg lefektetett alapelvek és módszerek mentén dolgoznak valamennyi életszintér esetében. Az önkormányzatok és a civil szervezetek mellett egyre több szakértő és egyéb szereplő ismertette fel, hogy az egészségterv program nemcsak rendkívüli lehetőség a települések lakói életminőségének és egészségének javítására, hanem a közösségek fejlesztése mellett jelentős erőforrás-bevonást eredményez, és a részvételi demokrácia „gyakorlóterepének” is tekinthető.



## 5. Együttműködési lehetőségek az egészségfejlesztési irodákkal

### 5.1 Az egészségfejlesztési irodák hálózata

2008-ban indult el az egészségfejlesztés járási szintű intézményrendszerének országos kiépítése, amely jelenleg is zajlik. Napjainkban több mint száz egészségfejlesztési iroda (EFI) működik már az országban, melynek eloszlása a következőképp alakult: a 116 egészségfejlesztési irodából 20 található a leghátrányosabb helyzetű járásokban, 18 iroda hátrányos helyzetű járásban, míg 23 iroda konvergencia járásban működik (15. ábra).



15. ábra Az Egészségfejlesztési Irodák elhelyezkedése 2019-ben

(Térkép színjelölései: zöld – Közép-Magyarország, mély lila – Észak-Magyarország, kék – Észak-Alföld, narancs – Dél-Alföld, lila – Közép-Dunántúl, sárga – Dél-Dunántúl, piros – Nyugat-Dunántúl)

A továbbfejlesztett működési modell szerint az egészségfejlesztési hálózat tagjai olyan szervezetek, amelyek különböző működési szinteken, összehangolt tervek szerint végeznek egészségfejlesztési tevékenységeket. Az egészségfejlesztési hálózat csomópontját képezi országos szinten az Egészségfejlesztési Hálózati Központ, térségi szinten a Térségi Koordinátor, közösségi szinten az egészségfejlesztési iroda. Közösségi szinten az egészségfejlesztési irodák feladata a szolgáltatások tervezése, a megvalósítás szervezése, szakmai támogatása, koordinálása. A működési modell alapján a szolgáltatásokat számos





színtéren, számos közösségi szereplő és szervezet valósítja meg, a megvalósítás során szoros együttműködésben az egészségfejlesztési irodákkal.

## 5.2 Az Egészségfejlesztési Szolgáltatáskatalógus

Az Egészségfejlesztési Szolgáltatáskatalógus<sup>7</sup> célja, hogy egységes szempontok szerint olyan szolgáltatásokat és támogató tevékenységeket vázoljon fel, amelyek a rendelkezésre álló nemzetközi tudományos bizonyítékok és hazai tapasztalatok szerint hatásosnak bizonyultak, valamint megvalósításukra érdemes a közösségi erőforrások egy részét felhasználni.

Az szolgáltatások kialakításakor figyelembe vettük a hazai lakosság szükségleteit. Ehhez a Globális Betegségteher Vizsgálat (Global Burden of Disease Study) Magyarországra vonatkozó 2016-os adatait vizsgáltuk meg és azonosítottuk a legnagyobb egészségvesztést okozó betegségcsoportokat és kockázati tényezőket. A Globális Betegségteher Vizsgálat adatai alapján elmondható, hogy a potenciálisan legnagyobb egészségnyereség elérését ígérő egészségmagatartási területek 2016-ban Magyarországon az alábbiak voltak:

- Egészséges táplálkozás
- Dohányfüstmentes élet
- Fizikailag aktív életmód
- Kábítószer használat és túlzott alkoholfogyasztás megelőzése
- Mentálisan aktív és kiegyensúlyozott életmód
- Szülői szerepre való felkészülés és szexuális egészség
- Sérülésektől, erőszaktól mentes élet
- Egészséges környezet

A Szolgáltatáskatalógus egyik fő alkotóeleme a kisgyermek (0-6 évesek) fiatalok (7-19 évesek), a felnőttek (20-64 évesek) és az idősek (65 évesek és a felettek) fókuszáló komplex egészségfejlesztési szolgáltatás-csomagok (16. ábra).

A hasonló élethelyzetűeket célzó népegészségügyi programok meghatározott célcsoport szükségleteit, igényeit kielégítő, különböző szintereken, számos közösségi szereplő

---

<sup>7</sup> <https://efop180.antsz.hu/szolgáltataskatalogus/> (letöltés: 2020.07.25.)



együttműködésével megvalósítható szolgáltatáscsomagok együttese. Az egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagokat a legnagyobb egészségnyereség elérését ígérő nyolc területre fókuszálva alakítottuk ki. Az egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok tartalmaznak egyrészt egészségfejlesztési szolgáltatásokat, melyek meghatározott célcsoport szükségletein alapuló és igényeit figyelembe vevő, a célcsoport tudását, készségeit, motivációit fejlesztő beavatkozások, valamint az egészséges életmódot támogató környezet kialakításának előmozdítása. Az egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok másrészt az egészségfejlesztést támogató cselekvéseket is tartalmaznak, úgymint a szükséglet és igényfelmérést, tervezést, szervezést, koordinációt, kommunikációt, mozgósítást, meggyőzést, hálózatépítést és működtetést, monitorozást és értékelést.

Szolgáltatáscsomagok a legnagyobb egészségnyereség elérését ígérő területeken	Hasonló élethelyzetűek csoportját célzó komplex egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok			
	Kisgyerekeket (0-6) célzó komplex csomag	Fiatalokat (7-19) célzó komplex csomag	Felnőtteket (20-64) célzó komplex csomag	Időseket (65+) célzó komplex csomag
Egészséges táplálkozást támogató szolgáltatáscsomag	x	x	x	x
Fizikai aktivitást támogató szolgáltatáscsomag	x	x	x	x
Dohányfüstmentes életet támogató szolgáltatáscsomag	x	x	x	x
Kábítószer-fogyasztás és túlzott alkoholfogyasztás megelőzését támogató szolgáltatáscsomag	x	x	x	x
Mentálisan kiegyensúlyozott életmódot támogató szolgáltatáscsomag	x	x	x	x
Szülői szerepre való felkészülést és szexuális egészséget támogató szolgáltatáscsomag		x	x	
Sérülésektől és erőszaktól mentes életet támogató szolgáltatáscsomag	x	x	x	x
Egészséges környezet kialakítását támogató szolgáltatáscsomag	x	x	x	x
<b>Szintér</b>				
Iskolai	x	x	x	
Munkahelyi			x	
Otthoni	x	x	x	x
Lakóhelyi környezeti	x	x	x	x

16. ábra Komplex egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok

A megfogalmazott komplex egészségfejlesztési szolgáltatáscsomagok továbbá azért is tekinthetők komplexnek, mert egy szolgáltatáscsomag egyszerre több, egészségvesztést okozó betegcsoportra és kockázati tényezőre is fókuszál.



### 5.3 Kapcsolódási pontok az egészségfejlesztési irodákkal

A működési modell alapján a szolgáltatásokat számos szinten, számos közösségi szereplő és szervezet (pl.: többek között a védőnői rendszer) valósítja meg, a megvalósítás során szoros együttműködésben az egészségfejlesztési irodákkal. A védőnői rendszer a közösségi szinten kiemelten fontos szerepet tölt be a magzatok, gyermekek egészséges fejlődésének támogatásában, a családok, a lakosság egészségtudatosságának növelésében, az egészséget károsító szokások befolyásolásában, így a lakóhelyhez közeli megelőző népegészségügyi feladatok megvalósításában. A Szolgáltatáskatalógusban megfogalmazott Kisgyerekek egészségét fejlesztő komplex egészségfejlesztési szolgáltatáscsomag megvalósítása során fontos az egészségfejlesztési irodák és a védőnők szoros együttműködése, mivel a célcsoportról széleskörű ismeretekkel rendelkeznek a védőnők. A helyi tapasztalatok és a szoros együttműködés nagyobb eséllyel ér el sikereket, melynek eredménye a kiegyensúlyozott, egészséges gyermekkor.

## 6. A közösségi szintér programok céljáról és felépítéséről

### ☞ HOGYAN ÉPÜL FEL A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉRPROGRAM, MELYEK A FŐBB LÉPÉSEI?

A közösségi szintérprogram egy komplex programtervezet, amely egy adott egészségfejlesztési szinten (pl. kistérség, település, óvoda, iskola, munkahely stb.) élők életminőségének, életfeltételeinek javítását szolgálja, mindezen belül is egészségi állapotuk javításához és fejlesztéséhez járul hozzá, közösségi erőforrások mozgósítása révén.

*☞ Folyamat jellegű koncepció, amely magában foglalja a kiinduló helyzet felmérését, az ún. állapotleírást, ennek alapján egy **egészségkép** és egy **problématérkép** összeállítását – amelyek egy, a célokat kijelölő **egészségfejlesztési stratégia** kialakításában nyújtanak támpontot –, majd ezt követően **cselekvési terv kidolgozását** és a konkrét **egészségfejlesztési programok** megvalósítását. A programelemek külső és belső **kommunikálása** ugyanolyan elengedhetetlen részei a programnak, mint a folyamatos **értékelés**, a **monitorozás** és az eredményekre alapozott **visszacsatolás**.*

A helyzetelemzés tehát a „*hol állunk?*”, a stratégia a „*hová tartunk?*”, a cselekvési programok pedig a „*hogyan valósítjuk meg?*” kérdésekre adnak választ. Az egyes fázisoknak összhangban kell állnia egymással, így pl. a stratégiának a helyzetelemzésre, a programoknak pedig a stratégiára kell épülniük (17. ábra).





17. ábra A közösségi szintér program készítésének folyamata  
(Forrás: saját szerkesztés)

Elkészítésében, illetve megvalósításában az érintettek – a lakosság, a tanulók, a pedagógusok, a munkavállalók, a munkaadók, a nem állami és civil szervezetek, a helyi önkormányzat, illetve más hatóságok, az egészségügy, az oktatási intézmények, a szakszervezetek – egyenrangú félként vesznek részt. Ez a gyakorlat nem csupán demokratikus, hanem a jelenlegi társadalmi–gazdasági körülmények között a hatékonyságot és a fenntarthatóságot egyedül biztosító eljárás. Különösen igaz ez a hátrányos helyzetű települések esetében, ahol még inkább létjogosultak az ilyen típusú kezdeményezések és programok.

A közösségi szintér program más megközelítésben egy új közösségi problémakezelési módszer, amely **az érintettek aktív részvételére épít**, ebből következően ez egy alulról építkező közösségi koncepció, amely az adott közösség tagjainak igényein alapul.

Minden életszintéren, közösségben (pl. település, munkahely, óvoda, iskola, egészségügyi intézmények) lehet egészséget fejleszteni, de annak érdekében, hogy a különböző szintereken zajló fejlesztések egymás hatását erősítsék, érdemes lehet az úgynevezett *egészségfejlesztési terv* koncepciót alkalmazni.

## A közösségi szintér program kialakításának fő lépései

### Állapotleírás

Az állapotleírás (helyzetelemzés) az adott település lakossága, az iskola, a munkahely közössége egészségi állapotának, az adott szinterre jellemző életfeltételeknek, életminőségnek a leírása, a valóság metszete egy konkrét időpontban. Célja az adott állapot, helyzet leírása annak érdekében, hogy az állapot kialakításában résztvevő szereplőket cselekvésre készítsük. Ebből következik, hogy nem elegendő magára az állapotra vonatkozó jellemző információkat összegyűjtenünk, szükség van a szereplőkre, az érintettekhez vonatkozó információkra is. Az állapotleírás során az egyes szereplők elképzeléseiről, cselekvési lehetőségeiről, valamint a változtatás fontosságának megítéléséről éppúgy ismereteket kell szereznünk, mint az adott szintér életét leíró adatokról.

*Az állapotleírás főbb részei:*

- a) **A valóság, a tények leírása** a legfontosabb jellemzők mentén, mint pl. az érintett közösség demográfiai jellemzői, infrastrukturális helyzete, a természeti és épített környezet jellemzői, megbetegedési adatok, a civil és az érdekvédelmi szervezetek, az egészségügyi ellátás helyzete stb. Ennek segítségével kijelölhetők a prioritások, és felállítható a megoldandó problémák egyfajta fontossági sorrendje, rangsora.

Az állapotleírás tartalma változó, függ a megszerezhető adatok jellegétől, a rendelkezésre álló szakemberek, közreműködők képzettségétől egyaránt, viszont vannak olyan fejezetei, amelyek elkészítése mindenképpen fontos és szükséges.

Az állapotleírás elkészítése nagymértékben támaszkodhat meglévő adatforrásokra, ebben az esetben a meglévő adatok másodelemzése a célravezető feldolgozási módszer. Sokféle szükséges információ áll rendelkezésre helyi szinten az iskolában is, de a települési önkormányzatnál vagy az illetékes hatóságoknál is, így pl. adatokat nyerhetünk a helyi önkormányzat nyilvántartásából is, amelyeket mindenképpen összefüggésükben érdemes vizsgálni (pl. demográfiai, egészségügyi, oktatási, szociális, gazdasági, infrastrukturális és egyéb adatok).

Fontos adatforrás az intézményekben felhalmozódott iratanyag is, olyan információkat is tartalmazhat, amelyekhez sehol másutt nem férhetnénk hozzá, így például adatforrások lehetnek egy iskolai egészségterv esetében a naplókönyvek, tantestületi ülésekről készült



jegyzőkönyvek, vagy az iskola-egészségügyi szolgálat nyilvántartása is, de adatokhoz juthatunk az iskolai évkönyvek tanulmányozása során is.

Legalább ilyen fontos szerepű a közvetlen információgyűjtés (kérdőívek, interjúk, fókuszcsoportos beszélgetések, egyszerű beszélgetések) is, amely információval szolgálhat az iskolában dolgozók és tanulók konkrét véleményéről, miszerint melyek azok a kulcsproblémák, prioritások, amelyek megoldása sürgető beavatkozást kíván helyi szinten. De emellett alternatív információkat is nyerhetünk ily módon, amelyeket más forrásokból esetleg nem tudnánk beszerezni.

Az állapotleírással nyert adatok elemzése kapcsán számos adatfeldolgozási módszert lehet alkalmazni, amelyek lehetnek: 1. mennyiségi adatok feldolgozására vonatkozóak, mint pl. meglévő adatok, iskolai statisztikák másodelemzése vagy kérdőíves információgyűjtéssel nyert adatok feldolgozása statisztikai módszerekkel (SPSS statisztikai programcsomag segítségével, vagy ezek hiányában MS Excel program is megfelelő lehet), illetve 2. minőségi adatok feldolgozására vonatkozóak, mint pl. dokumentációk vagy mélyinterjúk tartalomelemzése. Ezeknek a módszereknek az alkalmazása kapcsán célszerű bevonni az iskolai egészségterv „megíró” csapatába helyi szakembert vagy ennek hiányában külső szakértő segítségét kérni, de pl. a könyvtárban, az iskolában vagy az interneten fellelhető szakirodalom tanulmányozásával is eredményesen feldolgozhatjuk a kapott adatokat.

- b) **Problématérkép összeállítása** az állapotleírás második része arról szól, hogy az adott szintéren élő különféle társadalmi csoportok, az egyes szereplők hogyan érzékelik a körülöttük lévő világot, a színteret jellemző tényeket és a körülményeket, amelyek között élnek. Ennek megfelelően a megoldandó problémák számos rangsora létezhet. A szereplők különböző csoportjainak véleménye egy-egy tényről a megoldandó problémák „szubjektív rangsorait” adja meg. Ezen ismeretek, hiedelmek, beállítódások alapján meghozott döntések (és megvalósított napi gyakorlat) hosszú időre meghatározhatják a szintérhez tartozók életfeltételeit.

*„Az egészségterv problémái jelen idejűek, negatív állapotot fejeznek ki. Tényeken és nem feltételezéseken alapulnak, minőségi és mennyiségi jelzőkkel pontosítottak.*

*Az adott szintér egészségtervének hatáskörébe bevont problémák elemzésekor két relatív, az adott szintér szempontjából értelmezhető tényezőt érdemes megvizsgálni: a*



*probléma megoldásához szükséges erőforrás mértékét és hogy kompetensek vagyunk-e a probléma kezelésére.”<sup>8</sup>*

Fontos, hogy teremtsünk alkalmat arra, hogy az általunk fontosnak tartott témákról, ügyekről beszéljünk. Ezért, ha az állapotleírás elkészült, érdemes szervezni egy megbeszélést a partnerek és az érdekelt felek között a kapott eredmények megvitatására, majd mindezek után a megoldásra váró problémaként beazonosított tények rangsorolására, ún. problématerkép összeállítására. Mindez a konkrét gyakorlatban azt jelenti, hogy az adott közösségi szintér valamennyi szereplőjétől lehet és kell problémákat begyűjteni az adott közösségi szintér szereplői és környezete vonatkozásában pl. egy iskola esetében iskolai tantestületi értekezlet keretében, amely után az előzetesen felállított munkacsoport elvégezheti a problémák prioritizálását pl. a 18. ábrán bemutatott elemző mátrix segítségével szétbontva azokat.

A problématerkép elkészítése azért is nagyon hasznos, mert a kis forrás igényű és helyi szinten jól kezelhető problémák egy részéről kiderülhet, hogy minden külső forrásigény nélkül helyben megoldhatóak. A problématerkép abban is segít, hogy a problémák kezelésének időbeni sorrendjét kijelölhessük.

C. Kis forrásigényű, de helyi szinten nem vagy rosszul kezelhető probléma	D. Nagy forrásigényű, helyi szinten rosszul kezelhető probléma
A. Kis forrásigényű és helyi szinten jól kezelhető probléma	B. Helyi szinten jól kezelhető probléma, amennyiben a forrásigény rendelkezésre áll

18. ábra A problémák kompetencia és forrásigény szerinti csoportosítása a problématerkép és a prioritások összeállításához  
(Forrás: saját szerkesztés)

Létrehozhatunk egy **munkacsoportot** is, amelynek a célja a szintéren belüli egészségfejlesztés a belső innováció és a szereplők programalkotása által. Lényeges, hogy a munkacsoport tagjai közt legyenek szakemberek, pl. az intézmény döntéshozói

<sup>8</sup> Kishegyi J., Solymosy J.: Fejleszthető egészség. Budapest, OEFI 2010. (<http://www.oefi.hu/egeszsegterv.pdf>)

(intézményvezető vagy megbízottja), pedagógusok, gyermekorvos, egyéb iskolai dolgozók, szülők és olyan szereplők, akik a közösség életében aktív szerepet vállalnak (pl. gyermek és ifjúságvédelmi szakember, szociális munkás, érdekképviselői vezető, érintettek).

Lényeges, hogy a problémák megbeszélését és rangsorolását, illetve a megoldási javaslatokat illetően legyünk felkészültek, szükség esetén legyenek felvethető előzetes javaslataink, továbbá közösen fogalmazzuk meg célkitűzéseinket, határozzuk meg egészségstratégiánkat, osszuk el a feladatokat. A munkacsoportnak a problématerkép összeállításakor meg kell állapodnia az alapvető elvekben, melyek közül a legfontosabbak az esélyegyenlőség, a szolidaritás, az emberközpontú szolgáltatási alapállás, az átláthatóság és az elszámoltathatóság. A fenntarthatóság záloga egyfelől a közösségi támogatottság megléte, másfelől a saját források biztosítása.

- c) **A szereplők leírásának fázisa:** kire lehet számítani a közös cselekvés kapcsán, milyen módon tudjuk felkelteni és fenntartani az érdeklődésüket? Az állapotleírásban konkrétan meg kell határozni azokat a cselekvőket, akik a színteret, annak tényeit alakítják. Kikre számíthatunk biztosan, kikre nem, és kik azok, akik meggyőzhetőek? Milyen lépésekkel tudjuk őket bevonni a közös tevékenységbe, milyen módon tudjuk felkelteni az érdeklődésüket? Itt gondoljunk minden érintett félre, pl. egy iskolai egészségterv esetében az iskolai vezetés, a pedagógusok, az iskola közvetlen munkatársai, a tanulók, fejlesztőpedagógusok, logopédus, az iskola-egészségügyi szolgálat (gyermekorvos, védőnő, iskolapszichológus, kisebbségi önkormányzat vezető), érdekelt szülők és családok, szülői munkaközösség és más szülői szervezetek, helyi vagy megyei Kábítószerügyi Egyeztető Fórum tagjai, iskolaszék, helyi önkormányzat munkatársai, gyermekjóléti szolgálat, gyermekjogi képviselő, a gyermekvédelmi rendszerhez kapcsolódó feladatot ellátó más személyek, helyi művelődési ház, munkavédelmi szakemberek, helyi civil szervezetek, informális (baráti) társaságok, szerveződések egy adott cél megvalósulására, kulturális és sportszervezetek, egyházi személyek, hittanoktatók, politikusok, lobbisták stb. (A felsorolt érintett szereplők a legtöbb közösségi szintén kapcsán megjelenhetnek, de ki is egészülhetnek további szereplőkkel.)
- d) Annak feltérképezése, hogy kik azok a **szereplők, akik ténylegesen részt tudnak venni a megvalósítási folyamatban**. Nem elegendő feltérképezni a szereplőket, azt is szükséges tudnunk, számíthatunk-e az aktivitásukra, ki tudjuk-e váltani azt. Általánosnak tekinthető





tapasztalat, hogy a közösségi színtereken elérhető személyek, csoportok aktivitása megfelelő megközelítés esetén viszonylag könnyen kiváltható. Ez a fajta aktivitás erőforrást jelent, amely az egészségfejlesztést, mint tevékenységet finanszírozhatóvá teszi. Viszont a legjobb program sem lehet eredményes a szereplők és az iskolai vezetés támogatása nélkül.

A tényleges aktivitás érdekében mintákat kell mutatni azok számára, akik érdekeltek, motiváltak a változtatásra, a cselekvésre. E ponton szükséges azonosítani az ellenérdekű szereplőket is. Fel kell tárni, miben és kiknek sértheti a program az érdekeiket, és konszenzusra kell velük jutni, hogy mindenki azt érezhesse, ezzel a programmal valamilyen módon tényleg nyert.

Célszerű olyan kapcsolódási pontokat találni, ahol a helyi közösséget is bevonathatják a programba. Az egészségfejlesztésben a közösség szerepvállalása központi helyet foglal el, a közösség elkötelezettségét bizonyítottnak kell látnunk. A közösségfejlesztés a helyi emberekből, a humán, természeti és gazdasági erőforrásokból, alulról építkezik. Közösségi úton könnyebben tudjuk megvalósítani kitűzött programjainkat, hiszen mindez plusz humánerőforrás, amely magában hordozza az emberek hozzáértését, tehetségét, szorgalmát, ötleteit, képességeit, lehetőségeit. A közjóra irányuló cselekvéshez a programszervezők alternatívákat dolgoznak ki, megszerzik a szükséges információkat, külső segítőket vonnak be – akár más települések képviselőit, akár szakembereket, országos szervezetek képviselőit stb. A közösségi folyamatban részt vevők természetesen együttműködnek az önkormányzatokkal is, hiszen optimális esetben a képviselőtestület a civil kezdeményezések képviselőiből összeállt, választott testület.

A társintézményekkel való együttműködés, az intézmények közötti jó kapcsolatrendszer fontosságát sem lehet eléggé kihangsúlyozni. A folyamatos kapcsolattartás, a jó gyakorlatok és tapasztalatok átvétele, valamint megbeszélése minden esetben hasznosságot és eredményességet hoz mindkét fél számára.



*👉 A helyi közösségben területi ellátást végző védőnő minden esetben katalizátora lehet a közösségi programoknak, különösen azon csoportok tekintetében, amelyekkel munkakapcsolatban van. Ismeri a település egészségi jellemzőit, ismeri az epidemiológiai adatokat a halálozási mutatókat, jelentős szerepe van a környezeti hatások feltárásában. Alkalmazza a gondozottainál a rizikó kérdőívet, amely számos olyan kérdést tartalmaz, amely a települési egészségterv elkészítésében irányadó lehet. Olyan egészségfejlesztő beavatkozásokat kezdeményezhet, amelyek a település lakosságát megszólítják, a szakmai presztízse biztosíték arra, hogy a lakosság odafigyeljen, később döntsön, és belépjen azon a bizonyos forgóján a magatartásváltoztatás érdekében.*

### Cselekvési terv

A cselekvési terv egy konkrét cselekvési program, különböző projektek összessége, amely helyi célokat és feladatokat, felelősöket és határidőket fogalmaz meg, meghatározott időtartamra vonatkozólag. A cselekvési terv az egészségkép (pl. azok a statisztikák, amelyek helyi szinten fellelhetőek) tényeire épül, megfogalmazva a feladatokat, közösen kijelölve a megvalósítás módját is. Közmegegyezés alapján fogalmazza meg azokat a teendőket, amelyek ahhoz szükségesek, hogy a színterekhez tartozók (diákok, pedagógusok, munkavállalók és munkaadók, nyugdíjasok, inaktívak stb.) egészségi állapota kedvezőbbé váljon. Az egészség megőrzésében és javításában érdekelt és érintett társadalmi csoportok számára tartalmaz ajánlásokat. Kulcsfontosságú kérdés a megvalósítás stratégiájának kialakítása, amely lehet egyénre szabott és közösségi megközelítésű. Mindkét irányzat követésének vannak előnyei és hátrányai egyaránt: mindig a helyi sajátosságok és az egészségterv kidolgozói választhatják meg a megfelelő irányt.

A cselekvési terv olyan megvalósítható, követhető életmódmodelleket, ajánlásokat dolgoz ki, amelyek:

- céljai pontosan megfogalmazható és kezelhető;
- hatása már rövid-, illetve középtávon érezhető, eredményessége mérhető;
- megvalósítására reális lehetőség kínálkozik a helyi döntéshozók befolyásolásán, valamint pénzügyi források biztosításán keresztül.



Ebben a fázisban számos módszert kell alkalmazni. A meglévő, már működő modellek, az egyetértés alapján megfogalmazódó problémák összegyűjtésén keresztül, különböző társadalmi kiscsoportok (szülők, diákcsoportok, sportklubok, kulturális közösségek) működtetéséig sok minden elképzelhető. A cselekvési tervnek meg kell teremtenie az elkötelezettséget és a tényleges részvétel lehetőségét is a szereplők számára. A cselekvési programoknak reálisnak, az adott közösség szükségleteire épülőnek kell lenniük. Az importált, a közösség érdektelenségével találkozó programok – legyenek azok bármilyen látványosak – megvalósíthatatlanok. A megfelelően kialakított a cselekvési terv kiterjed és választ ad a 19. ábrán összefoglalt tényezőkre.

- ✓ az állapotleírás tényeire épül (MIÉRT?)
- ✓ definiálja a célcsoportot (KINEK?)
- ✓ a célcsoport igényei alapján pontosan megfogalmazza a feladatokat (MIT?)
- ✓ kijelöli a feladatmegvalósítás módszerét, eszközeit (HOGYAN?)
- ✓ kijelöli a felelősöket (KIVEL?)
- ✓ ütemezi a tevékenységeket időben és térben (határidők, helyszín) (MIKOR? HOL?)
- ✓ feltárja a pénzügyi forrásokat (saját és külső forrás), megvizsgálja a
- ✓ fenntarthatóság kérdését (MIBŐL?)
- ✓ az elvégzett tevékenység monitorozására is részletesen kitér (MI VÁLTOZZON?)

19. ábra Legfontosabb kérdések a cselekvési terv kialakításához  
(Forrás: saját szerkesztés)

### A célok megfogalmazásának szempontjai

A közösségi egészségfejlesztési programok céljait ésszerű hierarchikus rendszerben megfogalmazni, amelyben látható, hogy az egyes rész és/vagy specifikus célok hogyan járulnak hozzá az átfogó cél(ok) eléréséhez. A specifikus célok jelölik ki, hogy mit kell tenni és milyen kimeneteket, eredményeket kell a program befejeztével elérni az átfogó cél elérése érdekében. A célok megfogalmazásakor célszerű az ún. SMART követelményeket<sup>9</sup> figyelembe venni (20. ábra).

<sup>9</sup> : Barakonyi Károly: Stratégiai tervezés, Nemzedékek Tudása Tankönyvkiadó  
[https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011\\_0001\\_519\\_42541/ch02s02.html](https://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_519_42541/ch02s02.html)

- S** **Specifikus** – Jól meghatározott, körbeírt
- M** **Mérhető** – Számszerűsíthető célok. Mérhetjük a cél felé haladást vagy távolodást.
- A** **Akcióorientált** – cselekvésbe fordítható át, attraktív
- R** **Reális és Releváns** – Elérhető célok
- T** **Tervezhető** – Időben tervezhető, határidők rendelkezéshez

## 20. ábra SMART célok

A cselekvési terv megvalósításának **pénzügyi forrásait** már tervezés során érdemes számba venni (pl. saját forrás, pályázati támogatás, egyéb külső források), továbbá lényeges szempont az is, hogy az egészségterv tevékenységeinek igazolhatóan fenntarthatónak kell lenniük.

**Saját források** azok az eszközök, amelyek felett a tevékenységekben részt vevő szervezetek önállóan rendelkeznek, így pl. a cél- és a címzett támogatások, tárgyi infrastruktúra, a szakemberek és önkéntesek munkájának költsége, a szervezetek helyi bevételei.

**Külső vagy alternatív források** ebbe a körbe azok az eszközök tartozhatnak, amelyek meglátja segíti és javítja az egészségterv megvalósításának színvonalát, mint pl. a szervezetek által elnyert egyéb pályázati támogatások, költségvetési normatíva, céltámogatás stb.

Kezdetben érdemes olyan projekteket betervezni és megvalósítani, amelyek a forrás, a fenntarthatóság, a szakmai kompetencia, a kommunikáció és a közösségi támogatottság szempontjaiból egyaránt optimálisnak tekinthetők. A helyes stratégiába ágyazott, jó projekt tehát olyan, amelyben a szolgáltatás elsősorban a célcsoport szükségletét elégíti ki.

A közösségi szintereken megvalósuló egészségfejlesztési tevékenységek közül különös figyelmet és támogatást érdemelnek azok, amelyek:

- az egyes életkori csoportok egészségének fejlesztésére irányulnak, és mindeközben olyan módszereket alkalmaznak, melyek jól illeszkednek e „szinterek” sajátosságaihoz, illetve kiaknázzák e sajátosságokban rejlő lehetőségeket;
- maguk kezdeményezte programokkal kívánják szűkebb és tágabb környezetükben az egészségfejlesztés érdekében tevékenykedni;
- e közösségi szintereken folyó tevékenységek közül különösen eredményesnek, modellértékűnek bizonyulnak;



- a „színterekben” rejlő lehetőségeket erőforrásként kezelik, és ekként hasznosítják azokat;
- olyan önfenntartó folyamatokat indítanak el, amelyek hatásai hosszú távon is, illetve külső támogatás nélkül is életképesnek bizonyulnak.

### A közösségi szintér program kommunikációs tevékenysége

A közösségi szintér program készítése egész folyamatának, de különösen a cselekvési terv megvalósításának kulcseleme a nyilvánosság. A nyilvánosságnak nemcsak informáló, hanem jutalmazó szerepe is van a közösségi szintér programokban. A nyilvánosságon keresztül tudjuk a helyi közösséggel megismertetni (ezáltal akár jutalmazni is) azokat, akik munkájukkal tettek valamit a közösségért. Fontos, hogy a program állandóan „jelen legyen” a közösség életében.

A közösségi szintér mögött nem állhat olyan hatóság, amely az abban foglaltak megvalósulását kikényszerítheti. Ennek hiányában az elképzeléseket „el kell adnunk”, el kell fogadtatnunk azokkal, akik tevékenységük során megvalósítják az ajánlott célokat. Ezért ennek a munkafázisnak az elsődleges célja az egészségterv minél szélesebb körben való megismertetése, ebből kifolyólag lényeges a program eredményeinek külső és belső kommunikálása egyaránt – különböző kommunikációs csatornákon (pl. országos, illetve helyi elektronikus média és sajtó, weboldal, intranet, faliújság, kiadvány, hírlevél, szórólap, konferencia, falugyűlés, szülői értekezlet, tantestületi ülés, munkahelyi összejövetelek stb.). A kommunikációs fázis további célja, hogy lehetővé váljék a közösségi szintér programban megfogalmazottak részletes és teljes körű megismerése, illetve a folyamatos kommunikáció hatására megváltozzon az egyéni motivációk, a választható magatartásmodellek köre.

A kommunikáció nem egyirányú folyamat és nem csupán a lakosságot: az iskolában tanuló diákokat és szüleiket, a munkavállalókat és a munkaadókat, hanem a politikusokat, a döntéshozókat, a szakértőket is megcélozza. Az egészségképnek különböző változatai lehetnek megjelenítve aszerint, hogy kik azok a szereplők, célcsoportok, akiknek kommunikáljuk a tényeket.

A jól tervezett és kivitelezett kommunikáció előnyös az intézménynek, a hozzátartozó közösségnek, és elősegítik a feladatok szakmai sikerességét is. Egy sikeres tájékoztatási kampánynál elengedhetetlenül fontos, hogy jól döntsünk a kommunikáció fajtáiról, a



legfontosabb kommunikációs eszközökről, használatuk módjáról, tervezhetőségükről és mérhetőségeikről. A kampány megtervezése megvalósulhat egy testületi ülés vagy egy szülői értekezlet alkalmával is, vagy akár a lakosság számára szervezetet nyílt fórumon, tájékoztató előadáson.

A kommunikációs fázis a közösségi szintér program egyik legnehezebben megvalósítható fázisa. Minden olyan lehetőséget ki kell ezért használnunk, amelynek segítségével elérhetjük az érintetteket. Fontos, hogy a program állandóan jelen legyen a közösség életében.

Manapság a médiában sokféle, olykor egymásnak gyökeresen ellentmondó egészséggel kapcsolatos információ áll rendelkezésre. Ezek az információk ráadásul a nagyközönség számára könnyen hozzáférhetők és jól ismertek. További nehézséget jelent, hogy a tudományos vizsgálatok eredményei is sokszor különböző eredményt mutatnak. Ezért célszerű, hogy kommunikációs tevékenység tervezésekor az illetékes szakmai testületek, háttérintézmények (MDOSZ, OGYÉI, NNK, stb.) által kidolgozott kommunikációs tartalmakat, ajánlásokat felhasználni.

Az egészségfejlesztési tevékenységek során többféle kommunikációs fajtát lehet alkalmazni:

A **társadalmi marketing**<sup>10</sup> célja a célcsoport viselkedésének befolyásolása, amely az egész társadalom számára hasznos eredményekkel jár (pl. terhes anyák hagyják abba a dohányzást, csak orvos által felírt antibiotikumot használjanak stb.). A társadalmi marketing tehát marketing módszerek alkalmazása egy célcsoport befolyásolására annak érdekében, hogy elérje az egészség irányába mutató magatartásváltozást.

A társadalmi marketing egyik eszköze a társadalmi célú reklám. A társadalmi marketing a teljes problémakezelő kampányt, program stratégiát jelenti. További eszköze a nyilvánosság figyelmének felkeltése az egészséggel kapcsolatos kérdésekre a tömegtájékoztatási eszközök használata útján (egészség kampány), például újságok, folyóiratok, broszúrák és szórólapok, illetve a rádió és televízió, valamint a közösségi média segítségével helyi, állami és országos szinten is jelen van az üzeneteivel. Magában foglalhat személyes kommunikációt is (pl.: interjú adása egy egészségtemával kapcsolatban a helyi médiában).

---

<sup>10</sup> Piskóti I.: A társadalmi marketing modellje és hazai működésének feltételei, Gazdaságtudományi Közlemények, 6. kötet, 1. szám (2012), pp. 103–12.



Kommunikációs cselekvési fajtának tekinthető még a helyi tanácsadás, „szószólás” (vö. advocacy), közvetítés az egészségért.

**Tanácsadás, képessé tétel** az egészségfejlesztés feladata, hogy képessé tegyék az embereket saját egészségük megőrzésére, fejlesztésére vonatkozóan. Ez magában foglalja a közösségek támogatását az egészségügyi ismeretek elsajátításában, képességek meghatározásában, saját egészségük meghatározóinak azonosításában, valamint abban, hogy felhasználják az elsajátított tudást a közösségekben.

**Szószólás** az egészség és jóllét érdekében a közösség, vagy az egészségfejlesztési szakemberek nyilvános felszólalása, érdekképviselése az egészség érdekében erőforrásokkal, szakpolitikákkal. kapcsolatban (pl.: épített környezet egészségessé tétele).

#### Az eredmények értékelése, monitorozás, visszacsatolás

A cselekvési tervben foglaltak megvalósulása (azaz a programok sikeressége, hatékonysága) módosítja az állapotleírásban jellemzetteket. Az életfeltételekben, életminőségben bekövetkező változásokat és az ebből következő eredményeket, következményeket figyelemmel kell kísérni. Ezt a célt valósítja meg a közösségi szintén program egész folyamatának elemzése, nyomon követése. Az elemzés eredményeire alapozva szükségessé válik finomítani az állapotleíráson, amelynek hatásait a stratégiában és a cselekvési tervben megfogalmazott célkitűzések módosításával érvényesíteni kell. A közösségi szintén program készítésének folyamata tehát ismét újraindul.

🗨 Saját munkája során volt-e már lehetősége részt venni települési egészségterv kidolgozásában? Amennyiben igen, gondolja át, mik voltak a koncepció erősségei/gyengeségei!

Ha még nem vett részt ilyen munkában, gondolja végig, hogy saját településén hogyan tudná elindítani az egészségterv kidolgozását, mely munkafázisokba tudna érdemileg bekapcsolódni!

A monitorozás során folyamatosan vagy rendszeresen, meghatározott indikátorok mentén mérjük a megfigyelt tevékenység folyamat és eredmény mutatóit. A monitorozás azonban nem csak követésből állhat; amennyiben az elvárt értékekhez képest eltérés tapasztalható, beavatkozást vagy riasztást is végrehajthatunk.



Az értékelés egy folyamat, amelynek során meghatározzuk az értékelt projekt, program, beavatkozás megfelelőségét, eredményeit, rövid és hosszabb távú hatásait, valamint hatékonyságát. A hatékonyság többek között információt ad arról is, hogy mely elem, folyamat működött jól egy program során, illetve min lehetne javítani.

Programértékelés több célból is végezhető:

- elszámoljunk a partnerek és/vagy finanszírozók/támogató felé;
- felmérjük, hogy adott beavatkozás az elvárásoknak megfelelően zajlott-e le;
- megállapítsuk, egy program elérte-e a kitűzött célokat (ha igen, miért?/ha nem, miért nem?);
- megállapítsuk, hogy a beavatkozás hatékony volt-e;
- a program/beavatkozás fejlesztése, tervezése érdekében;
- további finanszírozás biztosításához;
- az akkreditációs követelményeknek való megfelelés/minőségfejlesztés miatt;
- az egészségfejlesztés területén a meglévő evidenciák gazdagítása érdekében.

Az értékelés irányulhat a beavatkozás folyamataira (folyamatértékelés), vagy azok eredményeire/hatásaira (eredményértékelés, hatásértékelés). A folyamatértékelés során leírjuk, hogyan zajlott az egészségfejlesztési beavatkozás, vizsgáljuk a beavatkozás minőségét, megfelelőségét; a végrehajtás közben elért szereplőket. A folyamatértékelés vizsgálja a megvalósító rendszer kapacitásait is, pl.: adott erőforrásokkal mennyiben képes hatékony közösségi egészségfejlesztési programokat végrehajtani. A folyamatértékelés során olyan kérdésekre is választ kapunk, hogy pl. sikerült-e elérni a megvalósítás során kijelölt célcsoportot és szereplőket (pl.: kulcsszereplők vagy a közösség egyéb érintett tagjait), megfelelőek voltak-e a célcsoportnak szánt üzenetek, kommunikációs formák.

Az eredményértékelés egy beavatkozásnak a direkt vagy közvetlen hatásait méri. Az eredményértékelés a hosszabb távú hatásokat megalapozó, rövidebb időhorizonton megvalósuló egyéni, közösségi vagy környezeti eredményekre fókuszál. Másképp megfogalmazva a közösségi egészségfejlesztési program specifikus célkitűzéseinek elérését méri. Ilyenek lehetnek közösségi szinten például az egészségkultúra javulása az attitűdök,

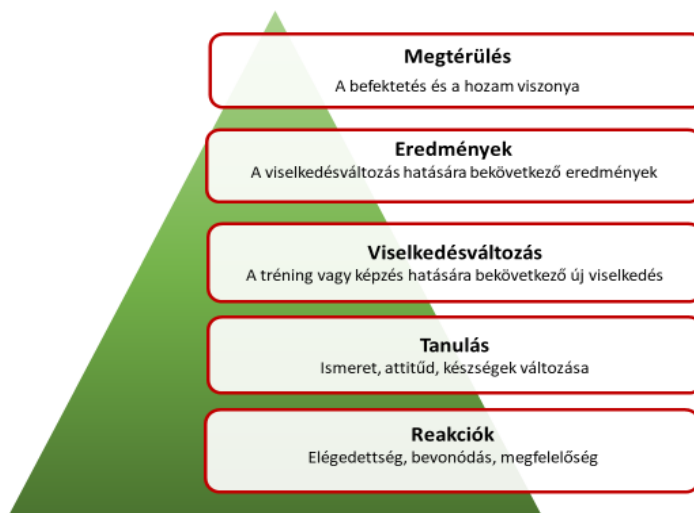




ismeretek, készségek javulásával. Vagy a közösségi környezet szintjén például több kerékpárút.

A hatásértékelés során mért változások túlmutatnak a közösségi beavatkozás közvetlen eredményein, a beavatkozás által megfogalmazott átfogó cél(ok)hoz kapcsolódnak. A beavatkozás által kitűzött átfogó céltól (és az értékelés céljától) függően lehet például az egészségesen táplálkozók arányának növekedése, az elhízott gyerekek arányának csökkenése, hosszabb távon a megbetegedések vagy mortalitási helyzet javulása.

Az olyan közösségi vagy csoportos egészségfejlesztési beavatkozások, amelyek tanulási folyamat-alapúak, tehát valamilyen képzést, ismeretátadást foglalnak magukba könnyen értékelhetők a Kirkpatrick-Phillips modell<sup>11</sup> alkalmazásával (21. ábra). Látható, hogy ez a modell a képzésen résztvevők számát nem eredményindikátornak, hanem kibocsátási indikátornak tekinti, mert önmagában a részvétel nem a tanulási folyamat része, ezáltal nem használható az eredményesség megítélésére.



21. ábra: A Kirkpatrick–Phillips modell a tanulási folyamatok értékelésére

<sup>11</sup> Kirkpatrick Partners (2009): The Kirkpatrick Model <https://www.kirkpatrickpartners.com/Our-Philosophy/The-Kirkpatrick-Model>

## 7. A csoportos egészségfejlesztési módszerekről

### ☞ MILYEN CSOPORTOS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI MÓDSZEREK ALKALMAZHATÓAK A VÉDŐNŐI TEVÉKENYSÉG SORÁN?

#### A csoportokról általánosságban

Az egészségfejlesztés szempontjából a csoport jellemzőit mindig a feladat határozza meg.

*„A csoport több mint az egyének összessége. A csoport tagjai folyamatosan kommunikálnak, tudatosan, vagy nem tudatosan, szóban vagy nem verbális formában. A csoport folyamatosan változik, alakul, fejlődik, a csoportba tartozó egyén is változik, fejlődik.*

*A csoport az emberi létezés egyik alap közege, amely legalább 3 személyből áll, tagjai függésben vannak egymástól, olyan szükségleteik mentén, amelyek individuális úton nem elégíthetők ki. A csoport tagjai magukat másoktól valamely tulajdonság mentén megkülönböztethető egységként szemlélik, kölcsönös interakcióban vannak egymással.”<sup>12</sup>*

Jó gyakorlatok, példák:<sup>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</sup>

- Kelemen Katalin - Apák Napja Simontornyán az apaszerep erősítése a családi összetartozás megélésének elősegítésével a gondozott családokban a családok számára közös program szervezése. A távollévő apának lehetőséget ad a program, hogy a játékban újra rátalálhasson gyermekével egy közös nyelvre.
- Havasiné Ádámszki Emília – Családi klub a családi háttér hiánya miatt az új környezet könnyebb elfogadásában segítik, valamint erősítik a fiatal anyákat, nem előadásokat hallgatnak a résztvevők, hanem a foglalkozások interaktívak. Az egyes témák az élethelyzetek és az ellátási aktualitásnak megfelelően kerülnek kiválasztásra (pl.a közösségbe való beszoktatás, a nyár veszélyei).

Fontos tudnunk, hogy egészségfejlesztést nagycsoportban is lehet tartani, de bizonyos készségek, képességek elsajátítása kiscsoportban hatékonyabb. Tömegben (40 fő felett) nem lehet egészségfejlesztést végezni. Az egészségfejlesztő feladata, hogy a személy ismeretén túl a témát és az adott helyzetet figyelembe véve határozza meg a csoport nagyságát.

<sup>12</sup> Eszík O., Keresztury E., Szódy J.: A csoport mint pszichológiai tér: különböző élethelyzetű szülők csoportos foglalkozása. GYEMSZI, Budapest, 2014



A csoportok osztályozása történhet:

### *Nagyság alapján*

- Kiscsoport: elméleti szempontból 3–20 fő, gyakorlati szempontból 5–20 fő, optimális 7+2 fő. A létszámon túl három kritériumnak kell megfelelnie:
  - tagjai valamilyen érzelmi kapcsolatban vannak egymással,
  - tagjainak kognitív képe van a többiekéről és önmagáról,
  - tagjainak kognitív képe van a csoport egészéről.

A csoport pszichológiai hatótényezői a személyiségváltozás szempontjából a csoportnagyságtól, csoportdinamikától függően optimálisan működhetnek.

- Nagycsoport: tagjai között nem feltételezünk közeli személyes kapcsolatot, kölcsönös függés, közös tevékenység köti össze őket.
- Készségfejlesztő csoport: 12–16 fő, a pszichés hatótényezők kevésbé erősek, az intimitás szintje, az interakciók száma csökken.
- Tréning csoport: maximum 20–25 fő, itt már a csoport működése jelentősen felszínesebb
- 25 fő feletti csoportlétszám: itt már nem lehet jelentősen számolni a csoport hatótényezőikkel a munka során.

### *Az alakulás módja szerint*

- Formális csoport: szervezeten, jogi alapon jön létre, illeszkedik a társadalmi rendszerbe.
- Informális csoport: tagjai saját elhatározásból lépnek be és maradnak a csoportban. Az odatartozás igénye valósul meg a csoportban.

### *Funkciójuk szerint*

- Spontán érzelmi vonzódásokra vagy közös érdeklődésre alapozó természetes csoport – pl. baráti társaságok.
- Valamilyen határozott feladat elvégzésére vagy döntés meghozatalára szerveződött csoport.

### *A csoport működése szerint*

- Nyitott csoport
  - a csoportfolyamat során bármikor jöhetnek új tagok;



- a csoporttagok bármikor kiléphetnek a csoportból.
- Zárt csoport
  - az együttműködés végéig a tagság állandó marad;
  - a szerződés egy előre meghatározott időtartamra szól.

#### *Cooley (1909) csoportosítása szerint*

- Primer csoportok
  - konkrét, a valóságban fellelhető társas alakzatok;
  - intim, valódi szemtől szembe kapcsolatteremtés jellemzi;
  - pl. család, faluközösség, szomszédság.
- Másodlagos csoportok
  - egy cél vagy feladat elvégzése érdekében szerveződnek;
  - személyesség, élményközeliség és intimitás kevésbé jellemző rájuk;
  - társadalom racionális munkamegosztásának termékei;
  - pl. társadalmi szervezetek.

#### *További csoporttípusok*

- Kortárs csoport: a szocializáció során a legfontosabb elsődleges csoport, a család mellé, majd a helyére lép.
- Vonatkoztatási (referencia) csoport: az a csoport, amelynek normáihoz, szabályaihoz, értékeihez, elvárásaihoz egy-egy ember alkalmazkodik, amelyhez méri magát.
- Tagsági csoport: az a csoport, amelynek az egyén (valamely tulajdonsága mentén) a tagja.

#### **Csoportmagatartás, csoportdinamika**

A csoport történései – a nyilvánvalóak és a rejtettek egyaránt – a benne résztvevő személyek interperszonális hatásainak eredményeképpen alakulnak. A személyek egyéni szükségletei, érvényesülési törekvései, a közöttük keletkező vonzalmi és taszítási érzések állandó belső pszichológiai mozgást eredményeznek a csoportban, ezt nevezzük csoportdinamikának.



*☞ A csoportok fejlődésük során általában meghatározott magatartásformákat követnek, fejlődési cikluson mennek át, amelyeken belül négy szint különíthető el:*

1. **Megalakulás**
2. **Viszontagságok: a legtöbb csoport áthalad egy konfliktust jelentő szakaszon. Megmérettetik a csoportvezető, viták alakulhatnak ki a munkamódszerről stb. Mindez fontos a csoport érése szempontjából. Ha sikeresen kezeljük ezt a periódust, az elvezet a nyitott kommunikáció, a bizalom és a csoportcélokért érzett közös felelősségvállalás kialakulásához. Ebben a szakaszban hagyják el legtöbben a csoportot.**
3. **Normalizálódás: a csoport lehiggad, megszilárdulnak a normák.**
4. **Teljesítmény – maximális hatékonysággal a végrehajtandó feladatokra koncentrálnak.**

### A csoporttagok szerepei

Egy, a csoporttagok jellemvonásaira irányuló tanulmány kimutatta, hogy a csoportok maximális hatékonyságához nyolc szerepkör megléte és keveréke szükséges. Ezek a következők:

- A vezető: összehangolja a csoport erőfeszítéseit, és lehetővé teszi annak hatékony működését.
- A formáló: tevékenységorientált, ösztönzi a csoportot feladatai elvégzésére.
- Az „ötletláda”: az ötletek és javaslatok kreatív forrása.
- A megfigyelő/értékelő: erőssége az analízis és a kritika.
- A szervező: jó a szervezésben és az adminisztrációban.
- A források felkutatója: jó kapcsolatai és összeköttetései vannak más személyekkel és intézményekkel.
- A csapatmunkás: támogatja a csoport tagjait, odafigyel másokra.
- A befejező: előrelátása és állhatatossága biztosítja, hogy a csoport be fogja fejezni feladatát.

További (lehetséges) szerepkörök:

- A bűnbak: az agresszió egy speciális, regresszív megnyilvánulása, jellegzetes csoportjelenség. Lényege, hogy a csoportban jelenlévő feszültség egy csoporttagon vagy tagokon sűrűsödik, nyíltan vagy burkoltan őt teszik felelőssé a



csoportproblémákért. A bűnbakképzés olyan helyzetben/helyzetekben jelenik meg, amikor a csoportnak van egy megoldatlan problémája, és mint ahogy azt az előzőekben leírtuk, feszültségeit egy csoporttagon – a bűnbakon – vezeti le. Általában az válik bűnbakká, aki magára vonja a többiek indulatát. Csoportvezető felelőssége, hogy a bűnbak személy ne maradjon sokáig ebben a szerepben.

- A „nehéz” csoporttagok:
  - A monopolista: kényszeresen, egyfolytában fecseg.
  - A hallgató: passzív, külső megfigyelője csak az eseményeknek.
  - Az unalmas: gátlásos, nem vállal kockázatot, hiányzik belőle a spontaneitás.
  - A megrögzött panaszkodó: a segítséget elutasítva panaszkodik.

Adott csoporton belül a csoporttagoknak több szerepe is lehet, legtöbbjüknek azonban megvan a leginkább kedvelt szerepköre.

### Csoport vezetői stílusok

Nem létezik jó és rossz vezetési stílus, a legtöbb vezető az autokrata és a demokratikus vezetői stílus között tevékenykedik.

A sikeres csoportvezetés több tényezőtől függ, ilyenek például:

- a vezető személyisége – az általa választott stílus, mit tud / mer alkalmazni (csak azt tudja jól és hitelesen csinálni, ami közel áll a személyiségéhez, amiben hisz),
- a csoport által elvárt stílus – ha pl. kevés önbizalommal rendelkeznek a csoporttagok, az autokrata vezetési stílus kezdetben hatékonyabb lehet – így nagyobb a biztonság, ezután fokozatosan lehet áttérni az „irányadó stílusra”,
- a csoport megvalósítandó feladatai – pl. különböző készségek elsajátítása – autokrata stílus, veszteség feldolgozása – irányadó stílus,
- szélesebb környezet – tárgyi, fizikális és személyi környezet, pl. a csoporttagok szociokulturális háttere.

**Autokrata vezetési stílus** irányító jellegű. Szakértelmünkre alapozunk, hogy elfogadtassuk nézeteinket, vezető szerepünket. A stílus előnye, hogy a sebezhető, krízisben lévő emberek, betegek, fogyatékosokkal élők biztonságban érzik magukat. Nem alkalmas azonban a felelősségteljes döntéshozó képesség fejlesztésére (pl. káros szenvedélyek, szexedukáció stb.).



**Demokratikus vezetési stílus** irányadó jellegű. A csoportvezető megosztja hatalmát a csoport többi tagjával. Itt a csoportvezető és a csoporttagok valamennyi tudásukat, készségeiket közösen használják fel. Alapvető tény, hogy a csoporttagok rendelkeznek előzetes tudásanyaggal, tapasztalattal az adott témában, aktivizáló módszereket alkalmaz a vezető és ügyel a csoportfolyamatokra. A vezető melegséget, empátiát sugároz, toleráns, kikéri a csoport véleményét. Nem alkalmas gyakorlati tevékenységek esetén, például újraélesztés tanfolyamon.

### A csoport kialakítása

A tervezés és az előkészületek elengedhetetlenek a csoport sikeres működéséhez. A tervezés, előkészítés lépései során megválaszolendő kérdések:

- Miért kezdünk hozzá a csoport létrehozásához?
- Kik lesznek a csoporttagok?
- Mik lesznek a csoport céljai, megvalósítandó feladatai?
- Hol lesznek az összejövetelek?
- Milyen források szükségesek?
- Mikor lesznek az összejövetelek?
- Hogyan, miként folynak majd az összejövetelek?
- Mi lesz az értékelés módja?

A csoportok beindítása során lényeges szempontok lehetnek a következők:

- Az érkezés más, ha a csoporttagok ismerik egymást, és más, ha nem.
- Egymás megismerésére különböző módszerek vannak, pl.: ismerkedés párokban, névjátékok.
- A kezdeti érzések és elvárások feltárása: az emberek könnyebben ellazulnak, ha tudják, hogy mások feszültek, esetleg félénknek érzik magukat. Milyen módszerekkel segíthetünk? Az alapszabályok lefektetése segítség: pl. titoktartás, idő (érkezés, távozás), szünet/-ek, evés-ivás, szükség lesz-e jegyzetelésre, lehet-e később érkezni, korábban távozni, a tagoktól milyen magatartás várható el, kinek mi lesz a feladata, lesz-e értékelés, ha igen, hogyan történik.

A csoportfejlődés szakaszai kapcsán általánosságban elmondható, hogy minden csoport története szakaszokra, fejlődési fázisokra tagolható. Rendszerint észrevétlenül követik



egymást az egyes fejlődési fázisok, amelyekre más és más jelenségek és dinamika jellemző. Mindezek tudatosításával a csoportvezető – és rajta keresztül a csoporttagok – számára jobban érthetővé, értelmezhetővé és kezelhetővé válnak az egyes jelenségek, amelyekkel szembe találja magát.

### *A csoport kialakulásának folyamata*

#### *1. Tájékozódás (forming)*

- kezdeti bizonytalanság;
- egymás kipróbálása, megismerése, a beilleszkedés a fő mozgatórugó;
- nyitottság (értelmi, érzelmi);
- ismeretlen helyzet – feszültségcsökkentő viselkedésmódok.

#### *2. Strukturálódás (storming)*

- differenciálódás, egyéni különbségek szerepekbe öntése;
- értékek, normák ütközése;
- konfliktuskezelés kidolgozása;
- szerepharcok;
- kompromisszumkeresés, megnyugvás.

#### *3. Munkafázis (norming)*

- a csoportnormák és szerepek már jól meghatározottak;
- együttműködés;
- feladat orientáltság;
- együttes élmény légköre.

#### *4. Eredmények felmutatása (performing)*

- a csoport eléri célját, amire szerveződött;
- összetartó erő (kohézió);
- érett részvállalás;

#### *5. Felbomlás vagy újraszerveződés (adjourning)*

- a cél elérése után a különbségek újra előkerülnek;
- hagyományok és a szükségletek konfliktusa;
- megújulás vagy felbomlás.





## A csoportos egészségfejlesztés módszerei

A megfelelő módszerek kiválasztása alapvető fontosságú az egészségfejlesztési tevékenységek során. Már a tervezés során el kell dönteni azt, hogy milyen módszereket alkalmazzunk annak érdekében, hogy:

- a tervezés során meghatározott célokat elérjük,
- ne csak információval lássuk el a csoportot, hanem elérjük azt is, hogy változtasson magatartásán,
- a passzív befogadás helyett aktív részesévé váljon a tanulási folyamatnak.

A módszerek lehetnek bevezető jellegűek és a csoport működését és az ismeretek feldolgozását segítő jellegűek.

**Bevezető módszerek** lehetnek a következők:

### ✓ *Vitaindító anyagok*

A vita megindítható egy a felvetett témához kapcsolódó, lehetőleg ellentmondásos videó filmmel, plakáttal, szórólappal, újságcikkkel, stb.

Cél ráhangolódás a témára, feszültségoldás, interaktivitás, tájékozódás a csoport véleményéről, hozzáállásáról.

### ✓ *Ötletroham*

Az adott téma bevezetésének hasznos eszköze, alkalmas a csoporttagok gondolatainak összegyűjtésére.

- Tegyük fel egy olyan nyitott kérdést, amire nincs egyszerűen meghatározható válasz – pl. „Miért drogoznak a fiatalok?”
- Minden választ megjegyzés és kritika nélkül írjunk fel a táblára. Biztassuk a visszahúzódóbbakat – pl. „Egyéb ötletek? Szeretné még valaki kiegészíteni?” Esetleg szólítsuk meg az illetőt – „Kíváncsi lennék a Te véleményedre is!” Ezután célszerű csoportosítani a táblára felírtakat, valamilyen vezérlőelv alapján.

Cél ráhangolódás a témára, feszültségoldás, interaktivitás, tájékozódás a csoport véleményéről, tudásáról, hozzáállásáról. A csoport valamennyi tagjának hozzászólását egyenlőként kezeljük, mindenkinek lehetősége van a részvételre.



### ✓ *Brainstorming*

Olyan technika, amellyel az embereket kreatív gondolkodásra készítjük anélkül, hogy gondolataikról ítéletet mondanánk. Tegyük fel egy olyan kérdést, amire gyors, egyszavas válaszok adhatók – „Mi jut eszetekbe, ha azt mondom, hogy DROG?” Minden választ kommentár és megjegyzés nélkül felírunk a táblára. Ezután csoportosíthatunk.

Cél ráhangolódás a témára, feszültségoldás, interaktivitás, orientálhatja a csoportvezetőt. A csoport valamennyi tagjának ötletét egyenlőként kezeljük, mindenkinek lehetősége van a részvételre.

### ✓ *Körkérdések*

Mindenkinek egyenlő lehetőséget nyújtanak a részvételre. A csoport tagjai körben egymás után tegyenek egy-egy rövid megjegyzést a csoportvezető által feltett kérdéssel kapcsolatban.

*A sikeres körkérdéseknek három fontos szabálya van:*

- senkit nem szabad félbeszakítani, amíg be nem fejezte mondanivalóját,
- nem tehető megjegyzés mindaddig, amíg a kör le nem zárult – vagyis se vitatkozás, se elismerés, se értelmezés, se kritika,
- bárki dönthet úgy, hogy kimarad (jelezheti azzal, hogy azt mondja „passz”). Erre a lehetőségre a csoportvezetőnek fel kell hívnia a figyelmet a körkérdések megkezdése előtt – „Lehet „passzolni az egyes kérdéseknél!”

A körkérdések a csoportfoglalkozások elején és végén is hasznosak lehetnek. A befejező körként használt kérdések különösen hasznosak lehetnek visszajelzésként a csoportvezető és a csoporttagok számára is. Pl.:

- „Mi az, ami igazán tetszett a mai foglalkozáson?”
- „Mi az, ami nem tetszett a mai foglalkozáson?”
- „Milyen érzésekkel volt ma jelen, hogy érezte magát?”
- „Mit tanult a mai foglalkozáson, mit szűrt le az ott történetekből?”

A módszer úgy is alkalmazható, hogy a csoportvezető felteszi a kérdést és megszólít valakit, ha ő befejezte a mondanivalóját, ő is megszólít valakit. Ez így folytatódik egészen addig, amíg



mindenki sorra kerül. Utolsóként visszaér a kör a csoportvezetőhöz, aki szintén válaszol az általa feltett kérdésekre.

**Módszerek a tényanyag és az ismeretek feldolgozására:** a bevezető módszerek után használhatóak:

✓ *Villámcsoportok*

A villámcsoportok két vagy több fős kiscsoportok a nagycsoporton belül, akik egymás közt viszonylag rövid idő alatt megvitatnak vagy feldolgoznak egy feladatot, amit a csoportvezető meghatároz. Ez a feladat mindig szorosan kapcsolódik a korábban elhangzott tényanyaghoz, ismeretátadáshoz. Amennyiben azt szeretnénk, hogy az egész csoporttal megosszák ötleteiket és azt, hogy mire jutottak, akkor pl. csomagolópapírra, filctollakkal plakátszerűen felírhatjuk azokat.

Cél az ismeretanyag, tényanyag megerősítése, feldolgozása (learning by doing), aktív részvétel.

✓ *Strukturált tanulás*

Egy feladat megközelítésekor a résztvevők vagy a résztvevők kisebb csoportjai (pl. párban), meghatározott időt kapnak egy téma feldolgozására. Ezt követően a saját eredményeiket, véleményüket megvitathatják a csoporttal és közös álláspontot alakítanak ki. A módszer annyiban különbözik a „villámcsoport” módszerétől, hogy itt az adott téma feldolgozása irányított módon, meghatározott tematika szerint történik.

Cél az ismeretanyag, tényanyag megerősítése, feldolgozása, aktív részvétel.

✓ *Snowballing*

A csoporttagok egyénileg kapnak egy feladatot, amelyet meghatározott időn belül elvégeznek. Ezt követően a strukturált tanuláshoz hasonlóan párokban beszélnek meg gondolataikat, eredményeiket, majd a párok kapcsolódnak egymáshoz és a végén kialakul a csoport véleménye. Így lesz egyre nagyobb és érdekesebb a „hógolyó”.

Cél az ismeretanyag, tényanyag megerősítése, saját korábbi tudás, tapasztalat mobilizálása, az egyéni vélemények tiszteletben tartása, a korrekció lehetősége, amelyet az egyén végez el a többiek visszajelzése alapján. Nem a csoportvezető mondja meg, hogy mi a jó megoldás!



### ✓ *Strukturált gyakorlatok*

Az ismeretanyaghoz, tényanyaghoz kapcsolódó gyakorlati feladatok készség szintű begyakorlása folyik, pl. elsősegélynyújtás, csecsemőgondozás, ételkészítések stb.

Cél a különböző gyakorlati feladatok biztonságos végzésének elsajátíttatása.

### ✓ *Esettanulmány*

Megtörtént vagy kitalált esetet dolgozunk fel. Bemutathatók a nehézségek, a kételyek a döntési folyamat és helyzet, a megoldást elősegítő és hátráltató tényezők (pl. egészséget befolyásoló tényezők, egészségügy stb.). Véleményalkotás, vita kiindulópontja is lehet.

Cél a beleélés, beleérzés képességének fejlesztése, felelősségvállalás önmagam és mások iránti érzésének tudatosítása.

### ✓ *Problémamegoldás*

Miután a csoport tagjai információt kapnak egy adott kérdéssel, helyzettel kapcsolatban, pl. strukturált módon megvitatják azt. Fontos, hogy először konszenzusra jussanak a probléma meghatározását illetően. Ezt követően az adott lehetőségeket, alternatívákat mérlegelve igyekeznek a legjobb stratégiát kialakítani.

Cél aktív agytorna, korábbi tudás, tapasztalatok mobilizálása, mások véleményének elfogadása, saját vélemény korrigálása.

### ✓ *Szerepjáték*

A csoporttagok különböző szerepeket vállalnak fel. A szerepjáték általában azt jelenti, hogy más személy szerepét vesszük fel egy megadott szituációban és eljátsszuk, hogy vajon miként cselekedne, illetve miket mondana abban a helyzetben.

Cél beleélés, beleérzés képességének fejlesztése, segít megérteni, hogy milyen érzés lehet a másik ember szemszögéből látni a dolgokat.

### ✓ *Vita*

A csoportot két részre, félre osztjuk. Feladatuk, hogy egy adott téma, vélemény ellentétes oldalait képviseljék – rövid felkészülés után – egy kialakított vitában.



Cél segíti a vitakészség fejlesztését, a különböző kommunikációs technikák alkalmazását. Bevezető módszerként is alkalmazható, ilyenkor a ráhangolódást, beleélést segíti.

✓ *Rejtvény, kérdőív, teszt*

Csoportfoglalkozást indító, záró és indító és záró módszerként alkalmazhatjuk. Ha indító módszerként használjuk, akkor információt adhat a csoport ismereteiről, véleményéről, hozzáállásáról az adott témával, kérdéssel kapcsolatban. Ha záró módszerként alkalmazzuk, akkor visszajelzést kaphatunk az elsajátított ismeretekről. Ha indító és záró módszerként használjuk, akkor megtudhatjuk, hogy a csoport honnan indult és hová jutott el. Ilyenkor fontos szempont, hogy ugyanazt a tesztet, kérdőívet használjuk az elején és a végén is. Ezen a módon alkalmazva a módszert nagyon hasznos lehet, ha a résztvevők maguk hasonlítják össze a nyitó és a záró kérdőívet – maguk vonják le a tanulságokat.

✓ *Előadás*

Az ismeretek átadására, a tényanyag ismertetésére alkalmazható módszer. Időkerete kb. 20–25 perc. Ezután interaktív módszerek beiktatása szükséges. Az előadáshoz szemléltető módszereket használhatunk. A felolvasás, mint előadási módszer korlátozottan alkalmazandó, pl. idézetek felolvasása, az előadást kiegészítő vers, irodalmi, tudományos mű részletei stb.

✓ *Demonstráció, szemléltetés*

Demonstráció – laboratóriumi vagy egyéb eszközök felhasználásával jelenségek, tények bemutatása, láthatóvá tétele. Szemléltetés – pl. videó, fólia, számítógépes kivetítés, szórólapok, plakátok stb.

*☞ MI SZÓL AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBEN A KISCOPORTOS OKTATÁS, TANULÁS MELLETT?*

*1. Az egyik a felnőttekkel kapcsolatos egészségfejlesztés sajátossága. Nevezetesen, hogy a felnőttek elutasítják a kinyilatkoztató instrukciókat, a tisztán száraz, elméleti előadasmódot. A saját meglévő tapasztalataikat, tanult ismereteiket szeretnék felhasználni a tanulás során. Előnyben részesítik a különböző kérdések megvitatását, tisztázását – így alakítják ki saját álláspontjukat.*

*2. A másik alapvető ok, hogy a kiscsoportos módszer lehetővé tesz és létrehoz olyan feltételeket, amelyek előmozdítják a tanulást és a döntéshozatalt.*



## A csoportmunka során fellépő nehézségek kezelése

Az egészségfejlesztő szakemberek gyakran ijesztőnek tartják a csoportmunkát, úgy érzik, képtelenek azzal megbirkózni. Az előrelépést ezeknek a félelmeknek a beismerése és a velük való szembenézés jelenti, illetve stratégiák kidolgozása arra az esetre, ha problémák merülnének fel. Néhány általános probléma és stratégia:

- A csend: hasznos is lehet.
- Kezdetben párban vezessenek csoportot az egészségfejlesztők.
- Készüljön fel alaposan, készítsen jegyzeteket, ne féljen használni azokat a csoport előtt!
- Legyen készenlétben egy-két tartalék feladat, ha az eredeti téma kimerülne!
- Váratlan kellemetlenségek: túl sok, túl kevés ember.
- Gondolkodjon el, hogy megfelelő volt-e az előkészítés!
- Zavaró tényezők – három választási lehetőség van:
  - A zavaró tényezők figyelmen kívül hagyása – ez ritkán célravezető.
  - A zavaró tényezők beismerése, elfogadása – általában ez a legjobb megoldás.
  - Lépéseket tenni ellene, lehetőleg a csoportot is bevonni.
- Viselkedési problémák – a csoporttagok viselkedése nehézségek elé állíthatja a csoportvezetőt.
- Az aktív részvétel hiánya – megszólítás (kit kell ilyenkor megszólítani), körkérdések stb.
- Ha valaki túl sokat és gyakran beszél – pl. „a mindentudók”. A probléma kezelése: elgondolkodni azon, hogy vajon miért viselkednek így ezek az emberek. Dolgozzunk többet párokban – így nincs lehetőségük kibontakozni. Használjunk több körkérdést! Szólítsunk meg embereket – „Éva, szívesen meghallgatnánk a Te véleményedet is”! Ha mindez nem segít, beszéljük meg személyesen a problémát – négy szemközt.

## A csoportmunka eredményességét segítő feltételek

- *A tanulás légköre:* a kiscsoport a maga segítő légkörével, amelyben az új koncepció és gyakorlat megvitatható, segít – félelemmentes módon – új dolgokról gondolkodni és magatartást kialakítani.



- *Közvetlen visszajelzés és megerősítés:* a pozitív visszajelzés erőteljes motiváló tényező.
- *Aktív részvétel a tanulásban:* a hatékony tanulás dinamikus folyamat. A kiscsoport elősegíti az aktív részvételt a tanulási folyamatban, lehetőséget ad arra, hogy összevegyék az új gondolatokat más felfogásokkal.
- *Magas szintű motiváció:* a tanulás sikere nagymértékben azon múlik, hogy az egyén akar-e tanulni. A motiváció nagymértékben növekszik, ha a résztvevő érzi a változás szükségességét, elfogadja a tanulási helyzetet. A kiscsoportos módszer különösen hatékony a változással szembeni ellenállás csökkentésében az alternatívák feltárása révén.
- *Kísérleti tanulás:* a változatosan alkalmazható csoportmódszerek igen realiztikus tanulási helyzetet biztosítanak. Ahelyett, hogy a csoportvezető közölné az információt, a résztvevők átélik és tanulnak a gyakorlatok tapasztalataiból.

### Egy konkrét gyakorlati példa: szülőcsoportok szervezése

*„A szülőcsoportokban rejlt lehetőségek ma még kiaknázatlanok; számtalan család küzd különleges problémákkal, de nehezen találják egymásra, nehezen találják olyan bázisra, amely kielégítő információkkal, lelki támasszal és gyakorlati segítséggel látná el őket. A szülőcsoport megfelelő megoldás számukra. Ha felkészült szakmai vezető jelenlétében rendszeresen találkozhatnak sorstársaikkal, védett, bizalmi környezetben, új információkra, elfogadásra és támogatásra számíthatnak, könnyebben küzdhetnek meg különleges élethelyzetük nehézségeivel. Legyen akár szoptató anyákból álló csoport, várandósok csoportja, sérült gyermeket nevelő szülők csoportja, cukorbeteg gyereket nevelő szülők csoportja, a rendszeres összejövetelekkel biztos segítséget nyernek.”<sup>12</sup>*

### Szervezzünk szülőcsoportot!

Milyen keretek szükségesek egy szülőcsoport létrehozásához, fenntartásához és népszerűsítéséhez?

#### *Kinek? (célcsoport)*

Szülők gyermekkel, szülők gyermek nélkül, szülők gyermekmegőrzővel, várandósok. Amennyiben gyermekek is részt vesznek a találkozón:



- Kereteket kell szabni, pl.: mindenki figyel a saját gyermekére, mindenki a saját gyermekéért felelős.
- Ha a gyermek sír vagy hangos, és zavarja a csoportot, ki kell vinni, és csak akkor visszajönni, ha lecsendesült.
- Nem etetjük egymás gyermekét, csak ha a szülő megengedi (gondoljunk a táplálékallergiákra!).
- Nem hozunk magunkkal zajkeltő játékot (hangszert, lendkerekes autót stb.).
- Ha valaki áthágja a szabályokat, megértően figyelmeztessük.
- A csoportvezető saját gyermeke: csak akkor vegyen részt a találkozón, ha biztosan nem vonja el a csoportvezető figyelmét a csoportról. Ez féléves kor előtt, és hároméves kor fölött jellemzőbb.

### *Hol? (helyszín)*

Védőnői tanácsadó, templom közösségi terme, művelődési ház, bölcsőde, óvoda, családi napközi stb. Berendezés: a közönségtől függ. Ha gyermekek is jönnek: szőnyeg, párnák, zsákfotelek, „csendes játékszerek“, gyermekbiztonság.

### *Időkeretek*

#### *– Mikor? (időpont)*

Ezt befolyásolja a munkaidő, a gyermekek alvásideje, a terem rendelkezésre állása.

#### *– Mennyi ideig? (időtartam)*

A gyermekek terhelhetősége maximum 1,5 óra. Csak szülők számára sem érdemes hosszabb csoportot tartani. A határok tartása fontos, ezt előre meg kell beszélni. A csoportvezető soha ne késsen, tartsa tiszteletben, hogy a csoporttagok mind a csoportra szánják az idejüket. Pontos kezdés-befejezés, egymás idejének tiszteletben tartása.

#### *– Gyakoriság*

Heti, kétheti vagy havi rendszeresség. A legtöbb témában elég havonta egy találkozó.

### *Téma*

Előre kijelölhetünk minden találkozóra egy fő kérdést, amit az adott napon körbejárunk, majd a tagok aktuális kérdéseit is számba vehetjük. Vagy: a tagok által az előző találkozón





felvetett kérdéseket járjuk körbe. Lehet minden alkalommal az utolsó fél óra szabad beszélgetés. Vagy: szakértő vendég meghívása.

### *Eszköztár*

Kölcsönözhető szakirodalom, eszközök (mellszívó, hordozókendő stb.).

### *Népszerűsítés*

- Szájhagyomány: család a családnak.
- Szórólap orvosi rendelőben, gyógyszerárakban, védőnői tanácsadóban, szülészeten, játszótéren, bölcsődében, óvodában, bababoltban stb.
- Plakát a rendelőben, védőnői tanácsadóban, szülészeten, buszmegállóban, játszótéren, bölcsődében, óvodában, bababoltban – a tulajdonos engedélyével.
- Hirdetés helyi sajtóban, portálokon.
- Közösségi média: csoport létrehozása, esemény létrehozása, plakát megosztása.

### *Kapcsolattartás*

Közösségi média csoport, honlap, fórumok, levelezőlista

🕒 **Gondolja végig, hogy munkája során használt-e már csoportos egészségfejlesztési módszereket! Ha igen, milyen tapasztalatai voltak ezekkel kapcsolatban? Ha még nem, akkor milyen esetekben tervezi ezek használatát?**

### **Kommunikáció roma gondozottal**

Magyarországon a legnagyobb létszámú kisebbségi csoportot a romák alkotják, számuk becsült adatok szerint 800 ezerre tehető. Vannak területek, ahol az arányuk eléri a 12%-ot a népességben belül. Az epidemiológiai felmérések szerint mind a testi, mind a lelki betegségek tekintetében rosszabbak a mutatóik a többségi társadalom tagjainál, ennek következtében a várható élettartamuk is akár 10-15 évvel alacsonyabb. A halálokok között a romáknál is a szív- és érrendszeri betegségek állnak az első helyen, de gyakoriak a fertőző betegségek is. A többségi társadalomhoz képest nagyobb arányban fordul elő tbc, anémia, krónikus légúti betegségek, magas vérnyomás betegség, gyomorbetegségek és látási problémák. Ezek jelentős része a nem megfelelő lakásviszonyokkal, környezeti tényezőkkel, az elégtelen, egészségtelen vagy egyoldalú táplálkozással, a nehéz és egészségre ártalmas körülmények között végzett fizikai munkával függ össze. A mentális



egészségmutatókat tekintve a depresszió aránya körükben rendkívül magas, a magyarországi átlagot is meghaladó mértékű. Feltehetőleg a depriváció kiváltotta stressz miatt nagymértékű az alkohol- és drogfogyasztás, valamint a dohányzás, ami ráadásul gyakorta az olcsóbb, és így az egészségre károsabb szerek választását jelenti. Ezen kívül magasabb arányú körükben az öngyilkossági kísérletek száma is.

Bár roma páciensek gyakran fordulnak meg az egészségügyi ellátórendszerben, mind az alap-, mind a szakellátásban, az egészségügyi képzések során rendkívül kevés szó esik a roma kultúráról, annak sajátosságairól és a roma betegekkel, illetve hozzátartozóikkal való kommunikációról. Természetesen a roma kultúra rendkívül sokszínű, heterogén, de vannak alapvető tudnivalók, melyekkel mindenképp érdemes tisztában lenni, ha roma beteggel vagy hozzátartozóval találkozunk. Ezek az ismeretek jelentősen növelik az egészségügyi dolgozó hitelességét, a roma betegek együttműködését és az ellátás hatékonyságát is.

### **Alapvető tudnivalók a roma kultúráról**

1. A roma közösségekben nagyon erősek a hagyományos férfi vezető szerepek, de a külvilággal való kapcsolattartásban általában a nők kapnak fontos funkciót, és a család egészségével is inkább ők foglalkoznak. Az idősebb családtagok nagy tiszteletben állnak.
2. Jellemző körükben a mágikus gondolkodás: nagy jelentősége van a szerencsének, de például egy betegséget hajlamosak sorscsapásként, rontásként, átokként értelmezni. A betegségekkel kapcsolatos prevenció ezért nehéz: mivel sorsszerűnek látják azok megjelenését, nem tudják, hogy ők maguk is tehetnének ellene.
3. A betegséget a halállal azonosítják, ami miatt az orvosi szempontból nem veszélyes, kezelhető tünetek is rendkívül ijesztők lehetnek, a kórházi környezet pedig fokozott szorongást válthat ki. Ugyancsak a betegség és a halál közti szoros kapcsolat magyarázza az azonnali ellátás szükségességét és igényét. Ez például az időpontkérés elmaradását vagy be nem tartását, az orvosi ügyelet túlzott igénybevételét stb. eredményezi. Ha többféle vizsgálat elvégzésére van szükség, azt gyakran fokozott ingerültséggel élik meg, úgy érzik, „küldözgetik őket”, ahelyett, hogy segítenének, illetve, hogy nem veszik őket komolyan.



4. Nagymértékben gyermekközpontú a roma kultúra, a gyermek születése a szülők felnőtté válását is kifejezi. A gyermek védelme, megóvása rendkívül fontos, betegsége esetén az egész család összefog. A szexualitással, nemi szervekkel, szüléssel összefüggő témák ugyanakkor gyakran tabunak számítanak, ezekről (különösen férfiak és idegenek jelenlétében) egyáltalán nem lehet beszélni.

5. A családközpontúság rendkívül jellemző. A roma közösségek alapegysége a kiterjesztett család, emiatt nagycsaládok együtt érkeznek egy-egy pácienssel. Ha valaki beteg lesz, az egész közösség összefog, és szinte saját fájdalomként értelmezik a történeteket. Egy családtag betegsége az egész család problémája. A (sokszor több generációba tartozó) családtagok megjelenése a betegágynál egyszerre fejezi a család összetartozását, a terhek megosztására irányuló törekvésüket, a beteg hozzátartozó iránti sajnálatot és törődést. A rokonok, ismerősök rendszeres látogatásai, a beteg mellett töltött idő a roma társadalom szokásrendszerében kiemelkedő jelentőségű patyiv (megtisztelés) része: ezáltal biztosítják a beteget tiszteletükről és szeretetükről, és adnak erőt neki a gyógyuláshoz – és ez a társas támogatás egy formájaként valóban fontos eleme a gyógyulási folyamatnak.

6. Bár hazánkban a roma populáció szociális szempontból nem homogén, közülük sokan az ún. szegénykultúra részei, jellemzően alacsonyabb szocioökonómiai státusszal és alacsonyabb végzettséggel rendelkeznek, mint a többségi társadalom képviselői. Utóbbi azért is problematikus, mivel a magasabb iskolázottság az egészség vonatkozásában kifejezett védőfaktornak számít. A súlyos depriváció miatt az egészség megőrzése, fejlesztése nem számít elsőrendű célnak. Az ellátásuk során tapasztalható együttműködési nehézségek általában nem etnikai, hanem szociális okokból fakadnak.

7. Kommunikációjukra jellemző az érzelmek intenzív és kendőzetlen kifejezése, a temperamentumosság, ami miatt hangosabban, hevesebben gesztikulálva beszélnek. Akik nem ismerik ezt a kultúrát azokból ez félelmet, szorongást válthat ki.

8. Az egészségügyi ellátással kapcsolatos viszonyuk kettős: egyrészt nagy bizalommal vannak az őket jól ismerő (főként házi-) orvos irányába, tisztelik és elfogadják a véleményét, de sokszor félelemmel és előítéllettel közelítenek az ismeretlen, szakrendeléseken és kórházi osztályon dolgozó szakemberekhez. Az egészséget a betegség hiányaként értelmezik. Ha a tünet javult vagy elmúlt, az a betegség



megszűntével egyenlő, emiatt a kezelést gyakran megszakítják. Az alacsony iskolázottságú családokban az egészségműveltség is alacsonyabb szintű, ami gátja lehet az orvosi utasítások megértésének és követésének, amit gyakorta a rossz szociális körülmények is fokoznak (nem jut elég pénz gyógyszerre és megfelelő táplálkozásra is, a diéta betartása anyagi okok miatt nem megvalósítható stb.). Az egészséges életmódra vonatkozó információkat, még ha birtokában is vannak ezeknek, akkor sem feltétlenül építik be a mindennapi életvitelükbe.

### **Kommunikáció szempontjai a roma gondozottal**

A roma páciensek egészségügyi ellátása során nehézségek adódhatnak. A problémák egy része a roma beteg és a nem roma személyzet interakciójából fakad. Ezek egy része elkerülhető, ha az egészségügyben dolgozók jártasabbak volnának a roma kultúrában és jobban ismernék az egészséggel kapcsolatos attitűdjeiket (pl. tisztasági szabályok).

1. A kommunikációban törekedjünk az érthető, egyértelmű kifejezésekre, kerüljük a szakzsargont. Fontos azonban, hogy ne használjunk túlzottan kioktató, „óvodás” stílust.
2. A romákban nagy szorongás, feszültség keletkezik, ha a kórházi környezetbe kerülnek. Emiatt fokozott empátiát, megértést és türelmet kell tanúsítanunk. A hangos beszéd, indulat egyik legjobb kezelése saját nyugalomunk megőrzése, és annak szem előtt tartása, hogy ezek az intenzíven átélt érzelmek általában nem az ellátóknak, hanem magának a helyzetnek szólnak.

*„Kedves Marika, teljesen megértem, hogy aggódik, hogy sír gyermeke. Higgye el nekem, jó kezekben van, a szűrővizsgálat után oltást kap és hazamehetnek.”*

3. Ha nagy csoportban érkeznek a rendelésre, osztályra, mindig keressük meg a legidősebb, tiszteletben álló családtagot (általában az idősebb nőket érdemes), és vele kommunikáljunk. Ha a beteg vizsgálata zajlik, ezt a személyt kérjük meg, hogy küldje ki a többieket.

*„Kedves Marika! A kislát hallásvizsgálatát csak akkor tudjuk elvégezni, ha a tanácsadóban csend van. Ahhoz, hogy hamarabb elvégezzük a szűrővizsgálatot megkérném, hogy szóljon a családtagoknak, és fáradjanak ki a váróba!”*



4. Súlyos betegség esetén az irreális félelmeiket próbáljuk meg feloldani, és elmagyarázni nekik, hogy pontosan mi történik a beteggel. Ennek ismételten az empátia, a körültekintő betegoktatás és kommunikáció az eszköze:

- A félelmeik megértése: *„Teljesen megértem, hogy megijedt a helyzettől.”*
- Támogató hozzáállás: *„Doktornő és én mindent megteszünk, hamarosan végzünk a vizsgálattal.”*
- Partneri viszony megteremtése: barátságos verbális és nonverbális kommunikáció: *„Hogyan szólíthatom?”*
- Félelmek racionalizálása: *„Kisfia egészséges, a szűrővizsgálat fájdalommentes és az oltásokat is jól viselte az előzőekben.”*
- Megfelelő szóhasználat (szakkifejezések kerülése).
- Lehetőség megteremtése a kérdésre: *„Kérdezzen bátran, ha még valamit tudni szeretne, vagy ha valami nem volt elsőre pontosan érthető. Minden kérdésére választ kapott?”*

A mágikus gondolkodásukat egy-egy betegségről ne bagatellizáljuk, ne ne vessük ki. Fogadjuk el, hogy ők ebben a rendszerben gondolkodnak. Ettől függetlenül magyarázzuk el a lehető legérthetőbben a betegség/kezelés orvosi hátterét. Igyekezzünk megérteni a hiedelmeiket, mivel azok egyes esetekben, akár a gyógyítás/gyógyulás ellenében is hathatnak.



## 8. Közösségi egészségfejlesztés javasolt témái szinterenként

### Óvodai szintér:

- gyermek jogai, kötelességei
- személyi higiénia
- környezeti higiénia
- biztonságos környezet
- egészséges táplálkozás
- mindennapi testmozgás
- betegségek megelőzése (rendszeres szűrések)
- káros szokások megelőzése
- balesetek megelőzése
- elsősegélynyújtás
- társas kapcsolatok
- lelki egészség
- önismeret (véleményalkotás, önellenőrzés)

### Iskolai szintér:

- az egészséggel kapcsolatos alapismeretek (személyi higiénia, egészséges életmód, betegápolás, elsősegélynyújtás)
- önvizsgálattal kapcsolatos ismeretek
- a gyermek jogai és kötelességei: jogtudatosság és kötelességtudatosság
- a jó egészségi állapot megőrzése
- személyi higiénia
- az egészséges pszichoszexuális fejlődés
- a környezet egészsége
- médiatudatosság
- a táplálkozás és az egészség, betegség kapcsolata
- lelki eredetű táplálkozási zavarok
- a testmozgás és az egészség, betegség kapcsolata



- lelki egészség (ide tartozik a stressz- és konfliktus-kezelés, problémamegoldás fejlesztése, valamint az agresszió, bántalmazás és a szenvedélybetegségek elsődleges megelőzése is)
- önismeret, önértékelés, kommunikáció
- a társas kapcsolatok (családi életre nevelés)
- a nő szerepei, a férfi szerepei (csecsemőgondozás)
- a társadalom élete, a társadalmi együttélés normái, illem és etika, erkölcs
- balesetek, baleset-megelőzés, elsősegély-nyújtás
- a szenvedélybetegségek és megelőzésük (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás, játék-szenvedély, internet- és tv-függés)
- családtervezés, fogamzásgátlás, gyermekáldás
- az egészségügyi szolgáltatás, egészségügyi ellátórendszer

#### **Baba-mama klub szintér várandósság előtt:**

- Gyermekvállalás fontos tényezői, rizikótényezői
- Fogantatásra való felkészülés jelentősége, menete
- Megtermékenyülést nehezítő állapotok, életmódi tényezők felismerése
- Egészséges életmód ismereteinek és készségeinek fejlesztése
- Várandósság korai felismerése

#### **Baba-mama klub szintér várandósság alatt:**

- Várandós anya jogai, kötelezettségei, családtámogatási formák
- Várandóssághoz való testi, lelki, szociális adaptáció
- Rizikótényezők megelőzése, kerülése, csökkentése
- A magzat egészséges fejlődése, annak elősegítése
- Veszélyeztetettség, szövődmények megelőzése
- Szülői szerepre való felkészülés
- Egészséges életmód ismereteinek és készségeinek fejlesztése
- Kötődés kialakítása
- Szülésre, szoptatásra való felkészülés
- Csecsemőgondozási és nevelési elvek, helyes szokások



### **Baba-mama klub szintér 0-6 éves gyermeket nevelő családok esetében:**

- Csecsemő, gyermek testi, lelki, szociális fejlődése
- Csecsemő, gyermek fejlesztése
- Veszélyeztető tényezők
- Csecsemő, gyermek egészséges táplálása
- Helyes szokások, biztonságos környezet

## **9. A védőnői közösségi egészségfejlesztés**

Védőnői gondozottak korcsoportonkénti és kiemelt témák bontásában tekintjük át a közösségi egészségfejlesztést. Egyéni és közösségi módszertan

### **Közösségi egészségfejlesztés családtervezés és várandósság időszakában**

Színtere: védőnői tanácsadó, könyvtár, művelődési ház, sportintézmény.

Szintér programok a célcsoport specifikus programok – várandós gondozottak csoportja köré szervezett. Lehetséges formái:

- aktív tevékenységi csoportok mozgásklub, életmódklub, főzőklub,
- szülésre felkészítő csoportok,
- önszegítő szülőcsoport,
- nők, várandósok, édesanyák mentálhigiénés támogatása.

### **Közösségi egészségfejlesztés 0–3 éves korcsoportban**

A védőnő egészségfejlesztő tevékenységének stratégiai céljai, hogy a szülők kellő ösztönzést és tudást szerezhessenek a személyes és a környezeti értelemben egyaránt ésszerű, a lehetőségeket felismerő és felhasználni tudó, egészséges életvitelhez. Ehhez arra van szükség, hogy az egészséggel összefüggő kérdések fontosságát értsék a szülők, az egészség értékévé váljon, s konkrét tevékenységben alapot adjon meg, mely az egyéni egészségfejlesztés mellett közösségi szinten is megvalósulhat.

A védőnő által biztosítható, családokra irányuló közösségi szolgáltatások a korai (0–3 éves) életciklusban:

- kisgyermekes játszóház,
- önszegítő szülőcsoport,





- szülői hatékonyságfejlesztő tréning,
- aktív tevékenységi csoportok,
- anya-gyerek interakció fejlesztő programok,
- képességfejlesztő programok,
- várandós, gyes-es, gyed-es édesanyák mentálhigiénés támogatása,
- kisgyermek-nevelési tanácsadás.

### Közösségi egészségfejlesztés 4–6 éves korcsoportban

A gyermekek életkorának előre haladtával az önállóságra törekvés miatt a felnőttek tekintélye, direkt nevelő hatása csökken, és ezzel párhuzamosan a kortársak valós vagy vélt véleménye kerül előtérbe, az általuk képviselt szokások és normák válnak elfogadottá. Azonban ezt felismerve és tudatosan használva (pl. kortárs segítők bevonása, közösségfejlesztő programok szervezése) is lehetőség adódik a fiatalok egészségmagatartásának hatásos fejlesztésére. Mivel a gyermekkorban kialakított egészségmagatartás kulcsszerepet játszik a lakosság egészségének javításában, a köznevelési intézményekben (óvodákban, iskolákban) történő teljes körű egészségfejlesztési beavatkozások kiemelt szerepet kell, hogy kapjanak a népegészségügyi beavatkozások sorában. Ezekben az intézményekben megvalósított beavatkozások hatékonysága a fentiekén túl várhatóan azért is különösen nagy más beavatkozásokhoz viszonyítva, mert a célcsoport szinte teljesen elérhető, és a beavatkozást megvalósító egészségfejlesztő és nevelési szakemberek köre a népességhez viszonyítva viszonylag szűk, képzésük során célzottan felkészíthetők erre a feladatra. A mindennapi élet színtereiben való gondolkodást az Egészségügyi Világszervezet több évtizeddel ezelőtt javasolta először. Magyarországon a 90-es évek elejére tekintenek vissza a színtérprogramok. Elsőként az Egészségesebb Városokért mozgalom indult el, majd később az Egészségesebb Falvakért, az Egészségesebb Iskolákért, az Egészségesebb Munkahelyekért és az Egészségesebb Kórházakért kezdeményezések. A színtérprogramok célja, hogy minden szinten kialakuljon az ágazatközi együttműködés az egészség érdekében, megerősödjenek a közösségi akciók. 4–6 éves korcsoport közösségi egészségfejlesztésének legfontosabb színtere az óvoda. Az egészségfejlesztés színteralapú megközelítése értelmében, az a hely, ahol az egyének mindennapjaikat töltik, ahová el lehet juttatni az egészségfejlesztő beavatkozásokat.



Ha visszautalunk arra a fejezetre, ahol az egészségfejlesztés fogalmi tisztázása történt, az Ottawa Chartában foglalt cselekvési területekre, akkor azok közül a következőkben van és lesz feladata a védőnőnek az óvodákban. Az egészséges környezet megteremtésének elősegítése – arra irányuló tanácsadás révén; az egyéni képességek fejlesztése, közösségi cselekvések erősítése – gyerekek, családok bevonásával megvalósuló egészségnevelési, egészségfejlesztési programok szervezése, megvalósítása és az egészségügyi ellátórendszer irányultságának megváltozása – az egészségorientált ellátás középpontba helyezése. A szintér alapú megközelítés alapján az óvodában végzett egészségfejlesztő tevékenységeknek tovább gyűrűző hatása lesz, ami által a család, a helyi közösségek egészségi állapota, egészségtudatossága is változhat. A komplex és a hosszú távú egészségnevelő és egészségfejlesztő cselekvéseknek lehet igazán eredménye.<sup>13</sup>

A 4–6 éves korcsoport egészségi állapotának előmozdítása érdekében a közösségi egészségfejlesztés területén belül egyrészt közvetlenül célirányosan a családok számára szervezett egészségorientációjú programok (egészségnap, egészségprojektek, ételkóstolás, mozgásprogram, szülőcsoportos foglalkozások) mellett az egészségügyi alapellátás szakembereinek szintéralapú tevékenysége is meg kell, hogy jelenjen az óvodai országos nevelési alapprogrammal összhangban közvetett hatást kiváltva a családok egészségére.<sup>14</sup>

### Néhány példa közösségi egészségfejlesztési programok

- Kisgyermeket célzó, dohányfüstmentes életet támogató egészségfejlesztési szolgáltatásomag<sup>15</sup>
- HAPPY7 Vízfogyasztást támogató program<sup>16</sup>
- Szocioemocionális Pedagógiai Terápia (SZPT) Komplex fejlődés támogatása, szociális és érzelmi kompetenciák támogatása<sup>17</sup>

<sup>13</sup> Benkő, Zs., Lippai L., Tarkó, K. (2019.). *Az egészség az életünk tartópillére*. Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.

<sup>14</sup> Bukovicsné, N. J. (2012): Egészségfejlesztési feladatok az óvodában. In: Darvay, S. (szerk.): *Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlesztés témaköréből*. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.

<sup>15</sup> <http://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/hu/content/nemdohanyzok-vedelme>

(letöltés : 2020.07.25.)

<sup>16</sup> [https://ogyei.gov.hu/10\\_eves\\_a\\_happy\\_het\\_az\\_orosz\\_egyik\\_legnepszerubb\\_iskolai\\_egeszsegvedo\\_program\\_ja/](https://ogyei.gov.hu/10_eves_a_happy_het_az_orosz_egyik_legnepszerubb_iskolai_egeszsegvedo_program_ja/) (letöltés: 2020.07.25.)

<sup>17</sup> <http://gobelorsolya.hu/szpt/mi-az-szpt/> (letöltés: 2020.07.25.)



- Relaxációs módszerek: Autogén tréning, progresszív izomrelaxáció és Mindfulness gyerekeknek<sup>18</sup>
- NyugiOvi program - bullying megelőzése<sup>19</sup>
- Boldogságóra a mentális egészség elérése, fenntartása; személyiségfejlesztés, a jóllét növelése<sup>20</sup>
- Módszertani kézikönyv közösségi szolgáltatások működtetéséhez Egészséges közösség - Babaklub – Egészségfejlesztés<sup>21</sup>
- Szolgáltatáskatalógus az EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 projekt keretében<sup>7</sup>

### Közösségi egészségfejlesztés családtervezés, várandósság időszakban táplálkozás, mozgás témában

A védőnők közösségben kis és nagy csoportos formában is szervezhetnek klubfoglalkozásokat, konkrét tematika köré építve: egészséges táplálkozással kapcsolatos előadások szervezése, kiscsoportos foglalkozások meghirdetése konkrét tematika köré építve, rendszeres testmozgással, annak jótékony hatásaival kapcsolatos előadások szervezése, főzőklub, receptcsere meghirdetése a szülők, leendő szülők között. Az EFI irodák munkatársait (pl. dietetikus szakember) bevonva, egészségnapokon együttműködve tarthatnak csoportos foglalkozásokat a célcsoport számára.

Egészségklub foglalkozás néhány tervezhető tematikája:

- aktuális évszak egészséges ételei (pl. friss zöldségekből készíthető levesek, főzelékek, téli megfázás megelőzésére immunerősítő ételek, őszi termények, egészséges krémlevesek stb.);
- egészséges ünnepi fogások (pl. karácsonyi menü kíméletesen újragondolva, születésnap az egészség jegyében stb.);
- divatos vs. egészséges táplálkozás ismérvei (pl. vegetáriánus/vegán étkezés, mediterrán étrend stb. bemutatása);

<sup>18</sup> <http://www.relaxacio.hu/modszerek.html>, <http://mindfulnessgyesulet.hu/mi-a-mindfulness/> (letöltés: 2020.07.25.)

<sup>19</sup> <http://www.zknp.hu/nyugiovi-foglalkozas/> (letöltés: 2020.07.25.)

<sup>20</sup> <https://boldogsagora.hu/tajekoztato/> (letöltés 2020.07.25)

<sup>21</sup> [http://kozossegimodszertar.nmi.hu/storage/upload/Kiadvanyok//6.%20Egeszseges\\_kozosseg\\_v2.pdf](http://kozossegimodszertar.nmi.hu/storage/upload/Kiadvanyok//6.%20Egeszseges_kozosseg_v2.pdf) (letöltés 2020.07.25)



- segítség a különféle ételintoleranciák étrendjében (pl. laktózmentes, gluténmentes, cukormentes stb. étrendek bemutatása, dietetikus bevonásával);
- sport télen-nyáron;
- sport szabadban – teremben;
- sporteszközzel - eszköz nélkül.

Családtervezés időszakában ajánljon a területen működő torna- illetve sportfoglalkozásokat: pl. jóga, pilates, csoportos gyógytorna, melyek speciálisan is hozzájárulhatnak a szervezet gyermekvállalásra történő felkészüléséhez.

Várandós nőknek az aktuális állapotnak megfelelően csoportos várandóstornát, kismamajógát lehet ajánlani, illetve olyan csoportos alkalmakat szervezni, melyeken várandósok és családjaik is részt vehetnek (pl. sétaklub, természetjáró csoport).

### **Egészséges család program**

Az Európai Bizottság Egészségügyi és Élelmiszerbiztonsági Főigazgatósága szervezésében a My Healthy Family program vizsgálta, hogy melyek a gyümölcs- és a zöldségfogyasztás népszerűsítésének leghatékonyabb módszerei. A programban Észak-Magyarország és Észak-Alföld, valamint két lengyelországi régió lakosai vehettek részt. A programban havonta gyümölcs-, zöldségcsomagokat és ezek elkészítéséhez recepteket kapott összesen 3500 jelentkező, akiknek családjában 10-15 év közötti fiatal, várandós nő vagy 65 év feletti idős ember él. A családok összesen több mint 136 tonna friss zöldséghez és gyümölchöz jutottak. Ezek mellett táplálkozási tanácsadás és egészségügyi szűrések is történtek, valamint receptfüzetet is kaptak a jelentkező családok.<sup>22</sup>

A már említett Egészséges család program várandósok körében is segítségül hívható a védőnők számára.

### **Közösségi egészségfejlesztés 0–3 éves gyermekeket nevelő családokban táplálkozás, mozgás témában**

Adott életkorokban jó példa lehet az Egészséges család program <sup>22</sup> és Gyere – Gyermekek Egészsége Program.<sup>®</sup>

<sup>22</sup> Barna, Biró, Biró, 2017.



A program első és legfontosabb célja, hogy a helyi közösség tagjait hozzásegítse az aktív és egészséges életmód kialakításához és annak hosszú távú fenntartásához. Ennek eredményeképpen a gyermekkori elhízás előfordulásának jelentős csökkentése és megelőzése a fő cél. A hároméves programot Magyarországon elsőként Dunaharaszttiban indították el 2014-ben.

A programban szoros együttműködést és összefogást alakítanak ki a város lakosaival és intézményeivel. Bölcsődék, köznevelési, egészségügyi és közétkeztetési intézmények közreműködésével zajlik a 0–18 év közötti lakosság, a gyermekek oktatása, illetve a családok tájékoztatása. Dietetikusok az oktatási intézményekben rendszeresen játékos, gyakorlati foglalkozásokat tartanak a gyerekeknek, amelynek során negyedévenként egy-egy egészséges táplálkozással kapcsolatos témát dolgoznak fel a védőnők közreműködésével a bölcsődék bevonásával a 0–3 éves korosztály szüleit is megszólítja a program. A szülők részére egyes tematika során összefoglaló anyag érhető el, valamint az úgynevezett GYERE menü az oktatási intézményekben, amely a település élelmezésvezetőivel együttműködve kerül kidolgozásra. Közösségi napokon, rendezvényeken térítésmentes dietetikai-táplálkozási tanácsadás, játékos egészségfoglalkozások, többlépcsős tudás alapú játékok és a kiegyensúlyozott életmód szellemében szervezett programok a családok számára is a program részét képezik.

Védőnő szervezhet egészségnapot, sportnapot, a helyi igényekhez igazodva a helyi szakemberek összefogásával pl. Mocorgó, Baba-mama torna, főzzünk közösen a hozzátáplálástól a kisdéd étkezésig.

### **Közösségi egészségfejlesztés a 4–6 éves gyermeket nevelő családban táplálkozás, mozgás témában**

Az egészséges táplálkozásra, illetve rendszeres testmozgásra nevelés nem csak a családokban kezdődik el, hanem a gyermek közösségbe kerülése idején, magában a közösségben is fontos feladat.



Adott életkorokban jó példa lehet, a korábban megismert Gyere – Gyermek Egészsége Program® valamint az „Egészségfejlesztés az óvodában, másképp!” című védőnői pályamunka<sup>23</sup> és a „Szív kincsesláda” szív egészségvédő program.

„Egészségfejlesztés az óvodában, másképp!” címmel Hartung Vilmosné területi védőnő 2013-as pályázata egy dombóvári óvodában végzett egészségfejlesztő tevékenységet mutat be. „A gyermekek számára az egészségfejlesztés legjobb módja a játékoság, hiszen a játék a kisgyermekkor legfontosabb és legfejlesztőbb tevékenysége, s így az óvodai nevelés leghatékonyabb eszköze” írja a pályázó. A védőnő az óvodai egészségfejlesztő tevékenységet egész évben, különböző játékos foglalkozások keretében végzi. Elsőként a gyermekekkel saját testüket, testrészeit ismerteti meg, egy játékalatka, illetve egy kedves mondóka és színezők segítségével. A legfőbb témakör az egészség, melyet közös beszélgetésekkel segít megismertetni az óvodás gyermekekkel (pl. ki segít az egészség megőrzésében? Mi magunk hogyan tudunk segíteni ebben? Mi egészséges és mi nem?). Az egészségen belül az óvodások megismerik a helyes tisztálkodás és fogápolás módszereit, majd végezetül az egészséges táplálkozás témaköre következik. Színes kártyák, találós kérdések segítségével tanulják meg a gyermekek, hogy milyen étel egészséges, mi az, ami nem az, illetve azt is meg tudják mutatni, hogy az általuk kedvelt ételek között mi az, ami mindenképpen a tányérra kerülhet, mi az, ami „belefér”, és mi az, ami mindenképpen kerülendő. Pozitív visszajelzés, ha elmesélik a gyerekek (vagy a szülők), ha egy bolti bevásárlásnál az óvodában tanultakat alkalmazzák a gyerekek. Rajzos feladatlapok, illetve a védőnő által készített puzzle kirakása zárja a témakör összefoglalását. Ajándékba színezőt kapnak az óvodások, amelyen egy egészséges étel, tányér látható.

A táplálkozás fontossága után a mozgásról is beszél a védőnő. Megbeszélik, ki mit sportol, milyen mozgást szeret. Szintén egy rajzos feladatlap kitöltése zárja a foglalkozást.

A jó gyakorlat eredményei, hatásai a következők a pályázat írója szerint: az óvoda és a szülők visszajelzéséből is lemérhető, hogy mennyire fogynak a korábban kevésbé népszerű ételek. A védőnői szűrések során mérhető a túlsúlyos vagy elhízott gyermekek száma, illetve a mozgásszervi elváltozások csökkenő száma a táplálkozás és a mozgás szerepének köszönhetően. A gyermekek kevesebbet ülnek a televízió és a számítógép előtt is.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Hartung, 2013



## ”Szív kincsesláda” – szív egészségvédő program

Célja, hogy a gyermekek (óvodás korosztály) ismerjék meg a szív működését és azokat a módszereket, amelyekkel megállapítható, hogy a szív valóban egészséges-e, valamint hogy megfelelő táplálkozással, mozgással és pihenéssel miként lehet rá vigyázni. A program ismeretátadásra, ismeretrögzítésre és viselkedés-alakításra törekszik.

### Témakörei

1. Témakör: A szív működése és azon módszerek, amelyekkel megállapítható, hogy a szív valóban egészséges-e.

Feladata a gyermekek megismerkednek a szív: élet értékével, működésével, felépítésével, munkájával – belsejével, a vérellátással.

2. Témakör: Az aktív mozgásos tevékenység és pihenés.

Feladata ismerjék fel, illetve értsék meg, hogy a sokféle fizikai tevékenység, mozgás erősíti, edzi a szívet, a kevés erőlkifejtést igénylő, nyugodt tevékenységek pedig pihentetik, és ezáltal egészségesebbé teszik.

3. Témakör: Egészséges táplálkozás – egészséges szív.

Feladata tudatosodjon a gyermekekben, hogy a szív egészségének megőrzésében a legfontosabb: a helyes táplálkozás, a gyümölcs- és zöldségfogyasztás, cukor- és zsírszegény étrend.

Amikor a gyermek már megért utasításokat, kialakul a testtudata, kipróbálhat neki tetsző sportokat, lehetőleg többet, hogy választhasson. Kerüljék a féloldalas (pl. vívás, tenisz) sportokat, inkább a törzsizmokat erősítő, tartásjavító mozgásformák ajánlottak. Ilyenek a táncos foglalkozások, küzdősportok, atlétika, csapatsportok közül a foci.

A balesetvédelem fontosságára fel kell hívni a szülőket, óvodapedagógusok figyelmét!

### Közösségi egészségfejlesztés várandósság és szülés körüli időszakban lelki egészség témában

Sokat segíthet a szülésre való felkészülés, valamint a baba megszületése utáni időszakra való



hangolódás akár csoportos formában is.

**A szülőcsoportok működtetése, baba-mama klubok vagy szülésre felkészítő tanfolyamok** segítenek abban, hogy a „tökéletes anya” irreális elvárása helyett az „elég jó anyaságról”, a szerepkonfliktusokról is szó essen.

A csoport támogató funkciót tölt be, megteremti annak lehetőségét, hogy a csoporttag a történekről olyan csoporttársaknak beszéljen, akiknél hasonló probléma, érzés, vagy krízishelyzet következett be. A csoport ily módon támogatást, információt és képviseletet is nyújt egyben. A társas kölcsönhatás, a döntéshozatali folyamatban való részvétel, az érzések, a gondolatok és a tapasztalatok kifejezése révén a csoport tagjainak autonómiája, önbecsülése, önbizalma és érzelmi stabilitása fejlődik.

### **Önsegítő program a szorongás csökkentésére**

A lelki és fizikai egészség fenntartása érdekében az önsegítő programok nagyon hatékonyak lehetnek. A Self Help UK szervezet definíciója szerint az önsegítő csoport olyan emberekből áll, akik személyes tapasztalattal rendelkeznek ugyanazon problémakörrel vagy élethelyzettel kapcsolatosan.<sup>24</sup>

Az önsegítő csoportoknak a mentális egészségtudatosság formálása szempontjából nagy jelentőséget tulajdoníthatunk. A csoportba való bekerülés egyik motivációja az, hogy az egyén saját magán szeretne segíteni, azonban ezzel az önsegítés egyben mások segítésének eszközévé is válik. Önsegítő csoportban az egyének nemcsak egymásnak, a nehezebb élethelyzetben levőknek vagy kirekesztetteknek tudnak segíteni, hanem a segítő saját magának is sok hasznot nyer, segítségnyújtása révén másoktól megbecsülést és szeretetet kap.

A másokon való segítség szempontjából pedig a csoportok lehetőséget biztosítanak arra, hogy a mentális betegséggel küzdők egymás előtt megnyíljanak, nehézségeikről beszéljenek, megismerjék, hogy többen is küzdenek hasonló problémákkal. A csoportokban rejlő erő főként abból adódik, hogy a tagok mentális betegségekkel kapcsolatosan hasznos

<sup>24</sup> Mental Health Foundation (2004) Self-help groups 8. o.  
[https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/self\\_help\\_groups.pdf](https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/self_help_groups.pdf) Letöltve: 2018. 03. 03.





ismereteket és készségeket sajátíthatnak el, melynek során egyensúlyban tudják tartani saját életüket, felismerik a mentális betegségek tüneteit és segítik a mentális egészségük fejlesztését.

A perinatális periódusban is, különösen a posztpartum időszakban az önsegítő programok hatékonyan segíthetnek a depressziós és a szorongásos tünetek csökkentésében. **Az önsegítő csoportokban** tapasztalják meg sokan először mélyen az életükben, hogy elfogadottak akkor, amikor a környezetükben már senki sem fogadja el őket. Itt kerülhetnek felismerésre azok a belső, az átélt sérelmeket feldolgozni segítő érzések, mint hogy: *„Nem vagyok egyedül. Másnak is vannak hasonló problémái.”*

**Babamasszázs tanfolyam** célja, hogy az anya megtanulja gyakorolni azt a figyelmet, amivel a baba számára tápláló, szeretetteljes érintést tud nyújtani. Ez hozzájárul a korai kötődés kialakításához, ezzel is támaszt nyújtva a lelki egyensúly megteremtéséhez.

A szülés története egyike a legmaradandóbb emlékeknek. Sokakban az idő múlásával sem halványodik. A **szülésélmény feldolgozó csoport anyáknak vagy pároknak** sokat segíthet a megváltozott szerepek, érzések megértésében és megélésében, így lehetőséget adnak a lelki, a hangulati zavarok oldásához (BSMHSUS,2011).

### Segítség a világhálón

Az alábbi linkek mindennapi munkájában lehetnek segítségére, amennyiben kliense mentális problémákkal küzd. Számos értékes információ és teszt is rendelkezésre áll a depresszióval kapcsolatban. 15 nyelven elérhető az oldal, így magyarul is. Külön egészségügyi szakembereknek szóló rész is található az alábbi linken: <https://ifightdepression.com/hu/start>

Az azonnali segítséget nyújtó helyeket, az ország összes pszichiátriájával és pszichiátriai gondozójával az alábbi linken találja: <https://ifightdepression.com/hu/azonnali-segitseg>

Ennek a programnak a része egy ingyenes, online önsegítő eszköz is, amire lehet jelentkezni, és összekapcsolják egy kiképzett szakemberrel az adott illetőt.

Az alábbi budapesti alapítványok a várandósság körüli mentális probléma ellátásában lehetnek a kliens segítségére: <https://www.lelekenotthon.hu/>

<http://www.nap-kor.hu/ujhonlap/cimlap.html>



Mentális elsősegélynyújtás lépései:  
[https://efop180.antsz.hu/attachments/article/325/Mentalis\\_elsegely\\_handout\\_fin%20\(1\).pdf](https://efop180.antsz.hu/attachments/article/325/Mentalis_elsegely_handout_fin%20(1).pdf)

Segítői kézikönyv a mentális elsősegélynyújtásról:  
[https://efop180.antsz.hu/attachments/article/324/Mentalis\\_elsegely\\_kezikonyv\\_FINAL\\_3.pdf](https://efop180.antsz.hu/attachments/article/324/Mentalis_elsegely_kezikonyv_FINAL_3.pdf)

## Közösségi egészségfejlesztés 0-6 éves gyermeket nevelő családok körében lelki egészség témában

A **szülőcsoportok, szülősegítő csoportok, ún. apacsoportok** működtetése, **baba-mama klubok** segítenek abban, hogy beszéljünk arról, hogy minden gyereknél más-más nevelési módszer válik be, úgy egy-egy feladat, képesség elsajátításának ideje és módja is eltérhet. Ne hasonlígtassanak, hiszen gyerek és gyerek között is különbség van.

**A szülőcsoportok** vagy spontán találkozás hatására jönnek létre, vagy a szakemberek által kezdeményezett olyan csoportok, amelyek hasonló problémával küzdő szülőket hoz össze egymással.

Az Internet térhódításával egyre több virtuális szülői csoport alakul (pl. fórumok, ahol akár szakemberek is válaszolhatnak a szülők kérdéseire). A világháló lehetővé teszi, hogy ezek a virtuális csoportok akár nemzetközilek (globálisak) legyenek.

A szülői csoportok legfontosabb hatásai:

- a szülők társadalmi elszigeteltségének csökkenése,
- az egymásnak nyújtott érzelmi támasz,
- értékes, pozitív visszajelzések, kölcsönös gyakorlati segítségnyújtás lehetősége,
- információcsere,
- a modelltanulás szerepe, pl. a különböző probléma megoldási módokkal kapcsolatban,
- az önbizalom erősödése.

### Önsegítő csoportok működése

A lelki és fizikai egészség fenntartása érdekében az önsegítő programok nagyon hatékonyak lehetnek. A Self Help UK szervezet definíciója szerint az önsegítő csoport olyan emberekből



áll, akik személyes tapasztalattal rendelkeznek ugyanazon problémakörrel vagy élethelyzettel kapcsolatosan.<sup>24</sup>

#### **Lehetséges színterek, kapcsolódási lehetőségek:**

- Biztos Kezdet Program, Biztos Kezdet Gyerekházak.
- Integrált Közösségi és Szolgáltató Tér.
- Lelki egészségfejlesztését szolgáló programok szervezése.
- Magas kockázatú csoportok számára célzott programok szervezése, támogatása.
- a Lelki Egészség Központok, Lelki-segély forródrót (Hotline).

#### **Közösségi egészségfejlesztés családtervező, várandós és 0-6 éves gyermeket nevelő családok körében a környezeti dohányfüst expozíció témában**

A közösség olyan emberi kapcsolatrendszert jelent, amelyben az emberek rendszeresen vagy alkalmasszerűen érintkeznek egymással. Állhatnak ismerősi viszonyban, hiszen kapcsolatukat meghatározhatja a közös földrajzi helyhez kötöttség, hagyományok, közös származás és értékek. A közösség egyfajta kommunikációs rendszert képez, társas erőforrások helyszíne, amelynek eszközeit igénybe lehet venni, és amelyben az egyén a többiek számára is egyfajta erőforrást jelent. A közösségi ellátás a szenvedélybetegek alapszolgáltatását jelenti általában, legnagyobb értéke a természetes emberi kommunikációban rejlik. A függő személyeknek segít az emocionális problémák feldolgozásában, és a motiváció fokozásában.<sup>25</sup>

A dohányzásról való leszokás támogatásában bizonyítottan hatékony egyéni és csoportos tanácsadás tartalmi elemeiben többnyire megegyezik, azonban számos ponton eltérő a két tanácsadási forma. Míg az egyéni tanácsadás magára a várandósra (vagy családtagjára) fókuszáló kizárólagos figyelmet jelent, addig a csoportos tanácsadás, idő és költséghatékonyabb forma, mivel egyszerre több személlyel foglalkozik. Emellett építkezik a csoporttagok jelenléte miatt a társas támogatottságra is, egymás megerősítését állítja fókuszba, valamint felhasználható a személyek közötti interakció is.

---

<sup>25</sup> A közösségi ellátás szenvedélybetegek részére. Szakmai Ajánlás FHSZ Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoport. Budapest, 2008.



A dohányzásleszokás támogatásában a közösségi színterek lehetnek a tanácsadók nagyobb helyiségei, ahol egészségfejlesztő előadásokat lehet tartani a várandósoknak, vagy a földrajzi területhez tartozó egészségházak, művelődési központok és egyéb tanácstermek is. Az Egészségfejlesztési Irodák (EFI-k) is alkalmasak lehetnek egyéni vagy kiscsoportos támogatáshoz, működésük során megvalósítható a zárt csoportban való részvétel. A lakossági egészségfejlesztő programok esetén gyakran használnak sátrakat, illetve szabad tereket is egészségfejlesztés céljára, de fontos kiemelni, hogy ez utóbbiak a várandósság alatti dohányzásleszokás-támogatás szempontjából nem megfelelőek, mert intim légkör biztosítása szükséges. Ebben a témában és a várandósok esetén, zárt csoportokban van tehát szükség a leszokás támogatásra. Az egészségfejlesztő előadást, interaktív beszélgetést egyéb ösztönzőkkel is ki lehet egészíteni, például a hátrányos helyzetű lakosság esetén szociális támogatások nyújtása vonzóbbá teheti a programokat (példa: roma önkormányzatok által szervezett összejövetelek, melyeken közös főzés, ruha-, játékosztás, vagy meleg étel, tartósélelmiszer-osztás van ösztönzésképpen, eközben rövid egészséget támogató előadás tartása illeszthető a programba a nők vagy a várandósok számára).

A közösségi gondozás során a szakemberek feladata, hogy csoporton belül megtalálják a kevésbé motivált személyeket. Motivációt nyújtsanak a csoporttagoknak. Az egyéneknél elősegítsék a célok megfogalmazását, a döntés előkészítését. A közösségi szinten zajló foglalkozás során beemelhető a pszichoedukáció, melyben lényeges a tájékoztatás a dohányzás lehetséges következményeiről, a függőség természetéről. A megbeszélés lehetőséget ad a problémák megoldására és növeli az én-hatékonyt.

A közösségi programokat egyéb lakossági egészségnapokhoz, vagy a dohányzáshoz kapcsolódó világnapokhoz is hozzá lehet rendelni.

Várandósok esetén talán a legjobb lehetőséget a leszokás program elindítására a szülők különböző önszorgató csoportjai jelentik például a **„Biztos Kezdet Gyermekházak”** programjában. Ezek a kezdeményezések a hátrányos településeken élő családokat támogatják, melyben a közösség igényeihez alkalmazkodó preventív programok is megjelennek, számos készség fejlesztése mellett. Kifejezett célkitűzése a programoknak a szülői kompetenciák fejlesztése is (A Biztos Kezdet program és a Gyermekházak leírása).

A roma nemzetiség közösségeinek szóló intervenciók a roma önkormányzatok szervezésében jelenhetnek meg, hatásosságuk részben abban rejlik, hogy a szakembereken kívül, idősebb



roma vezetők vagy mediátorok is részt vesznek a programokon, ezáltal segítik a megértést vagy meggyőzést. A roma vezetők nagyobb hatással tudnak lenni a fiatalok magatartására, ők maguk nagyra értékelik, hogyha a közösségükbe tartozó egyének szakemberektől is támogatást kapnak. Szerepük annál is inkább fontos, mert a roma/cigány nemzetiségek vizsgálatai egyértelműen bizonyítják a környezeti dohányfüst-expozíció szinte folyamatos jelenlétét a családok otthonában.

Valójában a várandósság alatti szenvedélybetegségek és a társadalom ítélkezései miatt Magyarországon kifejezetten ebben az élethelyzetben élő dohányzó várandósok számára nem terjedtek el egyéb leszokást támogató közösségi programok. A várandósság során egyelőre az egyéni tanácsadási forma a domináns, melyben lehetőség kínálkozik a probléma bizalmas kezelésére, noha a csoportban rejlő erők hatékonyan tudnának segíteni a leszokás támogatásban.

A környezeti dohányfüst ártalom csökkentésében az egyén döntésének, cselekvésének, saját és gyermekei érdekvédelmének egyszerre kell jelen lennie. Az egyéni tanácsadás mellett egyre nagyobb tér jut közösségi egészségfejlesztő programoknak, melyben akár spontán módon vagy előre meghatározott témákban történik a kommunikáció a felek között. A csoportban a tagok egymástól pszichológiai támogatást, tapasztalatokat, új ötleteket is meríthetnek. A csoport létszáma azonban meghatározhatja a benne lévő tagok együttműködését. Kisebb csoportokban a témákba való bekapcsolódásra, aktív közreműködésre kedvezőbbek a lehetőségek. A közösségi gondozás, illetve a közösségek számára létrehozott intervenció a környezeti dohányfüst-expozíció témájában mindenképpen jó lehetőség arra, hogy változásokat érvényesítsünk. Ennek az az oka, hogy a dohányzó egyének könnyebben megérthetik a szabályozások szükségességét és saját szerepüket az expozíció csökkentésében, abban az esetben, ha nem csak a szakemberektől hallják azokat, hanem a dohányzó vagy leszokó tagoktól is. Érdemes tehát a csoportos gondozási formát interaktívvá tenni, hogy mindenki bekapcsolódhasson a kommunikációba. Erre lehetőség nyílik a szülők különböző önsegítő csoportjában, „biztos kezdet házakban”, gyakorlatilag bármilyen szülők számára létrehozott csoportokban.

A közösségi gondozás szólhat azonos vagy különböző korosztályú személyeknek, az expozíció tekintetében jobban érintett csoportoknak, vagy csak általában a lakosság számára. Ezeknek erős közösségépítő hatása is lehet. Vidéki, kisebb közösségek, városok és a fővárosi kerületek



által megszervezett közösségi programok egyaránt alkalmasak arra, hogy a dohányzás és az expozíció témakörében felhívják a figyelmet a megelőzés fontosságára, növeljék az egyének felelősségét a saját egészségük és családtagjaik megóvása érdekében. A dohányzásmentes világnapok figyelemfelhívás lehetőségét rejtik magukban, és belépést is biztosítanak a közösségek számára egy-egy dohányzáshoz kapcsolódó téma részletesebb megismerésére.

Az Egészségfejlesztési Irodák (EFI) működésének egyik célja a lakosság egészségi állapotának javítása, elsősorban a népegészségügyi szempontból magas kockázatot jelentő káros szenvedélyek és betegségek megelőzésével kapcsolatban. Tevékenységük kiegészíti a dohányzás megelőzési, leszokástámogatási törekvéseket, a passzív dohányzás ártalmainak csökkentését, elkerülését. Mind az egyéni tanácsadások, mind a lakosság és a közösségek számára nyújtott további támogatások újabb alternatíváját jelentik.<sup>26</sup>

A védőnőknek, szakembereknek a közösségi programokban szervezői és moderátori szerepe van. A lakosság elérése többféle formában lehetséges. Ehhez a személyes felkeresés, tanácsadások során a figyelem felhívása, szóróanyagok elhelyezése, plakátok kihelyezése, a helyi médiákban és sajtóban történő hirdetés is megfelelő. A védőnőnek segítenie kell abban is, hogy a csoport jól működjön, benne a másik ember tisztelete érvényesüljön. Motiválni kell a résztvevőket arra, hogy ötleteiket elmondják, javaslatokat tegyenek, megosszák előzetes tapasztalataikat a dohányzással, leszokással, a rizikó elkerülésével kapcsolatban. A védőnőnek ösztönző szerepe van abban, hogy a csoporttagok megoldásokat találjanak ki egy-egy problémára. Ilyen lehet például, hogy hogyan kerülhető el a családi konfliktus a dohányzó családtagokkal, az otthoni dohányzás miatt. Hogyan érdemes a nagyszülők dohányzására hatni, hogy elkerülhető legyen az unokák expozíciója. A „Biztos Kezdet Gyermekházak” programjába a környezeti dohányfüst expozíció csökkentésének lehetőségei is megjelennek. A kifejezetten hátrányos helyzetben élő szülők, családtervezők, ezekbe a programokba könnyebben bevonhatók, hiszen a kezdeményezés célja részben a szülői kompetenciák és a problémamegoldó készségek fejlesztése is.<sup>27</sup>

<sup>26</sup> Bezzegh P.: Az Egészségfejlesztési Irodák Hálózata. Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2016. 1. szám.

<sup>27</sup> Biztos Kezdet Gyermekház működésének módszertani ismérvei, Szakmai ajánlás Budapest, 2013.



## Közösségi gondozás a 4–6 évesek egészségvédelme érdekében

A dohányzással összefüggő magatartásminták már a bölcsődés és óvodás korosztálynál erősen bevéődnek, ezért a dohányzás megelőzési programokat érdemes már óvodás korban elkezdni.

A közösségi gondozás egy speciális formájának számít a 3–6 éves korosztály preventív célból történő egészségfejlesztése a dohányzással kapcsolatban. Igaz ugyan, hogy a családokban történő dohányzás arányai jelentősen csökkentek az elmúlt években (amíg 1999-ben a családok 50,5%-ban volt dohányzó személy, addig 2009-ben már csak 41%-ában), mégsem lehetünk elégedettek, mivel ezeket a gyermekeket, akár naponta érheti dohányfüst. (Dohányzás Fókuszpont, 2019). A viselkedésformákat az óvodás gyermekek utánzásos viselkedéssel sajátítják el. Sokkal erősebb lesz a hatás, ha olyan embert másolnak, aki érzelmileg közel áll hozzájuk. Az óvodai dohányzás prevenció a megelőzés egyik leghatékonyabb formája, ugyanis a helytelenítő attitűd még kialakítható a gyermekben. A program lényege, hogy az óvodáskorúaknak az ismeretátadás mellett magatartásformálását is elérjék. Az óvodapedagógusok nevelési tervébe illesztett program az 5-6-7 éves gyermekek számára készült. Az ismeretek bővítésére és a kockázati tényezők feltárására mese áll rendelkezésre. A saját akaratot és döntést is figyelembe vevő program az óvodáskorú gyermekek egészségfejlesztését is tűzi ki célul együttműködve a szülőkkel. A passzív dohányzás elleni fellépést, a káros hatások elszívásának kikerülését is megtanulják a gyermekek a program kapcsán. A gyermeknek meg kell tanulnia a káros hatásokat is, mert azok ösztönzően hatnak a károsító magatartással szemben. Az egészséges életmód alakításának minden aspektusát érinti a program, ugyanis nem szétválasztható ebben a korosztályban az érzelmi, értelmi nevelés és szocializáció. Az oktatás egyszerre tanít és tartalmaz játékos, mozgásos, kreatív-művészi elemeket is.

A program akár napi, vagy heti gyakorisággal is alkalmazható az óvodapedagógus döntésére bízva. Az együttműködés tekintetében ugyanazok a kapcsolatrendszerek működtethetők, akik a hagyományos, hétköznapi életben is partnerek, azaz másik óvodák, iskolák, a védőnők és végül a legfontosabb együttműködő partnerek maguk a szülők, akiket lehetőség szerint maximálisan be kell vonni a tevékenységbe. Óvodai programdobozok ezen a linken kérhetők: <https://megelozes.cikiacigi.hu> (Óvodai dohányzásmegelőzési program).



## Óvodai Dohányzás Megelőzési Program

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet Dohányzás Fókuszpontjának (OEFI DF) programja, az óvodáskorú gyermekek dohányzás prevencióját és egészségvédelmét tűzték ki célul. Ennek fő feladatai közé tartozik az óvodáskorú gyermekek ismereteinek felmérése, és az életkori sajátosságok figyelembevételével történő attitűdformálás, a passzív dohányzás elkerülésének támogatása. A programban a szakemberek játékos formában (meséken, kirakós és társasjátékon keresztül) ismertetik meg a gyerekekkel a fogalmakat, a helyes viselkedés irányát (lásd részletesen az előző, közösségi egészségfejlesztés fejezetben) (Dohányzás Fókuszpont, Cselekvési terv).

### Közösségi egészségfejlesztés családtervező, várandós és 0-6 éves gyermeket nevelő családok körében drogprevenció témában

A közösségi egészségfejlesztés a drog témakörében a fiatalok körében valósul meg jellemzően, az iskolai egészségfejlesztés keretében, azonban a reprodukív időszakban lévő fiatalokat érinti leginkább a drogok kipróbálása, és használata. A gyermekvállalás előtt álló fiatal felnőttek elérése a leg nehezebb az egészségfejlesztés részére. Mivel a drogfogyasztás a várandósok körében sporadikus, ezért a klasszikus közösségi programok nem biztos, hogy megfelelő helyszínek a drogfogyasztó nő-férfi, anya-apa számára.

A településeken a közintézmények mellett a drogprevencióban aktív közreműködők lehetnek az Egészségfejlesztési Irodák, Lelki Egészség Központok, Lelkiségegy forródrót (Hotline), Drogambulancia, Kábítószerügyi Egyeztető Fórumok, Egyházak.

Egy összeszokott, kialakult értékrenddel bíró közösség nehezen fogadja be a saját normáitól messze eltérő egyéneket, így a kábítószer fogyasztók az absztinensek körében nem kívánatosak. Mégis milyen lehetőségek lehetnek a szerhasználók részére a közösségi egészségfejlesztés terén. Bármelyik szintéren működhetnek önszorgító csoportok, esetmegbeszélő csoportok, anya-gyermek, baba-mama klubok.

Valamivel könnyebb lehet olyan csoportokba való bevonásuk, amelyek bizonyos élethelyzetekhez kötöttek, ilyen a várandósok, gyermeket nevelők, vagy önszorgító csoportok.

A kábítószer-fogyasztó várandósok, anyák közösségi szintereken megvalósuló programokba való bevonása azért jelentős, mert leggyakrabban e szintereken belül alakulnak ki, és





gyakorolhatóak be azok a magatartásmodellek, melyek (az egészségfejlesztés esetében) a kívánt befolyásolás érvényesüléséhez elengedhetetlenül szükségesek.

Fontos az is leszögezni, hogy hatékony egészségfejlesztés csak a „partnerség” elve alapján képzelhető el. Senkinek nem „fejleszthető” az egészsége akarata, szándékai ellenére. Ebből következik, hogy az az egészségfejlesztés eredményes, hatékony, amely az egyéneket/közösségeket partnerként kezeli.

Milyen lehetősége van a védőnőnek a közösségi szintű programok terén?

A **szülésre, szülői szerepre való felkészítő programok** jó lehetőséget biztosíthatnak a szerhasználó várandós nő részére is az élethelyzetének megfelelő információk begyűjtésére. Amennyiben nem kíván ilyen csoportba bekapcsolódni, érdemes javasolni olyan sorstárssegítő, önségítő csoportok, tapasztalati segítő emberek, szolgáltatások elérését, ahol hasonló helyzetű várandósokkal találkozhat.

Az önségítő közösség célja, hogy gondolkozásra és párbeszédre készítse a hasonló cipőben járó nőket; ezért közösségi terápiás programokban is szerepet vállalnak. Az utóbbi években bővült tevékenységi körük, addiktológiai, szociális és jogi tanácsadást szerveznek, szeretnék speciális várandósgondozást is biztosítani a rászorulóknak. 2008-ban munkacsoportjuk szakmai ajánlásokat is megfogalmazott. Orvos, szociális munkás, pszichiáter, jogász és addiktológus egyaránt részt vesz a csapatmunkában, hangsúlyozandó a különböző ágazatok együttműködését. Az **önségítő, eset megbeszélő csoportok** nem elrettenteni kívánják a drogfüggő nőket a szüléstől, inkább alapos ellenőrzés mellett a gyerek világra jöttét indítványozzák, mert meggyőződésük, hogy a szülés lehet a leghatásosabb motiváció egy nő életében annak érdekében, hogy lemondjon a drogról.

#### Hasznos információk:

- Dudits Dénes <http://www.jozansag.hu/>
- Bajzáth Sándor <http://addikt.hu/>
- Nagykorú drogos gyerek <http://www.jogiforum.hu/forum/35/5704>
- <https://alkoholesdrog.hu/>
- [Dr. Csernus: Ezt a filmet minden drogos gyerek ... - Videoklinika](#)
- [Kovácsné Szabó Mária - szülő - a drogfüggőségről - MyPIN](#)



- [“Láttam a fiamat a megőrlés határán” | 24.hu](#)
- [Drog Stop](#)
- <http://jozanbabak.blogspot.hu/>
- [Szenvedélybetegeket ellátó és a drogpreveniót végző szervezetek Magyarországon](#)

### Közösségi egészségfejlesztés családtervező, várandós és 0-6 éves gyermeket nevelő családok körében szexuális úton terjedő betegségek megelőzése témában

A nemi úton terjedő betegségek megelőzése nem csak az egyéni egészségnevelés és tanácsadás célján valósul meg. A közösségi csoportok, a közegészségügy is fontos szerepet kap a szexuális egészség elérésében.

A biztonságos szexuális élet hirdetése, az óvszer használatának fontossága, az óvszer elérhetővé tétele számos állami és nem állami szervezet révén lehetséges csakúgy, mint a szűrővizsgálatok elvégzésének fontossága, amelyeket adott esetben szervezett, kihelyezett szűrőpontokkal, biztonságosan, diszkréten, egyszerűen, ingyen elérhető szűrőhelyekkel lehet biztosítani. A nemi betegségek szűrését akár kampányszerűen köthetjük olyan napokhoz, mint például december elseje, amely az AIDS világnapja, vagy február negyedike a rákellenes világnaphoz.

A gyermekek nevelése során fontos a szülőnek nyújtott segítség, amely önségítő csoportok, családtervező párok egészségklubja, szülőségre felkészítő csoportok formájában, az óvodában akár szülői értekezletbe épülten jelenhet meg.

## 10. Jó gyakorlatok és példák egészségtervekre

### Munkahelyi egészségterv:

Munkavédelemhez kapcsolódó feladatok (pl: porártalom csökkentése, a darupályák melletti balesetek számának csökkentése, ivóvíz minőségének javítása), irodai munkakörnyezetek komfortjának javítása, egészséges táplálkozással kapcsolatos társasági mutatók javítása, testmozgással kapcsolatos társasági mutatók javítása, egészségtudatosság fejlesztése a társaság dolgozóinál, vérszírok, vércukor, vérnyomás időszakos kontrollja, jódozott só



táplálkozásba építése, a munkahelyen, fokozott stressz terhelés csökkentése – vállalton belüli munkaszervezés.

- Komplex egészségmegőrző/fejlesztő program: állapotfelmérés, egészségnapok, életmód és pszichológiai tanácsadás, tájékoztató anyagok. A program fókuszja, hogy a mozgásszervi problémákkal küzdők, illetve a mozgásszegény életmód miatt veszélyeztetettek számára biztosítanak lehetőséget a testmozgás helyi lehetőségének megteremtésével (pl: gerincvédő torna, fitness-klub), a masszőri szolgáltatás igénybevételével.<sup>28</sup>
- „STEP – Tégy egy lépést az egészségedért!”- A MOL egészségfejlesztési jó gyakorlata: A program célja a krónikus megbetegedések, a kockázati tényezők felismerése, a megbetegedések megelőzése A dolgozók foglalkozás-egészségügyi szolgálat vizsgálatát követő egyéni egészségterven alapuló tanácsadása szükség esetén a terápiához való hozzásegítése. A program fő elemei orvosi szűrővizsgálatok, dolgozók egészségi állapotának nyilvántartása, fizikai aktivitás, egészséges táplálkozás elősegítése, munkahelyi stressz csökkentése.<sup>29</sup>
- A Miskolci Egyetem egészségfejlesztési gyakorlata Megfelelő foglalkozás - egészségügyi infrastruktúra kiépítése a szűrések, a gondozás, a rehabilitáció megvalósításához. A dolgozók egészségi állapotának nyomon követése. Olyan feltételeknek biztosítása, melyek a munkavállalók egészségi állapota és a munkahelyi rizikófaktorok figyelembevételével teszik lehetővé a dolgozók különböző munkahelyi egészségfejlesztő programokban való részvételét. Jóga- és néptánc programok igénybevételi lehetősége. A munkahelyi stressz csökkentése, a munkába járás kedvező feltételeinek megteremtése. A Miskolci Polgármesteri Hivatal a Miskolci Egyetem dolgozóinak 50%-os kedvezményt nyújt az uszodai belépőkhöz, valamint

---

<sup>28</sup><https://docplayer.hu/2368152-Prima-soft-kft-miskolc-tamop-6-1-2-a-09-1-2010-si-terv-egeszsegfejleszte-munkahelyi.html> (letöltés: 2020.08.24.)

<sup>29</sup><https://docplayer.hu/4819206-Munka-mindenkire-hangolva-foglalkozas-egeszsegugyi-iranyitasi-rendszer-es-munkahelyi-egeszsegfejlesztes-mol.html> (letöltés: 2020.08.24.)



heti két alkalommal ingyen víz alatti gyógytornát biztosít a 40 év feletti munkavállalók számára.<sup>30</sup>

### **Települési egészségtervek:**

Az egészségterv főbb elemei a dohányzás és alkoholfogyasztás csökkentése, illetve az egészséges táplálkozás és testmozgás előmozdítása: iskolai egészség-megőrzési programok szervezése, illetve az iskolák bekapcsolása az Egészséges Iskolák magyarországi hálózatába; lakossági egészségmegőrző programok rendszeres szervezése; kerékpárutak létesítése, elsősorban a belvárosba vezető, nagy forgalmi terheltségű, 4-6 km-nél nem hosszabb utak mentén; a munkahelyi testmozgás feltételeinek bővítése, zöldterületek növelése a városban, különösen a magas beépítettségű és az ipari negyedekben; rendszeres gyomirtás (elsősorban parlagfűirtás) a pollen- és spóraszám csökkentése érdekében; méhnyak-rák szűrésének megszervezése a városban lakó nők számára; a cukorbetegség, a zsír anyagcsere-zavarok és a magasvérnyomás szűrése, és az e betegségekben szenvedő páciensek gondozási színvonalának javítása; egészségpszichológusok ill. mentálhigiénés szakemberek foglalkoztatása a 25-64 éves nők igen magas öngyilkosság okozta halálozására.<sup>31</sup>

Az egészségterv főbb csomópontjai: a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentését célzó intézkedések (lakhatási feltételek javítása; mobilizációs program; oktatási, nevelési integráció biztosítása; foglalkoztatottság növelése; szociális ellátás fejlesztése; infrastruktúra fejlesztése, környezetvédelmi célú intézkedések), kedvező környezeti feltételek kialakítása (pl: Egészségház fejlesztése, utak és épületek helyreállítása, szabadidős létesítmény létrehozása – Sajó-parti szabadidőközpont), az egészségtudatosság javítását, egészségmagatartás fejlesztését célzó intézkedések (rizikómagatartás (dohányzás, alkoholfogyasztás) csökkentését célzó programok - egészségnapok , lelki egészség megóvását, fejlesztését célzó programok; az egészséges táplálkozás népszerűsítését célzó programok; elsősegélynyújtás, balesetmegelőzés, színtér-programok), szociális problémákat

<sup>30</sup> <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=128&path%5B%5D=179> (letöltés: 2020.08.24.)

<sup>31</sup> [http://portal.debrecen.hu/upload/File/varoshaza/Kozzetétel/Debrecen\\_varos\\_egeszsegterve.pdf](http://portal.debrecen.hu/upload/File/varoshaza/Kozzetétel/Debrecen_varos_egeszsegterve.pdf) (letöltés: 2020.07.27.)



célzó intézkedések (bűnmegelőzési program, tanórán kívüli nevelési feladatok), egészségfelmérések.<sup>32</sup>

Kis- és mikrotérségi összefogással kardiovaszkuláris rizikószűrések egyrészt egészségnapokhoz, helyi programokhoz kapcsolódóan, másrészt háziiorvosi praxishoz kötöttek. Célja segíteni az egészségügyi alapellátást, háziiorvosokat a prevenció feladataik végrehajtásában illetve a helyi lakosság egészségi állapotának javítása, a kapott eredmények felhasználása helyi egészségfejlesztési tervek kialakításához.<sup>33</sup>

## 11. Jó gyakorlatok és példák egészségfejlesztésre <sup>34</sup>

- Eignerné Pálffy Zsuzsanna – Lakossági egészségnapok. Közösség-egészségügyi gondozás (Egységes egészségfejlesztő program az óvodai munkában; Komplex szülésre felkészítő program a védőnői gondozásban)
- Havasiné Ádámszki Emília – Családi klub a családi háttér hiánya miatt az új környezet könnyebb elfogadásában segítik, valamint erősítik a fiatal anyákat, nem előadásokat hallgatnak a résztvevők, hanem a foglalkozások interaktívak. Az egyes témák az élethelyzetek és az ellátási aktualitásnak megfelelően kerülnek kiválasztásra (pl.: a közösségbe való beszoktatás, a nyár veszélyei).
- Varga Györgyné - A csoportos egészségnevelés új módszerei - a védőnők a tanácsadókon kívül szólítják meg a gondozottakat (pl: Baba-mama hét, Nők egészsége, a családok egészsége rendezvény), a társszakmák képviselői is bekapcsolódnak az előadások megtartásába, így új és szorosabb kapcsolat alakul ki a különböző szakterületek képviselői között. A gondozottak olyan közösségi programokon hallgathatnak előadásokat, ahol a gyerekekkel együtt vehetnek részt, a gyerekek számára is vannak foglalkozások, játszóház.
- Milisitsné Tátrai Beatrix - „Felkészülés a szülői szerepre, a biztonságos anyaságra” - program a szülővé válást segíti, támogatja, és nem csak a szülésre készít fel, rövidtávú célja, hogy felkészítsék az anyákat a várandósság elfogadására, a testi-lelki változásokra, a

<sup>32</sup> [http://www.felsozsolca.hu/useruploads/files/2013%20rend/Vegleges\\_egterv\\_fzs\\_o%CC%88nk.pdf](http://www.felsozsolca.hu/useruploads/files/2013%20rend/Vegleges_egterv_fzs_o%CC%88nk.pdf) (letöltés: 2020.07.27.)

<sup>33</sup> [http://www.palotas.hu/prog\\_terv/palotasi.doc](http://www.palotas.hu/prog_terv/palotasi.doc) (letöltés: 2020.07.27.)

<sup>34</sup> <http://www.gyermekalapellatas.hu/egyuttmukodes/jogyakorlatok> (letöltés 2020.07.25.)



szülésre és a gyermek fogadására, távlati célja, hogy segítsék a pozitív gondolkodásmód kialakítását, és támogassák a szülővé válást.

- Gálosi Natália - A békéscsabai Védőnői Szolgálat Szülésre-, és Szülői Szerepre Felkészítő Tanfolyama A tanfolyamon való részvétel segít ráhangolódni a várandósságra, a szülésre és a szülői szerepekre való felkészülés folyamatára.
- Kelemen Katalin - Apák Napja Simontornyán az apaszerep erősítése a családi összetartozás megélésének elősegítésével a gondozott családokban a családok számára közös program szervezése. A távollévő apának lehetőséget ad a program, hogy a játékban újra rátalálhasson gyermekével egy közös nyelvre.
- Sziklainé Juhász Anikó - Baba-mama klub. Játéksarok a tanácsadó helyiségben Védőnői tanácsadásra, szűrésre érkező egy év feletti gyermeknek lehetősége van a tanácsadóban berendezett játéksarokban építeni, rajzolni, labdát gurítani, mesekönyvet nézegetni. Ez is egy megfigyelési szempont, mennyire érdeklődő vagy visszahúzódó a gyermek idegen környezetben, hogyan épít, fogja a ceruzát. Ha a szülő segítséget kér, a védőnővel megbeszélheti a felmerült kérdéseket.
- Nagy Erika - Baba-mama klub A jó gyakorlat célja a szomszédos országból áttelepültek integrálása a helyi közösségbe. Kapcsolatépítés a gyermeket váró édesanyák és az azonos korú, elsősorban 1 év alatti gyermeket gondozó, illetve óvodába még nem járó gyermekeket nevelő szülők között. A létrejövő közösségben új ismeretek átadása, családon belüli gondozási-nevelési tapasztalatok megosztása. A program egyaránt szolgálja a célcsoport hasznos szabadidő-eltöltését, a gyermekek fejlesztését és szakmai ismeretek átadását.
- Kovács Enikő, Szabóné Csarni Andrea - 0-3 éves korú gyermekek és szüleinek Baba-mama klubja Nyékládházán. A családok a klubban nem csupán kész programot kapnak a szakemberektől, hanem annak aktív résztvevői és irányítói is lehetnek. Előadásokat a szülők maguk is tarthatnak, kompetenciájuktól függően. A klub legfőbb programja a fejlődést támogató játéktevékenység, melyhez életkorspecifikus játékok állnak rendelkezésre (csecsemőknek: csörgő, puha mesekönyv, kisdedek számára: építő, tologató, húzogató, hangot adó játékok).A játék közben a gyermekek ismert gyermekdalokat is hallgathatnak.



## 12. Zárszó

A hazai népegészségügyi programok kidolgozásának alappillére az egyének, a csoportok, az intézmények és a közösségek részvétele, együttműködése és felelőssége az egészség fejlesztésében, így kiemelkedően fontosak a szintér programok, amelyek az élet mindazon közösségi színtereinek egészségesebbé tételét szolgálják, amelyekben az emberek életük nagy részét töltik.

Kedves Kolléga! Tudjuk, hogy milyen jelentős érték a lakosság egészsége, életminősége egyéni és közösségi szempontból egyaránt. Életminőségünk és egészségi állapotunk javítása, fejlesztése kiemelt célkitűzése a közösségi egészségfejlesztésnek és az egészségterv koncepciónak. Ez a koncepció hatékonyan járul hozzá az egyes színterekhez tartozó emberek képességeinek kibontakoztatásához, egészségi állapotuk, életminőségük, elégedettségük javításához, így valamennyi intézménytípusban jól alkalmazható eszkörendszer. Egyszerre pozitív hozadékú mindenki számára: a program megvalósítóinak és résztvevőinek egyaránt jobb egészséget és életminőséget hozhat, így bízunk benne, hogy Önnek és közösségének is javára szolgálnak a bemutatott gondolatok és ötletek!



### 13. Felhasznált és javasolt szakirodalom

- A közösségi ellátás szenvedélybetegek részére. Szakmai Ajánlás FHSZ Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet Addiktológiai Szakértői Munkacsoport. Budapest, 2008.
- Ádány R. A magyar lakosság egészségi állapota javításának módja. In: A magyar lakosság egészségi állapota az ezredfordulón. Budapest: Medicina; 2003. o. 221–3.
- Ádány R. Megelőző orvostan és népegészségtan. második, átdolgozott. Budapest: Medicina; 2012.
- Attila Juhász, Csilla Nagy, Anna Páldy, Beale Linda. Development of a Deprivation Index and its relation to premature mortality due to diseases of the circulatory system in Hungary, 1998–2004. Social Science & Medicine. 70:1342–1349; 2010
- A tények tükrében. Pécs város egészsége. (Szerk.: Füzesi Zs., Tistyán L.) Fact Alapítvány, Pécs, 1996.
- Benkő, Zs., Lippai L., Tarkó, K. (2019.). Az egészség az életünk tartópillére. Szeged: Szegedi Egyetemi Kiadó, Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó.
- Bezzegh P.: Az Egészségfejlesztési Irodák Hálózata. Egészségfejlesztés, LVII. évfolyam, 2016. 1. szám.
- Biztos Kezdet Gyermekház működésének módszertani ismérvei, Szakmai ajánlás Budapest, 2013
- Bukovicsné, N. J. (2012): Egészségfejlesztési feladatok az óvodában. In: Darvai, S. (szerk.): Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlesztés témaköréből. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest.
- Eszik O., Keresztury E., Szódy J.: A csoport mint pszichológiai tér: különböző élethelyzetű szülők csoportos foglalkozása. GYEMSZI, Budapest, 2014.
- European Health for All database (HFA-DB), WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2019. (Last update 2018 Jun.)
- Fehér I., Füzesi Zs., Ivády V., Mura-Mészáros L., Salamon Cs., Tistyán L.: Községi egészségterv. Módszertani útmutató. Fact Alapítvány, Pécs, 1998.
- Füzesi Zs., Tistyán L.: Egészségterv – a módszer magyarországi kidolgozóinak szemével. In: Községi alapú egészségterv. Gyakorlati kézikönyv (szerk.: Lencsés G., Szőke K.) Egészséges Településekért Alapítvány, Budapest, 2009.
- Füzesi Zs., Tistyán L., Szőke K.: Egy társadalmi modell: közösségekre alapozott





- egészségtervek az életminőség javítására. In: Esélyerősítés és életminőség a mai magyar társadalomban (szerk.: Kopp M.) Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008.
- Füzesi Zs., Szőke K., Tistyán L.: Egészségmegőrzés a közösségekben. Béres Egészség Hungarikum Alapítvány, Budapest, 2008. ([www.beh.hu](http://www.beh.hu))
  - Füzesi Zs., Tistyán L.: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. ([www.oefi.hu/modszert.htm](http://www.oefi.hu/modszert.htm))
  - Füzesi Zs., Tistyán L.: Munkahelyi egészségfejlesztés integrálása a települési egészségtervben. In: Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken. A munkahelyi egészségfejlesztés jelene és jövője. Országos Egészségfejlesztési Intézet 2004. 14–15.
  - Füzesi Zs., Tistyán L.: Tervezhető egészség? Egészségügyi Menedzsment, II. évfolyam, 2000. 1. sz (február), 19–22.
  - Füzesi Zs., Tistyán L.: Az egészségterv koncepciója. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1997. 35, 5, 421–427.
  - Juhász Attila, Nagy Csilla, Páldy Anna, Kásler Miklós: A társadalmi-gazdasági helyzet és a jelentősebb rosszindulatú daganatok incidenciájának összefüggései Magyarországon, 2003-2008. Népegészségügy,4:320-329.; 2010.
  - Juhász Attila, Nagy Csilla, Páldy Anna: A magyar lakosság társadalmi-gazdasági státusz index alapján meghatározott helyzete és a korai halálozása közötti összefüggés, 1998–2004. Népegészségügy, 87:3, 195-202.; 2009.
  - Kishegyi J., Solymosy J.: Fejleszthető egészség. Budapest, OEFI 2010. (<http://www.oefi.hu/egeszsegterv.pdf>)
  - Mental Health Foundation (2004) Self-help groups 8. o. [https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/self\\_help\\_groups.pdf](https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/self_help_groups.pdf) Letöltve: 2018. 03. 03.
  - Módszertani Útmutató, Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszer (NEKIR), Nemzeti Népegészségügyi Központ, Budapest, 2020.
  - Munkahelyi egészségfejlesztés Munka. Mindenkire hangolva A Miskolci Egyetem egészségfejlesztési jó gyakorlatának bemutatása Országos Egészségfejlesztési Intézet Egészségfejlesztés, 2013. 54. 4. 30-31.
  - Nagy Csilla, Juhász Attila, Páldy Anna, Bakacs Márta: A rosszindulatú daganatok miatti halandóság területi egyenlőtlenségei a budapesti nők körében, 1994–2003.



Egészségtudomány, 3, 178–190.; 2005.

- Népegészségügyi Elemzési Központ Információs Rendszer (NEKIR), Nemzeti Népegészségügyi Központ, 2020.
- Szőke K.: Fenntartható települési egészségtervek. Egészségfejlesztés, LI. évf. 2010. 3. sz. 12–16.
- Település, közösség, életminőség. A Soros Alapítvány Települési egészségterv programjának tapasztalatai, a programok monitorozása. 2002.
- Vokó Z. A Népegészségügyi Program megvalósítását támogató szervezeti és partnerségi struktúra. In: Ádány R, Szentes T, szerkesztő. Budapesti Népegészségügy Budapest lakossága egészségi állapota és Népegészségügyi Programja. Budapest: Medicina; 2014. o. 211–216.

