

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
Kiss Judit	Szakmai szakértő
Maradáné Veréb Vanda	Szakmai irányító

Szakértők:

Előterjesztő:

Munkacsoport-vezető neve: Árváné Egri Csilla

Aláírás

.....

Jóváhagyó:

Alprojektvezető neve: Dr. Csépe Andrea

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 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.

Köztudott tény, hogy a jólétben élő nemzetekre jellemző, hogy lakosaik évekkel tovább élnek és kevesebb betegségben szenvednek, 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 is alátámasztják az egészségfejlesztés szükségességét, amely egyre inkább tudatos kormányzati, társadalmi törekvés-ként és beavatkozásként valósul meg.

Az egészségi állapot javítása fokozott egyéni, illetve közösségi felelősségvállalással és összefogással érhető el. Az egészségfejlesztésben rendkívül döntő a települések, szervezetek, intézmények, civil szervezetek, önkéntesek és az egyéb fontos szereplők közötti együttműködés. Az egyén elsődlegesen közösségi minták követésével alakítja viselkedését a különböző színterek szereplőjeként.

A közösségi színtereken 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 színtér alapú, közösségi megközelítésének bemutatása, valamint a csoportos egészségfejlesztési módszerek ismertetése valósul meg.

Az egészségfejlesztés folyamatában az emberek képessé válnak arra, hogy ellenőrzést gyakoroljanak saját egészségük felett, és azt fejlesszék. Nem egyszerűen egészségnevelés vagy prevenció, hanem az egészség megtartására és fejlesztésére irányuló tudatos



magatartásformák és szemléletmódok összességének átadása, amelyben az egyén növeli jártasságát saját egészségének javítása érdekében, képességet szerez az egészséges életvitel fenntartására és a változó környezethez való alkalmazkodásra.

Az egészségfejlesztő személyisége, kommunikációs készsége, eszköztára, példamutatása, hitelessége, szakmai felkészültsége meghatározó. A szakember felelőssége a kommunikáció tartalma. Ok-okozati érvekkel, amelyek befolyásolják a gondozottat, pozitív hivatkozásokkal, amelyek felhívják a figyelmet az előnyökre, negatív hatások demonstrálásával, amelyek megmutatják a káros következményeket, és bizonyítékokkal érhet el hatást, amelyek elősegítik, előmozdítják a magatartásváltozást.

Az egészségfejlesztésben a megfelelő módszerek kiválasztása alapvető fontosságú. A tervezés során szükséges eldönteni azt, hogy milyen módszert alkalmazzunk annak érdekében, hogy a tervezés során meghatározott célokat elérjük, 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 foglalja össze ez a módszertani útmutató, amely mindennapi sikeres egészségfejlesztési védőnői munkájának útmutatója is lehet. Azokat a módszereket mutatjuk be, amelyek az egyének, közösségek részvételével azokon a színtereken valósulnak meg, amelyeken az emberek a mindennapi életüket élik, s ahol részvételük a saját egészségük fejlesztésében magától értetődő.



Tartalomjegyzék

1. Vezetői összefoglaló	3
2. Bevezetés.....	6
3. Egészségfejlesztés a közösségi szintereken.....	8
3.1. Közösségek, közösségi szintér	8
3.2. A közösségi erőforrásokhoz való egyenlőtlen hozzáférhetőség	9
3.3. A közösségi szintér fogalmáról	9
3.4. A közösségi szintér az egészségfejlesztés célterülete	9
3.5. Mi a közösségi szintér program?	10
3.6. A közösségi szintér programok erőforrásai	11
3.7. A közösségi szintér program történeti megközelítése: az egészségterv koncepcióról	13
4. A közösségi szintér programok céljáról és felépítéséről	14
4.1. A közösségi szintér program kialakításának fő lépései	15
4.2. A közösségi szintér program kommunikációs tevékenysége	24
4.3. Az eredmények értékelése, monitorozás, visszacsatolás.....	25
5. A csoportos egészségfejlesztési módszerekről.....	26
5.1. A csoportokról általánosságban	26
5.2. Csoportmagatartás, csoportdinamika	28
5.3. A csoporttagok szerepei	29
5.4. Csoportvezetői stílusok	30
5.5. A csoport kialakítása.....	30
5.6. A csoportos egészségfejlesztés módszerei.....	32
5.7. A csoportmunka eredményességét segítő feltételek.....	38
5.8. Egy konkrét gyakorlati példa: szülőcsoportok szervezése	39
6. Felhasznált és további javasolt szakirodalom	42
7. Jó gyakorlatok és példák egészségtervekre.....	43
8. Zárszó.....	44



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, amellet, hogy 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 tendenciát.

Az Egészségügyi Világszervezet 2001-es elemzése a makrogazdaság és egészség összefüggéseiről tudományosan is kimutatja, 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, de az egészség fejlesztése is csak hatékony ágazatközi együttműködésben valósítható meg, amely ki kell, hogy terjedjen az állami (miniszeri 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.

A színtérprogramok célja, hogy minden szinten kialakuljon az ágazatközi együttműködés az egészség érdekében, megerősödjenek a közösségi akciók, a civil szféra szerepe az egészség fejlesztésében. Tudvalevő, hogy 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 színtér alapú, közösségi megközelítésének bemutatására, valamint a csoportos egészségfejlesztési módszerek ismertetésére vállalkozott.



3. Egészségfejlesztés a közösségi szintereken

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

3.1. 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 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. Köztudott tény, hogy 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. (Füzesi Zs., Tistyán L.: 2004)*



3.2. A közösségi erőforrásokhoz való egyenlőtlen hozzáférhetőség

A közösségi erőforrások sajnálatos módon azok számára a leginkább elérhetetlenek, akiknek életminősége nem éri el az adott közösségben elfogadható szintet, akik a legsúlyosabb egészségi problémákkal küzdenek. Ők 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 (s ha a számuk növekszik, várhatóan az AIDS betegek is).

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.

3.3. 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.

3.4. 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 szereplői 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 –cigaretta, alkohol) –, akár az illegális kábítószer fogyasztók „tolerálására” vonatkozóan).

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

3.5. 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.

☞ 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 (pl. egy komplex, iskolai egészségtervre alapozott iskolai egészségfejlesztési program egyszerre járul hozzá a tanulók és a pedagógusok, valamint az intézményi vezetés életminőségének javításához egyaránt).

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 ún. egészségfejlesztési terv koncepciót alkalmazni. 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.

3.6. 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, intézmények;
- 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 iskolákban:

- iskolai vezetés: igazgató, helyettesek;
- az iskola dolgozói: pedagógusok, egyéb dolgozók;
- az iskola diákjai;
- a diákok szülei;
- az önkormányzat mint iskolafenntartó: polgármester, testület, hivatal, oktatási bizottság;
- az iskola életére hatással lévő intézmények, szervezetek (a helyi művelődési háztól a zenés–táncos ifjúsági szórakozóhelyekig);
- az iskola-egészségügyi ellátás, és egyéb egészségügyi szolgáltatók a településen;
- az iskolát támogató egyéni és társas vállalkozások;
- civil szerveződések: formális (bírósnál 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 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 munkahely életére hatással lévő intézmények, szervezetek;
- a foglalkozás-egészségügyi szolgálat, és egyéb egészségügyi szolgáltatók a munkahely környezetében;
- a munkahellyel kapcsolatban álló egyéb vállalkozások (beszállítók, vevők);
- civil szerveződések: formális (bírósnál bejegyzett, jogi személyiséggel rendelkező szervezetek, pl. munkahelyi alapítványok), informális (pl. baráti társaságok), kulturális és sportszervezetek stb.
- politikusok, a munkahelyért lobbizásra képes egyéb személyek.

3.7. 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.



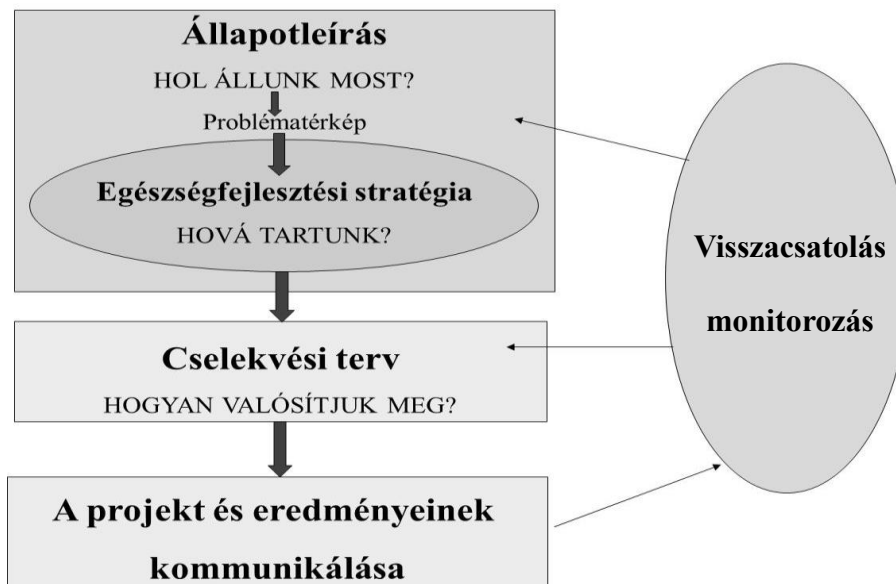
4. A közösségi szintér programok céljáról és felépítéséről

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

A közösségi szintérprogram egy komplex programtervezet, amely egy adott egészségfejlesztési szintéren (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 (1. ábra).



1. ábra:
A közösségi szintér program készítésének folyamata¹

¹ 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 ún. *egészségfejlesztési terv* koncepciót alkalmazni.

4.1. A közösségi szintér program kialakításának fő lépései

Állapotleírás

Az állapotleírás (helyzetelemzés) az adott település lakossága, az iskola, a munkahely közössége egészségi állapotának, az adott szintérre 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 érintettekre 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 kijelölhetőek 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 színtérhez tartozók életfeltételeit.

„A probléma térkép több a problémák megfogalmazásánál, bár a nevesítésük önmagában is közelebb visz a probléma megoldásához. A színtér szereplői, mint a kompetenciájukba tartozó problémák »tulajdonosai«, motiváltak a megoldás keresésében, megvalósításában. Az egészségterv problémái jelen idejűek, negatív állapotot fejeznek ki. Tényeken és nem feltételezéseken alapulnak, minőségi és mennyiségi jelzőkkel pontosítottak.

Amennyiben a problémák megfogalmazása körültekintően megtörtént, akkor érdemes mindegyiknek külön »címet« adni, így az átfedések, ismétlések elkerülhetőek. Amikor a problémák címeit csoportosítjuk, összerendezzük, akkor azzal elemzésüket is megkezdtük. Az így megszürt problémák képzik a térképet, amelyben a problémacímek többnyire három csoportba sorolhatóak: (1) azonnali beavatkozást igénylők, (2) komplex, nagy volumenű, ágazatot érintő problémák, (3) jó stratégiával helyben megoldható problémák, akár kisebb, akár nagyobb forrás igényűek (ezek alapozzák meg a cselekvési terv elemeit, ezek megoldására fókuszál az egészségterv).



Az adott szintér egészségtervének hatáskörébe bevont problémák elemzésekor két relatív, az adott szintér szempontjából értelmezhető tényezőt érdemes megvizsgálni. Az egyik a probléma megoldásához szükséges erőforrás mértéke. Erőforrás alatt értve többek között, a szintérre egyedileg jellemző tudást, adottságokat, hagyományokat, az emberi erőforrást és természetesen a pénzügyi erőforrást is. Ilyenkor el kell dönteni azt, hogy a probléma megoldásához saját meglévő forrásainkon túlmenően mekkora és milyen típusú külső erőforrásra van szükségünk. A másik szempont, hogy kompetensek vagyunk-e a probléma kezelésére, azaz a szintér lehetőségeihez képest ez a probléma könnyen, vagy nehezen kezelhető. Ilyen módon lesznek olyan problémák, amelyek kis forrás igényűek és helyben kezelhetőek. Lesznek nagy forrásigényűek és helyben kezelhetőek, általában erre szolgálnak a pályázati források. Másik csoportba sorolhatóak az olyan problémák, amihez kevés a kompetenciánk az általunk vizsgált szintéren nehezen kezelhetőek, viszont magasabb szinten nagy valószínűséggel igen. A mi szintერünkön észlelt, de helyben nem kezelhető problémák megoldásához az az út vezet, ha ezeket a problémákat egy magasabb szintű, egy nagyobb kompetenciával és forrással rendelkező szintér felé toljuk tovább. Így esély lesz arra, hogy előbb-utóbb ezek is kedvező irányú támogatást kaphassanak.” (Kishegyi J., Solymosy J.: 2010.)

Fontos, hogy teremtsünk alkalmat arra, hogy az általunk fontosnak tartott témákról, ügyekről beszéljünk. Ezért az állapotleírás elkészülte után 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. problématérkép 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 2. ábrán bemutatott elemző mátrix segítségével szétbontva azokat.

A problématérkép 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 problématérkép 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

2. ábra:

A problémák kompetencia és forrásigény szerinti csoportosítása a problématerkép és a prioritások összeállításához²

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 (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.

² Forrás: Saját szerkesztés

- c) **A szereplők leírásának fázisa:** kire lehet számítani a közös cselekvés kapcsán, milyen módon tudjuk felkelteni és fenntartani az érdeklődésüket stb.? 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 szintér 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 támogatás 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 bizonyítottan 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 humán erőforrás, 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 halálzási mutatókat, jelentős szerepe van a környezeti hatások feltárásában. Alkalmazza a gondozotti csoportjainál 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 forgóajtón a magatartásváltoztatás érdekében.

Cselekvési terv

A cselekvési terv egy konkrét cselekvési program, különböző projektek összessége, amely helyi célokat és feladatokat fogalmaz meg, viszonylag rövid 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 (lakosság, diákok, pedagógusok, munkavállalók és munkaadók) 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 megfogalmazhatóak és kezelhetőek;
- ✓ 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 az alábbiakra:

- ✓ 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?)

3. ábra:

Legfontosabb kérdések a cselevési terv kialakításához³

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 megléte 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 színtereken 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 „színterek” sajátosságaihoz, illetve kiaknázzák e sajátosságokban rejlő lehetőségeket;
- maguk kezdeményezte programokkal kívánnak szűkebb és tágabb környezetükben az egészségfejlesztés érdekében tevékenykedni;
- e közösségi színtereken folyó tevékenységek közül különösen eredményesnek, modellértékűnek bizonyulnak;
- a „színterekben” rejlő lehetőségeket erőforrásként kezelik, és ekként hasznosítják azokat;

³ Forrás: Saját szerkesztés



- olyan öfenntartó folyamatokat indítanak el, amelyek hatásai hosszú távon is, illetve külső támogatás nélkül is életképesnek bizonyulnak.

4.2. 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 teljeskörű 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 aszerint, hogy kik azok a szereplők, célcsoportok, akiknek kommunikáljuk a tényeket.

A jól tervezett és kivitelezett kommunikáció előnyöket nyújthat az intézménynek, a hozzátartozó közösségnek, beleértve a feladatok szakmai sikerességének elősegítését. 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 színtér 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.

4.3. Az eredmények értékelése, monitorozás, visszacsatolás

A cselekvési terv javaslatainak 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 színtér 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 színtér program készítésének folyamata tehát ismét újraindul. *„A visszacsatolás a minőség fejlesztését megalapozó tevékenység, melynek során a kezdetekkor rögzített elvek megvalósulását is vizsgáljuk. A visszacsatolás megerősíti a színtér közösségét. A visszacsatolás lényege, hogy az egészségterv ciklikus működésének/működtetésének tapasztalatai eljussanak a színtér szereplőihez és visszajelzéseik alapján előkészítsük és megtervezzük az elkövetkezendő év tevékenységeit és projektjeit. Az elemzés eredményeire alapozva szükségessé válik finomítani az állapotleíráson, amelynek hatásait a stratégiában és a cselekvési tervben megfogalmazott célkitűzések módosításával kell érvényesíteni. A mennyiségi és minőségi indikátorok teljesülése mellett számtalan tapasztalatra teszünk szert, amelyek segítségével mind a tervezés, mind a megvalósítás során eredményesebbek lehetünk. A visszacsatolás részben kiterjesztést is jelent, hiszen a sikeres projekt eredménye más színterek számára is jól hasznosítható tapasztalat.”* (Kishegyi, 2010.)

🗨 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!



5. A csoportos egészségfejlesztési módszerekről

☞ MILYEN CSOPORTOS EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI MÓDSZEREK ALKALMAZHATÓAK A VÉDŐNŐI TEVÉKENYSÉG SORÁN?

5.1. 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. (Eszik, 2014.)

Felvilágosítást, oktatást nagycsoportban is lehet tartani, míg bizonyos készségek, képességek elsajátítása kiscsoportban hatékonyabb. 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 az egészről.

A csoport pszichológiai hatótényezői a személyiségváltozás szempontjából optimálisan itt 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 hatótényezőkkel 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, falu közösség, 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.

5.2. 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.*



5.3. 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/ekben 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.
- 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 csoporttagok több szerepet is játszhatnak, legtöbbjüknek azonban megvan a leginkább kedvelt szerepköre.

5.4. Csoportvezetői stílusok

- **Autokrata vezetési stílus:** irányító jellegű. Szakértelmünkre alapozunk, hogy elfogadtassuk nézeteinket, vezető szerepünket. A stílus előnye, hogy a sebezhető, krízisben lévő emberek, betegek, fogyatékossgal 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. A vezető melegséget, empátiát sugároz, toleráns.

Nem létezik jó és rossz vezetési stílus, a legtöbb vezető a kettő között tevékenykedik. A sikeres csoportvezetés több tényezőtől függ, ilyenek pl.:

- A vezető személyisége – az általa választott stílus (csak azt tudjuk jól és hitelesen csinálni, ami közel áll a személyiségünkhöz, amiben hiszünk).
- 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 – pl. a csoporttagok szociokulturális háttere.

5.5. 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 feszültnek, esetleg félénknak 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.

5.6. 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 írunk fel a táblára. Biztassuk a visszahúzódobbakat – 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 teygenek 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 visszajelzéseként 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 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 „villámcsoporthoz” a 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 tanúláshoz 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, amely 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, hiedelmek stb.). Véleményalkotás, vita kiindulópontja is lehet.

Cél: a beleélés, beleézés 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, beleézés 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 kérdőívüket – 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 KISCSOPORTOS OKTATÁS, TANULÁS MELLETT?

1. Az egyik a felnőttekkel kapcsolatos egészségfejlesztés sajátossága. Nevezetesen, hogy a felnőttek elutasítják a kinyilatkoztató instrukciókat, a tisztán száraz, elméleti előadásmódot. 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:
 - o A zavaró tényezők figyelmen kívül hagyása – ez ritkán célravezető.
 - o A zavaró tényezők beismerése, elfogadása– általában ez a legjobb megoldás.
 - o 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 – négyszemközt.

5.7. 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 realisztikus tanulási helyzetet biztosítanak. Ahelyett, hogy a csoportvezető közölné az információt, a résztvevők átélnek és tanulnak a gyakorlatok tapasztalataiból.



5.8. Egy konkrét gyakorlati példa: szülőcsoportok szervezése

☞ „A szülőcsoportokban rejlő lehetőségek ma még kiaknázatlanok; számtalan család küzd különleges problémákkal, de nehezen találhatnak egymásra, nehezen találhatnak 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.” (Eszik, 2014.)

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.
- Szórolap orvosi rendelőben, gyógyszertárakban, 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?



6. Felhasznált és további javasolt szakirodalom

- A tények tükrében. Pécs város egészsége. (Szerk.: Füzesi Zs., Tistyán L.) Fact Alapítvány, Pécs, 1996.
- Eszik O., Keresztury E., Szódy J.: A csoport mint pszichológiai tér: különböző élethelyzetű szülők csoportos foglalkozása. GYEMSZI, Budapest, 2014.
- 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)
- Füzesi Zs., Tistyán L.: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. (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.
- Kishegyi J., Solymosy J.: Fejleszhető egészség. Budapest, OEFI 2010. (<http://www.oefi.hu/egeszsegterv.pdf>)
- 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.

7. Jó gyakorlatok és példák egészségtervekre

Iskolai egészségterv:

- <http://www.c3.hu/~mgym/lap/eterv.doc>

Munkahelyi egészségterv:

- http://primasoftkft.hu/wp-content/upload/munkahelyi_egeszsegfejlesztési_terv.pdf

Települési egészségtervek:

- http://portal.debrecen.hu/upload/File/varoshaza/Kozzetetel/Debrecen_varos_egeszsegterve.pdf
- <http://infoszab.budapest.hu:8080/GetTirFile.aspx?id=100581>
- <http://www.zahony-port.hu/hirmondo/2013/egeszsegterv.pdf>
- http://www.felsozsolca.hu/useruploads/files/2013%20rend/Vegleges_egterv_fzs_na_pko%CC%88zis_OVI.pdf
- http://www.palotas.hu/prog_terv/palotasi.doc



8. Zárszó

Nemzetközi és hazai tapasztalatok szerint a hatékony ágazatközi együttműködés több szinten valósul meg a korszerű népegészségügyben, és fontos eszköz az egészséget meghatározó tényezők befolyásolására. Az önkormányzati, helyi kezdeményezések támogatása egyben a hatékony ágazatközi együttműködés alapja lehet. A hazai népegészségügyi programok kidolgozásának is alappillére az egyének, a csoportok, az intézmények és a közösségek részvétele és felelőssége az egészség fejlesztésében, így kiemelkedően fontosak a színtér 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 emelkedéséhez, így valamennyi intézménytípusban jól alkalmazható eszközrendszer. 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!

