

**A Felsőzsolcai Napközi
Otthonos Óvoda
egészségterve**

TÁMOP-6.1.2-11/1-2012-0883

Tartalom

| | |
|--|----|
| 1. Bevezetés..... | 4 |
| 1.1. Az egészség fogalma..... | 4 |
| 1.2. Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők..... | 5 |
| 1.3. Az egészség előfeltételei..... | 8 |
| 1.4. Egészségpolitika és az egészséget támogató környezet..... | 9 |
| 1.5. A prevenció szintjei a közösségi szintéren..... | 9 |
| 1.6. Egészségfejlesztés és egészségnevelés..... | 10 |
| 1.6.1. Speciális szempontok gyermekek, serdülők, fiatalok egészségneveléséhez és egészségfejlesztéséhez..... | 12 |
| 1.6.2. Esélyegyenlőség és hátrányos helyzetű csoportok egészségének védelme..... | 15 |
| 2. A civilizációs betegségek legfontosabb rizikófaktorai és prevenciók lehetőségei..... | 20 |
| 3. A közösség..... | 24 |
| 3.1. A közösség egészségi állapotot befolyásoló szerepe..... | 24 |
| 3.2. A közösségi egészségfejlesztés..... | 25 |
| 3.3. Működő modellek a közösségfejlesztés elősegítésére..... | 28 |
| 4. Az egészségterv..... | 32 |
| 4.1. Az egészségterv célja..... | 34 |
| 4.2. Az egészségterv, mint folyamat..... | 35 |
| 5. Állapotleírás..... | 37 |
| 5.1. Népeség..... | 37 |
| 5.2. Gazdasági aktivitás..... | 38 |
| 5.3. Keresetek..... | 40 |
| 5.4. Intézményi ellátottság..... | 42 |
| 5.5. Igazságszolgáltatás, bűnügyi helyzet..... | 43 |
| 5.6. Egészségi állapot..... | 44 |
| 5.7. Egészségmagatartás..... | 54 |
| 5.8. Területi jellemzők..... | 58 |
| 5.9. A Felsősolcai Napközi Otthonos Óvoda bemutatása..... | 58 |
| 6. Problématérkép..... | 58 |
| 7. Stratégiák..... | 60 |
| 7.1. SWOT analízis..... | 60 |
| 7.2. Stratégiai irányvonalak..... | 61 |
| 7.3. Stratégiai szempontok az egészségi állapot javításához és a közösségfejlesztéshez..... | 61 |
| 7.4. Jövőkép – Kitűzött célok..... | 62 |
| Egészségi állapot és életminőség..... | 62 |
| Közösség és közösségi élet..... | 62 |

| | | |
|-----|--|----|
| 8. | Cselekvési terv..... | 63 |
| | 2013-2014. | 63 |
| | Hagyományos rendezvényeink..... | 63 |
| | Betegségmegelőzéssel kapcsolatos előadás- és programsorozat..... | 63 |
| | 2015-2020. | 65 |
| | Reformátkeztetés..... | 65 |
| | Állandó helyszín..... | 65 |
| | Rendszeres testmozgás..... | 65 |
| | Felmérés..... | 65 |
| | Stakeholderek - Együttműködés..... | 66 |
| 9. | Visszacsatolás..... | 67 |
| 10. | Fenntarthatóság..... | 68 |
| 11. | Felhasznált irodalom..... | 69 |

1. Bevezetés

Intézményünk központi motívuma a gyermekek és szüleik életét javítani, lehetőségeit bővíteni minden létező eszközünkkel. Így most jelen egészségterven / „egészség-tervezés”-en keresztül szeretnénk intézményünk értékeit tovább bővíteni, és célcsoportunk életminőségét javítani.

Egészségtervünk az alábbiak szerint épül fel: az alapfogalmak, és az egészséget befolyásoló tényezők ismertetését követően áttekintjük a prevenció lehetőségeit és módszereit, kitérve a fiatalok és a hátrányos helyzetűek státuszára is. A közösségben rejlő erő feltárása után bemutatjuk magát az egészségtervet, mint a közösségek életét előmozdító többdimenziós segédeszközt. Az Állapotleírás fejezetben megvizsgáljuk, hogy az egészség előfeltételei milyen mértékben adottak országos és helyi szinten, illetve, hogy intézményünk célcsoportja az országos viszonyokhoz képest milyen helyi környezetben élnek mindennapjaikat. Áttekintjük az egészségi állapotot, egészségmagatartást országos és helyi szinten egyaránt. Fókuszunkat szűkítve megvizsgáljuk, hogy intézményünk célcsoportjában milyen speciális egészségi problémák, vagy az egészségi állapotot befolyásoló tényezők merülnek fel, és melyek azok, amelyekre mi magunk is befolyással lehetünk. Végül ezekre építve készítjük el cselekvési tervünket. Az egészségtervünket a hatékonyság érdekében végzendő feedback-technikák, illetve a fenntarthatóság mikéntjének ismertetésével zárjuk.

1.1. Az egészség fogalma

Az egészség fogalmának tisztázásakor érdemes a – kissé ugyan elavult, mégis mai napig sokak által használt – 1948-as WHO-definícióval kezdeni, mely szerint „Az egészség teljes fizikai, mentális és anyagi jóllét, és nem csupán a betegség illetve a fogyatékosság hiánya.” Ezt a definíciót sokan vitatják, hiszen kétséges, hogy reálisan a *teljes* – fizikai, mentális és anyagi – jóllét elérhető-e, és egyáltalán *cél-e* azt elérni.

Az egészségügyi alapellátásról 1978-ban Alma-Atában rendezett nemzetközi konferencián kijelentik, hogy az egészség *alapvető emberi jog*. Ezzel egyszer s mindenkorra egyértelművé válik, hogy a mindenkori hatalomnak nemcsak lehetősége, hanem kötelessége arra törekedni, hogy az állampolgárok ezt a jogukat érvényesíthessék.

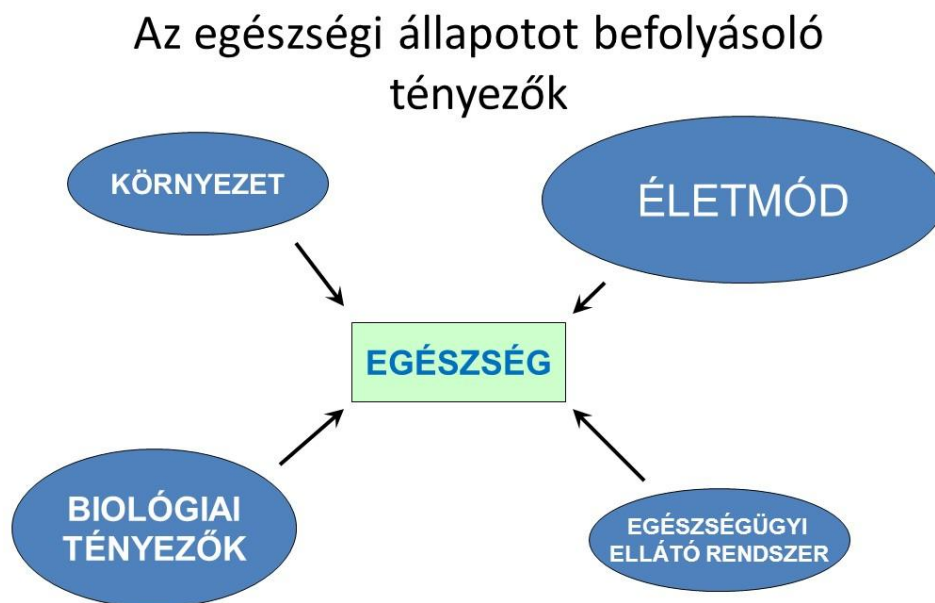
1986-ban Ottawában a Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián sokkal komplexebb (és modernebb) egészség-fogalmat alkottak, mely ma is jól rámutat e definíció sokrétűségére. E szerint az egészség nemcsak az élet pozitív erőforrása, hanem az emberekben rejlő készségek, képességek elérését, kihasználását is jelenti. Ez így már nem csak egyéni szinten, hanem a közösség bármely szintjén és színterén értelmezhető. Ez a deklaráció azért is volt olyan szükséges, mert végre tudatosította a döntéshozókban is, hogy hosszú távon csak úgy érdemes tervezni és cselekedni, hogy az eredmény egy egészséges népesség legyen. Hiszen az egészséges társadalom produktívabb, és az ebbe fektetett energia, idő, figyelem és pénz nemcsak megtérül, hanem sokszoros hasznot is hoz.

Az Ottawai Charta szerint az egészség jelenti a környezethez való (megfelelő, sikeres) alkalmazkodást is. Napjainkban az egészség e dimenziója kulcsfontosságúvá vált, hiszen azt a bizonyos fokú állandóságot, mely az ezredforduló előtt még kiszámíthatóvá tette szüleink, nagyszüleink életét, felváltotta egy rendkívül gyorsan változó, fejlődő világ. Ez nem csak az egyének, de a közösségek alkalmazkodóképességét is próbára teszi. A kommunikáció új, eddig nem létező formái – a közösségi hálók, és általánosságban az internet – rengeteg jól működő *valóságos* közösséget tett tönkre, és eredményezte a közösség tagjainak izolációját. A közösségek „egészségének” megromlása pedig szükségszerűen eredményezte az egyének testi-lelki egészségének a rosszabbodását.

1.2. Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők

Az egészségterv készítésekor az egyik legfontosabb alapelv, amit hangsúlyoznunk kell, hogy az egészséget meghatározó tényezők kívül esnek az egészségügy hatókörén. Bármilyen program megalkotása során az egyik legfontosabb cél az, hogy az adott közösség tagjai, ill. lakosság ezt megértse, és épp ezért akarjon is közreműködni a saját egészségi állapotának javulása érdekében, az azt meghatározó területek befolyásolásában.

Az 1981-ben kibocsátott Lalonde-jelentés néven elhíresült dokumentumban szögezik le először azt a tényt, hogy az egészséget befolyásoló tényezőket négy csoportra lehet osztani: biológiai tényezők, környezet, életmód, egészségügyi ellátó rendszer. Ezen csoportokat egy vizsgálat alapján állapították meg, amely a lakosság halálozása és megbetegedése hátterében meghúzódó okokat tanulmányozta.



1. ábra

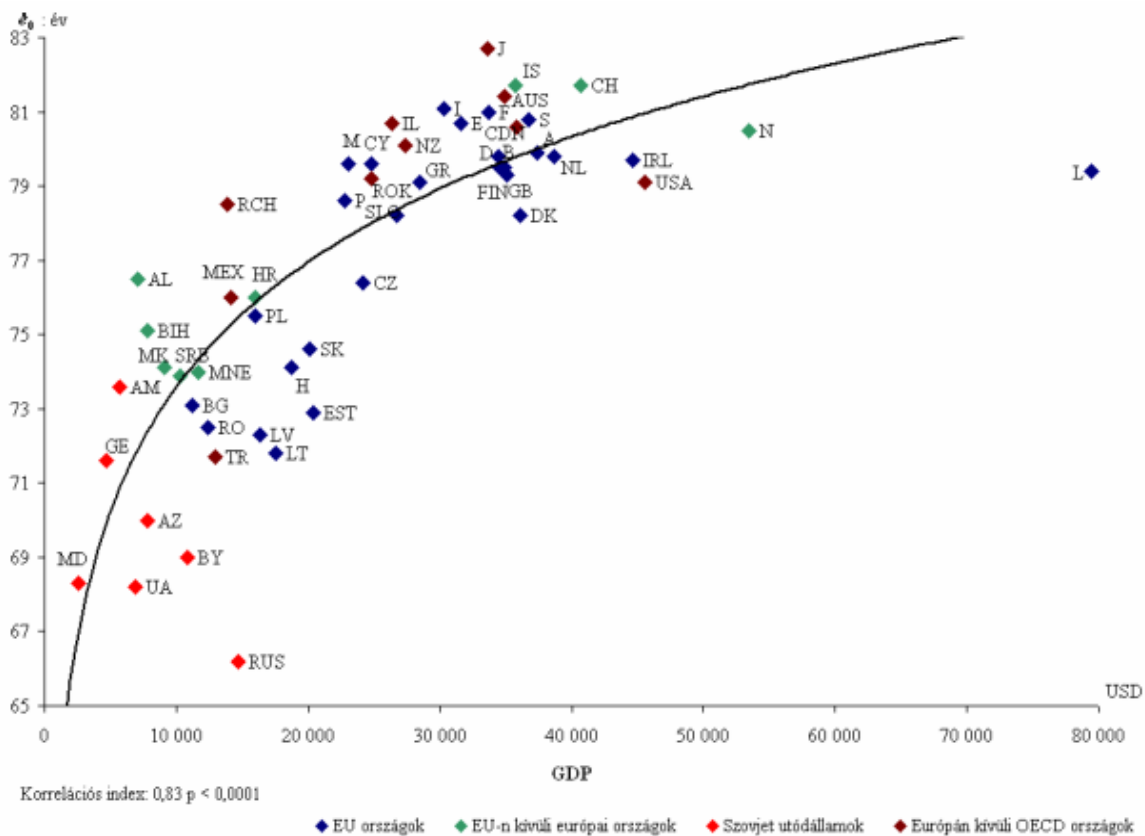
Az egészségi állapotot befolyásoló négy terület közül a népegészségügyi szakemberek az életmódot tartják a legjelentősebbnek, nem véletlen tehát az ezt célzó programok sokasága. A laikusok figyelme azonban legtöbb esetben az egészségügyi ellátórendszer felé fordul a leginkább, annak ellenére, hogy e terület bír a legcsekélyebb befolyással a lakosság egészségi állapotára. Fontos azonban hangsúlyoznunk, hogy az említett fontossági sorrend egy népesség esetében igaz és érvényes, egyetlen személy egészségi állapotának figyelembe vételekor előfordulhat ettől eltérő mintázat is.

A humán biológia kategóriájába foglaltatik a genetikai faktoroktól kezdve az öregedésig, és a különböző szervek, szervrendszerek működéséig minden olyan tényező, amely akár a fizikai, akár a mentális egészséget befolyásolhatja.

A környezet értelmezésekor nemcsak a biológiai és épített, hanem a szociális és a gazdasági környezet is rendkívüli fontossággal bír. Az egyén önmagában nem tudja biztosítani sem a tiszta ivóvizet, sem a táplálékot, a szennyvíz-elvezetést, a hulladékok elszállítását, a fertőző betegségek megelőzését, stb. Nincs ráhatása arra sem, hogy például a mentő időben érkezék-e

majd egy baleset helyszínére, és így megmenthető-e az élet, egy esetleges baleset elszívását követően. Itt kell megemlítenünk a tágabb értelemben vett gazdasági környezetet is, ami annak ellenére, hogy nem kézzelfogható „környezeti” elem, mégis indirekt, ugyanakkor jelentős hatást gyakorol a népesség egészségi állapotára. Ezen kérdéskörökben tehát rendkívüli a mindenkori közösség és a döntéshozók szerepe.

Általánosságban elmondható, hogy egy ország gazdasági fejlettsége nagy mértékben befolyásolja az életkilátásokat. Ez számokban is mérhető, mégpedig az egy főre jutó bruttó hazai össztermék (Gross Domestic Product – GDP) mértékével: minél nagyobb ez a szám, annál magasabb a születéskor várható élettartam (SZVÁÉ).



2. ábra

Összefüggés a SZVÁÉ és a vásárlóerő-paritással^{a)} korrigált, egy főre jutó bruttó hazai össztermék (GDP) között az európai országokban és az Európán kívüli OECD országokban 2007-ben (Népegészségügyi orvostan – Szerk.: Ember István, Kiss István, Cseh Károly, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara, Pécs, 2013)

Az életmód egészségi állapotot befolyásoló szerepe esetében könnyű volna kijelenteni, hogy például ha valaki dohányzik, akkor nagy mértékben felelős e káros szenvedély következményeként kialakuló betegség(ek) létrejöttéért. Azonban tudható, hogy például a függőségek kialakulása esetében nagyon fontos szerepe van a szociális környezetnek, és a gyermekkorban látott (szülői) viselkedésmintáknak. A környezet szerepe jelentős annak tekintetében is, hogy mely információ jut el az egyénhez, és egyáltalán tisztában van-e egy adott viselkedés káros hatásaival, következményeivel. Ily módon maga az egyén nem hibáztatható teljes mértékben a betegségéért, hiszen ő nem tehet arról, hogy milyen környezetbe, családba született. Épp ezért óvatosan kell bánnunk a lakosság egészségi állapotát érintő felelősségi körök megállapításakor.

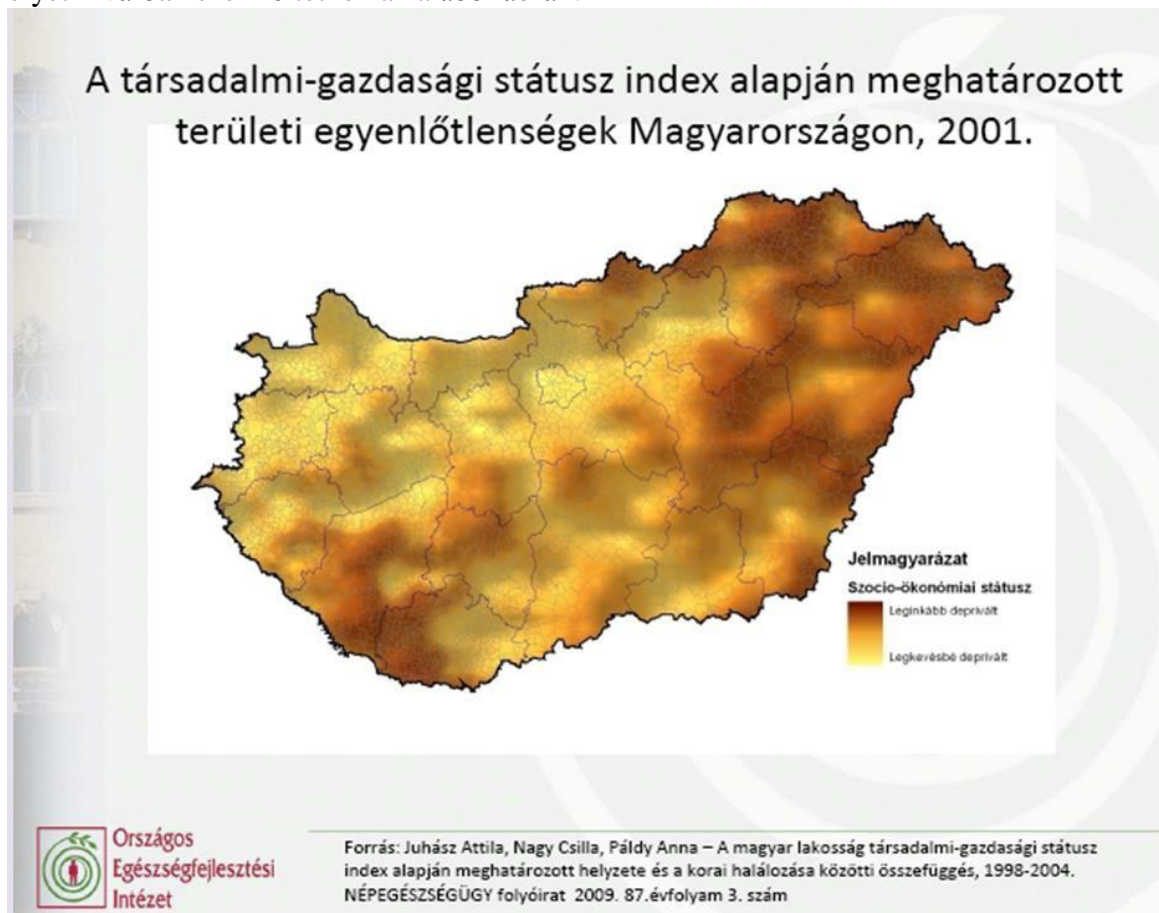
A Lalonde által leírt egészségügyi ellátórendszerbe nemcsak a betegellátás, hanem például a népegészségügyi / tisztiorvosi szolgálat, az idősek otthonai, és a gyógyszerellátás is beletartozik.

Összefoglalásként elmondható tehát, hogy a fenti négy terület mindegyike felelős azért, hogy egy adott területen és időben együtt élő népesség egészségi állapota hogyan alakul.

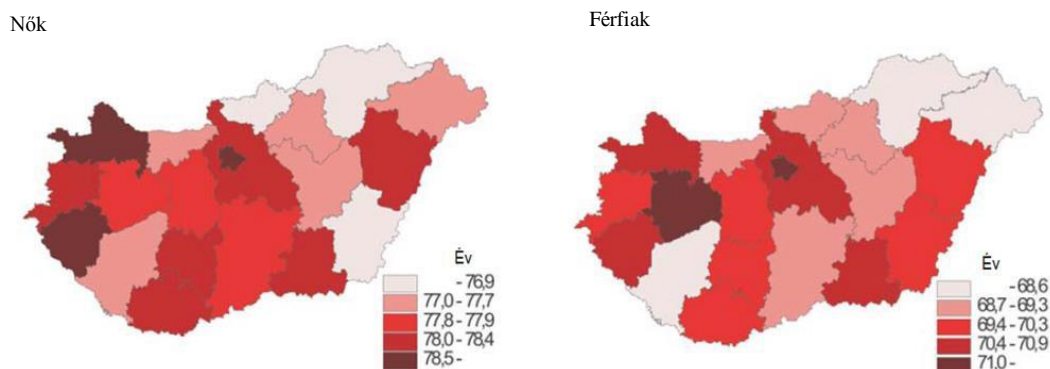
Specifikus szinten egy populáció egészségét a kulturális-, gazdasági-, politikai-, egészségügyi ellátási-, fizikai- és társadalmi környezet kölcsönhatásának rendszere alakítja. Lokális szinten (azokon a szintereken, ahol a mindennapi élet folyik) az egészséget a hétköznapi szabadság megélésének szubjektív érzete, a lakó-, munkahelyi- és természeti környezet, a társas kapcsolatok és társas támogatottság, az anyagi helyzet, az értékek és ismeretek, valamint az egészségügyi ellátó rendszer szolgáltatásainak elérhetősége együttesen biztosítja. *Dr. Kishegyi Júlia, Solymosy József Bonifác: Fejleszhető egészség – Módszertani útmutató egészségtervekhez. OEFI 2010.*

A népesség egészségi állapotát jelentősen befolyásolja a lakosság társadalmi-gazdasági státusza. Az alacsonyabb szociális csoportba tartozóknak nemcsak az orvoshoz fordulási hajlandósága, illetve az egészségügyi személyzettel való együttműködése (compliance) rosszabb, hanem gyakoribb az érelmeszesedés, ajakrák, tüdőrák, gyomorrák, májzsugor előfordulása is. A magasabb társadalmi rétegek tagját gyakrabban érinti a cukorbetegség, a szívérrendszeri betegségek akut formái, és a mentális egyensúly felborulása miatti problémák. Az ún. „fehérgalléros” szellemi, irodai munkát végzők közt gyakoribbak az elhízással kapcsolatos betegségek, az epekövesség, a vastagbélrák, végbélrák, emlőrák és a heveny agyi érkatasztrófák.

A szocio-ökonómiai státusz általánosságban befolyásolja a születéskor várható élettartamot, melyet kiválóan szemléltetnek az alábbi ábrák:



3. ábra



4. ábra

Nők és férfiak születéskor várható átlagos élettartama megyénként, 2009. (Forrás: KSH, Statisztikai tükör, 2010/115)

1.3. Az egészség előfeltételei

Az Ottawai Charta szerint az egészség alapfeltételei és forrásai: a béke, lakás, oktatás, élelem, jövedelem, stabil ökológiai rendszer, fenntartható erőforrások, társadalmi igazságosság és egyenlőség. Minden további csak ezen feltételek megteremtése után következhet. Épp ezért irreális olyan programokban gondolkodni, melyek pl. a reformtáplálkozás előnyeire hívják fel a figyelmet, miközben az adott résztvevőknek például arra sincs elegendő anyagi forrásuk, hogy télre megvegyék a tűzifát.

Az adelaide-i Második Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián 1988-ban kimondták, hogy a szociális igazságosság alaptétele annak biztosítása, hogy az emberek számára elérhető legyenek az egészséges és kielégítő élet alapfeltételei. Ez szociális és gazdasági szempontból egyaránt növeli a társadalom általános termelékenységét. Az egészséget támogató közpolitika rövid távon hozzájárul a hosszú távú gazdasági növekedéshez.

A Dzsakartai Nyilatkozatban 1997 júliusában deklarálták, hogy „a szegénység az egészség legfőbb veszélyeztetője. Demográfiai trendek, mint az idősek számának és arányának növekedése, az urbanizáció, a krónikus betegségek gyakoribbá válása, a mozgásszegénység, az antibiotikumokkal és más, gyakran szedett gyógyszerekkel szembeni rezisztencia, a növekvő kábítószer-fogyasztás, az otthoni, családon belüli erőszak emberek százmillióinak egészségét és jólétét veszélyeztetik. Új, és újból felbukkanó fertőző megbetegedések, a lelki egészség problémáinak fokozódó felismerése sürgős választ követelnek.”

„A nemzetek feletti tényezőknek is fontos hatásuk van az egészségre. Ide tartozik a globális gazdaság, a pénzpiacok és a kereskedelem integrációja, a médiához és a kommunikációs technológiákhoz való hozzáférés éppúgy, mint az erőforrások felelőtlen felhasználása következtében kialakuló környezetromlás.

Ezek a változások alakítják az értékeket, az életmódot szerte a világon, az emberi életúton, az életfeltételeken át. Egyesek közülük jelentős potenciát képviselnek az egészség támogatására, mint a kommunikációs technológia fejlődése, mások, mint a nemzetközi dohánykereskedelem, alapvetően negatív hatásúak.”

1.4. Egészségpolitika és az egészséget támogató környezet

Az előző két alfejezetben világosan feltártuk, hogy az egészség nem magában a magyar nyelven „egészség-ügy”-nek nevezett rendszerben keletkezik. Az ’egészségpolitika’ kifejezésben a ’politika’ szó is szerepel, azonban ez a szóösszetétel valójában az angol ’health policy’ kifejezésből származik, s abban a ’policy’ szó jelentése nemcsak politika, hanem ’szabályozás’, ’eljárás’, ’vezérelv’ is lehet. Ebből pedig kitűnik, hogy az egészségpolitika nem egyenlő az egészségügy, illetve az egészségügyi ellátórendszer politikai befolyásolásával. Egészségpolitikai feladata van minden olyan szakpolitikai területnek, amelyek bármilyen módon befolyásolhatják a lakosság egészségét. Ebbe pedig ugyanúgy beletartozik egy társadalom megfelelő minőségű élelmiszerekkel való ellátása (s ezen keresztül például a mezőgazdasági szakpolitika), mint a közúthálózat kifogástalan állapotának megteremtése, ezzel csökkentve a balesetek számát, illetve lehetővé teszi a mentők időbeni helyszínre érkezését.

A hatékony egészségpolitikai intézkedésekre kiváló példa Finnország. Az Észak-Karélia projekt néven ismert cselekvéssorozat azért indították útjára, mert a népesség – főként a férfiak – kardiovaszkuláris halálozása az 1970-es évek elején rendkívül magas volt. Mivel ennek hátterében már akkor is ismert volt az egészséges táplálkozás és a káros szenvedélyek, mint oki tényező, központi-kormányzati intézkedéseket tettek: az egészségtelen (sós, tartósított) élelmiszerek, a dohánytermékek és az alkohol adóját rendkívüli mértékben megemelték, melynek eredményeképpen a szív-érrendszeri halálozás drasztikusan csökkenni kezdett. Ma Európa egyik legkedvezőbb népegészségügyi helyzete a finneké.

Muszáj azonban megemlíteni, hogy ilyen eredményeket csak politikai ciklusokon átívelő intézkedésekkel lehet elérni, hiszen az ilyen primer prevenciók intervenciók megtérülési ideje legalább egy generáció.

A ’Health in all policies’ (HiAP – Egészséget minden szakpolitikában) eredetileg egy könyv címe, melyet az EU finnországi elnöksége ideje alatt adtak ki. Az interszektoralis együttműködés igényét fejezi ki, hiszen a kormányzás és a gazdaság minden szegmense hatással lehet az egészségre, és az egészséggel összefüggő esélyegyenlőségre, beleértve a pénzügyet, oktatást, lakhatást, foglalkoztatást, közlekedést és egészséget. Az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség javításához az egész kormány összehangolt tevékenysége szükséges minden szinten.

A különböző szakpolitikák koherenciája kulcsfontosságú – azaz a különböző minisztériumok szakpolitikáinak ki kell egészíteniük egymást ahelyett, hogy ellentmondának egymásnak. Az a kereskedelempolitika például, amely a gyümölcs- és zöldségtermelés rovására aktívan ösztönzi a magas zsír- és cukortartalmú élelmiszerek korlátozás nélküli gyártását, kereskedelmét és fogyasztását, ellentmond az egészségpolitikának, amely a magas zsír- és cukortartalmú élelmiszerek visszafogottabb fogyasztását és a gyümölcsök és zöldségek nagyobb mennyiségben történő fogyasztását ajánlja.

Az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség érdekében végzett munka során fontos lépés a kormányzaton túlnyúlva elérni a civil társadalmat, és az önkéntes, illetve magánszektort is. A szakpolitikai szempontokba egyre inkább beépül a közösség bevonása és a társadalmi részvétele, ez pedig segít abban, hogy az egészséggel összefüggő esélyegyenlőség témakörében igazságos döntések szülessenek. *Számoljunk fel egy generáció alatt a szakadékot, OEFI, 2008.*

1.5. A prevenció szintjei a közösségi szintéren

A közösségi egészségfejlesztés és egészségnevelés, valamint egy program fenntarthatósága szempontjából is fontos a prevenció mindhárom szintje. És bár a prevenció azt jelenti, hogy egy adott betegséget kívánunk megelőzni, a közösségi egészségfejlesztés pedig inkább az

egészséges állapot megtartásának, elérésének célját tűzi maga elé, mégis számos eszköze használatos e folyamatban is.

Az elsődleges megelőzés egy adott betegség kialakulása előtti releváns, kockázati tényezők kiiktatását, kikerülését, megszüntetését jelenti. Eszköztárában sok minden megtalálható, úgymint az edukáció, antibiotikum profilaxis, fitokemikáliák, vitaminok fogyasztása, illetve maga az egészséges táplálkozás, valamint a káros magatartásformák (pl. dohányzás, alkoholfogyasztás, droghasználat) kerülése.

A szekunder prevenció a tünetek megjelenése előtti, a betegségkezdet utáni időszakban elvégzett, vizsgálattal nyert korai diagnózis, gyakran a szűrővizsgálatok szinonimájaként emlegetik. Szűrővizsgálatra sajnos nem alkalmas bármely betegség, csak azok, amelyek a következő kritériumoknak megfelelnek: nagy népegészségügyi jelentőséggel bír (mortalitás, morbiditás vagy speciális populáció érintettsége), hosszú preklinikai fázissal rendelkezik, létezik terápia vele szemben, amely elérhető, és amellyel nemcsak látszólagos, hanem valós élethossz növekedést érhetünk el és / vagy amely a páciens életminőségét javítani képes.

A terciér prevenció az adott betegség tüneteinek megjelenése után jön szóba. Célja: a szövődmények megelőzése. Ide tartozik a beteg állapotának követése megfelelő vizsgálatok rendszeres elvégzésével és értékelésével, a rehabilitáció, illetve bizonyos esetekben maga a betegség terápia, amellyel egy másik, komplikációként fellépő betegséget vagy állapotot előzhetünk meg.

A három prevenciós szint közül leghatékonyabb az elsődleges megelőzés, ezzel nem csupán az adott betegségből eredő halálozást, hanem a kórkép fellépésének gyakoriságát is csökkenteni tudjuk.

A prevenció mindhárom szintjén jelentős szerepe van a közösségnek, hiszen mindegyik esetben az egyén egészségmagatartása létfontosságú. A viselkedésünket pedig a közösség, a körülöttünk élő emberek ugyanúgy megerősíthetik, mint ahogy akadályozhatják vagy helyteleníthetik is, legyen szó az egészséget elősegítő, vagy gátló magatartásformáról. A legegyszerűbb példa erre: vizsgálatok kimutatták, hogy a serdülők táplálkozási szokásait annak ellenére a szülőktől tanultak határozzák meg, hogy ez az az életszakasz, amikor a kamaszok mindenben a szülők ellen láznak, és amikor a viselkedésük a legszélsőségesebb. Egyáltalán a közösségi normának megfelelő konform magatartás határozza meg a közösség szinte minden tagjának az attitűdjét egy adott témával kapcsolatban, mint például család, párkapcsolatok, egészség, pénzügyi minták, szabadidő eltöltése, stb.

1.6. Egészségfejlesztés és egészségnevelés

Mind az egészségfejlesztésnek, mind pedig az egészségnevelésnek végső célja az egészséges életmód kialakítása. Az egészséges életmód összetevőit az alábbiakban határozhatjuk meg: személyi higiéné, rendszeres testmozgás, egészséges táplálkozás, stressztűrés és stresszkezelés, baleset-megelőzés, kiegyensúlyozott szexualitás, dohányzás mellőzése, alkoholfogyasztás mérséklése, drogtagadás, időben orvoshoz fordulás, az egészségüggyel való együttműködés, egyéni környezettisztelt, környezetvédelem.

Mivel az egészségfejlesztés és egészségnevelés fogalmát sokan összemoszák, illetve egymás szinonimájaként alkalmazzák, érdemes ezeket tisztázni. Az *egészségfejlesztés* az a folyamat, amely képessé teszi az embereket arra, hogy egyre nagyobb mértékben irányítsák, és ily módon javítsák saját egészségüket. Tehát az egészségfejlesztés minden esetben a résztvevők aktív közreműködésével jár. Folyamat, ami azt jelenti, hogy nem szorítkozhat egy-két alkalomra, és magában rejti a hosszú távú célok elérésének a vágyát. A definíció továbbá arra is utal, hogy az emberek később képesek lesznek irányítani saját egészségi állapotukat, vagyis nem megkerülhető a felelősségvállalás kérdésköre sem.

Az egészségnevelés sok esetben pusztán információátadást jelent, amelyet a résztvevők passzív befogadóként élnek meg.

A hatékony egészségfejlesztés a mindennapi életben alkalmazható tevékenységek szokássá fejlesztését is jelenti, a hatásos egészségnevelés pedig a napi döntéseink során alkalmazható információ átadását. Ezek miatt nem véletlen, hogy amennyiben eredményes munkát szeretnénk, akkor érdemes a közösségek színtereiben gondolkodni, hiszen szokásainkat gyakran környezetünk alakítja, míg döntéseinket is hajlamosak vagyunk aszerint meghozni, hogy az társainknak, vagy a számunkra példaképet jelentő személynek megfeleljen.

Magát az egészségfejlesztést sokan az elsődleges megelőzés szintjéhez társítják. Azonban az egészségfejlesztésnek mindhárom prevenció szinten létjogosultsága van. Hiszen az egészségfejlesztés eredményeképpen érhetjük el azt, hogy az egyén rendszeresen járjon fogászati vagy éppen nőgyógyászati szűrővizsgálatra – ami a másodlagos megelőzés tárgykörébe tartozik, és azt is, hogy amennyiben valakinél például magas vérnyomás betegséget diagnosztizálnak, betartsa az orvos utasításait és rendszeresen járjon kontrollra, vagy tegyen lépéseket az életmódja megváltoztatásának az érdekében (tercier prevenció). Természetesen hatékonyságát tekintve az elsődleges prevenció területén érhetünk el kifejezett eredményeket.

Az egészségfejlesztés és egészségnevelés kapcsán sajnálatos módon nem minden fórumon és nem minden szakember számára merül fel az, hogy e programok sikerességének alapfeltétele, hogy az egyes egyének *akarjanak* egészségesek lenni, és egészségesen élni. Egyáltalán: *akarjanak élni*. Kétség kívül szomorú ezt kimondani, de anómiás társadalmunkban nem ritkán találkozunk azzal a jelenséggel, hogy ugyan öngyilkos nem akar lenni az adott személy, de rejtetten még sincs kifejezett motivációja az életben (maradáshoz). A kilátástalan helyzettel, a dolgok kiszámíthatatlanságával magyarázzák sokan mindezt. Kimutatott tény, hogy azokon a területeken, ahol nagyobb a szegénység és a népesség társadalmi-gazdasági státusza alacsonyabb, sokkal gyakoribb a depresszió és egyben az öngyilkosság is, mint a depresszió egyik legsúlyosabb „szövődménye”, következménye. Ebből következik tehát, hogy az igazán hatékony egészségfejlesztő programok során erre is gondolni kell, ezt a jelenséget kell kezelni illetve megelőzni. Ezen a területen is kulcsfontosságú a kisebb-nagyobb közösségek támogató szerepe.

Az egészségfejlesztés témáját érintve fontos továbbá hangsúlyozni a felelősség kérdéskörét. Hiszen sok esetben a kockázatos egészségmagatartás a felelősségvállalás hiányából adódik, ez pedig a személyiség érettségének egy jellemzője. Vagyis amennyiben hatékony egészségfejlesztési és egészségnevelési tevékenységet / programot szeretnénk végrehajtani, nem hagyható ki az önismeret, személyiségfejlesztés területe sem.

Felmerül a kérdés, hogy mely életkorban érdemes vagy kell egészségfejlesztő, egészségnevelő programokat véghezvinni. Egyes szakemberek vitatják, hogy felnőtt korban – amikor a szokások már kialakultak – bármilyen fogantatja van az egészségnevelésnek, az egyszerű információközlésnek, és sokkal inkább arra kell a fókuszot helyezni, hogy *lehetőséget* teremtsünk az egészséges életvitelre. Ez például az épített környezet alakításával, rekreációs tevékenységek szorgalmazásával, illetve az egészségesebb élelmiszerek megfizethetőbbé tételével képzelhető el. Valóban, sokkal hatékonyabbak ezek a metódusok, ugyanakkor a megfelelő információ birtoklása nélkülözhetetlen ahhoz, hogy tudatosak legyünk, és bizonyos változtatásokat rendszerszerűen vezessünk be a mindennapi életünk során. A munkahelyi egészségfejlesztés során zajló egészségnevelés például kiváló eszköz arra, hogy azokat a hátrányos helyzetű csoportokat elérjük, akiknek az otthoni környezetében nincs lehetőség a megfelelő tájékoztatásra.

Az Ottawai Charta-ra, mint az egészségfejlesztés egyik alapvető dokumentumára visszautalva, nem véletlen tehát, hogy a szóban forgó WHO konferencián az alábbi öt egészségfejlesztési cselekvési területet azonosították:

- az egészséget támogató közpolitika megalkotását,
- az egészséget támogató környezet kialakítását,
- az egyéni készségek fejlesztését,
- a közösségi akciók erősítését,
- és irányváltást az egészségügyi ellátásban.

1.6.1. Speciális szempontok gyermekek, serdülők, fiatalok egészségneveléséhez és egészségfejlesztéséhez

A gyermekek, serdülők, fiatalok egészségfejlesztése, egészségnevelése kapcsán több szempontot is figyelembe kell vennünk. Egyrészt, melyek az ebben az életkorban felmerülő leggyakoribb betegségek, másrészt, melyek a gyermek-, serdülő- és fiatalkori halálozás okozói. Továbbá, az életre szóló egészségmagatartás ebben az életkorban alakul ki, és mit tehetünk azért, hogy helyes magatartásbeli elemek alakuljanak ki ennél a korosztálynál? Ez utóbbi maga a vertikális egészségfejlesztés, illetve egészségnevelés.

Gyermek- és serdülőkorban a leggyakoribb betegségek: váz- és izomrendszer betegségei (pl. tartási rendellenességek, gerincferdülés, lúdtalp), látás rendellenességei, elhízás, asztma, allergia, és fontos megemlíteni a későbbi következmények miatt a fogszuvasodást is. Rendkívül nagy gyakorisággal fordulnak elő fertőző betegségek, melyek jelentős részével nem fordulnak orvoshoz, hiszen spontán meggyógyulnak, így ezekre vonatkozó adatokat is csak becslésekből lehet nyerni. Igen nagy a rejtett morbiditás a serdülőkori depresszió esetében (egyes felmérések szerint minden harmadik lány és minden ötödik fiú a serdülők közt mutat valamilyen depressziós tünetet), mely azért is jelentős, mert ez az egyik kitüntetett életkor az öngyilkosságok szempontjából.

Az 5-14 éves korcsoportban leggyakoribb halálokok a balesetek és a rosszindulatú daganatok. Az ebben az életkorban jelentkező malignus betegségek nagy része a genetikailag determinált megbetegedések közé tartozik, ahol az életmód még rendkívül kis szerepet játszik, ezért ezekben az esetekben a primer prevenciónak sajnos nincs relevanciája. A 15-24 éves fiatalok halálozásában kiemelkedő szerepet játszanak nemcsak a balesetek, hanem az öngyilkosság, önsértés is. Ezekben az életkorokban maga a halálozás alacsony mértékű, ugyanakkor a meghaltak rendkívül nagy százaléka valamilyen balesetben hunyt el.

A fenti egészségi problémák megelőzésére az alábbiak szerint van lehetőség.

Az elsődleges megelőzés legfőbb elemei közé tartozik a személyi higiéné. Ennek elsajátítása általában a családban történik meg kisgyermekkorban, és később az óvodában illetve az általános iskola alsó tagozatában kapnak megerősítést a gyermekek. Az elemzések szerint hazánkban sajnos a gyermekek kb. egynegyede nem kap otthon megfelelő indítást e téren. Sok esetben előfordul, hogy az iskolában a hiányos infrastruktúra miatt nincs is lehetőség pl. az étkezés előtti kézmosásra. Ez azért probléma, mert a beidegződött reflexek így elsorvadhatnak, s így hiába volt a szülők illetve az óvodapedagógusok erőfeszítése, ezek az egészségmegőrzést szolgáló szokások nem maradnak meg.

A fertőző betegségek megelőzése kapcsán nemcsak a megfelelő személyi higiéné, hanem a gyermekkorai védőoltások beadása is lényeges. Szerencsére hazánkban ez rendkívül jól és hatékonyan működik – valószínűleg nagy szerepe van annak, hogy a szülőknek ezért külön térítést nem kell fizetni.

A táplálkozás tekintetében is több dologra kell gyermek- és fiatalkorban figyelmet fordítani. Egyrészt a szervezet optimális fejlődéséhez feltétlenül szükséges a változatos, nemcsak mennyiségében, hanem minőségében is megfelelő táplálék bevitele. A két szélsőséget mindenképp fontos megemlíteni: nemcsak a gyermekkorai elhízás, hanem a gyermekkorai éhezés, alultápláltság is a megoldandó, megelőzendő feladatok közé tartozik. A WHO

kezdeményezésére jött létre a Táplálkozás-barát Iskolák Hálózata (Nutrition Friendly School Initiative, NFSI), melynek célkitűzése, hogy a tanulók megtanulják, és meg is tapasztalják az egészséges életmód minden elemét. E hálózathoz, csakúgy, mint a szintén WHO által lehetővé tett HAPPY (Hungarian Aqua Promoting Program in the Young) modellprogramhoz bármelyik hazai iskola csatlakozhat, ezáltal is segítve diákjai egészséges életmódra nevelését. Példaértékű, és feltétlenül említésre méltó, a helyi kezdeményezésből mára országos méretűvé fejlődött Mintamenza program, melyben remélhetőleg hamarosan minden iskola illetve óvoda részt vesz majd. E kezdeményezés is tökéletes példája annak, hogy az egészséges étkezés nem feltétlenül pénz kérdése, hiszen a megvalósító szakemberek megmutatták, hogy ugyanakkora összegből lehet korszerű, egészséges és ízletes ételt is készíteni. Szintén példamutató a Minden gyerek lakjon jól! alapítvány tevékenysége, amely az éhező gyermekeknek való segítségnyújtáson túl, a fenntartható fejlődést is célozza.

A táplálkozás ritmusa ugyanúgy fontos lehet az elhízás megelőzésének szempontjából, mint a táplálkozás mennyisége és minősége. Az 5. ábra tanúsága szerint - mely az *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása* című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréseinek eredményeit mutatja - a serdülők jelentős része egyáltalán nem reggelizik sem hét közben, sem hétvégén. Ugyanezen vizsgálat eredményei alapján az életkortól függően a serdülők akár négyötöde nem fogyaszt naponta gyümölcsöt, zöldséget (az életkor előrehaladtával egyre kevesebben fogyasztanak napi szinten a szóban forgó élelmiszerekből), ellenben szénsavas üdítőitalokat és édességet átlagosan a tanulmányban résztvevő 5-11. évfolyamos tanulók harmada fogyaszt naponta.



5. ábra

Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010. Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés. Országos Gyermekegészségügyi Intézet

A fent említett vizsgálat alapján az 5-11. évfolyamos diákoknak csak kevesebb, mint 20%-a mozog eleget, ugyanakkor a tanulók legalább egyötöde 4 órát, vagy annál is többet néz tévét

naponta; a fiúk fele, a lányoknak pedig egyötöde napi két óránál is többet játszik számítógépen. Pedig a rendszeres (és megfelelő, illetve a gyermekek számára is élvezetes) testmozgás számos betegség ellen véd. Nemcsak testi betegségekkel szemben protektív, hanem például a depresszió, illetve a különböző függőségek kialakulását is mérsékli. Ez utóbbi hatás úgy érvényesülhet, hogy a sport a szabadidő eltöltésére ad alternatívát, mely a legújabb kutatások szerint sokkal fontosabb és hatékonyabb az egészségfejlesztésben és nevelésben, mint a tiltás, mint módszer. A testmozgás esetében fontos szempont, hogy a gyermekek az óvodában és az iskolában megtalálják a testhez álló, számukra is jóleső mozgásformát és/vagy sportágat annak érdekében, hogy a rendszeres mozgás belülről jövő természetes igényé, illetve feszültség levezető módszerré váljon. Ehhez természetesen megfelelő szakemberek és infrastruktúra szükséges. Hazánkban, napjainkban számos olyan civil kezdeményezést látunk, amelyek eredményesen képesek a hiányzó feltételeket megteremteni, legyen szó anyagi vagy humán erőforrásról. Rendkívül sok múlik a szülői közösségen, a lelkes és fogékony, nyitott pedagógusokon, illetve védőnőkön egyaránt. Számos intézmény mutatta meg a közelmúltban, hogy összefogással sok problémát meg tudnak oldani „házon belül”. Ezek a kezdeményezések túlmutatnak önmagukon, hiszen rendkívüli hatással lehetnek a közösség életére illetve lendíthetnek rajta, visszaadhatják az emberek hitét abban, hogy együtt kivételes dolgokra lehetnek képesek. Ezek a valóban alulról jövő kezdeményezések pedig gyógyítólag hatnak napjaink anómiás társadalmára, s így indirekt módon a közösség tagjainak egészségi állapotára is.

A rizikómagatartás (dohányzás és alkoholfogyasztás) tekintetében elmondható, hogy a kipróbálás életkora egyre korábbra tolódik, illetve a középiskolába lépés után a dohányzás és alkoholfogyasztás gyakoriságában ugrásszerű növekedést látunk. A legveszélyeztetettebbek a szakmunkásképzők és szakiskolák tanulói. A drogfogyasztás kapcsán megemlítendő, hogy a fiúk és az idősebbek jobban veszélyeztetettek, illetve a kipróbálás életkora ebben az esetben is korábbra tolódik, a fogyasztás gyakorisága pedig általánosságban növekvő tendenciát mutat. A drogérintettség Budapesten a legnagyobb mértékű, a kisebb településeken az inhalánsok, oldószerek használata gyakoribb. Nagy figyelmet kell szentelni a napjainkban egyre több fiatal halálát okozó ún. dizájner drogoknak is. Hazánk sajnos e szerek használatát és értékesítését figyelembe véve is „kapuország”-nak tekintendő, a törvénykezés lassúsága miatt. Ezért a fiatalok megfelelő tájékoztatása létfontosságú.

A függőségek megelőzése a szabadidő eltöltésének egészséges és építő alternatívái útján lehet a leghatékonyabb. Sajnos számos egészségnevelő alkalom során követik el azt a hibát, hogy az egyes hangulatmódosító szerek hatásait esetelven, és azokat tiltva inkább felkeltik a serdülők kíváncsiságát ahelyett, hogy a kedvüket szegnék. Természetesen például a túladagolások vagy a használat mellékhatásait felismerni igenis szükséges lehet olyan szituációban, ahol a felismerés fontos, a hatékony segítségnyújtás érdekében. A legújabb kutatások azonban azt igazolják, hogy a tiltásnál sokkal fontosabb, hogy a fiatalok megtanulják értelmesen eltölteni szabadidejüket. További fontos szempont, illetve alapelv a lelki egészség fejlesztése, úgy, mint az önismeret, az önbizalom, megküzdési és problémamegoldó képességek, érzelmi intelligencia javítása, és egy olyan „Sentinel” („őrszem”) hálózat működtetése, mely lehetővé teszi a problémák korai felismerését, illetve annak lehetőségét, hogy a fiatalok minden pillanatban azt érezhessék:, hogy van kihez fordulniuk a problémáikkal.

A serdülők életének fontos lépcsője a szexualitás megtanulása, az ezzel kapcsolatos értékek helyén kezelése, illetve az esetleges veszélyek (szexuális úton terjedő betegségek, nem kívánt terhesség) megelőzésének ismerete. Sajnos számos iskolában tapasztalhatunk struccpolitikát a pedagógusok részéről („amiről nem beszélünk, az nincs...!”), ami egyre veszélyesebb, hiszen az első szexuális együttlét ideje is egyre korábbi életkorra tolódik. Az egészségnevelésnek e

területe kiválóan alkalmas a - megfelelően, kellő körültekintéssel és komolysággal kezelt - kortárs oktatás módszerének alkalmazására.

A serdülők és gyermekek egészségfejlesztésének általános alapelvei közt további fontos szempontok:

A módszerek tekintetében kiemelkedő jelentőségű a szülők párhuzamos bevonása a programokba, illetve megszívlelendő a kortárs oktatás lehetőségeinek kiaknázása. Ez a korosztály sokkal könnyebben fogad el információkat társaitól, illetve mer kérdésekkel fordulni a vele egykorúakhoz. E korcsoportnál kiemelten fontos a megtapasztalásból eredő tanulás, és az interaktivitáson alapuló programelemek, hiszen az új generáció egyre kevésbé fogékony a „száraz”, „tankönyv-ízű”, csupán passzív befogadáson alapuló oktatási módszerekre. Minél színesebb, „pörgősebb”, élvezetesebb egy program, annál sikereesebb és hatékonyabb lesz az információátadás. Megsívlelendő, hogy amennyiben nem az ő nyelvükön szólunk hozzájuk, és ragaszkodunk a régi, elavult módszerekhez / nyelvezethez, előfordulhat, hogy célunknak éppen az ellenkezőjét érjük majd el.

1.6.2. Esélyegyenlőség és hátrányos helyzetű csoportok egészségének védelme

A hátrányos helyzetet szociológiai és epidemiológiai tanulmányokban a kutatók legtöbbször a kedvezőtlen gazdasági tényezők külön-külön, vagy együttes fennállásával jellemzik. A hátrányos helyzetű személy, család vagy csoport jellemzően alacsony jövedelemmel rendelkezik, amelynek nagy része vagy akár teljes egésze segély, nyugdíj, vagy alkalmi munka után járó juttatás. A szociálisan hátrányos helyzetűek lakáskörülményei szűkösek, általában kis lakásban többen élnek együtt, az egy személyre jutó alapterület csekély. A lakhatási feltételek egészségtelenek (vizes, salétromos falak, alagsori lakás, szükséglakás, szuterén, putri), rossz a felszereltség (konyha, fürdőszoba, beltéri WC, alapvetőnek tartott háztartási készülékek hiánya). A hátrányos helyzet kialakulásához hozzájárul, sőt okozhatja azt az alacsony iskolai végzettség, a szakképzettség hiánya, vagy olyan szakképzettség, amelynek aktuálisan nincs munkaerő-piaci értéke. Kialakulásában fontos szerepet játszanak a deviáns környezet szocializációs ártalmait, például alkoholista vagy drogfüggő hozzátartozók és/vagy barátok, játékszenvedély és következményei, az egészségi vagy szociológiai értelemben ép család hiánya (például csonka család, beteg, vagy korlátozott képességű szülők), Hátrányos helyzetűek az állami gondozásba vett, illetve onnan kikerült fiatalok. A hátrányos helyzet ezen definíciója az életkörülményekre és az életminőségre összpontosít. A munkanélküliség, a szociális adaptáció nehézsége, az etnikai kisebbséghez tartozás növeli a hátrányos helyzet kialakulásának esélyeit.

Hátrányos helyzetűek mindazok az egyének, illetve az általuk alkotott csoportok, populációk, melyek az őket körülvevő többségi populáció átlagától kedvezőtlen, vagy kedvezőtlen következményekkel járó irányban, jelentős mértékben eltérnek biológiai-szomatikus, szellemi-lelki vagy szociális-gazdasági szempontból. Hátrányos helyzetűek közé tartoznak a társadalom perifériájára szorultak, mindenekelőtt a szegények, a munkanélküliek, egyes etnikai kisebbségek, szexuális magatartásuk miatt kisebbségben lévők, a gyakori diszkriminációnak kitett csoportok, így például a romák, a homoszexuálisok és a prostituáltak. A hátrányos helyzetű csoportokat vulnerábilis populációnak is nevezhetjük, mert az átlagosnál kedvezőtlenebb egészségmagatartásuk, az őket ért megkülönböztetés, kirekesztés és az ezzel járó negatív stressz testi-lelki-szociális egészség szempontjából sérülékennyé teszi őket.

Hátrányos helyzetű, vagy potenciálisan hátrányos helyzetű csoportokba sorolhatjuk még a testi fogyatékosokat, gyermekeket, nőket, hajléktalanokat és a menekülteket. *Dr. Csépe Péter: Hátrányos helyzetű csoportok egészségfelmérése és egészségfejlesztése különös tekintettel a roma populációra. (Doktori értekezés) Semmelweis Egyetem, Budapest, 2010.*

A társadalmilag hátrányos helyzet nagymértékben képes befolyásolni az egészségi állapotot, e csoport tagjai az átlagosnál jobban veszélyeztetettek a különböző megbetegedések kialakulása, késői felfedezése, kezelése (pl. compliance) szempontjából.

A hátrányos helyzetű csoportok tagjai sok esetben a betegségek alapvető tüneteivel sincsenek tisztában, sem a megelőzés lehetőségeivel, módjaival. Előfordul, hogy egy közösségen belül téves információ kering akár már generációk óta. Ezek „kiirtására” kizárólag hosszú távú és koherens stratégiák alkalmasak.

Minden harmadik ember (kb. 3 millióan) ma Magyarországon a szegénységi küszöb alatt él, közülük 1,2 millióan mélyszegénységben. A szegénységi kockázatok különösen sújtják a gyermekeket és a hátrányos helyzetű térségekben élőket.

Munkanélküliek

Annak ellenére, hogy hazánkban a KSH adatai alapján 10% alá csökkent a munkanélküliség, sajnos a tartós munkanélküliek (azok, akik 12 hónapnál régebben munkanélküliek) aránya folyamatosan növekszik. Az Eurostat adatai alapján 2010-ben 5.5% ez utóbbiak aránya, többségük szakképzetlen vagy csökkent munkaképességű. Az észak-alföldi, észak-magyarországi, dél-dunántúli, gazdaságilag elmaradott régiókban legalacsonyabb a foglalkoztatottság. Szomorú adat, hogy 2003-2007 közti időszakban az LFS (EU-Labour Force Survey) adatai alapján a 0-59 éves korosztály több mint egytizede élt olyan háztartásban, ahol a család egyetlen tagja sem volt foglalkoztatott, vagyis a háztartás megélhetésének forrása nem munkából származó jövedelem volt. A gyermekeknél ez az arány még magasabb arányt jelentett (14%), gyakran több gyermek van kitéve a munkanélküliség generálta mélyszegénységnek, és gyakori a többgenerációs munkanélküliség is. A munkanélküliség, az inaktivitás, létbizonytalansághoz, kilátástalansághoz, frusztrációhoz vezethet, és megsokszorozza a szegénység és az ebből fakadó társadalmi kirekesztettség, a cigarettához, alkoholhoz, drogokhoz fordulás kockázatát, ezek pedig következményesen növelik számos súlyos betegség kockázatát. Az igazi megoldást ezekre a problémákra a foglalkoztatás, felzárkóztatás jelentené. Hazánkban 2010-ben indult az eddigi legátfogóbb, uniós irányelveken alapuló, 2020-ig tartó szűrőprogram, melynek keretében éves szinten 125 helyen végeznek szűrővizsgálatokat és életmódbeli tanácsadást. A Szűréssel az Életért program kifejezetten a hátrányos helyzetű kistérségeket célozta meg, illetve az OALI (Országos Alapellátási Intézet) Az egészség házhoz megy elnevezésű programja is az aprófalvak, kistelepülések lakosságának szűrését támogatta.

Hajléktalanok

A hajléktalanság önmagában is az egészségi állapotot veszélyeztető tényező. Az életmódból fakadóan gyakoribbak a légzőszervi betegségek, mint a hörghurut, tüdőgyulladás, a szív-érrendszeri betegségek, mint a magas vérnyomás és a szívinfarktus, az emésztőszervrendszer betegségei, a bőrelváltozások, az elégtelen higiéniés körülmények miatt az élősdiek (pl. rühesség, tetvesség), mentális zavarok, sérülések, balesetek, gyilkosság, öngyilkosság. Az otthontalanok fokozottabban ki vannak téve a környezet viszontagságainak, így körükben gyakoriak a fagyási sérülések, illetve a kihűlés is, amely bizonyos esetekben halálhoz is vezethet. Gyakoribb az alkohol-, droghasználat és dohányzás is a hajléktalanokban. Legyengült immunrendszerük miatt sokszor olyan kórokozók is megtámadják őket, melyeket egy egészséges szervezet könnyedén legyőz (pl. a tuberculosist okozó Mycobacterium). Ők általában nem kerülnek be az egészségügyi ellátórendszerbe (vagy ha igen, akkor sok esetben már későn), ezért egészségük védelmét azokon a helyeken kell megszervezni, ahol ellátják és elszállásolják őket (hajléktalan szállók, civil szervezetek, egyházak, stb.).

Kisebbségek

Hazánkban a legnagyobb etnikai kisebbséget a roma népesség alkotja. Annak ellenére muszáj szót ejtenünk az ő eltérő népegészségügyi helyzetükről, hogy sokan és sok fórumon ezt tabu témaként kezelik. A nem roma lakossághoz képest 7-8 évvel alacsonyabb a születéskor várható élettartam, magasabb a csecsemőhalálozás, bizonyos fertőző és nem fertőző betegségek gyakoribb jelenléte teszi szükségsszerűvé azt, hogy foglalkozzunk ennek a szubpopulációnak az egészségi állapotával és a háttérben húzódó okokkal is. Jelenleg a népszámlálások és a becslések alapján a roma lakosság száma 520 és 650 ezer közé tehető, amely a prognózisok szerint 2016-ra akár a 700 ezret is elérheti. Bizonyított, hogy nemcsak az alacsony társadalmi-gazdasági helyzet és az ezzel járó káros viselkedésminták (kb. 50%-os prevalenciájú dohányzás, nagyobb mértékű alkoholfogyasztás, alacsony szájhigiéne), hanem az eltérő genetikai háttér is oka lehet bizonyos nem fertőző betegségek nagyobb morbiditásának. A gyógyítás és a megelőzés is csak úgy lehet hatékony, ha megismerjük a roma közösségek speciális problémáit, attitűdjeit, egészséghiedelmeit és szokásait. Kulcsfontosságú, hogy az egészségvédelmet célzó programokon olyan szakember legyen jelen, és segítse e közösségeket az egészségük javításában, akit a helyi közösség elfogad, és hitelesnek tart. *Népegészségügyi orvostan – Szerk.: Ember István, Kiss István, Cseh Károly, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara, Pécs, 2013)*

Esélyegyenlőség

A társadalom szervezettségében fellelhető esélyegyenlőtlenségek azt jelentik, hogy a kiteljesedett élethez és a jó egészséghez való szabad hozzáférés egyenlőtlenül oszlik el a társadalmak között, illetve az egyes társadalmakon belül. Ez az egyenlőtlenség megmutatkozik a kora gyermekkor és az iskoláztatás körülményeiben, a foglalkoztatás jellegében és a munkakörülményekben, az épített környezet megjelenésében, és az emberek természetes lakókörnyezetének minőségében. A különböző csoportok a felsorolt környezeti tényezők jellegétől függően más-más tapasztalatokat szereznek az anyagi feltételek, a pszichoszociális támogatás és a viselkedési alternatívák terén, és ezek függvényében lesz többé vagy kevésbé rossz az egészségük. A társadalmi rétegződés ugyancsak meghatározó szerepet játszik az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés és az ellátás igénybevétele területén megmutatkozó különbségekben, ez pedig kihat az egészség és jóllét, a betegségmegelőzés, a betegségből való felépülés és túlélés elősegítésében kialakuló esélyegyenlőtlenségekre is.

A koragyermekkorai fejlődés – beleértve a fizikai, szociális/érzelmi és nyelvi/kognitív területeket – a készségek fejlesztésén, az oktatáson és a munkavállalási lehetőségeken keresztül jelentős hatást gyakorol a későbbi életkilátásokra és egészségre. A koragyermekkor ezeken a mechanizmusokon keresztül és közvetlenül is kihat a későbbiekben az elhízás, rossz táplálkozás, mentálhigiéne problémák, szívbetegségek és bűnözés veszélyére.

Ha az egészséggel összefüggő esélyegyenlőtlenségeket egy generáción belül mérsékelni akarjuk, akkor erre a legjobb lehetőséget a korai életévekbe történő befektetés kínálja. A koragyermekkorai élmények (a születést megelőző időszakról a 8. életévig terjedő időszak) és a kezdeti illetve a későbbi oktatás során szerzett tapasztalatok életre szóló alapokat fektetnek le. A koragyermekkorai fejlődés tudománya azt mutatja, hogy az agy fejlődése rendkívül érzékeny a koragyermekkorai külső hatásokra, melyek következménye életre szólóan megmarad. A helyes táplálkozás kulcsfontosságú, és már az anyaméhben elkezdődik, mivel az édesanyának is megfelelő tápanyagokra van szüksége.

Az anyáknak és gyermekeiknek folyamatos gondoskodásra van szükségük, kezdve a terhesség előtti időszakról a terhességen és a gyermek megszületésén keresztül a gyermekkor első napjaitól és éveitől. A gyermekeknek biztonságos, egészséges, támogató, tápláló, gondoskodó és érzékenyen reagáló életkörülményekre van szükségük. A beiskolázás előtti oktatási programok

és az iskolák, mint a gyermekek fejlődéséhez hozzájáruló tágabb környezet részei, alapvető szerepet játszhatnak a gyermekek képességeinek kibontakoztatásában. A korai életévek átfogóbb megközelítésére van szükség, alapozva a már létező gyermekmentő programokra, és a gyermekkori beavatkozásokat a szociális/érzelmi és nyelvi/kognitív fejlődésre is kiterjesztve.

A fertőző betegségek és az alultápláltság a világ bizonyos régióiban és csoportjaiban továbbra sem szűnik meg. Az urbanizáció azonban – különösen a városi szegénység körében – megváltoztatja a népesség egészségügyi problémáit, nő a nem fertőző betegségek, a baleset és erőszak okozta sérülések, valamint az ökológiai katasztrófa által okozott halálesetek és hatások aránya.

Az emberek mindennapi életkörülményei jelentős hatással vannak az esélyegyenlőségre. A jó minőségű lakáshoz, tiszta vízhez és megfelelő higiéniai körülményekhez való hozzáférés az emberi jogok közé tartozik, és az egészséges élet alapvető feltétele. Egyre jobban függünk az autótól, a földhasználat az autóhasználat elősegítése érdekében megváltozik, és a közlekedés nem motorizált formái egyre kényelmetlenebbek, mindez pedig negatívan hat a helyi levegő minőségére, az üvegházi gázok kibocsátására és a testmozgásra. A városi környezeti tervek a viselkedésre és biztonságra gyakorolt hatásukon keresztül komolyan kihatnak az egészséggel összefüggő esélyegyenlőségre.

A szakpolitikák és befektetési sémák a városokra épülő növekedési mintát tükrözik, így a vidéki közösségek az egész világon attól szenvednek, hogy az infrastrukturális és komfortnövelő beruházások egyre jobban elmaradnak a szükségestől, ami aránytalanul nagy szegénységet és szegényes életkörülményeket hoz magával, és részben hozzájárul ahhoz, hogy az emberek elköltöznek a számukra ismeretlen városi központokba.

A jelenlegi urbanizációs modell komoly környezeti kihívásokat okoz, elsősorban a klímaváltozást, amelynek hatása jobban érvényesül az alacsony jövedelmű országokban és a sérülékenyebb alpopulációkban.

A foglalkoztatás és a munkakörülmények rendkívül nagy hatást gyakorolnak az egészséggel összefüggő esélyegyenlőségre. Amikor ezek rendben vannak, anyagi biztonságot, társadalmi státuszt, személyes fejlődést, társadalmi kapcsolatokat és önbecsülést, valamint védelmet tudnak nyújtani a fizikai és a pszichoszociális veszélyek ellen. A foglalkoztatás és a munkakörülmények javítására globális, nemzeti és helyi szinten is lépéseket kell tenni.

A munka az a terület, ahol az egészséget érintő fontos hatások jelentős része érvényesül. Ebbe éppúgy beletartoznak a foglalkoztatás körülményei, mint magának a munkának a jellege. A gazdasági versenyképesség szempontjából kedvezőnek látszik, ha a munkaerő rugalmas, ez viszont nyomot hagy az egészségen. A bizonyítékok azt mutatják, hogy a halandóság jelentősen magasabb az ideiglenesen foglalkoztatottak, mint az állandó alkalmazásban lévők között. A bizonytalan helyzetű dolgozókhoz (pl. a határozatlan idejű ideiglenes munkaszerződések, munkaszerződés nélkül dolgozók és részmunkaidősök) kapcsolódóan is megfigyelték a mentális betegségek kialakulását. Jelentős negatív hatások érik azoknak a dolgozóknak a fizikai és mentális egészségét, akik nem érzik biztonságosnak a munkájukat.

A rossz munkakörülmények számos fizikai egészségkárosító hatásnak tehetik ki az embereket, és általában az alacsonyabb státuszú munkakörökben koncentrálódnak. A munkahelyi stressz 50%-kal megnöveli a szívkoszorúér-betegségek kockázatát, és újabb és újabb bizonyítékok támasztják alá, hogy a magas szintű munkahelyi követelmények, az alacsony szintű ellenőrzés és erőfeszítés-elismerés egyensúlyának felborulása olyan kockázati tényező, amely egyaránt vezethet mentális és fizikai jellegű egészségi problémákhoz. *Számoljuk fel egy generáció alatt a szakadékot, OEFI, 2008.*

Hazánkban az esélyegyenlőség megvalósítása országos szinten az Országos Esélyegyenlőségi Hálózaton keresztül történhet.

Az Országos Esélyegyenlőségi Hálózat célja a kormányzat, ezen belül a Szociális és Munkaügyi Minisztérium esélyegyenlőségi szakpolitikájának, esélyteremtő programjainak támogatása és a hátrányos helyzetű csoportok társadalmi integrációjának elősegítése. A hálózat elsődleges célcsoportjai a nők, romák, fogyatékossgal élő személyek, idősek, gyermekek és a hátrányos helyzetű térségekben élők. A másodlagos célcsoportok: az elsődleges célcsoportot segítő szervezetek, intézmények. Az Esélyek Házai kiemelt feladata a közvélemény formálása a társadalomban meglévő előítéletek leküzdése, valamint a társadalmi szolidaritás erősítése érdekében.

Az Országos Esélyegyenlőségi Hálózat kiépítése 2004-ben kezdődött el és 2008-ban fejeződött be. A hálózat mind a 19 megyében rendelkezik esélyházzal, és a fővárosnak is van egy esélyháza. A minisztérium jelenleg 16 helyi önkormányzattal és 4 regionális munkaügyi központtal kötött támogatási szerződést vagy megállapodást az Esélyek Házai működtetésére. A közvetlen feladatellátást a legtöbb helyen civil szervezetek valósítják meg, ezáltal is erősítve az együttműködést az önkormányzatok és a civil szféra között.

Az Esélyek Házainak egyik fő feladata a társadalmi attitűdformálás. Munkájuk szerves része a partnerség építés, és a hálózatfejlesztési, koordinációs feladatok ellátása az esélyegyenlőség területén tevékenykedő civil szervezetek, valamint az önkormányzatok és munkáltatók között. Ezen kívül szakmai munkacsoportokat működtetnek az érdekvédelemmel foglalkozó civil szervezetek, szolgáltatók részvételével, és segítséget nyújtanak a célcsoportok érdekvédelemmel foglalkozó civil szervezeteinek megalakításához, valamint a célcsoportokat segítő szervezetek, intézmények munkájához.

Az esélyházak feladatai közé tartozik az információszolgáltatás megyei, kistérségi és települési szinten. Együttműködnek a Szociális és Munkaügyi Minisztériummal a helyi problémák, szükségletek feltárásában és közvetítésében, valamint szakmai programok szervezésében, lebonyolításában. Információval, tanáccsal szolgálnak az esélyegyenlőségi pályázatokkal kapcsolatban. Rendszeresen tartanak ingyenes jogi tanácsadást, és a helyi igényeknek megfelelően egyéb tanácsadást is. Szakmai műhelyeket, képzéseket, konferenciákat, tréningeket szerveznek. A házakban ügyfélfogadás is van: az esélyházak munkatársai vagy azonnali segítséget nyújtanak az ügyfeleknek, vagy átirányítják őket az illetékes szervekhez, hatóságokhoz.

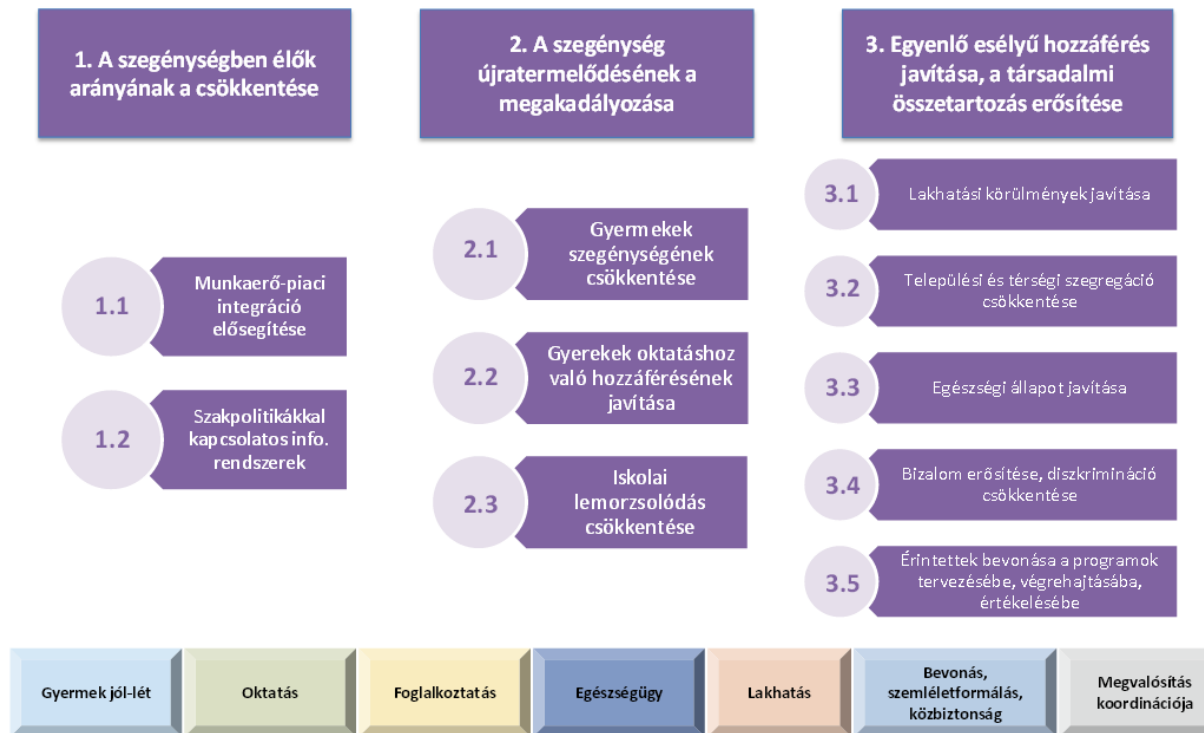
Kiemelt fontosságú az Országos Esélyegyenlőségi Hálózat és az Egyenlő Bánásmód Hatóság, valamint az OEH és a Nemzeti és Etnikai Kisebbségi Jogok Országgyűlési Biztosa között létrejött megállapodás, melyek értelmében az esélyházak részletes tájékoztatást nyújtanak az EBH és a kisebbségi ombudsman tevékenységéről, valamint panaszfelvételi lehetőséget biztosítanak az EBH és a kisebbségi biztos hatáskörébe tartozó ügykörben, s a panaszokat továbbítják a két hivatalnak. <http://www.szmm.gov.hu>

Az esélyegyenlőség tehát csupán *valós* ágazatközi együttműködés eredményeként valósulhat meg. Többek közt ezt is célul tűzte ki a Nemzeti Felzárkóztatási Stratégia, amelyért a Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság felelős. Alapvető célkitűzése, hogy a bővülő lehetőségekből arányos rész jusson a hátrányos helyzetű embereknek és csoportoknak. Az államtitkárság teljes szemléletváltást kíván bevezetni a felzárkózás politikába: az új koncepció lényege a komplexitás, azaz csupán akkor érhető el minőségi javulás a hátrányos területeken, ha az oktatási, szociális és egészségügyi, valamint a foglalkoztatási körülményeket egyidejűleg javítjuk. A stratégia alapelvei a következők:

- aktivizálás, azaz fontos, hogy a jelenleg inaktív munkaképes emberek ismét aktívak legyenek, és felelősséget vállaljanak sorsukért
- teljesítmény-elvűség, azaz az állami támogatások, juttatások esetén magától a támogatottól is teljesítményt, eredményt várnak el,

- koordináció, azaz a különböző szakpolitikák rendszerének összehangolása, komplexitás, azaz a szegénység által sújtott területeket – a foglalkoztatást, oktatást, egészségügyet, lakhatást – összehangolva, együtt kell kezelni,
- ellenőrzés, nyomon követés, azaz egy olyan monitorozási rendszer kialakítása és működtetése, amelynek segítségével a programok eredményessége és célzottsága kimutatható. <http://romagov.kormany.hu/nemzeti-tarsadalmi-felzarkozasi-strategia>

Az alábbi ábra szemlélteti ezt a többdimenziós szemléletet a gyermekek esélyegyenlőségének érvényesítése terén:



6. ábra

Ulicska László: Ágazatközi együttműködés a gyakorlatban (Az egészség peremén – Egészség-esélyegyenlőség a gyermekek körében c. konferencia) www.oefi.hu

2. A civilizációs betegségek legfontosabb rizikófaktorai és prevenciók lehetőségei

Dohányzás

A nem fertőző betegségek egyik legfontosabb kockázati tényezője a dohányzás, a malignus betegségek kb. egyharmadát okozza és a szív-érrendszeri betegségek kialakulására is tekintélyes hatással van. A becslések szerint Magyarországon évente mintegy 30.000 ember hal meg a dohányzás következtében, ami a teljes halálozás egynegyedét jelenti. A tüdőrák halálozás 90%-áért, az ischaemiás szívbetegségek 40%-áért, a krónikus obstruktív tüdőbetegségekből eredő mortalitás kb. 85%-áért felelős e káros szenvedély. A 35 és 65 éves korok közt meghaltak életét a dohányzás kb. 21 évvel rövidíti meg.

A fentiekén túl szerepe van még az alábbi egészségi problémák kialakulásában is: fekélybetegség, szürkehályog, ínygyulladás, fogágybetegségek, impotenciát okozhat, valamint hátrányos a fogamzásra. A dohányzók esetében gyakoribbak a légúti fertőzések, károsítja az immunrendszer működését is. Gyakrabban fordulnak elő műtét utáni komplikációk is a rendszeresen dohányzóknál. A dohányzás csökkenti a szervezet C, B-12, és B-6 vitamin szintjét. A dohányzó betegeknél az egyes gyógyszerek anyagcsereje a szervezetben gyorsabb,

s a fokozott átalakulás következményeként hatékonyságuk mérsékeltebb, mint ez a nemdohányzók esetében észlelhető. Általános az a megállapítás, hogy a dohányzók több gyógyszert fogyasztanak, mint a nemdohányzók.

A várandósság alatti dohányzás növeli a magzati halálozást, vetélés, koraszülés, a szülés körüli halálozás, és későbbiekben a fejlődési lemaradások, retardációk és a csecsemőkori hirtelen halál (Sudden Infant Death Syndrome – SIDS) valószínűségét.

A passzív dohányzás – például amikor szülők dohányoznak gyermekük jelenlétében – az alábbi betegségeket okozhatja: tüdőrák, asztma, ischaemiás szívbetegségek, károsodott légzésfunkció, középfülgyulladás, gyakoribb felső és alsó légúti fertőzések.

A dohányzás okozta egészségi károkat az alábbi stratégiák mentén lehet megelőzni, csökkenteni.

Egyrészt mivel a rászokás időpontja egyre korábbi életkorokra esik, nagyon fontos a rászokás megelőzésére erőfeszítéseket tenni. Ez pedig nem egyenlő azzal, hogy felhívjuk a fiatalok figyelmét a dohányzás káros hatásaira, hanem rendkívül lényeges a mentálhygiénés állapot javítása, az önbizalom növelése, a konfliktuskezelés és a problémamegoldó képesség fejlesztése már egészen korai életkorban kezdve. Rendkívüli szerepe van a médiának a szemléletformáláson és a példaképeken keresztül. Kiválóan alkalmazható módszer a kortársoktatás.

A leszokás elősegítésére számtalan honlap, centrum, szakember kínál segítségnyújtást. Azonban hangsúlyozni kell, hogy ez csak akkor lehet sikeres, hatékony és hosszú távú, ha maga a páciens is motivált. Elsősorban a viselkedésterápiákat érdemes választani, kiegészítésnek lehet valamilyen gyógyszeres segítséget is indikálni (pl. nikotinos készítmények (tapasz, rágógumi, bupropion, vareniklin).

Amennyiben valaki egyáltalán nem motivált abban, hogy leszokjon a dohányzásról, érdemes felhívni a figyelmét bizonyos ártalomcsökkentő lehetőségekre (pl. nagy dózisú C-vitamin fogyasztása, odafigyelni a megfelelő folyadékfogyasztásra, rendszeres testmozgás, stresszkezelő módszerek elsajátítása), illetve arra, hogy hogyan tudja a minimálisra csökkenteni a környezetében élők egészségkárosodásának kockázatát.

A dohányzás visszaszorítása természetesen egészségpolitikai feladat is. A kormány – pl. a dohánytermékek adózásával kapcsolatos törvényeken keresztül – rendkívül sokat tehet a dohányzók arányának csökkentéséért. A magyar Országgyűlés 1999-ben fogadta el a nemdohányzók védelméről szóló törvényt, melynek nemzetközi viszonylatban is szigorú módosulata 2012. január 1-én lépett hatályba. E szerint tilos rágyújtani a munkahelyeken, éttermekben, szórakozóhelyeken, tömegközlekedési eszközökön, oktatási és egészségügyi intézményekben, illetve egyéb közintézményekben. A dohányzók csak a szabadban, a bejárattól számított ötméteres körzeten kívül élhetnek szenvedélyüknek, közoktatási, gyermekjóléti és gyermekjóléti intézményekben, egészségügyi szolgáltatóknál viszont szabadterén sem jelölhető ki dohányzóhely. A jogszabály rendelkezései szerint buszmegállóknak, aluljáróknak, játszótereken és azoktól ötméteres távolságban szintén nem lehet rágyújtani. A törvényi háttérrel túl jelentős az egyes intézmények vezetőinek, illetve a munkáltatóknak a felelőssége a törvény betartatásában, és annak megjelenésében a lokális egészségtervekben.

Egészségtelen táplálkozás

Az egészségtelen táplálkozás számos betegség okozója lehet, és ennek fordítottja is igaz: ha odafigyelünk táplálkozásunkra, azzal nemcsak betegségeket előzhetünk meg, hanem meglévő betegségeink tüneteit mérsékelhetjük, vagy akár meg is gyógyíthatjuk, alapvetően jó egészségi állapotunkat megőrizhetjük, életünket pedig meghosszabbíthatjuk.

Jelen fejezetben nem érintjük az ételmérgezéseket illetve ételfertőzéseket, hanem sokkal inkább az arányaiban illetve minőségében helytelen táplálkozással foglalkozunk, hiszen a

legnagyobb népegészségügyi jelentőségű szív-érrendszeri és rosszindulatú betegségek kialakulásáért ezek felelősek.

Lényegét tekintve elmondható, hogy a táplálkozás során a túlzott energia bevitel, és a minőségében valamint ritmusát tekintve helytelen étkezés (a mozgásszegény életmóddal együtt) felelős az elhízásért, ami számos betegségnek kockázati tényezője. Sokan követik el például azt a hibát is, hogy kevés alkalommal étkeznek naponta, és a legnagyobb mennyiséget az esti utolsó étkezés kapcsán fogyasztják el, ami nemcsak megterheli a szervezetet, de nem tesz jót az éjszakai pihenésnek, és jelentősen hozzájárul a fölösleges kilók lerakódásához is.

A becslések szerint a rosszindulatú daganatos betegségekért kb. 35%-ban felelős a helytelen táplálkozás, de a szív-érrendszeri betegségek kialakulása kapcsán is hasonlóan tekintélyes súllyal esik latba. Nem véletlen tehát, hogy a prevenciós tevékenységek, programok igen nagy része célozza a dohányzáson kívül ezt a területet. Ha e két tényezőt a rizikófaktorok közül ki tudnánk iktatni a népességben, a malignus halálozások mintegy kétharmadát (!) előzhetnének meg. Amennyiben tudatosan étkezünk, a táplálékokban lévő jótékony anyagok, fitokemikáliák hatását kihasználva szervezetünk védekezőképességére és általános állapotára is ráerősíthetünk, nem beszélve energizáltságunk, teherbírásunk javításáról.

A fentiek miatt tehát rendkívül fontos a lakosság tájékoztatása a helytelen táplálkozás veszélyeiről, és a helyes táplálkozásban rejlő lehetőségeiről, azok módszereiről. Fontos, hogy olyan alapelvekkel tudjuk őket megismertetni, hogy a tájékoztatást követően kritikusan tudják kezelni, megítélni a médiában (pl. nőket célzó weblapokon) megjelenő „csodamódszerek” és „csodatáplálékok” valódi értékét, illetve hiteles forrásokat tudjanak keresni és találni napjaink információrengetegében.

Alkohol

Az erősen alkoholizáló és az alkoholfüggő csoportok tagjai esetében az alkoholfogyasztásnak egészségügyi, szociális és kriminális következményei vannak, de jelentősek az egészségügyi ellátásukra visszavezethető gazdasági terhek is. A hazai kórházi felvételeknek a baleseti sebészeti osztályokon 25-30%-a, a belgyógyászatban 15-20%-a, az általános sebészetben 7-10%-a, az ideggyógyászatban 7-10%-a, az elmeorvosoknál 20-25 %-a az alkoholfogyasztás következtében fellépő egészségkárosodásra vezethető vissza.

A túlzott alkoholfogyasztás függőséget és súlyos egészségkárosodásokat okoz (idegrendszeri és mentális betegségek, májcirrózis, májdaganatok, szájüreg-, garat-, gége- és nyelöcsődaganatok). Figyelembe kell venni, hogy az étkezésekkel együtt fogyasztott alkoholos italok rövidebb időtartamra és kevésbé emelik a véralkoholszintet, mint az étkezéstől függetlenül fogyasztott alkohol. A toxikus hatások érvényesülése szempontjából rendkívül veszélyesnek minősíthető az az alkoholizálási forma, ami jellemzően a hétvégi időszakokra korlátozódó, de nagy mennyiségű alkohol elfogyasztását jelenti (binge drinking).

Az alkoholfogyasztás fokozza a magas vérnyomás, a szívizombetegségek, a gége-, gyomor-, máj- és hasnyálmirigy-daganat kialakulásának kockázatát. Pszichoszociális és társadalmi következményei közé tartozik a családok felbomlása, a gyermekek és a nők bántalmazása, a munkahelyi problémák, sérülések (közúti balesetek kapcsán is), öngyilkosság, erőszak és bűnözés, de az alkoholabúzus súlyosan károsítja a humán reprodukciót is (a terhesség alatti együttes dohányzás és túlzott alkoholfogyasztás növeli a koraszülések, későbbi retardációk kialakulásának kockázatát). Ugyanakkor a kismértékű alkoholfogyasztás csökkenti az ischaemiás szívbetegségek kialakulásának kockázatát. Ez a védőhatás, ami 35 év feletti férfiakban és a posztmenopauza időszakában lévő nőkben jelentős, már igen alacsony alkoholfogyasztással (napi 10 g alkohol) elérhető. Vizsgálatok kimutatták, hogy azon személyeknek, akik absztinensek, magasabb a halálozási kockázata azokénál, akik kis mennyiségű alkoholt fogyasztanak. Természetesen a napi dózis emelkedésével, a halálozási kockázat ismét növekedni kezd.

Magyarországon nemzetközi összehasonlításban kiemelkedően magas a májcirrózis által okozott halálozás, melynek túlnyomó többsége (86%) alkoholos eredetű. Ez nemzetközi összehasonlításban is rendkívül magas arány. A halálozási adatokat megvizsgálva megállapítható, hogy a halálozás meredek növekedése az elmúlt évtizedekben zajlott, s közben a legmagasabb cirrózis-mortalitás az időskorról (55-64 év) fiatalabb korcsoportra tevődött át, és megnőtt a fiatalkorúak (25-54 éves korcsoport) májzsugor-halálozása is.

A krónikus egészségkárosodások mellett természetesen heveny alkoholos egészségkárosodások is előfordulnak, ilyen a részegség, a veszélyérzékeny képesség csökkenése, a verekedési hajlam, és súlyos esetben az alkoholos kóma.

Az alkoholizmus szociális és kriminális következményei tovább erősítik azt a véleményt, hogy a mértéktelen alkoholfogyasztás nem pusztán közvetlen, de közvetett hatásai révén is súlyosan rontja a lakosság egészségi állapotát és gazdasági mutatóit. *Népegészségügyi orvostan – Szerk.: Ember István, Kiss István, Cseh Károly, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara, Pécs, 2013*

Stressz

A stressz esetében fontos megemlítenünk, hogy a 'stressz' valójában nem egy külső tényező, mint ahogyan azt sokan gondolják, hanem a szervezetnek egy, a túléléshez szükséges belső alkalmazkodási folyamata. Ami külső, az a stresszt kiváltó tényező, más néven stresszor.

Ez kulcsfontosságú azért, mert a stresszkezelés esetében – mint ahogy az élet sok más területén is – azt kell megtanulni, hogy mi az, amire mi magunk hatással lehetünk, min változtathatunk. A tőlünk független, külső paraméterekre, eseményekre nincs hatásunk, azonban a saját viselkedésünket, a környezeti hatásokra adott testi-lelki válaszokat, és sok esetben testünk működését is befolyásolhatjuk.

Érdeemes kiemelni, hogy nem csak negatív, hanem pozitív életesemények, külső hatások is válhatnak ki stresszreakciót. Ilyenek például: házasságkötés, gyermek születése a családban, lakásvásárlás, új munkahely, valamilyen új hobbi az életünkben. Ezek az események ugyanúgy alkalmazkodást követelnek szervezetünkől, megváltozott életritmus bevezetését teszik szükségessé, ami az arra érzékenyeknél testi-lelki tüneteket válthat ki.

A stresszel kapcsolatban tehát lényeges megjegyezni, hogy akkor káros, ha elhúzódóan veszi igénybe szervezetünket, s ennek a folyamatnak a végső stádiuma a kimerülés szakasza. Ez utóbbi fázis számos változatos tünettel jelezheti számunkra, hogy valami nincs rendben. Fizikai tünetek lehetnek a fejfájás, hátfájás, alvászavarok, bőr- és emésztési problémák, szexuális vágy csökkenése, gyógyszerfogyasztás megnövekedése. Érzelmi szimptómák jelentkezhetnek, mint az érzékenység, ingerlékenység, sírógörcsök, büntudat, félelmek és nyugtalanság. Szellemi problémák merülhetnek fel, úgy, mint koncentrációs zavarok, feledékenység, döntéshozatali nehézségek. A hosszasan tartó stresszreakció kihat a kapcsolatokra is: az egyén sokszor visszahúzó és bizalmatlan lesz, megjelenik az együttérzés hiánya és a családi kapcsolatok megromlása is.

Amennyiben ez az állapot nem kerül megoldásra, testi és lelki betegségek jelennek meg. Ilyenek többek közt a depresszió, különböző függőségek (dohányzás, alkohol, drog, játékfüggőség), felerősödhetnek a személyiségzavarok tünetei is. A testi betegségek közül számtalan említhető ebben a sorban, hiszen a kimerülés gyakorlatilag védtelenné teszi szervezetünket a külső hatásokkal szemben, hiszen az immunrendszer funkciói is romlanak. Így a szív-érrendszeri betegségek és rosszindulatú daganatok kialakulásán túl fertőző betegségek gyakoribb megjelenése, emésztő-szervrendszeri, nőgyógyászati megbetegedések kialakulása vagy rosszabbodása is lehet a szervezet elhúzódó stresszreakciójának következménye.

Megelőzés tekintetében – mint minden más egészségi probléma esetén – itt is az elsődleges megelőzés lenne a legfontosabb, ami legjobb esetben már egészen fiatal életkorban,

gyermekkorban megkezdődik, és valójában az egészséges psziché kifejlődésének elősegítését jelenti. Konkrétabbá téve: a megfelelő napi és életritmus kialakításának képessége, megküzdési és konfliktuskezelési készségek, képességek javítása, fejlesztése, önismeret, önbizalom, magabiztosság, alkalmazkodási készségek, asszertivitás megtanulása és általában az érzelmi intelligencia, valamint a szociális és életviteli kompetenciák fejlesztése.

A szekunder prevenció – tehát a korai felismerés terén – nagy szerepe van a közvetlen környezetnek, a családnak és a munkahelyeknek is, hiszen a munkahelyi időszakos vizsgálatok során a tünetekre rákérdezve fény derülhet arra, hogy milyen probléma van kialakulóban, és így a kliens időben megkaphatja a megfelelő ellátást és / vagy életvezetési tanácsokat.

A harmadlagos megelőzés általában azt jelenti, hogy valamilyen komolyabb egészségi problémával kerül a beteg az ellátó rendszerbe, és ott már a kialakult következményeket is gyógyítani kell. Ilyenkor fontos az egészségügyi személyzet ébersége, és a háttérben húzóó okok felderítése, majd azok kezelése.

3. A közösség

A közösség fogalmát tekintve Vercseg Ilona gondosan összegyűjtötte, hogy milyen jelentéstartalmakat hordozhat ez a kifejezés:

Széleskörűen használt fogalomról van szó, amely kifejezhet embercsoportot (ifjúsági, amatőr közösség), minőséget (közösségi, közösséghiányos, vagy éppen atomizált társadalom); nem individuális (értsd: önző), hanem közösségi; közösségi érdek, egyéni érdek, sőt egyenesen közösségi (értsd: szocialista) társadalom, stb.; lokalitást (helyi vagy faluközösség); közös alkotást (közösségi színház, közösségi létesítmény, kommunális beruházás); érzést, szándékot, a valahova tartozását (közösséget érzek veled) vagy éppen az elszakadás szándékát (nem közösködöm veled); képességet, az együttműködésre (közösségi ember); gazdálkodási formát (a “Közös”ben, vagyis termelészövetkezetben gazdálkodik); azonos eszmék, célok, azonos értékrend vállalását; egy, az elbürokratizálódott tömegtársadalommal szembeni életmódot (kommuna); etnikai és kulturális értékekhez tartozást (xy emigráns közösség tagja); nemzeti, állami, politikai együvé tartozást (Európai Közösség, Egyesült Nemzetek Közössége, Brit Nemzetközösség); stb. *Vercseg Ilona: Közösség – Eszme és valóság, Budapest, 1993. Közösségfejlesztők Egyesülete*

Ezek közül általában csak egy az adott közösség rendezőelve, ugyanakkor a jelentés szinte valamennyi árnyalatát figyelembe kell vennünk, ha működő koncepciót szeretnénk létrehozni.

3.1. A közösség egészségi állapotot befolyásoló szerepe

Az embernek, mint társadalomban élő lénynek alapszükséglete az, hogy egy közösség része legyen. A közösségnek azonban az egymás kölcsönös támogatása mellett többféle funkciója is van, többek közt a szocializáció, a közösségi értékek, értékrend elsajátítása, a társadalmi kontroll elősegítése a normák, szabályok betartatása során, és nem utolsósorban a gazdasági boldogulás, sok esetben egyszerűen a megélhetés elősegítése.

Közösségben élni azt is jelenti, hogy az embernek van kire számítani, bízhat másokban és tartozik valahová. Ezek együtt és külön-külön is igen fontos meghatározói az egészségi állapotnak, a várható élettartamnak és az életminőségnek. A fenti jellemzők határozzák meg a társadalmi tőke erősségét, melynek mértéke egy ország népességének általános egészségi állapotát jelentősen befolyásolja. Az anómiás társadalmakban a társadalmi tőke gyenge, s így az egészségi állapot is sokkal rosszabb, a civilizációs betegségek pedig lényegesen gyakoribbak. Ennek egyik eredője, hogy a stresszel, nehézségekkel való megküzdésben fontos

elem a bizalom, és az, hogy számíthatunk másokra. Az egészségvédő magatartás kialakulását a közösségi normák, a támogatás érzése nagymértékben elősegíti.

Hazánkban Prof. Dr. Kopp Mária és munkatársai a Hungarostudy keretein belül vizsgálták a társadalmi tőke erősségét 1995-ben, 2002-ben és 2006-ban. A tanulmány igen drasztikus eredményeket hozott:

„1995-ben az emberek 63%-át jellemezte a társadalmi bizalmatlanság, 63% értett egyet azzal az állítással, hogy „az emberek általában aljasak, önzőek, akik csak ki akarják használni a másikat”. Ez az arány, ugyanazzal a kérdéssel vizsgálva 2002-re valamelyest csökkent, 58% volt. 2006-ban viszont már a megkérdezettek 69%-át jellemezte ez az állítás. Még megdöbbentőbbek a változások azzal az állítással kapcsolatban, hogy „senki sem törődik azzal, hogy mi történik a másikkal”. Ezzel az állítással 1995-ben a magyar népesség 63%-a egyetértett, 2002-ben már csak 50%, míg ugyanez az arány 2006-ra 81%-ra emelkedett. Szintén igen jelentősen változott a „legbiztosabb nem bízni senkiben” állítással egyetértők aránya, 1995-ben 56% volt, 2002-ben 54%. 2006-ban a megkérdezettek 70%-a válaszolta ezt azok közül, akik esetében 2002-ben csak minden második ember érezte így.”

Nemcsak a bizalmatlanság, hanem a férfihalandóságot jelentősen befolyásoló rivalizálás is növekedett a vizsgált intervallumban. A civil szervezetekben való részvétel mértéke az idő előtti férfihalálózásra gyakorol jelentős hatást. A fenti vizsgálatban úgy találták, hogy hazánk fejlettebb régióiban magasabb a civil szervezetekben való részvétel.

Hazánkban a társadalmi tőke mértéke tehát általánosságban gyenge, mely igen komoly mértékben hozzájárul a magyar lakosság nemzetközi összehasonlításban is rendkívül rossz egészségi állapotához.

3.2. A közösségi egészségfejlesztés

A közösségfejlesztés a közösség önmaga által való fejlesztését jelenti. A kifejezés azt a demokratikus szemléletet tükrözi, hogy egy közösség, ez esetben legfőképpen lokális közösség, vagyis szomszédság, település, kistérség, megye, régió önmaga fejlődési irányainak meghatározása érdekében képes a kezdeményezésre, és képes cselekvő módon részt venni saját fejlesztésében. Amikor a közösségi szinteket megjelöljük, elsősorban a lakosság önszervező és önszervező intézményeire gondolunk: összejárásai szokásaira, ön- és egymást segítő tevékenységére, szervezeteire, az általuk működtetett helyi nyilvánosságra, s a mindezt összefogó bizalomra és rendszeres kommunikációra. Természetesen ugyanilyen fontosak a közösség *más szereplői is*: az önkormányzatok és a kisebbségi önkormányzatok, az önkormányzati társulások és ezeknek a szervezeteknek a szakosodott intézményei, valamint a helyi gazdasági élet szereplői, s végül mindaz a külső kapcsolatrendszer, amelyet valamennyi szereplő együttesen működtet.

A helyi közösségi problémák keletkezhetnek helyben, a kistérségben, de nagyobb földrajzi egységben, a megyében, a régióban, sőt globálisan is. Nyilvánvaló, hogy valamennyi helyben megjelenő problémát nem lehet kizárólag helyben orvosolni. Döntő viszont, hogy egy helyi közösség képes-e felismerni a másutt keletkezett és helyben is lecsapódó problémákat, tud-e megoldásukhoz eljárás módokat rendelni, s meg tudja-e nyerni a közösség tagjait és intézményeit, valamint a szükséges külső partnereket az együttműködéshez? Úgy is feltehetjük a kérdést, hogy eléggé tudatos-e egy közösség önmaga ismerete, saját akarata és lehetőségei vonatkozásában, s ha igen, vajon van-e benne elég akarat, fegyelem, kitartás, hogy saját felismert céljai érdekében megszervezze önmagát, és folyamatosan informálódjon, tanuljon, kapcsolatokat építsen és cselekedjen? S az is kérdés, hogy vajon a cselekvés bonyolult folyamatát bátorítja és támogatja-e a szűkebb és tágabb közösség, a társadalom, vagy pedig az emberek csak azért küzdenek, mert úgy érzik, muszáj?

Az együttműködő, önmagát fejlesztő közösség létrejöttének *feltételeit* vizsgálva kiemelünk néhány közösségfejlesztési szempontot. Fontos, hogy a közösség tagjai

- érzelmileg hogyan viszonyulnak saját lakóhelyükhöz, területi közösségükhöz;
- mennyire tudatosan élék meg ezt a viszonyt, van-e rálátásuk saját közösségük életére, vannak-e, s ha igen, milyenek viszonyítási pontjaik;
- tájékozottak-e saját lehetőségeiket és esélyeiket illetően;
- kritikai hozzáállásuk kiterjed-e a felelősségvállalás, a részvétel, a kezdeményezés és a cselekvés irányába, s ha igen,
- eljutnak-e elképzeléseik kialakításáig és egyeztetésig, közös tervek létrehozásáig; s mindezek által
- emelik-e folyamatosan saját szervezetségi szintjüket, hogy a közösség fejlesztési elképzeléseit bizonyos rásegítéssel (tanulással, szakmai és anyagi támogatással) meg is valósíthassa?

A *pozitív érzelmi viszonyulás* szolgáltatja a legfontosabb feltételt ahhoz, hogy a helyi lakosok - ha jó alkalom adódik - kimozduljanak passzivitásukból, és elkezdjenek tevékenykedni a közjőért. A települési egészségterv készítésének folyamata például ilyen jó alkalomnak számít, de teremthetnek hasonlókat más programok is (például egy sokakat mozgósító, közösségi célt szolgáló rendezvénysorozat), vagy akár kívülről érkezett közösségfejlesztők is.

A *negatív érzelmi viszonyulás* is átfordítható pozitív cselekvésbe – igaz, sokkal nehezebben. Ez akkor következhet be, amikor a helyi lakosok rájönnek, hogy ha magukon nem segítenek, senki nem segít rajtuk, s ilyenkor nyitottá válhatnak az összefogásra. Ekkorra azonban a probléma sokszor már olyan méretűvé és annyira összetetté válhat, hogy azon önszolgáltató cselekvés keretében már nem, vagy csak nagyon nehezen és kismértékben lehet segíteni. Ezért is nagyon fontos az, hogy a passzivitás, a beletörődés ne uralja el a településen élőket, mert csak aktivitással lehet folyamatosan előbbre jutni.

A helyi cselekvés érzelmi előfeltétele gyakran fejeződik ki a lakóhelyhez, a helyi történelemhez, de még inkább a tájhoz, az egyéni életúthoz és a szomszédokhoz történő ragaszkodásban. Olyan pozitív töltet ez, amelynek mozgósító erejére az esetek zömében számíthatunk.

A lakóhelyet illető tudatosság alatt egy, a helyi gondolkodásban fellelhető kritikai, civil beállítottságot értjük, amely a közjóra irányuló törekvések alapja. Közösségi munkások gyakran találkoznak kritikai hozzáállással, ám ez inkább olyan kritikai attitűd, amelyben az egyén vagy nem ismeri fel az egész közösséghez való viszonyát, a saját és társai közös felelősségét és cselekvési lehetőségeit; vagy olyan jelentéktelennek tartja azt az egész szempontjából, hogy nem is foglalkozik vele. Elmondható, hogy egy közösség múltjának, hagyományainak, emberi-társadalmi erőforrásainak, viszonyainak és lehetőségeinek (legalább hipotetikus) ismerete még számos felfedeznivalót tartogat számunkra.

Az esélyeket, lehetőségeket is a folyamatos tájékozódás és a rendszeres kommunikáció tárja föl. Az iskolarendszerű oktatásba és a felnőttképzésbe egyaránt beépülő, a helyi identitás tartalmáról és általában a demokráciáról szóló ismeretanyag; a speciális problémák megoldására irányuló felnőttképzés; a tanulmányutak más közösségeknél; a szektorok és szakmák közötti hazai és nemzetközi hálózatokban való részvétel; vagyis az egyre nyitottabbá váló helyi társadalom - különböző szempontokból, de mind rávilágítanak a közösség esélyeire és lehetőségeire. E tudás közösségi használatba vétele, az új szempontok rendszeres kommunikálása és megosztása a közösségben, segítik megválaszolhatóbbá tenni azt a nehéz kérdést, hogy milyen fejlődést szeretnénk elérni.

A felelősségvállalás és részvétel, a kezdeményező- és cselekvőképesség a közösségfejlesztés leglényegesebb területei. Ahol egy közösség tagjai elköteleződnek mindezek mellett, ott fokozatosan ki is alakul az együttműködő közösség, amelynek tagjai

eljutnak az elképzelések egyeztetéséig, a közös tervek létrehozásáig, s megalakítják a megvalósításhoz szükséges közösségi szervezeteket.

A közösség szervezetségi szintje is kritikus feltétele az együttműködő, önmagát fejlesztő helyi közösségnek. A szervezetlenség az izolációnak, a megosztottságnak és a kiszolgáltatottságnak a talaja. A szervezetség ezzel szemben a közösségi kommunikációt és programcsere, az elköteleződést, a közösségi tervezést és cselekvést, az együttműködést segíti elő, és ezek is hozzájárulnak egy közösség szervezetségéhez. A külső rásegítés, – képzés, szakértői vagy anyagi, pályázati támogatás – csak egyeztetett közösségi célok és az azokat megvalósítani akaró szervezetség esetén lehetséges.

A közösséghez való érzelmi viszony, tudatosság, szervezetség és az arra épülő közösségi cselekvés fejleszthető, és éppen ez a közösségfejlesztés feladata.

A közösségfejlesztés (community development) vagy közösségszervezés (community organization) felfogásunkban elsősorban szomszédságok, települések, térségek közösségi kezdeményező- és cselekvőképességének fejlesztését jelenti, amelyben kulcsszerepe van a polgároknak, közösségeiknek és azok hálózatainak, valamint a helyi szükségletek mértékében a közösségfejlesztőknek is, akiknek bátorító, ösztönző, informáló, kapcsolatszervező munkája életre segítheti vagy kiegészítheti, megerősítheti a meglévő közösségi erőforrásokat. *Varga, Vercseg, 1998*

A közösségfejlesztés társadalmi funkciója kettős: felszabadítja az emberek alkalmazkodási képességeit, és segít nekik abban, hogy javítsák, tökéletesítsék, változtassák környezetüket. Ez soha nem érhető el teljesen, mivel mind az emberek, mind a környezet változik, és minden egyes változás további alkalmazkodást követel az embertől. *Germain, 1985.*

A közösségfejlesztés felfogható prevenciós munkának is, mert többek között célja a lokális közösségek megtartó erejének növelése.

Az egészségterv a közösség önmaga általi fejlesztésének terve. Ahhoz, hogy ez a terv egyre körültekintőbb legyen, szükséges a közösség tagjai mind szélesebb körű részvételének biztosítása, vagyis bevonásuk, aktivizálásuk és az együttműködésre késztetésük.

A közösségfejlesztés fejlődés-koncepciója:

Nem hiszünk abban, hogy a gazdasági növekedés meg fogja oldani a helyi közösségek problémáit. Sőt, úgy tapasztaljuk, hogy a gazdasági növekedés nemhogy nem könnyíti meg az emberiség életét, hanem még fokozza is a környezeti problémákat, a szegénységet, az emberek egymás elleni kijátszottságát.

Egyetértünk az angol közgazdászal, Ernst F. Schumacherrel (1966), aki szerint „a fejlődés nem a javakkal kezdődik, hanem az emberekkel, az emberek tanultságával, szervezetségével és fegyelmével. E három nélkül minden erőforrás rejtett, kiaknázatlan, pusztán lehetőség marad.”

A közösségfejlesztés fejlődés-koncepciója sokban megegyezik a fenntartható fejlődés fogalmával. A kicsi, a hagyományokhoz, a tapasztalatokhoz kapcsolódó helyi és lehetőleg közösségi megoldásokban hiszünk, amelyekben megjelenik az önszerveződés és az önszervezés, s amelyekhez szükséges a korábbi tudás továbbfejlesztése, a művelődés, a nyitott gondolkodás és a cselekvő életforma.

Úgy gondoljuk, hogy nekünk a nem állami szintű együttműködésre kell helyoznünk a hangsúlyt, tehát a pénz és a nagyhatalmak által irányított világot egy nem államilag (együtt)működő világ felé kell közelítenünk. Lehet, hogy mindez utópisztikusan hangzik, de ezek a törekvések kis részben már megvalósultak, vagy legalább megfogalmazódtak, gondoljunk csak a riói környezetvédelmi konferenciára vagy a koppenhágai nonprofit találkozóra. Megkezdődött tehát egy globális összefogás. Jól tudjuk, hogy ez milyen törekeny dolog, de mégis, ennek a nagyhatalmak és a pénz által szabályozott világnak változnia kell, s úgy érezzük, hogy amit megtehetünk, azt meg kell tennünk a változás érdekében.

Végül, és mindezekkel összhangban úgy gondoljuk, hogy az emberek gazdasági, politikai vagy kulturális kiszolgáltatottságának, függőségének csökkentését elő kell segíteni, s a közösségfejlesztés ebben is segítségünkre lehet.

A meglévő és újratermelődő egyenlőtlenségek mérséklésére mi lényegében egy tág értelemben felfogott közösségi művelődést állítunk fejlődés-koncepciónk középpontjába, azért, hogy az emberek öntudatosabbak legyenek, látókörük szélesedjen, cselekvőképességük növekedjen, mert az atomizált és közönyössé tett tömegek kiszolgáltatottsága és függése az azzal visszaélő, azt kihasználó érdekcsoportoknak kedvez. *Vercseg Ilona: Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. 2004. OEFI*

3.3. Működő modellek a közösségfejlesztés elősegítésére

Az alábbiakban olyan – már kipróbált - kezdeményezéseket mutatunk be, amelyek intézményünk számára is követendő, gyakorlati példaként szolgálhatnak.

Szívességszolgálat

Amelyik közösségben az emberek bizalommal vannak egymás és az intézményeik iránt, együttműködnek és szolidárisak, az gazdaságilag is eredményesebb. Biztosak vagyunk tehát abban, hogy az önszervező körök módszerei is hozzájárulnak a gazdaságilag is erősebb közösségek létrejöttéhez.

Vannak a módszernek olyan variánsai is, amelyeknek közvetlen anyagi, gazdasági haszna van (s emiatt a szakmában erősen vitatottak is).

Két hazai példa következik az önszervező körök mozgalomnak erre a változatára.

1. Felhívás Önkéntes segítő hálózatban való részvételre – Mánfa, 1996. (részlet)

Tisztelt Mánfai Polgárok!

Olyan kezdeményezéssel kapcsolatban kérem a figyelmüket, amely az Önök életére is jelentős hatást tehet. Kérem, olvassák el az önkéntes segítő hálózat ötletének leírását:

A hálózat önkéntességen alapul. Bárki tagja lehet kortól, nemtől, iskolai végzettségtől függetlenül. A csatlakozás feltétele havi egyszeri alkalommal önkéntes segítség, munkavégzés. Ennek módja, helye, ideje az Önök képességeitől, időbeosztásától, hajlandóságától függ.

A résztvevők köréből civil közösséget, esetleg egyesületet kívánunk létrehozni. Kérjük, jelezzék csatlakozási szándékukat!

Név, foglalkozás:

Kíván-e részt venni a programban?

Segítséget nyújtok:

Segítséget elfogadok:

Ezt a hét mely időszakában teszem:

Ide írják az ötletéről alkotott véleményüket:

A család többi tagjának csatlakozási szándéka, adataik:

Köszönjük figyelmüket, tisztelettel:

Schmidt Melinda közösségfejlesztő, Kovács Katalin családsegítő.

2. Kőbányai közösségi felmérés, 1997 (Gosztonyi, Makk, Péterfi, Vercseg)

Mottó: „Én festek, mázolok, takarítok, mosok, főzök, gyerekekre vigyáztam, általában ezekben segíthetnék”

Ha a „Szívesség- Szolgálat” megszerveződné, Ön és családtagja (i) miben tudnák felajánlani másoknak segítségüket?

Erre a kérdésre 88 fő (42%) válaszolt, közülük az alábbi 136 értelmezhető felajánlást találtuk:

- adománygyűjtést szervez [1]
- gyermekfelügyeletet vállal [27]
- egészségügyi tanácsadás, gondozás, ápolás [5]

- gépelés, számítógép-kezelés, szövegszerkesztés, adatrögzítés [5]
- háztartásba besegít: [7]
- takarít [5]
- játszóteret [2]
- vásárlásba segít [6]
- főzésbe segít [2]
- mosásba segít [2]
- varrásba segít [4]
- hivatalos ügyintézésbe besegítene [1]
- javít, szerel:
- vízszelvény [2]
- villanyszerelés [2]
- gáztűzhely szerelése [2]
- autószerelés [1]
- fűtésszerelés [1]
- háztartási gépeket javít [1]
- műszaki cikket javít [1]
- telefont javít [1]
- karbantart, felújít: [5]
- lakást fest [4]
- kőműves [2]
- lépcsőházat fest [2]
- asztalos [2]
- csempéz [1]
- játszótér-felújítás [1]
- tapétáz [1]
- kertészkedés [3]
- korrepetálás [4]
- költöztet [1]
- köt [1]
- kutyasétáltatás [2]
- nyelvtanítás [9]
- reklámot szervezne valakinek [1]
- ruhát adna [1]
- sport, ovis torna, baba-mama torna [1-1]
- szállítás [2]
- tanácsot adna pénzügyi problémák megoldásához [1]
- építkezéshez [1]
- lakáskultúra, smink, öltözködés [1]

Elfogadnának-e segítséget másoktól és előreláthatóan milyen?

Összesen 90 fő válaszolt erre a kérdésre, a válaszadók 43%-a. A válaszokat a segítség fajtái szerinti bontásban közöljük:

Igennel válaszolt 91 fő:

- igen, bármilyen munkát elfogadunk [10]
- olyanoktól, akiket jól ismerünk és megbízhatónak tartunk [3]
- ha a játszótér és környékünk tisztántartására vonatkozna [2]
- a közösség fejlődése érdekében tett bármely lépésben [1]
- kölcsönösen [1]
- a szituációtól függ [1]

- „olyan dolgokban, amikre mindenképp szakember kell, de így, ingyen csereszolgáltatásért” [1]
- ablakmosás [1]
- asztalosmunka [2]
- autószerelés [4]
- barkácsolás [2]
- festés [3]
- lépcsőház festése [1]
- gázszerelés [1]
- gyermekfelügyelet [10]
- hetenkénti váltásban viszonzva [1]
- hajvágás gyereknek, felnőttnek [1]
- háztartás [1]
- játékfelújítás [1]
- kertészség [1]
- kisebb szerelés, javítás [6]
- korrepetálás [1]
- kőműves munka [1]
- lakásfelújítás [4]
- lakástakarítás [1]
- lift szerelése [1]
- mázolás [3]
- műszaki cikkek javítása [2]
- nyelvtanulás [3]
- papírok kitöltése, elolvasása - (vak anyuka) [1]
- reklám, „örülnék a jó reklámnak a munkámmal kapcsolatban” [1]
- szigetelés, ablak, ajtó [2]
- szőnyegtisztítás [1]
- tapétázás [2]
- tetőjavítás [1]
- tévészerelés [1]
- videó szerelése [1]
- vízvezeték-szerelés [7]
- villanyszerelés [3]
- WC megjavítása [1]
- számítógép-szerelés [1]

Bizonytalanul válaszolók ketten voltak.

Elutasító válasz öt volt („nincs szükségünk segítségre”).

„Sajnos, a mi problémánkon egyedül az önkormányzat segíthetne” [1]

„Nem tudom” [3]

„Nem látom át, hogyan működne” [1]

„Nem” válasz [19]

„Nem szeretek segítséget kérni, inkább megoldom magam, vagy a családom közreműködésével” [1]

Értelmezhetetlen válasz [4]

A helyi önszervező kör mozgalmai bármelyike komoly impulzust adhat a helyieknek az egymással való rendszeres kommunikációra, az egymástól tanulásra, az egymáson segítségre. Kialakítja a bizalom és az együttműködés légkörét, amely minden demokrácia alapfeltétele. Bár ezek a tevékenységek nem mindig zajlanak látványosan - hiszen a lényegük az, hogy az interperszonális kapcsolatokat alakítsák -, gondoskodni kell a folyamat katalizálásáról, életben

tartásáról, ösztönzéséről, szakmai és szervezési segítségéről, koordinálásáról. Ha már egyszer a módszerek bármelyike alkalmazásra került, esetleg sikerrel is jártunk, nem dőlhetünk elégedetten hátra, mert a közösségi munka életben tartására, megújítására mindig szükség van. Még ha a közösségi munka be is épül a helyi életbe, akkor is gondozni szükséges, mert azt minden nemzedéknek meg kell tanulnia.

A svéd tanulókör

A svéd népoktatás egyik általánosan elterjedt formája a tanulóköri mozgalom, amelynek célja - az oktatással szemben - nem csupán tudás átadása és növelése, hanem a társadalmi tapasztalat kommunikációja és a társadalmi tudatosság, aktivitás fejlesztése az állandóan változó társadalomban. Úgy gondoljuk, hogy ez szélesebb körű és mélyebb demokráciához vezet. Az oktatási szervezetek, népfőiskolák és könyvtárak segítségével Svédországban mindenki részt vehet a felnőttoktatásban, fejlesztheti tudását, társadalmi tudatosságát, szolidaritását, s elköteleződik a társadalmi cselekvés mellett. A svéd népességnek évente mintegy 35%-a (8,7 millió lakos) vesz részt valamilyen formában a felnőttoktatásban, ami nagyon magas szám.

A tanulóköri munka a résztvevők szükségleteinek és érdeklődési területeinek megfelelő tudás keresésére épül. A munkát a demokratikus értékek jellemzik, vagyis az egyének közötti tapasztalatcsere és az elemzés fontos szerepet kapnak. A közös stúdiumot záró tanulmányok nagymértékben függenek a résztvevőknek a munka megtervezése és kivitelezése során tanúsított aktivitásától.

A tanulókör emberek kis csoportja, amely hosszú időn keresztül újra meg újra összejön, hogy a terv szerint tanuljon, vagy kulturális tevékenységet végezzen egy elismert vezető irányításával. Amikor az első tanulókörök létrejöttek, vezetőik nem voltak sem képzettek, sem szakemberek, míg a mai vezetők közül egyre többen részesülnek szakképzésben. Egy jó tanulókör alapja azonban nem más, mint a kör vezetőjének és résztvevőinek együttes tudása, jó tananyagokkal párosítva. *CESAM, 1994.* A svéd önképzőkör az aktív állampolgári részvétel és az önnevelés eszköze, éppen ezért jobb állampolgárokat nevel. Az önképzőkörök résztvevőinek egyharmada – tekintet nélkül a körök témájára – a körben való részvétel után aktívabb a közügyekben is. *Vestlund, 1981 Vercseg Ilona: Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. 2004. OEFI*

4. Az egészségterv

Az egészségterv egyszersmind egy dokumentum, ciklikus működési mód és fejlesztési folyamat, amit talán legjobban az „egészségtervezés” kifejezés adna vissza a leginkább hűen. Alapját képezi az egészségfejlesztési tevékenység szintér alapú megközelítése. Segíti az irányított, célzott változást, változtatást.

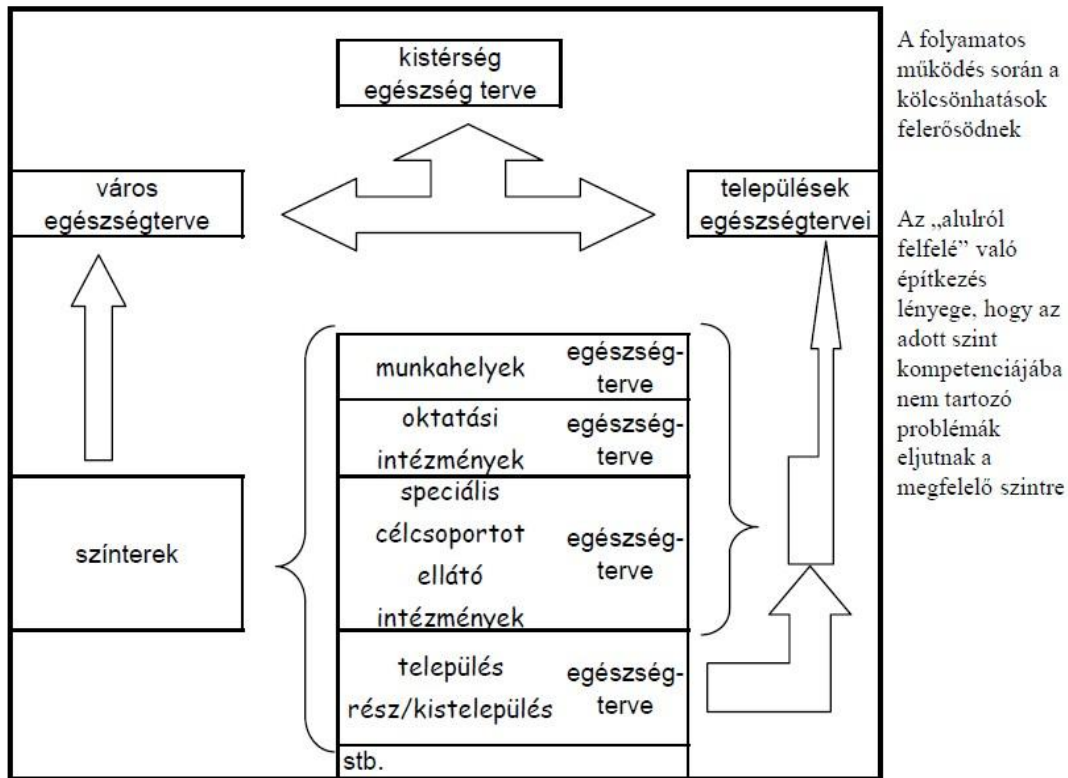
A szintér, az a család utáni szocializációs szint, ahol az egyén társadalmi kapcsolata és normakövetése megvalósul. Az egészségfejlesztésben alkalmazott szintér megközelítés a mindennapi élet színtereinek tekinthető, szűkebb értelemben minden önkéntes közösségi (informális csoportos) rendszeres aktivitást magába foglal. Tágabban, azon formális csoportokat is ide sorolja, ahol mód van az informális kapcsolatok erősítésére, mellyel a közösségi támogatottságot és így az egészséget is lehet fejleszteni (pl.: oktatási intézmények, munkahelyek, speciális célcsoportot ellátó intézmények, kistelepülések, település részek, lakótömbök, stb.). Az egyes szinterek további jelentőségét az adja, hogy nagy létszámú társadalmi csoportok csak egyes speciális szintereken érhetők el.

A közösségi szintér program összetett, a település lakosságának, az iskola, a munkahely stb. közösségének életminőségének, életfeltételeinek javítását szolgáló terv. 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.

Az egészségterv 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. A közösségi szintér program más megközelítésben egy új közösségi problémakezelési módszer, amely az érintettek aktív részvételére épít.

Az egészséget egyszerre erőforrásként, eszközként és célként is értelmezi. Jellemzője a partnerségi működési mód, és az, hogy a szintér közössége által saját kompetenciájába sorolt problémák megoldását tűzi ki célul, közös felelősségvállalással. Fontos kritériuma, hogy az egészségterv úgy készüljön, hogy a hierarchiában egymásra épülő, vagy egymással rész-egész viszonyban levő közösségek egészségterve egymáshoz illeszkedjen, illetve, hogy akár magasabb, akár alacsonyabb szinteken egymás egészségtervére támaszkodhassanak, építkezessenek, és ez által váljon ez a valódi „közösségi háló” egy szerves egésszé.

A szintéren a szereplők és az általuk feltárt (kompetencia, forrásigény szerint csoportosított) problémák egy időben, egyszerre vannak jelen. A problémák egy része operatív, gyors beavatkozást, más részük tudatos, tervezett, irányított beavatkozást igényel a sikeres megoldás érdekében. Nyilvánvaló, hogy ami lokális szinten kompetencia hiányában nem oldható meg, az csak „magasabb” szinteken lehetséges. Ennek biztosítéka, a szinterek egészségterveinek egymásra épülése és az „alulról felfelé” való építkezés.

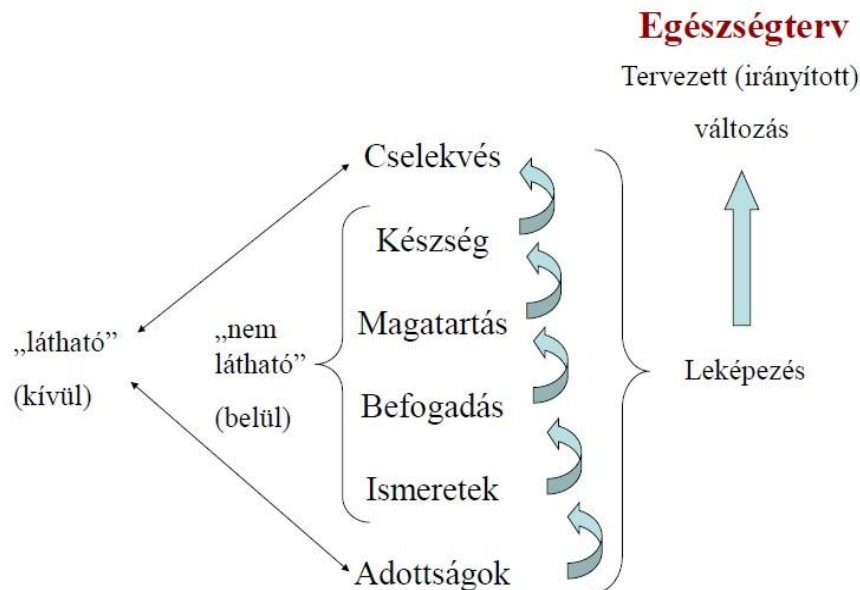


7. ábra

Egészségtervek felmenő rendszere, szintek egymásra épülése. Dr. Kishegyi Júlia, Solymosy József Bonifác: Fejleszhető egészség – Módszertani útmutató egészségtervekhez. OEFI 2010.

Szerencsére sok közösségben anélkül zajlik egy egészségfejlesztő és sokszor közösségfejlesztő folyamat, hogy arról a közösség tagjai tudnának. Ilyen esetben az egészségterv abban (is) segít, hogy ezek a meglévő gyakorlatok, illetve a folyamat aktuális stádiuma tudatossá válják, és egyfajta revíziót, valamint távlati célokat adhat az adott csoportnak / szerveződésnek / népességnek.

Az egészségterv, a szintéren kívüli megfigyelő szempontjából nem látható folyamatokat tesz látványossá. Folyamatos működés esetén, az állapot leírása és a cselekvések rendszere jól tükrözi a szintér szereplőinek ismereteit, az új ismeretek befogadását, módosított magatartásaikat, készségeiket.



8. ábra

Az egészségterv működési elve. Dr. Kishegyi Júlia, Solymosy József Bonifác: Fejleszhető egészség – Módszertani útmutató egészségtervekhez. OEFI 2010.

Az egészségterv ciklikus fejlesztési folyamat is, mely a szintér adottságaira építve előkészítő, megvalósító és megerősítő szakaszokra bontva segíti a szintereket a honnan-hová probléma kezelésében. Az egészségterv módszertana keret jellegű, elsősorban a „hogyanok” megválaszolását rendszerezi, mert a „mit/miket” meghatározását a szinterek kompetenciájába sorolja. A módszer gyakorlati alkalmazása egyfelől jelentős helyi erőforrásokat mobilizál, másfelől biztosíték, hogy a különböző - az egészség érdekében kifejtett - aktivitások egymás hatásait erősítsék.

Az egészségterv nem csak egy-egy esemény, (pl.: egészségnap, szűrés, klub, stb.) megvalósítására vonatkozik, hanem olyan hosszú távú terv, melynek az egyes fázisaiban elért eredményeire épülnek a következő projektek, aktivitások. Méltatlan és életidegen is lenne, ha a meglévő közösségi gyakorlatok (klubok, rendezvények, stb.) nem kerülnének be az egészségterv állapot leírásába és a cselekvési terv fejezetébe.

Az egészségterv formailag egy dokumentum, melyet az adott szintér szereplői és partnereik a közösség felhatalmazásával közösen készítenek el. Öt lényegi eleme az állapotleírás; probléma térkép, stratégia, cselekvési terv, visszacsatolás.

4.1. Az egészségterv célja

Az egészségterv végső célja minden esetben az, hogy egy adott közösségben a közösség tagjainak (egészségben eltöltött) élettartamát, és életminőségét növelje. Célja azonban az is, hogy mindezt úgy tegye meg, hogy a közösségben rejlő, ez idáig ki nem használt (energia) tartalékokat, a lehető leghatékonyabban felhasználják, és a tagok is felfedezzék a közösségi dimenzióban rejlő erőt.

Az egészségtervek általános, hosszú távú (globális) célja

A társadalmi versenyképesség javítása, optimalizálása. Életminőségünk, egészségi állapotunk döntő mértékben meghatározza életkilátásainkat, jövőnket, egyéni, családi és közösségi szinten egyaránt. Az egészségterv tervezésével, megvalósításával olyan változások kezdődnek

meg az autonóm módon szerveződő, korlátozott forrásokkal rendelkező, szinterekhez kötődő közösségekben, melyek hatásuk összeadódásával a társadalmi versenyképesség erősödését segítik elő.

Az egészségtervek specifikus céljai

Javuljon egy adott szintéren élő emberek életminősége és egészségi állapota. Az életminőség és az egészség, mint rendezőelv segítségével támogassa a szintéren élőket. A közösség szellemi és anyagi erőforrásainak bevonásával növelje a kompetenciájukba tartozó problémák belátható időn belül történő megoldásának esélyeit.

Az egészségtervek működési, konkrét céljai

Az irányított változtatási folyamatban partnerként működjenek együtt a szakemberek és a célcsoport. Az állapot leírásában az egészséget befolyásoló faktorok alapján reális és egyedi képet adjanak a szinterről. Közösséget, szintert érintő problémákat fogalmazzanak meg és tematizálják legalább saját kompetencia és forrásigény alapján.

A saját kompetenciába tartozó problémák megoldását célzó programok tervezése, megvalósítása és értékelése során olyan ciklikus gyakorlat alakuljon ki, amely:

- a közösség tagjainak a folyamatba való bevonását, a beleszólás és az aktív közreműködés lehetőségét biztosítja;
- felszámolja a korábbi paternalista gyakorlat maradványait;
- erősíti az egyének, közösségek autonómiáját, önbizalmát, egyúttal felelősségérzetét is,
- csökkenti az egészséges egyenlőtlenségeket, kiküszöböli a méltánytalan különbségeket.

4.2. Az egészségterv, mint folyamat

A folyamat első fázisa az állapotleírás elkészítése, amely az adott közösséghez tartozó emberek életfeltételeit, életminőségét befolyásoló tényezők leírását tartalmazza.

Az állapotleírásra, az abban foglalt megállapításokra alapozhatjuk az ún. életminőség-, illetve egészségfejlesztési stratégiát. A stratégiai program több évre szól, s meghatározza azokat a közép- és hosszú távú célokat, amelyek érdekében tevékenykedünk. A cselekvési tervben foglaljuk össze azokat a különböző teendőkre vonatkozó javaslatokat, amelyek a közösségi szintér program szereplői számára ajánlhatók, s megvalósításukra a közösség már felkészült.

A helyzetelemzés tehát a „hol állunk”, a stratégia a „hová tartunk”, a cselekvési programok pedig a „hogyan valósítjuk meg” kérdésekre ad választ. A három fázisnak összhangban kell lennie egymással. A stratégiának a helyzetelemzésre, a programoknak pedig a stratégiára kell épülniük.

A közösségi szintér program készítés egész folyamatának, de különösen a cselekvési terv megvalósításának kulcseleme a nyilvánosság. A közösségi szintér mögött nem áll (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.

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 szintér 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 szintér program készítésének folyamata tehát ismét újraindul.

A közösségi szintér program tehát, mivel végső soron az egészségről szól, nem az egészségügyi ellátás terve. Annál nem pusztán több, hanem egészen más.

Az egészségterv, mint fejlesztési folyamat

Stratégia nélkül a probléma megoldási helyzetek sokaságában nem lehet hatékonyan működni, a stratégia jelöli ki azokat az irányokat, melyek mentén a működési tevékenységek elemei összeadódnak, összeadóhatnak és így hatásuk felerősödhet. A jó stratégia elveket, irányokat és működési módokat határoz meg, így egyrészt behatárolja a tevékenységi területeket, másrészt hosszú távú idő-ütemezést is ad.

Az egészség fejlesztése ugyanolyan stratégiai tervezést igényel, mint bármilyen más fejlesztési folyamat, a fejlesztés célja a jobb egészség, jobb életminőség lesz. Amikor az egészség előfeltételeit, „meghatározóit” fejlesztjük, nyilvánvalóan fejlesztjük az egészséget önmagát is, - különösen akkor, ha a fejlesztések által adott lehetőségeket az életmód változtatás irányában használjuk fel. A célzott egészségfejlesztési program, az egészség jelen helyzetéből - egy közösség jelenlegi egészségi állapotából - kíván eljutni egy minőségileg jobb helyzet felé. Az egészségfejlesztési terveknek ugyanazoknak a kérdéseknek a feltételére van szükség, mint amit felteszünk bármilyen más stratégiai terv, projekt megtervezésekor.

Az egészségterv elkészítése annyiban tér el más tervezési gyakorlatoktól, hogy egyfelől a célcsoport igényeit tekinti kiinduló pontnak, másfelől a szintér (közösségi) fejlettségi szintjén alapul. A szintér fejlettségi szintje önmagában meghatározza azt, hogy a fejlesztési folyamat melyik lépcsőjére lehet/érdemes becsatlakozni.

A fejlettségi állapot nem csak a szinterek között, hanem a szintereken belül is különbözhet. Az egészségtervnek, mint fejlesztési folyamatnak minőségi kritériuma, hogy az egészségben is megmutatkozó különbségeket ne növelje. Fontos, hogy a jókból még jobbak legyenek, de legalább ilyen súlyú, hogy a rossz érdekérvényesítésű, hátrányos helyzetű csoportokat is a szükségleteiknek megfelelő módon elérjék a fejlesztések.

Egészségterv szempontjából vannak olyan szinterek, amelyeknek a fejlesztés gondolatata még fel sem vetődött, mások az egészségterv előkészítésénél tartanak, vannak olyanok, akik projekteket valósítanak meg és olyanok is, akik a már megvalósult fejlesztéseik hatására egy jobb egészségi állapotot fejlesztenek tovább vagy éppen másokat segítenek az egészségterv elindításában. *Kishegyi Júlia, Solymosy József Bonifác: Fejleszhető egészség – Módszertani útmutató egészségtervekhez. OEFI 2010., Dr. Füzesi Zsuzsa – Dr. Tistyán László: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés szintereken. OEFI 2004.*

5. Állapotleírás

5.1. Népeség

Magyarország jelenlegi területén harminc éve a népesség száma folyamatosan csökken. 2010-ben az ország lakóinak száma a 10 milliós lélektani határ alá esett, és 2011. év elején 9 millió 985 ezer fő volt.

A lélekszám csökkenésének legfőbb oka az alacsony termékenység, amelyhez – európai mércével – magas szinten állandósuló halandóság járul.

A születések és a halálozások különbségéből eredő népességfogyás a 2001–2011 közötti időszakban összességében meghaladta a 400 ezer főt, ezt a 160 ezer főnyi nemzetközi bevándorlási többlet csak mérsékelni tudta.

A vizsgált időszakban az ország valamennyi megyéjére – és Budapestre is – folyamatosan természetes fogyás volt jellemző, amihez Pest, Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Fejér és Csongrád megyében belföldi bevándorlási többlet társult. Pest és Győr-Moson-Sopron megye vándorlási nyeresége meghaladta a természetes népmozgalomból eredő népességfogyást, így ebben a két megyében a népesség száma (15, illetve 4 százalékkal) gyarapodott. Pest megye kiemelkedő lakosságszám-emelkedése elsősorban a fővárosból az agglomerációs övezetébe történő kiköltözések következménye.

A legkedvezőtlenebb helyzetben lévő Békés, Borsod-Abaúj-Zemplén, Tolna, Jász-Nagykun-Szolnok és Nógrád megyében a tényleges népességfogyás elérte a 8–10 százalékot, itt mind a születések és halálozások különbségéből eredő fogyás, mind a vándorlási veszteség éves átlaga meghaladta az ország többi térségére jellemző mértéket. Sajátos a helyzete Szabolcs-Szatmár-Bereg megyének, ahol a termékenység kisebb mértékben csökkent ugyan, mégis jelentős népességfogyás következett be a kiemelkedően magas vándorlási veszteség miatt.

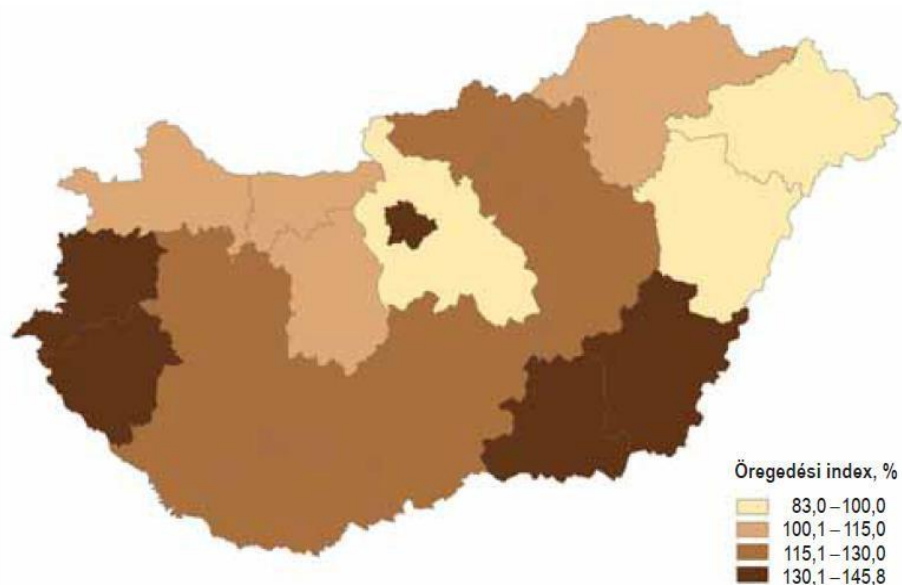
Annak ellenére, hogy évente átlagosan 5–7 százalékkal több fiú csecsemő jön világra, mint leány, a férfiak magasabb halandósága következtében a nők népességen belüli aránya egyre emelkedik: míg 2001-ben 1103 nő jutott ezer férfira, addig 2011 elején már 2-vel több. Mivel a nőtöbblet leginkább a negyven éven felüli korosztályokra jellemző, a mutató értéke elsősorban az idősebb korösszetételű térségekben (pl. a fővárosban, Heves és Csongrád megyében) kedvezőtlenebb, a fiatalabb korösszetételű térségekben (Pest, Fejér, Győr-Moson-Sopron, Komárom-Esztergom, Veszprém megyében) a nemek aránya kiegyenlítettebb.

A fejlett európai országokhoz hasonlóan Magyarország számára is az egyik legnagyobb demográfiai kihívást a társadalom öregedése jelenti. Hazánkban a népesség öregedési folyamata gyorsul.

Napjainkban az ország férfi lakosságának átlagos életkora 39 év, a nőké 43 év, a két évtizeddel ezelőtti tapasztalathoz képest 3–4 évvel több, de az utóbbi tíz évben is mintegy két évvel emelkedett a népesség átlagos életkora. A nemekre jellemző eltérő halandósági viszonyok következtében a nők átlagos életkora gyorsabban növekedett, mint a férfiaké, így a nemek között már korábban is meglévő különbség az ezredforduló óta tovább nőtt – országos átlagban 4,0 évről 4,3 évre.

Az idősödést kifejező, másik legáltalánosabban elfogadott mutató a 65 évesek és idősebbek gyermekkorúakhoz viszonyított aránya, azaz az öregedési index, amely a történeti idősorok tanúsága szerint folyamatosan nő. 2005 óta az idősorúak száma meghaladja a gyermekkorúakét, és 2011-ben már 117 idősorú jutott száz gyermekre.

A 2011. évi adatok szerint mindössze három megyében (Szabolcs-Szatmár-Bereg, Pest és Hajdú-Bihar) nagyobb a gyermekkorúak aránya, mint az időseké. Az országos átlagot jóval meghaladja a mutató értéke Budapesten, Békés, Csongrád, Zala és Vas megyében.



9. ábra

A száz gyermekkorúra jutó időskorúak száma, 2011 Hidas Zsuzsanna, Kezán András, Némethné Csehi Tünde: Magyarország társadalmi atlasza, 2012., KSH

Születések

A 2001 és 2011 közötti időszakban országosan évente átlagosan 9,5 újszülött jutott ezer lakosra. Az ország három északkeleti megyéjében, valamint Pest megyében ezt meghaladó volt a születések aránya, a többi térségben azonban kedvezőtlenebb a termékenységi ráta. Zala, Békés és Vas megyében az időszak utolsó két évében a mutató értéke már a 8 ezreléket sem érte el. A kutatók szerint a termékenység visszaesésében szerepet játszik többek között a családformák változása, és az egyre későbbi életkorokra tolódott gyermekvállalás is.

Halálozások

Az elmúlt évtizedben a nyers halálozási arányszám elsősorban Békés, Nógrád és Heves megyében volt magasabb az átlagosnál (14–15 ezrelék), ugyanakkor Fejér, Győr-Moson-Sopron, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Pest megyében valamennyi évben kedvezőbb volt annál (11–12 ezrelék).

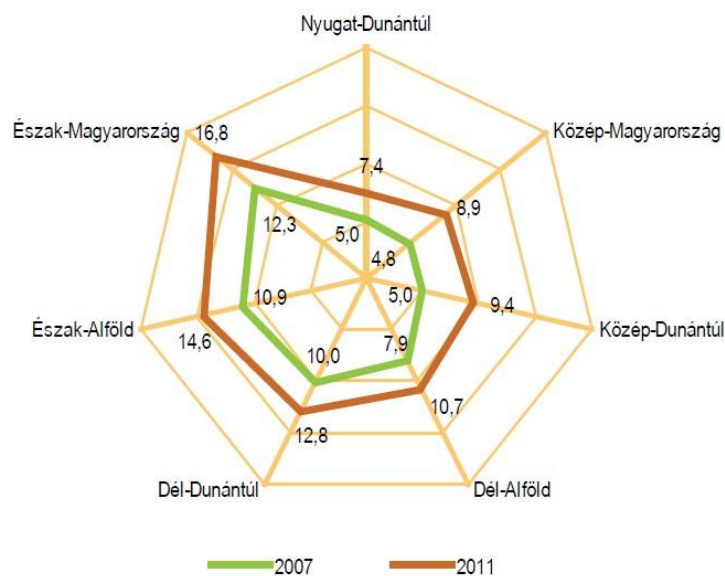
A 2010. évi adatok szerint az átlagosnál lényegesen rosszabb a halálozási helyzet az ország északkeleti térségében, miközben az ország középső térségében, valamint Csongrád, Hajdú-Bihar, Veszprém, Zala és Győr-Moson-Sopron megyében az átlagosnál kedvezőbb.

Az ország népességének mortalitása az utóbbi évtizedekben annak ellenére javult, hogy a népesség idősödött. E látszólagos ellentmondásnak a csecsemő- és gyermekhalandóság jelentős visszaesésén kívül a középkorú népesség halálozási viszonyainak csökkenése is az oka, ami a meghaltak átlagos korának emelkedésében is kifejeződik.

5.2. Gazdasági aktivitás

A munkaerő-felmérés adatai alapján 2011-ben a 15–64 éves gazdaságilag aktív népesség száma és aránya mind az előző, mind a 2007. évihez viszonyítva némileg emelkedett. Az aktívabb munkaerő-piaci szerepvállalás a válságot megelőző időszakhoz képest a munkanélküliség emelkedésével, míg 2010-hez hasonlóan már a foglalkoztatottság változásával állt összefüggésben. A gazdasági aktivitás területi különbségei 2007-hez képest csökkentek: az akkori legmagasabb és legalacsonyabb rátájú megye között 12,8 százalékpont

eltérés volt, ez 2010-ben 10,9, 2011-ben pedig 11,4 százalékpont. Az országos aktivitási aránnyal egyező vagy annál magasabb munkaerő-piaci jelenlét rendre három régió – Közép-Magyarország, Közép- és Nyugat-Dunántúl – megyéit jellemezte. 2011-ben négy megyében volt a hazai átlagnál lényegesen alacsonyabb (59 százalékot el nem érő) aktivitási arány. Borsod-Abaúj-Zemplén, Somogy, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Nógrád megye alacsony aktivitásának hátterében a hazai viszonyok között is rossz foglalkoztatottsági szint állt. Ehhez a három északi megye esetén magas munkanélküliségi ráta társult, ami ugyan növelte a munkaerő-piaci jelenlétet, de mivel a 15–64 éves népesség kevesebb, mint fele dolgozott, az aktivitás így is alacsony szintű maradt. (E három megyében a munkanélküliség teljes megszűnése esetén is alacsony lenne a foglalkoztatottság szintje.) A fejlettebb területeken a foglalkoztatottság színvonala, illetve a gazdaságilag aktív népesség összetétele is kedvezőbb, mivel e térségek – a válság hatására megemelkedett – munkanélküliségi rátája még mindig elmarad az országos átlagtól. A válság előtti munkanélküliségi szint alá egyedül Tolna megye mutatója csökkent, a többi megyében emelkedést mértek.



10. ábra

A 15–64 éves népesség munkanélküliségi rátája, % Hidas Zsuzsanna, Kezán András, Némethné Csehi Tünde: Magyarország társadalmi atlasza, 2012., KSH

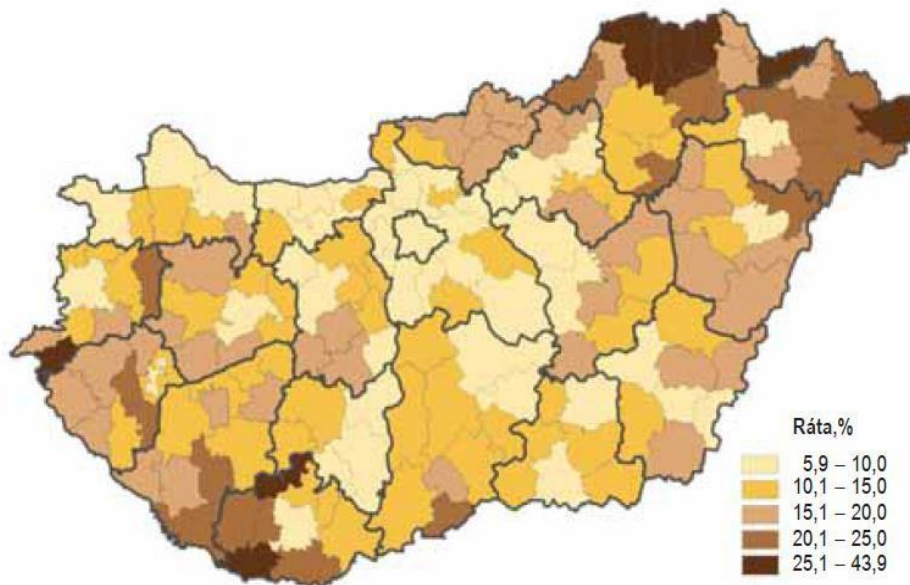
A foglalkoztatottság szűkülése alapvetően a munkaerő-piaci szempontból kedvezőbb helyzetű térségekben következett be, de ezzel párhuzamosan Észak-Magyarország, ezen belül Nógrád megye foglalkoztatottsági szintje is csökkent. A többi, gazdaságilag hátrányos helyzetű régiót stagnálás jellemezte. A változások ellenére továbbra is Közép-Magyarország, illetve Nyugat- és Közép-Dunántúl megyéinek foglalkoztatási rátája a legkedvezőbb.

Országosan a foglalkoztatottak 64 százaléka a szolgáltatásban, 31 százaléka az ipar, építőiparban és 5 százaléka a mezőgazdaságban dolgozott. A szolgáltatás jellegű ágazatok túlsúlya Közép-Magyarországon – ezen belül is a fővárosban – jelentős. Nyugat- és Közép-Dunántúl megyéiben a foglalkoztatottak jóval az átlag feletti része az iparban és az építőiparban dolgozott. A hagyományosan mezőgazdasági területeken – Békés és Bács-Kiskun megyében – a foglalkoztatottak több mint egytizedének a mezőgazdaság adott munkát. 2011-ben mintegy 2 millió 524 ezer fő, a 15 és 64 év közötti korosztály 37 százaléka – ezen belül a férfiak 31 és a nők 43 százaléka – maradt távol a munkaerő-piacról. A nők inaktivitása minden régióban meghaladta a férfiakét. A nemek közötti különbség – a

reprezentatívan regionális szinten rendelkezésre álló adatok alapján – Közép-Magyarországon, valamint a Dél-Alföldön volt a legnagyobb, a Dél Dunántúlon a legkisebb. A férfiak esetén Észak-Magyarországon mérték a legmagasabb inaktivitást és Közép-Magyarországon a legalacsonyabbat, a nőknél a két szélsőértéket Észak-Alföld és Közép-Dunántúl képviselte. A 15 és 24, illetve az 55 és 64 év közöttiek inaktivitási aránya volt a legnagyobb: országosan a fiatalabb korosztály inaktivitása 75, míg a nyugdíjkorhatár előtt állóké 61 százalékot tett ki.

A Nemzeti Foglalkoztatási Szolgálat becslése alapján 2010-ben 26 kistérségben – a magyarországi kistérségek 15 százalékában – maradt 45 százalék alatt a foglalkoztatási ráta. E foglalkoztatottsági szempontból elmaradott területek zömmel Borsod-Abaúj-Zemplén és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében koncentráálódtak. A két megye kistérségeinek kétharmada esett a legalsó kategóriába, de fennmaradó területeiken is rendre 55 százaléknál alacsonyabb értéket mértek. A leghátrányosabb foglalkoztatottsági adottságú területek mellett az országban összesen további 88 kistérség rátája maradt el ez utóbbi értéktől. Az országos átlag körüli, illetve azt meghaladó foglalkoztatottsági szint a kistérségek kevesebb, mint harmadát jellemezte. Legalább 65 százalékos arány 8 magyarországi kistérségben volt.

Munkanélküliség szempontjából az ország központi és északnyugati területei kedvezőbb, északkeleti és délnyugati pontjai rosszabb helyzetben vannak. Annak ellenére, hogy a foglalkoztatottság és a munkanélküliség földrajzilag hasonló területeket érint előnyösen vagy hátrányosan, a magyarországi kistérségek helyzete rosszabb a foglalkoztatottság tekintetében. A legalacsonyabb munkanélküliségű területek többé-kevésbé a fővárosból kiinduló főbb közlekedési útvonalak mentén vannak. Szabolcs-Szatmár-Bereg és Borsod-Abaúj-Zemplén megye helyzete periférikus, akár csak a délnyugati országhatárhoz közeli kistérségeké.



11. ábra

A 15–64 éves népesség munkanélküliségi rátája kistérségenként, 2010 Hidas Zsuzsanna, Kezán András, Némethné Csehi Tünde: Magyarország társadalmi atlasza, 2012., KSH

5.3. Keresetek

2010-ben a teljes munkaidőben alkalmazásban állók bruttó átlagkeresete 202 ezer, családi adókedvezmény nélkül számított nettó átlagkeresete 133 ezer forint volt. A legjobban a fővárosban dolgozók, a legrosszabbul a Szabolcs-Szatmár-Bereg megye alkalmazottai

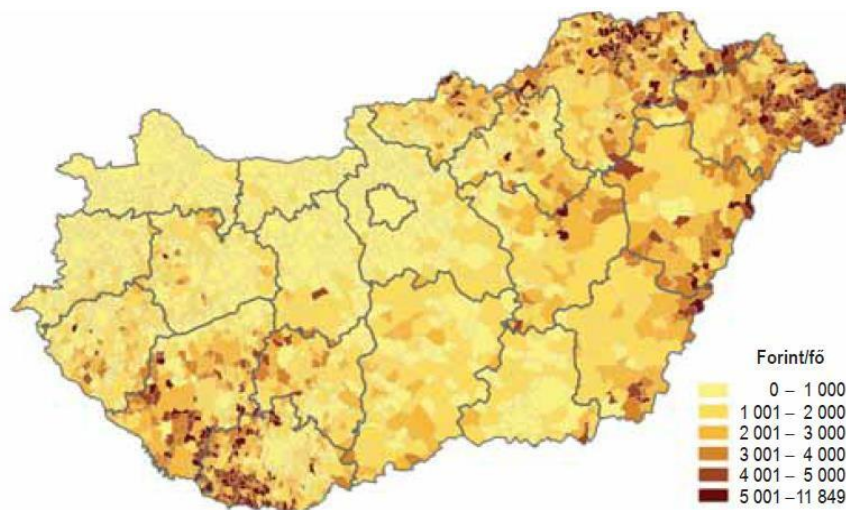
kerestek. Budapest kereseti előnye mind a bruttó, mind a nettó keresetek tekintetében kiemelkedett, de a nettó keresetek esetén már kisebb mértékű volt. A főváros magasabb bérszínvonala a gazdasági tevékenységek koncentrációjával, munkaerő-piaci vonzásával, intézményi hálózatának szintjével, és az itt működő vállalkozások bérszínvonalával összefüggésben alakult ki. A különbségek, melyek egyben a munkahely és a lakóhely térbeli szétválására is utalnak, nemcsak a főváros, hanem a megyén belüli központok esetén is kirajzolódnak. A megyei jogú városokban dolgozó foglalkoztatottak nettó bére – Érd kivételével – magasabb volt, mint a megye többi településén alkalmazásban állók átlagkeresete. Dunaújváros és Győr alkalmazottainak nettó keresete legalább 20 ezer forinttal haladta meg a nemzetgazdasági átlagot, de a székesfehérvári munkavállalók is majdnem 10 ezer forinttal kerestek ennél többet.

Nyugdíjak

A pénzügyi társadalmi juttatások közül a nyugdíjak, nyugdíjszerű ellátások szerepe a legmeghatározóbb. 2011 januárjában 2 millió 894 ezer fő, ezer lakosból 290 részesült ilyen ellátásban. A népességszámhoz viszonyítva a legkevesebb ellátásban részesülő Pest megyében élt: míg itt minden negyedik, Tolnában és Békés megyében legalább minden harmadik lakos kapott nyugdíjat, illetve nyugdíjszerű ellátást. A területi különbségek hátterében döntő részben a megyék lakosságának életkori összetétele, egészségügyi állapota és a térség gazdasági fejlettsége áll.

Önkormányzati segélyezés

A települések önkormányzatai 2010 során közel 142 milliárd forintot fordítottak a rászoruló segélyezésére. A települések zömmel a rendszeres – döntően pénzben folyósított és a központi költségvetésből finanszírozott – segélyekre, ezen belül is az aktív korúak támogatására fizették ki a legtöbb pénzt. Ezzel összefüggésben a munkanélküliség által erősebben sújtott területeken – a támogatásra szoruló népesség magasabb aránya miatt – általában több volt az egy lakosra jutó önkormányzati támogatásokra fordított összeg nagysága is.



12. ábra

Egy lakosra jutó rendszeres, eseti és egyéb önkormányzati támogatásokra fordított havi összeg, 2010 Hidas Zsuzsanna, Kezán András, Némethné Csehi Tünde: Magyarország társadalmi atlasza, 2012., KSH

5.4. Intézményi ellátottság

Nappali ellátást biztosító intézmények

Nappali ellátást az idősek, a fogyatékosok, a pszichiátriai és szenvedélybetegek, valamint a demensek vehetnek igénybe. Az ellátásokat nem kötelező mindenhol megszervezni, az idősek ellátása esetén a 3000, míg a fogyatékosok, pszichiátriai és szenvedélybetegek ellátásának tekintetében a 10 000 fő feletti településeknek van szolgáltatási kötelezettsége.

2010 végén 1478 intézményben közel 52 500 férőhelyen több mint 49 200 személy nappali ellátásáról gondoskodtak. Összesen 886 helyen, a magyarországi települések 28 százalékán lehetett hozzáférni valamilyen nappali ellátást biztosító férőhelyhez. A főváros teljes lefedettsége mellett Békés, Hajdú-Bihar, Jász-Nagykun-Szolnok és Csongrád megye intézményhálózata volt a legsűrűbb, Veszprém megyéé a legkevésbé kiépített. A legtöbb település (összesen 862) az idősek nappali ellátását szervezte meg. Fogyatékosokat 142, pszichiátriai betegeket 39, szenvedélybetegeket 37, szellemi hanyatlásban szenvedőket 33 településen látták el.

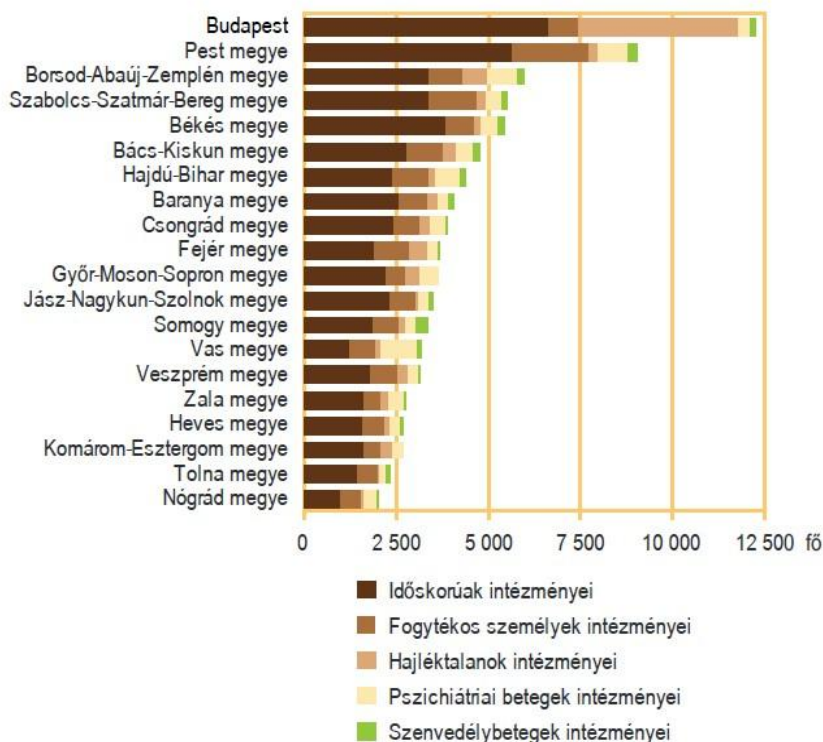
A legtöbb idősgondozási férőhely a lakosságszámhoz viszonyítva Békés és Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében volt. Az idősellátás minden megyében többségben volt, de a legtöbb idősek ellátásában részesülő a fővárosban élt. A fogyatékos személyek ellátása Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, a pszichiátriai betegeké Békésben, a szenvedélybetegeké Hajdú-Biharban, a demenseké Baranya megyében koncentrált.

Elhelyezést biztosító intézmények

Amennyiben valaki otthonában már nem látható el, akkor elhelyezést nyújtó intézménybe kerülhet. A rászorulókat átmeneti vagy tartós jelleggel is intézményi gondozásba vehetőek. A különböző státusú ellátottak – idősek, fogyatékosok, pszichiátriai betegek, szenvedélybetegek, hajléktalanok – elhelyezését a megyei önkormányzatoknak, illetve a 30 000 főnél nagyobb lélekszámú településeknek kell megszerveznie.

2010 végén a tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést biztosító intézményekben élő emberek száma meghaladta a 88 ezret. Az országban 1455 telephelyen, összesen 641 településen, vagyis a települések ötödében működött legalább egy ilyen intézményi telephely. Többségében (473 helyen) a tartós elhelyezést biztosították önmagában, 137 településen a tartós és átmeneti ápolás-gondozás nyújtása egymás mellett működött, a fennmaradó 31 településen csak átmeneti elhelyezést biztosítottak.

A tízezer lakosra jutó tartós bentlakásos és átmeneti elhelyezést biztosító férőhelyek száma Békés és Vas megyében volt a legmagasabb, de a Dél-Dunántúlon, illetve Szabolcs-Szatmár-Bereg és Nógrád megyében is meghaladta az országos átlagot. A lakosságszámhoz viszonyított férőhelyek száma Közép-Magyarországon volt a legalacsonyabb. Pest megye mutatószáma mellett ebben az is szerepet játszott, hogy sok fővárosi fenntartású intézmény vidéki telephelyen (is) működött. (A fővárosban közel 13 800 férőhelyet biztosítottak az egyes intézmények telephelyei, ezekhez a fővárosi fenntartású intézmények révén további 3800 vidéki férőhely tartozott.) A gondozottak zöme minden megyében időskorúak ellátására szakosodott intézményben, ezen belül is időskorúak otthonában élt. A hajléktalanok elhelyezése a fővárosra koncentrált, ezzel összefüggésben az itt üzemeltetett átmeneti elhelyezést nyújtó férőhelyek aránya is lényegesen magasabb volt.



13. ábra

Az elhelyezést nyújtó intézményekben gondozottak száma az intézmény típusa szerint, 2010. december 31. - Hidas Zsuzsanna, Kezán András, Némethné Csehi Tünde: Magyarország társadalmi atlasza, 2012., KSH

5.5. Igazságszolgáltatás, bűnügyi helyzet

Egy ország társadalmi helyzetének egyik legfontosabb és legérzékenyebb indikátora a bűnözés alakulása. A biztonságérzet jelentősen hozzájárul az emberek életminőségéhez, és e szubjektív értékítéleten keresztül alakítja a gazdaság értékteremtő képességét is. A bűnözést ugyanakkor általában a társadalmi problémák, különbségek generálják és elmélyítik, így e téren is összefügg az emberek életminőségével és annak változásaival.

A rendszerváltozástól 1998-ig szinte folyamatosan emelkedett a regisztrált bűncselekmények száma, ezt követően kisebb megszakításokkal csökkent. A mérséklődés ellenére a cselekmények száma már nem süllyedt az 1990-ben jellemző szint közelébe. 2010-ben országosan közel 450 ezer bűncselekményt regisztrált a bűnügyi statisztika, ami a megelőző évekhez képest ismét magasabb érték.

Budapesten, Somogy és Hajdú-Bihar megyében követték el a legtöbb bűncselekményt, minden tízezer ottani lakosra 600–700 bűncselekményt jutott. Számuk a megyék valamivel több, mint felében csökkent az ezredforduló óta, ugyanakkor 4 dunántúli, 3 alföldi és 2 észak-magyarországi megyében éppen ellenkezően változott a bűnügyi helyzet. A legnagyobb mértékben Hajdú-Bihar és Somogy megyében növekedett a bűnesetek száma. Nem véletlen tehát, hogy tízezer lakosra vetítve is e megyékben a legmagasabb a regisztrált bűncselekmények száma. Szintén jelentős, 20 százalékos körüli növekedés következett be Csongrád, Jász-Nagykun-Szolnok, Fejér valamint Tolna megyékben. Győr-Moson-Sopron, Zala, Bács-Kiskun és Pest megyében az említett időszak során javultak a bűnügyi statisztikák, területükön 20–30 százalékkal kevesebb regisztrált bűncselekmény történt, mint 2000-ben.

Az elkövetett bűncselekmények súlyossága az 1990-es évek eleje óta folyamatosan csökken, jelenleg a regisztrált bűncselekményeknek közel kétharmada csupán vétségnek minősül. A súlyosabb megítélésű cselekmények aránya a gazdasági szempontból fejlettebb térségekben – Pest megyében, Budapesten és Győr-Moson-Sopron megyében – a legmagasabb. A felsorolt megyék mindegyikében súlyosságuk okán a bűncselekmények több mint 40 százaléka büntettnek minősült.

A bűnesetek zömét mindenütt a vagyon ellen elkövetett cselekmények adják, arányuk Hajdú-Bihar megyében a 70 százalékot is meghaladta, de magas (65 százalék) volt Békés, Pest és Heves megyékben, valamint a fővárosban is. A személy elleni erőszakos cselekmények aránya Észak-Magyarország és Dél-Dunántúl területén volt a legmagasabb. Szabolcs-Szatmár-Bereg és Tolna megyékben a cselekmények 12 százaléka személyek ellen irányult, ez közel négyszerese a fővárosinak.

Az elkövetők kéttizede alkohol, kábítószer vagy kábító hatású szer hatása alatt követte el tettét. Az ilyen bünelkövetők aránya Komárom-Esztergom, Vas, Veszprém, Tolna és Bács-Kiskun megyében volt legmagasabb. *Hidas Zsuzsanna, Kezán András, Némethné Csehi Tünde: Magyarország társadalmi atlasza, 2012., KSH*

5.6. Egészségi állapot

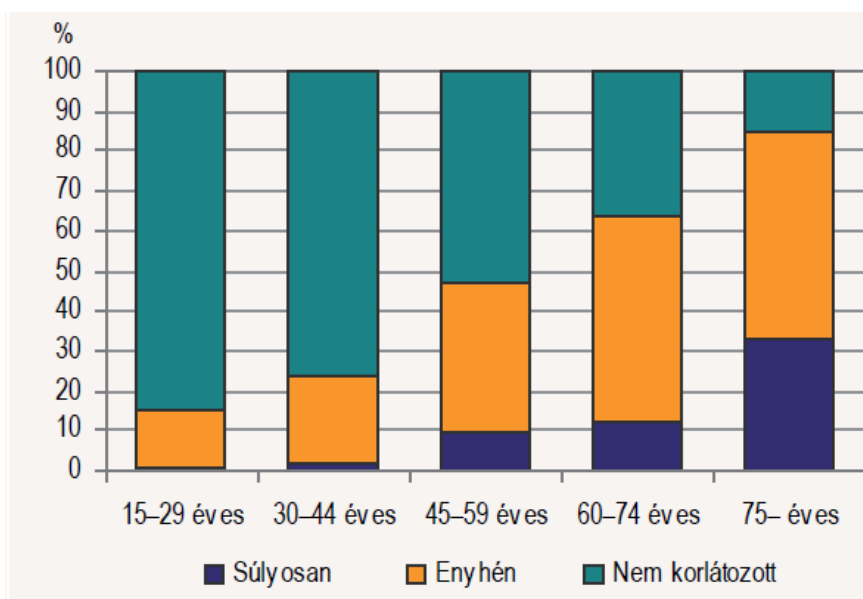
A legkisebb közösség életére és egészségére is kihat az, hogy milyen nemzeti környezetben létezik, működik. Éppen ezért elengedhetetlen a magyar népesség egészségi állapotának ismerete. Ezt a teljesség igénye nélkül, a legfontosabb paraméterekre hagyatkozva tesszük itt meg. Az egészségi állapot legfontosabb (mérhető) paraméterei: a saját vélt egészségi állapot, a születéskor várható élettartam, a mortalitási és morbiditási gyakorisági mutatók.

A 2009-es ELEF (Európai Lakossági Egészségfelmérés) körében feltett kérdésre „Milyen az Ön egészsége általában?” a megkérdezettek 54.2% választotta a 'Jó' illetve 'Nagyon jó' válaszlehetőségeket, 31.1%-a találta 'Kielégítő'-nek, és 14.7% gondolta 'Rossz'-nak vagy 'Nagyon rossz'-nak egészségi állapotát. Ezzel az EU országainak sorában Portugália után a 2. legrosszabb helyet érdemeltük ki az egészségüket rossznak tartók arányát tekintve. Az egészségüket jónak tartók hányada alapján 8 országot is sikerült magunk mögé utasítani, köztük Németországot is.

A válaszok alapján az ország keleti-nyugati megosztottsága figyelhető meg: általában a dunántúli régiókban élők körében nagyobb az egészségi állapotukat jónak, illetve nagyon jónak vélők aránya. A kutatók számításai szerint a vélt egészségi állapot szoros összefüggésben áll a krónikus betegségben és a korlátozottságban szenvedők arányával.

Amennyiben az egyén (testi, lelki, szociális szempontú) egészségét aszerint határozzuk meg, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani, akkor az egészségi állapot a korlátozottság mérése, mértéke által is leírhatóvá válik. Arra a kérdésre, hogy „Az elmúlt hat hónapban korlátozta-e valamilyen egészségprobléma a mindennapi tevékenységek elvégzésében, és ha igen, milyen mértékben?” a felnőtt lakosság 8,6%-a számolt be súlyos korlátozottságról.

A korlátozottság előfordulása korcsoportonként is nagyon különböző. A 15–29 évesek 85%-a egyáltalán nem érzi magát korlátozottnak, a középkorúak (45–59 évesek) közül már csak 53%, míg a 65 és a 75 éven felüliek korcsoportjaiban a korlátozottság nélkül élők aránya mindössze 36 és 15%, ezzel párhuzamosan a súlyosan korlátozottak aránya már 23, illetve 33%-ra emelkedik.



14. ábra

A korlátozottság előfordulása korcsoportonként, 2009 (KSH, Statisztikai Tükör, 2010/50)

Súlyos mértékű korlátozottságot jelent az emberek számára az önellátásra való képtelenség. A felmérés adatai szerint önellátásában korlátozott a felnőtt korú lakosság 5–10%-a. Van, akinek a táplálkozás is gondot jelent, és csak segítséggel képes enni (5,1%), másoknak az ágyba való lefekvés, az onnan való felkelés (10,4%), vagy a székre leülés, onnan felállás (9,8%) okoz nehézséget. Az öltözéssel sem tud egyedül megbirkózni a válaszadók 8,5%-a, míg a WC-használattal 6%, a fürdéssel, zuhanyozással kapcsolatos problémát 9%-uk említi. Természetesen a felsorolt gondok nem mindegyike fordul elő mindenkinél, de bizonyos problémák együttes előfordulása is gyakori. Az önellátási képesség hiánya, zavarai olyan súlyos, tartós problémát jeleznek, amelyek az érintettek mindennapos gondozását teszik szükségessé. A funkcionalitás csökkenése nemcsak az egyén, hanem a család, tágabb közösség számára is jelentős terhet jelent, az ellátórendszer iránti igényeket is jelzi. Az önellátásban korlátozottaknak csak 81%-a kap elegendő segítséget családtagjától, rokonától vagy fizetett gondozótól, szomszédtól, barátától, de több vagy más jellegű segítségre volna igénye további 5%-uknak. A megkérdezettek egy részének az önellátás még nem, de a napi teendők elvégzése már kisebb-nagyobb gondot jelent. *KSH, Statisztikai Tükör, 2010/50*

Egy ország lakosságának egészségi állapotát jól tükrözi a születéskor várható átlagos élettartam. Ez a szám – hazánkban is, mint minden fejlett országban - nagyon sokat nőtt az utóbbi évszázadban (gyakorlatilag megkétszereződött), köszönhetően a gazdasági fejlődésnek, higiénés viszonyok javulásának, a korszerű ivóvíz- és szennyvízhálózatnak, az antibiotikumoknak, a védőoltásoknak és a 20. század sok más vívmányának.

Magyarország azonban igen jelentősen elmarad e tekintetben az EU-átlaghoz képest. Az EU 27 országában jelenleg hatályos rangsorban hazánk mindössze a 22. helyen áll.

A születéskor várható átlagos élettartam a legfrissebb KSH-adatok szerint 2011-ben férfiak esetében 70.9 év, nők esetében 78.2 év. Itt fontos megjegyeznünk, hogy bár az átlagos élettartam növekedése az elmúlt 40 évben ugyan megközelítette a 6 évet, az egyes társadalmi csoportok közti szélsőségek, szakadékok ebben a tekintetben is megnyilvánulnak. Egyes leszakadó rétegek esetében ebből a javulásból szinte semmit sem látunk.

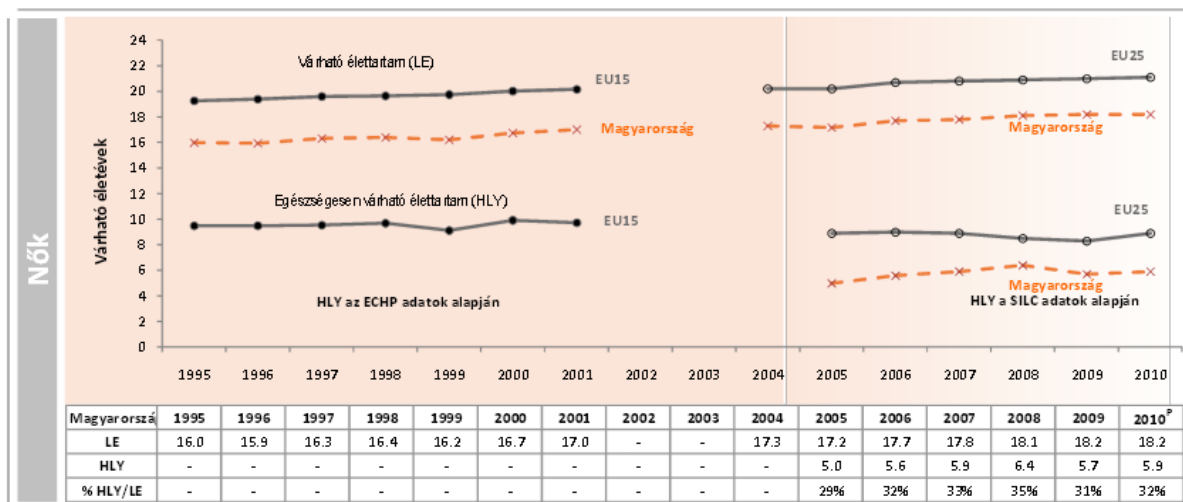
A születéskor várható átlagos élettartam 2001 és 2010 között a férfiaknál 2,3, a nőknél 1,7 évvel emelkedett. A növekedés az ország valamennyi megyéjében megfigyelhető, azonban továbbra is kimutathatók a már korábban is meglévő halandósági különbségek az ország

nyugati és keleti térsége között. A 2010. évi adatok szerint a Budapesten született fiúcsecsemők számíthatnak a legmagasabb életkorra, és az országos átlagnál hosszabb életútra számíthatnak Győr-Moson-Sopron, Csongrád, Pest, Veszprém és Zala megyében is. A lánycsecsemők szintén ezekben a térségekben a legkedvezőbb életkilátásúak, különbség a megyék sorrendjében van: Veszprém és Zala megyét követi Budapest, Pest és Győr-Moson-Sopron és Csongrád megye. A várható élettartam mindkét nem esetében Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a legrövidebb: itt a férfiak 4,3, a nők 2,2 évvel kevesebb megélt életévre számíthatnak, mint a legkedvezőbb értékkel bíró térség.

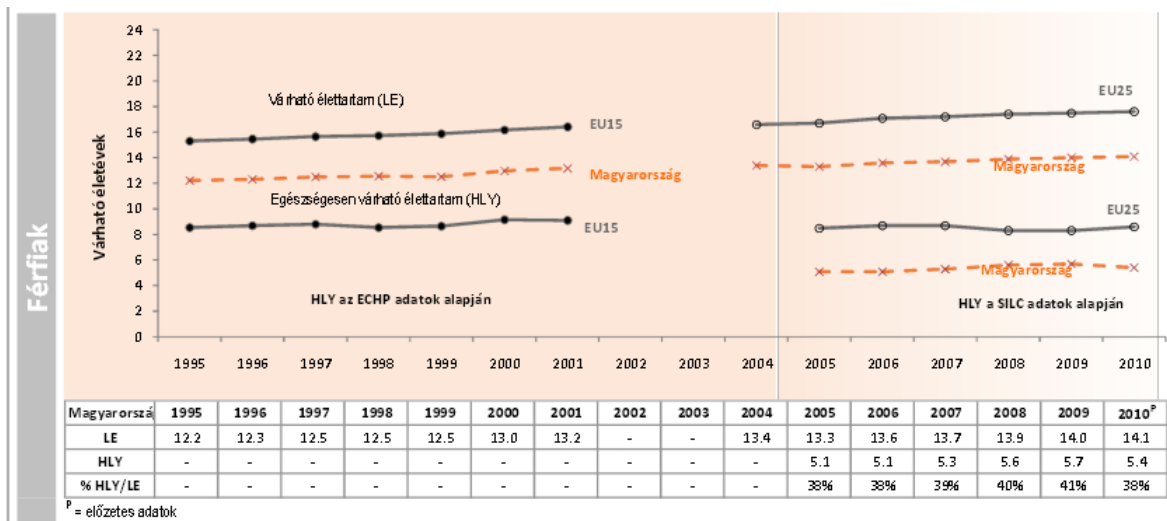
A születéskor várható átlagos élettartam (SZVÁÉ) jelentős növekedése mellett, ezzel párhuzamosan meg kell említeni a lakosság előregedéséből adódó polimorbilitást, ami elsősorban a krónikus degeneratív betegségekből adódik. Sajnos elmondható, hogy hazánkban az élettartam növekedése nem minden esetben jár az életminőség javulásával.

A SZVÁÉ mellett további fontos mutató az egészségesen várható élettartam. Ez az indikátor a várható élettartamot két részre osztja: a jó és a rossz egészségi állapotban eltöltött évekre. Ezáltal a mutatóban az élet hossza mellett egy minőségi dimenzió is megjelenik. A két mutató közti rés megmutatja, hogy mennyi az a rossz egészségi állapotban eltöltött idő, amely során az egyén terápiára, ápolásra, gondoskodásra szorul (hat). Ez utóbbiak azért is fontosak, mert jelentős a költségvonzata ennek az időszaknak, sok esetben nemcsak a direkt költségek, hanem a gondozó hozzátartozó kiesése a munkából, és az ez által generált indirekt kiadások is számottevőek. E jelenség egyre nagyobb problémát okoz általánosságban az előregedő fejlett társadalmakban.

Várható élettartam (LE) és egészségesen várható élettartam (HLY) Magyarországon és az európai Unióban (EU15 és EU25) az Európai Háztartáspanel (1995-2002) valamint a SILC (2005-2010) alapján



15. ábra

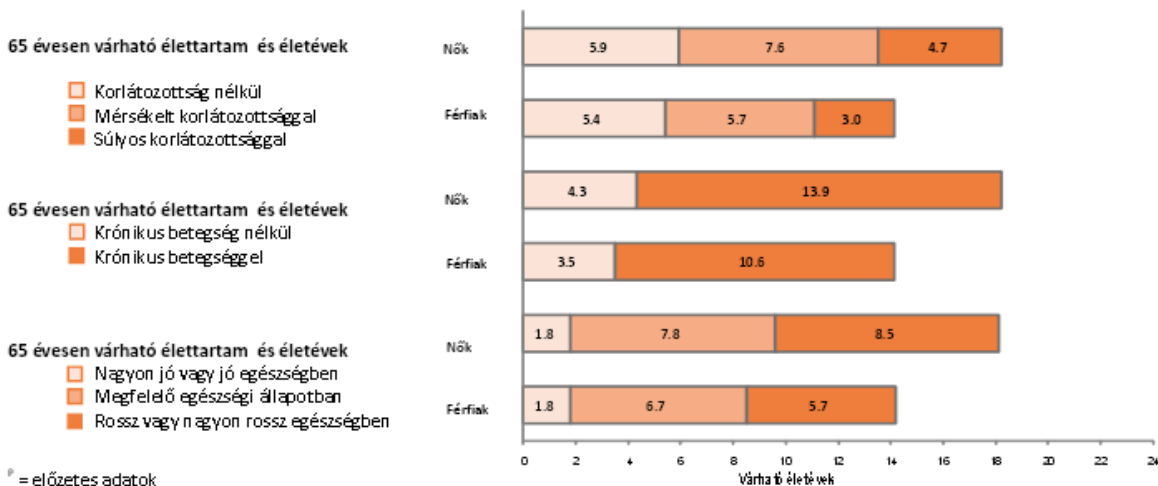


16. ábra

EHLEIS Országjelentések No. 6 – 2013 Március – Egészségben várható élettartam – Magyarország. www.ksh.hu

A magyarországi várható élettartam (LE) 65 éves kori értéke 1995-2001 között mindkét nemre vonatkozóan alacsonyabb volt az EU 15 átlagánál, és továbbra is az EU25 átlaga (21,3 év a nők, és 17,8 a férfiak esetében) alatt maradt 2010-ben 3,7 évvel a férfiaknál és 3,1 évvel a nőknél. 2010-ben egy 65 éves nő vagy egy férfi életének 32 illetve 38 %- át töltheti korlátozásmentesen (a mindennapi tevékenységekben egészségi ok miatt tartósan fennálló korlátozottságot értve ez alatt). 2010-ben a magyarországi HLY értékek férfiaknál 3,1, nőknél 3,3 évvel maradtak el az EU25 átlagától (amely 9,0 év volt a nőknél és 8,7 a férfiaknál). A 2009-2010 közötti időszakban a HLY értéke a férfiaknál csökkent, a nőknél kissé emelkedett.

A 65 éves korban még várható életévek korlátozottság nélkül, krónikus betegség nélkül illetve a vélt egészség összevont kategóriái szerint a teljes várható élettartamon belül (az egészség adatok forrása: SILC2010^P)

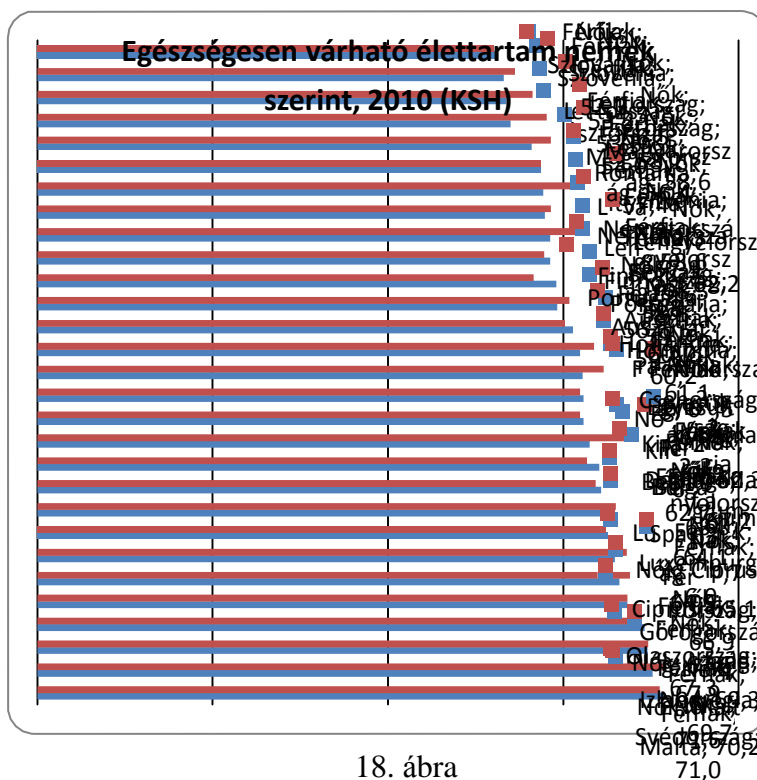


17. ábra

EHLEIS Országjelentések No. 6 – 2013 Március – Egészségben várható élettartam – Magyarország. www.ksh.hu

A várható élettartam (LE) 65 éves kori értéke 2010-ben Magyarországon 18,2 év volt a nők és 14,1 év a férfiak esetében. A SILC (Statistics on Income and Living Conditions) 2010 adatai alapján egy 65 éves nő 5,9 évet (további életéveinek 32 %-át töltheti el korlátozottság mentesen) 7,6 évet (42%) mérsékelt, és 4,7 évet (26%) súlyos korlátozottságban. Egy ugyanilyen korú férfi még 5,4 évet fog élni egészségesen (korlátozottság mentesen) (még várható életéveinek 38 %-át) és további 5,7 évet (41 %) mérsékelt, és 3,0 évet (21%) súlyos korlátozottságban. *EHLEIS Országjelentések No. 6 – 2013 Március – Egészségben várható élettartam – Magyarország. www.ksh.hu*

Az EHEMU (European Health Expectancy Monitoring Unit) adatai alapján az EU tagországai közül csak Észtországot, Lettországot, Szlovákiát és Szlovéniát előzzük meg az egészségben várható életévek számát tekintve.



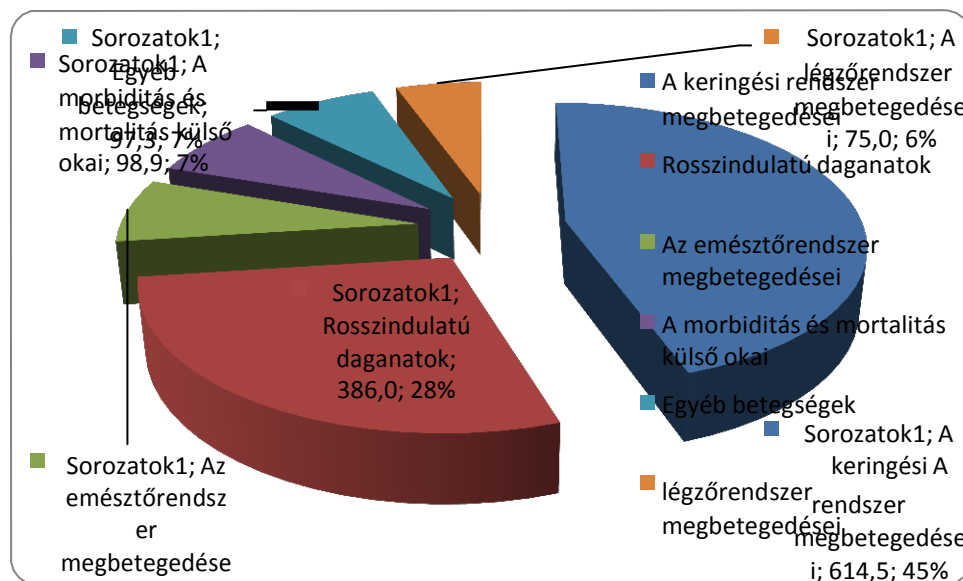
18. ábra

Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2011. KSH (2010-es adatok)

Ha a halandóság életkor szerinti megoszlását vizsgáljuk, hazánkban – annak ellenére, hogy az elmúlt években sokat javult a helyzet e téren – az egyik legnagyobb problémát a középkorú férfiak kimagasló halálozása okozza. A krónikus epidemiológiai válság egyik legfontosabb jelensége volt ez, mely különösen az alacsony iskolai végzettségű kétféle munkásokat érintette. Ennek okaiként a dohányzást, a túlzott mértékű alkoholfogyasztást, és az ezek következményeként korán (sokszor a negyedik, ötödik évtizedben) halálhoz vezető nem fertőző betegségeket tartják számon. Prof. Dr. Ember István elmélete szerint mindez azért is jelentkezik, mert a férfiak egy szimbolikus „védőernyőt” tartanak a nők és a család többi tagja fölé, hiszen ők végzik a nehéz fizikai munkát, családfőként pedig ők viselik a stresszt, és az ezekkel járó komoly fizikai következményeket. Köztudott azonban az is, hogy a férfiak egészségmagatartása lényegesen kedvezőtlenebb a nőkénel (pl. egészségtelen táplálkozás, gyakoribb dohányzás, alkoholfogyasztás, nagyobb kockázatvállalási hajlandóság). És bár az utóbbi másfél évtizedben a 30-60 év közötti férfinépeség halálozási valószínűsége majdnem

10 %-kal csökkent, továbbra is figyelemmel kell kísérni ennek a szubpopulációnak az egészségi állapotát.

Ha a népesség egészségi állapotában javulást szeretnénk elérni, célszerű elsősorban a halál oka halandóságát megvizsgálni.



19. ábra

Halál oka halandóság. Demográfiai Évkönyv 2011. KSH (2010-es adatok)

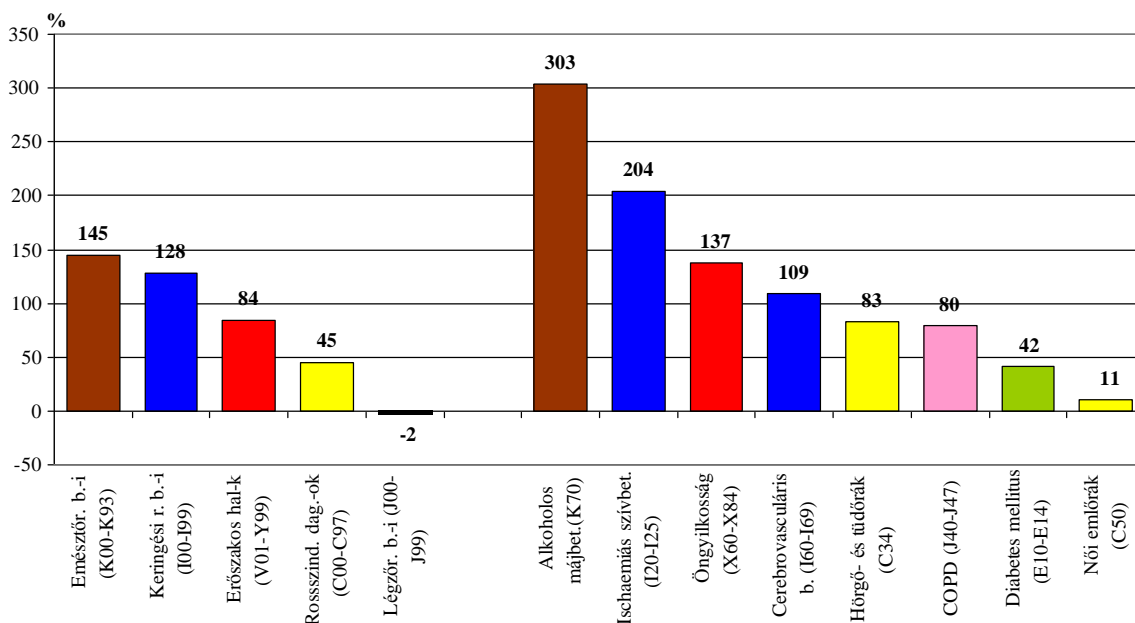
Hazánkban az elhunytak 45%-a valamilyen keringési betegségben, 28%-a pedig valamilyen rosszindulatú daganat miatt halálozott el a 2010-es évben. Ezek alapján elmondható, hogy a népességnek kb. háromnegyed része e két betegségcsoport miatt veszíti életét. Nem véletlen tehát a rendkívüli fókusz e halál oka tényezőket, illetve a háttérükben húzódó rizikófaktorokat, és azok megelőzését illetően. A keringési rendszer leggyakoribb, halált okozó betegségei: agyérbetegségek, szívinfarktus, magas vérnyomás, érelmeszesedés. A rosszindulatú daganatok közül a halál oka fontossági sorrendben az öt első férfiak esetében:

1. légcső, tüdő, hörgő rosszindulatú daganata,
2. ajak, szájüreg, garat és nyelöcső rosszindulatú daganata,
3. vastagbél rosszindulatú daganata,
4. prosztata rosszindulatú daganata,
5. végbél rosszindulatú daganata.

Nők esetében:

1. légcső, tüdő, hörgő rosszindulatú daganata,
2. emlő rosszindulatú daganata,
3. vastagbél rosszindulatú daganata,
4. hasnyálmirigy rosszindulatú daganata,
5. végbél rosszindulatú daganata.

Ha nemzetközi összehasonlításban tekintjük át, látható, hogy az EU-átlaghoz képest rendkívül rossz a népegészségügyi helyzet a legfontosabb betegségek által okozott halálozást tekintve.



20. ábra

A magyarországi népesség halandóságának eltérése az EU-15-ök népességének halandóságához képest a legfontosabb halálhelyi főcsoportokban és halálokokban 2008-ban (WHO HFA adatbázis adatai, a WHO "európai népesség"-nek kormegoszlására standardizálva, BNO 10. revíziójának tételszámai)

Népegészségügyi orvostan – Szerk.: Ember István, Kiss István, Cseh Károly, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara, Pécs, 2013

Nemcsak a halálokok, hanem a leggyakoribb megbetegedések tanulmányozása is lényeges, hiszen ezek rontják a népesség életminőségét, teherbírását, növelik a táppénzes napok számát, hatalmas kiadásokat okoznak az államnak, az egészségügynek és a családoknak.

Az ELEF (Európai Lakossági Egészségfelmérés) adatai alapján az egészségproblémák közül vezető helyen a magas vérnyomás, a mozgásszervi és a szív- és érrendszeri betegségek csoportja áll. Az életkor előrehaladtával a betegségek prevalenciája lényegesen emelkedik, kivétel ez alól az asztma, az allergia és az erős, migrénes fejfájás, melyek megjelenése a fiatalabb korosztályokban gyakoribb.

A magas vérnyomás előfordulási aránya a 15 éven felüli lakosság körében 32% körüli, a megkérdezettek 27%-a orvos által felírt gyógyszert is szed betegségének karbantartására.

A mozgásszervi betegségek közül a megkérdezettek több mint 27%-a jelölte meg a reumát, ízületi gyulladást, 24%-a az ízületi kopást, 31%-a panaszkodott derékfájásról vagy valamilyen krónikus gerincproblémáról. A nyak-, hát- és gerincelváltozások együttes említése majdnem eléri az 50%-ot. A csonttritkulás is a népbetegségek közé tartozik, főleg az idősebbek körében. A csontszerkezet károsodásáról az érintettek nem is mindig tudnak, említési aránya a felmérésben 8%-os volt.

A szívbetegségek összesített előfordulási gyakorisága eléri a 30%-ot, bár az önbevallás miatt nem igazán különíthetők el a különféle betegségek, feltételezhető, hogy a szívbetegségre adott válaszok között jelentős átfedés van. A gyógyszeres kezelés okaként a szívbetegséget nevezi meg a lakosság 16%-a, ezek szerint legalább ennyi a krónikus szívbetegek aránya.

A magas koleszterinszint a népesség több mint 12%-ánál fordul elő. A betegek 68%-a koleszterinszint-csökkentő gyógyszereket is szed, 54%-uk pedig koleszterindiétával próbálja kezelni problémáját. A diéta és a gyógyszeres kezelés természetesen nem zárja ki egymást, sőt az érintettek a legtöbb esetben mindkettőt alkalmazzák.

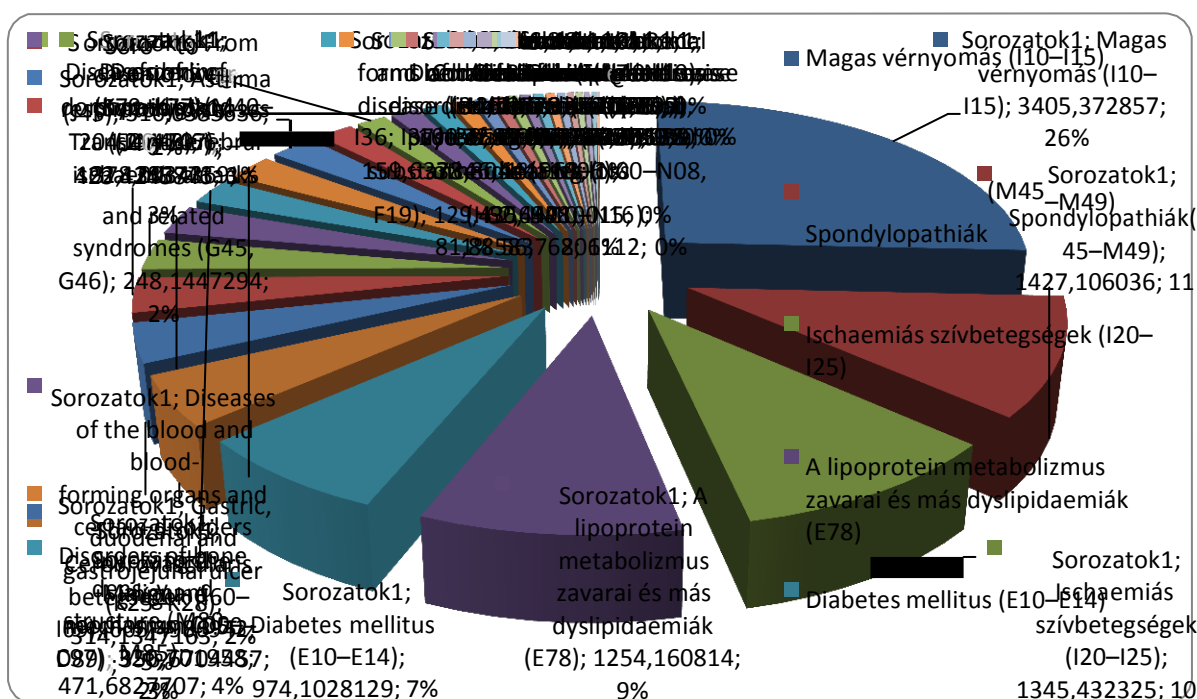
A cukorbetegséget a megkérdezettek 8% körüli arányban említik, az érintettek 78%-a gyógyszert szed, 61%-uk cukorbeteg-diétát követ. Az idősödéssel a diabétesz kockázata is jelentősen növekszik, a nyugdíjasok 18%-a jelezte ezt az egészségproblémát.

A különböző allergiás megbetegedések is magas előfordulási gyakoriságot mutatnak (16%), de az allergiások 84%-a fordult ezzel orvoshoz, és csak 5%-uk szed orvos által előírt gyógyszert, míg mások (kb. 2%) a recept nélkül kapható készítményekben bíznak, vagy más módon védekeznek (pl. kerülnek az allergiát okozó helyzeteket, ételeket).

Az asztma és a krónikus hörghurut egyaránt 6,4%-os arányban szerepel az említett egészségproblémák között. A megkérdezettek 3,5%-a az asztmája, 4,5% krónikus bronchitise miatt szed orvos által felírt gyógyszereket.

Krónikus depresszióról panaszodik a megkérdezettek 6%-a, egyéb mentális betegség több mint 3%-ban fordul elő. Ugyanennyi az említett betegségek miatt gyógyszeres kezelésben részesülők aránya is, ez összesen megközelíti a 10%-ot, ami figyelmeztet arra, hogy a mentális zavarok is a leggyakoribb betegségek közé tartoznak. Figyelemre méltó ezen kívül, hogy 6% körüli a rendszeresen altatót szedők aránya, ami feszültségre, nyugtalanságra, szorongásra és stresszre utal. A megkérdezettek 20%-a jelezte, hogy sokat idegeskedik, és gyakran érzi magát kimerültnek, folytonos fáradtságra pedig egyharmaduk panaszkodott.

KSH, Statisztikai Tükör 2010/50



21. ábra

A háziorvosi szolgálathoz bejelentkezett 19 évesek és idősebbek egyes betegségei, 2009. Morbiditási adattár 2009, Központi Statisztikai Hivatal

Annak ellenére, hogy Magyarország lakosságának népegészségügyi helyzete nemzetközi összehasonlításban is meglehetősen lesújtó, egyes területeken kifejezetten bizakodásra ad okot. A fertőző gyermekbetegségek elleni átoltottság például európai viszonylatban, még a legfejlettebb nyugati országokat megelőzve is kiemelkedően jó, 99.9% körüli. Valószínűleg részben ennek a prevenció lépésének is köszönhető, hogy a fertőző betegségek a magyar

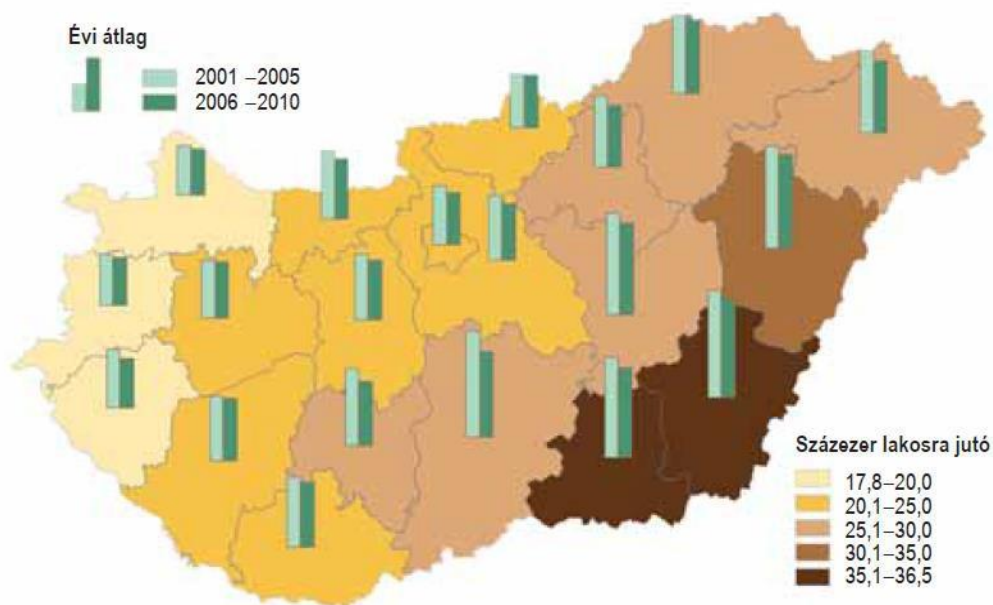
lakosság halálozásában napjainkban már igen csekély szerepet játszanak. Azért, hogy ez így is maradjon, fontos a lakosságban tudatosítani a kötelező védőoltások jelentőségét.

Nemzetközi összehasonlításban, történeti távlatokban is magas az öngyilkosságok száma Magyarországon.

Bár az ezredforduló óta hazánkban egyre kevesebb öngyilkosságot követnek el, Európában még mindig őrizzük ebbéli kedvezőtlen pozíciónkat. Jelenleg százezer lakosra 25 öngyilkosság jut, ehhez hasonlóan magas rátával egész Európában továbbra is csak a balti országokban találkozunk.

A területi különbségek ebből a szempontból egy nyugat-keleti lejtőt rajzolnak ki, amely sok tényezővel van összefüggésben. Az életkörülmények mellett a településszerkezet, a társadalmi hagyományok, valamint számos egyéb kulturális tényező befolyásolja azt, hogy az ország délkeleti megyéiben hagyományosan magas az öngyilkosságok száma: Csongrád és Békés megyékben kétszer annyian vetnek véget életüknek önkézükkel, mint az ország nyugati megyéiben. Az ország nagy részében ugyanakkor számottevően csökkent a gyakoriságuk. Fontos azonban kiemelni, hogy néhány megyében, így Nógrád, Veszprém és Somogy megyékben az öngyilkosságok öt évre vetített átlagai alig változtak.

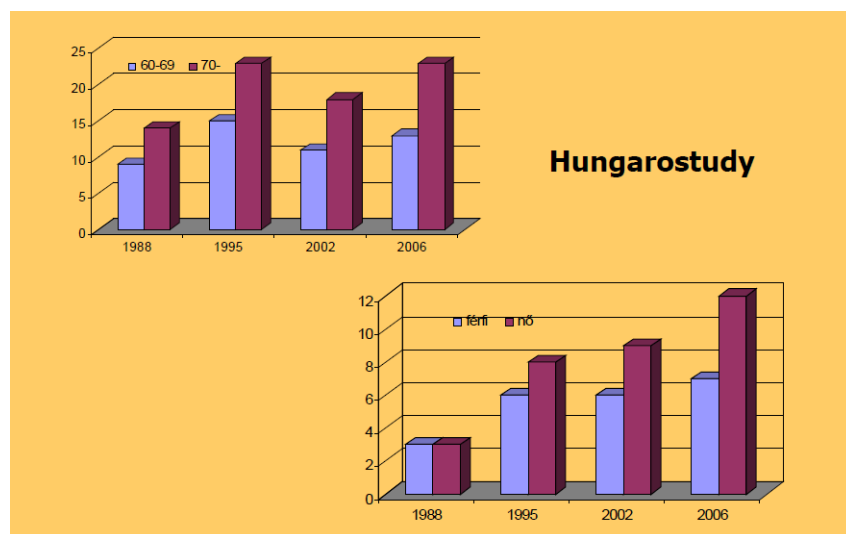
A férfiak a nőknél sokkal gyakrabban vetnek véget életüknek. A nemenkénti eltérések területi vonatkozásai is igen szélsőségesek. A két nem közötti különbség Budapesten a legkisebb, ahol kevesebb, mint háromszor annyi férfi lett öngyilkos, mint amennyi nő. A nemek közötti különbség nem a legmagasabb öngyilkossági gyakoriság jellemezte megyékben volt a legnagyobb, inkább az ország északkeleti (Nógrád, Borsod-Abaúj-Zemplén, Szabolcs-Szatmár-Bereg) megyéiben, illetve a Dunántúl egyes megyéiben. A legnagyobb eltérés Tolna megyében jelentkezett, ahol befejezett öngyilkosságot a férfiak a nőknél több mint hétszer gyakrabban követtek el.



22. ábra

A százezer lakosra jutó öngyilkosságok száma 2010-ben és változása az ötéves átlaguk szerint 2001 és 2010 között Hidas Zsuzsanna, Kezán András, Némethné Csehi Tünde: Magyarország társadalmi atlasza, 2012., KSH

Sajnos a – sokszor az öngyilkosságok háttérében húzódó – súlyos depresszió előfordulása nem csökken az öngyilkosságokéval párhuzamosan, ennek prevalenciája – a Hungarostudy felmérés adatai alapján - folyamatos emelkedést mutat.



23. ábra

A súlyos depresszió előfordulása a magyar lakosság körében százalékban. www.magtud.hu

És bár az elhízás nem betegség, azonban rendkívül fontos rizikófaktora számos betegségnek, ezért, mint kockázati tényező, igen fontos előrejelzője egy népesség állapotának. Az ELEF eredményei szerint az ország 15 éven felüli lakóinak több mint fele súlyosabb a kívánatosnál, és minden ötödik felnőtt elhízott. A súlyfelesleggel küszködők aránya főleg Észak-Magyarországon és a Dél-Alföldön kiemelkedő, ebben a két térségben magasabb azoknak a hányada is, akik saját bevallásuk szerint egyáltalán nem végeznek testmozgást. Mivel a vizsgált fizikai aktivitási mutatóba a munkavégzéssel összefüggő testmozgás is beleszámított, az egyes régiók közötti eltéréseket a térségek eltérő aktivitási rátája is befolyásolhatja.

Egészségügyi ellátórendszer

Egy ország népességének várható élettartamát az egészségügyi ellátórendszer hatékonysága is jelentős mértékben meghatározza, ami a rendelkezésre álló, gyógyító ellátást nyújtó intézmények személyi és a tárgyi feltételeinek függvénye.

Országos átlagban 10 ezer lakosra 33 orvos jutott, ennek kétszerese a fővárosban, de az egyetemi klinikákkal rendelkező térségekben (Debrecen, Szeged, Pécs) is jóval az átlagot meghaladó a mutató értéke. Az orvosok lakosságra vetített száma Pest megyében a legalacsonyabb, mivel az itt élő betegek ellátása nagyrészt a fővárosi intézményekre támaszkodik. Kevésbé ellátott területek (Nógrád, Szabolcs- Szatmár-Bereg, Heves, Békés, Jász-Nagykun-Szolnok megye) inkább az ország keleti részén találhatók.

Az ország településeinek több mint felében, közel 1400 – zömében kis – településen nem működött helyben házi orvos, illetve házi gyermekorvos. Többségük Dél- és Nyugat-Dunántúlon, valamint Észak-Magyarország megyéiben helyezkedett el. A legkedvezőtlenebb ellátottság Vas, Zala és Baranya megyében van, ahol a települések héttizedében nem működik házi orvosi praxis. A házi orvosi praxissal nem rendelkező településeken mintegy 550 ezer személy él, az ország népességének 5 és fél százaléka.

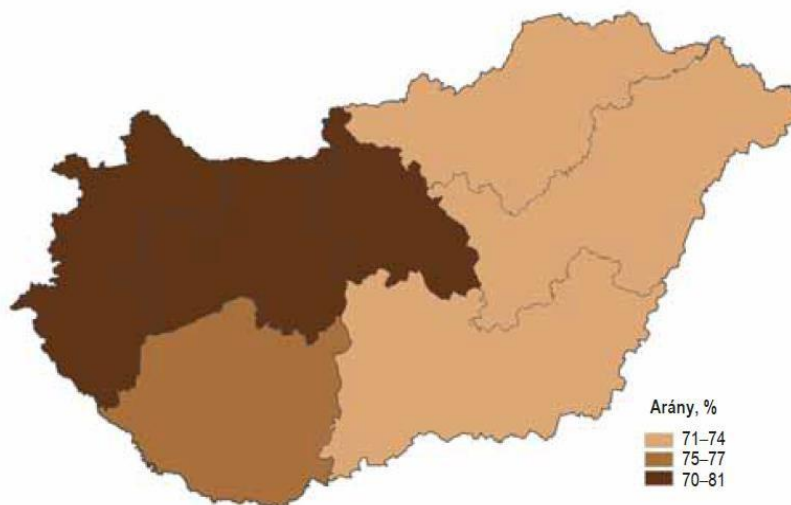
Országosan átlagosan 1745 bejelentkezett lakos jutott egy házi orvosra és 945 bejelentkezett gyermek egy házi gyermekorvosra. Általánosságban megállapítható, hogy az ország

északkeleti területein nagyobb a házi orvosok és a házi gyermekorvosok leterheltsége, ugyanakkor a fővárosban az átlagosnál jóval kisebb.

A száz működő kórházi ágyra jutó orvosok és szakdolgozók száma az orvosképzéssel foglalkozó, klinikákat működtető térségekben a legmagasabb (Budapest, Csongrád, Hajdú-Bihar és Baranya megye), az országos átlagtól leginkább Szabolcs-Szatmár-Bereg, Nógrád és Borsod-Abaúj-Zemplén megye marad el.

5.7. Egészségmagatartás

A vélt egészség megítélésének felderítése érdekében az ELEF vizsgálat keretében feltett az „Ön mennyit tehet egészségéért?” kérdésre a férfiak 77.2%-a válaszolta, hogy 'Sokat' vagy 'Nagyon sokat', míg a nők ebben a kérdésben pesszimistábbak, 74.3%-uk válaszolt ugyanígy. Ez azért is igen szomorú ebben a bontásban, mert a hagyományos szereposztás szerint a nők képezik a család „lelkét”, s ily módon ők felelősek azért, hogy hogyan alakul a család napi- illetve heti rendje, hogyan töltik a családtagok a szabadidejüket, és az egyik legfontosabb dolog: mi kerül az asztalra, vagyis mennyire táplálkozik egészségesen a család. Ezen kívül tradicionálisan a nők töltik a legtöbb időt a gyermekekkel, tehát ők azt az attitűdöt, magatartásformát viszik majd tovább, amit édesanyjuktól látnak. Az e kérdésre adott válaszok statisztikájának inverzét nézve az derül ki, hogy a magyar lakosság egynegyede gondolja, hogy 'Keveset' vagy 'Semmit' sem tehet egészségéért. Ezek az adatok egyértelműen támogatják a felvilágosítás, edukáció szükségességét, az életmód hangsúlyozásának jelentőségét.



24. ábra

Az egészségükért sokat, nagyon sokat tehetők aránya, 2009 Hidas Zsuzsanna, Kezán András, Némethné Csehi Tünde: Magyarország társadalmi atlasza, 2012., KSH

A szűrővizsgálatokkal kapcsolatban elmondható, hogy a népesség nagy része vesz, vagy vett már részt valamilyen szűrésen. Az egyik leggyakoribb vizsgálat a vérnyomásmérés, a népesség 95-96%-ának már mérte egészségügyi dolgozó a vérnyomását, ezen belül pedig közel 75% azok aránya, akiket egy éven belül mérték. (Megjegyeznénk, hogy ez az a vizsgálati típus, amit mind a házi orvos bármilyen okból történő felkeresése során, mind pedig az időszakos munkaköri alkalmassági vizsgálat során elvégeznek, vagyis nem igazán igényli a személy aktív közreműködését.) A nők esetében a mammográfia 45 és 65 év közt javasolt (kétévenként), az ilyen korú nők mintegy kétharmada vett részt egy vagy két éve ilyen típusú

vizsgálaton. A nőgyógyászati citológiai vizsgálaton való részvétel aránya 2003 óta jelentősen javult, a 45 és 64 év közti nők 84%-a vett már részt ilyen vizsgálaton, 60%-uk 3 éven belül. Legtöbben a házi orvos javaslatára vagy országos illetve helyi szűrőprogram keretében megelőzés céljából végeztették el a vizsgálatot. Magyarországon évente még mindig kb. 400 nő életét követeli a méhnyakrák, pedig ez a betegség a korai felismeréssel gyakorlatilag gyógyítható.

A népesség 26%-a kapott influenza elleni védőoltást, 60%-uk egy éven belül, a nyugdíjasok körében megközelíti a 80%-ot ez az arány

A balesetek aránya viszonylag csekély: legnagyobb arányban (4,2%) az otthoni balesetek fordultak elő, ezek 78%-a egészségügyi ellátást igényelt, míg a 2,1%-os arányú közlekedési baleseteknek csak 64%-a. Szabadidős tevékenység közben sérült meg a válaszadók 2,6%-a, az iskolai és munkahelyi balesetek aránya mindössze 1,3 és 0,2%.

A házi orvosi, fogorvosi, szakorvosi, kórházi ellátásokról általában a megkérdezettek 87–97%-a nyilvánított véleményt.

Házi orvosát a lakosság 76%-a rendszeresen, évente legalább egyszer felkeresi, a válaszadók 39%-a csak egyszer-kétszer, a többiek ennél gyakrabban (a betegek évente átlagosan 8 alkalommal jelennek meg orvosuknál, míg 1994-ben 5-ször fordultak orvoshoz). A válaszadók legnagyobb mértékben a házi orvosaiakkal vannak megelégedve (83% elégedett vagy nagyon elégedett és csak 5% elégedetlen), egy ötfokozatú skálát alapul véve 4,05-re értékelték a szolgáltatás minőségét.

Fogorvosát a többség legalább két évente felkeresi. Egy éven belül fordult fogorvoshoz a lakosság 38%-a (a férfiak 35, a nők 40%-a), de több mint 20% azoknak az aránya, akik öt évnél is régebben jártak a fogászaton (1,3% soha nem találkozott fogorvossal). A férfiak 65, a nők 60%-a nem járt egy éven belül fogorvosnál. Ezek az arányok a 2003. évi egészségfelmérésben 66 és 57%-osak voltak. Fogorvosával a lakosság nagyrészt elégedett, bár a felmérésben nem vizsgáltuk külön a magánpraxisban dolgozókat és az állami egészségügyben tevékenykedőket, bizonyára jelentős eltérések húzódnak meg a 3,87-es átlag mögött. A SILC-felmérés szerint a lakosság 8,6%-a, az Európai Unió átlagánál (7,5%) több beteg halasztotta, mulasztotta el a fogorvosa felkeresését, holott szüksége lett volna a kezelésre. Leggyakrabban anyagi okok miatt, illetve félelemből maradtak távol a betegek mind hazánkban, mind a többi tagországban, de sokan reménykedtek abban is, hogy a probléma magától megoldódik, a fájdalom elmúlik. A legmagasabb értéket Bulgáriában regisztrálták, ahol az emberek több mint 20%-a panaszai ellenére sem jelent meg fogorvosi vizsgálaton, ezen belül 15% volt azoknak az aránya, akik nem tudták megfizetni az ellátást.

A kórházi ellátást az elmúlt egy éven belül a válaszadók 14,3%-a vette igénybe fekvő betegként, legalább egy éjszakát a kórházban töltve.

Egynapos ellátásban (amikor nem kellett a kórházban aludnia) 9%-uk részesült, egyharmaduknál erre egy éven belül többször is sor került. Az is előfordult, hogy nem került kórházba a betegek 4%-a, bár az orvos ezt javasolta. A legtöbben (25%) időhiány miatt halasztották el a szükséges orvosi kezelést, egyötödük félt a beavatkozástól, egytizedük pedig a várólista hossza miatt nem tudta igénybe venni a szolgáltatást. Csupán a negyedik helyen említették az elmaradt kórházi ápolás indoklásául azt, hogy nem tudták megfizetni. A kórházi ellátásokat csak a lakoságnak alig fele (48%) tartja jónak, 20%-uk kisebb-nagyobb mértékben elégedetlen. A férfiak és a nők közel hasonlóan vélekednek a kórházi ellátásról, összességében a legalacsonyabb értéket, 3,31-et adtak e kérdésre.

A felnőttek közel 60%-a keresett fel szakorvost az egy évre visszatekintve. Azok a betegek, akik valamiért mégsem jelentek meg a szakrendelésen (12%), bár szükségük lett volna rá, indokként elsőként szintén az időhiányt jelölték meg, másodikként a halogatást („várnai akartam, hátha magától elmúlik”), majd a várólistát és az orvostól vagy a kezeléstől való félelmüket említették. A szakorvosokkal 64%-ban elégedettek, 12%-ban elégedetlenek voltak,

24%-uk közepesnek ítélte a szolgáltatást, ezzel 3,59-es átlagpontoszámot ért el a járóbeteg-ellátás.

Az otthoni ápolás igénybevétele összességében kb. 4–7%-os volt a válaszadók körében, de ennél valószínűleg jóval többen vannak, akiket fizetett gondozók vagy családtagjaik ápolnak, vagy intézményekben élnek és a kikérdezésben emiatt nem vehettek részt. Az otthoni ápolásról, mivel csak viszonylag kevesen érintettek, mindössze 35%-nak volt véleménye. Az elégedettség viszonylag magas volt (60%), 3,6-et kapott a válaszolóktól.

A megkérdezettek 50%-a nyilvánította ki véleményét a sürgősségi mentőszolgálattal és a betegszállítással kapcsolatosan, a mentősökkel 62%-ban, a betegszállítók tevékenységével 58%-ban voltak elégedettek.

Figyelemre méltó, hogy viszonylag magas volt azoknak az aránya, 13 és 15%, akik nem voltak megelégedve ezekkel az ellátásokkal, így összességében 3,58-ra, illetve 3,46-ra értékelték ezt a két szolgáltatást.

A kiegészítő vagy alternatív gyógymódok közül legelterjedtebbek a fürdőkúrák, gyógyvizes kezelések, melyeknek hazánkban nagy hagyománya van, és amelyekhez orvosi rendelvényre is hozzá lehet jutni. A megkérdezettek több mint 10%-a vette igénybe az előző év során kimondottan terápiás céllal a gyógyfürdők szolgáltatásait.

Az újabb, alternatív gyógymódok közül a homeopátia, akupunktúra, fitoterápia és egyéb kezelések említése mindössze néhány százalékos (5% alatti), ami arra utal, hogy társadalmunkban még mindig a hagyományos medicinában bíznak a legtöbben. Ugyanakkor a megkérdezettek több mint egyharmada szedett gyógyszert, vitamint, táplálék kiegészítőt orvosi javaslat nélkül a felmérést megelőző két hétben. Ezek főleg különböző eredetű fájdalmak csillapítására szolgáló készítmények, melyeknek számtalan formája kapható már a gyógyszertárakon kívül is, valamint a roboráló szerek, vitaminok fogyasztása is általánosan elterjedt: 25%-nál is többen számolnak be ilyen készítmények rendszeres használatáról.

A testmozgás a preventív egészség-magatartási tényezők közé tartozik, azaz a rendszeres fizikai aktivitás csökkenti bizonyos betegségek bekövetkeztének kockázatát. A felnőtt lakosság fele (49,7%) egyáltalán nem végez intenzív testmozgást, harmada (33,4%) még mérsékelt testmozgást sem, ötöde (21%) pedig nem is gyalogol még napi tíz percen keresztül sem.

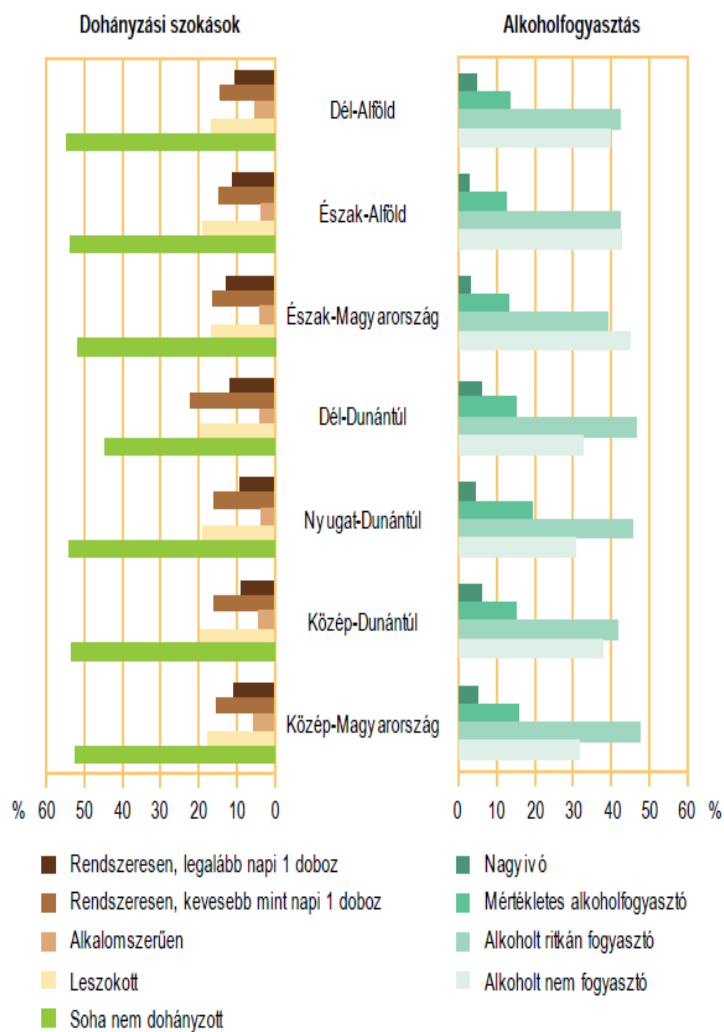
A dohányzás az egyik legjelentősebb életmódbeli kockázati tényező: jelentősen növeli bizonyos daganatos, szív- és érrendszeri és légzőszervi betegségek bekövetkeztének valószínűségét.

Az Európai lakossági egészségfelmérés adatai szerint Magyarországon a 15 éves és idősebb népesség közel harmada, mintegy 2,5 millió személy dohányzik, többségük napi rendszerességgel. A rendszeres és alkalmi dohányosok együttes aránya Dél-Dunántúlon a legmagasabb, több mint háromtized, ez 9 százalékponttal haladja meg a nyugat-dunántúlit, ahol a legalacsonyabb a dohányosok hányada.

A túlzott alkoholfogyasztás a dohányzás mellett a másik kiemelkedő fontosságú, az egészségre káros hatást kifejtő egészség-magatartási tényező.

Az önbevalláson alapuló adatok elemzése szerint a felnőtt lakosság 4,6%-a tartozik a nagyivók közé (a nők közül csupán minden századik, a férfiak közül viszont minden tizenkettedik). A nők fele, a férfiak csaknem negyede állította magáról, hogy egyáltalán nem fogyaszt alkoholos italokat. A nagyivók legmagasabb arányban (11,4%) a középkorú férfiak, míg az absztinensek az idős nők (66,9%) körében fordulnak elő. *KSH, Statisztikai Tükör 2010/50*

A túlzott alkoholfogyasztás elsősorban Dél- és Közép-Dunántúlon gyakoribb, a legtöbb absztinens pedig Észak-Magyarországon él. Az egy főre jutó alkoholfogyasztás tiszta etanolra átszámított értéke 10–11 liter.



25. ábra

Dohányzás, alkoholfogyasztási szokások, 2009 Hidas Zsuzsanna, Kezán András, Némethné Csehi Tünde: Magyarország társadalmi atlasza, 2012., KSH

5.8. Területi jellemzők

A fenti állapotleírásból is kitűnik, és számos statisztikai adat támasztja alá, hogy Borsod-Abaúj-Zemplén megyében az országos átlagnál lényegesen kedvezőtlenebb a társadalmi-gazdasági helyzet.

A népességfogyás az elmúlt évtizedben elérte a 8-10%-ot, és a halandóság is az ország e területén a legmagasabb, a születéskor várható élettartam pedig a legalacsonyabb. A munkanélküliségi ráta 2011-ben megközelítette a 18%-ot, és az aktivitási ráta is ebben a régióban a legalacsonyabb.

Itt élnek a legtöbben, akik úgy gondolják, hogy keveset vagy semmit sem tehetnek az egészségükért, és itt túlsúlyos / elhízott illetve dohányzik a lakosság legnagyobb hányada az országban. Itt, Észak-Magyarországon élnek a legtöbben szociális segélyből.

5.9.A Felsőzsolcai Napközi Otthonos Óvoda bemutatása

A Felsőzsolcai Napközi Otthonos Óvoda két óvodaegységből áll:

1. Park út 3. szám alatti székhely
2. Szent István út 43. szám alatti telephely

Mindkét óvodaépületben 5-5 csoport működik, a csoportok létszáma 25-30 fő között. Óvodásaink megközelítőleg fele (jelenleg 47%-a) hátrányos helyzetű család gyermeke.

A személyi feltételek a Kt, illetve a köznevelésről szóló 2011.évi CXCV. Knt. előírásainak megfelelnek, az óvodák tárgyi ellátottsága szintén megfelelő. A csoportszobai foglalkoztatók szépek, esztétikusak, a gyermekek sokoldalú fejlesztéséhez szükséges eszközök, gondolkodást, kreativitást fejlesztő játékok állnak az óvodapedagógusok rendelkezésére. Az udvari játékok már megfelelnek az UNIO-s előírásoknak.

Célunk, hogy a szülőket, vagy legalább egy részüket megnyerjük olyan szemléletmód kialakításának, amely által családjuk, így kisgyermekük számára is jobban törekszenek arra, hogy egészséges(ebb) életet, életmódot biztosítsanak.

6. Problématérkép

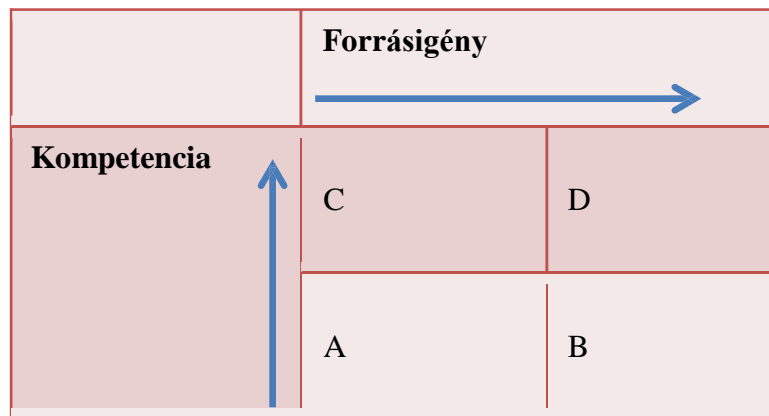
Kulcsproblémák listája:

1. Egészségi problémák:
 - alvászavar
 - nyak-, hát-, derékfájdalom
 - civilizációs betegségek: szív-érrendszeri betegségek, ízületi fájdalmak stb.
 - szorongás, lehangoltság, fáradékonyság
2. Kockázati tényezők:
 - túlsúly és elhízás
 - rendszeres testmozgás hiánya
 - dohányzás
 - stressz
 - kiegészítő veszélye (pedagógusok esetében)
 - információhiány az egészséges életmódról és az azzal kapcsolatos konkrétumokról

3. A felsorolt problémákon kívül a célcsoportban számos más, az egészséget és az életminőséget befolyásoló probléma felmerül, például:

- munkanélküliség (D)
- anyagi, megélhetési problémák (D)
- hátrányos helyzetű gyermekek eltérő viselkedése (A, D)
- diszkrimináció (A, D)
- alternatívák hiánya a szabadidő eltöltésére (A, B, C, D)

A kompetenciaszinteket tekintve intézményünk által befolyásolható szintéren leginkább 2. pont alatt felsoroltakra van direkt hatásunk (A, B). 1. pontban felsoroltakra is nagy hatással lehetünk, de inkább hosszú távú intervenciós programokkal. Ezek érdembeli csökkentése a lakosságban, csakúgy, mint a 3. pontban felsorolt problémák megoldása is, leginkább egészségpolitikai illetve állami feladat. (B, D)



26. ábra: A problématerkép

- A: Kis forrásigényű és helyi szinten jól kezelhető problémák*
- B: Helyi szinten jól kezelhető problémák, amennyiben a forrásigény kielégíthető*
- C: Kis forrásigényű, de helyi szinten nem vagy rosszul kezelhető problémák*
- D: Nagy forrásigényű és helyi szinten rosszul kezelhető problémák*

7. Stratégiák

7.1.SWOT analízis

| | Belső, befolyásolható tényezők | Külső, nem befolyásolható tényezők |
|---------|---|---|
| Pozitív | Erősségek: <ul style="list-style-type: none">- partnerségi hálózat- kommunikációs csatornák- tapasztalat- szakképzett és elhivatott pedagógusok- infrastruktúra | Lehetőségek: <ul style="list-style-type: none">- új partnerek- új programok- pályázati források |
| Negatív | Gyengeségek: <ul style="list-style-type: none">- pályázati források kiszámíthatatlansága- szűkös anyagi források | Veszélyek: <ul style="list-style-type: none">- törvényi háttér változása- globális társadalmi folyamatok |

27. ábra: A Felsőzsolcai Napközi Otthonos Óvoda SWOT-analízise

Partnereink:

- Felsőzsolca Város Önkormányzata
- Óvodai alapítványok
- Alkalmankénti civil szervezetek
- Helyi általános iskolák
- Helyi zeneiskola
- Egységes Családgondozó és Pedagógiai Szakszolgálat

Szakmai kapcsolataink:

- Gyermekorvos
- Házi orvos/orvos szülők
- EPSZCSK- ban pszichológus

7.2.Stratégiai irányvonalak

Megállapítottuk, hogy célcsoportunknál felmerülő nehézségek több területet is érintenek. Ezek egy része, illetve orvosolásuk lehetősége intézményünk hatókörén kívül esik, azonban másik része óvodánk színterén is befolyásolható.

A célcsoportunk életminőségén illetve egészségi állapotán direkt és indirekt módon is képesek vagyunk javítani. Cselekvési tervünk megalkotása során az alábbi irányvonalakat határoztuk meg:

- A gyermekek lehetőségeinek bővítése, egészségi állapotának javítása, az egészséges életmód megalapozásához szükséges támogatás biztosítása
- Szülő támogatás minden lehetséges módon (érzelmi támogatás, ismeretterjesztés, egészségi állapot javítását célzó programok)
- Intézményünk létét előmozdító tevékenységek (pl. kapcsolatépítés, támogatók felkutatása, ötletbörzék)

Munkánk eredményeként azt várjuk, hogy célcsoportunknál mind életminőségüket, mind egészségi állapotukat tekintve javulást érünk el; másrészt óvodánk működése egyre hatékonyabb lesz.

7.3.Stratégiai szempontok az egészségi állapot javításához és a közösségfejlesztéshez

A SWOT-analízisen túlmenően más aspektusok is fontosak az óvoda egészségtervét illetően, melyeket az alábbiakban gyűjtöttünk össze.

Az óvoda minden egyes megmozdulásában érdemes és fontos a közösséghez tartozást és a közösségben rejlő erőt hangsúlyozni, és tudatosítani. Érdemes tudatosítani azt, hogy mindig van hová fordulni, van kire számítani, van kivel együtt gondolkodni és érezni, legyen szó akár nehézségekről, akár valamilyen megélt öröm feldolgozásáról. Közösségben élni és működni nem (csak) azt jelenti, hogy „sokan vagyunk együtt”, az erők, energiák, tudás, tapasztalat és empátia nemcsak összeadódik, hanem hatványozódik, sőt egy új minőség, dimenzió jön létre a kollektíva működése során.

Fontos lenne, hogy időnként szervezett diszkussziókat tartva szülők és pedagógusok értékeljék a programokat, elért eredményeket, az átélt pozitívumokat és negatívumokat. Ezeket a tapasztalatokat érdemes írásbeli formába önteni, hiszen számos kutatás igazolja, hogy a leírt, és emiatt tisztán megfogalmazott problémák, megoldandó feladatok, elért sikerek vagy akár új ötletek jobban tudatosulnak, és szinte minden esetben előremozdulást hoznak a csoport életében. Ha leírjuk az elhangzottakat, azzal egyszersmind az együttlétünk jelentőségét is megfelelő komolysággal, megfelelő rangon kezeljük, ezáltal is erősítve, hogy összetartozásunk értékes és meghatározó az életünkben. Időről időre fontos az új rövid és hosszú távú célok megfogalmazása is.

E diszkussziókat célravezető irányított párbeszédként, egy moderátor segítségével végezni. Legjobb, ha a moderátor „belső” ember, akire hallgatnak a többiek (egyfajta informális vezető), és aki ugyanakkor képes jól kontrollálni egy ilyen szituációt anélkül, hogy véleményét vagy saját mondanivalóját a többiekre erőltetné. Ma már számos tréning is létezik, ahol ezeket a készségeket javítani lehet, vagy ki lehet fejleszteni. Amennyiben a közösség tagjainak kedve van, érdemes lehet megpróbálkozni a Probléma Alapú Tanulás (Problem Based Learning) módszerével, ami alapján talán a legkönnyebb, leghatékonyabb, leggyorsabb és legélvezetesebb egy adott probléma megfogalmazása, illetve az arra való megoldás megtalálása. Ezzel kapcsolatosan bővebb információ és módszertan található az alábbi könyvben: Bagdy Emőke (Szerk.) – Wiesner Erzsébet (Szerk.): Szupervízió. Printx Budavár Rt., 2005.

E diszkussziók alkalmával készített jegyzőkönyvek, majd az információk rendszerezése jó alapot adhat a későbbiekben egy aktualizált egészségtervhez, amelyet így a rendelkezésre álló, összegyűjtött és leírt információk alapján évről-évre egyre könnyebb, gyorsabb és rutinszerűbb lesz elkészíteni.

Jelen egészségterv során kitöltött kérdőívekben az előadásokon, kiscsoportos foglalkozásokon, sporteseményeken kívül sokan jelölték meg a szabadidős programot és a zenés/táncos rendezvényeket mint igényelt programtípust. Ezért a jövőben érdemes ezen lehetőségek felé nyitni és több ilyen típusú rendezvényt beiktatni. Tekintve, hogy kutatások is igazolják a(z intenzív) tánc jótékony hatását nemcsak a szív-érrendszeri betegségek megelőzésére, hanem stresszoldásra, hangulati állapot javítására (és nem elhanyagolható a közösség-, ill. kapcsolatépítési potenciál ezen alkalmakon), a későbbi tervek készítése során megfontolandó ezeket (például sport)programjainkba foglalni.

A pedagógusok számára fontos lehet még a kiégés (burn out) megelőzése, stresszkezelés, illetve a napi konfliktusok, problémák feldolgozása is. A későbbiekben mérlegeljük, hogy erre a területre is nagyobb hangsúlyt helyezünk majd.

Óvodánk szeretne még nagyobb hangsúlyt fektetni a gyermekek táplálkozására, ezért szeretnénk a kapcsolatot felvenni a Mintamenza programmal is.

7.4. Jövőkép – Kitűzött célok

Egészségi állapot és életminőség

Óvodai közösségünk méretéhez mérten a mortalitás mérése irreleváns, ennek csak nagyobb méretű kommunák esetében van létjogosultsága – az időtáv tekintetében is. Azonban

- a betegségek előfordulása
- a rizikófaktorok előfordulása
- egészség- és rizikómagatartás
- az egészség biológiai dimenzióján túl az érzelmi, mentális és szociális jólét
- az elégedettség a saját élettel, anyagi és társadalmi helyzettel, szolgáltatásokkal, lakókörnyezettel, stb.

mérhető, és ezek mértékének változása is detektálható.

Célunk, hogy mind rövid-, közép- és hosszútávon javulást érzünk el a fent felsorolt paraméterek mindegyike esetében.

Közösség és közösségi élet

Vízióinkban egy olyan közösség szerepel, amelyben a különböző generációk, ill. a különböző szerepekkel rendelkező közösségi szereplők (pl. pedagógus – szülő, pedagógus – gyermek) nem patriarchális, hanem partneri viszonyban vannak egymással, nemcsak megértik, hanem kölcsönösen támogatják egymást.

Óvodánk közössége jövőképünkben úgy szerepel, mint egy nyitott, ill. a nagyobb közösségekbe (pl. a város közösségébe) szervesen integrálódó közösség.

Elképzelésünk szerint a szülők, pedagógusok és gyermekek együttesen és aktívan alakítják saját életüket, és jövőjüket, minden egyes szereplő aktív közreműködésével, mely természetes minden egyes közösségi tag számára. Ennek eredményeképpen pedig egy önálló, önszerveződésre képes, felelős közösség jön majd létre.

8. Cselekvési terv

2013-2014.

Folyamatos tevékenységeink mellett terveink:

- pályázatok, támogatások lehetőségeinek felkutatása
- új partnerek felkutatása, kapcsolatépítés
- aktív kommunikáció a szülők felé

Hagyományos rendezvényeink

- Mihály-napi vásár szervezése
Vásári hangulat, élményszerzés, családi együttlét az óvodai délutánon
- „Tök jó nap!”- EGÉSZSÉGNAP
Gyermekekkel vitaminsaláták, turmixitalok, egészséges szendvicsek, falatkák, sütőtök stb. készítése a nap folyamán
 - Kóstolók, vetélkedők /Mi miből készült? - felismertetés ízről, színről, illatról stb./
 - Teadélután /a gyermekekért érkező szülőknek délután különböző gyógyteák kínálgatása, egy „sarok” kialakítása az aulában, lehetőség biztosítása arra, hogy a szülők beszélgessenek egymással/
 - „Tök-totó” (lehet más fantázianeve is): a szülők az egészséges életmóddal, étkezéssel kapcsolatos kérdésekre X-szel válaszolhatnak. A helyesen kitöltők apró nyereményt (vagy valami egészséggel kapcsolatos apró dolgot, reklámanyagot???) kaphatnának)

Márton-napi játszóház/tánc ház – EGÉSZSÉGNAP

- Tánc ház
- Önbizalom erősítő tréning

Adventi játszóház

- Lelki egészség

Gyermek néptánc fesztivál

- Mozgás, a tánc nyújtotta örömök
- Esztétikai élmények

Húsvéti tánc ház/játszóház

- Ismerkedés a húsvéti hagyományokkal, elődeink szokásaival
- Pozitív élmények erősítése a családi játszódélutánokkal

Sport délután /Apák napja /Apa és lánya-apa és fia együtt - sor és váltóversenyek rendezése

- Mozgásos élmények gyűjtése

Betegségmegelőzéssel kapcsolatos előadás- és programsorozat

Az egészségnevelő programsorozat alkalmain térítés nélkül lehet részt venni, így ezek hátrányos helyzetűek számára is elérhetőek.

Egészségnapok:

1.Egészségnap

1. Bemeneti mérés, szorongás, félelmek oldása, önbizalom erősítése
2. Önismeret, életvezetési tanácsadás, családterápia
3. Önbizalom erősítő tréning, táncház
4. Konfliktus kezelése, konfliktuskezelő technikák
5. Nevelési tanácsok

2.Egészségnap

1. Bemeneti mérés, egészségmegőrző táplálkozás
2. Egészséges táplálkozás, egészségmegőrző alapanyagok, kószolók
3. Vetélkedő az egészséges táplálkozásról gyerekeknek, felnőtteknek.
4. Táplálkozás és mozgás egyensúlya
5. Táplálkozási irányzatok

3.Egészségnap

- A családi és a közétkeztetés kultúrájának találkozása a gyermekek közösségbe kerülésekor
- Diétás tanácsok betegségek gyanújának megjelenésekor
- Az „étvágytalan” gyermek/Étrend-kiegészítés, roborálás és vitaminok használata
- Kövér gyermek - sovány gyermek

4.Egészségnap

1. Személyi tisztaság
2. Közösségi együttlétből adódó fertőző betegségek
3. Védőoltások
4. Élősködők okozta fertőzés
5. A mozgás - táplálkozás – tisztálkodás összhatása

5.Egészségnap

1. A családi életre nevelés – mint az egészséges felnőtt életmódra nevelés része
2. Ifjú (gyermek) –kori szexualitás
3. Szenvedélybetegségek
4. Deviancia és a családi élet
5. Veszélyeztetett csoportok

Csoportfoglalkozások:

- Konfliktusok forrásai
- Konfliktusok megelőzése
- Konfliktusok kezelése
- Konfliktus generátorok
- Konfliktusok a családban és a magánéletben

Előadások:

- Saját készítésű ételek és a gyorséttermi ételek közötti különbség
- A cukorbetegség kockázata
- A cukorbetegség megelőzése
- A szív- és érrendszeri megbetegedések megelőzése

- Az allergia megelőzése és kezelése
- Energiaegyensúly megőrzése

Az események mérhető paramétere: a résztvevők száma, elégedettsége

A résztvevők tervezett száma: a csoportfoglalkozásokon 10, az előadásokon 12, az egészségnapokon 55 résztvevő jelenlétére és aktív részvételére számítunk.

2015-2020.

Az elkövetkezendő évekre vonatkozóan terveink az alábbiak szerint alakulnak:

- pályázatok, támogatások lehetőségeinek felkutatása
- új partnerek felkutatása, kapcsolatépítés
- aktív kommunikáció a szülők és partnereink felé
- egészségnevelő programok megszervezése és teljes körű lebonyolítása
- hagyományos rendezvényeink megszervezése és teljes körű lebonyolítása

Tapasztalatainkat a programokkal párhuzamosan, illetve a programokat követően mindvégig folyamatosan gyűjtjük, amelyek alapján az elkövetkező évekre terveinket el tudjuk készíteni.

Reformátkeztetés

A jövőre vonatkozó elképzeléseink között szerepel a helyi Központi Konyha megnyerése a reformátkeztések bevezetéséhez, vagy legalábbis kísérletképpen a napi óvodai háromszori étkezésből egy étkezést az új, modern táplálkozási irányzatok „uralják”.

Állandó helyszín

Az Önkormányzat megnyerése a helyi Rendezvények Háza (sportcsarnok) igénybe vételéhez, amely helyszínrül szolgálna pl. havi 1 alkalommal óvodai sportprogramok megvalósításához.

Rendszeres testmozgás

Jógaoktató, vagy egyéb torna jellegű oktató megnyerése annak érdekében, hogy pl. heti egy alkalommal oktatás helyszínrül szolgáljon az óvoda a jelentkező szülők, kollégák részére ilyen jellegű mozgásos tevékenység megvalósításához.

Felmérés

Mivel jelen projekt keretein belül, mindösszesen egy rövid, a szülők legfontosabb paramétereire, egészségi panaszaira, egészség- és rizikómagatartására, valamint programokkal kapcsolatos igényeire vonatkozó kérdőív kitöltésére volt lehetőségünk, szeretnénk a következő ciklus elején ezt egyrészt megismételni – hogy a program során elért eredményeket ill. változást mérni tudjuk -, másrészt kiegészíteni, kibővíteni új kérdésekkel, melyben terveink szerint nemcsak a szülők, hanem a pedagógusok, és a gyerekek egészségi állapotát és életminőségét is feltérképeznénk. Ehhez mindenképp szakemberek segítségét kérnénk (orvos, egészségügyi, népegészségügyi szakember, esetleg pszichológus), hiszen a

kisgyermek egészségügyi állapotának és életminőségének vizsgálata speciális, a felnőttekétől eltérő módszereket igényel.

Felmérésünkben helyet kapnának nemcsak az objektív paraméterek, hanem a szubjektív vélemények is, melyek által még pontosabb képet kapunk közösségünk és annak tagjainak állapotáról.

Stakeholderek - Együttműködés

Terveink között szerepel az együttműködés szorosabbra fűzése

- a helyi Önkormányzattal
- a helyi egészségügyi intézményekkel / szakemberekkel
- a helyi Népegészségügyi Szakigazgatási Szervvel
- a vállalkozói ill. for-profit szektorral (pl. helyi gazdákkal az egészséges táplálkozás érdekében)

9. Visszacsatolás

Tevékenységeink és programjaink fogadtatásának ellenőrzése része intézményünk folyamatos működésének. Ez informálisan, szervezetlen formában eddig is mindig teljesült.

A programok megvalósulását követően az alábbi feedback-et tervezzük:

- minőségi mutatók vizsgálata: kötetlen beszélgetés formájában a programokkal kapcsolatos vélemények, pozitív és negatív tapasztalatok, közös élmények megvitatása
 - o a tapasztalatok összegyűjtése írott formában
 - o esetleg anonim elégedettségi kérdőív kitöltése
- mennyiségi mutatók értékelése: annak vizsgálata, hogy a résztvevők tervezett száma megvalósult-e
 - o amennyiben nem, hogyan lehetne a résztvevőket motiválni
 - o amennyiben és amelyik programon a tervezettnél többen vettek részt, mi volt a program sikerének az oka → ezek implementálása későbbi rendezvényeink megvalósítása esetében

A programok megvalósulását követően közösségünk hatékonyabb működése, és az igények teljesebb körű kielégítése érdekében további terveink:

- ötletbörze
- évértékelés:
 - o mi az, ami jól működik és továbbvihető?
 - o mi az, ami elvetendő, mert csak az intézmény erőforrásait pazarolja
 - o milyen új lehetőségekkel, felmerülő probléma- és érdeklődési körökkel érdemes a jövőben foglalkozni?
 - o fentiek írásbeli rögzítése
 - o (új) célok megfogalmazása rövid-, közép- és hosszútávon
- szakértők bevonásával új állapotleírás készítése szubjektív és objektív elemekkel (elégedettség, életminőség, egészségmagatartás, stb.)

A fenti szempontokat, módszereket minden egyes éves ciklusunk indításánál rutinszerűen tervezzük működésünkbe beépíteni.

Ezeken túl minden egyes alkalommal megvizsgáljuk, hogy melyek azok a programjaink, melyeket anyagi forrás nélkül / önerőből is meg tudunk valósítani, és melyek azok, melyekhez külső segítséget / pályázati forrásokat kell igénybe vennünk. Kapcsolatrendszerünket mozgósítva illetve a releváns weblapokat / információforrásokat figyelemmel kísérve folyamatosan gyűjtjük azokat az opciókat és élünk azokkal a (pályázati) lehetőségekkel, melyek segítségével céljainkat meg tudjuk valósítani.

10. Fenntarthatóság

Azt gondoljuk, hogy a sikeres programok, programsorozatok esetén, amelyek valóban az óvodánk érdekeit szolgálják, és a szükségleteinket, igényeinket elégítik ki, szükségszerű következmény a fenntarthatóság. Korábbi tapasztalataink szerint a jól működő, jó hangulatú, hasznos programokra vagy rendezvényekre a későbbiekben is van igény.

Mint pedagógusok, az előadásokon és a többi programon megszerzett tapasztalatainkat szeretnénk kamatoztatni a munkánkban is, beépíteni a nevelésbe illetve személyes példamutatásunkon keresztül is szeretnénk azt a gyerekeknek és környezetünknek átadni. Abban reménykedünk, hogy a szülőkön keresztül is sikerül a gyermekek életének egészségesebbé tételére hatnunk. Hagyományőrző jelleggel az elkövetkezendő években is megrendezzük az egészségnapokat, melyeket egyre színesebbé és élvezetesebbé szeretnénk tenni mindenki számára. Hasonlóan gondoljuk az elkövetkező három évben, leginkább az egészségnapok keretében zajló úgynevezett „nyílt napok” megvalósítását. Várhatóan népszerűek lesznek a sportrendezvények, illetve az ételkóstolóval egybekötött vetélkedők. A későbbi programjaink során felhasználjuk a korábbi rendezvények alkalmával kötött szakmai kapcsolatokat, illetve a (pályázati támogatásból beszerzett) eszközöket is.

Mivel programunk a célcsoportunkat leginkább érintő problémákról, azok megoldási lehetőségeiről szól, illetve lehetőségeiket bővíti, az érdeklődés fenntartására nem szükséges külön erőfeszítéseket tennünk. Azt várjuk, hogy amint pedagógus közösségünk, és a szülők egyre fogékonyabbak, nyitottabbak lesznek az egészséges életmód, táplálkozás újdonságaira, még inkább igényelni fogják e témákkal kapcsolatos rendezvények megtartását. Eddigi tapasztalataink lehetővé teszik, hogy a célkitűzéseinknek megfelelő programjainkra mindig előteremtsük a szükséges anyagi és egyéb forrásokat.

11. Felhasznált irodalom

Csonka Ferencné – Felsőzsolcai Napközi Otthonos Óvoda

Demográfiai Évkönyv 2011, Központi Statisztikai Hivatal

Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2011, Központi Statisztikai Hivatal

Morbidity adattár 2009, Központi Statisztikai Hivatal

Hidas Zsuzsanna, Kezán András, Némethné Csehi Tünde: Magyarország társadalmi atlasza, 2012., KSH

Statisztikai Tükör 2010/50, 2010/115, 2013/77 Központi Statisztikai Hivatal

Marc Lalonde: A new perspective on the health of Canadians, Minister of Supply and Services Canada 1981

Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai), Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004.

Dr. Kishegyi Júlia, Solymosy József Bonifác: Fejleszhető egészség – Módszertani útmutató egészségtervekhez. OEFI 2010.

Vercseg Ilona: Legalább ennyit a közösségfejlesztésről. 2004. OEFI

Dr. Füzesi Zsuzsa – Dr. Tistyán László: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés színtereken. OEFI 2004.

Számoljuk fel egy generáció alatt a szakadékot, OEFI, 2008.

Vercseg Ilona: Közösség – Eszme és valóság, Budapest, 1993. Közösségfejlesztők Alapítványe

Dr. Csépe Péter: Hátrányos helyzetű csoportok egészségfelmérése és egészségfejlesztése különös tekintettel a roma populációra. (Doktori értekezés) Semmelweis Egyetem, Budapest, 2010.

Ulicska László: Ágazatközi együttműködés a gyakorlatban (Az egészség peremén – Egészség- esélyegyenlőség a gyermekek körében c. konferencia) www.oefi.hu

Kopp Mária: Európai Lakossági Egészségfelmérés - Társadalmi tőke és egészségi állapot http://www.ksh.hu/elef/kal_kopp.html

Népegészségügyi orvostan – Szerk.: Ember István, Kiss István, Cseh Károly, Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara, Pécs, 2013

EHLEIS Országjelentések No. 6 – 2013 Március

Weboldalak:

www.kka.hu

www.teir.hu

www.szmm.gov.hu

<http://romagov.kormany.hu>

www.oefi.hu

www.magtud.hu