

## Tartalom

### TOVÁBBKÉPZÉS

A szexedukáció kihívásai a XXI. században:  
fókuszban a szexuális egészség és jóllét

*Dr. Pikó Bettina PhD.*

2

A stratégia értékelésének módszertani bemutatása  
az alkohol-stratégiák értékelésén keresztül

*Dr. Pácsa Szilvia*

7

### FELMÉRÉSEK

Foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók  
prevenációs tevékenységének felmérése

*Hirdi Henriett Éva PhD-hallgató, Balogh Zoltán PhD.,  
Prof. Dr. Mészáros Judit*

20

### MUNKAHELYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Munka. Mindenkire hangolva

A Miskolci Egyetem egészségfejlesztési  
jó gyakorlatának bemutatása

*European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP),  
Országos Egészségfejlesztési Intézet*

30

Munka. Mindenkire hangolva

A MOL egészségfejlesztési jó gyakorlatának bemutatása  
„STEP – Tégy egy lépést az egészségedért!”

*European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP),  
Országos Egészségfejlesztési Intézet*

32

### EGÉSZSÉGI EGYENLŐTLENSÉGEK

Az ACTION-FOR-HEALTH projekt bemutatása

*Muraszombati Népegészségügyi Intézet,  
Országos Egészségfejlesztési Intézet*

34

Health  
Development

## EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet  
folyóirata.

A lap alapítói: prof. dr. Métényi János,  
prof. dr. Vilmon Gyula

A szerkesztőbizottság tagjai:  
prof. dr. Balázs Péter,  
dr. Gyárfás Iván, dr. Kovács Attila,  
prof. dr. Molnár Péter,  
prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: Léder László

Felelős szerkesztő:  
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:  
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,  
1096 Budapest, Nagyváradi tér 2.  
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839/3.  
Telefon: (1) 428-8272.  
Fax: (1) 428-8273.  
E-mail: titkarsag@oeffi.antsz.hu  
Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:  
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.  
Terjeszti:  
előfizetésben a Magyar Posta Rt.  
Hírlap Üzletága,  
1080 Budapest, Orczy tér 1.  
Előfizethető valamennyi postán,  
a kézbesítőknél,  
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu,  
faxon: 303-3440.  
További információ: 06-80-444-444  
Megjelenik kéthavonta.  
Egy példány ára 2000 Ft.  
Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,  
fél évre 6000 Ft.  
Index: 25 214, ISSN 1786-2434

Tipográfia és tördelés:  
Reneszánsz Tipográfiai Műhely  
Nyomdai munkálatok:  
Porszinter Nyomda  
1033 Budapest, Benedek Elek u. 1–3.



Országos  
Egészségfejlesztési  
Intézet

# A szexedukáció kihívásai a XXI. században: Fókuszban a szexuális egészség és jóllét

Dr. Pikó Bettina PhD., egyetemi docens

Szegedi Tudományegyetem, Magatartástudományi Intézet, Szeged

## Bevezetés

A szexualitással kapcsolatos témakörök mindig is az emberi élet nagy kérdései közé tartoztak, azonban míg korábban tabunak számítottak, manapság jelentős publicitást kapnak. Sajnos ez egyszerre jelent előnyt és hátrányt, illetve veszélyeket is magában hordoz. A média különböző forrásai mellett a tudományos szaklapok is jelentős problémákról számolnak be, gondoljunk csak a szexuális úton terjedő betegségek új megjelenési formáira, a tinédzserek között már-már epidémiaszerűvé váló korai és kockázatos szexuális életre, valamint a nem tervezett terhességekre. Mindez természetesen nem újkeletű, hiszen a történelem folyamán – a tabujelleg ellenére, vagy éppen miatta – sokszor mindennaposak voltak a szexuális visszaélések. Ami viszont igazi kihívást jelent, az a mai fiatal korosztály szexuális szokásainak újszerűsége és a probléma kiemelt jellege, hiszen a serdülőkor csak a modern társadalomban vált különleges életszakasszá. A biológiai/nemi éérés – a pszichikai és társadalmi fejlődési folyamatokkal – egyre korábbi időszakra tevődik, s egyre nyilvánvalóbb, hogy a jelen kor szexualitással átfűtött társadalmi légkörében a tinédzserek az eddigiekhez képest a pubertás korábbi szakaszában válnak szexuálisan aktívvá. A serdülőkor az intimitás, a kortárskapcsolatok létesítése, a kapcsolati sémák begyakorlása, a szexuális tapasztalatszerzés időszaka is egyben, azonban nem mindegy, milyen élményeket szereznek a fiatalok. Mindez komoly veszélyekkel is járhat, így – amennyiben nem társul kellő felelősségvállalással – akár egész további életükre is negatív hatással lehet (1).

Korunk társadalma ezekre a változásokra nincs igazán felkészülve, hiszen mindeddig az absztinencia volt az irányadó prevenció elv, melyet a biztonságos szexre való felkészítés követett. Nem biztos, hogy ez a kétféle megközelítés elegendő az eljövendő generációk számára ahhoz, hogy a szexhez való pozitív hozzáállásuk hosszú távon kialakuljon. A párkapcsolati, valamint a szexuális problémák természetesen nemcsak a serdülő korosztályt érintik, a tinédzserkori szex – a felnőttkori társas kapcsolatok minősége nélkül – nem értelmezhető önmagában, hiszen a felnőttek mindig is mintát jelentettek a gyermekek számára. Ugyanakkor ma – sokkal inkább, mint bármikor a történelem folyamán – lehetőség nyílik arra, hogy az évszázados tabukat megdöntve őszintén beszéljünk ezekről a kérdésekről, és olyan szexedukációs programokat fejlesszünk ki, melyek a későbbiekben is biztosítják az egyének szexuális egészségét és jóllétét.

Szexedukációs programok már régóta működnek a fejlett nyugati világban, így hazánkban is, azonban nem mindegy, mit állítunk fókuszba, s milyen célt kívánunk elérni. Talán érdemes lenne a programok küldetését, üzeneteit újból átgondolni, és a mai tinédzser korosztály valós igényeihez igazítani.

## Szex és kultúra

A szexedukáció legnagyobb nehézségét az jelenti, hogy a kultúrák nemcsak szexuális szokásaikban, hanem a szexuális normalitás kritériumaiban is jelentősen különböznek. A történelem folyamán hihetetlen változások történtek bizonyos szexuális tevékenységek megíté-

lésében, gondoljunk csak arra, hogy a XX. század elejéig a szexualitás orvosi szemlélete kedvezőtlen volt, az abstinencia – ami védi az idegrendszert – pedig kívánatos, majd a szexuális elfojtás vált betegségkórokozó tényezővé, és a rendszeres nemi élet egészségvédő gyakorlattá (2). Igen sokat változott a női és a férfi szexualitásról alkotott vélemény is, ám a női szexualitást még ma is sok ellentmondó szemléletmód teszi problematikussá. A szexhez való viszonyulást sokféle társadalmi norma, kulturális szokás, vallási és erkölcsi szabály alakítja, ugyanakkor a tudományos eredmények közkinccsá tétele is szélesebb megismerést tesz lehetővé. Látnunk kell azonban, hogy mivel életünknek egy olyan területéről van szó, mely nem független az éppen uralkodó értékrendszer-től, lehetetlen értékmentes szabályokat alkotni. Vannak próbálkozások az USA-ban pl. abstinencia-alapú szexedukációs programok terjesztésére, ezek azonban széles körben nem bizonyultak hatékonynak, éppen korunk uralkodó érték- és normarendszere miatt (3,4).

Tehát egy adott társadalomban élők szexuális élete mindig híven tükrözi az adott kulturális kereteket. Ugyanakkor igen fontos lenne bizonyos orvosi/egészségügyi szabályok figyelembe vétele is, hiszen óriási hiba lenne nem kihasználni az élettani vizsgálatok eredményeit (melyek révén pl. ma már sokat tudunk a női és a férfi orgazmus élettani különbségeiről), vagy éppen a fogamzásgátlás korszerű lehetőségeit, illetve figyelmen kívül hagyni az egyes szexuális szokások előnyeit/hátrányait (pl. a monogámia előnyeit higiénés és egyéb szempontból).

Természetesen mindezek alapján szükség van a normalitás bizonyos szabályainak felállítására, azonban mindez soha nem lehet örökérvényű, hanem minden esetben az értékek tükrében változik. Ennek megfelelően a szexedukációs programok is bizonyos értékek mentén működnek.

Melyek lehetnek ezen értékek? Lehet érték az abstinencia, a kockázatkerülés, a biztonságos szex. Lehet ugyanakkor a hosszútávú szexuális egészség és jóllét megalapozása, az egészséges párkapcsolat kialakítása, a férfi és a nő egymás iránti kölcsönös tisztelete. Mire koncentrálnunk: a veszélyekre vagy az örömeire? *Evans* és *Tripp* véleménye szerint a veszélyeket és a biztonságos szexet túlhangsúlyozó szexedukáció valahol a promiskuitás kultúráját erősíti, és nem készít fel a tartalmas és érzelmeken alapuló párkapcsolatokra. Példaként Hollandiát hozzák fel, ahol a szexedukáció nemcsak jól szervezett, hanem a szexuális és párkapcsolati/érzelmi kérdéseket egymással összefüggésben, pozitív módon – nem pedig az egészségkockázati magatartásokkal (dohányzás, alkohol, drog) együtt – tárgyalják, melynek eredményeként a tinédzserkori terhességek aránya Hollandiában az egyik legalacsonyabb (5). Ez persze

nem jelenti azt, hogy a biztonságos szexre való felkészítés ne kapjon prioritást, azonban a valóság azt mutatja, hogy az elrettentés hatékonysága alacsony, és nem vezet abstinenciára, de sajnos sok esetben még a biztonságra való odafigyelésre sem.

Ezt alátámasztja az a több, mint 20 000 fő részvételével készült európai *survey* is, melyről *Wylie* számol be (6). Ebből az derül ki, hogy a szexedukációból a legtöbben a szex érzelmi szempontjaival, a párkapcsolati nehézségek megelőzésével, illetve kezelésével kapcsolatos témaköröket hiányolják. E téren tehát magukra hagyjuk a serdülőket, és mivel érzelmi (és jórészt szexuális) problémáikat is főként kortársaikkal beszélnek meg, akik maguk sem rendelkeznek túl sok információval, számos kérdés tisztázatlan marad számukra (7). Ehhez persze hozzájárul az is, hogy a mai serdülők szüleinek generációjában már jelentős a válás, a különélés, a házasságon kívüli partnerkapcsolatok sokszor kritikátlan létesítése, ami azt mutatja, hogy e téren a felnőttek problémái is sok esetben megoldatlanok. Talán éppen emiatt még fokozottabban kellene törekednünk arra, hogy a serdülők számára komplex felvilágosítással szolgáljunk, őszintén feltárva a problémákat, és bemutatva a lehetőségeket. Itt az új szemléletű szexedukáció ideje, melynek középpontjában a kölcsönösség, egymás kölcsönös tisztelete, szeretete és megértése áll, s melyhez a szex fontos eszköz lehet.

## Szexuális egészség és jóllét

A *WHO* egészségdefiníciója (8), mely szerint az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, rámutat az egészségfogalom komplexitására, holisztikus jellegére. Ennek megfelelően a szexuális egészség is összetett fogalom, melyet sokféleképpen megfogalmaztak (9). Ezek közül legátfogóbbnak és az empirikus kutatások szempontjából is könnyen megragadhatónak az 1975-ben született *WHO*-definíció tűnik (10): A szexuális egészség a nemi identitás testi, érzelmi, intellektuális és társas szempontjait foglalja magában, melyek pozitív módon gazdagítják és erősítik a személyiséget, a kommunikációt és a szeretmet/szeretetet. Mindez azon túl, hogy a szexuális úton terjedő, illetve keletkező betegségektől való mentességet is jelenti, magában rejt annak lehetőségét, hogy az egyén a fennálló személyes és társadalmi etikai szabályoktól függően élvezze és kontrollálni tudja szexuális és reprodukív viselkedését; valamint a lehetőséget, hogy félelemtől, szégyentől, büntudattól és téves hiedelmektől mentesen élje meg szexualitását. Amennyiben ez megvalósul, szexuális jóllétről beszélhetünk, mely a szexuális egészségen túl utal a szexuális élettel való elégedettségre is. A szexuális jóllét az életminőség része, és nemcsak a testi és lelki egészség, hanem a pozitív személyiségfejlődés forrása is, hiszen azáltal, hogy segít egy másik ember testi

megnyilvánulásaira és személyiségére ráhangolódni, fejlesztési az érzelmi intelligenciát és a társas készségeket is.

A szexuális egészségnek természetesen része az örömteli, szabad választáson alapuló, kényszerektől mentes szexuális kapcsolat, a biztonságos szexuális tevékenység, a szexualitáshoz való pozitív és tiszteletteljes viszonyulás is. Ehhez a következő jelszavakat ajánlja a *WHO 2002-es deklarációja* (11): tisztelet (*respect*), védelem (*protection*) és beteljesülés (*fulfillment*). Ugyanakkor a normativitás elemei hiányoznak a definíciókból, éppen a kultúrához való erős kötöttség folytán, mert minden társadalom maga dönti el, milyen szexuális tevékenységeket preferál, tűr meg, illetve tilt. Természetesen változik is a spektrum: számos olyan szexuális tevékenység (pl. maszturbáció, homoszexualitás), melyet korábban devianciaként minősítettek, ma már elfogadott, és vannak olyan szexuális gyakorlatok, melyek manapság terjedőben vannak, noha megítélésük kérdéses (pl. anális szex). A tudományos evidenciákon alapuló eredmények disszeminációja ugyanakkor igen fontos közvéleményformáló erő lehet; fel kell hívnunk a figyelmet az egyes szexuális tevékenységek lehetőségeire és veszélyeire is. Bár ezek az eredmények nem mindig esnek egybe az éppen aktuális morális/etikai megközelítésekkel, az értékek és normák változásaihoz arra van szükség, hogy a szexedukáció során minél többféle szempontot bemutassunk.

## A szexedukáció javasolt szempontjai

Ahhoz, hogy a gyermekeket és a serdülőket érintő szexedukációs programok hatékonyan működjenek, mindekenélőtt – inter- és multidiszciplináris kurzus(ok) keretében – biztosítani kell a leendő szakemberek (pedagógusok, orvosok és más egészségügyi szakemberek) megfelelő felkészültségét. Kutatások arról számoltak be, hogy pl. a betegek a legkülönbözőbb orvosi szakterületek specialistáit keresik fel szexuális problémáikkal, az orvosok viszont képzésük során nem készültek fel eléggé arra, hogy e téren szakszerű tanácsokkal lássák el betegeiket (12). A serdülő korosztálynak pedig kiemelten szüksége van olyan szakértő felnőttekre, akikhez (jó esetben a szülők mellett) fordulhat, hiszen problémáikat leggyakrabban kortársaikkal beszélnek meg, akik maguk is sokszor tanácstalanok.

Milyenek is kell lennie egy szexedukációs kurzusnak ahhoz, hogy felkészítse a jövőbeni szakembereket erre a felelősségteljes és nehéz kihívásra? Természetesen olyanoknak, mely lefedi a serdülők számára kifejlesztett szexedukációs programok tematikáját. Mivel az ember biopszichoszociális-spirituális lény (13), ennek megfelelően a képzésnek is tükröznie kell ezt a holisztikus szemléletet. A biológiai redukcionizmus – ha az embert csak

biológiai lényként kezeljük – ugyanolyan téves következtetésekre vezethet, mintha az anatómiai-élettani és egyéb természettudományos eredményeket figyelmen kívül hagyjuk. Amennyiben a szexuális egészség komplex jelenség, a szexedukációnak is sokféle szempontra kell kiterjednie.

Egy inter- és multidiszciplináris szexedukációs kurzusnak magában kell foglalnia:

- A nemi szervek anatómiáját és élettanát;
- A szexuális identitás lényegét, variánsait, a testképről alkotott elképzeléseket;
- A szexuális viselkedés spektrumát;
- A szexuális vágyak és fantáziák természetrajzát;
- A biztonságos szex lehetőségeit;
- A szexualitást érintő egészségügyi ellátás lehetőségeinek bemutatását;
- Az életciklus különböző szakaszaiban megjelenő szexualitást;
- A szexualitás jogi szabályozását érintő kérdéseket, pl. erőszak, prostitúció;
- A szexualitás kulturális szempontjait;
- A szexualitás vallási és spirituális szempontjait;
- Az intimitás és a párkapcsolatok pszichológiai/érzelmi hátterét, szabályszerűségeit és csapdáit (14).

A témák széleskörű bemutatása biztosíthatja azt, hogy a fiatalok sokféle szempontból láthassák az emberi szexualitás lehetőségeit, a szexuális viselkedés széles spektrumát, valamint hogy objektíven és előítéletektől mentesen szerezzenek tudomást azok előnyeiről, hátrányairól, veszélyeiről. Az objektivitás és semlegesség egyfajta értékmentességet is sugallhat, azonban – mint azt az előzőekben már láthattuk – ez teljes mértékben nem lehetséges. Megvalósítható viszont az értékek sokszínű bemutatása, az uralkodó értékrendszeren túl egyéb értékrendszerek (pl. vallás, spiritualitás) tükrében történő elemzés is. Szemben a nyugati gondolkodás ösztön- vagy szerelemközpontú megközelítéseivel, számos keleti kultúrában a szexuális együttlét spirituális egyesülést is jelent, egy egymás kölcsönös szolgálatán alapuló kapcsolatot, melyet mély lelki és energetikai összekapcsolódás is kísér. Ez pedig segíti az egymás melletti elköteleződést, a bizalmon alapuló kölcsönös örömszerzést, melyet az ilyenkor felszabaduló hormonok (pl. oxitocin) is megalapoznak. A tantrikus szex bemutatása pl. alternatívát jelenthet a napjaink fogyasztói társadalmában előforduló, gyorsan létesített, nem elmélyült szexuális kapcsolatokkal szemben, amennyiben tudomásunk van róla.

Minderre azért van szükség, mert a médián keresztül rendkívül sok, olykor kritikátlan információ áll rendelkezésünkre, melyekhez ma már az egészen fiatalok is hozzájuthatnak. Gondoljunk csak a pornóoldalakra és azokra az online információkra, melyek kétes forrásból

származhatnak. Ahhoz, hogy ezeket a serdülők valódi értékükön tudják kezelni, ismerniük kell tényleges jelentésüket és tartalmuk célját. Ha nem beszélünk róla, attól a probléma még létezik, sőt, könnyen félreértések alakulhatnak ki körülötte. Ahhoz, hogy a fiatalok választani tudjanak, és ki tudják alakítani saját szexuális preferenciáikat, arra van szükség, hogy megismerjék a valódi értékeken alapuló, a szexuális egészséget és jóllétet elősegítő szexuális kapcsolatok titkait, melyeket csak a legritkább esetben lelnek fel az interneten és a közösségi oldalakon.

Külön ki kell emelni az első szexuális együttléti előkészítését. Antropológiai szempontból jelentős eseményről van szó, a felnőtté válás fontos átmenetéről (15), melyre korábban (legalábbis a lányok számára) a házasságkötés után került sor. Erre az eseményre az anyák valamilyenre felkészítették ugyan leánygyermeküket, azonban manapság – hiszen kevésbé időzítetten és tervezetten történik a szüzesség elvesztése – erre ritkábban van lehetőség. Érdemes lenne elgondolkozni azon, vajon nem kellene-e megkapniuk a fiataloknak ezt a testi-lelki felkészítést, a szükséges segítséget (pl. lakás biztosításával) ahhoz, hogy szüzességük elvesztése olyan pozitív élmény legyen, mely további életükre is kiható.

A szemléletváltást tehát mindenekelőtt a pozitív megközelítés kell, hogy jelentse, melyben a fiataloknak olyan ismeretekre és készségekre kell szert tenniük, hogy felkészült, tudatos és felelősségteljes döntéseket hozó felnőttekként képesek legyenek őszinte, bizalmon és elköteleződésen alapuló kapcsolatokat létesíteni egymással.

## Összefoglalás

Míg korábban a szexedukációs programokban az absztinencia volt az irányadó prevenció elv, melyet a biztonságos szexre való felkészítés követett, manapság már nem biztos, hogy ez a kétféle megközelítés elegendő az eljövendő generációk számára ahhoz, hogy hosszú távon a szex-

hez való pozitív hozzáállásuk kialakuljon. Ugyanakkor ma – sokkal inkább, mint a történelem folyamán bármikor – megvan rá a lehetőség, hogy olyan szexedukációs programokat fejlesszünk ki, melyek a későbbiekben is biztosítják az egyének szexuális egészségét és jóllétét. Egy program mindig tükrözi az éppen uralkodó értékrendszert, azonban fontos, hogy sokféle szempontból, számos érték mentén mutassuk be az emberi szexuális magatartás spektrumát és lehetőségeit. Jelen összefoglaló tanulmány felvázolja azokat a szempontokat, melyek ahhoz szükségesek, hogy a modern szexedukációs programok segítségével a fiatalok felkészült, tudatos és felelősségteljes döntéseket hozó felnőttekké váljanak, akik képesek őszinte, bizalmon és elköteleződésen alapuló kapcsolatokat létesíteni egymással.

*Kulcsszavak: szexedukáció, szexuális magatartás, serdülőkor, kulturális tényezők*

## Summary

While previously abstinence was the prevailing prevention principle in sex education that was followed by preparing for safe sex, it is unsure that these two approaches are still adequate today for the next generations to develop a positive approach to sex in the long term. On the other hand, today – more than in any other historical eras – we have the opportunity to develop sex educational programs that guarantee the individual's sexual health and well-being later. A program always reflects the prevailing value system; however, it is important to present the spectrum and possibilities of human sexual behaviours along a number of values and approaches. The present review paper features aspects that are necessary to sex educational programs by which youth may become adults who are well-prepared, conscious and responsible in decision-making so as to be able to develop honest relationships based on attachment and trust.

*Key words: sex education, sexual behaviour, adolescence, cultural factors*

## IRODALOM

1. Lindberg, L. D.–Maddow-Zimet, I.: „Consequences of sex education on teen and young adult sexual behaviors and outcomes.” In: *Journal of Adolescent Health*, 51, pp. 332–338. (2012)
2. WHO, Regional Office for Europe: *Concepts of sexual health. Report on a Working Group.* (1987)
3. Santelli, J.–Ott, M. A.–Lyon, M.–Rogers, J.–Summers, D.–Schleifer, R.: „Abstinence and abstinence-only education: A review of US policies and programs.” In: *Journal of Adolescent Health*, 38, pp. 72–81. (2006)
4. Shetty, P.: „Sex: Just say no?” In: *The Lancet*, 371, pp. 1140. (2008)
5. Evans, D. L.–Tripp, J. H.: „Sex education: The case for primary prevention and peer education.” In: *Current Pediatrics*, 16, pp. 95–99. (2006)
6. Wylie, K.: „Sex education and the influence on sexual wellbeing.” In: *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, pp. 440–444. (2010)
7. Whifield, C.–Jomeen, J.–Hayter M.–Gardiner, E.: „Sexual health information seeking: A survey of adolescent practices.” In: *Journal of Clinical Nursing*, 22, pp. 3259–3269. (2013)
8. WHO: *Constitution.* Geneva: *World Health Organization* (1946)
9. Edwards, W. M.–Coleman, E.: „Defining sexual health: A descriptive overview.” In: *Archives of Sexual Behavior*, 33, pp. 189–195. (2004)
10. Coleman, E.: „What is sexual health? Articulating a sexual health

- approach to HIV prevention for men who have sex with men.” In: *AIDS Behavior*, 15, pp. S18-S24. (2011)
11. World Health Organization: *Gender and reproductive rights, glossary, sexual health*. Forrás: <http://www.who.int/reproductive-health/gender/glossary.html> (letöltve: 2014.01.24.)
12. Coleman, E.–Elders, J.–Satcher, D.–Shindel, A.–Parish, S.–Kenagy, G.–Bayer, C. R. et al.: „Summit on Medical School Education in Sexual Health: Report of an expert consultation.” In: *Journal of Sexual Medicine*, 10, pp. 924–938. (2013)
13. Pikó B.: „Az orvosi antropológiától a kulturális orvoslásig.” In: *Lege Artis Medicinae*, 23(2), pp. 156–160. (2013)
14. Robinson, B. E.–Bockting, W. O.–Rosser, B. R. S.–Miner, M.–Coleman, E.: „The sexual health model: Application of a sexological approach to HIV prevention.” In: *Health Education Research*, 17, pp. 43–57. (2002)
15. Ott, M. A.–Pfeiffer, E. J.: „»That’s nasty« to curiosity: Early adolescent cognitions about sexual abstinence.” In: *Journal of Adolescent Health*, 44, pp. 575–381. (2009)

## Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés*be szánt írásaikat, az ábrákkal és a képekkel együtt, e-mailben (csatolt file-ként) vagy lemezen/ CD-n – ez esetben a nyomtatott változatot és az eredeti képe(ke)t mellékelve –, levélben küldjék el a szerkesztőség címére.

*A szerkesztőség címe és telefonszáma megváltozott:* 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.

*Levelezési cím:* 1395 Budapest, Pf. 839/3.

*Telefon:* (1) 428-8272. *Fax:* (1) 428-8273.

*E-mail:* [haromszeki.zsuzsanna@t-online.hu](mailto:haromszeki.zsuzsanna@t-online.hu). *Honlap:* [www.oefi.hu](http://www.oefi.hu).

### *A kézirat formája*

A cím alatt szerepel a szerző(k) neve, munkahelye, telefonszáma és e-mail címe. Egy lapoldalt meghaladó terjedelmű (ötezer karakternél hosszabb) cikk, tanulmány, elemzés esetén célszerű alcímekkel tagolni az anyagot. Az írást kérjük rövid magyar és angol nyelvű összefoglalóval (az angolra lefordított címmel együtt), valamint irodalomjegyzékkel zárni. Ötezer karakternél rövidebb írás, könyvismertetés és lapszemle esetén nem alkalmazunk alcímeket és összefoglaló sem szükséges. Az ábrák elkészítésénél vegyék figyelembe, hogy azok fekete-fehérben fognak megjelenni.

Fáradozásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

# A stratégia értékelésének módszertani bemutatása az alkohol-stratégiák értékelésén keresztül

Dr. Pácsa Szilvia

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Mesterképzés

Dolgozatom célja, hogy a szakmai legjobb gyakorlat („best practice”) alapján

(i) olyan értékelési szempontrendszer kialakítására tegyek javaslatot, mellyel egy készülő nemzeti alkohol-stratégia gyorsan és egyszerűen értékelhető, s hogy

(ii) az értékelés lefolytatása során azonosíthatóvá váljanak a stratégia azon területei, melyeknek a nemzetközi gyakorlat eredményeire épülő átdolgozásával a stratégia egészének használhatósága, várható eredményessége javítható lenne.

## 1. A magyar nemzeti alkohol-stratégia értékelése

### 1.1 A stratégiai dokumentumok értékelésének általános jellemzői

Az ELTE 2012-ben kiadott, Csongor és Sziklai által szerkesztett, *Fejlesztéspolitika, stratégiai programalkotás a szociálpolitikában* című e-jegyzetében leírtak alapján röviden bemutatom a stratégiai dokumentumok értékelésének általános jellemzőit (Csongor, Sziklai, 2012).

Egy stratégiai dokumentum értékelése általában az értékelt tevékenység – közpolitika, stratégia, program – egészének áttekintését jelenti, és a program tevékenységeinek hatását vizsgálja a megoldani kívánt társadalmi probléma terén. Az értékelés elsődleges funkciója a legtöbb esetben a kormányzati politika és/vagy szakpolitika tartalmi támogatása. Ennek keretében az értékelés a vizsgálati eredmények alapján javaslatokat fogalmaz

meg, melyeket az éppen végrehajtás alatt álló programok finomhangolása, illetve a későbbi programok formai és tartalmi kialakítása során használnak fel. Az értékelés további feladata, hogy megállapításaival, javaslataival támogassa mind a program végrehajtásában, mind a szakpolitikai tervezés kialakításában érintetteket.

Az értékelési projekteket, tevékenységeket több dimenzió mentén osztályozhatjuk.

*Az értékelés alapvető funkciója szerint lehet*

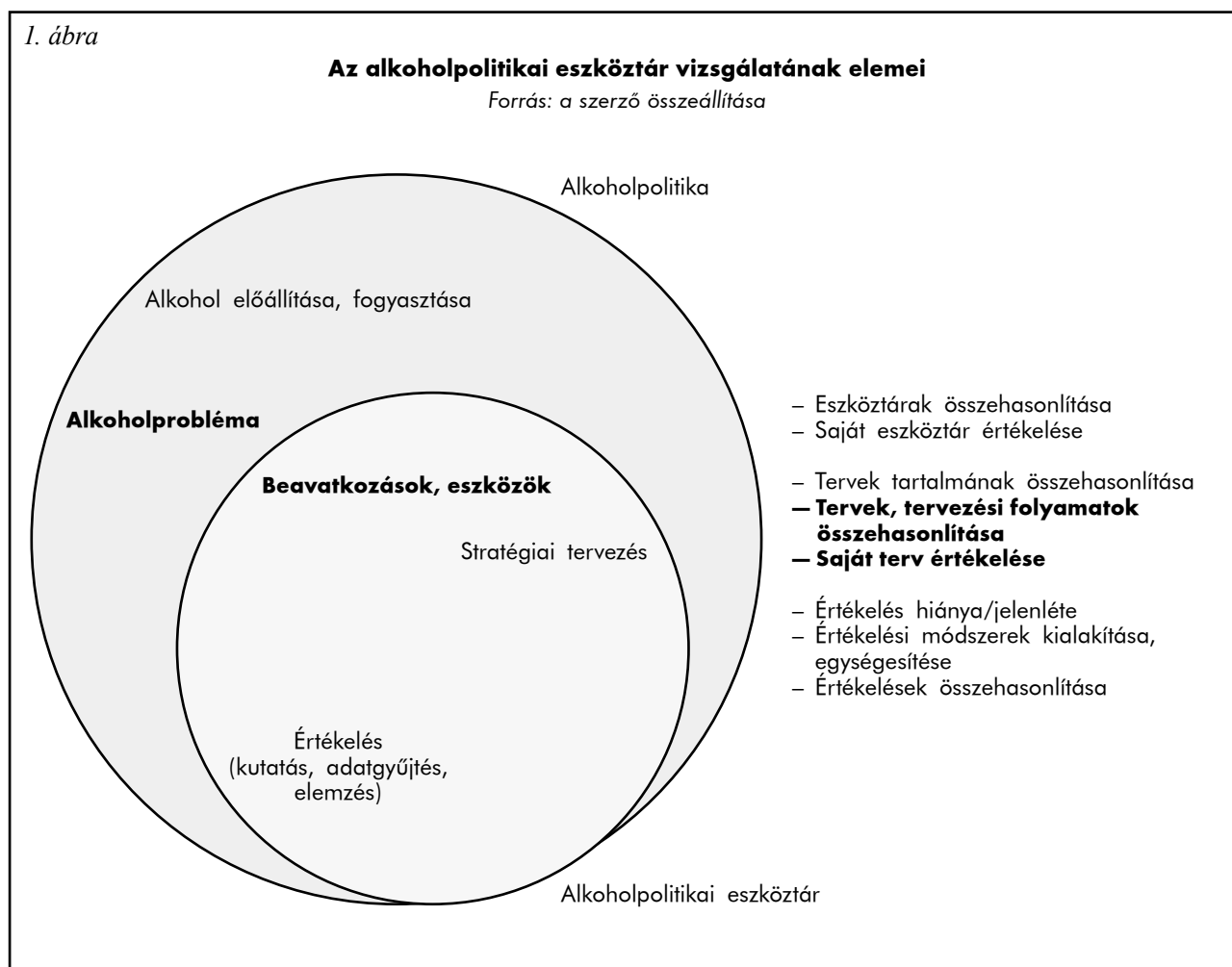
– *stratégiai*: a stratégiaalkotást támogató értékelés. A beavatkozás főbb tartalmi eredményeit és ok–okozati viszonyait vizsgáló, mélyreható, lehetőség szerint tényadatokon alapuló elemzés.

– *operatív*: az intézkedés végrehajtását, finomhangolását támogató értékelés, mely elsősorban az érintettek visszajelzéseire épít.

Egy másik tipológia elsősorban az értékelési tevékenység és a programvégrehajtás fázisának időbeli viszonyán alapszik. Ez a viszony meghatározza azt is, hogy az értékelés milyen információkból, adatokból tud dolgozni, tehát végső soron behatárolja, hogy az értékelés milyen kérdésekre képes választ adni. Az ilyen értékelés típusai:

- *ex-ante (előzetes)* típusú értékelés
- *ongoing/mid-term (közbenső)* típusú értékelés
- *ex-post (utólagos)* típusú értékelés
- *prospektív* típusú értékelés

Az *ex-ante* típusú értékelés a programtervezéssel egyidejűleg zajló, azt támogató, tanácsadó jellegű értékelés. Tekinthető egyfajta minőségbiztosítási folyamatnak, melynek révén a korábbi értékelési és szakpolitikai ered-



mények a tervezés során beépülnek a stratégiába. Mindez kiegészülhet előzetes hatásvizsgálattal is, melynek során az értékelő az alábbiakról formál véleményt:

- *relevancia*: a stratégia a legfontosabb körülményekre, tényleges szükségletekre reagál-e;
- *konzisztencia*: a meglévő (hazai és nemzetközi) stratégiai dokumentumokkal való összhang;
- *koherencia*: a dokumentum belső következetessége, az azonosított szükségletek, megállapítások és a tervezett beavatkozások, illetve a forrásallokáció összhangja;
- *a tervezési logika betartása*:
  - a beavatkozási logika vizsgálata – a javasolt intézkedések felvázolt hatásmechanizmusa logikus-e, megfelel-e a szakirodalomban foglaltaknak,
  - az indikátorok használata és megfelelősége,
  - az indikátor-célértékek reális megállapítása;
- *menedzsmentrendszer*: a megfelelő szervezeti és humán-erőforrások biztosítása;
- *megfelelő monitoring- és adatgyűjtési rendszer*;
- *előzetes hatásvizsgálat*.

Az *ex-post* típusú értékelés célja a szakpolitikai döntéshozatal támogatása a lezárult fejlesztéspolitikai prog-

ramok vizsgálatával. Az értékelések fókuszosa a beavatkozások, programok eredményességének vizsgálatán van, annak érdekében, hogy megállapítsa:

- elérte-e a program a kitűzött célokat;
- vannak-e szándékolt és nem szándékolt hatások.

*Ongoing/mid-term értékelések* esetében az értékelő azt vizsgálja, hogy van-e eltérés a tervezett és a tényleges megvalósítás tartalma, folyamata, outputjai között, illetve feltárja az eltérések okait és következményeit. Az értékelés célja, hogy megállapításaival és javaslataival segítse a folyamatban lévő intézkedések, programok folyamatos finomhangolását, valamint a döntéshozatalt.

Az értékelés irányulhat folyamatban lévő programok vizsgálatára, vagy problémaorientált megközelítésre.

*Prospektív értékelés* akkor történhet, ha az adott beavatkozás indításával egyidejűleg értékelési szempontból is megtervezett projektkiválasztás történik. A kiválasztás eredménye egy projekt- és egy megfelelően kiválasztott kontrollcsoport. A megvalósításhoz kiemelten kezelt folyamatos monitoring és adatgyűjtési tevékenység kapcsolódik, mely a támogatott csoporton kívül magában foglalja a kontrollcsoport folyamatos nyomon követését



is. Ezen módszer segítségével relatív rövid távon (1–3 év), lehetővé válik, hogy a beavatkozás hatásáról a támogatótt és a kontrollcsoport összehasonlításával megbízható, pontos képet kapjunk.

A megfelelő módszertan kiválasztása az értékelés megkezdését megelőzően történik meg. Az adott értékelési kérdések meghatározzák a megválaszolásukra alkalmas módszertant. A módszertan megválasztása függ tehát:

- a vizsgálandó szakpolitikai beavatkozás jellemzőitől;
- az értékelés céljától – elszámolhatóság, az eredmények bemutatása; finomhangolás, stb.;
- az adott programciklus helyzetétől – előrettekintő értékelés, vagy visszatekintő értékelés; továbbá
- az értékelés fókuszától, terjedelmétől – egy programot átfogóan vizsgáló, bemutató értékelés, vagy egyes programelemeket mélyebben elemző, vizsgáló értékelés.

## 1.2 Az alkohol-stratégiák értékelése során használt további megfontolások

A bemutatott értékelési módszer-típusok mindegyikével szemben elvárás, hogy előre rögzített, jól meghatározott elvek mentén és keretek között valósuljanak meg. Elkészítésük minden esetben heteket, esetleg hónapokat vesz igénybe, és jelentős forrásokat igényel. Az ex-ante értékelést emellett gyakran nehezíti, hogy az értékelői munka a tervezés teljes folyamatának befejezését megelőzően el kell, hogy kezdődjön, vagyis amikor még nem áll az értékelő rendelkezésre – írott dokumentum formájában – minden információ vagy adat. A közbelső és utóértékelések kivitelezése pedig bonyolult adatgyűjtést és a megvalósítókkal való szoros együttműködést igénylő feladat, mely során mélyebb problémák megértésére, összefüggések feltárására, ellen- és együtthatások mérésére vállalkoznak kutatói, szakértői csoportok.

Sikeres megvalósításukhoz komplex szakértelem szükséges, melyet a szakpolitika tartalma és az értékelés módszertana határoz meg.

A gyakorlatban számos olyan helyzet adódhat, amikor egy stratégiai dokumentum rövid idő alatt előállítható, átfogó értékelésére van szükség, például vezetői döntéshozatal támogatására, vagy az érintett civil közösség tájékoztatására. Ilyenkor relatíve gyorsan, legfeljebb néhány nap alatt elkészíthető, áttekintő elemzésre van igény, mely időben a stratégia megvalósításának folyamata által szigorúan nem korlátozott, tehát a megvalósítás megkezdése előtt, vagy annak során bármikor elvégezhető, rálátást ad a stratégia egészére, és információt nyújt annak megfelelőségéről, használhatóságáról is.

## 1.3 Javaslat a nemzeti alkohol-stratégiák értékelésének új szempontrendszerére

### 1.3.1 MCDONALD-FÉLE STRATÉGIAÉRTÉKELÉSI SZEMPONTOK

David McDonald, az alkohol- és drogstratégiák értékelésében évtizedes tapasztalattal rendelkező ausztrál szakértő arra hívja fel a figyelmet (McDonald, 2011), hogy a különböző értékelési módszertanok, értékelési útmutatók ellenőrző listaként való használata ugyan megszokott és hasznos eszköz, de figyelmen kívül hagynak számos olyan szempontot, melyeket McDonald a stratégia „kiválóságának” nevez. Ez a „nature and merit” kifejezéssel meghatározott fogalom McDonald véleménye szerint a stratégiai dokumentum, illetve dokumentumok használhatóságát jellemzi.

A stratégiát alapvetően az elkészült dokumentum szakmai elvárások szerinti használhatósága, azaz „kiválósága” határozza meg, és McDonald ennek a kiválóságnak az értékelésére deduktív úton 10+4 értékelési kritériumot állít fel. Az első 10 kritérium strukturális oldalról közelíti meg és értékeli a stratégiát, míg a plusz 4 kritérium horizontálisan, a demokratikus társadalmi értékek és a jó gyakorlatok szempontjából vizsgálja azt.

Az értékelési szempontok a következők:

1. A probléma meghatározása
2. Szakpolitikai célok (*policy goals*)
3. A bizonyítékok használata
4. Az alternatívák értékelése
5. A kompromisszumokkal való szembenézés
6. A megvalósítás forrásai
7. A tervezett beavatkozások
8. A tervekhez való ragaszkodás
9. A környezethez való alkalmazkodás, rugalmasság
10. Monitoring és értékelés.

A további 4 értékelési szempont:

- +1 Emberi jogok és társadalmi igazságosság
- +2 Más stratégiákhoz való kapcsolódás és együttműködés
- +3 A stratégiaalkotás folyamata
- +4 A stratégiai dokumentum terjedelmének és átfogó jellegének összhangja

### 1.3.2 JAVASLAT MCDONALD SZEMPONTRENDSZERÉNEK ADAPTÁLÁSÁRA A NEMZETI ALKOHOL-STRATÉGIÁK ÉRTÉKELÉSE SORÁN

McDonald értékelési szempontrendszerét a drogstratégiákkal kapcsolatban dolgozta ki, azonban – véleményem szerint – ezen szempontok kiválóan alkalmazhatóak a nemzeti alkohol-stratégiák értékelése során is, amennyiben az egyes értékelési szempontokat az alkohol-politikai területre jellemző, specifikus megfontolásokkal egészítjük ki.

Kétségtelen, hogy McDonald szempontrendszer nem ad numerikusan kifejezhető értékelést az egyes stratégiákról, így az értékelések összehasonlíthatósága erőteljesen korlátozott marad. Az ajánlott 10+4 pontból álló lista azonban alkalmas arra, hogy figyelembe vegye nemcsak az UNODC „*Master Plan*”-ben meghatározott szempontokat, hanem összességében lefedje a WHO nemzeti alkohol-stratégiák elkészítésére vonatkozó ajánlásait is.

Komoly hozzáadott értéket képvisel, hogy a McDonald-féle értékelés egy-két nap alatt elvégezhető. Ezáltal a módszer kiváló előszűrő eszköze lehet a stratégiai dokumentumok döntéshozatali, társadalmisítási vagy értékelési folyamatba való bocsátása előtt, a kapcsolódó szakmai, politikai, pénzügyi, társadalmi kockázatok csökkentése érdekében. Emellett McDonald szempontrendszerének adaptálása más nemzetek alkohol-stratégiájának értékelésén keresztül – azokat „jó gyakorlatként” használva – a stratégiai dokumentumok fejlesztésével segítheti az adott ország alkohol-politikai gyakorlatának pozitív irányú változását.

Összességében McDonald szempontrendszerének adaptálásával egy olyan értékelési módszert kapunk, melynek segítségével rövid idő alatt, speciális szakértelem nélkül is áttekintő képet adhatunk a stratégia használhatóságáról és minőségéről.

### 1.3.3 AZ ÉRTÉKELÉSI SZEMPONTOK RÉSZLETES BEMUTATÁSA

Az értékelési szempontok – az alkohol-politikai terület jellemzőivel kiegészítve – az alábbiakat foglalják magukban:

#### 1. A PROBLÉMA MEGHATÁROZÁSA

Az alkohol-probléma meghatározása egyáltalán nem egyszerű feladat. Társadalmanként, sőt társadalmi csoportonként változhat a probléma érzékelése, felfogása. Nem elegendő egy-egy szakterület irányából közelíteni a helyzet feltárásához, ugyanakkor egyértelműen és tisztán rögzíteni szükséges azt az értékrendet, melyre a probléma megközelítése épül. A kialakult alkohol-probléma valamenyi elemének, előidéző okainak megjelenítése, a megfelelő hangsúlyok kialakítása csak az érintettek teljes körének bevonásával, véleményük megismerésével biztosítható. A megfelelő minőségű problémafeltárás esetében a probléma, illetve az általa okozott terhek, károk mértéke mérhető, számszerűsíthető módon is meghatározható.

#### 2. SZAKPOLITIKAI CÉLOK (POLICY GOALS)

Az alkohol-politikai célok meghatározásával szemben is elvárás, hogy – a célok elérésének értékelhetősége érde-

kében – azok tisztán definiáltak, kellően specifikusak, számszerűsítettek és mérhetőek legyenek. A jelenlegi helyzetből kiindulva, a társadalmi egyenleg javítása, az alkohol-ártalom csökkentése érdekében kell kitzúzni, nevesíteni, számszerűsíteni és időzíteni a célokat. Ehhez természetesen indikátorok olyan körét kell meghatározni, melyek képesek a kiindulási állapotot és az attól való elmozdulást, annak irányát és mértékét egyaránt mérni. A szakpolitikai célok a társadalmi elvárásokat, a társadalom változásra való igényét, az alkohol-politikai erőteret is megjelenítik.

#### 3. A BIZONYÍTÉKOK HASZNÁLATA

Az elemzés során a tudományos bizonyítékok bemutatását keressük, melyekre – akár megállapításaiban, akár logikai rendszerében, akár beavatkozásainak meghatározásában – a stratégiai dokumentum épít. A bizonyítékok lehetnek tudományos, vagy kutatásból származó eredmények, de származhatnak a megelőző programok, beavatkozások tapasztalataikból is (mi az, ami megvalósítható, megfizethető, költséghatékony, stb. volt). Ez utóbbiak különösen fontosak az alkohol-politikai eszköztár kialakítása során, hiszen esetükben nem szükséges a nemzeti környezethez való adaptáció, és nem merülnek fel transzferabilitással kapcsolatos dilemmák sem.

#### 4. AZ ALTERNATÍVÁK ÉRTÉKELÉSE

A vizsgálat során nem kérdőjelezzük meg, hogy az alkohol-probléma kezelésében elkötelezett stratégiakészítők a megoldások milyen széles skáláját ismerik, s hogy ezek valóban alkalmasak-e a célok elérésére. A vizsgálat szempontjából viszont fontos, hogy a stratégia és az akcióterv kialakítása során a realitás talaján álló megoldási alternatívákat dolgozzanak ki. A „*nem történik semmi*” helyzet elemzése szükséges, de nem elégséges alternatíva, a „*részben megvalósul*” opció pedig nem tekinthető szakpolitikai alternatívának. Szükséges annak bemutatása is, hogy a lehetőségek közül milyen kinyilvánított módon, milyen szempontok szerint választották ki a győztes alternatívát. Valós, működő alternatívák kidolgozása nélkül fennáll a szakmai determináció, szűklátókörűség veszélye, a kiválasztási módszer átláthatóságának hiányában pedig megkérdőjeleződhet a döntéshozatal függetlensége, szakmai szempontokon túli befolyásoltsága. Mindkét helyzet rontja a legjobb stratégia kidolgozásának, illetve megvalósításának esélyét.

#### 5. A KOMPROMISSZUMOK MEGISMERÉSE

Sok szakpolitikai területhez hasonlóan az alkohol-politikában is nagyszámú érdekelttel kell számolni.

1. táblázat

**Alkohol és drogstratégiák készítésére vonatkozó  
nemzetközi ajánlások összehasonlítása**

<b>McDonalds' 10+4</b>	<b>UNODC checklist</b>	<b>WHO guideline</b>
1. A probléma meghatározása	Jelenlegi helyzet bemutatása és értékelése	Helyzetelemzés. Kihívások és lehetőségek
2. Politikai célok (policy goals)	Szakpolitika és stratégia	Általános és specifikus célok
3. Evidenciák használata		D. Tudományosan megalapozott beavatkozások (10 beavatkozási terület), felelősökkel és kapacitásokkal
4. Politikai alternatívák értékelése		Politikai alternatívák és beavatkozások
5. Kompromisszumokkal való szembenézés		A. Folyamatos politikai elkötelezettség (stratégiák, szervezeti és humán háttér, politikai döntések)
6. Megvalósítás forrásai	Forrásigény, finanszírozás és menedzsment	F. Fenntartható finanszírozás
7. Tervezett beavatkozások	Tervezett beavatkozások részletes bemutatása	Politikai alternatívák és beavatkozások
8. A tervekhez való ragaszkodás a megvalósítás során		
9. Környezet változásaikhoz való alkalmazkodás, rugalmasság	Rugalmas alkalmazkodás a helyi társadalmi, gazdasági környezethez és a tapasztalt problémához, valamint a benne zajló folytonos változáshoz	
10. Monitoring és értékelés	A monitoring és az értékelő tevékenység jelentősége	
+1 Emberi jogok és társadalmi igazságosság		C. Társadalmi igazságosság, vallási, környezeti tolerancia
+2 Más stratégiákhoz való kapcsolódás és együttműködés	Együttműködések	A. Folyamatos politikai elkötelezettség (stratégiák, szervezeti és humán háttér, döntések)
+3 A stratégiaalkotás folyamata	A kormányzati, a gazdasági és a civil szektor együttműködésének fontossága a tervezéstől a megvalósításon keresztül az értékelésig	B. Valamennyi érintett fél bevonása, felelős részvétele és hatékony koordinációja (külső-belső)
+4 A stratégiai dokumentum terjedelmének és átfogó jellegének összhangja		

*Forrás: McDonald, 2011; WHO, 2010; UNDCP, 1996 alapján. A szerző saját feldolgozása*

Valamennyi érintett szereplő bevonásának, érdekeik és befolyásuk megismerésének elmulasztásával csökken a kompromisszumos helyzetek kidolgozásának lehetősége, megnő a tervezéshez és a megvalósításhoz kapcsolódó kockázatok száma, jelentősége. A tervezéshez kapcsolódó döntéshozatalba nem szükséges bevonni valamennyi érintett felet, de a tervezésből való kihagyásuk megnehezíti, akár meg is hiúsíthatja a kitűzött célok elérését. Itt kiemelt figyelmet kell fordítani nemcsak a nagy érdekérvényesítő képességű iparra, de a kis érdekérvényesítő erővel rendelkező, sérülékeny csoportokra is.

#### 6. A MEGVALÓSÍTÁS FORRÁSAI

Az elegendő forrás azt jelenti, hogy a stratégia megvalósításához és értékeléséhez a megfelelő időben, a megfelelő helyről, a megfelelő típusú és mennyiségű forrás áll rendelkezésre. Ne feledkezzünk el a tervezés és a megvalósítás kapcsolódó értékelési tevékenységeiről, melyek eredményeinek beépítése jelentősen képes javítani a (jelenlegi és jövőbeli) stratégia eredményességét, és – minden tevékenységre jellemző módon – forrást igényel.

A forrásigényt már a tervezési időszakban fel kell mérni, és a forrás helyének megjelölésével, specifikálva, számszerűsítve, időzítve meg kell határozni. Enélkül a stratégiában (és akciótervben) leírtak egyszerű „kívánáslisták” maradnak, a tervezett beavatkozások megvalósításának, a célok elérésének realitása nélkül.

#### 7. A TERVEZETT BEAVATKOZÁSOK

A beavatkozások megtervezése igényli azok egyértelmű azonosítását, részletes leírását, melynek során meghatározzák a kapcsolódó bizonyítékok és a célok eléréséhez való hozzájárulást mérő indikátorok körét, a beavatkozás megvalósításának forrásigényét, személyi, tárgyi, szakmai, szervezeti feltételeit és ütemezését. Nem elegendő egy beavatkozás-étlapot adni, hogy azután a politika a megvalósítás során ebből válogasson. Az ilyen megoldások következménye a megvalósítás során egy olyan „evidence based” eszköztár politikai erőtér általi formálódása, esetleg torzulása lesz, melynek elemei együttesen már nem elegendők a tervezett eredmények és hatások eléréséhez. Ez nyilvánvalóan megnehezíti a különböző országok közötti összehasonlítást is.

#### 8. A TERVEKHEZ VALÓ RAGASZKODÁS

A stratégiai dokumentum(ok)nak kellő részletezettséggel kell rendelkezniük ahhoz, hogy a megvalósítás során mintegy útmutatóként szolgáljanak. Kihívást jelent, hogy a terveket a stratégiában foglaltak szerint valósítsák meg, melyet a változó környezet gyakorta megnehezít, akár

lehetetlenné is tesz. A megvalósítás során a tervektől való eltérés csak olymértékben megengedett, mely a szakpolitika eredményes és költséghatékony érvényesüléséhez elengedhetetlen. A tervezés során ezért szükséges a várható kockázatok körének azok kezelésének módját, a kockázatkezelésért felelős személy vagy szervezet megjelölésével együtt megjeleníteni.

#### 9. A KÖRNYEZETHEZ VALÓ ALKALMAZKODÁS, RUGALMASSÁG

A tervekhez való ragaszkodás ellentéte a környezethez való alkalmazkodás képességének megteremtése és biztosítása. A folytonosan változó környezethez való alkalmazkodás nemcsak a nagy változásokra való reagálás képességét jelenti – sokkal gyakoribb a „finomhangolás”, mely krízismentes helyzetben a környezet változásaira való, az eredményesség és a hatékonyság növekedését hozó alkalmazkodást jelent. Jellemzően szükséges tevékenység, amikor – a közbenső értékelés eredményeire építve – a program megvalósításának második felében módosítunk az alkohol-politikai eszköztár összetételén (például kevesebb szabályozás, több kutatás, újabb források bevonása, stb.). Fontos, hogy a dokumentum kiterjen a környezet változásainak érzékelésére, valamint az alkalmazkodás pontjaira, módjaira, felelőseire.

#### 10. MONITORING ÉS ÉRTÉKELÉS

A megvalósítás során, annak befejezéséhez kapcsolódóan adatgyűjtésre, az adatok feldolgozására, a tervezetthez való hozzámérésére, az eltérések felfedezésére és okainak feltárására a kimenetek és eredmények terén egyaránt szükség van. Tehát a stratégia és az akcióterv részét kell, hogy képezze a monitoring és értékelési folyamat megtervezése, ehhez kapcsolódóan pedig az indikátorok, a források, a felelősök, valamint az eredmények visszacsatolásának meghatározása.

Míg a fenti tíz értékelési szempont elsődlegesen a stratégiai dokumentum struktúrájának vizsgálatát jelentette, addig a következő négy kritérium túlnyúlik ezen kereten, és a kiemelten fontosnak tartott „jó gyakorlatok” jelenlétét, illetve hiányát vizsgálja.

#### +1 EMBERI JOGOK ÉS TÁRSADALMI IGAZSÁGOSÁG

Az értékelés vizsgálja, hogy a stratégiai dokumentum demonstrálja-e az emberi jogok figyelembevételének és a társadalmi igazságosság elvei érvényesülésének fontosságát, illetve az erre való törekvést. Ez a nézőpont azért is különösen fontos, mert az alkohol-politikai eszköztár jelentős része törvények által szabályozott, az alkohol rövid és hosszú távú hatásai egyaránt az egyéni akaratot és dön-

tésiképeségetkorlátozó, befolyásoló függőséget jelenthetnek, a rossz szociális helyzetű csoportok körében az alkohol káros hatásai erőteljesebbek, és számos olyan sérülékeny csoport van, melyeket az alkohol indirekt hatásaitól a közösségnek és a jognak védelmeznie kell.

#### +2 *MÁS STRATÉGIÁKHOZ VALÓ KAPCSOLÓDÁS ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉS*

Az alkohol-stratégiának társadalmi problémák széles körére kell reagálnia. A stratégia elkészítésének feladata és megvalósításának koordinálása ugyan egy (többnyire egészségügyi) szervezet kezében van, de a tervezéstől a hatások értékeléséig minden ponton számos szereplőt, különböző ágazatok képviselőit kell összefognia (jogalkotási, büntetőjogi, gazdasági, pénzügyi, közlekedési, szociális és egészségügyi területen). Nem feledkezhetünk meg arról sem, hogy míg az alkohol-probléma az egyes érintettek számára marginális kérdés, addig más szereplők működésében olyan jelentős kapcsolódási pontok vannak, melyek kezelésére saját stratégiával, programmal rendelkeznek. Ilyen lehet például a drogstratégia, a balesetmegelőzési program, a hátrányos helyzetű térségeket célzó területfejlesztés, stb. A programok megvalósítását, a kitűzött célok elérését komolyan akadályozhatják, egymás hatását kiolthatják a párhuzamosan futó, eltérő, vagy akár ellentétes irányban is ható beavatkozások. Például a hátrányos helyzetű kistérségek lakóinak a falusi vendéglátás és a helyben történő foglalkoztatás fejlesztésére helyi pálinkák készítésének módját oktatják és támogatják, miközben ugyanakkor – kiemelt költségvetéssel – az alkoholfogyasztás csökkentését célzó, a családokat bevonó egészségfejlesztési program is megvalósul.

Példaként szolgálhatnak az olyan, ugyanarra a célcsoportra irányuló, egymástól függetlenül, egymás programjainak ismerete nélkül, azonos időszakban megvalósított egészségfejlesztési (egészségügyi, szociális és képzési) projektek, melyekben közel azonos tartalmú felvilágosító előadásokat tartanak az alkohol káros hatásairól. Az első szerencsés előadót még 5–10 ember hallgatja végig, a harmadikat már senki sem. Ezek a projektek az unalomba fulladva költik el a forrásokat, gyenge eredménnyel és hatások nélkül zárulnak, de nem tárják fel az emberek érdektelenségének okát.

Az alkohol-stratégiának meg kell határoznia mindazon szektorokat, be kell azonosítania mindazon programokat, melyekkel közös kapcsolódási pontja van, meg kell neveznie mindazon partnereket, melyekkel fontos és szükséges együttműködni. Meg kell terveznie a programok összehangolását, valamint a megvalósítás során való együttműködést a lehetséges legtöbb pozitív hatás elérése és a gyengítő hatások csökkentése érdekében.

#### +3 *A STRATÉGIÁALKOTÁS FOLYAMATA*

A stratégiaalkotás folyamatát úgy kell dokumentálni, hogy láthatóvá váljon a stratégia alkotásának módszere, lépései, az egyes pontokon történő információ-megosztás, -bevonás. A stratégiaalkotási folyamat pozitív esetben rögzített és szabályozott, többirányú kommunikációt takar, a stratégia gazdájától pedig az érintettek véleményére való nyitottságot, valamint a párbeszédre való szándékot. A listaszerű felsoroláson túl be kell mutatni mindazon szervezeteket, közösségeket és érdekeltet, melyek hatást gyakoroltak a stratégia alakulására, és annak módját is, ahogyan ezt a hatást elérték.

#### +4 *A STRATÉGIAI DOKUMENTUM TERJEDELMÉNEK ÉS ÁTFOGÓ JELLEGÉNEK ÖSSZHANGJA*

Végezetül fontos, hogy a stratégiai dokumentum áttekinthető terjedelemben kerüljön az azt használó – döntéshozó, megvalósító, értékelő és érdekelt – kezébe. Nyilvánvalóan más terjedelmű és szövegezésű dokumentum kezelhető például a politikus döntéshozó és a megvalósításban résztvevő szakember, vagy a civil szféra számára. Optimális esetben a stratégia egymáshoz kapcsolódó dokumentumok együttesét jelenti – egy kellően részletes, érthető, mégis kezelhető méretű fő-dokumentum (nevezzük nemzeti alkohol-stratégiának) mögött, ahhoz kapcsolódóan a fő-dokumentumban megjelenő kijelentések kifejtése, részletes bemutatása, és a stratégia összefüggéseinek tényekkel igazolt alátámasztása található.

### *1.4 Értékelés a nemzeti alkohol-stratégiát meghatározó dokumentumok alapján*

#### A MAGYAR ALKOHOL-STRATÉGIAI DOKUMENTUM AZONOSÍTÁSA

2006-ban az akkor még létező *Országos Addiktológiai Intézet (OAI)* kezdte meg az első strukturált, a nemzetközi tudományos elvárásokkal és eredményekkel szinkronban lévő, írott alkohol-stratégia összeállítását. Az „*Alkohol-politika és -stratégia*” című dokumentumot szakmai egyeztetések után megtárgyalta és elfogadta az akkori *Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság*. 2008-ban az „*Alkohol-politika és -stratégia*” című dokumentum hivatalosan is a *Lelki Egészség Országos Programjának* részévé vált, mint annak önálló fejezete.

2009-ben a dokumentumot megújították, társadalmi egyeztetése is megkezdődött, ennél tovább azonban a politikai elfogadás folyamatában nem jutott. (A 2009-ben megújított dokumentum csak egy-egy helyzetfeltáró részletben változott, bővült a 2006-os stratégiához képest.)

Az alkohol-stratégiaként azonosított dokumentum 59 oldalból áll. A stratégiához kapcsolódóan társ- vagy háttérdokumentum (partnerségi dokumentum, helyzetfeltárás, akcióterv) nem volt fellelhető. A stratégiában nem előzményként, hanem párhuzamos, kapcsolódó szakpolitikai programként jelölték meg a *Nemzeti Népegészségügyi Programot*, melyre a stratégia nem épít, de a megvalósítás során az azzal való együttműködést, kapcsolódást a dokumentum fontosnak, hasznosnak tartja. Mindezek alapján úgy tekintem, hogy az elnevezésében stratégiaként megjelölt anyaghoz nem kapcsolódnak más dokumentumok, elemzések vagy akciótervek. Ezért ezen dokumentum értékelését végeztem el a jelen dolgozat 5.2 fejezetében meghatározott szempontok szerint.

Az egyes értékelési szempontok elvárásainak teljesítését – a dokumentum teljességének megítélése és fejlesztési szükségleteinek, lehetőségeinek meghatározása szempontjából – egy 6 pontos skálán jelöltem (1 = elégtelen, 6 = teljes körű). Az értékelés a dokumentum szerkezetére, az abban megjelenített szempontok, megállapítások, törekvések jelenlétére vagy hiányára korlátozódik, és nem terjed ki azok tartalmi értékelésére, minősítésére.

Az értékelt dokumentum címe: *Alkohol-politika és -stratégia 2006 (OAI, 2006)*

#### ÁTTEKINTŐ ÉRTÉKELÉS

A dokumentum címe egy ágazaton túlnyúló stratégiára utal. A valóságban azonban egészségügyi ágazati dokumentumnak kell tekintenünk, dacára annak, hogy készítői a probléma megoldásában átfogó alkohol-politikai megközelítést és kezelést tartanak szükségesnek. A dokumentumot nem az *Országgyűlés* vagy a *Kormány*, hanem a *Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság* fogadta el. Ebből arra következtethetünk, hogy a probléma fontosságát, kezelésének szükségességét a politika felismerte, de ágazati feladatként kezeli, vagyis a probléma tényleges megoldására irányuló politikai szándék nem eléggé erős.

A stratégia erőssége a jelenlegi helyzet és a problématerület más szakpolitikákhoz való kapcsolódási pontjainak bemutatásában, valamint a lehetséges, tervezhető beavatkozási lehetőségek feltárásában mutatkozik meg. Olvasóbarát nyelvezetének és terjedelmének köszönhetően a szakterületen kívüliek is megértik a leírtakat.

A stratégia szerkezetében nem követi a klasszikus stratégiák felépítését, ezért számos információ hiányzik, illetve elsikkad, a belső arányok eltorzulnak. A probléma és háttere részletes magyar és nemzetközi feltárásán (59-ből 53 oldalon) túl igen röviden, hat oldalon mutatják be a stratégiai fejezetet, és nincsen kapcsolódó akciótervi rész.

Összességében a dokumentum inkább előtanul-

mánynak, mint stratégiának tekinthető, mely a magyar alkohol-politika és alkohol-probléma bemutatása után a helyzet „átgondolására” és a beavatkozási lehetőségek közötti választásra buzdít. Számos javaslatot tesz arra vonatkozóan, hogy – főként nemzetközi tapasztalatokra építve – milyen módon és eszközökkel lehetne (helyenként „kellene”) alakítani a magyar alkohol-politikát, befolyásolni az alkoholfogyasztást és mérsékelni az alkohol okozta károkat.

#### RÉSZLETES ÉRTÉKELÉS

##### 1. A PROBLÉMA MEGHATÁROZÁSA

Az alkoholfogyasztást, mint népegészségügyi problémát a stratégia olvasója számára tisztán, egyértelműen határozzák meg. A helyzet feltárásában a károkozásra kerül a hangsúly, a problémát fenntartó és előidéző elemek bemutatására (munkahelyek, foglalkoztatás, mezőgazdasági és feldolgozóipari aktivitás, idegenforgalom, vendéglátás) csak részben kerül sor. Feltételezhető, hogy az érintettek körének bevonása nem teljes, elsődlegesen a teherviselői oldal véleményét ismertetik. A megjelenő érdeklési csoportok esetében hiányos azok érintettségi mértékének, jellegének, változásra adható/adott válaszainak megismerése.

Az alkohol-probléma méretének érzékeltetése morbiditási és mortalitási adatokon keresztül történik, sem életév-vesztésben, sem monetáris egységben nem számszerűsítve a károkat.

Összességében a helyzet feltárása, a probléma átfogó jellegű megközelítése – a hiányosságok mellett – teljesítettnek tekinthető (5 pont).

##### 2. SZAKPOLITIKAI CÉLOK (POLICY GOALS)

A dokumentum komoly gyengesége, hogy nem határoz meg célokat, nem épít célrendszert.

Az „*Egyén és társadalom, az alkohol-politika célrendszere*” című alfejezetben (5. oldal) ugyan alkohol-politikai célként jelenik meg az egy főre jutó fogyasztás mértékének csökkentése, az alkohol-probléma ok-oka-ti kapcsolata is tisztázott, de nem határozzák meg a cél elérésének mérését szolgáló indikátort (mikorra, mennyivel, kik körében). A fejezet ezen túlmenően nem tartalmaz további célokra, illetve azok rendszerére vonatkozó kijelentéseket, meghatározásokat.

„*A magyar alkohol-politika legfontosabb céljai és keretei*” című fejezetben (54. oldal) sajnálatos módon célokat nem, csak beavatkozásokat azonosítanak.

A fentiek alapján a „*Szakpolitikai célok*” szempont teljesítését 1 pontra értékelem.

### 3. A BIZONYÍTÉKOK HASZNÁLATA

A stratégia megállapításaiban épít a tudományos bizonyítékokra és azok bemutatására, emellett pedig a beavatkozások terén is fontosnak tartja ezen elvek érvényesítését. A dokumentumban hangsúlyozzák, hogy az alkohol-problémára adandó válaszok kialakításában fontos „a korábban vagy másutt, más országokban hatékonynak bizonyult törvények és rendszabályok megalkotása és érvényesítése”. (30. oldal)

Sajnálatos módon a beavatkozások esetében tervezett bizonyítékokat nem magyar körülmények között dolgozták ki. Az ezzel kapcsolatban felmerülő nehézségekre a dokumentum is felhívja a figyelmet. A „Tények és bizonyítékok – kutatás és alkohol-politika” című fejezetben (9. oldal) leírják, hogy – a hatás és a hatékonyság növelése érdekében – szükség lenne nemzeti környezetben való kutatásra is, de rögtön kiderül, hogy ennek megvalósításához nincsen rendelkezésre álló pénzügyi keret.

A tervezett beavatkozások között tizenharmadikként megjelenik a hazai evidenciák gyűjtésére irányuló törekvés is (58. oldal)

A fentiek alapján „A bizonyítékok használata” szempont teljesítését 3 pontra értékelem.

### 4. AZ ALTERNATÍVÁK ÉRTÉKELÉSE

A stratégia nem állít megoldási alternatívákat. Nem jelennek meg akár tudományos alapon, akár politikai, akár pénzügyi szempontok által vezérelt megoldási javaslatok. A „nem történik semmi” helyzet elemzése elmarad.

Valós alternatívák kidolgozása nélkül nem határozható meg, hogy a stratégia beavatkozási lehetőségeinek készlete megfelelő és elegendő-e a célok elérésére, illetve a megvalósításhoz felhasználni tervezett forrásokat (elsődlegesen közpénzeket) valóban a legeredményesebben és a leghatékonyabban használják-e fel. Mindkét helyzet rontja a legjobb stratégia kidolgozásának, illetve megvalósításának esélyét.

A fentiek alapján „Az alternatívák értékelése” szempont teljesítését 1 pontra értékelem.

### 5. A KOMPROMISSZUMOKKAL VALÓ SZEMBENÉZÉS

A stratégia készítése során szisztematikusan nem derítettek fel valamennyi érdekelti csoportot. Bár a csoportokat többnyire megnevezik, de azok méretének, érintettségük mértékének ismertetése, érdekeik, véleményük és várható reakcióik bemutatása elmarad.

A stratégia által érzékelt nehézségként jelenik meg az ipari szereplők, az „alkohol-gyártók” ellenállása és politikai befolyásoló ereje, de ezen a ponton a dokumentum nem lép túl: sem ezen szereplők bevonására, sem

az általuk képviselt kockázatok felmérésére, sem pedig ezek kezelésére nem tesz kísérletet.

Nem készült kockázatelemzés, és nincsen a megvalósítás során nehézségként megjelenített szempontokra vonatkozóan kockázatkezelési terv sem.

A fentiek alapján „A kompromisszumokkal való szembenézés” szempont teljesítését 1 pontra értékelem.

### 6. A MEGVALÓSÍTÁS FORRÁSAI

A dokumentumhoz nem kapcsolódik költségvetés, sem nagyságrendileg, sem pedig a beavatkozások, vagy akár a konkrét akciók szintjére lebontva. Nem derül ki sem az, hogy a jelenlegi alkohol-politikai intézkedések mennyibe kerülnek, sem pedig az, hogy a tervezett változtatás (célok!) eléréséhez milyen forrásokra lenne szükség.

Csak azt tudjuk meg, hogy a jelenlegi források nem elegendők, és erre a területre többet kellene fordítani. Emellett – a nemzetközi gyakorlat alapján – a forrásteremtési alternatívákra vonatkozóan több javaslat is megfogalmazódik:

– „Az adóemelést társadalmilag akkor leginkább elfogadható, ha a bevételek részben visszacsatolódnak az alkohol-probléma megelőzésébe és társadalmi kezelésébe. Ez hatékony forrásteremtési mód lehet az alkoholbeteg-ellátás, az alkoholelles propaganda vagy az alkohollal kapcsolatos kutatások fejlesztéséhez.” (33. oldal)

– „Alkalmos forrásteremtési lehetőség egy olyan egészség-kommunikációs alap létrehozása, mely az alkohol-reklámok és szponzoráció meghatározott részét, pl. 10%-át megkapja, és célzott lakossági kommunikációs programokat bonyolít le az aktuális alkohol-politikai prioritások mentén.” (40. oldal)

– „Hatékony finanszírozási eszköz lehet ebben a közegben az alkoholtartalmú termékekre kivetett és a prevencióba visszaforgatott, termékdíj-típusú adó, illetve az alkohol-termékekkel kapcsolatos reklámtevékenység megadóztatása.” (41. oldal)

A fentiek alapján „A megvalósítás forrásai” szempont teljesítését 1 pontra értékelem.

### 7. A TERVEZETT BEAVATKOZÁSOK

A stratégia utolsó fejezete a beavatkozási területek meghatározásával foglalkozik. A tervezett intézkedések azonban nem kellően részletesek, a belső összefüggéseket nem bontják ki.

A tervezett beavatkozások bemutatása során hiányos a célcsoportok meghatározása, illetve jellemzése, nincsen ütemezés, nincsenek felelősök és elégtelenek a megjelenített indikátorok is. Nem határozzák meg sem a beavatkozások feltételeit, sem pedig azok forrásigényét.

A fentiek alapján „*A tervezett beavatkozások*” szempont teljesítését 1 pontra értékelem.

#### 8. A TERVEKHEZ VALÓ RAGASZKODÁS

A stratégia beavatkozásokkal foglalkozó része mindössze hat oldal. Ez a terjedeleme nem elegendő arra, hogy a stratégia megvalósítása során útmutatóként szolgáljon. A dokumentum nem tartalmaz olyan ajánlást, mely a tervektől való eltérés lehetséges vagy ajánlott mértékére vonatkozóan információt nyújtana. Mint már fentebb megállapítottam, a stratégiában nincsen a kockázatok elemzésére és kezelésére vonatkozó megfontolás.

A fentiek alapján „*A tervekhez való ragaszkodás*” szempont teljesítését 1 pontra értékelem.

#### 9. A KÖRNYEZETHEZ VALÓ ALKALMAZKODÁS, RUGALMASSÁG

A környezet érzékelése és elemzése, a folytonosan változó környezethez való alkalmazkodás igénye, a beavatkozások változásokra reagáló finomhangolása nem jelenik meg szempontként a stratégiában.

A fentiek alapján „*A környezethez való alkalmazkodás, rugalmasság*” szempont teljesítését 1 pontra értékelem.

#### 10. MONITORING ÉS ÉRTÉKELÉS

A stratégia a dokumentum több pontján is azonosítja a monitoring és értékelés szükségességét.

– „*A monitorozás és értékelés elemeinek be kell épülniük a helyi, regionális és országos feladatok ellátásába.*” (41. oldal)

– „*Szükséges a jogszabályok betartatása, intézményi és eljárásrendi feltételeiknek, hatásaiknak és működésüknek monitorozása.*” (41. oldal)

A dokumentum 15. tervezett beavatkozásában egy, a monitoring és értékelő feladatot is ellátó szervezet kijelölését tartja szükségesnek, de ennek rövid, két soros meghatározásán túl nem dolgozza ki sem a „*kijelölt szervezet*” struktúráját, sem pedig a monitoring és értékelési folyamatokat. Ennek megfelelően nem határozzák meg a kapcsolódó indikátorokat, a szükséges forrásokat és a felelősöket sem. Nem derül ki, hogy milyen módon használják fel a monitoring és értékelés eredményeit, s hogyan történik a visszacsatolás.

A fentiek alapján a „*Monitoring és értékelés*” szempont teljesítését 1 pontra értékelem.

#### +1 EMBERI JOGOK ÉS TÁRSADALMI IGAZSÁGOSSÁG

A dokumentum a helyzetfeltárásban meghatároz sérülékeny csoportokat (fiatalok, várandós nők), és azonosítja

az alkohol káros hatásainak a szociálisan hátrányos helyzetű csoportokban való erőteljesebb, sőt hatványozottabb jelentkezését. Bár leírják, hogy számos „*egyenlőtlenség*” jellemzi a problémát, ezek pontosítása, jellemzése nem elégséges, esetenként teljesen hiányzik.

A fenti megállapításokon túl a stratégia nem foglalkozik a tervezett beavatkozások megvalósításából adódó hatások egyenlőtlen területeivel, sem pedig a társadalmi igazságosság kérdésével. A tervezett beavatkozások kapcsán nem merülnek fel emberi jogokkal kapcsolatos dilemmák.

#### +2 MÁS STRATÉGIÁKHOZ VALÓ KAPCSOLÓDÁS ÉS EGYÜTTMŰKÖDÉS

A stratégia elkészítéséért az egészségügy rendszerén belül kijelölt szervezet felelős (OAI), mely a stratégia készítése során szükségesnek tartott kapcsolatokat is kialakította. Nem tisztázzák azonban, hogy ki lesz felelős a stratégia egyes beavatkozásainak megvalósításáért, az együttműködő szereplők koordinálásáért.

A dokumentum 15. beavatkozásában megemlíti a koordinációs folyamatokért is felelős intézményi feltételek kialakításának fontosságát, de ezen túl nem kapunk információt az érintettekkel való együttműködés szereplőiről és tartalmáról.

A stratégia meglehetősen bizonytalanul határozza meg azokat a szektorokat és programokat, melyekkel fontosnak, illetve kívánatosnak ítéli a kapcsolódási pontokat:

– „*Valószínűsíthető és argumentálható az alkoholpolitika együttműködése, szinergizmusa más társadalompolitikákkal és egészségfejlesztési célú stratégiákkal, programokkal pl. drogpolitika, dohányzéspolitika, testi és lelki egészségfejlesztés, bűnmegelőzés, esélyegyenlőségi, családvédelmi, ifjúságpolitika, stb., ugyanis mindezen ágazatoknak van – többnyire fontos kapcsolata – az alkoholüggyel.*” (7. oldal)

– „*A politika a szövetségek, kompromisszumok művésze, illetve tudománya, ezért az alkoholpolitika megvalósítása során meg kell keresni azokat a szövetségeseket, partnereket, amelyekkel együtt a megvalósítás hatékonyabb lehet, illetve meg kell találni azokat a technikákat, amelyekkel a potenciális konfliktusok kezelhetőek vagy akár megelőzhetőek.*” „*Világossá kell tenni, hogy a stratégiai célok megvalósítása nem jár szükségszerűen veszteségekkel az alkoholt előállítók és forgalmazók minden csoportja számára.*” (2.10. Együttműködés az alkoholpolitikában, 9. oldal)

– „*A hazai alkoholpolitikában a meglévő szabályok betartatása nagy lehetőség, s ehhez a különféle érdekelt partnerekkel (civil szervezetek, alkohol-ipar, stb.) érdemes együttműködni.*” (30. oldal)

Ezen túl azonban nem lép, nem dolgozza ki a programok összehangolására és a megvalósítás során való együtt-

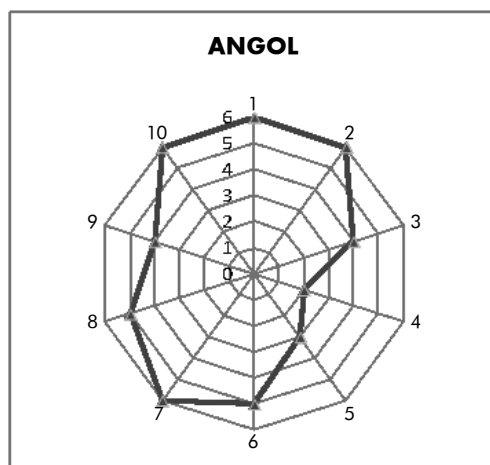
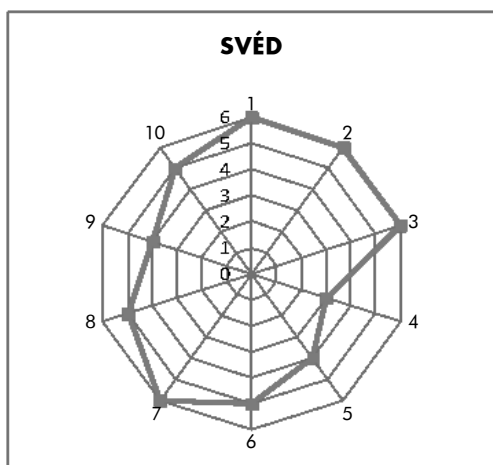
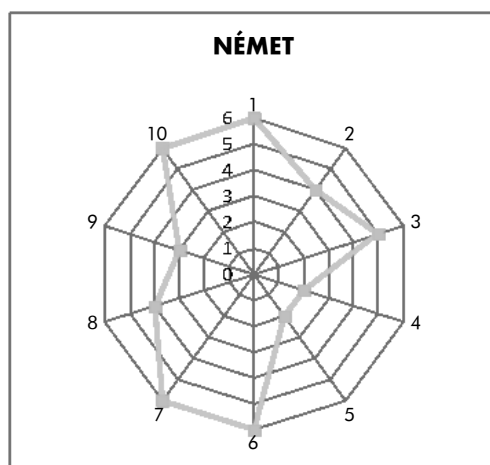
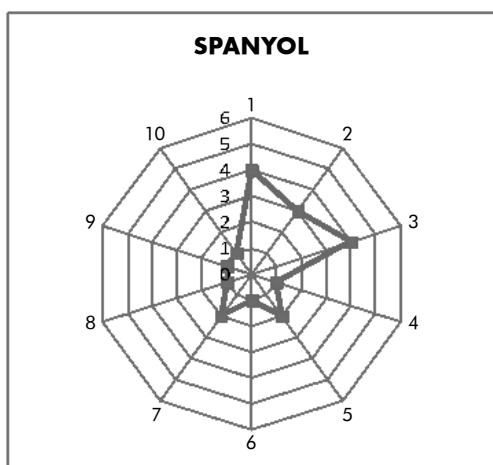
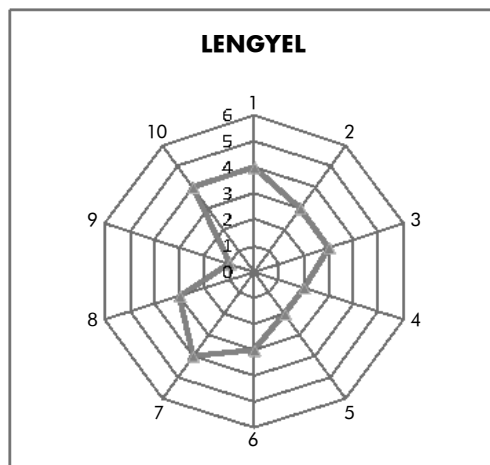
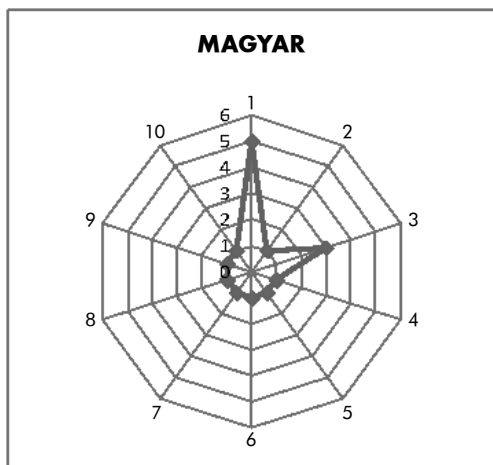


2. ábra

## Néhány ország alkohol-stratégiájának értékelése

Forrás: a szerző összeállítása

1. A probléma meghatározása
2. Politikai célok (*policy goals*)
3. A bizonyítékok használata
4. Az alternatívák értékelése
5. A kompromisszumokkal való szembenézés
6. A megvalósítás forrásai
7. A tervezett beavatkozások
8. A tervekhez való ragaszkodás
9. A környezethez való alkalmazkodás, rugalmasság
10. Monitoring és értékelés



működésre vonatkozó folyamatot, mint ahogyan az elvárt pozitív hatásokat sem jellemzi.

### +3 A STRATÉGIAALKOTÁS FOLYAMATA

A dokumentum nem tartalmaz információt a stratégia megalkotásának folyamatáról. A megjelenített adatok köréből pusztán vélhető az együttműködésbe vont partnerek köre, de a stratégia készítésének egyes lépései, függőségei, belső és külső vitái, támogatói vagy ellenzői nem derülnek ki.

Nem tudjuk meg, hogy ki adott megbízást a stratégia elkészítésére, és milyen forrásokat (intézményi, időbeli, pénzbeli, személyi) használhattak fel.

### +4 A STRATÉGIAI DOKUMENTUM TERJEDELMÉNEK ÉS ÁTFOGÓ JELLEGÉNEK ÖSSZHANGJA

A stratégia terjedelmét tekintve éppen megfelelő, nem túl sok, nem is kevés. Nyelvezete egyszerű, érthető. A háttérdokumentumok hiánya azonban elbizonytalanítja az olvasót, mert ekkora terjedelemben nem lehet minden releváns információt kellő részletettséggel megjeleníteni, de nincsen hol utánanézni az alátámasztó, útbaigazító információknak.

A stratégia belső összhangját nem sikerült kialakítani. Míg a probléma bemutatása, a helyzet feltárása és a beavatkozások szükségességének alátámasztása 52 oldalt vett igénybe, magára a stratégiára és a beavatkozásokra csupán hat oldal maradt. Ezek a belső arányok önmagukért beszélnek.

A strukturális aránytalanságok mellett a dokumentum komoly hiányossága, hogy sokkal inkább ágazati, mint ágazatokat átfogó szemlélettel készült, annak ellenére, hogy az átfogó szemlélet fontosságát maga a stratégia is többször kiemelte.

## Az értékelés eredményeinek összegzése

Az 1. ábra összefoglalóan mutatja be a 2006-ban készült magyar alkohol-stratégia McDonald-féle adaptált értékelési szempontrendszerrel végzett elemzés eredményeit. Az egyes strukturális szempontokra adott pontszámokat pókháló-diagramon jelenítettem meg. (2. ábra) Az egyes szempontokat nem súlyoztam azok feltételezett fontossága vagy jelentősége szerint. Az ábrázolás a vizuális megjelenítés eszköze, mely segít a fejlesztendő területek azonosításában, egyúttal kiváló önellenőrzési eszközként is szolgálhat a stratégiakészítők számára.

Bár az egyes nemzeti alkohol-stratégiák összehasonlítása – a beavatkozások elemzésénél bemutatott okok miatt – kevés eredménnyel kecsegtet, egy nemzeti alkohol-stratégia önmagában történő, dolgozatomban adaptált szempontrendszer szerinti értékelése jó eséllyel ad választ

arra, hogy milyen fő eredményeket várhatunk az adott stratégiától. A felvázolt értékelési szempontrendszer alkalmazásával rövid idő alatt áttekintő jellegű értékelés állítható elő a stratégia várható eredményességéről („kiválóságáról”), nemcsak szakértők által értelmezhető módon.

## Összefoglalás

A fejlett országokban ma már elengedhetetlen, hogy a közpolitikák alakításába a társadalom érintett csoportjait is bevonják. Véleményem szerint egy nemzeti szakpolitikai stratégia – jelen tanulmányban az alkohol-stratégia – használhatósága és minősége előre jelezhető az adott ország érvényes és releváns szakpolitikai dokumentumának elemzésén keresztül. Írásom célja, hogy a szakmai legjobb gyakorlat alapján (i) olyan szempontrendszer kialakítására tegyek javaslatot, mellyel egy készülő nemzeti alkohol-stratégia gyorsan és egyszerűen értékelhető, s hogy (ii) az értékelés lefolytatása során azonosíthatóvá váljanak a stratégia azon területei, melyeknek a nemzetközi gyakorlat eredményeire épülő átdolgozásával a stratégia egészének használhatósága, várható eredményessége javítható lenne.

*Kulcsszavak: stratégia, értékelési szempontrendszer, stratégiai dokumentum értékelése, McDonald, nemzeti alkohol-stratégia*

## Summary

In developed countries it is essential to involve wide ranges of social groups into the process of creation of any public policy. My opinion is that the usefulness and the quality of a strategy for a national policy – in this study, the national alcohol strategy – can be evaluated by analyzing relevant documents of national policy. My goal was to provide a checklist for a set of assessment criteria on the basis of professional best practices, which gives the (i) chance for any professional or civil organizations to assess national alcohol strategy fast and easy, and (ii) help identify the areas of the strategy that require modifications for improved usefulness and impact.

*Key words: strategy, evaluation criteria, assessment of the documents of a strategy, McDonald, national alcohol strategy*

## IRODALOM

Alcohol and Public Policy Group (2010): „Alcohol: no ordinary commodity – a summary of the second edition.” In: *Addiction* (Abingdon, England), 105(5), pp. 769–79. (Forrás: doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02945.x)

Anderson, P.–Baumberg, B. (2006): *Alcohol in Europe*. London:

- Institute of Alcohol Studies. (Forrás: [http://ec.europa.eu/health/doc/alcoholineu\\_content\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/doc/alcoholineu_content_en.pdf). Letöltve: 2013.08.30.)
- Csongor A.–Sziklai I. (szerk.) (2012): *Fejlesztéspolitika, stratégiai programalkotás a szociálpolitikában*. (pp. 1–405). ELTE TÁTK (Budapest) (Forrás: <http://www.tatk.elte.hu/dokumentumtar?>. Letöltve: 2013.08.30.)
- Brand, D. a–Saisana, M.–Rynn, L. a–Pennoni, F.–Lowenfels, A. B. (2007): Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. In: *PLoS medicine*, 4(4), e151. (Forrás: doi:10.1371/journal.pmed.0040151)
- Commission of the European Communities (2006): *An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm*. (Forrás: [http://www.eurocare.org/resources/policy\\_issues/eu\\_alcohol\\_strategy](http://www.eurocare.org/resources/policy_issues/eu_alcohol_strategy). Letöltve: 2013.08.30.)
- Cosci, F.–Schruers, K. R. J.–Abrams, K.–Griez, E. J. L. (2007): „Alcohol use disorders and panic disorder: a review of the evidence of a direct relationship.” In: *The Journal of clinical psychiatry*, 68(6), pp. 874–80. (Forrás: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17592911>)
- Eisenbach-Stangl, I. (2011): *Comparing European Alcohol Policies: What to Compare?* Policy Brief, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna, 2(June), pp. 1–22.
- Elekes, Z. (2004): *Alkohol és társadalom*. Országos Addiktológiai Intézet (Magánkiadás, Budapest) (pp. 1–193).
- Fillmore, K. M.–Stockwell, T.–Chikritzhs, T.–Bostrom, A.–Kerr, W. (2007): „Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses.” In: *Annals of epidemiology*, 17(5 Suppl), pp. S16–23. (Forrás: doi:10.1016/j.annepidem.2007.01.005)
- Mäkelä, P.–Poikolainen, K.–Paljärvi, T. (2007): Alcohol and the preventive paradox: serious harms and drinking patterns. *Addiction* (Abingdon, England), 102(4), pp. 571–8. (Forrás: doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01740.x)
- McDonald, D. (2011): Developing and trialling a checklist of criteria for assessing the excellence of drug strategy documentation through assessing the respective qualities of the new (2010/2011) national drug strategies of the USA, the United Kingdom and Australia. In International Society for the Study of Drug Policy Annual Conference, Utrecht, 23–24 May 2011 (pp. 23–24).
- Miniszterelnöki Hivatal (2004): *Módszertani útmutató a kormányzati stratégiai tervezéshez*. Miniszterelnöki Hivatal (Budapest) (pp. 1–26).
- Nemzeti Erőforrás Minisztérium/Egészségügyért Felelős Államtitkárság (2011): *Semmelweis Terv. Újraélesztett egészségügy, gyógyuló Magyarország*. (Forrás: <http://www.kormany.hu/download/3/c/4/40000/Semmelweis%20Terv%20szakmai%20koncepti%C3%B3%202011.%20j%C3%B3%20BAnius%2027.pdf#!DocumentBrowse> Letöltve: 2013.08.30.)
- Országos Addiktológiai Intézet (2006): *Alkohol-politika és -stratégia*. (Forrás: [www.mat.org.hu/doksi/Alkoholpolitikai\\_strategia\\_2006\\_OAI.pdf?](http://www.mat.org.hu/doksi/Alkoholpolitikai_strategia_2006_OAI.pdf?) Letöltve: 2013.08.30.)
- Országos Addiktológiai Centrum (2009): *Alkohol-politika és -stratégia*. (Forrás: <http://www.eum.hu/egeszsegpolitika/konceptiok-vitaanyagok/alkohol-politika>. Letöltve: 2013.08.30.)
- Prescott, C. A.–Kendler, K. S. (1999): „Genetic and Environmental Contributions to Alcohol Abuse and Dependence in a Population-Based Sample of Male Twins.” In: *American Journal of Psychiatry*, 156(1), pp. 34–40.
- Pszichiátriai Szakmai Kollégium (2009): *Az Egészségügyi Minisztérium szakmai protokollja. Alkoholbetegség*. (Forrás: <http://www.iranyelvek.hu/iranyelvek/old/all/Pszichiatra/Alkoholbetegseg.pdf> Letöltve: 2013.08.30.)
- Rehm, J.–Baliunas, D.–Borges, G. L. G.–Graham, K.–Irving, H.–Kehoe, T.– ... Taylor, B. (2010): „The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview.” In: *Addiction* (Abingdon, England), 105(5), pp. 817–43. (Forrás: doi:10.1111/j.1360-0443.2010.02899.x)
- Ritter, A. (2007): „Comparing alcohol policies between countries: science or silliness?” In: *PLoS medicine*, 4(4), e153. (Forrás: doi:10.1371/journal.pmed.0040153)
- Ritter, A. (2009): „Methods for comparing drug policies – the utility of composite drug harm indexes.” In: *The International journal on drug policy*, 20(6), pp. 475–9. (Forrás: doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.012)
- Room, R. (1999): „The Idea of Alcohol Policy.” In: *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, Supplement(16), pp. 7–20.
- Schuckit, M. A.–Mayfield, R. D.–Harris, R. A. (2008): „Genetic factors influencing alcohol dependence.” In: *British journal of pharmacology*, 154(2), pp. 275–87. (Forrás: doi:10.1038/bjp.2008.88)
- Sineger, E.–Coalition of the National Institute of Alcoholism and Addictology (2008): *Alcohol Policy in Hungary 2006–2008*. PHEPA, pp. 1–71. (Forrás: [http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/phepa\\_final\\_report\\_annex4\\_hungary.pdf](http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/phepa_final_report_annex4_hungary.pdf) Letöltve: 2013.08.30.)
- UNDCP/Economic and Social Council (1996): *U. N. Consideration of national drug control plans*. (Forrás: [http://www.unodc.org/pdf/document\\_1995-12-15\\_1.pdf](http://www.unodc.org/pdf/document_1995-12-15_1.pdf))
- WHO (2006): *Framework for alcohol policy in the WHO European Region European Charter on Alcohol*. (Forrás: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/79396/E88335.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/79396/E88335.pdf))
- WHO (2010): *Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol*. (Forrás: [http://www.who.int/substance\\_abuse/msbalcstrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf))
- WHO (2011): *Management of substance use. Country profiles 2011*. (Forrás: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/en/](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/en/) Letöltve: 2013.08.30.)
- 80/2013. (X.16) OGY határozat a Nemzeti Drogellenes Stratégiáról 2013–2020. Tiszta tudat, józanság, küzdelem a kábítószer-bűnözés ellen. (Forrás: <http://www.kozlonyok.hu/nkonline/MKPDF/hiteles/MK13171.pdf> Letöltve: 2013.10.30.)
- 46/2003. (IV.16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról. (Forrás: <http://eum.hu/nepegeszsegugy/jogszabalyi-hatter/46-2003-iv-16-ogy-080630> Letöltve 2013.08.30.)
- 38/2012. (III. 12.) Korm. Rendelet (KSIR) a kormányzati stratégiai irányításról. (Forrás: <http://www.kozlonyok.hu/kozlonyok/Kozlonyok/34/PDF/2012/4.pdf> Letöltve: 2013.08.30.)

# Foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók prevenciós tevékenységének felmérése

Hirdi Henriett Éva, alapellátásért felelős országos alelnök; PhD-hallgató,<sup>1</sup>  
 Balogh Zoltán PhD., elnök; tanszékvezető főiskolai docens<sup>2</sup>  
 Prof. Dr. Mészáros Judit főiskolai tanár, dékán<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Budapest; Semmelweis Egyetem, Doktori Iskola, Budapest

<sup>2</sup>Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara, Budapest; Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest

<sup>3</sup>Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Budapest

## Bevezetés

Számos hazai és nemzetközi kutatás, tanulmány, illetve cikk ismertette, hogy az aktív korú munkavállalók életvitele egészségtudatosabbá tételének egyik leghatékonyabb módja az egészségfejlesztés, melynek legmegfelelőbb szintere a munkahely. (Kapás, 2007; Alli, 2008; Gábor, 2009; Nagyvárad, Kiss-Deosits, 2011)

A munkahelyekkel, illetve az aktív munkavállalókkal a legszorosabb kapcsolatban álló egészségügyi szolgáltatás a foglalkozás-egészségügy, hiszen hazánkban a munkavédelemről szóló 1993. évi XCIII. törvény alapján ez az ellátás valamennyi munkavállalót megillet.

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatokról szóló – Magyarország által ratifikált – 161. számú ILO-egyezmény (1985) kiemeli, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatás elsősorban prevenciós tevékenység. (Alli, 2008) A foglalkozás-egészségügy feladatait hazánkban legmagasabb szinten az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény határozza meg, mely az „Egészségfejlesztés” alcím alatt hangsúlyozza, hogy ez az egyik olyan szakterület, mely képes a lakosság egészségi állapotát hosszú távon is jelentősen befolyásolni. E törvény, illetve a foglalkozás-egészségügyi szolgáltatásról szóló 27/1995. (VII. 25.) NM-rendelet külön feladatként írja elő a foglalkozás-egészségügy számára, hogy fordítson fokozott figyelmet a fiatalok, a nők, a terhes nők, a szoptató anyák, az időskorúak, a fogyatékosok és az idült betegek egészségi állapotának ellenőrzésére, valamint az ellenőrzésen túl végezze a krónikus megbetegedésben szenvedő munkavállalók megelőző gondozását.

A hazai foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok és szakellátó helyek a Nemzetgazdasági Minisztérium adatgyűjtési programja keretében minden évben beszámolnak tevékenységükről. A 2012. évi közzétett adatokból kiemelendő, hogy 2011-ben 507 500 egészségmegőrző szűrővizsgálat történt, 331 633 krónikus megbetegedésben szenvedő munkavállaló gondozása valósult meg, 12 437 egészségmegőrző akcióprogramot szerveztek, valamint 10 774 egészségmegőrzéssel kapcsolatos előadást tartottak. (Nagy et al., 2013)

A foglalkozás-egészségügyi szolgálatok fenti tevékenységüket szakorvossal és ápolóval látják el. Azonban míg a szakorvos képesítési követelményeinél előírás a foglalkozás-orvostan vagy üzemorvostan szakorvosi szakképesítés, addig az ápolók esetében nem előírás a speciális foglalkozás-egészségügyi szakképesítés. A fent hivatkozott NM-rendelet értelmében foglalkozás-egészségügyi ápolói feladatokat alapvetően OKJ 54 ápoló, diplomás ápoló, illetve üzemi ápoló vagy foglalkozás-egészségügyi szakápoló láthat el. A munkakört – bizonyos esetekben – általános ápolói, általános asszisztensi végzettséggel rendelkező is betöltheti, ha valamely előbbieken felsorolt végzettség megszerzését a rendeletben meghatározott határidőn belül vállalja. Ugyanakkor jelenleg nem áll rendelkezésünkre a szakterületen alkalmazott ápolók képzésére vonatkozó statisztikai adat.

A foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolók jellemzően önállóan dolgoznak, kiegészítve a szakorvos munkáját. Feladataik valamennyi, a fent

hivatkozott jogszabályok által előírt foglalkozás-egészségügyi tevékenységhez, ezen belül is a munkavállalók egészséges életmódra való neveléséhez, valamint egészségmegőrző programok szervezéséhez kapcsolódnak. (Béleczy, 2000)

A nemzetközi szakirodalom is kiemeli a foglalkozás-egészségügyi ápolók munkahelyi egészségfejlesztésben betöltött szerepét. (WHO Europe, 2001; McFall, Oakley, 2008) A *Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Európai Szövetségének (Federation of Occupational Health Nurses within the European Union, FOHNEU)* 2005-ben, 2009-ben és 2012-ben – európai országok bevonásával megvalósult – felmérésének eredményeiből ismert, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápolók fő tevékenysége az egészségnevelés és az egészségfejlesztés. (Hirdi et al., 2010; FOHNEU, 2013) A *Foglalkozás-egészségügyi Ápolók Amerikai Egyesülete* 2012-ben végzett felmérésében kitért az egészségfejlesztési területek vizsgálatára is. Megállapították, hogy az amerikai foglalkozás-egészségügyi szakápolók három elsődleges témaköre a testsúlymenedzsment és az egészséges táplálkozás, az egészséges testmozgás, valamint a stresszkezelés. (Deangelis, Burgel, 2013)

Ugyanakkor Magyarországon a foglalkozás-egészségügyi szakterületen foglalkoztatott ápolók körében még nem készült olyan átfogó jellegű felmérés, mely prevenció tevékenységükről komplex képet alakított volna ki. E hiány pótlására a *Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara (MESZK)* 2012-ben felmérést végzett a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók körében. (Hirdi et al., 2013) Jelen tanulmányban e kamarai felmérés prevenció tevékenységgel összefüggő kérdéskörét ismertetjük.

## Célkitűzés

Jelen kutatásunk célja, hogy feltárja, milyen prevenció tevékenységet végeznek a hazánk foglalkozás-egészségügyi szolgálataiban alkalmazott egészségügyi szakdolgozók. Célunk továbbá ismertetni, hogy az egyes ápolói végzettség-típusok milyen összefüggést mutatnak az ápolók a munkavállalók egészségének védelme céljából végzett tevékenységével.

## Anyag és módszer

A keresztmetszeti, kvantitatív vizsgálat 2012. július 13. és 2012. október 31. között történt, a *MESZK* honlapján elhelyezett webalapú, anonim, önkitöltős kérdőív alkalmazásával, egyszerű véletlen mintavételi technikával. A kérdőívre mutató linket, illetve a felhívást egyrészt elektronikus hírlevél útján, a kamarai levelezőlisták felhasználásával, másrészt a *MESZK* honlapján történő

publikálással, illetve a *Facebook* közösségi portál felhasználásával juttattuk el a célcsoporthoz. A kérdőívben nyitott és zárt kérdéseket egyaránt alkalmaztunk, de az egyszerű és egyértelmű kiértékelés érdekében a kérdőív többségében zárt kérdésekre épült. A résztvevőket biztosítottuk az önkéntes és anonim válaszadás lehetőségéről, továbbá arról, hogy az eredményeket jelen kutatáshoz kötődő célokhoz használjuk fel. Az alapsokaságot a kutatás évében a foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatokban, a foglalkozás-egészségügyi központokban, valamint a foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyeken dolgozó egészségügyi szakdolgozók jelentették.

A foglalkozás-egészségügyi alapszolgálatok 2011. évi tevékenységéről szóló *OSAP*-jelentésben közzétett adatok alapján összesen 2 806 fős populációméretet feltételeztünk. (Nagy és mtsai 2012) A 2006. évi *XCVII. törvényben* foglaltak értelmében 2011. június 1-től egészségügyi tevékenységet csak az végezhet, aki a szakképesítése szerinti illetékes szakmai kamarának tagja. Tehát a szakterületen alkalmazott ápolók számára a felmérés idején már kötelező volt a kamarai tagság.

Ennek ellenére e csoport elérése mégis nagyon nehéz, mivel a *MESZK* önálló foglalkozás-egészségügyi szakápolási tagozattal nem rendelkezik, így az adatbázisból ilyen jellegű lekérdezés nem végezhető, illetve a kamarai tagok fele nem adta meg elektronikus levelezési címét. Nehezíti elérésüket az is, hogy a foglalkozás-egészségügyi területen dolgozó ápolók az országban elszórtan, egymástól elszigetelten dolgoznak. Végzettség szerinti lekérdezésnél a *MESZK* országos nyilvántartásában csupán 433 fő e-mailcímmel rendelkező foglalkozás-egészségügyi szakápolót, illetve üzemi ápolót találtunk. Az adatgyűjtési módszer következtében tehát megnőtt azon ápolók mintába kerülési valószínűsége, akik e-mailcíme a *MESZK* nyilvántartásában szerepelt.

Beválasztási kritériumként a következőket határoztuk meg: a mintába bekerülő egészségügyi szakdolgozó (1) a kutatás évében a foglalkozás-egészségügyi ellátás valamely területén aktív foglalkoztatási jogviszonyban dolgozzon, (2) rendelkezzen egészségügyi szakképesítéssel, (3) a foglalkozás-egészségügyi szolgálatban ápolói feladatokról lsson el.

A *MESZK* honlapján elhelyezett elektronikus kérdőívet 2012. október 31-ig összesen 344 foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott egészségügyi szakdolgozó töltötte ki, mely országos szinten az alapsokaság 12,3%-a. A válaszadási hajlandóság elfogadható szintű, körülbelül megegyezik az alapellátási szakterületen végzett hasonló vizsgálatokéval – a *MESZK* 2012-ben, körzeti ápolók körében végzett felmérésénél az országos válaszadói arány az alapsokasághoz viszonyítva 13%-os volt. (Hirdi és mtsai, 2012)

Mint az 1. táblázatban is látható, a megoszlás nagy-

1. táblázat

**Foglalkozás-egészségügyi szakterületen foglalkoztatott  
egészségügyi szakdolgozók száma  
területi megoszlás szerint 2011-ben és a mintában**  
(Forrás: OMFI, 2011.)

Területi egység	Alapsokaság		Minta	
	Gyakoriság	Megoszlás (%)	Gyakoriság	Megoszlás (%)
Budapest	762	27,2	93	27,0
Pest megye	281	10,0	26	7,6
<b>Közép-Magyarország</b>	<b>1043</b>	<b>37,2</b>	<b>119</b>	<b>34,6</b>
Fejér megye	146	5,2	13	3,8
Komárom-Esztergom megye	90	3,2	13	3,8
Veszprém megye	81	2,9	10	2,9
<b>Közép-Dunántúl</b>	<b>317</b>	<b>11,3</b>	<b>36</b>	<b>10,5</b>
Győr-Moson-Sopron megye	151	5,4	12	3,5
Vas megye	113	4,0	10	2,9
Zala megye	74	2,6	13	3,8
<b>Nyugat-Dunántúl</b>	<b>338</b>	<b>12,0</b>	<b>35</b>	<b>10,2</b>
Baranya megye	112	4,0	6	1,7
Somogy megye	74	2,6	10	2,9
Tolna megye	60	2,1	8	2,3
<b>Dél-Dunántúl</b>	<b>246</b>	<b>8,8</b>	<b>24</b>	<b>7,0</b>
Borsod-Abaúj-Zemplén megye	191	6,8	22	6,4
Heves megye	62	2,2	10	2,9
Nógrád megye	50	1,8	4	1,2
<b>Észak-Magyarország</b>	<b>303</b>	<b>10,8</b>	<b>35</b>	<b>10,5</b>
Hajdú-Bihar megye	112	4,0	17	4,9
Jász-Nagykun-Szolnok megye	81	2,9	12	3,5
Szabolcs-Szatmár-Bereg megye	97	3,5	18	5,2
<b>Észak-Alföld</b>	<b>290</b>	<b>10,3</b>	<b>47</b>	<b>13,7</b>
Bács-Kiskun megye	100	3,6	9	2,6
Békés megye	50	1,8	11	3,2
Csongrád megye	119	4,2	27	7,8
<b>Dél-Alföld</b>	<b>269</b>	<b>9,6</b>	<b>47</b>	<b>13,7</b>
<b>Összesen</b>	<b>2806</b>	<b>100</b>	<b>344</b>	<b>100</b>

2. táblázat

**A minta demográfiai jellemzői  
(n=344)**

		<b>N (fő)</b>	<b>%</b>
Szakterület	foglalkozás-egészségügyi alapszolgálat	225	65,4
	foglalkozás-egészségügyi központ	29	8,4
	foglalkozás-egészségügyi szakellátó hely	90	26,2
Foglalkozás-egészség- ügyi szakterületen szerzett tapasztalat	0–5 év	78	22,7
	6–10 év	54	15,7
	11–20 év	94	34,3
	21 év felett	94	27,3
Legmagasabb szakmai végzettség	általános ápoló és általános asszisztens	68	19,8
	OKJ-s ápoló	82	23,8
	üzemi ápoló/foglalkozás- egészségügyi szakápoló	158	45,9
	diplomás (BSc) ápoló, egyetemi okleveles (MSc) ápoló	36	10,5

jából egyenletes, de vannak olyan területek, melyek alul-reprezentáltak (például Bács-Kiskun, Baranya, Fejér, Győr-Moson-Sopron, Pest, Vas), valamint olyanok is ahol a válaszadási hajlandóság az átlagnál magasabb volt (például Békés, Csongrád, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Zala). Tekintettel arra, hogy tájegységek szerint nem volt tapasztalható jelentős eltérés az alapsokaság és a minta eloszlása között, a kapott eredményeket ebből a szempontból nem súlyoztuk.

Az alapsokaság képzettségének megoszlására vonatkozóan nem állt rendelkezésünkre adat, ezért e változó tekintetében a reprezentációt nem értékeltük.

A kutatás során gyűjtött adatok feldolgozása Microsoft Excel 2007 szoftver felhasználásával történt. Az elemzés során alapstatisztikaként gyakorisági eloszlást, átlagértékeket és szóródást vizsgáltunk. A változók közötti kapcsolatok végzésére Pearson-féle Khi-négyzet próbát alkalmaztunk. Az eredményeket statisztikailag szignifikánsan különböznek tekintettük, ha  $p < 0,05$  volt.

## Eredmények

A minta jellemzőit három szempontból mutatjuk be: a szakterület, a szakmai tapasztalat és a szakképzettség szempontjából. (2. táblázat)

Az ellátóterületek vonatkozásában foglalkozás-egész-

ségügyi alapszolgálatban a válaszadók 65,4%-a, foglalkozás-egészségügyi szakellátó helyen 26,2%-a, illetve foglalkozás-egészségügyi központban 8,4%-a dolgozott. A kérdőívet kitöltő ápolók foglalkozás-egészségügyi szakterületen átlagosan 16 évet töltöttek (Min: 2 hónap; Max: 43 év; SD: 10), jelenlegi munkahelyükön átlagosan 12 éve (Min: 2 hónapja; Max: 40 éve) dolgoznak (SD: 10).

A vonatkozó hatályos jogszabályban előírt szakirányú szakképesítések valamelyikével a válaszadó szakdolgozók 78%-a (269 fő) rendelkezik, közülük 158 főnek van üzemi ápolói vagy foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettsége. A válaszadók 20%-a dolgozik jelenleg kizárólag általános ápolói, általános asszisztensi szakképesítéssel, közülük 6 fő jelezte, hogy valamely szakirányú szakképesítés megszerzése már folyamatban van.

A prevenció tevékenységre vonatkozó információkat tekintve az alábbiakat vizsgáltuk:

- a megelőzés, szűrés és gondozás feladataiban való részvétel, a gondozásba vett munkavállalók előírás szerinti nyilvántartása és konkrét gondozási feladatok ellátása;

- az egészségnevelési, egészségügyi felvilágosítási, tanácsadási tevékenységben való részvétel, tanácsadás;
- milyen témákban ad tanácsokat, felvilágosítást.

A felmérés szerint az ápolók jelentős része (276 fő,

3. táblázat

**A különböző típusú tevékenységek végzése végzettség szerinti bontásban  
(n=344)**

		Foglalkozás- egészségügyi szakápoló, üzemi ápoló végzettségűek (N – 158) n (%)	OKJ ápoló, diplomás- ápoló végzettségűek (N – 118) n (%)	Ált. ápoló, általános asszisztens végzettségűek (N – 68) n (%)	Khi- négyzet	Szignifikancia szint	Cramer V együttható
A megelőzés, szűrés és gondozás feladataiban való részvétel, a gondozásba vett munkavállalók előírás szerinti nyilvántartása és konkrét gondozási feladatok ellátása	végzi	143 (90,5)	88 (74,6)	45 (66,2)	21,37	<0,001	0,249
	nem végzi	15 (9,5)	30 (25,4)	23 (33,8)			
Az egészségnevelési, egészségügyi felvilágosítási, tanácsadási tevékenységben való részvétel, tanácsadás	végzi	134 (84,8)	74 (62,7)	33 (48,5)	34,45	<0,001	0,317
	nem végzi	24 (15,2)	44 (37,3)	35 (51,5)			

80,2%) vesz részt a megelőzésben, a szűrési és gondozási feladatokban, vezeti a gondozásba vett munkavállalók nyilvántartását, továbbá konkrét gondozási feladatokat is ellát. Egészségnevelési, egészségügyi felvilágosítási, tanácsadási tevékenységet a válaszadó ápolók 70,1%-a (241 fő) végez.

Keresztábra-elemzéseink elvégzésével arra kerestük a választ, hogy a szakképesítés (független változók) és a fenti tevékenységek (függő változók) végzése között milyen összefüggés van. A szakképesítések (a válaszadók legmagasabb egészségügyi végzettsége) alapján 3 csoportot képeztünk. Az első kategóriába a speciális ismerettel rendelkező foglalkozás-egészségügyi szakápoló/üzemi ápoló végzettségűek kerültek. A egészségügyi főiskolai végzettséggel és emelt szintű OKJ-alapvégzettséggel rendelkező ápolók együttesen alkották a második kategóriát. A harmadik kategóriába azon válaszadókat soroltuk, akik általános ápoló, általános asszisztens végzettségűek, ezért az NM-rendelet alapján előírt magasabb végzettség megszerzésére kötelezettek.

A 3. összefoglaló táblázatból kiderül, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápoló/üzemi ápoló végzettségűek nagyobb arányban (90,5%) végzik a megelőzési, szűrési és gondozási feladatokat, mint az ilyen speciális szakirányú végzettséggel nem rendelkező ápolók. A Pearson-féle Khi-négyzet próba szerint az ápoló szakképesítése és a megelőzés, szűrés és gondozás feladataiban való részvétel, a gondozásba vett munkavállalók előírás szerinti nyilvántartása és konkrét gondozási feladatok ellátása között szignifikáns (Khi-négyzet = 21,37; df: 2; p<0,001) kapcsolat van. A kapcsolat erősségét vizsgálva a Cramer V együttható kiszámítása alapján

megállapítottuk, hogy a közepes szignifikáns (V=0,249) kapcsolat áll fenn.

E táblázat jól szemlélteti, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápoló/üzemi ápoló végzettségűek nagyobb arányban (84,8%) végeznek egészségnevelési tevékenységet is. A Pearson-féle Khi-négyzet próba szerint az ápoló szakképesítése és az egészségnevelési, egészségügyi felvilágosítási, tanácsadási tevékenységben való részvétel között is szignifikáns (Khi-négyzet = 34,45; df: 2; p<0,001) kapcsolat van. A kapcsolat erősségét vizsgálva a Cramer V együttható szintén közepesen szignifikáns (V = 0,317) kapcsolatot jelzett. Tehát attól függően, hogy milyen végzettséggel rendelkezik a foglalkozás-egészségügyi szolgálatban alkalmazott ápoló, más-más valószínűséggel vesz részt a szűrési és gondozási feladatokban, valamint az egészségnevelési tevékenységben.

A témaköröket tekintve három csoportot képeztünk: (1) az életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témakörökben, (2) a krónikus betegségekhez köthető életmódi témakörökben, illetve (3) a munkahelyi egészségvédelemmel kapcsolatos témakörökben nyújtott tanácsadás, felvilágosítás. A 4., 5. és 6. összefoglaló táblázatból kiderül, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápoló/üzemi ápoló végzettségűek szinte valamennyi témakörben magasabb arányban végeznek önállóan tanácsadási tevékenységet, mint az ilyen speciális szakirányú végzettséggel nem rendelkező ápolók. Megfigyelhető továbbá, hogy a kizárólag általános ápolói, általános asszisztensi szakképesítéssel rendelkezők 50%-a jellemzően nem végez sem önállóan, sem pedig közreműködőként tanácsadási tevékenységet. A Pearson-féle Khi-négyzet próba szerint az ápoló szakképesítése és az egyes tanács-



4. táblázat

**Életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témakörökben végzett egészségnevelő tevékenység végzettség szerinti bontásban (n=344)**

Ad-e Ön az alábbi életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témákban tanácsokat, felvilágosítást a munkavállalóknak?		Foglalkozás-egészségügyi szakápoló, üzemi ápoló végzettségűek (N – 158) n (%)	OKJ ápoló, diplomás-ápoló végzettségűek (N – 118) n (%)	Ált. ápoló, általános asszisztens végzettségűek (N – 68) n (%)	Khi-négyzet	Szignifikancia szint	Cramer V együttható
Dohányzásról való leszokás lehetőségei	igen, önállóan végzi	85 (53,8)	42 (35,6)	16 (23,5)	61,0	<0,001	0,298
	önállóan nem, de részt vesz	59 (37,3)	28 (23,7)	15 (22,1)			
	nem végzi	14 (8,9)	48 (40,7)	37 (54,4)			
Egészséges táplálkozás	igen, önállóan végzi	94 (59,5)	57 (48,3)	20 (29,4)	44,14	<0,001	0,253
	önállóan nem, de részt vesz	53 (33,5)	25 (21,2)	20 (29,4)			
	nem végzi	11 (7,0)	36 (30,5)	28 (41,2)			
Étkezési tanácsok obesitas esetén, testsúlycsökkentő lehetőségek	igen, önállóan végzi	85 (53,8)	52 (44,1)	15 (22,1)	58,49	<0,001	0,292
	önállóan nem, de részt vesz	60 (38,0)	30 (25,4)	16 (23,5)			
	nem végzi	13 (8,2)	36 (30,5)	37 (54,4)			
Ajánlott szűrővizsgálatok	igen, önállóan végzi	85 (53,8)	51 (43,2)	18 (26,5)	48,86	<0,001	0,266
	önállóan nem, de részt vesz	63 (39,9)	34 (28,8)	19 (27,9)			
	nem végzi	10 (6,3)	33 (28,0)	31 (45,6)			
A túlzott alkoholfogyasztásról való leszokás lehetőségei	igen, önállóan végzi	53 (33,5)	37 (31,4)	12 (17,6)	43,53	<0,001	0,252
	önállóan nem, de részt vesz	74 (46,8)	32 (27,1)	13 (19,1)			
	nem végzi	31 (19,6)	49 (41,5)	42 (61,8)			
Kábítószerrel való leszokás lehetőségei	igen, önállóan végzi	16 (16,5)	25 (21,2)	10 (14,7)	26,81	<0,001	0,197
	önállóan nem, de részt vesz	62 (39,2)	28 (23,7)	8 (11,8)			
	nem végzi	70 (44,3)	65 (55,1)	50 (73,5)			
Személyi higiéné	igen, önállóan végzi	96 (60,8)	69 (58,5)	24 (35,3)	28,54	<0,001	0,204
	önállóan nem, de részt vesz	45 (28,5)	17 (14,4)	21 (30,9)			
	nem végzi	17 (10,8)	32 (27,1)	23 (33,8)			
Fertőző betegségek terjedésének megelőzése	igen, önállóan végzi	71 (44,9)	51 (43,2)	23 (33,8)	27,38	<0,001	0,199
	önállóan nem, de részt vesz	75 (47,5)	34 (28,8)	25 (36,8)			
	nem végzi	12 (7,6)	33 (28,0)	20 (29,4)			
Nők egészségvédelme	igen, önállóan végzi	62 (39,2)	44 (37,3)	15 (22,1)	48,38	<0,001	0,265
	önállóan nem, de részt vesz	74 (46,8)	27 (22,9)	16 (23,5)			
	nem végzi	22 (13,9)	47 (39,8)	37 (54,4)			
Stressz, mentális egészség fejlesztése	igen, önállóan végzi	66 (41,8)	43 (36,4)	16 (23,5)	55,72	<0,001	0,285
	önállóan nem, de részt vesz	76 (48,1)	35 (29,7)	14 (20,6)			
	nem végzi	16 (10,1)	40 (33,9)	38 (55,9)			
Aktív testedzés, pihenés	igen, önállóan végzi	80 (50,6)	53 (44,9)	16 (23,5)	51,99	<0,001	0,275
	önállóan nem, de részt vesz	61 (38,6)	26 (22,0)	15 (22,1)			
	nem végzi	17 (10,8)	39 (33,1)	37 (54,4)			

5. táblázat

**Krónikus betegségekkel kapcsolatos témakörökben végzett egészségnevelő tevékenység végzettség szerinti bontásban (n=344)**

Ad-e Ön az alábbi életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témákban tanácsokat, felvilágosítást a munkavállalóknak?		Foglalkozás-egészségügyi szakápoló, üzemi ápoló végzettségűek (N – 158) n (%)	OKJ ápoló, diplomás-ápoló végzettségűek (N – 118) n (%)	Ált. ápoló, általános asszisztens végzettségűek (N – 68) n (%)	Khi-négyzet	Szignifikancia szint	Cramer V együttható
Étkezési tanácsok szív- és érrendszeri betegség esetén	igen, önállóan végzi	81 (51,3)	48 (40,7)	15 (22,1)	65,18	<0,001	0,308
	önállóan nem, de részt vesz	66 (41,8)	33 (28,0)	15 (22,1)			
	nem végzi	11 (7,0)	37 (31,4)	38 (55,9)			
Étkezési tanácsok cukorbetegség esetén	igen, önállóan végzi	83 (52,5)	53 (44,9)	16 (23,5)	48,3	<0,001	0,265
	önállóan nem, de részt vesz	61 (38,6)	33 (28,0)	18 (26,5)			
	nem végzi	14 (8,9)	32 (27,1)	34 (50,0)			
Magasvérnyomás betegség megelőzése, kockázati tényezői	igen, önállóan végzi	86 (54,4)	55 (46,6)	16 (23,5)	68,22	<0,001	0,315
	önállóan nem, de részt vesz	64 (40,5)	29 (24,6)	16 (23,5)			
	nem végzi	8 (5,1)	34 (28,8)	36 (52,9)			
Gyógyszervedés	igen, önállóan végzi	48 (30,4)	38 (32,2)	16 (23,5)	43,26	<0,001	0,251
	önállóan nem, de részt vesz	89 (56,3)	43 (36,4)	16 (23,5)			
	nem végzi	21 (13,3)	37 (31,4)	36 (52,9)			

adási tevékenységekben való részvétel között valamennyi esetben szignifikáns (df: 4;  $p < 0,001$ ) kapcsolat van. A kapcsolat erősségét vizsgálva a Cramer V együttható közepesen szignifikáns kapcsolatot jelzett.

### Az értékelés eredményeinek összegzése

Jelen tanulmánnyal a magyarországi foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban alkalmazott ápolók prevenciós tevékenységének komplex feltárása, valamint annak felmérése volt célunk, hogy az egyes ápolói végzettség-típusok milyen összefüggést mutatnak az ápolók a munkavállalók egészségének védelme céljából végzett tevékenységével.

Mind a hazai, mind a nemzetközi szakirodalomban kevés a foglalkozás-egészségügyi ápolók prevenciós tevékenységét részletesen elemző felmérés. Így a bemutatott kutatás eredményei elsőként nyújtanak átfogó képet hazánk foglalkozás-egészségügyi szakterületen alkalmazott ápolóinak ezirányú tevékenységéről.

A foglalkozás-egészségügyi területen dolgozó ápolók a világ minden táján aktív szerepet vállalnak a munkavállalók egészséges életmódra való nevelésében, az egészséges életmód népszerűsítésében, a higiénés információk nyújtásában, illetve fellépnek a káros szenvedélyek (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) ellen. (WHO

Europe, 2001; McFall, Oakley, 2008; Béleczy, 2000; Deangelis, Burgel, 2013) Ennek eredményeképpen a foglalkozás-egészségügyi ápolók szerepe egyre inkább felértékelődik. (FOHNEU, 2013) A fejlett országok egy részében a foglalkozás-egészségügyi ápolóknak az időszűd, krónikus betegséggel dolgozó munkavállalók gondozásában is teljesen önálló feladata van. Tevékenységük célja, hogy a már kialakult krónikus állapotot olyan szinten tartsák, hogy a munkavállaló továbbra is képes legyen dolgozni. Ezt tükrözi például az amerikai foglalkozás-egészségügyi ellátó rendszer is, ahol a meglévő, négy orvos felügyelete alatt dolgozó egészségügyi szakdolgozói végzettség, valamint a két orvostól függetlenül tevékenykedő ápolói képesítés mellett megjelent egy újabb független, egyetemi szintű ápolói végzettség: a „Nurse Practitioner”. E végzettség birtokában az ápoló már nemcsak vizsgálhatja, de diagnosztizálhatja, kezelheti is a megbetegedett munkavállalókat, valamint gyógyszert is felírhat. (OSHA, 2013)

Jelen közleményben azt ismertettük, hogy a magyar foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban alkalmazott ápolók – hasonlóan külföldi kollégáikhoz – nemcsak a munkahelyi egészségvédelemmel összefüggésben adnak tanácsokat, felvilágosítást a munkavállalóknak, hanem az egészséges életvitellel (egészséges táplálkozással, aktív testmozgással, testsúlycsökkentéssel,

6. táblázat

**A munkahelyi egészségvédelemmel kapcsolatos témakörökben végzett egészségnevelő tevékenység végzettség szerinti bontásban (n=344)**

Ad-e Ön az alábbi életvitellel, káros szenvedélyekkel kapcsolatos témákban tanácsokat, felvilágosítást a munkavállalóknak?		Foglalkozás-egészségügyi szakápoló, üzemi ápoló végzettségűek (N – 158) n (%)	OKJ ápoló, diplomás-ápoló végzettségűek (N – 118) n (%)	Ált. ápoló, általános asszisztens végzettségűek (N – 68) n (%)	Khi-négyzet	Szignifikancia szint	Cramer V együttható
Munkahelyi higiéné	igen, önállóan végzi	85 (53,8)	52 (44,1)	26 (38,2)	22,80	<0,001	0,182
	önállóan nem, de részt vesz	58 (36,7)	31 (26,3)	21 (30,9)			
	nem végzi	15 (9,5)	35 (29,7)	21 (30,9)			
Védőoltások	igen, önállóan végzi	59 (37,3)	31 (26,3)	12 (17,6)	62,07	<0,001	0,300
	önállóan nem, de részt vesz	85 (53,8)	44 (37,3)	17 (25,0)			
	nem végzi	14 (8,9)	43 (36,4)	39 (57,4)			
Egészségkárosító tényezők	igen, önállóan végzi	63 (39,9)	45 (38,1)	15 (23,5)	39,62	<0,001	0,240
	önállóan nem, de részt vesz	75 (47,5)	28 (23,7)	22 (32,4)			
	nem végzi	20 (12,7)	45 (38,1)	30 (44,1)			
Védőeszköz használata	igen, önállóan végzi	65 (41,1)	45 (38,1)	27 (39,7)	31,59	<0,001	0,214
	önállóan nem, de részt vesz	79 (50,0)	38 (32,2)	17 (25,0)			
	nem végzi	14 (8,9)	35 (29,7)	24 (35,3)			

mentális egészséggel), a káros szenvedélyekről (dohányzásról, alkohol- és drogfogyasztásról) való leszokás lehetőségeivel, valamint a krónikus betegek életmódjával kapcsolatban is.

Elemzéseink megerősítették, hogy az egyes ápolói végzettségek és az ápolók által végzett prevenció tevékenységek között közepesen szignifikáns kapcsolat áll fenn. Az elemzések felhívták a figyelmet arra, hogy legönállóbban és legmagasabb arányban a foglalkozás-egészségügyi szakápoló/üzemi ápoló végzettségűek végeznek prevenció tevékenységet. Véleményünk szerint ez annak köszönhető, hogy a foglalkozás-egészségügyi szakápoló végzettség a ráépülő szakképzésnek köszönhetően jelentős mértékű többlettudást biztosít, mely fokozza az ápolók magabiztosságát, önállóságát. Ugyanakkor a jelen kutatásunkban kapott értékek alapján megállapítottuk azt is, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban csak meghatározott feltételek teljesülése mellett – átmeneti ideig – alkalmazható általános ápolói, általános asszisztens szakképesítéssel rendelkezők fele jellemzően nem végez sem önállóan, sem pedig közreműködőként prevenció tevékenységet.

Az ismertetett eredmények alapján a foglalkozás-egészségügyi szolgálatok tevékenysége hatékonyabbá válhatna, ha az ott alkalmazásban álló ápolók mindegyike rendelkezne a speciális ismereteket biztosító,

ráépülő szakképzéssel, hiszen a foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettségű ápolók a képzés során elsajátított ismeretanyagra és a megelőző (prevenció) szemléletre alapozva alkalmasak az önálló és felelősségteljes, az egyéni képességeket célzó egészségfejlesztő tevékenységre, a munkahelyi egészségfejlesztésben történő aktív közreműködésre.

Az előzőekkel összefüggésben javasoljuk a 27/1995. (VII. 25.) NM-rendelet módosítását oly módon, hogy a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban az ápolói munkakör betöltéséhez az egyetlen elfogadható képesítési követelmény az alapképesítésre ráépülő foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettség legyen. Vagyis a rendelet módosítását követően kizárólag foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakirányú szakképzéssel rendelkező személy kaphasson megbízást, illetve nyerhessen kinevezést. Természetesen a rendelet módosításának hatályba lépésekor már foglalkoztatási jogviszonyban álló, de foglalkozás-egészségügyi szakápolói szakirányú szakképzéssel nem rendelkező, ápoló munkakörben foglalkoztatott egészségügyi szakdolgozóknak biztosítani kell a szakirányú szakképzés megszerzésének lehetőségét. Figyelemmel arra, hogy az *Országos Képzési Jegyzékről és az Országos Képzési Jegyzék módosításának eljárásrendjéről szóló 150/2012. (VII. 6.) Korm. rendelet 1. számú mellékletében* a foglalkozás-

egészségügyi szakápoló ráépülő szakképzés iskolarendszeren kívüli képzési ideje 500–720 óra, elegendőnek tartjuk, ha az újonnan előírt képesítési követelmény teljesítésére a jogalkotó 4 év időtartamot biztosít. A felmenő rendszer ideje alatt – a folyamatos egészségügyi ellátás biztosítása érdekében – javasoljuk, hogy amennyiben nem áll rendelkezésre az új képesítési előírásoknak megfelelő képesítésű olyan személy, aki az adott munkakörre kinevezhető lenne, akkor – határozott időre, de legfeljebb 2 évre szólóan – legyen alkalmazható az az OKJ-s ápoló, vagy diplomás ápoló, aki a képesítés megszerzése érdekében már oktatásban vesz részt, vagy vállalja a képesítés megszerzését.

Mindezekkel összefüggésben konkrét program és cselekvési terv kidolgozását tervezzük, figyelembe véve a foglalkozás-egészségügyi ápolói képzésre vonatkozó nemzetközi irányelveket és trendeket.

## Összefoglalás

*A vizsgálat célja:* A szerzők célja a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban alkalmazott ápolók a munkavállalók egészségének védelmében végzett tevékenységének felmérése.

*Vizsgálati módszerek és minta:* A keresztmetszeti vizsgálat 2012. július 13. és 2012. október 31. között történt Magyarországon, a foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó ápolók körében, egyszerű véletlen mintavételi technikával. Az adatgyűjtés webalapú, anonim, önkitöltős kérdőív alkalmazásával történt. A szerzők a kapott adatokat Microsoft Office Excel 2007 program segítségével, Khi-négyzet próbával és leíró statisztikai módszerekkel elemezték. Szignifikánsnak a  $p < 0,05$  értékét tekintették.

*Eredmények:* A kérdőívet összesen 344 egészségügyi szakdolgozó töltötte ki. Az egyes ápolói végzettségek és az ápolók által végzett prevenciók tevékenységek között szignifikáns kapcsolat áll fenn ( $p < 0,001$ ). A foglalkozás-egészségügyi ápolói végzettséggel rendelkezők önállóbbak a betegségmegelőzés és az egészségvédelem területein.

*Következtetések:* A foglalkozás-egészségügyi szak-

terület hatékonyságának növelése érdekében javasolt a foglalkozás-egészségügyi szakápolói végzettséggel rendelkezők alkalmazása, illetve az ilyen végzettséggel nem rendelkezők továbbképzése.

*Kulcsszavak:* foglalkozás-egészségügyi szakápoló, egészségfejlesztés

## Summary

*Aim of the study:* The authors' objective was to reveal the health prevention activities of nurses in occupational health units.

*Methodology and sample:* The cross-sectional survey was conducted between 13 July 2012 and 31 October 2012 among nurses working in occupational health units, selected using a random, sampling method. The data gathering took place using web-based, anonymous, self-completion questionnaire. The authors analysed the gathered data with Microsoft Excel 2007 software, using chi-square test and descriptive statistical method. They regarded the value of  $p < 0,05$  as significant.

*Results:* The survey was completed by 344 nurses. A significant relationship has been found between the various nursing qualifications and nurses' preventive activities ( $p < 0,001$ ). Furthermore nurses with occupational health nursing certificate are more independent in the areas and activities of chronic disease prevention and health protection.

*Conclusions:* Authors suggest to employ nurses with occupational health nursing certificate, and to train those who has basic nursing education, in order to increase the efficiency of occupational health settings.

*Keywords:* occupational health nurse, health development

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

*A szerzők köszönetet mondanak az adatgyűjtés lebonyolításában nyújtott segítségért a Magyar Egészségügyi Szakdolgozói Kamara Területi Szervezetei Elnökségének, illetve azoknak, akik a MESZK felhívására válaszolva kitöltötték az elektronikus kérdőívet.*

## IRODALOM

- Alli Benjamin O.: *Fundamental principles of occupational health and safety*. International Labour Office, Genf, 2008. pp. 81., 111–116. (Forrás: [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms\\_093550.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_093550.pdf) Letöltve: 2013.08.25.)
- Béleczky Lajos: *Foglalkozás-egészségügyi alapismeretek ápolók számára*. Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet. Budapest, 2000. pp. 17–19.

- Deangelis M. P.–Burgel B. J.: „Snapshot of the AAOHN Membership Health Risk Appraisal Priority Areas.” In: *Workplace Health & Safety*, 2013. 61/6., pp. 237–242.
- FOHNEU Education Group: *Occupational Health Nursing Education, Practice and Profile in the EU countries. Final report*. 2012. (Forrás: <http://www.fohneu.org/files/Sue/Docs/final%20report%20on%20OHN%20education,%20practice%20and%20profile%202012.pdf> Letöltve: 2013.08.25.)
- Gábor Edina: „Munkahelyi egészségfejlesztés – a minőség jegyében I.” In: *Egészségfejlesztés*, L. évfolyam, 2009/4., pp. 2–8.

- Hirdi Henriett–Staun J. M. C.–Mészáros Judit: „A foglalkozás-egészségügyi szakápolók helyzete az Európai Unióban.” In: *Nővér*, XXIII. évfolyam, 2010/5., pp. 3–11.
- Hirdi Henriett–Téglásyné Bácsi Mária–Balogh Zoltán: „A foglalkozás-egészségügyi szolgálatokban dolgozó egészségügyi szakdolgozók helyzete napjainkban a MESZK országos felmérése alapján.” In: *Foglalkozás-egészségügy*, XVII. évfolyam, 2013/1., pp. 42–50.
- Kapás Zsolt: *Munkahelyi egészségfejlesztés, mint megtérülő beruházás*. Országos Egészségfejlesztési Intézet. 2007. Forrás: [http://www.oefi.hu/kapas\\_zsolt\\_tanulmany.pdf](http://www.oefi.hu/kapas_zsolt_tanulmany.pdf) (letöltve: 2013.08.25.)
- McFall T.–Oakley K.: *Health Promotion In Occupational Health Nursing*. 3rd Edition. Szerk. Oakley K. John. Wiley & Sons Ltd., 2008. 12. pp. 237–252.
- Nagy Imre–Grónai Éva–Nagy Zsolt–Brunner Péter: „Magyarországi foglalkozás-egészségügyi szolgálatok tevékenysége 2011-ben.” In: *Foglalkozás-egészségügy*, XVI. évfolyam, 2012/2., pp. 52–65.
- Nagy Imre–Grónai Éva–Nagy Zsolt–Brunner Péter: „Magyarországi foglalkozás-egészségügyi szolgálatok tevékenysége 2012-ben.” In: *Foglalkozás-egészségügy*, XVII. évfolyam, 2013/2., pp. 59–73.
- Nagyváradai Katalin–Kiss-Geosits Beatrix: „A munkahely mint az egészségfejlesztés multiplikációs színtere.” In: *Egészségfejlesztés*, LII. évfolyam, 2011/3., pp. 14–16.
- Occupational Safety & Health Administration US Department of Labor (OSHA): *The Occupational Health Professional's Services and Qualifications: Questions and Answers*. (Forrás: <https://www.osha.gov/Publications/Qanda/osha3160.html> Letöltve: 2013.08.25.)
- Országos Munkaegészségügyi Intézet (OMFI): *Beszámoló jelentés a Magyarországi foglalkozás-egészségügyi szolgálatok tevékenységéről 2011-ben*. Országos Munkaegészségügyi Intézet, Budapest, 2011.
- WHO European Center for Environment and Health: *The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*. Szerk.: Whitaker S.–Baranski B. Bilthoven. 2001. pp. 25–50. Forrás: [http://www.who.int/occupational\\_health/regions/en/oehe-urnursing.pdf](http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oehe-urnursing.pdf) Letöltve: 2013.08.25.)

# Munka. Mindenkire hangolva

## A Miskolci Egyetem egészségfejlesztési jó gyakorlatának bemutatása

European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)

Országos Egészségfejlesztési Intézet

### Célok

Az egészségfejlesztő program célja a munkavállalók egészségének megőrzése, fejlesztése, morbiditási mutatóinak javítása, az aktív életkor meghosszabbítása, a rizikó-tényezők (dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás, stressz) csökkentése/megszüntetése.

### Célcsoport

A programot minden dolgozóra kiterjesztették, különös tekintettel az idősödő (45 év feletti) munkavállalókra.

### Leírás

A központ felmérései szerint az egyetemi munkavállalók között viszonylag sokan szenvednek/szenvedtek krónikus megbetegedésekben, főként az ülő életmód/ülő foglalkozás miatt kialakuló betegségekben, a munkavégzésből adódó túlterhelés és a megnövekedett stressz okozta pszichoszomatikus kórképekben. 1989-ben – a foglalkozás-egészségügyi szolgálat kezdeményezésére – az egyetem

vezetése és a munkavállalók érdekképviselője közösen döntött egy több évet felölelő, komplex egészségprogram végrehajtásáról. Ennek három alappillére a következő:

1. Megfelelő infrastruktúra kiépítése (multidiszciplináris rendelőkompexum kialakítása) a szükséges vizsgálatok, szűrések, gondozás és rehabilitáció elvégzéséhez (elsődleges, másodlagos és harmadlagos megelőzés). Ennek során a komplexum fokozatosan kibővült: az alapellátási feladatok mellett (ideértve a foglalkozás-egészségügyi, a háziorvosi és a fogászati alapellátást) szemészet, fül-orr-gégészet, ideggyógyászat, nőgyógyászat, fizioterápia, mozgásszervi rehabilitáció és laboratóriumi szakrendelés is működik. A munkaköri, szakmai alkalmassági vizsgálatok, valamint a kampányszűrések biztosítják a rizikó-tényezők és az esetleges megbetegedések korai stádiumban való kiszűrését, illetve havi rendszerességgel történő követését. Az így kiszűrt munkavállalók megfelelő terápiája, kezelése, valamint havonta történő követése lehetővé teszi a komplikációk megelőzését. A munkaköri korlátozások segítenek a munkaterhelés és a stressz csökkentésében, valamint az életminőség javításában.



Munka.  
Mindenkire hangolva.  
Move Europe.



A „Munka. Mindenkire hangolva” kampány az Európai Bizottság 2008–2013-as Népegészségügyi Programjának társfinanszírozásával valósult meg.

2. Azoknak a feltételeknek a megteremtése, melyek a dolgozók egészségi állapota és a munkahelyi rizikófaktorok figyelembevételével biztosítják a munkavállalók különböző munkahelyi egészségfejlesztő programokban való részvételét (táplálkozás, mozgás, stresszkezelés, ergonómiai kockázatok csökkentése, dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás csökkentése, stb.).

3. Munkahelyi egészségfejlesztési programok tervezése, lebonyolítása, elemzése.

## Mi teszi jó gyakorlattá a programot?

A program ötvözi az elsődleges, a másodlagos és a harmadlagos megelőzési módokat. A programot szakmailag a foglalkozás-egészségügyi szolgálat irányítja, szoros együttműködésben az egyetem vezetésével, a középvezetőkkel, a munkavállalókkal és az *Egészségesebb Munkahelyekért Egyesülettel*. A szakszervezetek a tájékoztatásban, a programok népszerűsítésében működnek közre, az üzleti élet szereplőit pedig folyamatos kapcsolattartás mellett vonják be a programok mindennapi lebonyolításába. A közös cél elérésének érdekében a *Sportintézet*, és az intézet étkeztetésért felelős szakemberei is részt vesznek a programban. Az egészségfejlesztési program a munkavégzésből és a munkakörnyezetből adódó speciális kockázatokra, valamint az egyéni megbetegedési mutatókra épül, ugyanúgy, ahogyan az idősödő munkavállalóknak, mint sérülékeny csoportnak kidolgozott programok is, melyekben a nyugdíjba vonulás után is követik a volt munkavállalókat.

## Eredmények

### Értékelés

A programokat rendszeresen felülvizsgálják, azok eredményét évente elemzik, és szükség esetén elvégzik a megfelelő korrekciókat. A munka hatékonyságát, a morbiditási mutatók alakulását 3 és 5 éves ciklusokban vizsgálják. 2012 végén, valamint 2013 első negyedévében elemezték az elmúlt 5 év alatt elért eredményeket. Az előzetes ered-

mények biztatóak, a 2000–2007-es ciklushoz hasonlóan a megbetegedési mutatók javulást jeleznek. 2000 és 2007 között például a szív- és érrendszeri megbetegedések előfordulási aránya 21,43%-ról 13,46%-ra, az idegrendszeri megbetegedéseké 10,16%-ról 3,43%-ra, a dagasztos megbetegedéseké 3,96%-ról 0,49%-ra csökkent. Kezdetben – 1998 és 2002 között – a táppénzes napok változását is követték, ettől a későbbiekben eltekintettek, mert úgy látták, hogy a munkavégzés sajátosságai miatt ezek csak részben relevánsak (pl. az oktatók betegen is megtartják előadásait, vagy ha mégis kénytelenek otthon maradni, inkább preferálják a szabadságot.)

### A sikert ösztönző tényezők

A *Miskolci Polgármesteri Hivatal* hatékonyan hozzájárul a munkahelyi egészségfejlesztő programok megvalósításához azáltal, hogy a *Miskolci Egyetem* munkavállalóinak 50%-os kedvezményt nyújt az uszodai belépők megvásárlásakor, valamint heti két alkalommal ingyen víz alatti gyógytornát biztosít a 40 év feletti munkavállalók számára. Az intézményi étkeztetést biztosító cég együttműködik az egészséges étkeztetés kialakításában. A jóga- és néptáncprogramokat külsős cég bevonásával, heti 3 alkalommal biztosítják. A munkahelyi vezetők a lehetőségek szerint figyelembe veszik a foglalkozás-egészségügyi orvos javaslatait a munkakörülmények átalakítására, messzemenően kihasználják a rugalmas munkaidő lehetőségét, valamint a speciális igényeknek megfelelően biztosítják a munkába járás feltételeit, így szükség esetén csökken a munkaidő.

### A sikert korlátozó tényezők

A foglalkozás-egészségügy e-alap terhére történő beutalási jogának megvonása jelentősen megnehezítette a diagnózisok felállításához szükséges vizsgálatok elvégzését, illetve a gondozási feladatok maradéktalan elvégzését, és ez a fogyatékkal élő, illetve krónikus megbetegedésben szenvedő munkavállalók esetén hangsúlyozottan jelentkezik.

KAPCSOLATTARTÓ (NEMZETI KAPCSOLATTARTÓ IRODA)

Lőrök Eszter – Országos Egészségfejlesztési Intézet (lorik.eszter@oeffi.antsz.hu; www.oeffi.hu)

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓ A JÓ GYAKORLATRÓL

A *Miskolci Egyetem Egészségügyi Szakmai és Módszertani Központja* a felsőoktatási intézmény több mint 17.000 hallgatóját és 1.500 oktatóját, illetve nem oktató alkalmazottját látja el.

KAPCSOLATTARTÓ

Dr. Felszeghi Sára (sarafelszeghi@gmail.com; www.uni-miskolc.hu)

# Munka. Mindenkire hangolva

## A MOL egészségfejlesztési jó gyakorlatának bemutatása

### „STEP – Tégy egy lépést az egészségedért!”

European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)

Országos Egészségfejlesztési Intézet

#### Célok

A program célja a krónikus megbetegedések felmérése, a kockázati tényezők felismerése, a megbetegedések megelőzése – amennyiben ez már nem lehetséges, a lehető legkorábbi stádiumban történő diagnosztizálása –, továbbá tanácsadás és a megfelelő kezeléshez való segítségnyújtás a munkatársak számára. A program a *CARE (Control–Awareness–Risk–Environmental Stewardship)* programban megfogalmazott, 2011–2015-re vonatkozó, alábbi foglalkozás-egészségügyi és munkavédelmi stratégiai célokra alapoz:

- egészségfejlesztési program bevezetése,
- legalább 30%-os rendszeres részvétel arány,
- 2014-ig elérendő cél a magas kockázatú munkahelyek felszámolása,
- teljes baleset- és sérülésmentességre való törekvés.

#### Célcsoport

Mind az egészségügyi szűréseknek (pl. váltóműszakos munkavállalók), mind a testmozgást célzó kezdeménye-

zéseknek (pl. adminisztratív személyzet számára irodai torna program) különböző célcsoportjai vannak. További célcsoportot képeznek a krónikus megbetegedéssel küzdő munkavállalók.

#### Leírás

1. A „STEP – Tégy egy lépést az egészségedért” elnevezésű program 1. hullámának (2006–2011) célja a munkahelyi egészségkultúra kialakítása volt.

#### A STEP-program fő elemei

- Testmozgásos tevékenységek
- Orvosi szűrések (pl. gerinc-szűrések, komplex szív- és érrendszeri szűrések)
  - A dohányzásról való leszokás támogatása
  - Az egészséges táplálkozás elősegítése
  - A munkahelyi stressz csökkentése
  - A munkavállalói krónikus megbetegedések éves statisztikai nyilvántartása (kor, egészségi állapot leírása,



Munka.  
Mindenkire hangolva.  
Move Europe.



A „Munka. Mindenkire hangolva” kampány az Európai Bizottság 2008–2013-as Népegészségügyi Programjának társfinanszírozásával valósult meg.



életmód-adatok, az előző évi és az országos adatokkal való összevetés)

A foglalkozás-egészségügyi szolgálat az orvosi vizsgálat után minden önként jelentkező munkavállaló számára egyéni egészségtervet készít (EET). Az EET segítségével az orvos felhívhatja a munkavállaló figyelmét a kockázati tényezőkre (és az esetleges betegségekre), valamint javasolhatja például a STEP-programokon, illetve az egészségbiztosítás által támogatott szűréseken való részvételt.

A programok szakmai megvalósítását külső szolgáltatók végzik. Az orvosi szűréseket egy fővállalkozó biztosítja, az egészségügyi szakemberek pedig alvállalkozóként dolgoznak. Ha krónikus megbetegedést diagnosztizálnak, a foglalkozás-egészségügyi orvos tanácsot ad a dolgozónak, továbbirányítja őt a megfelelő szakemberhez, amennyiben szükséges, előírja a kezelést, valamint figyelemmel kíséri a dolgozó egészségi állapotát.

2. A program második hulláma – „Haladás a rendszeresség felé” – a decentralizáción, a helyi (a munkavállalói igényeknek és a műszakos beosztásoknak megfelelően kialakított) kezdeményezéseken és a rendszeresíten alapul (a munkavállalók rendszeres részvétele a STEP-programokban, különös tekintettel a testmozgást igénylő tevékenységekre). A vállalat sok új, céges közösségek által kezdeményezett csapatsport-tevékenységet és rendszeres edzést támogat.

## Mi teszi jó gyakorlattá a programot?

A STEP-program irányítóbizottságának az üzemi tanács, a szakszervezetek és a munkavédelmi képviselők is tagjai, akik a program minden fázisában közreműködnek.

A program 6 éve folyamatosan működik, korai beavatkozást és esetkezelést is magában foglal.

A cég foglalkoztatási rehabilitációs *Fehér Könyve* is kifejezi elkötelezettségét, hogy egyenlő esélyt biztosítson a megváltozott munkaképességű, illetve fogyatékkal élő munkavállalók számára.

## Eredmények

### Értékelés

A STEP-programot egy kérdőív segítségével évente, utólagosan értékelik. A költségeket havonta összegzik. A foglalkozás-egészségügyi szolgálat részletes megbetegedési statisztikákat készít a *Betegségek Nemzetközi Osztályozása* kódjai alapján, melyeket minden évben összehasonlítanak az előző évi adatokkal. A következő évi program tervezésének alapjául is ez szolgál. A szervezők az idő előrehaladtával növekvő részvételi arányt céloztak meg: az első fázisban 20%-ot, a második fázis végére 60%-ot, a harmadik fázisban – 2010-ben – pedig 75%-ot. Amint azt a projekt elején rögzítették, egy munkavállaló részvételét különböző STEP-eseményeken csak egyszer számítják. 2010-ben elérték a 81%-os részvételi arányt, így stratégiai döntést hoztak: mivel a program jól ismert a munkavállalók körében, a következő lépés a dolgozói részvétel rendszerességének növelése. Új mutatót vezettek be, a rendszerességi arányt. A számos helyi kezdeményezés és a programokra mutató nagy igény egyértelműen jelzi, hogy a program eredményes, a munkahelyi hiányzási arány évről évre csökken – 2010 végére elérte mélypontját, 1,8%-ot –, mindez jelzi, hogy a dolgozók egészséges életmódhoz való viszonyában kulturális változás ment végbe.

### A sikert ösztönző tényezők

- A STEP-program kommunikációs rendszerében tréningek is szerepelnek.
- A cafeteria-rendszerben bizonyos összeget orvosi kezelésre, gyógyszerelésre, stb. különítenek el.
- A munkavállalók választhatják a rugalmas munkaidő és az otthoni munkavégzés lehetőségét is.
- Az adórendszer kedvez a 40%-ban megváltozott munkaképességű munkavállalók foglalkoztatásának.

KAPCSOLATTARTÓ (NEMZETI KAPCSOLATTARTÓ IRODA)

Lőrök Eszter – Országos Egészségfejlesztési Intézet (lorik.eszter@oeffi.antsz.hu www.oeffi.hu)

ÁLTALÁNOS INFORMÁCIÓ A JÓ GYAKORLATRÓL

A MOL-csoport Kelet-Közép-Európa egyik vezető integrált olaj- és gázipari vállalata.

A MOL Hungarian Flagship (Magyarország, Románia, Szerbia, Szlovénia) 12.500 munkavállalót foglalkoztat.

Fő tevékenységei: kutatás és termelés, feldolgozás és kereskedelem, kiskereskedelem és petrokémia, valamint földgázszállítás.

KAPCSOLATTARTÓ

Dr. Miniska István, a MOL Csoport kiemelt orvos-tanácsadója (iminiska@mol.hu www.mol.hu)

## Az ACTION-FOR-HEALTH projekt bemutatása

Muraszombati Népegészségügyi Intézet

Országos Egészségfejlesztési Intézet

Az „ACTION-FOR-HEALTH” elnevezésű európai uniós projekt általános célja, hogy az egészségfejlesztés eszközeivel csökkentse az egészségi egyenlőtlenségeket, s így javítsa a lakosság egészségét, emelje életszínvonalát. A projekt koordinátora a szlovén *Muraszombati Népegészségügyi Intézet (ZZVMS)*. A projektben – mely 2012 augusztusában indult és 2014 augusztusában zárul – 9 társult partner vesz részt, köztük az *Országos Egészségfejlesztési Intézet (OEFI)* is.

A projekt egyrészt a strukturális alapokból származó források egészségi egyenlőtlenségek csökkenté-

sét szolgáló, regionális szintű felhasználását vizsgálja, valamint kapacitásfejlesztési tevékenységeket szervez. Másrészt – a projekt fő elemeként – a partnerországok regionális/megyei/térségi szintű cselekvési tervet készítenek, melyből egy kiválasztott, konkrét intézkedést meg is valósítanak.

Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* – a sellyei kistérség helyi szakembereivel együttműködve – a Sellye kistérségre vonatkozó, az egészségi egyenlőtlenségek csökkentését elősegítő egészségfejlesztési cselekvési tervet készítette.

### Az Országos Egészségfejlesztési Intézet feladatai

– *Országos szintű helyzetelemzés* az egészségi állapotra, az egészségi egyenlőtlenségekre vonatkozóan, a rendelkezésre álló adatok (országos és nemzetközi statisztikai adatbázisok) alapján. (2012. december)

– *A sellyei kistérségre vonatkozó helyzetelemzés* az egészségi állapot és az egészségi egyenlőtlenségek szempontjából: az egészséget helyi szinten meghatározó tényezők, a lakosság egészségét befolyásoló tényezők, az egészségügyi ellátórendszerhez való hozzáférés, valamint a strukturális alapok felhasználásának vizsgálata, stb. (2013. február–április)



A projekt az Európai Bizottság Népegészségügyi Programjának társfinanszírozásával valósult meg.

– *A sellyei kistérségre vonatkozó cselekvési terv elkészítése* – közös módszertan segítségével – 2013 novemberéig, az egészségfejlesztés eszközeire, a helyi szintről induló kezdeményezésekre és a strukturális alapok helyi felhasználásának lehetőségeire építve, valamint a hátrányos helyzetű csoportokra fókuszálva. A cselekvési terv készítése szoros együttműködést igényelt a helyi érdekhordozókkal. A partnerek a cselekvési terv elkészítéséhez tréning keretében módszertani segítséget kaptak (*Muraszombat, 2013. március 19–20*).

– *Szükségletelemzés* a sellyei kistérségben elkészítendő cselekvési tervhez szükséges erőforrásokról, szaktudásról, információforrásokról. (*2013. április*)

– *Egy, az egészségi egyenlőtlenségeket csökkentő jó gyakorlat leírása*, meghatározott szempontok szerint. (*2013. május*)

– *Az egyenlőtlenségek csökkentését szolgáló, népegészségügyi jelentőségű, szakembereket és módszereket egyaránt érintő kapacitások növelése*. A projekt keretében a partnerek az egészségi egyenlőtlenségek csökkentésével és a strukturális alapok forrásainak felhasználásával foglalkozó nyári egyetemen vettek részt. (*Muraszombat, 2013. szeptember 23–25.*)

*A cselekvési terv céljai:*

- a döntéshozók ösztönzése, hogy napirendre tűzzék az egészségi egyenlőtlenségek csökkentését, illetve ennek célját beépítsék más szakpolitikák célkitűzéseibe;

- az életmódbeli tényezők befolyásolása;
- az egészségi egyenlőtlenségek csökkentése.

– *A cselekvési terv pilot vizsgálata a kistérségben* (*2013. november–2014. április*), mely szoros együttműködést igényel a helyi partnerekkel és hálózatokkal. A cselekvési terv egyik intézkedésének gyakorlati megvalósítása révén a cselekvési terv hatékonyságának és működőképességének vizsgálata, mely egyben bizonyítékul és motivációul is szolgál, így döntéshozói támogatást biztosít a helyi cselekvési tervek rendszerének országos szintű elterjesztéséhez – erre a projektkoordinátor ország, Szlovénia szolgált jó példát.

## Projektszintű feladatok

– Útmutató az egészségi egyenlőtlenségek csökkentését célzó cselekvési tervekről és a strukturális alapok felhasználásáról – háromrészes kiadványsorozat készítése

– Szlovéniai esettanulmány kiadása – a szlovéniai cselekvési tervek rendszerének bemutatása

– Honlap készítése, szóróanyagok megjelentetése

– 7 ország helyi cselekvési tervének és megvalósított intézkedéseinek tapasztalatai CD-n megjelentetve

– Távoktatási segédanyag készítése népegészségügyi szakemberek számára a projekt tapasztalatok terjesztésére

– Zárókonferencián való részvétel (*Muraszombat, 2014. június*)

– Projektzáró beszámoló

– A projekt eredményeiről szóló nemzetközi publikáció

## A projekt elvárt eredményei

– Kapacitásfejlesztés a projektpartnerek és népegészségügyi szakemberek körében, a közösségi alapú, erőforrásokra és partnerségre építő ágazatközi együttműködés terén;

– A helyi érdekhordozók tudatosságának növelése az egészség tekintetében, mely elősegíti az egészség szempontjainak figyelembe vételét más szakpolitikákban;

– A cselekvési tervek célcsoportjának egészségmagatartására és egészségi állapotára gyakorolt pozitív hatás;

– A kiválasztott, megvalósított intézkedésen keresztül a módszer eredményességének bizonyítása és motiváció a további intézkedések megvalósításához.

---

*A programhoz kapcsolódó „Egészségfejlesztési cselekvési terv Sellye kistérségben az egészség-egyenlőtlenségek csökkentésére” című tanulmányt – terjedelmi okokból két részletben – 2013/5–6., illetve 2014/1–2. lapszámunkban közöljük.*

# CONTENTS

## TRAININGS

Challenges of Sex Education in the 21<sup>st</sup> Century: A Focus on Sexual Health and Well-being 2  
*Bettina Pikó MD., PhD.*

Assessment of the Document of the National Alcohol Strategy 7  
*Szilvia Pácsa MD.*

## SURVEYS

Prevention Activities among Occupational Health Nurses 20  
*Henriett Éva Hirdi PhD-student, Zoltán Balogh PhD., Judit Mészáros Prof. MD.*

## WORKPLACE HEALTH PROMOTION

Work. Adapted for All – Health Promotion Best Practice of Miskolc University 30  
*European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP),  
Institute for National Health Development*

Work. Adapted for All – Health Promotion Best Practice of MOL Oil Company 32  
*European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP),  
Institute for National Health Development*

## HEALTH INEQUALITIES

ACTION-FOR-HEALT Project 34  
*Institute for National Health Development of Múraszombat,  
Hungarian Institute for National Health Development*

### Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot ..... példányban.

Előfizetési díj:  1 évre 12 000 Ft  1/2 évre 6000 Ft

Megrendelő (fizető):

Cím: .....

Kézbesítési cím: .....  
(csak akkor töltsse ki, ha a fizető cím nem azonos a kézbesítési címmel)

.....  
aláírás

A megrendelőlapot a következő címre borítékban szíveskedjék feladni: Magyar Posta Rt. Telefonos értékesítési csoport  
1900 Budapest