



# Orális egészség fejlesztése I.

Bársonyné Kis Klára  
Kis-György Rita

Szegedi Tudományegyetem  
Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport



EFOP-3.4.3-16-2016-00014



## ORÁLIS EGÉSZSÉG FEJLESZTÉSE I. EGYETEMI JEGYZETSOROZAT

Szegedi Tudományegyetem  
Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar  
Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

Lezárva: 2020. augusztus

Jelen tananyag a Szegedi Tudományegyetemen készült az Európai Unió támogatásával. Projekt azonosító: EFOP-3.4.3-16-2016-00014

Szegedi Tudományegyetem  
Cím: 6720 Szeged, Dugonics tér 13.  
[www.u-szeged.hu](http://www.u-szeged.hu)  
[www.szechenyi2020.hu](http://www.szechenyi2020.hu)



MAGYARORSZÁG  
KORMÁNYA

Európai Unió  
Európai Szociális  
Alap



**BEFECTETÉS A JÖVŐBE**

# ELŐSZÓ

A Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Egészségmagartartás és -fejlesztés Szakcsoport oktatóiként az Európai Unió EFOP-3.4.3-16-2016-00014 pályázatának keretében arra vállalkoztunk, hogy intézményünkben kidolgozott és elsőként indított dentálhigiénikus szakirány hallgatói számára olyan kétkötetes jegyzetet készítsünk, amelyek az Orális egészség fejlesztése két féléves kurzus keretében segítségére lehet a hallgatóknak pácienseik orális egészségét támogató egészségtudatos magartartásának kialakításában, fenntartásában, illetve fejlesztését célzó elméletek, módszerek, illetve technikák elsajátításában.

Az Orális egészség fejlesztése I-II. kurzusok célja a hallgatók egészség-releváns szakmai kompetenciájának fejlesztése olyan rendszerszemléletű aktív tananyag feldolgozási módszerek alkalmazásával, melyek magartartástudományi alapelveken, kognitív és szociálpszichológiai ismeretrendszeren, valamint személyközpontú stratégiákon keresztül reflektív módon járulnak hozzá a szakmájukban végzendő egészségfejlesztési feladatok ellátásához szükséges cselekvőképes tudás elsajátításához a primer, szekunder és terciér prevenció területén.

A kötet témáinak részben önálló hallgatói munkát igénylő, részben szemináriumi feladatok segítségével történő feldolgozása révén, a két féléves kurzus végére a hallgató tudása, képességei, attitűdjei és autonómiája az alábbiakban megfogalmazott céloknak megfelelően fejlődik.

Az Orális egészség fejlesztése I. kurzus végére elvárt kimeneti követelmények (a kialakítandó konkrét tanulási eredmények):

## **Ismeret (tudás):**

- Definiálja a orális egészség fogalmát.
- Értelmezi az orális egészség és az általános egészség, a jóllét illetve az életminőség közötti kapcsolatot.
- Magyarázza az orális egészséget befolyásoló faktorok hatását az orális egészségre.
- Definiálja a fogászati népegészségügy fogalmát, célját és feladatait.
- Összehasonlítja az orális egészséggel kapcsolatos legfontosabb nemzetközi és hazai epidemiológiai adatokat.
- Értelmezi a WHO, az FDI és az IADR által 2000-ben megfogalmazott, 2020-ig érvényes stratégiai célok hatását a dentálhigiénikus ellátásra vonatkozóan.

- Átlátja az orális egészségre ható társadalmi-szociális és kulturális tényezők szerepét a fogászati státusz egyenlőtlenségeinek kialakulásában.
- Bemutatja az orális egészség- és betegségviselkedés jellemzőit.
- Összefoglalja az egyes életszakaszok orális egészségviselkedésének jellemzőit.
- Ismerteti az attitűdök szerepét az orális egészségviselkedésben.
- Átlátja az orvoshoz fordulási szokások és az orális egészség kapcsolatát.
- Összefoglalja az Ottawai Charta elveit az orális egészségre vonatkozóan.
- Megnevezi az orális egészségre prediktíven és protektívan ható legfontosabb tényezőket.
- Kifejti a protektív és rizikómodell gyakorlati jelentőségét az orális egészségre vonatkoztatva.
- Bemutatja az orális egészséget és az orális egészségfejlesztés sikerességét befolyásoló prediktív és protektív faktorokat.
- Ismerteti a fogászati szűrővizsgálatok formáit.
- Kifejti az orális egészségfejlesztésben és betegségmegelőzésben alkalmazható modellek, elméleti alapjait.
- Ismerteti a szociális ökológiai modell alkalmazhatóságát az orális egészségfejlesztésben.
- Bemutatja az orális egészségfejlesztésben alkalmazható egyéni szintű egészségfejlesztési modelleket: Egészség-hiedelem modellt (Health Belief Model - HBM); Prevenció motiváció elméletét, az Indokolt Cselekvés Elméletét (Theory of Reasoned Action – ToRA/TRA; Tervezett Cselekvés Elméletét (Theory of Planned Behaviour - TPB).
- Meghatározza az interperszonális szintű egészségfejlesztés háttérében álló elméleteket.
- Kifejti a Szociális-kognitív modell alapjait és az Egészségcselekvési folyamat megközelítés (Health Action Processes Approach – HAPA) lényegét.
- Ismerteti a közösségi szintű egészségfejlesztés háttérében álló elméleteket, kifejti a PROCEED – PRECEDE logikai tervezési modellt.
- Bemutatja a viselkedésváltoztatás transzteoretikus modelljét (Transtheoretical Modell - TTM).
- Ismerteti a motivációs interjú háttérében álló motivációs elméleteket.
- Megfogalmazza a motivációs interjú lényegét, célját, alapkonceptióit, elveit, valamint meghatározza folyamatának lépéseit.

**Képesség:**

- Megszerzett szakmai ismeretei alapján kliensei körében felméri a különböző egészségvédő és egészségkárosító faktorokat, illetve értékelni azok súlyosságát, valamint tudományosan megalapozott és a legkorszerűbb szakmai irányelveken nyugvó egészségfejlesztő, egészségnevelő feladatokat lát el.
- Kompetenciájába tartozóan orális egészséggel kapcsolatos szűrővizsgálatokat szervez, bonyolít le és értékeli.
- Felismeri a szakterületéhez kapcsolódó orális egészségi problémákat, valamint alkalmazza a szakterületén releváns egészségfejlesztési modelleket, módszereket, valamint képes ezek kivitelezésére bármely szakmai környezetben.
- Munkája során alkalmazza a motivációs interjút, mint viselkedésváltoztatást célzó technikát.

**Attitűd:**

- Nyitott az egészségfejlesztéshez, egészségneveléshez kapcsolódó új ismeretek iránt.
- Belátja a szűrővizsgálatok jelentőségét a betegségek korai felismerésében.
- Fontosnak tartja a páciens belső motivációjának növelését a viselkedésváltozás fenntarthatóságának sikeressége érdekében.
- Holisztikus, reflektív szemlélete meghatározza a döntéseit.

**Autonómia, felelősség:**

- Az orális egészségről, illetve az azt befolyásoló egészségmagatartási tényezőkről koherens egyéni álláspontot alakít ki, amely segíti, hogy egészségfejlesztő, egészségnevelő feladatait felelősséggel lássa el.
- Autonóm módon és kezdeményezően működik, felelősséget vállal saját cselekedeteiért.
- Felelősségének tudatában fejleszti a vele kapcsolatba kerülő páciensek egészségtudatos magatartását.
- Önállóan, valamint más szakterületek képviselőivel együtt egyéni, interperszonális és közösségi szintű orális egészségfejlesztő feladatokat lát el.

# TARTALOMJEGYZÉK

Bevezetés	10
1. A globális orális egészségért	11
1.1. A The Lancet 2019-es júliusi számának orális egészséggel foglalkozó sorozatának tervezési, elkészítési indokai és következménye	11
1.2. Szájbetegségek: globális közegészségügyi kihívás	14
1.3. Vége a globális orális egészség mellőzésének, ideje a radikális fellépésnek	16
2. Fogászati népegészségügy	20
2.1. A népegészségügy és a fogászati népegészségügy fogalma és feladatai	20
2.2. A fogászati népegészségügy nemzetközi szervezete és annak céljai	21
2.3. A fogászati népegészségügy hazai szervezete és feladatai	21
2.4. Az orális egészséggel kapcsolatos legfontosabb epidemiológiai adatok	22
2.4.1. A ma orális egészséggel kapcsolatos legfontosabb nemzetközi epidemiológiai adatok	23
2.4.2. Az orális egészséggel kapcsolatos legfontosabb hazai epidemiológiai adatok	25
2.5. Az orális egészség globális célkitűzések 2020-ig	28
2.5.1. A stratégia általános céljai	29
2.5.2. A 2020-ra megfogalmazott főbb törekvések	29
2.5.3. A 2020-ig a megfogalmazott célok	30
2.5.4. Javaslatok a népesség szájüregi egészségének javítása érdekében	33
3. Egészség – Orális egészség	39
3.1. Egészségfogalmak	39
3.1.1. Laikus egészségfogalmak	39
3.1.2. Az egészségfogalom szakértői megközelítései	41
3.2. Az egészség jellemzői	44
3.2.1. Multidimenzionális	44
3.2.2. Valamennyi dimenzió működéséből összegződött állapot	46
3.2.3. Relatív állapot	47
3.2.4. Szubjektíven átélhető, minősíthető	48
3.2.5. Pozitív fogalom	49
3.2.6. Időben dinamikusan változó egyensúlyi állapot	49
3.2.7. Funkcionális fogalom	50
3.2.8. Erőforrás	51
3.2.9. Alapvető emberi jog	51
3.2.10. Mérhető	51
3.2.11. Értékjellegű	53
3.2.12. Eszközjellegű	54
3.2.13. Csak részben interiorizálható	54
3.2.14. Az egészség, mint autonómia és felelősség	55
3.3. Az egészségről alkotott általános modellek	55
3.3.1. Biomedikális modell	56
3.3.2. Pszichoszomatikus modell	56
3.3.3. Bio-pszichoszociális modell	57
3.3.4. Szalutogenetikusmodell	58
3.3.5. Ökológiai egészségmodell	58

3.3.6. Meikirch egészségmodell	58
3.4. Az egészségi állapotot meghatározó tényezők	60
3.5. Egészség-egyenlőtlenség	61
3.6. Orális egészség	64
3.6.1. Az orális egészség fogalma	64
3.6.2. Az orális egészséget befolyásoló tényező	65
3.6.3. Egyenlőtlenségek az orális egészségben	72
3.6.4. Az általános egészség és az orális egészség kapcsolata	74
4. Egészség és kultúra kapcsolat	82
4.1. Kultúra - Egészségkultúra	82
4.2. Kulturáltság - Egészségkulturáltság	85
4.3. Egészségműveltség	88
4.3.1. Tudás és egészséggel kapcsolatos tudás	89
4.3.2. Tudásszervező elvek: szakértelem, műveltség és kompetencia	89
4.3.3. Egészségkompetencia, alapvető egészségkompetenciák	90
4.3.4. Egészségműveltség fogalma	91
4.3.5. Az egészségműveltség komponensei	93
4.3.6. A beteg oldaláról az egészségműveltséghez tartozó készségek, képességek összegzése	94
4.3.7. Az egészségműveltség populáció szintű megközelítése	95
4.3.8. Az egészségműveltség gyakorlati jelentősége, összefüggései	96
4.3.9. Az egészségműveltség vizsgálatának módszerei	97
4.4. Orális egészségműveltség	99
4.4.1. Az orális egészségműveltség fogalma	99
4.4.2. Az orális egészségműveltség jelentősége	99
4.4.3. Az orális egészségműveltség dimenziói	100
4.4.4. Az alacsony orális egészségműveltség következményei, hatásai	100
5. Egészséggel összefüggő életminőség – Orális életminőség	104
5.1. Az életminőség fogalma és a hozzá kapcsolódó egyéb fogalmak	104
5.2. Az egészséggel kapcsolatos életminőség	105
5.2.1. Az egészséggel összefüggő életminőség fogalma	106
5.2.2. Az egészséggel összefüggő életminőség doménjei (tartományai)	107
5.2.3. Az egészséggel kapcsolatos életminőség szintjei és azok háttértényezői	108
5.3. Az orális egészséghez kapcsolódó életminőség	110
5.3.1. Az orális egészséghez kapcsolódó életminőség fogalma	111
5.3.2. Az orális egészséggel összefüggő életminőség modellje	112
5.3.3. Az orális egészséggel kapcsolatos életminőség mérése	112
6. Egészségmagatartás – Orális egészségmagatartás	119
6.1. Viselkedés és magatartás	119
6.2. Az egészségmagatartás fogalma	120
6.3. Az egészségmagatartás megnyilvánulási formái	121
6.4. Egészségtudatosság	122
6.5. Az egészségmagatartást meghatározó tényezők rendszere	123
6.6. Az egészségre kedvező, illetve kedvezőtlen magatartások	124
6.7. Egészségviselkedés, orális egészségviselkedés az egyes életszakaszokban	125
6.7.1. Várandósok egészségviselkedése, orális egészségviselkedése	126

6.7.2.	Csecsemők és kisgyermekek egészségviselkedése, orális egészségviselkedése	127
6.7.3.	Óvodás- és kisiskoláskor egészségviselkedése	130
6.7.4.	A serdülőkor egészségviselkedése, orális egészségviselkedése	131
6.7.5.	Felnőttkor orális egészségviselkedése	135
6.7.6.	Időskor orális egészségviselkedése	135
7.	Prevenció és orális egészség	138
7.1.	A prevenció fogalma	138
7.2.	A prevenció klasszikus szintjei	139
7.2.1.	Primer prevenció	139
7.2.2.	Szekunder prevenció	140
7.2.3.	Tercier prevenció	141
7.3.	Prevenációs stratégiák a célcsoportok speciális igényei szerint	142
7.4.	Prevenció szintjei - magatartástudományi megközelítésben	144
7.5.	Szűrővizsgálatok	146
7.5.1.	Szűrővizsgálat fogalma és célja	146
7.5.2.	Szűrővizsgálatok típusai	147
7.5.2.1.	Általános és célzott szűrővizsgálatok	147
7.5.2.2.	Kötelező és önkéntes szűrővizsgálatok	147
7.5.2.3.	Tömeges, előírt, célzott és alkalmoszerű szűrővizsgálatok	148
7.5.3.	Szűrővizsgálatok jogi szabályozása hazánkban	148
7.5.4.	A szűrővizsgálatok pszichés hatásai	149
7.6.	Prevenció a fogászatban	149
7.6.1.	A fogászati prevenció szintjei	150
7.6.2.	Fogászati szűrővizsgálatok	152
7.6.3.	A szájüregi elváltozásokkal kapcsolatos önvizsgálat és jelentősége	154
8.	Egészségnevelés – Egészségfejlesztés	158
8.1.	Egészségvédelem	158
8.2.	Egészségmegőrzés	159
8.3.	Egészségnevelés	160
8.3.1.	Az egészségnevelés fogalma	160
8.3.2.	Az egészségnevelés jellemzői	161
8.3.3.	Az egészségnevelés feladata	162
8.3.4.	Az egészségnevelés célja	162
8.3.5.	Az egészségnevelés területei, funkciói	162
8.3.6.	Az egészségnevelés fokozatai	163
8.4.	Egészségfejlesztés	164
8.4.1.	Az egészségfejlesztés fogalma	164
8.4.2.	Az egészségfejlesztés jellemzői	165
8.4.3.	Az egészségfejlesztés célja és tevékenységei	165
8.4.4.	Az egészségfejlesztés szinterei	166
8.4.5.	COM-B modell az egészségfejlesztésben	167
8.5.	Orális egészségfejlesztés az Ottawai Charta elvei alapján	168
8.6.	Néhány példa a hatékony orális egészségfejlesztésre az Ottawai Charta alapján	169
9.	Az orális egészségmagatartás fejlesztésében alkalmazható modellek	172
9.1.	Modellekről, egészségmagatartási modellekről általában	172
9.2.	A viselkedésváltozás, az egészségfejlesztés vagy betegségmegelőzés modelljeinek típusai	173



9.2.1. Modellek a viselkedésváltozás menete szerint	173
9.2.1.1. Folyamatelméletek	174
9.2.1.2. Szakaszelméletek	174
9.2.2. Modellek a viselkedés elméletei alapján	175
9.3. A szociális ökológiai modell alkalmazása az egészségfejlesztésben	175
9.4. Az egészségmagatartás befolyásolásának szintjei a szociális ökológiai modell alapján	179
9.5. Az egyéni szintű egészségmagatartás változását támogató modellek	180
9.5.1. Egészség-hiedelem modell (Health Belief Model - HBM)	180
9.5.2. Prevenció motiváció elmélet	184
9.5.3. Az indokolt cselekvés elmélete (Theory of Reasoned Action – ToRA or TRA)	184
9.5.4. Tervezett viselkedés elmélete (Theory of Planned Behavior - TPB)	186
9.5.5. A viselkedésváltoztatás transtheoretikus modellje (Transtheoretical Modell - TTM)	190
9.5.5.1. A modell alapvetései	191
9.5.5.2. A viselkedés változásának szakaszai	191
9.5.5.3. A modell egyik kulcstényezője a változás folyamatai	193
9.5.5.4. Változás szakaszainak jellemzői	194
9.5.5.5. Kritikai feltevések a viselkedésváltozás természetéről és az intervenciókról	200
9.6. Az interperszonális szintű egészségmagatartás változást támogató szociális-kognitív modell (Social Cognitive Theory - STC)	200
9.7. Az egészségcselekvési folyamat megközelítése (Health Action Processes Approach – HAPA)	206
9.8. A PRECEDE/PROCEED Modell (PPM)	209
9.8.1. A modell alapelvei	209
9.8.2. A PRECEDE/PROCEED modell fázisai és lépései	210
10. Motivációs interjú	217
10.1. A motivációs interjú háttérében álló motivációelméletek	217
10.1.1. Extrinzik és intrinzik motiváció	217
10.1.2. Öndeterminációs elméletet	219
10.2. A motivációs interjú lényege, célja és feladata	220
10.3. A motivációs interjú alkalmazása	221
10.4. A motivációs interjú szellemisége	222
10.5. A motivációs interjú komponense	223
10.5.1. A motivációs interjú alapelvei	223
10.5.2. A motivációs interjú alapkészségei	225
10.5.3. A motivációs interjú kommunikációs stratégiái	227
10.6. A motivációs interjú folyamata - A motivációs interjú szakaszai	230

## BEVEZETÉS

A legtöbb fog- és szájbetegség megelőzhető. Ez azt jelzi, hogy a fogászati ellátás fő koncepcióját olyan módon kell megváltoztatni, hogy a dentálhigiénikus váljon a fő szájápolási szakemberré. A dentálhigiénikus kompetenciái a betegségmegelőzésre és az orális, illetve dentális egészség elősegítésére koncentrálnak; így a fogorvosi beavatkozás csak akkor válik szükségessé, ha a megelőző program sikertelen, és ahol a betegséget nem lehet megfékezni.

A jövő orális egészségügyi szakembereit, köztük a dentálhigiénikusokat arra kell képezni, hogy elsődlegesen ösztönözzék az embereket az egészséges életmódra, az egészség megőrzésére és fejlesztésére, nem pedig - elsődlegesen - a fogak kezelésére.

Az általános egészség és az orális egészség, valamint az egészséggel kapcsolatos életminőség és az orális életminőség közötti kapcsolat miatt multidiszciplináris megközelítésre van szükség a megelőzés és az orális egészség előmozdítása terén. Ha szigorúan csak a fogak és száj egészségére összpontosítunk, akkor túl szűk lenne a dentálhigiénikus szerepe az átfogó megelőzésben és az egészségfejlesztésben. Mivel nincs pontos határ a szájüreg és a test többi része között, ezért pl. a fogszuvasodás megelőzésére szolgáló étkezési tanácsadás, valamint a parodontális betegség és a szájrák megelőzésére szolgáló dohányzásról leszokást támogató tanácsadás szintén elősegíti az általános egészséget. Következésképpen a megelőzésre és az egészségfejlesztésre összpontosítva a dentálhigiénikus nagyon fontos személy lesz a jövő fogászati csapatában. Jegyzetünkkel elsősorban az ő felkészülésüket kívánjuk támogatni.

# 1. A GLOBÁLIS ORÁLIS EGÉSZSÉGÉRT

A The Lancet (a világ egyik legrégebbi, legrangosabb és legismertebb általános orvosi folyóirata) szerkesztőcsoportja 2018-ban felismerte, hogy a száj egészségét a Lancet folyóirat család kissé figyelmen kívül hagyta; ezért felkérte Richard Watt professzort (University College London), hogy dolgozzon ki a The Lancet számára egy orális egészséggel foglalkozó sorozat tervet és vezesse annak elkészítését.

A 2019 júliusában megjelenő sorozat cikkeinek középpontjában a szájüregi betegségek jelentőségének, valamint a fogászati ellátórendszer sürgős és radikális reformjának és a szájbetegségek globális terheinek kezelésére irányuló politikai fellépés szükségességének átfogó áttekintése áll.

Ebben a fejezetben a cikksorozat bevezető cikkének és két fő tanulmányának rövid bemutatására kerül sor. A bevezető cikkben a megjelenő sorozat tervezésének, elkészítésének indokait és ebből adódóan az orális egészséget és az orális egészségügyi ellátást kutató közösség számára globális szinten megfogalmazható következményeit. Az orális egészségről szóló sorozat két fő tanulmánya közül az első a globális orális betegség-járvány terjedelmét és gyakoriságát, társadalmi és a kereskedelmi meghatározóit, valamint annak költségeit mutatja be a népesség jólléte és társadalmi hatása szempontjából. A második tanulmány a fogászati ellátás kritikáját, a válsághelyzethez vezető okokat, a radikális reform szükségességét, valamint a problémákhoz vezető okok kiküszöbölésére megfogalmazott ajánlásokat tartalmazza.

## **1.1. A The Lancet 2019-es júliusi számának orális egészséggel foglalkozó sorozatának tervezési, elkészítési indokai és következményei**

A The Lancet 2019. júliusi számában egy az orális egészséggel foglalkozó sorozat jelent meg, amely tíz különféle ország tizenkét vezető fogászati kutatócsoportjának együttes munkájából származó két fő tanulmányból (Peres és mtsai, 2019; Watt és mtsai, 2019b), illetve két kapcsolódó kommentárból, egy áttekintésből a modern fogászat történetéről és egy összefoglalóból a fogászati közegészségügyi kutatásokról áll. A The Lancet 196 éves története során soha nem kapott ilyen magas színvonalú figyelmet a száj egészsége. A The Lancet sorozatban közzétett tanulmányok a kritikus áttekintés, a releváns adatok elemzése és a kommentárok kombinációját tartalmazzák.

A cikk szerzői arra is rámutattak, hogy a The Lancet orális egészség sorozata egyértelmű hatással van a jövőbeli orális egészségügyi politikára, a képzésre, és az orális egészségügyi rendszerek reformjára. A The Lancet sorozat megjelenése óta számos nemzeti és nemzetközi fogászati szervezet és más érdekeltek is vitát folytattak arról, hogyan lehet a legjobban megragadni az orális egészségre vonatkozó intézkedéseket. Fontos megjegyezni azt is, hogy az orális egészségügyi ellátás ma már elismerten az egészségügyi prioritások között szerepel. 2019 szeptemberében az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) „Egyetemes egészségügyi lefedettség: Együtt mozog az egészségesebb világ megteremtése érdekében” témában tartott ülés elfogadott politikai nyilatkozatában, amely az Egyetemes Egészségügyi Lefedettség címet viseli. Az ENSZ-nek ez a nyilatkozata elismeri, hogy rossz orális egészség továbbra is néma járvány, hogy az orális egészség nélkülözhetetlen az általános egészség részeként, a teljes jólléthez az élet minden szakaszában (ENSZ Közgyűlés, 2019).

Watt és munkatársai (2019a) a sorozat bevezető cikkében a cikksorozat megjelenésének indokait az alábbiakban foglalták össze:

- A szájüregi betegségek globális terhe továbbra is magas. A szájüregi betegségek világszerte több mint 3,5 milliárd embert érintenek, és az alacsony és közepes jövedelmű országokban egyre növekszik előfordulásuk.
- Az orális egészségi állapotban határozott és tartós egyenlőtlenségek vannak az országok között és az országokon belül. A szájüregi betegségek aránytalanul érintik a társadalom hátrányos helyzetű csoportjait, és szorosan kapcsolódnak azok társadalmi-gazdasági helyzetéhez.
- A szájüregi betegségek kockázati tényezői gyakran megegyeznek más nem fertőző betegségek társadalmi-gazdasági kockázati tényezőivel. Egyre inkább felismerik a kereskedelem meghatározó tényezőinek - különösen a cukoriparnak - a száj egészségére és más nem fertőző betegségekre gyakorolt kritikus szerepét.
- A fogászati ellátórendszer szerte a világon nem tud megbirkózni a szájbetegségek terheivel. A fogászati ellátásban uralkodó egyre specializálódóbb és költségesebb fogorvosi hangsúlyú ellátás radikális reformot igényel.
- A fogászati ellátórendszer és a szakpolitika területén is sürgős reformra van szükség: a szolgáltatások, stratégiák és beavatkozások tekintetében is a prevenciót kell a középpontba helyezni az ellátás helyett, a lakosság szájhigiénés igényeire és az egyenlőtlenségekre kell reagálni, az ellátást jobban integrálni az alapellátásba és magas szintű szolgáltatást, bizonyítékokon alapuló gondozást nyújtani.

A szerzők a cikkben összefoglalják a cikksorozatban megjelentek várható következményeit az orális egészséggel, illetve az orális egészségügyi ellátásokkal foglalkozó kutatásokra:

- A fog- és szájüregi betegségek, mint a közegészségügy globális problémája kutatási prioritássá válik.
- Nagyobb figyelmet fordít a népesség orális egészségügyi szükségleteinek és az egyenlőtlenségek kezelésére.
- A kutatói közösségek támogatják az egységes monitoring rendszer kidolgozását.
- A tudományágak és ágazatok közötti együttműködés útján felhívják a figyelmet a politikai, társadalmi, gazdasági, a környezeti, viselkedési, pszichoszociális és biológiai tényezők szerepére és a különböző tényezők közötti kapcsolatokra a betegségek kialakulása és következményeinek vonatkozásában.
- Hiteles, ipartól független és elfogulatlan kutatások kezdeményezése a cukor- és alkoholfogyasztás, illetve dohányzás mérséklése érdekében.
- Fontos feladatuknak tekintik, hogy felhívják a figyelmet az orális ellátórendszerek radikális reformjának szükségességére, elsősorban az alapellátás fejlesztésének szükségességére.
- Az orális egészség és az egyenlőtlenségek csökkentése érdekében az upstream szakpolitikai beavatkozásokat támogató kutatások előtérbe kerülése a hatékonyság és a változás mérésére.
- A helyi lakosság szükségleteire alapozó, a helyi forrásokat figyelembe vevő, megfelelő technológiákat és innovációkat alkalmazó, elérhető fogászati alapellátás felépítésére, fejlesztésére irányuló kutatások tervezése és kivitelezése elsősorban az alacsony és közepes jövedelmű országokban.

A cikk szerzői a globális orális egészség, illetve a fog- és szájbetegségek tartós és méltánytalan globális terheinek csökkentése érdekében fontosnak tartják olyan kutatási stratégiák kidolgozását, amelyekben a kutatócsoportok „Nemzetközi Szervezet a Fogorvostudományi Kutatásokért”-val (International Association for Dental Research - IADR), a Fogorvosok Világszövetséggel (World Dental Federation - FDI), az Egészségügyi Világszervezettel (World Health Organization - WHO) és más érdekelt felekkel együttműködve közreműködik.

## 1.2. Szájbetegségek: globális közegészségügyi kihívás

Peres és munkatársai (2019) Szájbetegségek: globális közegészségügyi kihívás című tanulmányában olvashatunk arról, hogy az orális betegségek továbbra is a világ egyik legelterjedtebb betegségei, amelyek súlyos egészségügyi és gazdasági terheket jelentenek, jelentősen csökkentve az érintett személyek életminőségét. A legelterjedtebb és következményes orális betegségek világszerte a fogszuvasodás, a periodontális betegségek, a fogvesztések, valamint az ajkak és a szájüreg daganatai.

Az orális egészségről szóló sorozat első tanulmánya a globális klinikai és orális betegségek közegészségügyi jelentőségét tárgyalja a következő szempontok alapján: prevalenciájuk, az orális egészség egyenlőtlenségeinek mintázatai, és - az egyénekre, a családokra és a társadalomra gyakorolt hatásuk. A szerzők elemzése kiemeli az orális betegségek mögöttes társadalmi és kereskedelmi kérdéseit, továbbá az egymással kölcsönhatásba lépő egyéb befolyásoló tényezőket is. Továbbá az orális betegségeket beilleszti a járványszerűen terjedő, nem fertőző betegségek (NCD - non-communicable diseases: daganat, diabétesz, szív-és érrendszeri megbetegedés, valamint krónikus légzőszervi betegség) tágabb kontextusába.

### *A tanulmányban megfogalmazott kulcsüzenetek:*

- Az orális egészség az általános egészség, a jóllét és az életminőség szerves eleme, lehetővé téve az alapvető fontosságú napi funkciókat (pl. rágás, beszéd).
- Az orális betegségek számos krónikus klinikai állapothoz vezetnek.
- Annak ellenére, hogy nagyrészt megelőzhetők, az orális betegségek rendkívül elterjedtek és gyakoriak, krónikus és progresszív jellegűek az egész életen át tartó állapotok különösen az alacsony jövedelmű és közepes jövedelmű országokban.
- Az orális betegségek aránytalanul érintik a társadalom hátrányos helyzetű és a társadalom peremére sodródott csoportjait, szorosan összekapcsolódva a társadalmi-gazdasági státuszukkal és az egészség tágabb társadalmi meghatározóival.
- A szájüregi betegségek jelentős negatív hatást gyakorolnak az egyének (pl. fájdalmat, szepszist okoznak, csökkent életminőséggel járnak), a családok, a közösségek egészségére (pl. növelik az iskolai és a munkából való távolmaradás napjainak számát), jelentős terhet rónak az egészségügyi ellátó rendszerre és komoly társadalmi következményekkel járnak.
- A szájbetegségek közös kockázati tényezők más nem fertőző betegségekkel, amelyek magukban foglalják a túlzott mértékű cukorfogyasztást, alkoholfogyasztás és a dohányzást, az egészség szélesebb társadalmi és kereskedelmi tényezőit.

- Különös aggodalomra ad okot a túlzott cukorfogyasztásnak a betegségek kialakulására gyakorolt hatása (fogszuvasodás, túlsúly vagy elhízás és cukorbetegség), amely szigorúbb szabályozást és jogszabályokat igényel a kormányok által.

A szájüregi betegségek klinikai áttekintése:

- A legfontosabb kórképek, amelyeket globális közegészségügyi prioritásoknak tekintünk: a fogszuvasodás, periodontális betegségek, fogvesztések, valamint az ajkak és a szájüreg daganatai.
- A közegészségügyi prioritást kapó fog- és szájbetegségek 2015-ös Betegségek Globális Terhei (GBD - Global Burden of Disease Study) tanulmányában szereplő epidemiológiai adatok szerint 3,5 milliárd ember él valamilyen orális betegséggel, kezeletlen fogszuvasodással, súlyos periodontális betegséggel, edentulizmussal (teljes fogvesztéssel) és súlyos mértékű fogvesztéssel (a maradandó fogak közül 1 és 9 közötti fogak hiánya), a Nemzetközi Rákkutatási Ügynökség 2018-as adatai szerint az ajak- és a szájüregi daganatok a tizenötödik leggyakoribb megbetegedés volt a világon.
- Szoros összefüggés van az orális egészség és a különböző társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek között. Az orális betegségek növekvő prevalenciájának hátterében jelentős és tartós társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek léteznek. Ezeket az okozati összefüggéseket az elmúlt évek irodalmában már széles körben leírták.
- Az orális egészségi állapotban fennálló különbségek a legtöbb esetben érintik a társadalom peremére szorult és valamilyen szempontból társadalmilag kirekesztett csoportokat (pl. hajléktalanokat, fogvatartottakat, fogyatékkal élőket). Az orális betegségek közvetlen (kezelési költségek) és közvetett módon (pl. termelékenység - munkából és iskolából való távolmaradás miatti veszteségek), valamint immateriális költségek (pl. fájdalom, harapási problémák, rágás, beszéd, mosolygás, társadalmi és családi eseményekről való távolmaradás) útján jelentős gazdasági terhet rónak a társadalomra. A gazdasági terhek vonatkozásában nem feledkezhetünk el egyes szisztémás betegségekhez kapcsolódó parodontális betegségek ellátási költségeiről sem.
- Az egyes életkorokban (gyermek, felnőtt, idős) előforduló orális betegségekről, a következményeként csökkenő életminőségről a későbbi fejezetekben olvashat.
- Az orális egészséget több strukturális tényező (pl. gazdasági, társadalmi és jóléti politikák, társadalmi hierarchia, az egyének társadalmi-gazdasági státusza: élet-, munka- és életkörülményei - szociális és lakhatási feltételek, pszichoszociális tényezők, mint például a stressz és a társadalmi támogatás és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, és a

betegség kockázata határozza meg. Bár az egészség társadalmi meghatározói jó ideje ismertek a kezelésére irányuló politikák lassúak, inkább az egyszerűsített downstream<sup>1</sup> beavatkozásokra támaszkodóak nem pedig az egész lakosság körében érvényesülő integráló upstream<sup>2</sup> stratégiára.

### **1.3. Vége a globális orális egészség mellőzésének, ideje a radikális fellépésnek**

Watt és munkatársai Vége a globális orális egészség mellőzésének: ideje a radikális fellépésnek című tanulmányukban fogászati válsághelyzetre hívják fel a figyelmet. Jelenleg a szájüregi megbetegedések rendkívül súlyos népegészségügyi problémát jelentenek, ugyanakkor a jelenlegi fogászati megközelítéssel nem sikerült megoldani ezt a problémát. Az ismertetett közlemény a kialakult helyzet korlátait, annak okait, sürgős igényét a rendszerreform érdekében és megoldási javaslatait fejt ki. A tanulmány utalva a fog- és szájüregi megbetegedések világszerte rendkívül súlyos népegészségügyi problémájára arra hívja fel a figyelmet, hogy az orális betegségek globális terheinek radikális csökkentéséhez sürgős reformra, a változás érdekében alapvetően más megközelítésre van szükség.

*A szerzők a válsághoz vezető problémákat a következő gyakorlatra vezetik vissza:*

1. Az ellátás intervenciós, kezelés-orientált (treatment-focused), technikai hangsúlyú szemléletére.
2. A fenti megközelítés kevésbé foglalkozik a betegségek többdimenziós hátterével, illetve az orális egészségi állapotot meghatározó egyenlőtlenségekkel.
3. A képzési rendszer és munkaerő-kínálat sajátosságaira (A fogászati területen dolgozó szakemberek képzése évtizedek óta változatlan, képzési programjaik betegség-orientáltak és nem egészség-centrikusak, illetve a fogászati szakemberek száma emelkedik ugyan, de nagyrészt ők városokban praktizálnak.).
4. A fogászati szakemberekből álló teamek kevésbé gyakoriak (Főleg egymástól elkülönülten, egyedül dolgozó fogorvosi praxisok a jellemzőek.).

---

<sup>1</sup> Az egyéni tanácsadásra fókuszáló, a szolgáltatásokhoz való méltányos hozzáférés biztosítására koncentrááló ellátás, hogy enyhítsék a hátrányok egészségre gyakorolt negatív hatásait.

<sup>2</sup> Közösségi szintre fókuszáló, az alapvető társadalmi és gazdasági struktúrák fejlesztésére összpontosítanak az akadályok csökkentése és az olyan támogatások javítása érdekében, amelyek lehetővé teszik az emberek számára, hogy teljes egészségügyi potenciáljukat kiaknázzák.



5. A fogászati ellátás csekély mértékben igazodik a populáció igényeihez, mind az ajánlott kezelések típusában, mind pedig elérhetőségében (Az ellátás főként városi rendelőkben történik, az alapellátás pedig alacsony lefedettséggel működik.).
6. A preventív beavatkozások bizonyítottan hatékonyak, de nem elegendőek a járványszerűen terjedő, nem fertőző betegségek közé tartozó orális betegségek esetében (pl. a fokozott cukorfogyasztás mellett a fogszuvasodás csökkentésére). Nincs egységes és átfogó jogi szabályozás e betegségek kockázati tényezőinek a kezelésére.

***A szerzők a fenti problémákhoz vezető okok kiküszöbölésére az alábbi ajánlásokat fogalmazták meg:***

1. Szájüregi egészség felügyeleti rendszerének fejlesztése: globálisan standardizált és összehasonlítható rendszerekre van szükség, megfelelő indikátorok használatával. Ez egyrészt azt jelenti, hogy a felügyeleti rendszert ki kell egészíteni olyan mutatókkal, amelyek felméri a szélesebb népesség orális egészségét befolyásoló hatásokat, másrészt össze kell hangolni és integrálni kell a nem fertőző betegségek (non-communicable diseases - NCD) megfigyelő rendszereivel. Továbbá az Egészségügyi Világszervezetnek világszerte kulcsszerepet kell játszania az orális egészségügyi megfigyelő rendszerek integrált fejlesztésében és megerősítésének vezetésében.
2. Fogászati ellátási rendszerek sürgős reformja: a fogászati és az általános egészségügyi ellátások integrációjára lenne szükség, valamint ösztönözni kellene a széleskörű tudással rendelkező szakembereket a csapatmunkára, a különböző populációk prevenciós és intervenciós igényeinek magas színvonalú, bizonyítékokon alapuló kielégítése érdekében.
3. Képzési reform: fogorvos-centrikus modell helyett szakemberek csapatára (team) van szükség és vegyes készségek (skill mix) oktatására a képzés során.
4. Szájüregi egyenlőtlenségek kezelése: a hátrányos helyzetűek és a helyi közösségek igényeit is figyelembe vevő fogászati ellátások elérhetőségének javítása, érdekképviselőre és széles körű politikai változásokra van szükség.
5. Az orális egészség maximalizálása: “upstream” politikai szemlélet kialakítása (egyéni megközelítés helyett populációt érintő változások bevezetése: pl. cukros üdítők adóztatása, gyermekeket célzó cukros ételek, italok reklámozásának szabályozása; a megfelelő fluorid expozíció előmozdítása a fogkrém és ivóvíz segítségével; valamint a közös kockázat felvállalása megközelítés a dohányzás és a káros alkoholfogyasztás csökkentésére).

6. Szájbetegségek kereskedelmi tényezőinek kezelése: szigorúbb jogi szabályozás (pl. szakmai és döntéshozó szervezeteknek a cukoriparból származó szponzorációt nem szabadna elfogadnia).
7. Kutatás támogatása: a népesség szájegészségi szükségleteit célzó kutatások finanszírozására, több tudományágat átfogó kutatási partnerségre és megfelelő módszertanra lenne szükség.
8. A globális érdekképviselő erősítése: a vitákat többszintű érdekképviselő útján kell kezelni; globális, többszintű politika és intézkedések szükségesek, hogy az orális egészség problémájának jelentőségére felhívjuk a figyelmet.

***Tekintettel a fogászat jelenlegi gyakorlatára, a reform megvalósításához öt kulcsfontosságú területen kell végrehajtani változtatásokat:***

1. Univerzális orális egészségügyi szolgáltatások nyújtása: olyan orális egészségügyi lefedettség, amely az univerzális egészség mindhárom dimenzióját (lefedettség, pénzügyi védelem és a szolgáltatás minősége) tartalmazza. Ideális esetben olyan költséghatékony és bizonyítékokon alapul, a lakosság leggyakoribb igényeket kielégítő alapvető szolgáltatások elérhetősége, amely a népesség minden szegmense számára elérhető, ahol a középpontban a megfizethető elsődleges egészségügyi ellátás áll, míg a költségesebb speciális szolgáltatások az egészségügyi ellátás felsőbb szintjén lennének elérhetők.
2. A munkaerő innovációja: innovatív munkaerőmodellek és képzési rendszerek bevezetése az orális egészséggel foglalkozók számára, a fogorvos-központú modell eltolását a csapatorientált megközelítés felé, fogászati ellátásban dolgozóknak vegyes készségek (skill mix) elsajátítása, a prevencióra, az egészségfejlesztésre, a közegészségügyi szolgáltatásokkal integrált közösségi igényekre összpontosító és bizonyítékokkal megalapozott gondozási útvonalak kidolgozása a közösségi igények hatékony kielégítése érdekében.
3. Az egészségügyi rendszer résztvevői közötti kapcsolat lehetővé tétele: olyan egészségügyi rendszerirányítás szükséges, amely a rugalmas, betegközpontú támogatást biztosítja a megfelelő minőséggel párosítva (minőségbiztosítási rendszerek bevezetése).
4. A kutatások finanszírozásának növelése, valamint integráltan felügyelt, kivitelezett és követett kutatások a megfelelő eredmények biztosítása érdekében.
5. A beavatkozások átcsoportosítása a lakosság egészét érintő (upstream) politikára: Az orális egészséget befolyásoló komplex tényezők ismerete ellenére a jelenlegi gyakorlatban a rövid távú eredményeket hozó, beavatkozást pártoló politikák érvényesülnek. Célunk, hogy

helyükre radikális, preventív, védő politikák kerüljenek. Miután az orális egészséget és az orális egészségi egyenlőtlenségeket egyéni, társadalmi, gazdasági, politikai és kereskedelmi tényezők összessége befolyásolja, ezért merészebb és radikálisabb megelőző megközelítésre van szükség. A multiszektoriális együttműködést igénylő, integrált és összehangolt stratégiák az upstream, midstream és downstream politikákat együttesen célozzák meg, ezzel lehetővé teszik a mögöttes társadalmi és kereskedelmi problémák kezelését a szájbetegségek vonatkozásában.

6. Cukorfogyasztást csökkentő stratégiák: A hozzáadott cukor túlzott fogyasztása ma globális közegészségügyi prioritást élvez. A világban a hozzáadott cukorfogyasztás jóval magasabb, mint a WHO ajánlása, különösen a gyermekek és fiatalok, valamint alacsony jövedelmű és hátrányos helyzetű csoportok körében. A hozzáadott cukrot célzó upstream politikák (pl. a cukorgyártásról szóló nemzetközi kereskedelmi megállapodások, kvóták, árszubszenciák) és nemzeti politikák (pl. cukorra kivetett adók, illetékek) szükségesek.

## **A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések**

- Nevezze meg a fog- és szájüregi megbetegedések világszerte rendkívül súlyos népegészségügyi problémájához vezető gyakorlat egyes elemeit!
- Ismertesse a fog- és szájüregi megbetegedések világszerte rendkívül súlyos népegészségügyi problémájához vezető okok kiküszöbölésére megfogalmazott ajánlásokat!
- Sorolja fel a reform megvalósításának öt kulcsfontosságú területét, majd röviden mutassa be azokat!

## **Felhasznált irodalom**

- Peres, M.A., Macpherson, L.M.D., Weyant, R.J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M.R., Listl, S., Celeste, R.K., Guarnizo-Herreño C.C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., Watt, R.G. (2019): Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*, 394(10194):249-260.
- Watt, R.G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L.M.D., Venturelli, R., Listl, S., Weyant, R.J., Mathur, M.R., Guarnizo-Herreño, C.C., Celeste, R.K., Peres, M.A., Kearns, C., Benzian, H. (2019a): The Lancet Oral Health Series: Implications for Oral and Dental Research. *Lancet*. 394(10194):8-10.
- Watt, R.G., Daly, B., Allison, P., Macpherson, L. M.D., Venturelli, R., Listl, S., Weyant, R.J., Mathur, M.R., Guarnizo-Herreño, C.C., Celeste, R.K., Peres, M.A., Kearns, C., Benzian, H (2019b): Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet*. 394(10194):261-272.

## 2. FOGÁSZATI NÉPEGÉSZSÉGÜGY

Annak ellenére, hogy világviszonylatban is rendkívüli fejlődést jeleznek a népegészségügyi mutatók, a szájbetegségek napjainkban is fontos népegészségügyi problémát jelentenek. Ebben a fejezetben a fogászati népegészségügy fogalmát, célját és feladatait, nemzetközi és hazai szervezeteit tárgyaljuk, valamint az orális egészséggel kapcsolatos legfontosabb nemzetközi és hazai epidemiológiai adatait mutatjuk be.

### 2.1. A népegészségügy és a fogászati népegészségügy fogalma és feladatai

„A *népegészségügy* a betegségek társadalmilag szervezett megelőzésének, az egészség fenntartásának és az élet meghosszabbításának a kutatásával és módszereivel foglalkozó tevékenységek összessége” (Acheson, 1988 idézi Márton és mtsai, 2009:53).

A „népegészségügy” nemcsak ösztársadalmi, hanem egészségpolitikai felfogásnak is tekinthető. Témái a „klasszikus közegészségügy” tárgykörein, részfeladatain kívül a nem fertőző betegségek epidemiológiájával, az egészségfejlesztéssel, az egészségpolitikával, és az egészségügyi ellátás rendszerének tanulmányozásával egészültek ki (Asztalos, 2011).

A *fogászati népegészségügy* a fogászat nem klinikai szakterülete, amely a szájbetegségek társadalmilag szervezett megelőzésével, az orális egészség fenntartásának és az ezzel összefüggő életminőség javításának a kutatásával és módszereivel foglalkozik (Downer és mtsai, 1994 idézi Márton és mtsai, 2009:53). A fogászati népegészségügy tehát nem az egyént, hanem a közösséget, mint klienst szolgálja.

A modern intézményesített népegészségügyi szemlélet szükségszerűen preventív szemléletű, amely magába foglalja a különböző betegségek rizikófaktorainak meghatározását és kiiktatását társadalmi keretek között. A fogászati népegészségügy kiemelt feladatai: a szájüregi rák, a fogszuvasodás és a parodontális megbetegedések megelőzése.

## **2.2. A fogászati népegészségügy nemzetközi szervezete és annak céljai**

A *Fogászati Közegészségügy Európai Szövetsége* (European Association of Dental Public Health - EADPH) a fogászati népegészségügy területére specializálódott, független, nemzetközi, tudományos alapokon tevékenykedő szervezet, amit 1996-ban alapítottak. Két fő tevékenységi köre az orális epidemiológia, valamint az orális egészség megőrzése. Éves találkozóin epidemiológus kutatók, klinikusok és nemzeti döntéshozók vesznek részt. Hivatalos lapja a Community Dental Health.

### ***A Fogászati Közegészségügy Európai Szövetségének célja:***

1. a szájpolás és a szájhigiénés stratégiák előmozdítása Európában;
2. szószólója száj-egészségügyi kérdéseknek;
3. az országokon belüli száj-egészségügyi kezdeményezések támogatása;
4. az Európai Bizottsággal való kapcsolatok fejlesztése révén javítsa a száj-egészségügyi profilját;
5. törekedjen a szakterület Európán belüli fejlesztésére, elismerésére, oktatására és tudományos alapjaira;
6. elősegíti a száj-egészségügyi és egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos kutatást, és ösztönzi a kutatási eredmények gyakorlati alkalmazását;
7. konstruktív módon működjön együtt az iparral hálózat és szakértelem biztosítása révén a termékek értékelésében, és harmonizálja az egész Európában a száj egészségére ható termékekkel kapcsolatos tanácsokat;
8. együttműködés és kapcsolattartás más nemzetközi szervezetekkel az egészségügy területén (EADPH, 1996).

## **2.3. A fogászati népegészségügy hazai szervezete és feladatai**

A *Nemzeti Népegészségügyi Központ*, 2018-tól az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) jogutódjának részeként működik az Országos Fogászati és Szájsebészeti Szakfelügyelet (OFSZSZ) az orvosi szakmai felügyeleti szervek, akárcsak az Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ (OSZMK) vezetésével. Az Országos Fogászati és Szájsebészeti Szakfelügyelő Főorvos mellett tizenkilenc megyei, egy fővárosi és húsz budapesti Kerületi Szakfelügyelő Főorvos működik. Az OFSZSZ feladata a fogászati ellátások és prevenciók eljárások minőségi ellenőrzése; a szakfelügyelők rendszeres fejlesztése,

továbbképzése; a szakfelügyeleti hálózatok vezetése, menedzselése. Az OFSZSZ statisztikai adatgyűjtéssel is foglalkozik, valamint az adatok gyűjtésére alkalmas módszereket dolgoz ki a betegségekkel, kezelésekkkel, terápiás eljárásokkal és prevenciós módszerekkel kapcsolatosan. Mindezekon felül folyamatosan tartja a kapcsolatot a Fog-és Szájbetegségek Szakmai Kollégiumával. A szakfelügyelő főorvosok feladatai közé tartozik az adott illetékességi területhez tartozó fogászati szakmai és minőségi ellenőrzése; a helyi fogászati ellátás és a lakosság orális egészségének felmérése adatgyűjtési módszerek segítségével; javaslatokat fogalmaz meg; munkatervet, valamint összefoglalót készít az éves munkáról, továbbá segítséget nyújt a speciális esetek kezelésével kapcsolatos problémás döntésekben.

Magyarország két fogászati népegészségügyi területen aktívan tevékenykedő nemzetközi szervezettel tartja folyamatosan a kapcsolatot, az egyik a Council of European Chief Dental Officers (CECDO - Európai Fogászati Vezetők Tanácsa), a másik pedig a *European Association of Dental Public Health* (Európai Fogászati Népegészségügyi Társaság), amelyről a korábbiakban már írtunk. A *Council of European Chief Dental Officers* (CECDO - Európai Fogászati Vezetők Tanácsa) az Európai Unió és az Európai Gazdasági Térség országainak fogászati szakfelügyelő főorvosi fóruma. Legfőbb célja a jó orális egészségi állapot megőrzésének az elősegítése, támogatása. Feladata a gyűjtött adatok és a szakfelügyelői beszámolók alapján célokat, feladatokat meghatározni, stratégiát felállítani, továbbá javaslattételt tenni a tagországok kormányai számára a megvalósításhoz (Márton és mtsai, 2009).

## **2.4. Az orális egészséggel kapcsolatos legfontosabb epidemiológiai adatok**

A szájüregi megbetegedések súlyos terhet jelentenek az egészségügyi ellátórendszerre nézve. A sokszor, egy egész életen át gondozást igénylő elváltozások fájdalommal, a komfortérzet csökkenésével járnak és akár halálhoz is vezethetnek. A szájüreg különböző elváltozásai kb. 3,5 milliárd embert érintenek. A tejfogak szuvasodásától legalább 530 millió gyermek szenved, mindemellett globálisan nézve a népesség 10%-a érintett valamilyen fogágybetegség kapcsán. A különböző fogászati beavatkozások és kezelések nagyon költségesek, sőt gyakran nem képezik részét az általános egészségügyi ellátásnak. A magas jövedelmű országokban az egészségügyi kiadások 5%-át jelentik a fogászati költségek. Több alacsony és közepes jövedelmű ország nem képes biztosítani az ellátást, valamint a preventív beavatkozásokat. A szájüreg betegségeinek magas előfordulási arányát a nagy számban jelenlévő rizikófaktorok,

mint például a dohányzás, az alkoholfogyasztás, az egészségtelen táplálkozás, valamint a túlzott cukorfogyasztás is magyarázza. Összességében a szájüregi megbetegedésekre igaz, hogy rendszeres fogorvoslátogatással, a rizikófaktorok eliminálásával és a megfelelő orális higiéné fenntartásával csökkenthető kialakulási esélyük, az elváltozásokat idejekorán felismerve könnyen, gyakran non-invazív módszerekkel lehet kezelni. A szájüregi betegségek okozta terhek csökkenthetők közegészségügyi beavatkozások révén, például a kockázati tényezők visszaszorítása által (WHO, 2020).

#### **2.4.1. Az orális egészséggel kapcsolatos legfontosabb nemzetközi epidemiológiai adatok**

A leggyakoribb szájüregi elváltozások közé soroljuk a fogszuvasodást, a fogágybetegségeket, a szájüregi daganatokat, a szájüreget érintő fertőző betegségeket, a traumás sérüléseket, valamint az örökletes megbetegedéseket is. Európában a 6 éves korosztály 20-90%-a, míg a felnőtt korosztály közel 100%-a érintett caries tekintetében. A 12 éves korosztálynak 0,5-3,5 foga érintett carieses elváltozás kapcsán. A parodontális megbetegedések a középkorú korosztálynál (35-44 év) 5-20%-os, az idős korosztálynál (65-75 év) 40%-os előfordulási aránnyal bírnak. A legtöbb fogvesztésért a fogágybetegség és a fogszuvasodás felel. Az európai lakosság 30%-a nem rendelkezik már természetes foggal 65-74 éves korára, mely számos egyéb egészségügyi problémát von maga után. A szájüregi daganatok előfordulása 5-10/100.000. Leggyakrabban a férfiak, az idősebb korosztály, valamint az alacsony iskolai végzettséggel és alacsonyabb jövedelemmel rendelkezők vannak veszélyeztetve a daganatos elváltozások tekintetében. Kelet-Európában és Közép-Ázsiában magasabb a HIV-pozitív egyének száma, 40-50%-uknál jelentkezik valamilyen virális, gombás, bakteriális fertőzés, mely a szájüreg régióit érinti. A szájüregi traumák 40%-a iskoláskorban következik be, leggyakrabban nem biztonságos játszótér vagy az iskola területén, közlekedési baleset formájában vagy fizikai erőszak eredményeként. A születési rendellenességek nagy különbségeket mutatnak etnikai csoportonként, valamint földrajzi elhelyezkedés szerint. Előfordulásuk 1/500-700 születéshez képest. A WHO közleményében felhívja a figyelmet a rossz szociális-és gazdasági körülmények, valamint az egészségkárosító magatartások orális egészséget befolyásoló, meghatározó hatására, valamint arra, hogy számos szisztémás megbetegedéssel mutat szoros kapcsolatot a szájhigiéné alakulása (WHO, 2016).

A fogszuvasodás előfordulása az elmúlt négy évtizedben csökkenést mutat. Ez a mérséklődés leginkább a magas jövedelmű országokban és a 12 éves korosztály körében

figyelhető meg. A kezeletlen, szuvas tejfogak 9·0%-os előfordulása az 1990-es és 2010-es időszakban nem mutatott változást, 2015-ben azonban csökkent, 7·8% volt a prevalenciája. A tejfogakat érintő kezeletlen szuvaság az 1-4 éves korosztály körében a leggyakoribb 2015-ös adatok alapján. 2010-ben a maradó fogakat érintő, kezelés nélküli szuvaságok a népesség 35%-át érintették, mely világviszonylatban 2·4 milliárd embert jelent. Előfordulását tekintve két kiugrás tapasztalható, az egyik és legnagyobb a 25 éves korosztálynál, a második és jóval kisebb kiugrás pedig a 70 év körülieknél (esetükben a gyökérfelszín érintettségével magyarázható az emelkedés) jelentkezik (Peres és mtsai, 2019).

Early childhood cariesről vagy cumisüveg („baby bottle”) szindrómáról akkor beszélünk, ha a 3 éves és annál fiatalabb gyermekek tejmetezőinek nyaki területein a dentin már körkörös szuvas, vagyis a fogak felszínein caries jelei detektálhatók. Etiológiáját tekintve egy multifaktoriális kórkép, melynek kialakulásában szerepet játszhat a zománc hypopláziája (mely a zománcréteg ellenállóságának csökkenését, valamint a fogfelszín plakkretencióját is eredményezi), a cariogén flóra túlsúlya (*Streptococcus mutans*, *Lactobacillus* fajok), valamint a gyakori és nagy mennyiségű cukorfogyasztás, mely savképződés révén demineralizációhoz vezet (OHP, 2016). Előfordulása a 3-5 évesek körében igen változó értékeket, nagy különbségeket mutat. Prevalenciája Európában a 3 éves korosztály körében közel 40%, az Egyesült Királyságban 12%, Japánban 25%, míg a Közel-Keleten 22-61%, Ázsiában 36-38%, Afrikában 38-45%, Kambodzsában és Indonéziában azonban a 90%-ot is eléri (WHO, 2017). Az USA-ban végzett 2011-2012-es adatok nagyon magas előfordulási arányról számolnak be. Az ECC következménye lehet: nagyobb kockázat új caries kialakulására; kórházi, sürgősségi ellátás igénybevétele nő; magas kezelési költségek; iskolából történő hiányzások száma emelkedik; csökkent tanulási képesség; a száj egészsége által befolyásolt életminőség romlik (OHP, 2016).

2010-es adatok szerint 743 millió ember érintett parodontális megbetegedésben világszerte. A 65-74 éves korosztály 30%-ának fogvesztése háttérben parodontális elváltozások állnak. Előfordulását tekintve nem tapasztalható szignifikáns emelkedés az 1990 és 2010-es időszakban (Peres és mtsai, 2019).

Napjainkban világszerte egyre több beteg esik áldozatául a fej-nyaki régiót érintő malignus tumoroknak, közülük is leggyakrabban a szájüreg laphámsejtes daganatának. 2012-es adatok szerint 530.000 új szájüregi daganatos megbetegedést diagnosztizáltak évente, valamint 290.000 halálesetet dokumentáltak évente, mely a száj daganatos elváltozása miatt következett be világszerte. Kelet-Közép-Európában gyakoribb az előfordulása, mint Európa más részein



(Steele és mtsai, 2011). Az European Cancer Observatory 2012-es adatai szerint a szájüregi daganatok morbiditása férfiaknál: 39,8/100.000, nőknél: 9,5/100.000; míg a halálozás férfiak esetében: 23,1/100.000, nőknél: 3,7/100.000. Az európai átlagértékek ezekhez képest: előfordulás férfiaknál: 18,2/100.000, nőknél: 4,9/100.000; halálozás férfiaknál: 8,4/100.000, nőknél: 1,6/100.000 (Ferlay és mtsai, 2013). Az International Agency for Reseach on Cancer 2018-as álláspontja szerint a szájüregi daganatok a tizenöt leggyakoribb daganattípus közé sorolhatók. Világviszonylatban 500.000-550.000 esetet dokumentáltak 2018-ban, valamint 177.384 halálesetet, mely a szájüreg daganatos elváltozása miatt következett be. A halálesetek 67%-a a férfiakat érintette (Peres és mtsai, 2019).

A szájüregi daganatok elsősorban az ötvenes élet évektől halmozódnak fokozottan. A kockázatot a rossz szociális és társadalmi helyzet, az ebből következő egészségtelen táplálkozás, elhanyagolt fogazat és szájhigiéné növeli, azt többszörösré fokozza a számos mérgeanyagot folyamatosan a szervezetbe adagoló dohányzás, valamint az alkoholizmus is. Egyes szakirodalmi tanulmányok felvetik az erősen csípős ételek rendszeres fogyasztásának károsító hatását is. A magasabb jövedelmű országokban rohamosan megnőtt a fiatalok körében jelentkező oropharyngeális daganatok száma, mely kapcsolatba hozható a HPV (Humán Papilloma Vírus) terjedésével (Peres és mtsai, 2019).

A craniofaciális traumák felelősek a 8,5 millió traumás haláleset közel feléért. A leggyakoribb okok közé tartoznak a közlekedési balesetek, sportolás közben bekövetkező sérülések, a fizikai erőszak következményei, valamint az ajak és nyelv piercingek által okozott traumák (WHO, 2020). Európában az esetek 39%-a fizikai erőszak, 31%-a esések, 11%-a sportbalesetek és szintén 11%-a közlekedési balesetek következménye. További 3%-uk hátterében munkahelyi baleset áll, 5%-uk pedig más egyéb okból kifolyólag következik be (FDI, 2015).

#### **2.4.2. Az orális egészséggel kapcsolatos legfontosabb hazai epidemiológiai adatok**

Magyarországon a fogászati alap- és szakellátás megfelelő struktúrája ellenére az orális epidemiológiai mutatók (különösen a daganatos betegségek tekintetében) elmaradnak az európai átlagtól, és 2008-ban sem érték el az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organizatio - WHO) által 2000-re globálisan kitűzött értékeket.

2014 őszén, Magyarországon második alkalommal került sor az Európai lakossági egészségfelmérésre. Az Európai Unió valamennyi tagállamában kötelezően bevezetett kérdőív

segítségével összehasonlítható adatok nyerhetők a lakosság egészségi állapotáról, az egészséget befolyásoló tényezőkről, az egészségügyi ellátórendszer igénybevételéről és az ezzel kapcsolatos elégedettségről. A második alkalommal végrehajtott Európai lakosság egészségfelmérésében - az Egészségi állapot témakörben - szerepeltek először olyan kérdések, melyek a fogazat állapotára, a szájüreg egészségére vonatkoztak. A beérkezett adatok szerint a felnőtt lakosság csaknem fele jónak vagy nagyon jónak értékeli fogainak állapotát, míg minden ötödik megkérdezett rossznak vagy kifejezetten nagyon rossznak ítélte azt. Korosztályi bontásban azonban már jelentősek a különbségek: míg a legfiatalabbak túlnyomó részének (88%), addig a 30-44 év közöttieknek közel tizede, a 45-59 évesek negyede, a 60-74 éveseknek pedig harmada ítélte rossznak vagy nagyon rossznak orális státuszát. A fogazat állapotának önbevallásos megítélésében nem találtak eltérést a két nem között. A fogak általános értékelésén túl bizonyos fogászati problémák előfordulását is vizsgálták. A hiányos fogazat vizsgálatának eredménye alapján megtudtuk, hogy a teljes népesség 60%-a veszített már el maradó fogai közül. A lakosság fele legfeljebb öt fogat, míg ötödük már több mint húsz fogat veszített el. A vizsgálatban részt vevők kétharmada rendelkezik tömött foggal, a legkisebb arány a legidősebb korosztályt jellemzi. Ennek az lehet az oka, hogy az idősek körében már gyakori, hogy a saját fogak romlása miatt protézist használnak, így a korábban esetleg betömött fogait már eltávolították. Protézissel, pótlással a megkérdezettek 44%-a rendelkezik, az idős korosztály körében 78-80%-os gyakorisággal fordul elő fogpótlás. Szintén magas (60%) azoknak az aránya, akiknek van hiányzó foga fogpótlás nélkül. A lakosság csaknem harmadának jelenleg is van kezeletlen szuvas, lyukas foga, 16%-uknak vérzik az ínye és 8%-uk számolt be arról, hogy fogai mobilisak (KSH, 2018a).

A fogszuvasodás mellett a fogínygyulladás - a fogágybetegség előfutára - Magyarországon népbetegségnek számít. 40 éves kor alatt a fogszuvasodás, felette a fogágybetegség okozza a fogak elvesztését. Egy 2011-ben közölt tanulmány szerint a vizsgált populáció alig több, mint tizedénél találtak teljesen egészséges parodontiumot. A nemek tekintetében magas (>2) CPI értéket a férfiak több, mint harmadánál találtak, a nők esetében a magas értékek előfordulása szignifikánsan ritkább. Az életkor tekintetében elmondható, hogy annak előrehaladtával a parodontium állapota fokozatosan romlik. A fogágybetegségek előfordulása a régiók között is különbséget mutatott, a főváros és környékén a lakosság 16%-ának, míg Közép- és Dél-Dunántúlon mindössze 5-8%-ának volt teljesen egészséges a parodontiuma. A vizsgálat felhívja a figyelmet a hazai lakosság kedvezőtlen parodontális állapotára, és arra, hogy a magyar lakosság orális egészségi állapotának javítása érdekében több prevenciós programra és a

rendszeres fogászati vizsgálatot elősegítő intézkedésekre lenne szükség (Borbély és mtsai, 2011).

A Központi Statisztikai Hivatal (KSH) 2016-os évi adatai alapján, a 16 éven felüli lakosság háromnegyede egyszer sem látogatta meg fogorvosát, több mint fele nem járt szakorvosnál az adott évben. A felmérés szerint a lakosság 6,2%-a nem tudott igénybe venni valamilyen egészségügyi szolgáltatást, mely indokolt lett volna egészsége megőrzéséhez, betegségek leküzdéséhez. 4,1%-a nem tudta anyagilag megengedni magának a kezeléssel járó költségeket. A háztartások 43%-ának okozott közepes szintű megterhelést az orvos és/vagy fogorvosi költségek finanszírozása, 59%-nak pedig a felírt gyógyszerek kiváltása (KSH, 2018b). Gera és Györfi 2016-os kutatásában a megkérdezettek harmada több, mint egy éve járt fogorvosnál, közel fele csak akkor keresi fel fogorvosát, ha akut panasza van és 4% még probléma esetén sem (férfiak 4%, nők 2%). Arra a kérdésre, hogy milyen tünetek esetén kell fogorvoshoz fordulni a következő válaszok érkeztek: 84% szerint fogmobilitás, 75% szerint duzzadt íny, 73% fogérzékenység, 67% ínyvérzés észlelése esetén (Gera és Györfi, 2016).

A fent említett adatok ismeretének tükrében talán nem meglepő, hogy a hazai lakosság fogazati státusza messze nem kielégítő, sőt kiemelkedően rossz az európai térségen belül, és hogy a világ két leggyakoribb fogászati betegsége a fogszuvasodás és a fogágybetegség a magyar lakosság körében is igen elterjedt. A szájápolás elmaradásával, illetve a helytelen szájápolással (pl. nem megfelelő gyakoriságú fogmosás, nem megfelelően kiválasztott fogkefe, helytelen fogkefe használat, a fogkefék megfelelő időben történő cseréjének hiánya) ennek a két betegségnek az előfordulási gyakorisága számottevően emelkedik.

Drámaian magas Magyarországon a szájüregi daganatok okozta halálozás. A férfiak és nők egyaránt, messze az első helyen állnak Európában a 100.000 lakosra kivetített mortalitás tekintetében. Bár korábban jellemzően a férfiak és az 50 év felettek betegségének tartották, az utóbbi években egyre gyakrabban észlelik nőknél és fiatalokon is. Szomorú tény, hogy Magyarország az életkorhoz viszonyított halálozási adatok alapján 46 ország közül az első helyen szerepel a szájüregi rosszindulatú daganatok tekintetében. Az elváltozások gyakorisága a korrallal növekvő tendenciát mutat, a legidősebb ( $\geq 75$  év) korosztályt kivéve férfiaknál gyakoribb az előfordulás. A Nemzeti Rákregiszter legutolsó, 2016-os adatai alátámasztják azt a tényt, miszerint a férfiak körében jóval gyakrabban fordulnak elő az ajak- és a szájüreg rosszindulatú daganatos megbetegedései (Nemzeti Rákregiszter, 2016).

Az elmúlt negyven év magyarországi adatait tekintve (KSH) az ajak, a szájüreg és a garat rosszindulatú daganatainak száma csaknem megötszöröződött. Az ajak-, szájüregi rákok 1975–1999 között bekövetkező rendkívül magas halálozási növekménye (+250%). Egy további ötéves periódusban a növekedési arány tovább emelkedett (+4%), az elemzést lezáró 10 év alatt (2004–2014) azonban relatíve nagyobb arányú (–14%) csökkenést látunk, amely váratlan, de egyben örvendetes eredmény. A diagnosztikai és terápiás tevékenység hazai fejlődése e kedvező eredmények elérésében jelentős szerepet játszhatott (Kásler és mtsai, 2017).

## **2.5. Az orális egészség globális célkitűzések 2020-ig**

Az FDI és a WHO 1981-ben fogalmazta meg az első globális száj-egészségügyi célokat, amelyet 2000-ig kellett megvalósítani. E célok felülvizsgálata során megállapították, hogy ezek közül több megvalósult, sőt túlteljesítésre került, de a világ számottevő népességének tekintetében csak törekvés maradt. Ennek ellenére az Orális Egészségügyi Célok elősegítették az orális egészség fontosságának tudatosítását a nemzeti és helyi kormányok körében, és általános szerepet játszottak a száj-egészségügyi források biztosításában. Ezért annak ellenére, hogy nem minden ország haladta meg a célokat, igyekeztek erőfeszítéseket tenni a kulcsfontosságú célok megvalósítására.

A WHO az FDI-vel és az IADR-val együtt 2000-ben 2020-ra új stratégiai célokat fogalmazott meg. Ez a dokumentum a globális célok mellett olyan részletesebb célkitűzéseket is tartalmaz, amelyek keretként és eszközként szolgálnak a nemzeti és helyi egészségügyi tervezők számára a valós orális egészségi célok és szabványok megfogalmazásához a 2020-ig elérendő célkitűzések megvalósítása érdekében.

A 2020-ig szóló célkitűzések számos szempontból szignifikánsan különböznek az 1981-es céloktól. Először is, általánosabbak. Céljuk a regionális, nemzeti és helyi orális egészségpolitika fejlesztésének és tevékenységeinek a megkönnyítése, amelyek részletesebben és lokálisan releváns célokat eredményeznek. Másodsor nem határoz meg abszolút célokat, vagyis konkrét számokat, hanem egy keretet ad az egyes országokban megvalósítható egészségügyi tervezéshez, azaz „X” százalékot ad meg, amelyeket a helyi körülményekhez (a helyi prioritások és a szájhigiénés rendszerek, a betegségek prevalenciája és súlyossága, valamint a társadalmi-környezeti feltételek) és forrásokhoz kell igazítani.

### **2.5.1. A stratégia általános céljai**

A stratégia általános célként az orális és a craniofacialis eredetű megbetegedések befolyásának csökkentését tűzte ki célul az egészségre és a pszichoszociális fejlődésre, hangsúlyt helyezve az orális egészség fenntartására az egészségfejlesztésre és a betegségek megelőzésére. Az általános célok részletesebben kifejtve:

1. Az orális és a craniofacialis eredetű megbetegedések befolyásának csökkentése az egészségre és a pszichoszociális fejlődésre, hangsúlyt helyezve az orális egészség fenntartására az egészségfejlesztésre és a betegségek megelőzésére. Az orális eredetű betegségek számának csökkentése azokban a populációkban, ahol ezek a legnagyobb terhet róják a társadalomra.
2. A szisztémás betegségek orális és craniofacialis manifesztációinak a visszaszorítása, illetve ezen tünetek rendszeres felhasználása a szisztémás betegségek korai diagnózisában, megelőzésében és hatásos kezelésében (Hobdell és mtsai, 2003).

### **2.5.2. A 2020-ra megfogalmazott fő törekvések**

1. Az orális és a craniofacialis betegségek okozta mortalitás csökkentése.
2. Az orális és a craniofacialis betegségek okozta morbiditás csökkentése és ezzel az életminőség javítása.
3. A száj-egészségügyi rendszer fenntartható, prioritásokra épülő politikáinak és bizonyítékokon alapuló programjainak előmozdítása.
4. Hozzáférhető, költséghatékony száj-egészségügyi rendszerek fejlesztése az orális és craniofacialis betegségek megelőzésére és leküzdésére.
5. Az orális egészségi gondozás integrálása az egészséget befolyásoló egyéb területekkel, a közös kockázati tényező megközelítés alkalmazásával.
6. Olyan száj-egészségügyi programok kidolgozása, amelyek képessé teszik az embereket az egészséget meghatározó tényezők kontrollálására.
7. Az orális egészséget monitorozó rendszerek és módszerek megerősítése, mind a folyamatok, mind az eredmények érdekében.
8. Az ellátók társadalmi felelősségvállalásának és etikai gyakorlatának előmozdítása.
9. Az egyes országok közötti orális egészségi különbségek, és az országokon belüli különféle társadalmi-gazdasági csoportok közötti orális egészségi egyenlőtlenségek csökkentése.

10. Az orális egészségügyi ellátást nyújtók számának növelése annak érdekében, hogy alkalmasak legyenek a szájüregi betegségek és rendellenességek pontos járvány-logikai megfigyelésére (Hobdell és mtsai, 2003).

### **2.5.3. A 2020-ig a megfogalmazott célok**

A stratégián belül 2020-ig az alábbi tizenhat cél került megfogalmazásra.

#### *1. A fájdalmat illetően:*

- az orális és craniofacialis eredetű fájdalom epizódok csökkentése „X” százalékkal;
- az iskolai, a munkahelyi balesetekből és a műtéti craniofacialis eredetű fájdalomtól eredő távolléti napok számának csökkentése „X” százalékkal;
- a funkcionális korlátozások által befolyásolt számának csökkentése „X” százalékkal;
- a fájdalom, a sérülések és az esztétikai hiányosságokból a napi tevékenységekre hatást gyakorló mérsékelt és súlyos társadalmi hatások gyakoriságának csökkentése „X” százalékkal.

#### *2. A funkcionális rendellenességeket illetően:*

- a fogak vesztésével és az azzal járó arc- és fogászati deformációkkal kapcsolatos funkcionális nehézségek (pl. rágás, beszéd) csökkentése „X” százalékkal.

#### *3. Fertőző betegségeket illetően:*

- a fertőző betegségek terjedésének minimalizálása érdekében az illetékes egészségügyi szolgáltatók számának növelése „X” százalékkal.

#### *4. Az oro-pharyngealis daganatokat illetően:*

- a szájüregi rákkeltő tényezők csökkentése „X” százalékkal;
- a kezelt esetek vonatkozásában az ötéves túlélési arány növelése „X” százalékkal;
- a korai felismerés növelése „X” százalékkal;
- a szövődmények előfordulásának csökkentése „X” százalékkal;
- a kockázati tényezőknek való kitettség csökkentése „X” százalékkal, különös tekintettel a dohányzásra, a túlzott alkoholfogyasztásra és az egészségtelen táplálkozásra;
- a multidiszciplináris szakellátásban részesülő érintett személyek számának növelése „X” százalékkal.

#### *5. A HIV fertőzés orális megnyilvánulásait illetően:*

- az opportunisták oro-faciális fertőzések prevalenciájának csökkentése „X” százalékkal;

- a HIV-fertőzések orális megnyilvánulásait felismerő és kezelő kompetens személyek számának növelése „X” százalékkal;
- azon politikai döntéshozók számának növelése „X” százalékkal, akik tisztában vannak a HIV-fertőzés orális következményeivel.

6. *A szájüreg nyálkahártyájának nekrotizáló (szövetelhalás), mélybe terjedő gyulladását illetően:*

- a stomatitis gangrenosában szenvedő betegek számának csökkentése „X” százalékkal;
- korai felismerés növelése „X” százalékkal;
- a szövődmények előfordulásának csökkentése „X” százalékkal;
- a kockázati tényezőknek való kitettség csökkentése „X” százalékkal, különös tekintettel a kanyaró immunizálási lefedettségére, a jobb táplálkozásra és a higiéniai viszonyokra;
- a multidiszciplináris szakellátásban részesülő érintett személyek számának növelése „X” százalékkal.

7. *Traumát illetően:*

- korai felismerés növelése „X” százalékkal;
- a szövődmények csökkentése „X” százalékkal;
- a diagnosztizálásban és sürgősségi ellátásban kompetens egészségügyi szolgáltatók számának növelése X” százalékkal;
- szükség esetén a multidiszciplináris szakellátásban részesülő érintett személyek számának növelése „X” százalékkal.

8. *Craniofacialis rendellenességeket illetően:*

- a kockázati tényezőknek való kitettség csökkentése „X” százalékkal, különös tekintettel a dohányzásra, a túlzott alkoholfogyasztásra, a teratogén ágensekre és a táplálkozásra;
- a genetikai szűréshez és tanácsadáshoz való hozzáférés javítása „X” százalékkal;
- a korai felismerés növelése „X” százalékkal;
- a szövődmények csökkentése „X” százalékkal;
- a multidiszciplináris szakellátásban részesülő érintett személyek számának növelése „X” százalékkal;
- a hátrányos helyzetet okozó következmények csökkentése „X” százalékkal.

9. *A fogszuvasodást illetően:*

- a cariesmentes gyermekek arányának növelése a 6-éves korosztályban „X” százalékkal;
- a DMF-T, különösen a D-komponens (szuvasodások száma) csökkentése a 12-éves korosztályban „X” százalékkal;

- a caries miatt eltávolítandó fogak számának csökkentése „X” százalékkal.

*10. A fogak fejlődésének rendellenességeit illetően:*

- a fogfluorózis elterjedésének csökkentése „X” százalékkal;
- a fogak fejlődési rendellenességének csökkentése „X” százalékkal;
- a korai észlelés növelése „X” százalékkal mind az örökletes, mind a szerzett rendellenességek esetében;
- a következmények csökkentése „X” százalékkal mind az örökletes, mind a szerzett rendellenesség esetén;

*11. A parodontális állapotot illetően:*

- a parodontitis miatt eltávolítandó fogak számának csökkentése „X” százalékkal;
- az aktív parodontális fertőzések prevalenciájának csökkentése „X” százalékkal;
- a necrotizáló parodontális betegségek prevalenciájának csökkentése „X” százalékkal;
- az egészséges parodontiummal rendelkező egyének számának növelése minden korosztályban „X” százalékkal.

*12. Az orális nyálkahártya betegségeket illetően:*

- a diagnosztizálásban és sürgősségi ellátásban kompetens egészségügyi szolgáltatók számának növelése X” százalékkal;
- korai felismerés növelése „X” százalékkal;
- a következmények csökkentése „X” százalékkal.

*13. A nyálmirigy rendellenességeket illetően:*

- a diagnosztizálásban és sürgősségi ellátásban kompetens egészségügyi szolgáltatók számának növelése X” százalékkal;
- korai felismerés növelése „X” százalékkal;
- a következmények csökkentése „X” százalékkal.

*14. A fog elvesztést illetően:*

- a teljesen fogatlan egyének számának csökkentése „X” százalékkal;
- a maradék fogak számának növelése „X” százalékkal;
- növelni azoknak a számát, akik funkcióképes saját fogazattal rendelkeznek „X” százalékkal (azaz több, mint 21 saját foguk van).

*15. Az egészségügyi szolgáltatásokat illetően:*

- bizonyítékokon alapuló tervek kidolgozása olyan emberi erőforrások létrehozására, amelyek megfelelő ellátást nyújthatnak a népességben élő összes csoport kulturális, társadalmi, gazdasági és morbiditási profiljainak megfelelően.



#### *16. Egészségügyi információs rendszereket illetően:*

- az adott népesség arányának megfelelő információs rendszerek arányának „X/Y” százalékkal történő növelése (Hobdell és mtsai, 2003).

#### **2.5.4. Javaslatok a népesség szájüregi egészségének javítása érdekében**

A WHO elkötelezett, hogy minden országban kiépítse a megfelelő fogászati ellátórendszert, mely minden ember számára biztosítaná a szájüreg egészségét előre mozdító, fenntartó beavatkozásokat, valamint az alapvető helyreállító kezeléseket anélkül, hogy komoly pénzügyi terhet róna az egyénekre. Hangsúlyozza, hogy szemléletváltásra van szükség! A szájüregi betegségek száma akkor csökkenthető, ha az invazív beavatkozások helyett a prevenció kap nagyobb figyelmet. Stratégiai irányelveket, javaslatokat határozott meg, melyek az alacsony jövedelmű, hátrányos helyzetű csoportokat célozzák meg, akik körében a fogászati ellátáshoz való hozzáférés akadályozott, korlátozott. Ezek magukba foglalják a páciensközpontú, költséghatékony, a lakosság egészére kiterjedő prevenció intézkedéseket, valamint a fogászati alapellátás kiépítését, megerősítését is. Ezen törekvéseket 2019 és 2021 között szeretnék megvalósítani (WHO, 2020).

##### ***A WHO 2020-ra megfogalmazott általános célkitűzései:***

- Kockázati tényezők hatékony ellenőrzését célzó közegészségügyi politika kialakítása, különös figyelmet fordítva a felnőtt és gyermek korosztályra, valamint a hátrányos helyzetű csoportokra.
- Cukor-és alkoholfogyasztás kontrollálása, a dohányzás visszaszorítása.
- A szájüreg egészségének fenntartását, fejlesztését célzó közösségi projektek kidolgozása.
- A hátrányos helyzetű, veszélyeztetett csoportok egészségvédő, egészségfejlesztő tevékenységének elősegítése.
- Egészséget előremozdító iskolai programok kidolgozása.
- Fluorid programok a fogszuvasodás megelőzésére.
- A szájüregi egészség integrálása a közegészségügybe.
- Társadalmi tényezők kontrollálása, országok közötti egyenlőtlenségek kezelése.
- Pénzügyileg méltányos szolgáltatások biztosítása (WHO, 2016).

##### ***A WHO ajánlásai a szájüregi betegségek megelőzésére:***

- Kiegyensúlyozott étrend hangsúlyozása:
  - alacsony cukor tartalmú ételek, italok fogyasztása,

- gyümölcs- és zöldségfogyasztás növelése,
- megfelelő folyadékfogyasztás (víz!).
- Megfelelő fluorid ellátottság (tej, ivóvíz, só, fogkrém).
- Csökkenteni a dohányzást (füstmentes dohányzás, dohányrágás) és alkoholfogyasztást.
- Védőfelszerelések használatára való ösztönzés (sporttevékenységek, közlekedés) csökkentve az esélyét az arcot érintő traumás sérülések kialakulásának (WHO, 2020).

***A WHO az egyes országokat az alábbiakban támogatja:***

- Fogászati amalgám eliminációjának felgyorsítása.
- Fogászati ellátórendszer működése, megerősítése, kapacitás biztosítása.
- Rizikófaktorok csökkentése (cukorfogyasztás mérséklése, dohányzás visszaszorítása).
- Fluoridok népszerűsítése.
- Fogászati ellátás integrálása.
- Dentális edukáció fontosságának hangsúlyozása.
- Országok ellenőrzése (WHO, 2020).

***Ajánlások a szájüregi daganatokra visszaszorítására vonatkozóan:***

- Korai felismerés és cselekvés,
- elérhető, hatékony és célzott kezelés,
- egyenlőtlenségek mérséklése,
- kockázati tényezők eliminálása (WHO, 2020).

***Javaslatok a caries mérséklése érdekében:***

- Cukorfogyasztás csökkentése,
- egész lakosságra kiterjedő megelőző és egészségfejlesztő stratégiák kidolgozása,
- helyes étkezési szokások kialakítása,
- fluorid ellátottság biztosítása,
- fogászati ellátáshoz való hozzáférés biztosítása,
- kockázati tényezők folyamatos monitorizálása, kontrollálása,
- megfelelő intervenciók kialakítása,
- programok hatékonyságának értékelése (WHO, 2020)

***A tejfogak korai szuvasodásának megelőzésére (Early Childhood Caries - ECC) a WHO stratégiát dolgozott ki, mely az alábbi pontokat tartalmazza:***

- Prevenció erősítése (naponta minimum két alkalommal javasolt fogat mosni fluoriddal ellátott fogkrémmel, gondosan kiválasztott, puha, életkornak megfelelő méretű és

kialakítással rendelkező fogkefe segítségével; a napi szájhigiénés rutin mellett helyi, professzionális fluoridálás is akadályozza a cariogén folyamatokat),

- betegségek korai menedzselése,
- fogászati ellátás hozzáférhetősége,
- gyermekek, családok, közösségek informálása,
- orális egészség integrálása,
- nem-fogászati egészségügyi dolgozók képzése,
- alapellátás támogatása, média, oktatási intézmények bevonása,
- féléves fogászati kontroll szorgalmazása,
- szájhigiénés oktatás az édesanyák és gyermekeik számára,
- közegészségügyi beavatkozások (pl.: víz fluoridálása) (WHO, 2017).

***Az America's Pediatric Dentists (AAPD) a következő ajánlásokat, irányelveket határozta meg az ECC előfordulásának csökkentése céljából:***

- kerülni a magas cukortartalmú ételek és italok gyakori fogyasztását (cukorral ízesített tea, sportitalok, üdítőitalok, gyümölcslevek),
- cumisüveg elhagyása 12-18 hónapos kor körül,
- megfelelő száj- és fogápolás:
  - nyálkahártya tisztítása,
  - életkornak megfelelő méretű és kialakítású, puha sörtéjű fogkefe használata,
  - 3 éves kor alatt → rizsszemnyi fluoridos fogkrém,
  - 3-6 éves kor → borsónyi fluoridos fogkrém,
- professzionális helyi fluoridálás rizikópáciensek számára,
- az első fog előtörését követő 6-12 hónapon belül fogászati kontroll megszervezése:
  - caries rizikófelmérése,
  - szülők dentális edukációja,
- együttműködés az egészségügyi szolgáltatókkal, annak érdekében, hogy minden csecsemő és kiskorú gyermek számára biztosítottak legyenek a fogászati szűrővizsgálatok és a családok hozzáférjenek a preventív eljárásokhoz és tanácsadásokhoz,
- jogalkotók, politikai döntéshozók oktatása a megelőzési lehetőségekkel, következményekkel, teendővel kapcsolatban (OHP, 2016).

### ***A parodontális megbetegedések mérséklése érdekében:***

- egészséges életmód kialakítása, egészségtudatosság növelése, rizikófaktorok eliminálása: dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás visszaszorítása, jó szájhyiéné kialakítása, rendszeres részvétel szűrővizsgálatokon,
- korai felismerés és kezelés megteremtése,
- szakemberek együttműködésének erősítése (WHO, 2020).

### ***Javaslatok a traumás sérülések csökkentésére:***

- közúti biztonsági előírások betartása (biztonságiöv, gyermekülés, bukósisak használata; ittas vezetés visszaszorítása),
- iskolai erőszak és zaklatás mérséklése,
- védőeszközök használata sportolási tevékenységek közben,
- fogorvosok szerepének megerősítése a traumás sérülések diagnosztizálása kapcsán,
- fogorvosok hatáskörének kiterjesztése a gyermekbántalmazás és erőszak kapcsán,
- sürgősségi ellátás biztosítása (minél korábban ellátni a traumás sérüléseket) (FDI, 2015).

## **A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések**

- Definiálja a fogászati népegészségügy fogalmát!
- Mutassa be a nemzetközi fogászati népegészségügy szervezetét és működésének főbb céljait!
- Mutassa be a hazai fogászati népegészségügy szervezetét és feladatait!
- Hasonlítsa össze az orális egészséggel kapcsolatos legfontosabb hazai és nemzetközi epidemiológiai adatokat!
- Milyen különbségek vannak az 1981-ben és a 2020-ra megfogalmazott orális egészség globális célkitűzései között?
- Milyen főbb, elérni kívánt célokat, törekvéseket fogalmaztak meg 2020-ra a fog- és szájbetegségek csökkentésére?
- Ismertesse, hogy milyen ajánlásokat, javaslatokat ismer 2020-ra az egyes fog- és szájbetegségek csökkentésére?

## **Felhasznált irodalom**

- Asztalos Á. (2011): Változ(z)unk?! közegészségügy-népegészségügy akkor és most az új közigazgatási keretek ismeretében. *Egészségtudomány*, LV. évf., 2.sz., 28-46.  
[https://www.antsz.hu/data/cms14591/Egeszsegtudomany\\_2011\\_2.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms14591/Egeszsegtudomany_2011_2.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.08.)
- Borbély J., Gera I., Fejérdy P., Soós B., Madléna M., Hermann P. (2011): A hazai felnőtt lakosság parodontális állapota epidemiológiai felmérés alapján, *Fogorvosi Szemle*, 104. évf., 1.sz., 3-8.o.

- Ferlay, J., Steliarova-Foucher, E., Lortet-Tieulent, J., Rosso, S., Coe-Bergh, J.W., Comber, H. et al (2013): Cancer incidence and mortality patterns in Europe: Estimates for 40 countries in 2012. *Eur J Cancer*. 49: 1374-1403.
- Fogászati Közegészségügy Európai Szövetsége (European Association of Dental Public Health - EADPH) - 1996  
<https://www.eadph.org/about-eadph> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.08.)
- Gera I., Györfi A. (2016): A magyar lakosság orális egészségügyi ismeretei és szájhigiéniai szokásai egy kérdőíves reprezentatív felmérés alapján. *Magyar Fogorvos*, 109. évf., 2.sz., 92-98.  
[https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/3620/MF\\_40\\_46\\_u.pdf?sequence=1](https://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/3620/MF_40_46_u.pdf?sequence=1) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.08.)
- Hobdell, M., Petersen, P.E., Clarkson, J., Johson, Newell (2003): Global goals for oral health 2020. *International Dental Journal*, 53.sz., 285-298.  
[https://www.who.int/oral\\_health/media/en/orh\\_goals\\_2020.pdf?ua=1](https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_goals_2020.pdf?ua=1) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.08.)
- Kásler M., Ottó Sz., Kenessey I. (2017): A rákmorbiditás és -mortalitás jelenlegi helyzete a Nemzeti Rákregiszter tükrében. *Orvosi Hetilap*, 158. évf., 3. sz., 84–89.  
<http://real.mtak.hu/46788/1/650.2017.30654.pdf> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.22.)
- Központi Statisztikai Hivatal (2018a): Műhelytanulmány 1. - 2014-ben végrehajtott Európai Lakossági Egészségfelmérés eredményei - Összefoglaló adatok  
[https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014\\_osszefoglalo.pdf](https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.08.)
- Központi Statisztikai Hivatal (2018b): Magyarország, 2018  
<https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mo/mo2018.pdf> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.08.)
- Márton K., Balázs P., Bánóczy J., Kivovics P. (2009): Magyarország népegészségügyi helyzetének fogorvosi vonatkozásai. *Fogorvosi Szemle*, 102. évf. 2. sz., 53-62.o.  
 Nemzeti Rákregiszter, 2016  
<https://onkol.hu/nemzeti-rakregiszter/> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.10.)
- Peres, M.A., Macpherson, L.M.D., Weyant, R.J., Daly, B., Venturelli, R., Mathur, M.R., Listl, S., Celeste, R.K., Guarnizo-Herreño C.C., Kearns, C., Benzian, H., Allison, P., Watt, R.G. (2019): Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 394(10194):249-260.
- Steele, T. O., Meyers, A: (2011): Early detection of premalignant lesions and oral cancer. *Otolaryngol Clin North Am*. 44:221-229.
- Oral Health Policies (2016): Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies  
[https://www.aapd.org/media/policies\\_guidelines/p\\_eccclassifications.pdf](https://www.aapd.org/media/policies_guidelines/p_eccclassifications.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.26.)
- World Dental Federation - FDI (2015): The Challenge of oral Disease – A call for global action – The Oral Health Atlas, Second Edition  
[https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete\\_oh\\_atlas.pdf](https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.05.20.)
- World Health Organization (2016): Health Topics – Disease Prevention – Oral Health – Data and Statics)
- World Health Organization (2017): WHO Expert Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries – Report  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255627/WHO-NMH-PND-17.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Utolsó letöltés időpontja: 2020. 06.26.)
- World Health Organization (2020): Oral health

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health> (Utolsó letöltés időpontja: 2020. 06.26.)

## 3. EGÉSZSÉG - ORÁLIS EGÉSZSÉG

Az egészség napjainkban már szinte közhelyszerűen használt fogalom, értelmezésében eltérő gondolkodásmódokkal találkozhatunk, melyek a köznapi megfogalmazásban ugyanúgy, mint a tudományos felfogásban, több szempontrendszerrel jelenítenek meg (Fitzpatrick, 1984). Sokféle dolgot értenek alatta az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek és a laikusok is egyaránt, ezért - főként - az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek számára elengedhetetlen az egészség fogalmainak pontos meghatározása. Ebben a fejezetben a laikusok által használt fogalomrendszer és a professzionális szakemberek által használt fogalomrendszer megkülönböztetésére vállalkozunk. Az egészség fogalmának laikus és szakértői meghatározása után az egészség jellemzőit, az egészségről alkotott általános modelleket, az egészségi állapotot befolyásoló tényezőket, valamint az egészség-egyenlőtlenségek háttérében álló lehetséges okokat tekintjük át.

Az egészségfogalomra vonatkozó általános kérdéskört követően definiáljuk az orális egészség fogalmát, az orális egészséget befolyásoló tényezőket, és az általános egészség és az orális egészség közötti kapcsolatot mutatjuk be.

### 3.1. Egészségfogalmak

Az egészség fogalma változó, fejlődő fogalom, mind köznapi, mind orvosi szempontból. Olyan kifejezés, amelyet annyira gyakran használunk a mindennapi nyelvben, hogy jelentésére alig gondolunk, áthatja az emberi élet minden területét, azáltal, hogy meghatározza, illetve messzemenően befolyásolja az életminőséget, a munkavégzés minőségét, sőt még társas kapcsolatainkat is. Ezért az egészségmegőrző és -fejlesztő munka tervezése és megvalósítása során nem közömbös, hogy milyen szemléleti alapon gondolkodunk az egészségről.

Mit jelent az egészség a laikusok számára? Hogyan határozzák meg az egészség fogalmát a szakértők, a hivatalos szervek? Az alábbiakban ezekre a kérdésekre keressük a választ.

#### 3.1.1. Laikus egészségfogalmak

Az egészség univerzális jelenség, vagyis mindenkinek van fogalma arról, milyen egészségesnek lenni, azonban az egészségnek nincs univerzális meghatározása, mert az

egészség relatív állapot. Maga az egészség szó az egészre, az egészlegességre, a jó erőben lévő és boldoguló emberre utal, arra, hogy az egészség a személyiség egészét és épségét jelenti.

A laikus egészségfogalmak meghatározzák az egyén egészséghez és betegséghez való viszonyulást, az egészségmagatartást, az életmódbeli döntéseket, az orvoshoz fordulási szokásokat (Pikó és Bak, 2004).

Az egészség hétköznapi felfogása a mindenkori kulturális örökség része. Az egészség mást és mást jelent egyes korok, kultúrák, nemzetek különböző életkorú, nemű és társadalmi osztályba tartozó tagjai számára. Kinek a betegség hiánya, kinek egyfajta egyensúlyt, harmóniát jelent, egyensúlyban lenni önmagunkkal és a természettel, kinek a mindennapi tevékenységre való képesség, kinek a jó közérzet, kinek a jó erőnlét vagy éppen a jókedv, a boldogság állapota jelenti az egészséget.

Szántó és Susánszky (2006) jól összefoglalja a saját és mások kutatásai alapján megragadható laikus egészségfilozófiákat. Abból adódóan, hogy az egészség relatív állapot a fogalom sem jelenti ugyanazt mindenkinek:

- az érzésorientált egészségfelfogásban a problémamentes testi érzületekkel írja le („jól érzem magam”);
- a tünetorientált egészségfelfogásban a betegségi tünetek hiányával jellemzi („egészséges embernek nincsen betegségi tünete”);
- a teljesítményorientált egészségfelfogásban a szokásos tevékenységek végzésére való képességgel azonosítja („képes vagyok elvégezni, amit egy egészséges ember meg tud tenni”);
- az erőforrás jellegű megfogalmazásban a megfelelő tartalékok birtoklása jelenti, mellyel pl. leküzdhető a betegség („van biológiai-lelki tartalékom a betegség megelőzéséhez, leküzdéshez”);
- a norma jellegű megfogalmazásban egy ideális egészségi állapotot jelent, melyet az egyén önmaga számára fogalmaz meg („egészség ideális állapot, amit el kell érni, tartani kell”);
- az egészség, mint viselkedés felfogásban pedig a magatartásmód, az egészség érdekében végzett cselekvést jelenti („az egészséges életmódú ember az egészséges ember”).

A fentiek mellett vannak egyszempontú megközelítések is, amelyek az egészségnek egy-egy dimenzióját önmagukban emelik csak ki. A mindennapi tapasztalatok és az orvos-szociológiai kutatások azt mutatják, hogy amennyiben az egészség fogalmáról egészséges laikusokat kérdezzünk, akkor az ő egészség-meghatározásaikban elsősorban az egészség lelki és szociális



dimenziói kapnak hangsúlyt (a boldogság, a harmónia, a kiegyensúlyozottság vagy a negatív pszichikai tünetek pl. szorongás, krónikus fáradtság megléte vagy hiánya a meghatározó). Amennyiben az egészség fogalmáról beteg laikusokat kérdezőnk meg, akkor az ő egészség-meghatározásaikban elsősorban a fizikális dimenzió kap kitüntetett szerepet.

A fent ismertetett, sokszínű laikus egészségdefiníciók is felhívják a figyelmet az egészség meghatározásának egyéni különbségeire. Ezen eltérések tanulmányozása különösen fontos lehet akkor, ha egészségmegőrző, egészségfejlesztő beavatkozásokat tervezünk, célszerű ugyanis ismerni a résztvevők előzetes elképzeléseit, hiedelmeit, hogy az új tudást ezekhez kapcsolhassuk, vagy ezekkel állíthassuk szembe.

### **3.1.2. Az egészségfogalom szakértői megközelítései**

Kevés olyan definíció van, amelyet olyan sokszor alakítottak, értelmeztek és rendszereztek újra, mint az egészség definícióját. Az egészség fogalma követi a különböző történeti, társadalmi korok, kultúrák, hatalmi struktúrák változásait, az aktuális orvos- és egészségtudományi felfogást, és ötvözi mindezeket a szakmai preferenciák változásaival (Kéri, 2007).

Az egészség definiálása előtt fontos a jóllét (well-being) és a jólét (welfare) fogalmának különválasztása. A jólét (welfare) az anyagi javak gyarapodásához kötődik, míg a jóllét (well-being) a fentiekén túl immateriális javakat és az egyén számára szubjektív elemeket is magába foglal (pl. boldogság, elégedettség) (Pomázi, 2010). Az 5.1. fejezetben bővebben kitérünk a jólét és a jóllét fogalmai közötti különbségek bemutatására.

A szakértők esetében az egészségfogalom többféle értelmezésével találkozhatunk a nemzetközi és a hazai szakirodalomban. Az egészségfogalom szakértői megközelítéseinek rövid áttekintése lehetőséget ad arra is, hogy megértsük az egészségmegőrző és -fejlesztő tevékenységek koncepcióját és ezek fejlődését, továbbá alapul szolgálhat az új elképzelések kialakításához is.

Az egyik leggyakrabban idézett egészség-definíciót, amely szerint „Az egészség a teljes fizikai, mentális és társadalmi jóllét állapotát jelenti, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiányát” (WHO, 1948) 1946-ban, a New Yorkban megrendezett Egészség Konferencián fogalmazták meg, majd az 1948-ban az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Alkotmánya helyezte hatályba és tette széleskörűen ismertté. Ez a megfogalmazás magában hordozza az egészség holisztikus megfogalmazásának csíráját, ugyanis a biológiai mellett

elismeri a lelki és szociális faktorok szerepét is (Quesnel-Vallée, 2007 idézi Nagyné és Barabás, 2011).

Az egészség jelenthet azonban egyfajta fizikai és mentális egyensúlyi állapotot is, melynek során az egyén optimális kapacitása birtokában a leghatékonyabban képes megvalósítani azokat a társadalmi szerepeket, melyeket környezete a munkahelyén, a családban elvár tőle. Az egészség akkor adott, ha: az egyén szociálisan integrálódott, a változó terhelésekhez alkalmazkodni tud, individuális önállóságát megőrzi, valamint megteremti az összhangot a biogenetikai, a fizikai, a pszichológiai és a szociális lehetőségek között (Parsons, 1972). Parsonsnál az egészség az egyén képessége társadalmi feladatai ellátására, és nem hajlandósága. A történelem során a biológiai eszközökkel való alkalmazkodás jelentősége egyre csökken, s a társadalom normáihoz való alkalmazkodás szerepe egyre nő.

„Az egészség olyan állapot, amelyet az autonómia, az integritás, a teljesítményre való képesség, a személyes értékek, a családi, munka- és közösségi szerep, a fizikai, biológiai és társadalmi stresszel való megküzdés képessége, a jóllét érzése, a betegség és a korai halál rizikóitól való mentesség jellemez” (Tringer, 2002:12.).

Az egészségmegőrzés témakörében megrendezett negyedik nemzetközi konferencián került megfogalmazásra a Dzsakartai Nyilatkozat, mely szerint az egészség külső környezeti tényezők (*external environmental factors*), az egyéni viselkedés tényezői (*personal behavior factors*), valamint a személyes tényezők (*host factors*) együtthatásaként jellemezhető (Nagyné és Barabás, 2011).

Az 1997. évi egészségügyi törvény megfogalmazása szerint:

- az egészség az egyén életminőségének és önmegvalósításának alapvető feltétele, amely döntő hatással van a családra, a munkára és ezáltal az egész nemzetre;
- mindenkinek joga van olyan ismeretek megszerzéséhez, amelyek lehetővé teszik az egészség megőrzésével és fejlesztésével kapcsolatos lehetőségek megismerését, valamint megfelelő tájékoztatáson alapuló döntések meghozatalát az egészséggel kapcsolatos kérdésekben;
- mindenkinek a saját egészségi állapotáért a tőle elvárható módon felelősséggel kell tartoznia<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

Seedhouse 1986-ban az egészséget a következőképpen definiálja: „Az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek összességét.” Ebben a felfogásban az egészség árucikké is válhat, ami megvásárolható, ugyanakkor el is veszíthető. Ez a meghatározás módot ad arra, hogy egyénileg mást és mást tartsunk egészségnek, de közben mégis szem előtt tartjuk az egyéni feltételeket, melyek szükségesek az egyén egészségének fenntartásához (Ewles és Simnett, 1999).

Antonovsky (1987) felhívta a figyelmet arra, hogy az egészséggel kapcsolatos kutatások többsége mindig azt keresi, hogy mi az, ami beteggé tesz, és nem azt, hogy mi az, ami egészségesen tart. A kérdések megválaszolására megalkotta a *salutogenezis* kifejezést, amely a latin *salus*, azaz „legyőzhetetlen”, és a görög *genese*, azaz „keletkezés” szavakból ered, ezzel jelezvén, hogy elméletében az akadályok és nehézségek legyőzését szolgáló képességek eredetét tárja fel. Antonovsky feltevése szerint minél nagyobb koherenciaérzékkel rendelkezik valaki, annál valószínűbb, hogy meg tud majd küzdeni a rá nehezedő pszicho-szociális stresszorokkal. A koherenciaérzés összhangot, belső harmóniát, strukturáltságot jelent. Ez egyfajta komplex önbizalomként is elképzelhető, hiszen magába foglalja: a) a hatóerőt, amivel képesek vagyunk befolyásolni a minket érő körülményeket és elkötelezetten kitartani a céljaink mellett; b) a megértést az élet nehézségeivel szemben. (Tehát a megértését annak, hogy a külső vagy belső környezetből származó problémák összefüggenek, ezért megjelenésük bizonyos mértékig jósolható.), c) a hitet abban, hogy az élet értéket képvisel, ezért érdemes mozgósítani a külső és belső erőforrásainkat, melyek segítségével meg tudunk birkózni a nehézségekkel. Összefoglalva: a koherenciaérzés az egészség fontos meghatározója, ami azt jelenti, hogy a személy alapvetően hisz abban, hogy az élete értékes és érdemes arra, hogy megvalósítsa elképzeléseit, képes átlátni a problémáit, valamint képes megküzdő erejét, erőforrásait ennek érdekében aktivizálni.

Napjaink összetett szemléletét mutatja a funkcionális/adaptív modell, amelyben egy személy egészségét annak alapján lehet megítélni, hogy mennyire tud különböző tevékenységeket végrehajtani, részt venni a társadalom életében (beleértve a szűkebb és tágabb közösséget), harmonikusan alkalmazkodni a környezetéhez (Goldberg és Hiller, 1979; WHO 1999). A népegészségügyi kutatásokban az egészségnek a funkcionális modell szerinti jellemzése igen előnyös, mert a lakosságtól megbízható információ nyerhető arra vonatkozóan, hogy milyen tevékenységeket képes ellátni, illetve könnyen értelmezhető az állapot jelentette betegségteher. A funkcionalitás csökkenése ugyan bármely életkorban jelentkezhethet, legnagyobb mértékben

azonban az időseket érinti. Ennek jelentőségét éppen az adja, hogy a fejlett országok népegészségügyének egyik legjelentősebb problémája a segítségre szoruló idős népesség belüli arányának folyamatos növekedése.

A környezet fontosságát támasztja alá az egészség ökológiai meghatározása is, amennyiben az egészség nem más, mint az egyén, valamint környezete (fizikai, biológiai és társadalmi) között létrejövő relatív és dinamikus egyensúlyi állapot eredménye, amely az életmód közvetítésével jön létre (Pikó és Bak, 2004). „Az egészségi állapotot leginkább életmódunk és annak elemei, az egészségmagatartási formák alakítják. Az egyének és közösségek egészségmagatartása alapján jön létre az egészségkultúra, amelynek alakításában fontosak a demográfiai, társadalmi-gazdasági, szociokulturális és csoportlélektani tényezők” (Aszmann, 1989 idézi Pikó és Bak, 2005:54).

Végül nézzük meg az egészség fogalmát az egészségfejlesztési tevékenység aspektusából definiálva: „Az egészség az egészségfejlesztés összefüggéseit tekintve: az egészség nem valamiféle elvont állapot, hanem eszköz valamilyen végcél eléréséhez, amely a cselekvőképesség tekintetében úgy fogható fel, mint erőforrás, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy egyénileg, társadalmilag és gazdaságilag is termékeny életet éljenek” (Health Promotion Glossary WHO, 1998, idézi Nagyné és Barabás, 2011:178). Ez a meghatározás irányt mutat az egészségfejlesztő munka tervezéséhez, kivitelezéséhez.

## **3.2. Az egészség jellemzői**

Az alábbiakban az egészség alapvető jellemzőit mutatjuk be.

### **3.2.1. Multidimenzionális**

Már az 1946-os WHO definíció is megadja az egészség három legfőbb összetevőjét (vagy a kutatásokban használt idegen szóval dimenzióját) mint: a fizikai, a pszichés és szociális jóllétet. Ezt a szemléletet erősítette Engel 1977-ben megjelent munkája, ami egy rendszerszemléletű megközelítést javasol a biológiai meghatározottságok mellett a társadalmi és lelki tényezők vonatkozásában. Az egészséget alkotó különböző dimenziók egyaránt léteznek, ezek egymástól nem elválaszthatók, még ha súlypontozásaik különbözők is. A rendszer alrendszerének működése szorosan összefügg egymással, az egyik alrendszerben zajló folyamat hatással van a másik alrendszerben zajló folyamatokra. Az egészség tehát nemcsak biológiai, hanem

bonyolult pszichés és szociális összetevőként is értelmezhető. Az 1990-es évektől a biológiai, pszichológiai és társas szempontok mellett felismerték, hogy az egyéneknek spirituális igényeik is vannak.

A biológiai alrendszerben az egészség strukturális (anatómiai) és funkcionális (élettani) jellegzetességei találhatóak meg. A pszichológiai alrendszer a pszichikus mechanizmusokat, pszichodinamikai folyamatokat tartalmazza. A szociális alrendszer a társas működést, a társadalmi magatartást és az egyén társas, valamint csoportbeli viszonyait jelenti. A spiritualitás sajátos értékrend integrálását jelenti, olyan egyetemleges, minden emberben közös spirituális értékekét, mint altruizmus, humanitás, értelemkeresés, felelősségvállalás (nemcsak önmagunkért, hanem a világ, az univerzum dolgai iránt is). A spiritualitás hit, de nem vallás, amennyiben a vallás tanult tudattartalmakon és érzéseken nyugvó, hittételeknek alárendelt életszemlélet és létezési mód (Bagdy, 2006 idézi Andrejkovics és mtsai, 2013). Vallásosság és spiritualitás nem feltétlenül járnak együtt. A hagyományos spiritualitás Isten-központú, azaz teisztikus és szorosan kapcsolódik a vallásossághoz, míg a természetes (új) spiritualitás nem kötődik, az intézményes vallásossághoz. Nem hit vagy világnézet kérdése, hanem valaminek a mély tudása (Grof, 2007 idézi Andrejkovics és mtsai, 2013). A spirituális egészség létfontosságú az általános egészség szempontjából, mert integrálja az egészség többi dimenzióját. Lényege abban áll, hogy mennyire hiszünk saját egészségfejlesztési törekvéseinkben.

A szakértői meghatározások az egészség fogalmában a fenti négy dimenzió szerepét különítik el: a fizikait vagy szomatikus, a szociális, pszichés és a spirituális. Az egészség és a betegség is e faktorok alapján határozható meg. Ezt két módon tehetjük meg. Egyik lehetőség, hogy csak a faktorok egyikét vesszük figyelembe és az alapján döntjük el, hogy egy személy beteg-e vagy egészséges-e. Ezt a megközelítést *redukcionista* megközelítésnek nevezzük. A leggyakoribb, hogy a szomatikus faktort vesszük figyelembe, de lehetséges az is, hogy csak a pszichológiai vagy a szociális faktorokra figyelünk. A második lehetőség, hogy mind a négy faktort együtt vesszük figyelembe az egészség és a betegség meghatározásában. Ez a *holisztikus* megközelítés. Ebből következően az egészség szomatikus, pszichológiai, szociális és spirituális működés közötti egyensúlynak tekinthető.

Napjainkban is egyértelmű elsőbbséget élvez az egészség szomatikus összetevője. Ehhez viszonyítva háttérbe szorul az egészség pszichés jelenséggé, mint a pszichoszomatikus rizikófaktorok egyik csoportja. Az egészség szociális kérdésköre pedig alig szerepel az egészségfejlesztés célrendszerében és tartalmi feladatai között. Az egészség és a betegség

értelmezése, azaz, hogy mit jelent az az adott egyén számára, hogyan változik meg az élete egy-egy súlyos betegség során, hogyan reagál rá, milyen döntéseket hoz, alapjában attól függ, hogy az egyén hogyan éli meg spiritualitását. A vallás, a hit és a spiritualitás ma már nem ugyanazt jelenti a modern ember számára, mint valaha. Régebbi korokban a vallás átfogó értékrendszert nyújtott az emberek számára, keretet és iránymutatást adott életüknek, azonban a modernkor következményeként az egyház szerepköre és hatásköre csökkent, ezzel csökkent általános befolyásoló hatása az emberi élet különböző területeire is. Gyakran tapasztalhatjuk, hogy a hit nem minden esetben jár együtt a vallásgyakorlás aktív formáival, mint ahogy a vallásos életvitel sem magától értetődően jelent megingathatatlan hitet. A spirituális érdeklődés, a transzcendenciába<sup>4</sup> vetett hit modernkori megerősödéséhez pedig az vezetett, hogy a tudomány még ma sem tud választ adni az élet értelmére, végső céljára és jó néhány jelenségére.

### **3.2.2. Valamennyi dimenzió működéséből összegződött állapot**

Fontos tudnunk, hogy az egészség definíciójában szereplő dimenziók kölcsönösen kapcsolódnak egymáshoz, kölcsönhatásban és kölcsönös függésben állnak egymással. Az egyik terület változásai ezért következményekkel járnak a többi területen. Ha nincs összhang vagy nem megfelelő az összhang a dimenziók között, betegség alakul ki.

A dimenziók közötti interakció az alábbi következmények egyikével jár:

- Az egyik a dimenziók egymásra hatása, ami jelzi például, hogy az egyik dimenzióban bekövetkező változások hatással vannak a többi dimenzió működésére is.
- Egy másik lehetőség a kompenzáció. Ez azt jelenti, hogy a rossz funkciót az egyik területen vagy teljesen vagy részben kompenzálhatja a jó funkció a másik területen. A munkában jelentkező stressz (szociális probléma) nem annyira súlyos probléma annak, aki megtanulta hogyan küzdjön meg a feszültséggel (pszichológiai), összehasonlítva azzal, aki nem tanulta meg.

---

<sup>4</sup> Az emberre jellemző a transzcendencia motívuma (az a szükséglet, hogy a létezés értelmét, jelentését megtaláljuk), vagyis az, hogy minden helyzetben jelentést keres. Ezért nem csak az őt körülvevő világot igyekszik felfedezni és megérteni, hanem az egész világmindenséget is. Ez a szükséglet együtt jár azzal, hogy meghaladjuk önmagunkat, azaz nem az emberi szükségletekre és érdekekre összpontosítsunk, hanem az embernél magasabb rendű kozmikus jelentésre. Maslow szerint ez egy újfajta önmegvalósítás. A transzcendenciaszükséglet nyilvánul meg a vallási rendszerekben, de nemcsak abban jelenik meg, hanem abban is, hogy a tudomány a természet és a társadalom törvényszerűségeit vizsgálja.

- A harmadik következmény az emberek reagálási különbségei a hasonló szituációkra: az egyik ember betegnek tartja magát a fejfájás miatt, a másik nem.

### 3.2.3. Relatív állapot

A WHO 1946-os egészségfogalmának „jóllét” („well-being”) tartalma is kritikus elem. A klasszikus jóllét-irodalom elsősorban a szubjektív jóllétet (subjective well-being - SWB) tárgyalja, mely egyfajta ernyőfogalomként jelenik meg, azaz alá tartozik minden, az egyén saját életének különböző aspektusaira (pl. a lakókörnyezetre, átélt eseményekre, testi-lelki történésekre, munkára) irányuló értékelése. A jóllét meghatározója az egyén és a környezete közötti kapcsolat szubjektív megélése, értékelése. Ezek az értékelések kedvező kimenet esetén a személyes tapasztalatok pozitív, kívánatos nézőpontjait képviselik.

Field (1972 idézi Pearson és Vaughan, 1996) a jóllét fogalmának egy másik értelmezését adja, különbséget tesz az egyén által szubjektív módon megélt betegség (illnes, betegségélmény) és az orvos szemében kóros állapot (disease) között. Field vélekedése szerint a betegségélmény fennállhat betegség jelenlétében vagy anélkül, fordítva objektív módon beteg ember nem feltétlenül tekinti és érzi magát betegnek. A két állapot elkülönítése azt is jelenti, hogy az egészség a betegség ellentéte, a jóllét pedig a betegségélményé. Képzeljük el, hogy az egészség-betegség egyenest mikroszkóp alá tesszük és nagyon felnagyítjuk. Kiderül, hogy az egyenes nem is egy egybefüggő vonal, hanem pontocskák sokasága. Még nagyobb nagyítás alatt pedig látszik, hogy a pontocskák valójában körök, amelyek az egészség előbb tárgyalt négy dimenziójából állnak.

Az egészségpontocskák koncepcióját felhasználva most már megérthetjük, mi a különbség a jóllét és az egészség között, és hogyan kapcsolódnak egymáshoz mégis. A jóllét a fizikai, a lelki, a szociális és a spirituális egészség integrációja, a betegség és az egészségesség bármely szintjén. Vagyis lehetünk jól attól függetlenül, hogy egészségesek vagyunk, vagy betegek.

A jóllét mindig pozitív állapot, a betegség mindig negatív. Hogyan fordulhatnak elő mégis együtt? A probléma kulcsa a lehetséesség, vagyis a potenciál koncepciója. Bizonyos betegségek korlátozzák az egészségpotenciált. De ebben a korlátozásban is megvan a variabilitás lehetősége. Például vegyünk két paraplégiás (deréktől lefelé végtagbénulásos) beteget. A fizikai egészség értelemben mindkettőjük beteg, de ha egyikük depressziós és izolálódik a környezetétől, míg a másiknak ilyen problémái nincsenek, akkor ők szociális egészségük tekintetében különbözni fognak. Ha egyikük indul a paraolimpián, vagyis

fizikálisan aktív, a másik pedig nem, a fizikai egészségük tekintetében is különbözni fognak. Ez azt jelenti, hogy ha az egyik paraplégiás több fizikai és szociális egészséggel bír, mint a másik, akkor jólléte is nagyobb, mint a másiké, habár mindketten egyformán rokkantak és betegek. Ha együttesen nézzük az egészség négy komponensét és megmérjük, milyen mértékben vált valóra a lehetőségesség, vagyis a potenciál az egyes összetevők esetében, akkor megállapíthatjuk, hogy milyen szintű jóllét alakult ki.

Ha az egészséget és a betegséget egyenesen ábrázolva vizsgáljuk, akkor, ha valaki beteg – például paraplégiás -, akkor nem lehet egészséges is. De ha a koncepcióba beépítjük azt is, hogy a betegség és a jóllét különböző egyeneseken található, akkor az egyénnek lehet különböző mértékű belőlük akár egyidejűleg is. A lényeg tehát az, hogy minél közelebb kerülünk az egészségünk négy dimenziója potenciáljának megvalósításához, annál jobban vagyunk, annál nagyobb fokú a jóllétünk.

Képzeljük el, hogy az egyik dimenziója fejletlen: például elhanyagoltuk fizikai egészségünket (pl. ülőfoglalkozásunk mellett alig végzünk testmozgást). Ebben az esetben egészségpontocskánk nem egészen kerek. Ha a kocsi kerek nem egészen kerek, a vezető útja nem éppen kellemes, döcögős lesz. Mikor az egészségpontocskánk nem egészen kerek, nekünk sem éppen kellemes, inkább döcögős az élet. Utunk akkor a legkellemesebb, ha a mi egészségpontocskánk is tökéletesen kerek. Az egészségpontocskánk deformálódhat, ha elhanyagoljuk az egyik dimenziót, de akkor is, ha túl nagy hangsúlyt fektetünk rá a többi rovására. Például, ha barátunk elhanyagolja szociális egészségét, nem fordít elég időt a baráti kapcsolataira és feleségére, ám túl sokat foglalkozik fizikai egészségével (a hét szinte minden napján konditerembe jár). Az ő egészségpontocskája deformált. Egészséges a barátunk? Nos, az előbbieken láthattuk, milyen nehéz is erre a kérdésre válaszolni. A másik kérdésre azonban könnyebb a válasz: Jól van-e a barátunk? Elérte a nagyfokú jóllétet? Válaszunk: Nem! Az ő útja elég döcögős, hiszen egészségpontocskái deformáltak; néhány egészség összetevőt elhanyagolt, másokat eltűzött. Akár egészséges, akár beteg a barátunk – az saját értékrendjének függvénye -, az mindenesetre biztos, hogy a nagyfokú jóllétet nem érte el. A nagyfokú jóllét kulcsa tehát az egészség négy komponensének integrációja és egyensúlya (Greenberg, 1985).

#### **3.2.4. Szubjektíven átélhető, minősíthető**

Az egyén csak szubjektíven képes saját egészségi állapotát átélni, minősíteni, megváltoztatandónak ítélni. Ennek igen nagy a jelentősége, hiszen az egészségérzet és az



egészségtudat, a betegségérzet és a betegségtudat a leghatékonyabb motivációs bázisa lehet a különböző életviteli törekvéseknek.

### **3.2.5. Pozitív fogalom**

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) egészségdefiníciójában az egészség fogalma nem csupán a betegség hiányát tükrözi. A pozitív pszichológia irányát követő Martin Seligman szerint a szervezet optimális működése – a „pozitív egészség” – érdekében az egyénnek fejlesztenie kell a már meglévő pozitív képességeit, vagy új készségeket kell kialakítania (Seligman, 2008).

Az "egészség" kulcsfogalmához ugyanis nem csupán megőrző, védekező (negatív), hanem zömmel tevékeny (pozitív) elem is társul. A "pozitív egészség" a tényleges jóllét és erőnlét (fittség) magas szintjét foglalja magában.

A "pozitív egészség" holisztikus jellegű, az egész emberre vonatkozó fogalom, amely az életminőséggel áll kapcsolatban; nem korlátozódik az egyén egyetlen tulajdonságára, hanem az ember életének "egészét" jellemzi, azaz az élet egészét hatja át.

A "pozitív egészség" tartalmában olyan jegyek ismerhetők fel, mint pl.: az életöröm, a jó közérzet, a kiegyensúlyozottság, a megelégedettség, a munkakedv, a kreativitás, a fittség, a fizikai, pszichikai, szociális alkalmazkodó képesség stb.

### **3.2.6. Időben dinamikusan változó egyensúlyi állapot**

Az egészség az az állapot, amikor a folyamatosan egymásra ható testi, lelki és szociális tényezők egyensúlyban vannak. Ha valamelyik sérül, az a másik kettőre is hatást gyakorol. Egy példa erre: ha valaki munkanélkülivé válik, anyagi problémái lesznek, könnyen válhat alultáplálttá, ami a testet fogékonyabbá teszi különböző betegségekre. Leleki oldalról megjelenik a szorongás, depresszió alakulhat ki, szenvedélybetegségbe sodródhat, és az addig a társadalomban elfoglalt helyéről is lejjebb csúszik.

Az egészség sohasem fogható fel stabil, állandó minőségként. Bármilyen pontos megítélése is csak a dinamikus folyamat pillanatnyi keresztmetszetére vonatkozhat, s ez a folyamat pozitív vagy negatív irányba egyaránt változhat.

A jelenleg folyó viták alapján az látszik kikristályosodni, hogy az egészség dinamikus fogalom és az életre koncentrálni. Az egyén a természeti és társadalmi környezetével folytatott

átfogó és aktív összeütközések eredményeként talál rá az őt gátló és segítő feltételekre – az életfeltételekre. Vagyis az egészség nem egy stabil állapot, hanem egy időben dinamikusan változó folyamat, amelyben bekövetkezhet romlás (különböző fokozatú átmeneteket képezhet a veszélyeztetettség és a betegség állapotai felé), de javulás is, az egyén pedig folyamatosan alkalmazkodik a belső és a külső környezet változásaihoz, pozitív esetben azzal a céllal, hogy fenntartsa a jóllét állapotát.

A dinamikus egészségfogalom magában foglalja azt, hogy az egészségért az embernek folyamatosan tennie kell (fenntartó, megerősítő, fejlesztő, támogató tevékenységet). Így az egészséggel szemben fellépő sebezhetőségünket, a külső stresszorokat, a különféle rizikótényezőket – egészséges állapotában – az ember természetes aktivitásával, tudatos tevékenységével, az életvitelhez szükséges készségeivel, és a társas-támogató rendszerek (pl. harmonikus családi környezet) segítségével képes kiegyensúlyozni.

Az, hogy az egészség időben dinamikusan változó egyensúlya a szervezet és annak anyagi-társadalmi környezete között két egészségfejlesztési következménye van. Egyrészt az egészség sohasem fogható fel stabil, állandó minőségként. Bármilyen pontos megítélése is csak egy dinamikus egyensúlyi helyzet pillanatnyi „állapotára” vonatkozhat. Ez az állapot pozitív és negatív irányban egyaránt változhat, mégpedig az ugyancsak folyamatosan és változóan érvényesülő meghatározó tényezők rendszerétől függően. Ennek belátása az egészségfejlesztés multikauzális szemléletét erősíti. Másrészt, mivel az egyensúlyi állapot a szervezet és a környezet között áll fenn, az egészségfejlesztésnek tulajdonképpen kettős, de egymással összefüggő célja van: a szervezet működésének fejlesztése és a környezeti feltételek javítása. Tehát az egyént nagyrészt úgy tehetjük alkalmassá egészségi állapotának optimalizálására, hogy egyben alkalmassá tesszük környezete optimalizálására is.

### **3.2.7. Funkcionális fogalom**

Az egészség megvalósulása az élet különböző szakaszaiban más és más. Erőteljesen függ az életkörülményektől és a környezeti kultúrától. Ez határozza meg az egészség gyakorlati jelentőségét.

### **3.2.8. Erőforrás**

A WHO koppenhágai konferenciáján a korábbi egészség meghatározást komplexebben értelmezték, mégpedig a mindennapi élethez szükséges erőforrásként. Az új meghatározás az egyéni és a társadalmi létfeltételek hangsúlyozásán alapul (WHO, 1984). A definíció további módosulásához az Ottawai Charta is hozzájárult azzal, hogy az egészséget a társadalmi, gazdasági és egyéni fejlődés erőforrásaiban láttatja. Az egészségi állapotot a társadalmi tényezők, a fizikai környezet, ezen túl pedig az egyén magatartása, ismeretei és tapasztalatai egyaránt befolyásolják, az egészséget az ember teremti és éli meg mindennapi élethelyzeteiben és életszínterein (WHO, 1986). Az egészséget tehát nem célként, hanem a mindennapi élet erőforrásként jeleníti meg a dokumentum. Ezáltal egy olyan, az egyén felelősségét is hangsúlyozó feltevést ajánl, mely felválthatja a korábbi betegségmegelőző, prevenciós szemléletet kijelölve ezzel egy új, a harmadik népegészségügyi forradalom kezdetét (Breslow, 1999).

### **3.2.9. Alapvető emberi jog**

A dél-ausztráliai egészségfejlesztési konferencián Adelaideban megállapítást nyert, hogy az egészség alapvető emberi jog, így a kormányoknak is komoly felelősségük van állampolgáraik egészségi állapotának javításában, amit az egészséget támogató társadalompolitika révén kell foganatosítani (WHO, 1988).

Azon túl, hogy az egészség alapvető emberi jog, társadalmi cél is, mely az egészségügyön kívül számos más gazdasági és társadalmi terület közreműködését igényli. Ennek kimondása azért kulcsfontosságú, mert megnyitja az utat az egészség társadalmi, gazdasági, környezeti és kulturális meghatározói felé, melyek vizsgálata majd multidiszciplináris megközelítést igényel, ami az egészségfejlesztés egyik fő jellemzőjévé válik.

### **3.2.10. Mérhető**

Az egészségmérésre az egészségfejlesztő munka hatékonysága és bizonyíthatósága érdekében is szükség van. A kitűzött céloktól függően az egészségi állapot mérésére különböző módszerek használhatók fel.

Az egészségi állapot mérése az egészség fogalmának meghatározásával kezdődik. Ha tudjuk, hogy mit nevezünk egészségnek, akkor mérhetjük is. Az egészség fogalma holisztikus szemléletet követ, ezért mérésénél is ezt az integrált perspektívát kell alkalmazni.

Az egészség mérhető objektív és szubjektív módon. Objektív méréssel a normális és abnormális értékek elkülöníthetők a populációbeli statisztikai gyakoriság alapján (pl. a vércukorszint, a vérnyomás). Az egészségi állapotot jelenleg egyre inkább a szubjektív egészségi állapottal mérik.

Az egészség mérésére alkalmazott módszer egyrészt attól függ, hogy az egészség mely dimenzióját (fizikai, pszichés, szociális vagy spirituális) kívánjuk mérni, másrészt attól, a szemléletmódtól függ, amit magáról az egészségről kialakítunk. Például attól, hogy negatív vagy pozitív megközelítést használunk.

#### ***Egészségi állapot mérése az egyes dimenziók mentén:***

- Biológiai (élettani) struktúra (funkcionális paraméterek: mozgás, önellátás, betegségtünetek stb.).
- Mentális/pszichikai működések (stressz érzékelése, szorongás, depresszió, érzelmi labilitás, magatartáskontroll stb.).
- Szociális/társas funkcionálás (társas integráció foka, társas támogatás mértéke, kapcsolatok minősége, kontaktusok száma, társadalmi szerepeknek való megfelelés stb.).
- Spirituális dimenzió (mennyire gyakorolja a vallását, azaz a vallással kapcsolatos vélekedéseket, értékeket, viselkedéses és közösségi aktivitást/részvételt stb.).

Egyéb egészségiállapot-indikátorok:

- Egészségi állapot önértékelése, önminősítése (olyan szubjektív szempont, ami nem mérhető objektív paraméterekkel, de kifejezi a saját egészséghez való viszonyt).
- Pszichoszomatikus tünetek előfordulása (kimerültség érzés, szapora szívdobogás, a feszültségből eredő fejfájás, alvászavarok, hát- és derékfájás, a feszültségből eredő hasmenés, gyomor- és hasfájás stb.).
- Egészségkockázati magatartás (káros szenvedélyek, helytelen táplálkozás, mozgáshiány).

A negatív változókkal való mérés azt jelenti, hogy az egészséghez ellenkező irányból (betegségek vagy a halál felől) közelítünk, s az eredmények alapján következtethetünk az egészségi állapot milyenségére (pl. halálozási statisztikák, morbiditási statisztikák). Az egészség pozitív mutatók szerinti megítélésére számos módszer létezik, melyek alkalmasak arra, hogy az egészséget, mint objektív tényt mérhessünk meg. Például az egészségi állapot

mérését többnyire vitális statisztikai adatokkal lehet jellemezni: pl. testsúly, testmagasság, testtömeg, fogászatilag rögzíthető státusz (pl. rossz fogak).

Egyre gyakrabban kerül sor az emberek életmódjának vizsgálatára, amivel egészségi állapotuk is mérhető. Az életmódvizsgálatok jól használhatók a lakosság egészségi állapotának mérésére: pl. a nők hány százaléka vesz részt a nőgyógyászati szűrővizsgálatokon vagy a gyermekek hány százaléka lett gyermekbetegségek ellen beoltva.

Az egészségi állapot egyéni szinten túl közösségi szinten is mérhető. Populációs szinten: halálozással, megbetegedéssel kapcsolatos statisztikai mutatókkal (pl. a születéskor várható élettartam) mérhető.

### **3.2.11. Értékjellegű**

A természeti népek életmódjának kutatására alapozva elmondható, hogy az egészség, mint érték már a legrégebbi emberi közösségek tagjainak tudatában is jelen volt.

Az egészség értékként, magántulajdonként való szemléte lehet az alapja annak, hogy az egyén aktívan tegyen annak megtartásáért. Ha valamit nem tartunk értéknek, akkor azért nem vagyunk hajlandóak áldozatokat hozni (nem diétázunk, nem sportolunk), arra nem vigyázunk.

Báthory és Falusi (1999) meghatározásában az érték minőségi kategória, egy társadalom szociokulturális fejlődésében jelöli azt az általánosan, vagy a többség által elismert és bensővé vált elképzelést valamiről, ami kívánatos, elismert, tiszteletreméltó.

Az egészség az egyén szempontjából is az egyik legfontosabb – ha nem a legfontosabb - érték, ezért megőrzése az egyén karrierje, gazdasági helyzete, társadalmi státusza szempontjából is döntő jelentőségű. Az egyén szempontján túl az adott ország jövőbeni fejlődését, gazdasági lehetőségeit is jelentős mértékben befolyásolja (Simon-Kiss, 2003). Az egészség értékjellege az egyénben legtöbbször akkor tudatosul, amikor elveszíti.

A kedvezőtlen mortalitási és morbiditási statisztikák arra utalnak, hogy a magyar társadalom értékrendjében nincs megfelelő helyen az egészségérték. Az értékek hierarchiájában háttérbe szoruló egészségérték a lakosság életmódjára – fizikai aktivitására, táplálkozási és drogfogyasztási szokásaira – negatív hatással van. Ezért fontos feladat, hogy a politika és a közgondolkodás szintjén is elérjük az egészség felértékelésével a társadalmi értékrend pozitív irányú változását.

Az egészség, mint érték - más értékekhez hasonlóan - a szocializáció, a nevelés értékközvetítő hatására alakul ki. A konstruktív életvezetés olyan életvezetés, amely a

társadalom és az egyén szempontjából is eredményes. Az egészséges életmód normáit közvetítő magatartás megerősítése az eredményes életvezetés sikerének egyik biztosítéka.

Társadalmi vonatkozásban is alapigazság az egészség érték volta, hiszen a társadalmilag fontos célok megvalósításában egészséges emberek tudnak tevékenyen részt vállalni. A társadalmi egészség meglétéről és változásáról az egyes országok évenkénti megbetegedési és halálozási statisztikái szolgáltatják az információt. A rövidebb és hosszabb időszakok adatainak összehasonlítása társadalmi szinten biztosítja a társadalom egészségtükrébe nézés lehetőségét. Az adatsorokban megfigyelhető kedvező változások a társadalmi egészség növekedésére utalnak, míg a rosszabbodást mutató adatok figyelmeztetésként, vészjelzésként értelmezhetők. Ebben az esetben társadalmi szintű stratégiai feladattá válik a kedvezőtlen tendenciák megállítása, majd visszafordítása.

Az egészség olyan érték, mely meghatározza életminőségünket, várható élettartamunkat is. Több, egymással kölcsönösen összefüggő terület egyensúlya hozza létre életünkben az egészséget. Minden összetevőjének megvannak a maga speciális jellemzői. Akkor érezzük magunkat jól a bőrünkben, ha egészségünk fizikai, érzelmi, mentális, szociális, személyiségi és spirituális alkotóelemei egymással összhangban vannak. Az egészség értéként való szemlélete lehet az alapja annak, hogy az egyén aktívan tegyen megtartásáért.

### **3.2.12. Eszközjellegű**

„Az egészség az egészségfejlesztés összefüggéseit tekintve: az egészség nem valamiféle elvont állapot, hanem eszköz valamilyen végcél eléréséhez, amely a cselekvőképesség tekintetében úgy fogható fel, mint erőforrás, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy egyénileg, társadalmilag és gazdaságilag is termékeny életet éljenek” (Health Promotion Glossary WHO, 1998:56 idézi Nagyné és Barabás, 2011). A pozitív egészség tehát az élet forrása – nem pedig célja -, egyben lehetőséget és képességet takar, a „modus vivendi”(a boldogulás útját-módját) jelenti.

### **3.2.13. Csak részben interiorizálható**

Az egészség sok részletében nem interiorizálható, hiszen közvetlenül biológiailag meghatározott (és esetleg csak az életmód közvetítésével befolyásolható).

### **3.14. Az egészség, mint autonómia és felelősség**

Illich (1975 idézi Naidoo és Wills, 1998) szerint az egészség autonómiát jelent (az egyén önállóságát), az autonómiát vagy egészséget viszont megbolygathatja a lét túlzott medikalizációja. Olyan mindennapi élethelyzetekbe is beavatkozik az orvoslás, mint pl. a születés vagy halál. Az egyén autonómiájának értelmében az egyénnek alapvető joga van a saját sorsára és jövőjére vonatkozó kellő információhoz és ennek alapján a döntéshez. Illich véleménye az, hogy az egészség az ember személyes feladata, amit szabadon és önállóan kell megvalósítania. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy ne vitassuk az egyén saját egészségéért, egészséges életmódjáért viselt felelősségét, az önrendelkezéshez való jogát.

### **3.3. Az egészségről alkotott általános modellek**

Egy személy egészségi állapota az öröklött és szerzett egyéni tulajdonságain túl, a környezetnek a személyt ért, az adott időpontig összegződött hatásainak bonyolult kölcsönhatásainak következménye. Az egészséget meghatározó, befolyásoló tényezők összetett hatásrendszerét a szakemberek ún. egészségmodellekben ábrázolják.

Egy **egészségmodellt** döntően három tényező határoz meg: az egészség definíciója, az egészséget meghatározó tényezők köre, amelyekre a modell kiterjed (egyéni tulajdonságok, környezeti tényezők) és a tényezők között feltételezett kapcsolatrendszer. Az **általános egészségmodellek** olyan modellek, amelyek segítségével bejósolható a személy általános egészségi állapota.

A különböző egészségmodellek kialakítása során tudatosan illesztik egymáshoz az egészséggel kapcsolatos „tudásdarabkákat”. Az így kialakított egészségmodell előnye, hogy koherens keretet és nyelvezetet teremt a betegségek kialakulásának, és következményeinek értelmezéséhez.

Az egészségmodellek közül a biomedikális modell ma is az egyik uralkodó egészségfelfogás, ugyanakkor ezzel párhuzamosan számos más egészségfelfogás is létezik: a pszichoszomatikus, pszichoanalitikus, bio-pszichoszociális, szalutogenetikus, ökológiai, és Meikirch egészségmodellje. Mindezeknek a modelleknek az ismerete nélkülözhetetlen a dentálhigiénikus egészségfejlesztő munkájában.

### **3.3.1. Biomedikális modell**

Természetesnek vehetjük, hogy egyfelől az egészség legelső és alapvető modellje, az úgynevezett medicinális (biomedikális) modell a biológiai tudományok eredményeit véli meghatározónak, e terület zavarainak korrekcióját célozza. A biomedikális modell kialakulásának hagyományos magyarázata szerint ez a szemléletmód sajátos fejlődés eredménye, amely tulajdonképpen az orvostudomány fejlődésének története (Jewson, 1976). A modell a betegségeket feltárható biológiai/fiziológiai kórokkal magyarázza, és élesen elkülöníti az egészséget a betegségtől - az egészség a betegség hiánya, a betegség pedig az egészség hiánya, másfelől pedig, hogy e modell központi eleme a szervezet tökéletes fizikális épsége és kifogástalan fiziológiai működőképessége, illetve az orvosilag kezelhető kórállapotok (voltaképpen fiziológiai zavarok) hiánya. A modell szerint tehát az egészségi állapot alapvetően biológiai meghatározottsággal rendelkezik, ezért az egészség nem más, mint sajátos biológiai létezés. A modell redukcionista, mert minden hatáskörébe tartozó jelenség végső soron a molekuláris biológiára redukálható. A modell patogenetikus, mert alapvetései, hogy az emberi szervezet (mint rendszer) regulációja homeosztatis elven működik (ez az egyensúlyi állapot jelenti az egészséget), és a betegséget anatómiai és fiziológiai funkciókban kialakuló hibaként (malfunkcióként) határozza meg (Kulcsár, 2002). Mechanisztikus, mert az emberi szervezetet úgy fogja fel és úgy is kezeli, mintha valamilyen gép volna (egészség elvesztése nem más, mint a gép - szervezet - funkcionális meghibásodása és az orvostudomány feladata a hibák kijavítása, a rendeltetésszerű működés visszaállítása). Ebből adódóan a beteg passzív elszenvetője a bajnak, a betegségnek, passzív célja az orvosi beavatkozásoknak. Az egészség helyreállításához csaknem kizárólag a medikális technológiára és fejlett tudományos eljárásokra van szükség. Mivel a betegségeket meghatározott kórokozókra vezeti vissza, ezért jellemzővé válik a gyógyszeres beavatkozás hatékonyságába vetett túlzott bizalom.

### **3.3.2. Pszichoszomatikus modell**

A biomedikális modellt követően nagy előrelépést jelentett az 1930-1950 között megjelenő pszichoszomatikus modell - az első olyan modern tudományos megközelítés, mely az egyes betegségek háttérében pszichológiai tényezőkkel is számolt. Manapság már az is létjogosultságot nyert, hogy a pszichológiai faktorok igazolt rizikótényezőként szerepelhetnek egy-egy betegség kialakulásában. A felfogás szerint a lelki tényezők a testi történéseket a vegetatív idegrendszeren keresztül befolyásolják. A korai kutatásokban a szorongás és distressz



jelentőségét hangsúlyozták a betegségek kialakulásában. Két fő irányzata a pszichodinamikai és a pszichofiziológiai megközelítés – előbbi kiemelkedő képviselője a magyar származású Franz Alexander, az utóbbié pedig Harold G. Wolf.

### **3.3.3. Bio-pszichoszociális modell**

Az Engel által 1977-ben javasolt bio-pszichoszociális modell felismeri, hogy a betegségek kialakulásában és lefolyásában nemcsak a biológiai tényezőket kell figyelembe venni, hanem a pszichológiai és társadalmi összetevők is kulcsfontosságúak. A biopszichoszociális modell egy rendszerelmélet<sup>5</sup>, melynek lényege, hogy részei egymással állandó kölcsönhatásban állnak, kölcsönösen befolyásolják egymás működését. Az elmélet alapvető tézise, hogy a természet hierarchikus rendbe szervezett, amelyben a komplexebb rendszerek az alacsonyabb szintre épülnek. Semmi nem jelenik meg izoláltan, minden rendszert befolyásol azon rendszerek konfigurációja, amelynek részét képezi. A rendszerszemléletben a cirkuláris okság váltja fel a lineáris kauzalitás modelljét, amely a hagyományos biomedicinális megközelítés csapdáját jelenti. Hasonlóan lényeges szempont még a kommunikáció és az adaptáció szükségszerű volta és a homeosztázisra törekvés. A biopszichoszociális elképzelés hangsúlyozza, hogy a betegségek kialakulásában nem csupán a biológiai tényezők, hanem a pszichológiai és a társadalmi összetevők is igen fontosak. Ebből az is következik, hogy az orvostudománynak a társadalomtudományokkal való kapcsolata szorosabb, mint ahogyan azt a biomedikális szemlélet értékeli. A biopszichoszociális elmélet egymásra épülő egységeket tételez fel, a komplexebb, nagyobb egységek az alacsonyabb szerveződési szintre épülnek. A szerveződési szintek dinamikus kapcsolatban vannak, s az egyiknek a változása változást okoz a többiekben is. A betegségek kialakulásában nem csupán egy mechanikus okot kell keresnünk, hanem a hajlamosító, a kiváltó és a fenntartó tényezők komplex kölcsönhatását.

---

<sup>5</sup> Az általános rendszerelmélet, mely a 20. század közepén kezdett kialakulni, nem kis részben a kibernetika megjelenése nyomán. A rendszerelmélet azokkal a funkcionális és strukturális szabályokkal foglalkozik, amelyek minden rendszerre érvényesek. Ilyen általános jellemzők az információfeldolgozás, a kommunikáció, a megváltozott körülményekhez való alkalmazkodás, az önszerveződés, az önfenntartás. A rendszerfolyamatokban a pozitív és negatív visszacsatolások lényeges szerepet töltenek be. A szemléletváltás arra vezetett, hogy a jelenségek megfigyelésében a folyamatok és a kommunikáció vizsgálata került a homloktérbe a merev kategoriális megközelítés, az anyagi összetevőkre való koncentráció helyett.

### **3.3.4. Szalutogenetikus modell**

Antonovsky salutogenetikus modellje (1996) szerint az egészség csak rendszerszemléletben értelmezhető. A rendszerszemléletű megközelítés alapján az egészség nem egy normális statikus egyensúlyi állapot, sokkal inkább egy aktív, dinamikus önregulációs folyamat. Az emberi létezés alapelve nem a kiegyensúlyozottság és az egészség, hanem az egyensúlyvesztés, a rendellenesség és a szenvedés. A személy egészségét a koherencia érzése határozza meg. A koherencia érzése arra utal, hogy a személy és környezete között összhang, harmónia, összerendezettség van, amely a folyamatos kihívások közepette is biztosítja a harmónia és egyensúly megvalósítását. A koherencia annak az átélése, hogy a személynek helye és szerepe van a társadalomban, amelyben él és a vele történő eseményeknek mindig van értelme. A körülötte lévő világ kiszámítható és az események nagyrészt befolyásolhatóak. Bízunk benne, hogy a változó körülmények ellenére mindig képes lesz megfelelő erőforrásokat mobilizálni, mely egyrészt a saját megküzdési potenciálját, másrészt a külső segítséget, kölcsönösséget jelenti. Minél kifejezettebb valakiben a koherenciaérzet, annál egészségesebb, illetve annál hamarabb gyógyul fel esetleges betegségéből.

### **3.3.5. Ökológiai egészségmodell**

Az ökológiai egészségmodell az egészséget holisztikus megközelítésben szemléli. A személy csak akkor lehet egészséges, ha be tud integrálódni a társadalomba, konstruktív kapcsolata van más személyekkel, a stresszhelyzetekhez megfelelő módon tud alkalmazkodni, meg tudja fogalmazni személyes életcélját és ki tudja fejezni személyes igényeit (Csabai, 2001).

### **3.3.6. Meikirch egészségmodell**

A Meikirch egészségmodellt Csizmadia (2018) mutatta be az Egészségfejlesztési folyóiratban. Az ENSZ 2015-ben elfogadott tizenhét fenntartható fejlődési célt (Sustainable Development Goals), amelyek mind a fejlődő, mind a fejlett országokat cselekvésre szólítják fel, ahogyan az egyéneket is - többek között -, hogy biztosítsák az egészséges életet, illetve előmozdítsák a jóllétet mindenki számára, minden korosztályban.

A Meikirch egészségmodell egy komplex gondolkodás terméke, amely egyesíti a különböző egészségfogalmak elemeit, valamint a szubjektív, tehát az egyénközpontú és a társadalmi-közösségi megközelítést is magába foglalja. Jó alapot nyújthat integratív, multiszektoriális, átgondolt egészségfejlesztési beavatkozások számára.

„A Meikirch modell szerint az egészség a jóllét állapota, amely az egyéni képességek, az életút során keletkező kihívások, valamint a társadalmi és környezeti befolyásoló tényezők közötti kölcsönhatások eredménye.” (idézi Csizmadia, 2018:48).

A modell szerint egészségről akkor beszélhetünk, ha az egyén képességei, a társadalmi és környezeti tényezők egyensúlyba kerülnek az életút során keletkező kihívásokkal. Ezek a kihívások lehetnek élettani, pszichoszociális, vagy környezeti vonatkozásúak; az egyén helyzetétől és a körülményektől függenek, de minden esetben az egyensúly megbomlása az egészség megromlásához vezet.

A modell alkotóelemei a következők:

1. *A személyes meghatározó tényezők*, amelyek magukba foglalják:

a) *Az élet folyamán jelentkező szükségleteket és kihívásokat*, amelyek lehetnek biológiaiak (pl. hozzáférés megfelelő mennyiségű és minőségű táplálékhoz, lehetőség a megfelelő higiénia fenntartásához); pszichoszociálisak, amelyek befolyásolják az egyén és társadalom viszonyát (pl. család, iskola, munkahely, a társas viszonyok és a szabadidős); környezeti (pl. az ivóvíz minősége, a levegőszennyezés, a környezeti mérgek, kártevők és a természeti katasztrófák).

b) *A kihívásokra adandó válaszokhoz szükséges erőforrásokat, potenciálokat*<sup>6</sup>: egyrészt az egyén *biológiai potenciálját* (az élet biológiai alapját), másrészt *a szerzett képességeket*. A biológiai potenciálok az öröklött tulajdonságokat képviselik, melyek függenek a genetikai anyagból származó értéktől és a terhesség minőségétől. A biológiai potenciál megőrzése a jövő egészsége érdekében először a szülők, majd a későbbiekben az egészségmagatartáson keresztül az egyén felelőssége. Minden testi betegség, sérülés, illetve környezeti tényező a biológiai potenciált átmenetileg vagy tartósan gyengítheti. Ez nem jelenti azt, hogy egy ilyen embert betegnek kell tekinteni, hiszen az egyéb összetevők kompenzálhatják a potenciál csökkenését. A szerzett képességek hangsúlyozása a Meikirch modell sajátossága. Minden ember képes saját személyiségének alakítására, felelőse és részese saját fejlődésének. A fejlődés eredményeként létrejövő jól fejlett, megszerzett képességek támogatják az egészséget. „Minden ember felelős az alábbiakért: - hogyan használja a biológiai potenciált, - mekkora gondot fordít a személyes potenciál fejlesztésére, - hogyan reagál a kihívásokra, - hogyan kezeli az emberi kapcsolatait, - hogyan vesz részt a társadalom életében, - hogyan viszonyul a

---

<sup>6</sup> A Meikirch modellben a forrásokat potenciálnak nevezik, mert nemcsak a jelenben fontosak, hanem a jövőben is rendelkezésre kell állniuk. Ez azt jelenti, hogy a források fenntartását és további fejlődését a jövőbe való befektetésnek kell tekinteni.

természeti környezethez.” (Csizmadia, 2018:50) Ezek a fejlett megszerzett képességek segíthetik a biológiai hátrányokkal élő egyéneket abban, hogy nagymértékben kiegyenlíthessék korlátozottságaikat. Ezzel sok ember képes megfelelő választ adni egy jelentkező kihívásra, és - a Meikirch modell szellemében -egészségesen élni.

2. *Az egészség társadalmi meghatározó tényezőit:* A társadalmi meghatározók magukban foglalják az egyes emberek közvetlen társadalmi környezetét, valamint a szélesebb társadalmi kontextust, amely befolyásolja az egyén életét. Ezek a család, barátok, ismerősök, iskola, munkahely, többek között a politikai intézmények, jogi környezet. A modell fontosnak tartja kihangsúlyozni, hogy a közösségek életében (család, a szomszédság és egyéb közösségek) való aktív részvétel segítheti az egészséget. A Meikirch modell egyszerre hangsúlyozza a társadalom felelősségét az egyéni egészség megteremtésében, és azt, hogy az egészség a társadalom és az egyének közös erőfeszítéseinek az eredménye.

3. *A környezeti meghatározó tényezőit:* Ezek közé tartozik az egész bioszféra, különösen a táplálkozás és rekreáció szempontjából elengedhetetlen környezet, de ide tartozik a víz, a levegő és a talaj minősége is.

A fenti tényezők egymással kölcsönhatásban vannak, befolyásolhatják a kihívásokra adott megfelelő válaszokat és potenciálokat. A szerzett potenciál vagy a társadalmi és környezeti determinánsok lehetővé teszik a csökkent biológiai adottságú személy számára, hogy kielégítően reagáljon az élet igényeire, ebben az esetben őt egészségesnek tekinthetjük.

### **3.4. Az egészségi állapotot meghatározó tényezők**

Az **egészségi állapot** azoknak a külső és belső viszonyoknak az összessége, amelyben az egyén létezik, és amelyek hosszabb-rövidebb ideig jellemzik. Az egészségi állapotra vonatkozó adatok ismeretében az intervenció lehetőségeinek megállapításához szükség van az egészségi állapotot meghatározó tényezők ismeretére.

Lalonde, volt kanadai egészségügyi és népjóléti miniszter által 1974-ben megalkotott modell négy hatótényezőt azonosít: genetikai-biológiai tényezők, környezet, életmód, illetve egészségügyi ellátás. A négy tényező közül legnagyobb mértékben az életmód befolyásolja az egészségi állapotot (43%), ezt követik a genetikai-biológiai adottságok (27%), majd a környezeti tényezők (19%), illetve, az egészségügyi ellátás (11%) (Lalonde, 1974). Noha a felsorolt arányszámok érvényessége kérdéses Magyarországon 2015-ben, a tényezők

érvényességét igazolja a WHO (2010) egészségfejlesztési stratégiájának modellje, amely szintén a felsorolt négy tényezőt veszi alapul.

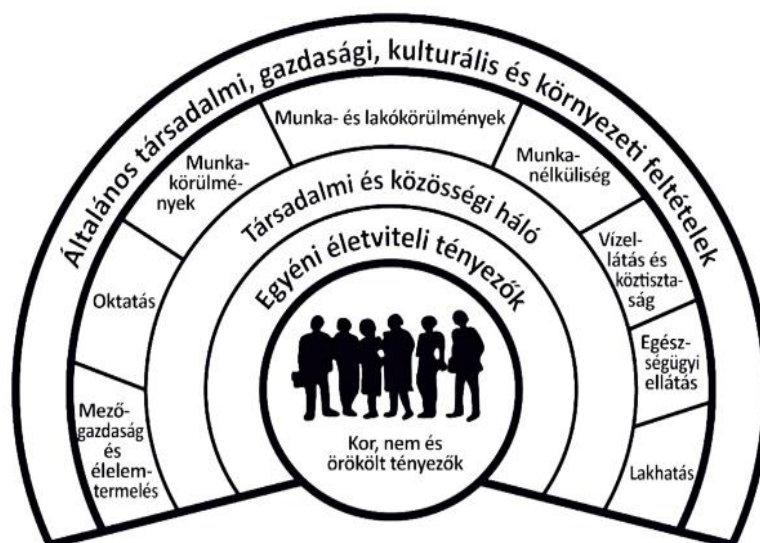
Az egyén egészségét számos külső és belső tényező együttesen befolyásolja. A belső tényezők: a) az egyén biológiai adottságai (örökletes tényezők, családi kórtörténet, az élet során szerzett fizikai és mentális egészségügyi problémák), b) az egyén életmódja, egészségmagatartása c) az egyént érintő közvetlen szociális környezeti hatások (család, barátok, ismerősök, munkatársak). A külső tényezők: a) természeti környezet: biológiai, fizikai és kémiai, b) társadalmi környezet: gazdasági, politikai környezet, intézményrendszer (pl. oktatási, szociális, egészségügyi: a minőségi egészségügyi ellátáshoz, továbbá az egészségügyi információkhoz és a közösség más helyszínein keresztül nyújtott szolgáltatásokhoz való hozzáférés).

### **3.5. Egészség-egyenlőtlenség**

Az egészség-egyenlőtlenség témája mind a kutatások, mind az egészségpolitika egyik kiemelt területe a fejlett világban. Az egészség-egyenlőtlenségeknek sokféle értelmezése és megnevezése használatos (Graham, 2007). Az angol és amerikai szakirodalomban legtöbbször health variation, health disparity, health diversity kifejezéssel jelölik az egyes társadalmi csoportok egészsége között tapasztalható eltéréseket. Meghonosodott magyar szakkifejezés híján az ilyen eltéréseket a továbbiakban egészség-eltéréseknek nevezzük. E fogalom szakszerű meghatározása tehát: „különböző társadalmi, demográfia vagy földrajzi lakosságcsoportok egészségében jelentkező egy vagy több szisztematikus eltérés” (Starfield, 2001).

Az egyéni tényezők külső hatások általi befolyásoltságát hangsúlyozza az egyre bővülő környezet egymásra boruló rétegeivel Dahlgren és Whitehead modellje (1. ábra). A Dahlgren-Whitehead modell továbbra is az egészségmeghatározó tényezők egyik leghatékonyabb példája, és széles körű hatást gyakorolt az egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségekre és befolyásokra vonatkozó kutatásokban. Dahlgren és Whitehead modelljükben összesítik az egészséget meghatározó társadalmi tényezőket. Az egészségi állapot tehát a jóllét egyik fontos összetevője, mely nem csupán az egyén felelőssége, hanem függ az adott ország egészségügyi ellátórendszerétől, a gyógyítási, rehabilitációs és prevenciós lehetőségektől is, ugyanakkor mégis az egyén szerepe elsődleges saját egészségét illetően.

1. ábra  
Dahlgren és Whitehead réteges egészségmodellje

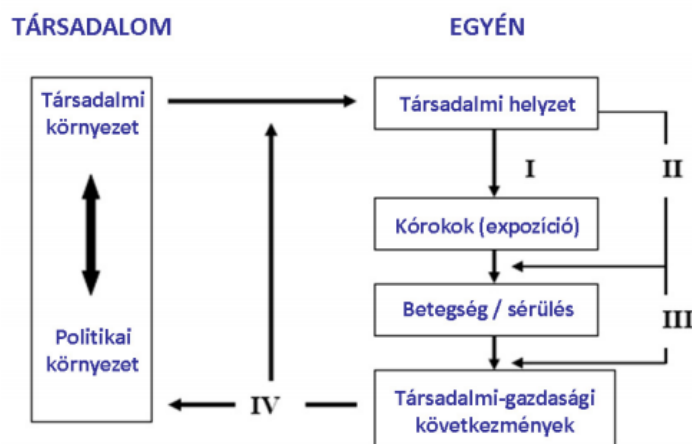


(Forrás: Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): *Policies and strategies to promote social equity in health* Background document to WHO – Strategy paper for Europe – p. 11.)

A külső rétegektől a belső felé mutató hatások azonosítását az egyenlőtlenségek lehetséges csökkentése szempontjából tartották kiemelkedő fontosságúnak. Az utóbbi szempont vezette Diderichsent a modell olyan továbbfejlesztéséhez, amelynek során az egészség-egyenlőtlenség kialakulását a társadalmi-gazdasági hatásokra vezette vissza (Diderchsen és mtsai, 2001). „Az elsősorban klinikai irányultságú epidemiológia leggyakrabban az „egyéni” tényezőket okolja az egészségkockázat különbségeiért. Ilyen tényezők az életkor, a nem, a táplálkozási szokások, a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a testtömeg és a vérnyomás. Az egészség társadalmi meghatározóiról közölt gazdag szakirodalom igazolja, hogy sok ilyen egyéni kockázati tényező gyakran kapcsolódik (vagy erősen összefügg) az egyén társadalmi helyzetéhez és környezetéhez, mint a lakóhely (város vagy falu), munkahelyi körülmények, vagy az ország társadalmi-gazdasági politikájához.” (Diderchsen és mtsai, 2001:14). Diderichsen és munkatársai az egészség-egyenlőtlenségek kialakulásában és fenntartásában négy fő mechanizmust azonosított: (I) az egészség társadalmi rétegződése, azaz a társadalmi különbségek egészségbeli különbségeket okoznak; (II) a társadalmi lejtőn lefelé haladva nő az egészséget veszélyeztető kockázati tényezőknek való kitettség; (III) a rosszabb társadalmi helyzetben élők fogékonyabbak a betegségekre; (IV) a megromlott egészség társadalmi és gazdasági következményei miatt „lecsúszás” a társadalmi lejtőn (2. ábra).

2. ábra

A társadalmi csoportok egészsége között megfigyelhető különbségeket meghatározó tényezők és mechanizmusok

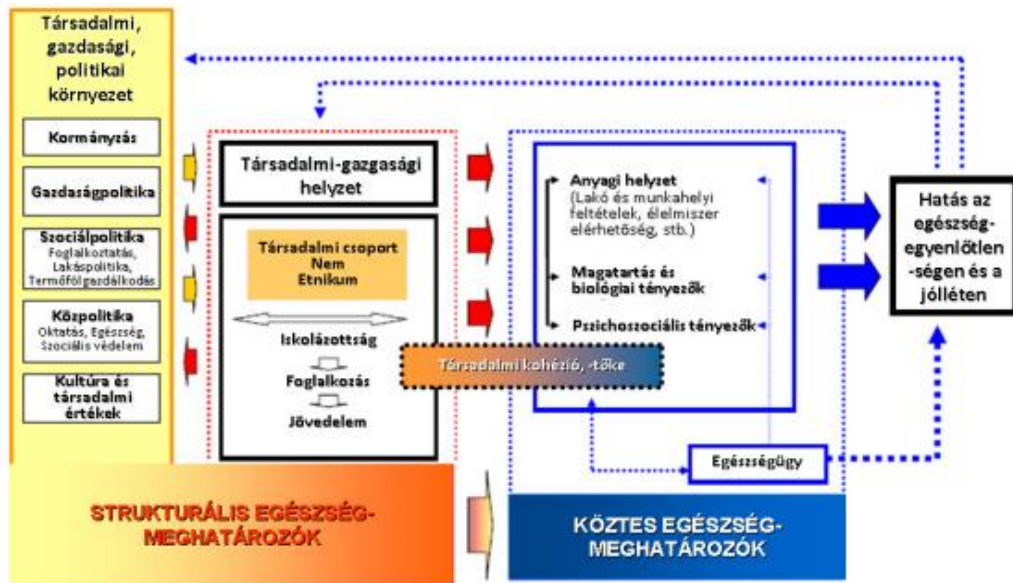


(Forrás: Diderchsen, F., Evans, T., Whitehead, M., (2001): *The Social Basis of Disparities in Health*. In: Evans T, Whitehead M, Diderchsen F, Bhuiya A, Wirth M (szerk.), *Challenging inequities in health: from ethics to action*. Oxford University Press, New York - Vitrai, 2011. P. 16.)

Az a felismerés, hogy az egészség-egyenlőtlenségek csökkentéséhez társadalmi szinten és nem egyéni szinten lehet csak eredményesen beavatkozni vezetett ahhoz, hogy a WHO 2005-ben létre hozta az Egészség Társadalmi Meghatározói Bizottságot (Commission on Social Determinants of Health) azzal a feladattal, hogy dolgozzon ki javaslatokat az egészség társadalmi egyenlőtlenségeinek csökkentésére. A világ vezető szakértőiből álló testület a szakirodalom átfogó és részletes feldolgozását követően, 2007 áprilisában tette közzé a kidolgozandó javaslatok elméleti háttérét bemutató tanulmányát (Commission on Social Determinants of Health, 2007). A tanulmány készítői áttekintették az egészség megromlására, a betegségek kialakulására vonatkozó elméleteket, egészség-modelleket. A Bizottság kiindulva Diderichsen koncepciójából olyan részletes modellt fejlesztett ki, mely tartalmazta a szakirodalom alapján azonosítható, egészséget meghatározó egyéni és társadalmi tényezőket, valamint az azok között fellépő kölcsönhatásokat is. Hogy az egyéni tényezők társadalmi meghatározottságára jobban felhívják a figyelmet a strukturális és a köztes meghatározók kifejezést alkalmazták a társadalmi, illetve az egyéni helyett (3. ábra).

3. ábra

Az egészséget meghatározó strukturális és köztes tényezők és kölcsönhatásaik



(Forrás: Commission on Social Determinants of Health: Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health, WHO, Genf, 6. - Vitrai, 2011. p. 17.)

### 3.6. Orális egészség

Nagy jelentőséget tulajdonítottunk az egészség fogalmának alapos, többszempon-tú megismerésének, az egészség jellemzőinek és befolyásoló tényezőinek, valamint, az egészség-egyenlőtlenségek bemutatására. Az alábbi fejezetben arról olvashat, hogy hogyan is alakulnak mindezek az orális egészség vonatkozásában.

#### 3.6.1. Az orális egészség fogalma

Egy korábbi meghatározás szerint az orális egészség azt jelenti, hogy az adott egyén egészséges fogazattal rendelkezik, nem szenved krónikus orofaciális fájdalomtól, mentes az orális és pharyngeális tumoroktól, orális szövetlézióktól és születési rendellenességektől, mint például az ajak- és száypadhasadék. Továbbá nem szenved egyéb olyan betegségben, rendellenességben, melyek befolyásolhatják az orális, dentális és craniofaciális szövetek épségét, a craniofaciális komplexum működését (WHO, 2003; Birch, 2015; Yewe-Dyer, 1995).

Az Fogorvosok Világszövetsége (World Dental Federation - FDI) Poznanban (Lengyelországban) 2016-ban tartott világkongresszuson megalkotta az orális egészség új



fogalmát az általános egészség és jóllét szerves részeként. „Az orális egészség sokrétű, magában foglalja a beszédre, mosolyra, szaglásra, ízlelésre, érintésre, rágásra, nyelésre és az érzelmek széles skálájának arckifejezésen keresztül magabiztos közvetítésére való képességeket, fájdalom, kellemetlenség és a craniofacialis komplex betegségek nélküliségét.” (Glick és mtsai, 2016:322)

Az FDI meghatározása a száj egészségének általános értelmezését javasolja a következők érdekében:

- befolyásolja az általános egészséget és a jóllétet;
- felhívja a figyelmet a száj egészségének különböző dimenzióira, valamint arra, hogy azok változnak az idő múlásával;
- tükrözi az életminőség szempontjából nélkülözhetetlen élettani, társadalmi és pszichológiai tulajdonságokat;
- felhatalmazza az embereket azáltal, hogy felismeri, hogy az értékek, felfogások és elvárások hogyan befolyásolják a szájüreg egészségének állapotát;
- folytonosság mentén létezik, amelyet az egyének és a közösségek értékei és hozzáállása befolyásol;
- befolyásolják az egyén változó tapasztalatait, észleléseit, elvárásait és a körülményekhez való alkalmazkodás képessége (Glick és mtsai, 2016).

### **3.6.2. Az orális egészséget befolyásoló tényezők**

Az orális egészséget meghatározzák a szociális, környezeti, biológiai, viselkedési, kulturális, gazdasági, társadalmi, politikai tényezők, a fogászati ellátórendszer hozzáférhetősége, a száj egészségével kapcsolatos információs anyagok elérhetősége, valamint az orális egészségműveltség mértéke (Sistani és mtsai, 2013).

Fisher-Owens és munkatársai (2002) a gyermekek orális egészségét befolyásoló tényezők összefoglalására kidolgozott koncepcionális modellje kisebb módosításokkal, illetve kiegészítésekkel más életkori szakaszokban is lehetőséget nyújt az orális egészséget befolyásoló tényezők közötti eligazodásban. Ez a többdimenziós, többszintű (egyéni, családi és közösségi szintű) fogalmi modell keretet biztosít az orális egészséget meghatározó tényezőkről népegészségügyi szempontból folytatott vitához, alapot nyújt az egészségfejlesztési beavatkozásokhoz, a kutatáshoz, valamint a politikai döntéshozatalhoz.

A modell a gyermekek orális egészséget befolyásoló tényezőket három szintre osztja:

### *1. Egyéni szintű hatások:*

Az egyén oldaláról az egészségi állapotot alapvetően befolyásoló biológiai, genetikai és életkori tényezőkön túl a faji/etnikai hovatartozás is hatással lehet az orális egészségre, de úgy tűnik, hogy hatásaik a társadalmi-gazdasági és demográfiai tényezőkön keresztül érvényesülnek.

Az egyén orális egészségviselkedése, azon belül is szájhigiénés gyakorlata, táplálkozási szokásai, de akár testedzési szokásai is befolyásoló tényezők. A fogászati szűrővizsgálatokon való részvétel, a fogorvosi ellátás megfelelő időben történő igénybevétele, a védőfelszerelések használata legalább olyan fontosak, mint az eddig említett tényezők.

Nem feledkezhetünk el a koragyermekkorai tapasztalatok befolyásoló hatásáról sem, mert azok jelentős hatással vannak a későbbi jóllétre, a megküzdési képességekre és az egészségi kompetenciákra, amelyek viszont befolyásolják az egészségi állapotot.

### *2. Család szintű hatások:*

A családok támogatást, keretet, szabályokat nyújtanak a gyermeknek és mintával szolgálnak a gyermekek számára. Az egészségre gyakorolt legfontosabb befolyásoló tényező a családi környezet, amely lehetővé teszi és támogatja az egészséges választást és az egészséges életmódot (pl. az édesanyák vagy testvérek orális egészségének modellezése). A szülők megküzdési képessége és az élethatásokkal kapcsolatos énhatékonyság is jelentős szerepet játszik a gyermekek orális egészségében.

Meghatározó lehet a család szerkezete, kutatások támasztják alá, hogy az egyszülős vagy nevelőszülős családok gyermekeinek egészségi állapota rosszabb. Nem elhanyagolható tényező a család társadalmi-gazdasági státusza: a szülők iskolázottsága, jövedelme befolyásolja gyermekeik orális egészségi állapotát. A jövedelem mind családi, mind közösségi szinten - közvetlen vagy közvetett módon - hat az orális egészség befolyásolására. A magasabb jövedelem elősegíti a jobb életkörülményeket, például a biztonságos lakhatást, egészségesebb étel vásárlásának lehetőségét. Az alacsony jövedelmű családokban született gyermekek valószínűbb, hogy kisebb születési súllyal érkeznek, ami a későbbiekben befolyásolja a száj egészségét is. A rossz orális egészség növelheti az iskolából való távolmaradások számát, ami az iskolai teljesítmény romlásához, további problémáinak súlyosbodásához vezethetnek. A társadalmi-gazdasági helyzet tovább befolyásolhatja az egészségi műveltséget, aminek alacsony szintje viszont befolyásolja az orális egészséget.

Nem hagyhatjuk figyelmen kívül a szülők egészségi állapotát és stressz szintjét. A szülők egészségügyi szolgáltatások iránti bizalma, azok igénybevételének gyakorisága, az azzal kapcsolatos elégedettség megerősíti a gyermekekben az orális egészség értékét. Ugyanakkor a szülői szorongás, illetve félelem bizalmatlanná teheti a gyermeket. A születési sorrendnek is lehet hatása, mert idővel javulnak a szülői készségek. A negatív szülői befolyások magukban foglalják a szoptatás hiányát, az ételek előrágását “csócsálását”), a közös evőeszközöket, a cumisüveg, illetve a csőrös itatópohár túlzott használatát, a gyermek szájon puszilását.

A családok, a barátok és a közösségek támogatása jobb egészséggel jár. A gyermekek legnagyobb társadalmi támogatása kezdetben a családjukból származik. A kevésbé támogató, negatív érzelmi légkör elszigeteltséghez, a kockázatvállaló viselkedéshez, csökkent részvételi hajlandósághoz vezet az egészségfejlesztő tevékenységek során.

A kultúra számtalan befolyással bír családi szinten (pl. a nyelvről, az étrendről, az egészségügyi ellátásról és a családi interakciókról) és a nagyobb közösség szintjén. Az érzelmi biztonságon túl a családon belüli fizikai biztonság is lényeges. A családon belüli erőszakból fogászati traumák, arckárosodások keletkezhetnek.

### 3. *Közösségi szintű hatások:*

Az egészségügyi kutatások egyre inkább vizsgálják az egyéni tényezőkön túl a közösségi hatásokat, a tágabb közösséget (pl. a szomszédokat, kortársakat, intézményi közösségeket, és az állam, illetve a politika hatását).

A szomszédság stabilitása, biztonsága, kohéziója és iskolai végzettsége támogató társadalmi környezetet teremt, amely enyhítheti az egészség lehetséges kockázatait. A fogászati morbiditást összekapcsolták a magas szomszédsági szegénységi rátával. Ezen túlmenően a jövedelmi egyenlőtlenségek is jelentős hátrányt jelentenek. A szociológiából és a gazdasági kutatásokból kölcsönözött társadalmi tőke (a társas hálózatok és társadalmi kapcsolatok) segíti az interakciót és megkönnyíti az információkhoz és forrásokhoz való hozzáférést. Közösségi szintű fizikai biztonságot pl. a biztonságos játszóterek kialakítása adhat. A fizikai környezet biztonságára vonatkozó közegészségügyi intézkedések, mint például a nyilvános vízellátás, az ivóvíz fluoridálása csökkenti a fogászati megbetegéseket. A közösség orális egészségének kutatásában, az ember által épített környezet, a népsűrűség, a városiasság, lakásminőség, közösségi lehetőségek (ideértve az élelmiszerboltok és az egészséges ételek elérhetőségét), a szállítási erőforrások és a bűnözés szintje fontos befolyásoló tényezők. A megfelelő közösségi orális egészségügyi környezet: pl. pozitív közösségi szintű

kezdeményezések (pl. száj-egészségügyi promóciós kampányok (ideértve az iskolai vagy közösségi alapú programokat) is számottevő. A rendelkezésre álló fogászati ellátás típusa és elérhetősége (pl. földrajzilag vagy biztosítási státuszától és fedezetétől függően), de mennyisége, sőt az egészségügyi rendszer jellemzői (pl. a megelőző és az intervenciós ellátás aránya) sem elhanyagolható szempontok.

A kultúra, a kulturális normák, hiedelemrendszerek közösségi szinten befolyásolják az egészséget. A kultúra hatással van a megelőző viselkedési orientációra, a szájhigiénés magatartásra, de akár a fogászati félelemre. Egy közösség kultúrája befolyásolja az egyén értékeit, hiedelmeit és szokásait, amelyek hatással vannak orális egészségére, továbbá a fogászati, illetve szájhigiénés szolgáltatások igénybevételére. A kultúra tükröződik a vallásban és a vallási gyakorlatban, az orális egészségi hiedelmekben, társadalmi normákban stb., mindezek hatással vannak az orális egészségre.

Ahogy az a fentiekből láthatjuk számos tényező játszhat szerepet a szájüregi egészség alakításában, némelyek befolyásolhatók és vannak, amelyekre csak részben vagy egyáltalán nincs ráhatásunk. Az életkor, a nem és a genetika nem befolyásolható tényezők. Vannak azonban olyan, az életmódunkkal és viselkedésünkkel kapcsolatos faktorok, melyek módosíthatók, megváltoztathatók. A valóságban azonban nehéz a viselkedésünket, életmódunkat és szokásainkat megváltoztatni segítő szakember közreműködése nélkül. A leggyakoribb rizikófaktorok közé a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az egészségtelen táplálkozás tartozik. A szájüregi daganatok kialakulásának esélye 15x nagyobb azok esetében, akik dohányoznak és alkoholt is fogyasztanak. A dohányosok 50%-ánál jelentkezik fogágybetegség. A caries kialakulásának hátterében az elhanyagolt szájhigiéné mellett a táplálkozás is komoly szerepet tölt be. A legtöbb rizikótényező összefüggést mutat egymással, például a dohányosok hajlamosabbak a túlzott zsír-és cukortartalmú, valamint az alacsonyabb rosttartalmú ételek fogyasztására, mint a nemdohányzó társaik, továbbá kevesebbet is mozognak. Ezek a prediktív tényezők nem csak az általános egészségre nézve kedvezőtlenek, az orális egészségre is komoly hatással vannak, továbbá hozzájárulnak az életminőség romlásához. A szájüregi egészséget befolyásoló általános gazdasági-társadalmi, kulturális és környezeti tényezők közé sorolhatjuk az iskolázottságot, a táplálkozást, a foglalkozást, a munkanélküliséget, a szegénységet, az egyenlőtlenséget, az ivóvíz hozzáférést, a higiéniét, a közegészségügyet, a lakhatást és az egészségügyi ellátórendszer elérhetőségét. Az egyéni, életmóddal kapcsolatos tényezők között szerepel a táplálkozás, cukorfogyasztás, a dohányzás és az alkoholfogyasztás. Összességében elmondhatjuk, hogy rizikófaktort jelent a stressz, a

rossz személyi és orális higiéné, az egészségtelen táplálkozás, a szűrővizsgálatok elkerülése, a túlzott mértékű alkoholfogyasztás, a dohányzás és a mozgásszegény életmód. Az orális egészséget meghatározó külső tényezők közé soroljuk a rossz életkörülményeket, az alacsony iskolai végzettséget, a munkanélküliséget, a korlátozott tisztavíz hozzáférést, valamint az akadályozott elérhetőséget az egészségügyi ellátórendszerhez. Befolyásolják az orális állapotot a környezeti feltételek, a társadalmi-gazdasági státusz, valamint a kulturális különbségek is. Ezek a tényezők az egyén által nem, vagy csak kis mértékben módosíthatók (FDI, 2015).

***Az alábbiakban néhány az orális egészséget kedvezőtlenül befolyásoló egészségkárosító viselkedésformát mutatunk be:***

– ***Dohányzás***

A dohányzás addiktív hatása már több, mint négy évszázada befolyásolja az emberek viselkedését és egészségét. A függőség kialakulása mellett számos egészségkárosító hatása ismert. A dohányzás következtében kialakuló megbetegedések évente 6 millió ember korai halálát okozzák, és a dohányfüst közel 600 000 passzív dohányzó életét követeli (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2019). A dohányzás egyre növekvő tendenciát mutat, amennyiben ez az emelkedés továbbra is változatlan marad, 2030-ra több, mint 9 millió ember halálát fogja okozni éves szinten. A komoly egészségi kockázatot jelentő káros szokás a férfiak 47,5%-át, míg a nők 10,3%-át érinti. Számos megbetegedés rizikótényezőjeként tartjuk számon, szerepet játszik például a tüdő-és szívbetegségek, az összes daganattípus és a koraszülés előidézésében. A szájüregi hatások között szerepel a halitosis, a csökkent nyáltermelés, a fejlődési rendellenességek, a parodontális megbetegedések, a fokozott carieshajlam, a fogak elszíneződése, a fokozott fogkőképződés, a megváltozott ízérzelel, a nikotinos stomatitis, a leukoplakia és különböző carcinómák kialakulása. Ezek összességében hatással vannak az életminőségre. A dohányzás dózisfüggő, minél több cigarettát szív el valaki, annál nagyobb az egyes egészségi kockázatok kialakulásának az esélye (Mubeen és mtsai, 2013). A dohányzás cardiovascularis megbetegedések (koronária szindrómák, hypertónia, érrelmeszesedés, thrombosis, stroke), különböző daganatok (tüdő, szájüreg, gége, légcső, hólyag), COPD, osteoporosis, szürkehályog, impotencia kialakulásához és a termékenység (fertilitás) csökkenéséhez vezet. Mindamellert, hogy növeli a betegségek létrejöttének gyakoriságát, a már kialakult kórképek kezelését akadályozza, eredményességét rontja (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2019).

A nikotin számos módon hat a szervezetünkre:

- stimulálja a szimpatikus idegrendszert – emelkedik a szívfrekvencia, nő a vérnyomás
- szív működést befolyásolja – cardiovascularis megbetegedések
- prothrombogén hatás, fokozza az atherosclerosis kockázatát
- carcinogén anyagok – daganatok kialakulása, progressziója
- csökkenti a kemo- és radioterápia hatékonyságát
- növeli az inzulinrezisztenciát
- hatására nő a plazma adrenalin szintje, lipolízist idéz elő – a szabad zsírsavak trigliceriddé alakulnak, nő a VLDL, LDL-koleszterin szintje és csökken a HDL-szint – nő az arteriosclerosis kockázata
- dislipidémia – nő a szív-érrendszeri megbetegedések száma
- átjut a placentán – a magzatban magasabb koncentrációban van jelen
- rontja a placenta vérellátását – magzati hypoxia, acidózis
- veleszületett rendellenességek, viselkedési zavarok
- magzat tüdejére hat
- petevezeték – teherbeesési nehézségek, méhen kívül terhesség száma nő (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2019).

Az általános tünetek mellett számos szájüregi következménye is tapasztalható a dohányzásnak. Jellemző a fokozott fogkőképződés, a fogak sárgás-szürkés elszíneződése, a kellemetlen lehelet, az ízérzés és szaglás romlása, az elhúzódó sebgyógyulás, parodontális megbetegedések, nyálkahártya laesiok és melanosis kialakulása. Befolyásolja az implantátum rövid-és hosszútávú sikerességét, valamint komoly szerepet tölt be a daganatok, daganatmegelőző állapotok és laesiok kialakulásában is. A dohányzás káros hatásai az egész szervezetünket érintik, jelentősen rontják az életminőséget és csökkentik az élettartamot, ezért szakemberként fontos küldetésünk szorgalmazni a leszokást, valamint közreműködni a dohányzásról való leszokás támogatásában (Komar és mtsai, 2018).

#### – **Alkoholfogyasztás**

Az alkoholfogyasztás jelentős egészségügyi, társadalmi és gazdasági teherrel jár. Az alkohol a harmadik vezető rizikófaktor a dohányzás és a magas vérnyomás után. Több, mint 200 betegség kialakulásával hozható kapcsolatba. Évente kb. 3,3 millió haláleset hozható összefüggésbe a túlzott alkoholfogyasztással. 2010-es adatok alapján az egy főre jutó éves, átlagos tiszta alkoholfogyasztás 6,2 liter. A túlzott, nagy mennyiségű alkoholfogyasztás

gyakran társul dohányzással, ebben az esetben a káros hatásaik többszöröződnek. Kiemelt szerepe van a száj-, gége-, garat- és nyelőcsőrak és a parodontális megbetegedések kialakulásában. Hatással van az egész szájüregre, a nyálkahártyára és a fogakra egyaránt. Az alkohol savas kémhatása és a magas cukortartalma fogeróziót és fogszuvasodást idéz elő. Az alkoholfogyasztás következtében megnő az esés, közlekedési baleset és fizikai erőszak eredményeképp kialakuló orofaciális traumák száma. A várandósság idején, főként annak korai szakaszában a fejlődő magzat károsodásához, fejlődési rendellenességek és magzati alkohol szindróma létrejöttéhez vezet (FDI, 2015). Az alkohol szájüregi hatása függ az ital jellegétől, összetevőitől, koncentrációjától, valamint a fogyasztás gyakoriságától és mennyiségétől. A függőség számos pszichés hatással és jelentős személyiségváltozással jár, melynek eredményeképp a fogászati ellátás iránt is érdektelenné válnak az érintett egyének. Az alkohol megváltoztatja a nyálkahártya permeabilitását, dohányzással párosítva sokszorozódik káros hatásuk. Az alkoholfüggők xerostomiát, azaz szájszárazságot tapasztalhatnak, több finomított szénhidrátot fogyasztanak, elhanyagolják az általános és orális higiénét, valamint kerülnek az egészségügyi ellátó intézmények és szűrővizsgálatok látogatását (Priyanka és mtsai, 2017). Az alkohol a szájüregi hatásokon túl szerepet játszik a cardiovascularis megbetegedések (ischaemiás szívbetegség, hypertensio, arrhythmia, szívelégtelenség), a májcirrózis és számos daganat, mint például a szájüregi-, a gége-, garat-, nyelőcső-, végbél-, máj- és emlőrák kialakulásában (WHO, 2009).

#### – **Cukorfogyasztás**

A cukrok fogyasztásnak is meg van a helye a kiegyensúlyozott táplálkozásban, nélkülözhetetlenek a napi energiabevitel szempontjából, azonban túlzott fogyasztásuk káros a szervezetre, növeli az elhízás és cukorbetegség kockázatát. A cukorfogyasztás hatására a nyál pH-ja savas irányba eltolódik, ennek az állapotnak az eredményeképp pedig demineralizációs folyamatok indulnak meg. A gyakori nassolás és cukorfogyasztás meggátolja a nyál pH-jának normalizálódását, így fogszuvasodáshoz vezet. 2011-es adatok alapján az átlagos napi cukorfogyasztás 106 g egy főre nézve. A WHO ajánlása 25 g alá csökkenteni az egy főre jutó napi bevittet, ezt 19 országnak sikerült elérnie, azonban még mindig magas azon országok száma (65), akik meghaladják a 100 g cukor fogyasztását. A caries prevencióban fontos szerepe van a cukorfogyasztás kontrollálásának, ezért szakemberként fontos hangsúlyoznunk a mértékletességet (FDI, 2015).

### – *Táplálkozás*

Az étrend és a táplálkozás jelentősen befolyásolja a száj egészségét és a különböző szájüregi megbetegedések, állapotok kialakulását, progresszióját. Szerepet játszik a fogágybetegség, a caries, a fogerózió, a szájüregi daganatok és egyéb nyálkahártya laesiók létrejöttében. A táplálkozás és az orális egészség között kétirányú kapcsolat figyelhető meg. Egyrészt a tudatos táplálkozás hozzájárul a szájüreg szöveteinek egészségéhez, másrészt pedig a száj egészsége és épsége befolyásolja a táplálkozást, hatással van a rágási képességre. A szénhidrátok és caries kapcsolata jól ismert, a biofilmben jelen lévő, savtermelő baktériumok demineralizációhoz vezetnek. Szénhidrátok fogyasztása után a pH a kritikus 5,5 alá csökken, mely a demineralizációs folyamatok révén fogszuvasodáshoz vezet. A caries kialakulásának szempontjából fontos az étkezések gyakorisága is, időt kell hagyni közöttük annak érdekében, hogy a pH normalizálódni tudjon. A parodontális megbetegedések és a táplálkozás kapcsolata nehezebben azonosítható a betegség multifaktorialitása miatt, azonban a tápláltsági állapot biztosan befolyásolja az immunrendszer működését, ezáltal esetlegesen szerepet játszva a kórkép kialakulásában, progressziójában. A savas ételek és italok fogyasztása a fogak eróziójához vezethet. A kiegyensúlyozott étrend hatással van a gyulladáshoz vezető mediátorokra és a szervezet védekező mechanizmusaira, továbbá a vitaminokban és ásványianyagokban gazdag táplálkozás protektív hatással bír és hozzájárul a szövetek megfelelő regenerációjához (ADA, 2019). Szerepe van a táplálkozásnak a daganatok kialakulásában is. Az A-, E-, C-vitamin és béta-karotin antioxidáns hatással bírnak, gátolják a carcinogének aktiválódását, a kromoszóma rendellenességeket, a potenciálisan rosszindulatú laesiók növekedését és szövetek burjánzását. A szervezetünk megfelelő működéséhez elengedhetetlen az egészséges, kiegyensúlyozott táplálkozás (Ghosh és mtsai, 2015).

Fontos, hogy aktív szerepet vállaljon minden egészségügyi szakember az egyes rizikófaktorok előfordulásának mérséklésének előre mozdításában, hiszen csak így csökkenthetők az egyes kórképek kialakulásának esélye.

### **3.6.3. Egyenlőtlenségek az orális egészségben**

Az orális egészséget meghatározó tényezők és lehetőségek esetében fellelhető egyenlőtlenségek elkerülhetetlennek tűnnek sajnos egyelőre a mai modern társadalomban. Az egyenlőtlenség nem merül ki a gazdagok és szegények esélyeinek különbözőségében.



Egyenlőtlenségek tapasztalhatók az iskolai végzettség, jövedelem, foglalkozás, társadalmi státusz és lakóhely tekintetében. A társadalmi hierarchia rendszerében minél magasabban helyezkedik el valaki, annál jobb az egészsége, orális egészsége és annál magasabb színvonalúak az egészséggel kapcsolatos lehetőségei. 2013-ban megalakult a The International Centre for Oral Health Inequalities Research and Policy (ICOHIRP), mely az orális egészség terén mutatkozó egyenlőtlenségek enyhítése, kezelése érdekében hivatott fellépni. Az egyenlőtlenségek nagyon magas szintűek az alacsony és közepes jövedelmű országok esetében, azonban a magas jövedelműek esetében sem elhanyagolhatók (Sheiham és mtsai, 2015).

A rossz orális egészség fájdalommal jár, befolyásolja az életminőséget, hatására csökken az iskolai és munkahelyi produktivitás, a nem megfelelő szájápolás hatására szükségessé váló beavatkozások pedig nagyon költségesek, jelentős pénzügyi terhet jelentenek mind az egyénre, mind az ellátórendszerre nézve. Az orális egészség kapcsán is jelentős egyenlőtlenségek figyelhetők meg. A caries előfordulása például a japánok (6-19 év) körében 16%, míg a filippínók esetében 97%. Az edentulizmus nagyobb számban érinti a szegényeket, mint a gazdagabb társaikat. A rossz orális egészség miatt bekövetkező iskolai hiányzás gyakoribb az alacsony jövedelmű családok, az etnikai kisebbségek és a bevándorló szülők gyermekei esetében. A fogászati ellátórendszer hozzáférhetősége is nagy egyenlőtlenségeket mutat, nem kielégítő az általános egészségügyi ellátórendszer lefedettsége. Elkéserítő adat, hogy a világ lakosságának csupán 2/3-a fér hozzá megfelelő fogászati ellátáshoz. Összességében elmondható, hogy a száj egészsége egyenesen arányos a gazdasági és társadalmi helyzettel (FDI, 2015).

Az alacsonyabb szociális helyzetű egyének orális egészsége lényegesen rosszabb, mint a magasabb társadalmi helyzetű társaiké. A rosszabb szociális helyzetű egyének DMF-indexe kedvezőtlenebb: magas az eltávolított és szuvas fogak száma, valamint alacsony a tömött fogaké. Hazai adatok szerint a 61 év feletti korosztály esetében a négynél kevesebb foggal rendelkezők aránya a férfiak esetében 52%, míg a nőknél 65%. A nők rosszabb fogászati státusszal rendelkeznek, ennek hátterében a hormonális hatások és azok nagy mértékű változásai állnak. A nemi különbségek mellett eltérést találtak a szegény és jó anyagi körülmények között élők esetében is az utóbbi réteg javára. Ennek értelmében minél tehetősebb valaki, annál több foggal rendelkezik, vagy is annál jobb orális egészségnek örvend. A vezető pozícióban dolgozók és értelmiségiek több maradó foggal rendelkeznek, mint a betanított és segédmunkások. Legalacsonyabb a fogmegtartottság a fizikai és mezőgazdasági munkát végzők körében. Magyarországon az iskolai végzettség erősebb hatást gyakorol az

orális egészség alakulására, mint a foglalkozás. Lakóhely szerint is megfigyelhetők különbségek: a városban lakók több megtartott foggal rendelkeznek, mint a falvakban élők. A szájápolással kapcsolatos mutatók (fogmosás, szájhygiénés eszközök és termékek alkalmazása) jelentősen kedvezőbbek a magasabb társadalmi státuszúak és magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők esetében, a serdülő korosztálynál a lányok rendelkeznek jobb szájhygiénés szokásokkal. A fogorvoshoz járási szokásokban is detektálhatók különbségek, a magasabb társadalmi csoportokhoz tartozó egyének kétszer olyan gyakran járnak fogorvoshoz, mint az alacsonyabb társadalmi csoportok tagjai. Mindezek fényében elmondható, hogy jobb esélyekkel rendelkeznek a magasabb jövedelemmel, a jobb szociális helyzettel és magasabb iskolai végzettséggel rendelkezők, mint társaik. Előnyt jelenthet, ha az egyén városban lakik, hiszen akár a fogorvosi ellátáshoz való hozzáférés, akár az egyes szájhygiénés termékek megvásárlása, beszerzése könnyebben megvalósítható, mint a kisebb falvak esetében, ahol nem feltétlen működik fogászati ellátórendszer és a speciális szájápolási eszközök is kevésbé lelhetők fel. A magasabb jövedelem lehetőséget biztosít a sokszor drága kezelések, preventív beavatkozások, költséges szájhygiénés eszközök és anyagok finanszírozására (Molnár, 2005).

#### **3.6.4. Az általános egészség és az orális egészség kapcsolata**

Az orális egészség hatással van az általános egészségre, a jóllét és az életminőség alakulására. A szájüreg egészségét nem lehet az általános egészségtől külön kezelni, hiszen jelentős hatással vannak egymásra. Az orális egészség befolyásolja a szisztémás megbetegedéseket, súlyosbíthatja őket, nehezebben kontrollálhatóvá válhatnak általa, ugyanakkor a már meglévő krónikus betegség is kihathat a száj egészségére. Annak ellenére, hogy a szájüregi betegségek az orofaciális régióra korlátozódnak, következményeik és hatásaik az egész emberi testre kihathatnak. A különböző szájüregi elváltozások és megbetegedések fájdalommal, diszkomfortérzettel, a beszédben, harapásban, rágásban, nevetésben, mosolyban és társas kapcsolatokban jelentkező panaszokkal járnak együtt. A fizikális panaszok mellett megjelenhetnek pszichés, szociális problémák és következmények is, ha megbomlik a száj egészségének az egyensúlya (WHO, 2005). A szájüregi megbetegedések következtében csökkennek a társas kapcsolatok, hiszen a sokszor esztétikai zavarral járó kórképek kihatnak az önbecsülésre, magabiztosságra, önértékelésre. Aggodalom tölti el az egyént azzal kapcsolatban, hogy mit szólhat a környezete a változáshoz, mely akár a kinézetében, vagy akár a hangjának megváltozásában jelentkezik (Australian Government, The Department of Health, 2012).

A fogak elvesztése az étrend változatosságának korlátozódásához vezet, hiszen a foghiány következtében számos étel megrághatatlaná válik. Ebből kifolyólag gastrointestinális panaszok is jelentkehetnek az elégtelen rágás következtében. A szájnak fontos szerepe van mind a verbális, mind a non-verbális kommunikációban, ezek a funkciók sérülhetnek szájüregi betegségek kialakulása esetén. Ezen tünetek összessége szorongáshoz, depresszióhoz, elmagányosodáshoz, elszigetelődéshez és a társas kapcsolatok elhanyagolásához vezetnek. Az érintett egyének társadalmi stigmatizációt tapasztalhatnak, nehezebben érvényesülnek akár az oktatásban, munkavállalásban, vagy társas kapcsolatok kialakításában. A fogpótlással rendelkező pácienseknek is át kell értékelnük korábbi étrendjüket, hiszen a kemény ételek könnyen lepattinthatják helyükről a pótlást, valamint károkat is okozhatnak bennük. A szájüreg belépési kapuként szolgál a különböző kórokozók számára, a fertőzés ebből a régióból áterjedhet a test más részeire is. Kutatások igazolják, hogy komoly kapcsolat fedezhető fel a különböző szájbetegségek és a diabetes, a cardiovasculáris, a respiratórikus rendszert érintő megbetegedések, a stroke, az alacsony születési súly és a koraszülés között (Australian Government, The Department of Health, 2012).

Az orális egészség hatással van a gyermekek növekedésére, fejlődésére. Befolyásolja a hangulatot, a beszédet, a rágási képességet, az ízlelést és az ételek élvezeti értékét. Kihat a megjelenésre, az önbizalomra, a magabiztosságra, önbecsülésre, akadályokat állít a társas kapcsolatok kialakításában és azok ápolásában. A szájüregi megbetegedések rontják az életminőséget, fájdalomhoz, rossz közérzethez, akut és krónikus fertőzések kialakulásához, étkezési- és alvászavarokhoz vezethetnek. Nő a kórházi ellátást igénylő egyének száma, emelkednek a kezelés költségei, illetve az iskolából történő hiányzás növekedését és a tanulási képesség romlását idézhetik elő. Az elhízás, a diabetes és a caries egyre növekvő tendenciát mutat a fejlődő országok esetében, hozzájárulva mind az általános, mind az orális egészség által befolyásolt életminőség romlásához. Fontos figyelmet fektetni az orális és általános kórképek közös kockázati tényezőinek eliminálására, hiszen ezáltal csökkenthetők az újonnan kialakuló megbetegedések száma, valamint ezáltal javítható az életminőség (WHO, 2005).

A száj mondhatni az emberi test tükré, hiszen gyakran fed fel szisztémás megbetegedések tüneteit. A fogászati szűrővizsgálat során azonosíthatunk táplálkozási zavarokat, káros szokásokat, mint a dohányzás, alkoholfogyasztás, de jelentkehetnek tünete a szájüregben a HIV-fertőzésnek is. Számos szisztémás megbetegedéssel és állapottal összefüggésbe hozhatók a szájüreg elváltozásai. A részleges foghiány vagy teljes fogatlanság negatívan hat a táplálkozásra, csökken a rágás képessége és romlik az életminőség általa. A nyál segítségével

azonosíthatók különböző betegségek specifikus markerei, alkalmazzák például a HIV-fertőzés diagnózisának felállításakor is. A tüdőgyulladás kockázata megnő a szájüregi infekciók hatására. A szájüreg rezervoárként szolgálhat, megfelelő közeget biztosítva a baktériumok számára, melyek kapcsolatba hozhatók a gyomorfekély kialakulásával is. A fogágybetegségek és a diabetes mellitus kapcsolata is bizonyított, komoly rizikófaktoroként van jelen, és növeli a cukorbetegség szövődményeinek esélyét. A szájüregben található kórokozók kapcsolatba hozhatók különböző szervek, mint például az agy vagy a szív fertőzéseivel. Az akut nekrotizáló gingivitis és parodontitis komoly rizikófaktorok a normán. A fogágybetegségek összefüggést mutatnak a különböző cardiovascularis rendszert érintő megbetegedésekkel. A koraszülésnek és az alacsony súllyal született csecsemők világhozatalának kockázatát jelentősen növelik a parodontális elváltozások, de a gastrointestinális rendszer és a pancreas daganatainak esélyét is fokozzák (FDI, 2015).

A diabetes mellitus növeli a szájon kialakuló fertőzések, főként a fogágybetegségek kockázatát. A bacteraemia hatására károsodik az íny, valamint a fogágy tartószerkezete, mely a fogak mobilissá válását, kezelés nélkül pedig azok elvesztését eredményezi. A kezeletlen fogágybetegség hatására nehezebb a cukorbetegségben szenvedő páciens vércukorszintjét beállítani, elfogadható tartományon belül tartani. A cukorbetegség hajlamosít xerostomia (szájszárazság), valamint gombás fertőzések (*Candida albicans*) kialakulására is. Fennállása esetén a nyál glükóz szintje is emelkedik, ezek a tünetek pedig fájdalmas, fehér színű fekélyek kialakulását eredményezik a szájnyálkahártyán. A vércukorszint kontrollálásával, jó szájhigiéne fenntartásával és rendszeresen elvégzett fogászati szűrővizsgálatokkal, az esetlegesen felmerülő problémák non-invazív kezelésével megelőzhetők ezeknek a kellemetlen tüneteknek a kialakulása. Fontos, hogy felhívjuk érintett pácienseink figyelmét más rizikófaktorok eliminálására, főként a dohányzásról való leszokás jelentőségére (NIH, 2019).

A WHO adatai szerint a halálesetek 31%-áért a cardiovascularis megbetegedések felelősek. A rizikófaktorok közé sorolható a pozitív családi anamnézis, a diabetes, a hypertónia, a hyperlipidémia, a dohányzás, a csökkent fizikai aktivitás, az elhízás, a nem kielégítő táplálkozás és többek között a fogágybetegség is. A közelmúltban zajló kutatások azt mutatják, hogy az ínygyulladás és fogvesztés jelezheti az ischaemiás szívbetegség fokozott kockázatát (Sanchez és mtsai, 2017). A cardiovascularis rendszert érintő megbetegedések kialakulásának esélye 25-50%-kal magasabb a fogágybetegek körében, mint az egészséges parodontiummal rendelkezők esetében. Az elhanyagolt, rossz szájhigiéne és a fogvesztés komoly kapcsolatot mutat az atherosclerosis, de az infarktussal is kapcsolatba hozható. Közös rizikótényezők a

dohányzás, a mértéktelen alkoholfogyasztás, a diabetes és az elhízás. A férfiaknál és az életkor előrehaladtával gyakoribb kialakulásuk, de befolyásoló tényező az etnikai hovatartozás, az iskolázottság és a társadalmi-gazdasági státusz is (Bartova és mtsai, 2014).

Az idősebb korosztály körében gyakran jelentkeznek a rossz szájhygiéné következményei, nagy számban fordulnak elő lokálisan kialakuló fertőzések, fertőző endocarditis vagy aspirációs pneumónia. A tüdőgyulladás kockázata megnő, ha az egyén fogágybeteg, ha rendelkezik szuvas foggal, ha rossz szájhygiéné jellemzi, valamint, ha nyelési, táplálkozási problémákkal küzd. Fokozza még a pneumonia kialakulását a nyál magas *Staphylococcus aureus* szintje, a nyálfolyás, valamint a fogorvosi team rendszeres látogatásának elhanyagolása is. Számos vizsgálat igazolta, hogy a jó szájhygiéné jelentős mértékben csökkeni a légúti fertőzések kialakulását. A pneumonia a vezető halálok az idősek körében, fontos tehát szorgalmazni a létrejöttében szerepet játszó rizikófaktorok csökkentését, és javítani a korosztály orális egészségét (Jaiswal és mtsai, 2014).

Az intenzív osztályon lélegeztetett betegeknel gyakori a nosocomiális fertőzésként kialakuló pneumonia. A lélegeztetőgépre kapcsolt betegeknel komoly rizikófaktort jelent az elhanyagolt szájhygiéné, mely segíti a kórokozók elszaporodását, majd a tüdőbe való bejutását. A lélegeztetett betegek nyálkahártyája kiszárad, elszaporodnak a szájban a kórokozók, megnő a fogszuvasodás és fogágybetegség kialakulásának esélye. Fontos, hogy ezeknek a betegeknek a szájhygiénéje kielégítő legyen, hiszen ezáltal csökkenthető a tüdőgyulladás kialakulásának lehetősége (Gupta és mtsai, 2016).

A várandósság ideje alatt megnő a fogszuvasodás és fogágybetegségek előfordulásának esélye. A száj egészségének a fenntartása a prenatális gondozás egyik fontos eleme, hiszen az édesanya elhanyagolt szájhygiénéje nem csak önmagára, de magzatára, születendő gyermekére nézve is káros hatással lehet. A várandós nők 60-75%-ánál tapasztalható ínygyulladás, mely kezelés nélkül fogágybetegség kialakulásához is vezethet. A gyulladás a fokozott hormonhatásokkal együtt, komoly károkat tud okozni a fogágy tartószervezetében és akár fogvesztést is eredményezhet. A parodontitisnek szerepe lehet a koraszülésben, valamint az alacsony súlyú újszülött világrahozatalában. A várandósság időszakában a gyakori és sokszor rendszertelen táplálkozás hajlamosít fogszuvasodás kialakulására. Fel kell hívni a várandós nők figyelmét a szájhygiéné kitüntetett fontosságára, az elégtelen szájápolás következményeire, valamint segítséget kell nyújtani nekik a megfelelő eszközök és technikák megválasztásában, valamint az étkezési szokások szabályzásában (CDC, 2019).

## A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- Milyen laikus egészségfogalmakat ismer?
- Milyen szakértői megfogalmazásai vannak az egészség fogalmának?
- Milyen jellemzői vannak az egészségnek?
- Mi a különbség a jólét és jóllét fogalma között?
- Milyen meghatározó tényezői vannak az egészségnek?
- Milyen tényezők befolyásolják az egészségi állapot alakulását?
- Milyen egészségmodelleket ismer?
- Milyen rizikótényezői lehetnek az orális egészségnek?
- Hogyan függ össze az orális és általános egészség?

## Felhasznált irodalom

- American Dental Association - ADA (2019): Nutrition and oral health  
<https://www.ada.org/en/member-center/oral-health-topics/nutrition-and-oral-health> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.07.08.)
- Andrejkovics M., Gasparik É., Bokor P., Frecska E. (2013): Az orvoslás és a pszichoterápia új paradigmája: a bio-pszicho-szocio-spirituális. *Pszichoterápia*. 22. évf. 2. sz., pp. 93-99.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health*. Jossey-Bass, San Francisco
- Antonovsky, A. (1996): The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11, 11-18.
- Aszmann A. (1989): Magyar serdülők önmaguk által minősített egészségi állapota, néhány pszichés, pszichoszociális tünet előfordulásának gyakorisága. *Egészségnevelés*, 30. 104–110.
- Australian Government, The Department of Health, 2012 – Report of The National Advisory Council on Dental Health - Outcomes and Impact of Oral Disease  
[https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/report\\_nacdh~report\\_nacdh\\_ch1~report\\_nacdh\\_out](https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/report_nacdh~report_nacdh_ch1~report_nacdh_out) (Letöltés utolsó időpontja? 2020.06.21.)
- Bartova, J., Sommerova, P., Lyuya-Mi, Y., Mysak, J., Prochazkova, J., Duskova, J., Janatova, T., Podzimek, S. (2014). Periodontitis as a Risk Factor of Atherosclerosis. Hindawi Publishing Corporation, *Journal of Immunology Research*
- Báthory Z, Falus I. (1999): *Pedagógiai Lexikon I-II*. Keraban, Budapest
- Birch S, Bridgman C, Brocklehurst P, Ellwood R, Gomez J, Helgeson M, Ismail A, Macey R, Mariotti A, Twetman S, Preshaw PM, Pretty IA, Whelton H. (2015): Prevention in practice – a summary. *BMC Oral Health*, 15:S12.
- Breslow, L. (1999): From disease prevention to health promotion. *JAMA*, 281, 1030.
- Centers for Disease Control and Prevention – CDC (2019): Pregnancy and Oral Health  
<https://www.cdc.gov/oralhealth/publications/features/pregnancy-and-oral-health.html> (Utolsó letöltés időpontja? 2020.06.23.)
- Commission on Social Determinants of Health (2007): *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health*, WHO, Genf
- Csabai M. (2001): *Az egészségpszichológia, mint diszciplína*. In: Buda Béla, Kopp Mária, Nagy Emese (szerk): *Magatartástudományok*. Medicina Könyvkiadó, Buda-pest, 164-169.
- Csizmadia P. (2018): Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására: A Meikirch modell. *Egészségfejlesztés*, LIX. év., 1. sz. 45-51.  
[http://epa.oszk.hu/02900/02987/00009/pdf/EPA02987\\_egeszsegfejlesztes\\_2018\\_1\\_045-051.pdf](http://epa.oszk.hu/02900/02987/00009/pdf/EPA02987_egeszsegfejlesztes_2018_1_045-051.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.07.20.)

- Diderchsen, F., Evans, T., Whitehead, M., (2001): *The Social Basis of Disparities in Health*. In: Evans T, Whitehead M, Diderchsen F, Bhuiya A, Wirth M (szerk.), Challenging inequities in health: from ethics to action. Oxford University Press, New York
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO – Strategy paper for Europe <https://core.ac.uk/reader/6472456> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.07.20.)
- Emberi Erőforrások Minisztériuma (2019): Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a dohányzásról való leszokás támogatásáról. EüK. 2. sz. EMMI szakmai irányelv 1.
- Engel, G. L. (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286): 129–136.
- Ewles, L., Simnett, I. (1999): *Egészségfejlesztés*. Gyakorlati útmutató. I. fejezet: Az egészség fogalma és az egészséget befolyásoló tényezők, pp. 3-22. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
- Fisher-Owens, S.A. Gansky, S.A., Platt, L.J., Weintraub, J.A., Soobader, M-J., Bramlett, M.D., Newacheck, P.W. (2007): Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*, 120(3), 510-520.
- Fitzpatrick, R. (1984): Lay concepts of illness. in: Fitzpatrick et al: *The Experience of Illness*. Tavistock, London. 11-31.
- Glick, M., Williams, D.M., Kleinman, D.V. (2016): A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *International Dental Journal*, 66: 322–324
- Ghosh, A., Nagpal, B., Hegde, U., Nagpal, J., Pallavi, S.K., Archana, S. (201): Nutrition and Oral Health: A Review. *Indian Journal of Applied Research*, 11(5): 546-549. [https://www.worldwidejournals.com/indian-journal-of-applied-research-\(IJAR\)/fileview/November\\_2015\\_1492509682\\_\\_170.pdf](https://www.worldwidejournals.com/indian-journal-of-applied-research-(IJAR)/fileview/November_2015_1492509682__170.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.07.20.)
- Goldberg, D.P. and Hillier, V.F. (1979): A Scaled Version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Graham, H. (2007): *Unequal Lives: Health and Socioeconomic Inequalities*, Open University Press
- Greenberg, J. S. (1985). Health and Wellness: A Conceptual Differentiation. *Journal of School Health*, 55(10), 403-406.
- Jaiswal, M., Chaturvedi, T.P., Srivastava, G.N., Parihar, A.V., Pratap, C.B. (2014): Poor Oral Dental Hygiene and Aspiration Pneumonia. *The Journal of Community Health Management*
- Gupta, A., Singh, T.K., Saxena, A. (2016): Role of oral care to prevent VAP in mechanically ventilated Intensive Care Unit patients. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 10(1): 95-97.
- Jewson, N. D. (1976): The disappearance of the sick-man from the medical cosmology, 1770-1870. In: *Sociology* 10(2): 225–244.
- Kéri K. (2007). Az egészség kultúrtörténeti megközelítése. In: Kállai János, Varga József, Oláh Attila (szerk.) *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina Kiadó, 37–50.
- Komar, K., Glavina, A., Vucicevic, Boras, V., Verzak, Z., Brailo, V., (2018): Impact of Smoking on Oral Health: Knowledge and Attitudes of Croatian Dentists and Dental Students. *Acta Stomatologica Croatica*, 52(2): 148-155.
- Kulcsár Zs. (2002): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
- Lalonde, M. (1974): A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canada <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (Utolsó letöltés időpontja: 2020. május 12.)

- Sistani, M.M.N., Yazdani, R., Virtanen, J., Pakdaman, A., Murtomaa, H. (2013): Determinants of Oral Health: Does Oral Health Literacy Matter? Hindawi Publishing Corporation, ISRN Dentistry  
<http://downloads.hindawi.com/archive/2013/249591.pdf> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.07.20.)
- Molnár, L. (2005): A fogászati szociológia körvonalai. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*. 6(4):245-273.
- Mubeen, K., Chandrashekar, H., Kavitha, M., Nagarathna (2013): Effect of Tobacco on Oral Health an Overview. *Journal of Evoultion of Medical and Dental Sciences*, 20(2): 3523-3534.
- Nagy L-né, Barabás K. (2011): Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérési és fejlesztési lehetőségeinek feltárása az 1–6. évfolyamon (6–12 éves korban). In: Csapó Benő és Zsolnai Anikó (szerk.): *Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 173-225.
- Naidoo, J., Wills, J. (1998): Practising Health Promotion: Dilemmas and Challenges. Bailliere Tindall, London
- National Institute of Dental and Craniofacial Research -NIH (2019): Diabetes: Dental tips  
<https://www.nidcr.nih.gov/sites/default/files/2019-03/diabetes-dental-tips.pdf> (Utolsó letöltés időpontja? 2020.06.20.)
- Pikó B., Bak J. (2004): A laikus egészségkép orvosi jelentősége: Gyermekek véleménye egészségről és betegségről. *Orvosi Hetilap*, 145. 1997–2002
- Pikó B., Bak, J. (2005): A gyermek egészség- és környezettudatosságának alakítása.  
[http://real.mtak.hu/59210/1/EPA00011\\_iskolakultura\\_2005\\_05\\_054-060.pdf](http://real.mtak.hu/59210/1/EPA00011_iskolakultura_2005_05_054-060.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.05.10)
- Parsons, T. (1972): Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In Jaco, E. – Gartley, E.: *Patients: Physicians and Illness. A Sourcebook in Behavioural Science and Health*. Collier-Macmillan, London
- Pearson, A., Vaughan, B. (1996): *Az ápolási gyakorlat modelljei*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest
- Pomázi I. (2010): A társadalmi haladás mérése. *Statisztikai Szemle*. 88. évf. 3. sz. 221–235.
- Priyanka, K., Sudhir, Maheswarappa, K., Reddy, Sekhara, V.C., Kumar, K., Srinivasulu, G., (2017): Impact of Alcohol Dependency on Oral Health – A Cross-sectional Comparative Study. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 11(6): 43-46.
- Sanchez, P., Everett, B., Salamon, Y., Ajwani, S., Bhole, S., Bishop, J., Lintern, K., Nolan, S., Rajaratnam, R., Redfern, J., Sheehan, M., Skarligos, F., Spencer, L., Srinivas, R., George, A. (2017): Oral health and cardiovascular care: Perceptions of people with cardiovascular disease.  
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181189>  
 (Utolsó letöltés időpontja? 2020.06.05.)
- Seligman, M. E. P. (2008). Positive health. *Applied Psychology*, 57(s1), 3–18.
- Sheiham, A., Conway, D., Chestnutt, I. (2015): Patterns of oral health inequalities and social gradients. In: Watt, R.G., Listl, S., Peres, M., Heilman, A., Social inequalities in oral health: from evidence to action /[http://media.news.health.ufl.edu/misc/cod-oralhealth/docs/posts\\_frontpage/SocialInequalities.pdf](http://media.news.health.ufl.edu/misc/cod-oralhealth/docs/posts_frontpage/SocialInequalities.pdf) (Utolsó letöltés időpontja? 2020.07.11.)
- Simon-Kiss, G. (2003): Az egészség nagyobb érték annál, hogy csak orvosokra bízjuk. *Egészségügyi menedzsment*, 13 (1): 89–91.



- Starfield, B. (2011): Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health*. 55,452- 454.
- Susánszky É. (2006): A betegviselkedés. In.: Szántó Zsuzsanna, Susánszky Éva (szerk.): Orvosi szociológia. Budapest, Semmelweis Kiadó. 73-74.
- Tringer L. (2002): A mentális betegségek megelőzésének és ellátásának korszerű szemlélete. *Orvostovábbképző Szemle*, 9. sz. 12–21.
- Vitrai, J. (2011): *Az egészség és egészség-egyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői*. Doktori értekezés, Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Doktori Iskola, Pécs  
[http://doktoriiskola.etk.pte.hu/public/upload/files/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/Ertekezés\\_VitraiJozsef.pdf](http://doktoriiskola.etk.pte.hu/public/upload/files/Doktoriiskola/Teziszfuzetek/Ertekezés_VitraiJozsef.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.07.22.)
- World Health Organization (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization, Geneva  
[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2019.12.10.)
- World Health Organisation (1988): Adelaide-i ajánlások az egészséget támogató közpolitikáról. Második Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia, Adelaide. In: *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. 15-22.
- The World Oral Health Report WHO (2003): Geneva, Switzerland pp 3-20.  
[http://www.who.int/oral\\_health/publications/report03/en](http://www.who.int/oral_health/publications/report03/en) (Utolsó letöltés időpontja: 2017.07.10.)
- World Health Organization (2005): Oral health, general health and quality of life  
<https://www.who.int/bulletin/volumes/83/9/editorial30905html/en/> (Utolsó letöltés időpontja? 2020.07.13.)
- World Health Organization (2009): Harmful Use of Alcohol  
[https://www.who.int/nmh/publications/fact\\_sheet\\_alcohol\\_en.pdf?ua=1](https://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_alcohol_en.pdf?ua=1)  
 (Utolsó letöltés időpontja: 2020.07.20.)
- World Health Organization (2010): Healthy people 2010 - A Systematic Approach to Health Improvement. [http://www.healthypeople.gov/2010/Document/html/uih/uih\\_2.htm#deter](http://www.healthypeople.gov/2010/Document/html/uih/uih_2.htm#deter)  
 (Utolsó letöltés időpontja: 2020.05.12.)
- World Dental Federation - FDI (2015): The Challenge of oral Disease - A call for global action - The Oral Health Atlas, Second Edition  
[https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete\\_oh\\_atlas.p](https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/complete_oh_atlas.p)  
 (Utolsó letöltés időpontja: 2020.05.20.)
- Yewe-Dyer M. (1993): The definition of oral health. *Br Dent J*, 174:224-225.

## 4. EGÉSZSÉG ÉS KULTÚRA KAPCSOLATA

Az egészség-fejlesztés, betegségmegelőzés és gyógyítás folyamatában fontos számba venni a célcsoportok egészségműveltségét. A dentálhigiénikus munkájának eredményessége szempontjából is fontos az ismerete. Az egyén orális egészségkultúráltságának, illetve egészségműveltségének alakulása születése pillanatával kezdődik és egész élete folyamán tart. Az egészségkultúráltság alakulása az egészségsocializáció folyamatában, a környezettel való interakcióiban, elsősorban a szociális tanulás folyamatában zajlik. Kialakításában, fejlesztésében jelentős szerepe van a családnak, de megfelelősége érdekében a társadalmakban kimutatható törekvés intézményesítése, vagyis, hogy célszerű, tervezett, módszeres és ellenőrzött legyen. Ezeknek a nevelési lehetőségeknek a megvalósítására törekednek a szocializáció különböző intézményeiben, szinterein (pl. óvoda, iskola, munkahely, egészségügyi intézmények).

Ebben a fejezetben első mozzanatként a fogalmak tisztázására törekszünk (kultúra - egészségkultúra, kultúráltság - egészségkultúráltság, egészségműveltség) tartalmi összefüggéseket mutatunk be az egészség és az egészségműveltség kapcsolatára vonatkozóan, végül az egészségműveltség vizsgálatára alkalmas eszközöket mutatunk be.

A kultúra-egészségkultúra és a kultúráltság-egészségkultúráltság jelenségkörének bemutatásához Elekes (1983) Egészségnevelési módszertan című munkáját használjuk fel. A könyvet a téma megalapozása szempontjából alapvető magyar nyelvű munkának tartjuk. A könyvben foglaltak az általunk feldolgozott tartalmak vonatkozásában a mai napig helytálló. Miután a könyv könyvesbolti forgalomban már nem kapható, illetve az antikváriumokon keresztül sem érhető el, arra vállalkozunk, hogy ezt a szakirodalmat, illetve a szakirodalomnak a témánkra vonatkozó részét részletesebben mutatjuk be.

### 4.1. Kultúra - Egészségkultúra

A *kultúra* – bár köztudottan alapvetően szociológiai fogalom - igen lényeges keretet képez az egészségpszichológia számára, hiszen az egészségi állapotot meghatározó magatartásformák csoportszintű értelmezését alapozza meg. Az egyén viselkedése a kultúra és saját személyiségének interakciója révén valósul meg. A kulturális háttér ismerete nélkül nem lehet

megérteni az egyének viselkedését, de egy-egy magatartási minta kialakulásában a személyiségjellemzők is szerepet játszanak (Pikó, 2002).

Linton (idézi Pikó, 2006) értelmezése szerint a kultúra mindazok az anyagi (pl. munkaeszközök, építészet, életfeltételek) és nem anyagi (pl. szimbólumok, nyelv, ismeretek, gondolkodásmódok, szemléletmódok, vélekedések értékek és magatartási normák, szokások, érzelmi-indulati minták) javak, amelyeket az emberiség korábban alkotott, felhalmozott és egyik generációról a másikra örökít.

*A kultúra tehát a következőkből tevődik össze:*

- tudás, azaz eszmék, hiedelmek, szimbólumok (nyelv) és a társadalom által vallott eszmékhez és hiedelmekhez kapcsolódó értékek;
- szociális szabályok, mint normák, szokások és erkölcsi szabályok, amelyeket a társadalom betart és némelyiküket a modern társadalomban törvényekbe is foglalják és jogi követelményekké teszik;
- mesterséges dolgok, azaz a szociális vagy ember alkotta tárgyak: pl. épületek, különböző használati tárgyak, amelyekben és amelyekkel a társadalom funkcionál és nap, mint nap él.

Az előbbi megfogalmazásokból látható, hogy a kultúra irányító elveknek olyan készlete, amit az egyén egy adott társadalom tagjaként örököl, amely megmondja neki, hogy hogyan tekintsen a világra és hogyan kell abban élni. A kultúra egyúttal annak a módját tartalmazza, hogy ezeket az irányító elveket hogyan kell átadni a következő nemzedéknek.

***A kultúra legfontosabb egészségpszichológiai folyománya, hogy megszabja az elfogadott és a társadalom által kívánatosnak tartott magatartási normatívákat.*** Míg az egyik kultúrában az alkoholfogyasztás elfogadott, egy másikban szigorúan tiltott. Az alkoholfogyasztás egyéni motívumai személyiségfüggők, ám az alkoholfogyasztás előfordulását egy adott társadalomban vagy társadalmi csoportban, például a nők körében már kulturális elemek szabályozzák.

Az ***egészségkultúra*** az egészség megőrzésére, helyreállítására és fejlesztésére irányuló közösségi cél- és eszközrendszer, a hozzá kapcsolódó egyéni és közösségi magatartással együtt. Egyedül ez a fogalom képes átfogni azon ismeretek és tevékenységek összességét, amelyek a személyes és közösségi egészség megőrzését, fejlesztését, illetve a betegek gyógyítását szolgálják. A társadalom ezeket a funkciókat szervező, irányító és ellenőrző szervekkel vette

körül, ami végül is elvezetett az egészségügy keletkezéséhez. Az egészségtudomány<sup>7</sup> az egészségkultúra teljességének tudományos foglalat.

Az egészségkultúra az egészségre törekvő ember saját egészségének létrehozója és hordozója. Az egyéni egészségkultúra színvonala a népegészségügyi helyzet meghatározója (Rókusfalvy és Kovács, 1992).

Az egészségkultúra olyan általános fogalom, amely minden részletében lefedi a közösség és az egyén egészségével kapcsolatos társadalmi intézmények és emberi magatartások összességét. Az egészségkultúra az egészség megőrzésével, a betegség megelőzésével kapcsolatos ismereteket, szokásokat, tevékenységeket foglalja magában (Mészáros és Simon, 1986).

Az egészségkultúrát nem lehet elszigetelten vizsgálni, mert szoros összefüggésben áll a kultúra más területeivel, az egyetemes kultúra része. Elválaszthatatlan az erkölcsi, az esztétikai, termelési, fogyasztási, szociális, családi kultúra értékeitől. Az egyén ugyanis nemcsak az egészséget kívánja biztosítani, hanem egzisztenciáját, esztétikus megjelenését, szakmai előrelépését, megfelelő emberi kapcsolatait is. Tehát a kultúrát interiorizáló egyén nem egysíkú, a komplex szükségleteinek kielégítéséhez igényli a kultúrát.

#### ***Az egészségkultúra alapfogalmai:***

- *Egészségi szükséglet:* az egészségi szükséglet az emberi élet folyamatosságát, fejlődését biztosító feltételek rendszere. Ezeket a feltételeket Maslow szükséglethierarchiája az alapvető biológiai szükségletektől a magasabb rendű szükségletek kielégítésén át, az önmegvalósításig foglalja össze. Ha az egyén szükségletei nincsenek tartósan kielégítve, megbetegszik.
- *Egészségi ismeret:* az egészséggel kapcsolatos tájékozottság, mely alapja az egészséggel kapcsolatos nézeteknek, egészségmagatartásnak.
- *Egészségi szokás:* begyakorlott cselekvéssor, amit automatikusan a figyelem ráirányítása nélkül végzünk. Ezek a cselekvéssorok annyira elmélyültek, hogy esetleges elmaradásuk kényszerítő hiányérzetet vált ki. Vannak egészséget erősítő szokások és káros szokások.

---

<sup>7</sup> Az egészségtudomány az emberi egészség megőrzésének törvényszerűségeit és fejlesztésének lehetőségeit vizsgálja rendszerszemléletű, interdiszciplináris megközelítésben, tehát az ember és környezete közötti kölcsönhatások folyamatában. Az egészségtudomány az egészségkultúra teljességének tudományos foglalat, amelynek egyik ága a medicina (orvostudomány).

- *Egészségi készség*: egészségi követelményeket biztosító tevékenységek, amelyek magas fokú begyakorlottságot tesznek lehetővé anélkül, hogy tudatosan ellenőriznénk (pl. személyi higiéné, helyes táplálkozás).

## 4.2. Kulturáltság - Egészségkulturáltság

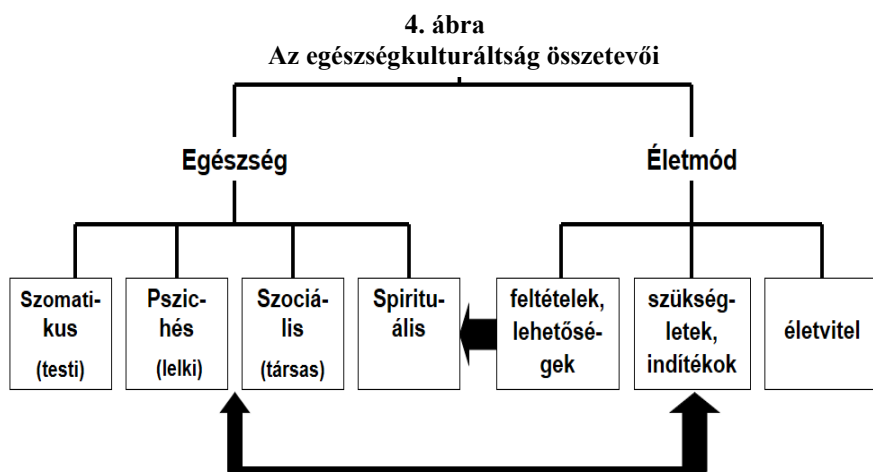
A személyiség létezésének feltétele, hogy egyedfejlődése során a kultúra elemeit elsajátítsa, bensővé tegye, interiorizálja. Az interiorizált kultúrát nevezzük **kulturáltságnak, műveltségnek**. A szocializáció tehát a kultúra elemeinek elsajátítása, mégpedig mások (szülő, tanárok, barátok stb.) szociális közvetítésével lehetséges.

Az egyéni és a társadalmi egészségi szükségletek kielégítéséhez nélkülözhetetlen műveltséget nevezzük **egészségkulturáltságnak**. A kultúra javait, mint műveltség tartalmat sajátítjuk el, a művelődés tehát nem más, mint a kultúra bizonyos tartalmainak interiorizációja. Mind a művelés, mind a művelődés aktív folyamat, amely kölcsönösséget feltételez az átadó és a befogadó részéről egyaránt. A kultúra műveltség tartalmait jelentősen befolyásolja a társadalom érték- és normarendszere, az egyén individuális sajátosságai.

Az egészségkulturáltság maga az **életmód**. Vagyis az elsajátított életmód jelenti azt a közvetítő mechanizmust, amely az objektív társadalmi kultúra, valamint a társadalomban létező egyének egészségi állapota között van. *„Az egyén életmódja révén szabályozhatja, optimalizálhatja egészségi állapotát, életmódjával elégítheti ki egészségével kapcsolatos szükségleteit. Ugyanakkor az egészségi állapot visszahat az életmódra, azzal elszakíthatatlanul összefügg, így szintén része az egészségkulturáltságnak...”* (Elekes, 1983: 14.)

A kultúra nem egyszerűen csak halmaza az anyagi és szellemi javaknak, hanem azok kölcsönösen összefüggő rendszere, ezért az egészségkultúra interiorizálása külön választhatatlan a kulturáltság más tartalmú elemeitől (pl. erkölcsi, esztétikai, termelési és fogyasztási, szociális, családi).

Az egészségkulturáltság két - egymást kölcsönösen meghatározó - összetevőre bontható (4. ábra), az egészségre és az életmódra.



(Forrás: *Egészségnevelési módszertan. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1983. p. 18.o.*)

Az előző fejezetekben az egészség különböző meghatározásait (3.1.1. és a 3.1.2.) és az egészség jellemző tulajdonságait (3.1.3.) már tárgyaltuk, ezért ezekre ebben a fejezetben ismételtelen nem térünk ki.

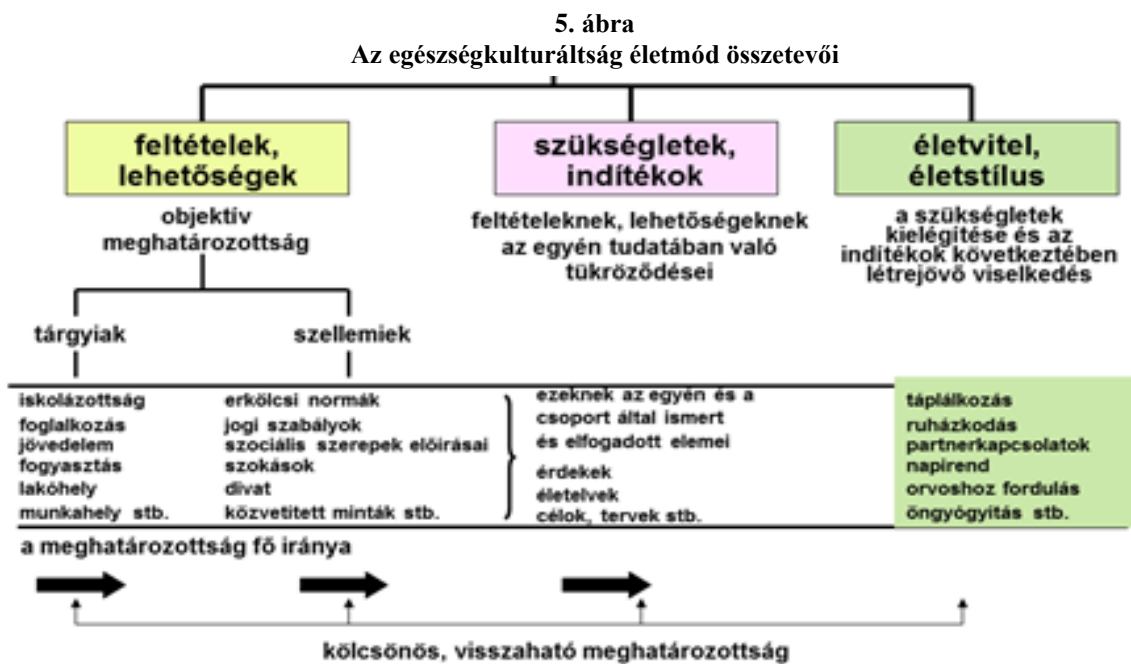
Elekes (1983) munkájában az *életmód három összetevőjét* mutatja be: az objektív (feltételek, lehetőségek) és a szubjektív (szükségletek, indítékok) meghatározókat, valamint az életvitelt, életstílust.

A *feltételek és a lehetőségek* az életmód objektív meghatározottságát jelentik, amelyek az emberi élet lehetőségeit, az ember kiszolgáltatottságát vagy éppen autonómiáját jelölik. Ezeknek az objektíven létező meghatározóknak egy része anyagi-tárgyi jellegű, és főként az egyén termelésben elfoglalt helyének függvénye. Másik részük a szellemi kultúra része, és főként az egyén szociológiai státuszával (réteghelyzete, szociális szerep stb.) függ össze.

A *szükségletek, indítékok* az előzőekből következnek, hiszen ezek többnyire a feltételeknek és a lehetőségeknek az egyén tudatában való tükröződései. Egyszerűsítve azt mondhatjuk, hogy az egyén életmódjának szükségleteit, indítékait az határozza meg, ahogyan a feltételeket és a lehetőségeket magára vonatkoztatja, azaz felismeri, tudatosítja és elfogadja. A szükséglet a pszichológia egyik alapfogalma, amelyen az emberi élet fenntartásához nélkülözhetetlen feltételek, illetve dolgok összességét értik. Mivel az ember elsődlegesen társadalmi meghatározottságú lény szükségletei elsősorban társadalmiak (másodlagosak), nincsenek tisztán biológiai (elsődleges) szükségletei.

A szükségletek kielégítése és az indítékok következtében létrejövő viselkedés adja az *életvitelt*, a kifelé megjelenő – és így közvetlenül vizsgálható – életmódszférát. Az egyéni mintázatú életmód (életvitel, életstílus) a magatartási elemek egyéni variánsait tartalmazza,

amelyek már kevésbé függenek a társadalmi helyzettől, inkább az egyénhez kötött személyiségvonások határozzák meg. Az életvitelben az életmód olyan jól körülhatárolt, konkrét tevékenységi körei nyilvánulnak meg, amelyek szó szerint életvitelünket jelentik, azaz mindazok a magatartási elemek, amelyek mindennapi életünket jellemzik. Vannak az életmódnak tárgyiasult formái, hiszen azok a tárgyak, amelyekkel körül vesszük magunkat (pl. lakókörnyezetünk) életstílusunk megnyilvánulásai. Ugyanakkor az életmódnak vannak magatartásbeli elemei is, amelyek a szabadidős tevékenységektől kezdve a fogyasztási preferenciáinkon át az egészséggel összefüggő magatartásformákig (pl. orvoshoz fordulási szokásain) terjednek.



(Forrás: Egészségnevelési módszertan. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1983. p. 23.)

Bábosik (1999) tanulmányában kifejti, hogy a személyiség ösztönző-reguláló alrendszere, a személyiség motivációs szférája közvetlenül felelős az életvezetés szabályozásáért. Ettől a sajátosságcsoporttól függ, hogy az egyén ismereteit, készségeit és képességeit hasznos irányban mozgósítja-e. A személyiség motivációs alrendszere pedagógiai hatásrendszerrel alakítható.

*Az életmód egyes összetevői között kölcsönös meghatározottság érvényesül.* Az életvitel szinte valamennyi részlete módosíthatja a feltételeket, lehetőségeket. A szükségletek, indítékok visszahatnak a feltételekre, lehetőségekre. Az életvitel esetenkénti szokásrögzülései csökkenthetik vagy növelhetik az indítékokat (passzivitás, aktivitás) – és így tovább.

Az egészségfejlesztő munka szempontjából az életmód döntő sajátossága az, hogy szinte valamennyi eleme interiorizálható, tehát szocializáló hatásokkal alakítható. Ez az objektív

feltételekre, lehetőségekre is vonatkozik. Tudnunk kell azonban, hogy ezek befolyásolása elsősorban nem az egészségkultúra, hanem általában a kulturáltság más területeinek elsajátításától függ.

Az *egészséggel kapcsolatos életmód* (Cockerham 1999 idézi Pikó, 2006) olyan kollektív magatartási normák összessége, amelyek az egyének társadalmilag befolyásolt életesélyeik közvetítette választásokon alapulnak. A társadalmi befolyás alatt nem kizárólag a társadalmi-gazdasági helyzet viszonyait kell érteni, hanem pl. a nem vagy az életkor hatását is, amelyek közismerten és igazoltan hatással vannak egészségmagatartásunkra, s így egészségi állapotunkra is.

Az egészséges életmód többek között a következő egészségmagatartási elemeket tartalmazza: káros szenvedélyek, táplálkozási szokások, megjelenés (pl. helyes testtartás, egészséges mozgás), odafigyelés az egészséggel kapcsolatos problémákra (pl. orvoshoz fordulási szokások, egészségtudatosság, tartózkodás a káros szenvedélyektől), fizikai aktivitás és rekreáció, azaz szabadidős tevékenységek, alvási szokások, az egészség megőrzéséért végzett tevékenységek (pl. relaxáció, szűrővizsgálatokon való részvétel) stb.

### **4.3. Egészségműveltség**

Értelmezésünk szerint az egészségkultúráltság és az egészségműveltség egymást feltételező és kiegészítő fogalmak.

Az egészségműveltség azokkal a kompetenciákkal és tudással foglalkozik, amelyek ahhoz szükségesek, hogy egy személy megfeleljen az egészség által támasztott követelményeknek egy modern társadalomban. A fogalom fontossága fokozatosan került elismerésre, azonban még nincs egyetértés az egészségműveltség definíciójáról, amely behatárolja mérhetősége és összehasonlíthatósága esélyeit.

Mielőtt az egészségműveltség kérdéskörével foglalkoznánk tisztáznunk kell a tudás fogalmát, a tudásszervező elveket és az egészségkompetencia fogalmát.



### 4.3.1. Tudás és egészséggel kapcsolatos tudás

A *tudás*nak három összetevője van: az egyik a megismerés eredményeként létrejövő ismeretjellegű tudás, a másik a cselekvéssel, a tevékenységgel kapcsolatos képességjellegű tudás, a harmadik az affektív tudás, érzelmi tartalmak és érzelmi reakció módok birtoklása és aktivizálása, valamint, motivációk, attitűdök, akarati tényezők. Az ismeretjellegű tudást a „tudni, hogy mit” jellemzi. A különböző képzetek, fogalmak, leírások, tények és adatok tartoznak ide. A képességjellegű tudásra a „tudni, hogy hogyan” jellemző. Ennél az ismereteknek a gyakorlatban történő alkalmazásáról, cselekvések, tevékenységek kivitelezéséről van szó (Lappints, 2002). Az affektív tudás az érzelmeken túl az attitűdöket, az érdeklődést, értékeket és világnézetet, valamint az akarati működést tartalmazza.

### 4.3.2. Tudásszervező elvek: szakértelem, műveltség és kompetencia

Az ezredforduló körüli időszakban a tudásról való gondolkodásnak egy újabb markáns tendenciája vált megfigyelhetővé. A *tudás mennyiségi mutatói helyett* egyre inkább áthelyeződik a hangsúly a *minőségi jellemzőkre*, a szervezethez, a megértés mélységére, az alkalmazhatóságra. A kognitív jellemzők önálló tanulmányozása helyett egyre nagyobb szerepet kap a kognitív és nem kognitív tényezők kölcsönhatásának elemzése. Megfigyelhető a különböző kutatási irányok konvergenciája is. Az említett tendenciát jellemzi három kifejezés használatának előtérbe kerülése: mind gyakrabban említik a szakértelmet, a kompetenciát és a műveltséget, mint a "jó" tudás szinonimáját. E fogalmak pontos meghatározása, megkülönböztetése még nem alakult ki egyértelműen. Néha közel azonos értelemben, egymás szinonimájaként használják azokat, más kontextusban viszont éppen ezek segítségével emelik ki a tudásnak valamelyik sajátosságát. Közös jellemzőjük azonban, hogy mindegyik inkább a tudás egészlegességét, rendszerszerűségét sugallja, nem pedig egyes tulajdonságokat vagy tudáselemeket jelöl.

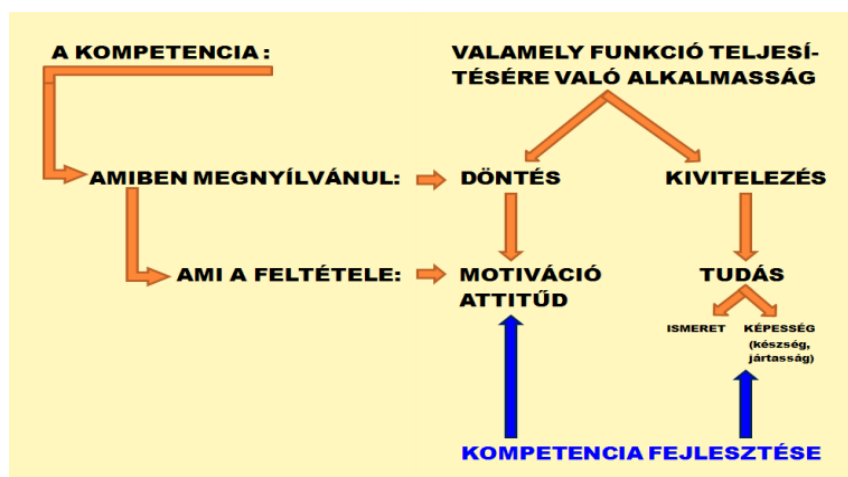
„A *szakértelem* az adott szakterület által meghatározott konkrét ismeretek, készségek és képességek együttese, [...] a *műveltség* olyan tudás, amely hatékonyan segíti az egyéni fejlődést, a személyes boldogulást, a másokkal való kapcsolattartást, a társadalmi munkamegosztásban való részvételt.” (Csapó, 2002: 4-5).

A kompetencia latin eredetű szó, többféle értelmezése létezik: illetékességet, hatáskört, jogosultságot, ügyességet, illetve hozzáértést, alkalmasságot, ügyességet fejez ki. A *kompetencia* olyan általános képesség, amely komplex feladatok adott kontextusban történő

sikeres megoldását teszi lehetővé, és amelyet egy adott személy tanulás során fejleszt ki magában. A fogalom magában foglalja az ismeretek mobilizálását, a kognitív és pszichomotoros képességeket, a szociális és magatartási komponenseket és attitűdöket, az érzelmeket és az értékeket egyaránt.

A kompetencia valamely funkció teljesítésére való alkalmasságot jelent. Ez az alkalmasság döntések meghozatalában és a döntések kivitelezésében, végrehajtásában nyilvánul meg. A döntés meghozatalának feltétele a motiváltság, és az attitűd, a kivitelezés az ismereteken alapuló képesség (Győr-Moson-Sopron Megyei MPI, 2010). A kompetenciára úgy is tekinthetünk, mint arra a képességünkre és hajlandóságunkra, hogy a bennünk lévő tudást (ismereteket, készségeket és attitűdbeli jellemzőket) sikeres problémamegoldó cselekvéssé alakítsuk. A *kompetencia fejlesztése* a döntések meghozatalának feltételeire, a motivációra és az attitűdökre, illetve a döntések kivitelezésének feltételére, a tudásra irányulnak.

6. ábra  
A kompetencia fogalmának értelmezése – A kompetencia fejlesztése



(Forrás: *Kompetencia alapú oktatás – Készült a TÁMOP 4.1.2/B projekt keretében a Győr-Moson-Sopron Megyei Pedagógiai Intézet közreműködésével, 2010*)

[https://www.srpszkk.hu/tamop412b/kompetencia\\_alapu\\_pedagogia/a\\_kompetencia\\_rtelmzese\\_a\\_funkcionlis\\_szemlyisgmodell\\_alapjn.html](https://www.srpszkk.hu/tamop412b/kompetencia_alapu_pedagogia/a_kompetencia_rtelmzese_a_funkcionlis_szemlyisgmodell_alapjn.html)

#### 4.3.3. Egészségkompetencia, alapvető egészségkompetenciák

A viselkedésen alapuló prevenciós programok egyik legfontosabb problémája az, hogy a személyek nem képesek átvinni a prevenciós ismereteiket és viselkedéseiket onnan, ahol

begyakorolták azokat. Ez a probléma vetette fel az egészségkompetencia fogalmának bevezetését.

Az **egészségkompetencia** tanult ismeretek (ismeretrendszer), viselkedésen alapuló képességek, jártasságok és készségek (operátorok), motivációk, attitűdök és akarati tényezők összessége, valamint felelősség és autonómia, amelyet egy adott személy és/vagy közösség az egészségfejlesztés folyamatában integrál. A felelősség és autonómia nem önálló kompetenciaelem, hanem az ismeret, az operátorok és az attitűd, illetve motiváció formájában azonosított kategóriák jellemzője. Vagyis az adott tevékenység végrehajtását jellemző önállóság és felelősségvállalás.

Kickbusch és munkatársai (2006) az **alapvető egészségkompetenciák** körébe sorolja: az egészségvédő, betegségmegelőző és egészségfejlesztő magatartás képességeit, az öngyógyítást (öngyógyszerezést, az egészség orvosi segítség nélküli visszanyerési képességét).

#### **4.3.4. Egészségműveltség fogalma**

Az egészségműveltség kiemelkedő fontosságú, a betegségek megelőzésében és gyógyításában is megkerülhetetlen kompetencia, amelyet azonban csak az elmúlt évtizedekben határoztak meg. Az egészségműveltség kifejezés 1970-es években jelent meg és nyert folyamatos jelentőséget a népegészségügyben és az egészségügyi ellátásban. A fogalmat először 1974-ben határozták meg, mint a megfelelő egészségügyi döntések meghozatalához szükséges információszerzési, információfeldolgozási és megértési kapacitást (Simonds, 1974).

Az ezt követő időszakban egyesek az egészségügyi ellátással kapcsolatos ismeretek összességéként definiálták, mások pedig pusztán az egészségügyi ellátással kapcsolatos szövegértésként határozták meg. A fogalom meghatározásának eltérései szükségszerűek voltak, hiszen azok szorosan kapcsolódtak az egészségnevelés és egészségfejlesztés koncepcionális vitáihoz.

Az Egészségügyi Világszervezet 1998-ban megjelent, Kickbusch és Nutbeam által szerkesztett egészségfejlesztési szöveggyűjteménye adta meg az egészségműveltség első átfogó meghatározását: olyan kognitív és szociális készségek összességét jelenti, amelyek meghatározzák az egyének motivációját és képességét, hogy az egészség fejlesztéséhez és megőrzéséhez kapcsolódó információkat elérjék, megértésük és hasznosítsák (Szabó és Kósa, 2016). Kickbusch tovább értelmezte a fogalmat, amikor azt írta, hogy az egészségműveltség magába foglalja olyan tudás- és készségszint elérését, valamint megfelelő önbizalom

megszerzését ahhoz, hogy az emberek személyes és közösségi szinten is cselekvőképessé váljanak egyéni életmódjuk és életkörülményeik megváltoztatásában (Kickbusch, 1997). Összefoglalóan az egészséggel kapcsolatos alapvető információk és szolgáltatások elérésének, értelmezésének és megértésének képessége, valamint ezen információk és szolgáltatások felhasználásának kompetenciája az egészség fejlesztése érdekében (Ratzan és Parker, 2000). Ratzan továbbá felhívta a figyelmet arra, hogy bár az egészségműveltségnek központi eleme a kommunikáció, az információ pusztá átadása nem elégséges az egészségműveltség növeléséhez, hanem ahhoz integrált marketingstratégia, jó minőségű közoktatás, tárgyalási készségek elsajátítása és nem utolsósorban társadalmi tőke is szükséges (Ratzan, 2001). Az USA Orvosi Intézete (Institute of Medicine - IOM) 2004-es kiadványában véget kívánt vetni a meghatározásokkal kapcsolatos zűrzavarnak. A kiadvány szerint az egészségműveltség azon képességek mértéke, amelyek birtokában a betegségmegelőzéssel, egészségfejlesztéssel és egészségügyi ellátással kapcsolatos alapvető információk megszerezhetők, feldolgozhatók és megérthetők, és amelyek birtokában az egészséggel kapcsolatosan megfelelő döntések hozhatók (IOM, 2004).

Sorensen és munkatársai (2012) az egészségműveltség szakirodalmát áttekintő tanulmányuk összegzéseként megalkották az egészségműveltség integrált modelljét: „Az egészségműveltség kapcsolatban áll a műveltséggel és hozzájárul ahhoz, hogy az emberek tudása, motivációja és kompetenciája alkalmassá váljon az egészség információkhoz való hozzáféréshez, azok megértéséhez, értékeléséhez és alkalmazásukhoz a mindennapi életben bekövetkező véleményalkotás és döntéshozatal idején az egészségügyi ellátás, a prevenció és az egészségfejlesztés területén, annak érdekében, hogy fenntartsuk vagy javítsuk az életminőséget életünk során.” (idézi Csizmadia, 2016). A modell középpontjában az egészségműveltség folyamata áll, amely négy kompetenciát igényel: 1) A hozzáférés arra a képességre vonatkozik, hogy kérünk, keresünk és hozzájutunk egészséginformációhoz. 2) A megértés azt a képességet takarja, amellyel megértjük a kapott egészséginformációt. 3) Az értékelés olyan képesség, amely interpretálja, szűri, megítéli és értékeli a kapott egészséginformációt. 4) Az alkalmazás arra a képességre vonatkozik, amellyel kommunikáljuk és használjuk az információt, döntést hozunk annak érdekében, hogy fenntartsuk vagy javítsuk az egészségünket. Ez a folyamat tudást (ismeretet, operátorokat: jártasságot, készséget, valamint attitűdöt és motivációt) és kompetenciát eredményez, amely képessé teszi a személyt, hogy eligazodjon az egészség folyamat három fő területén, az egészségügyi ellátásban, az egészségmegőrzésben és az egészségfejlesztés rendszerében, felelős döntést hozva egyéni életmódjában. A modell

magában foglalja azokat a tényezőket is, amelyek hatnak az egészségműveltségre, azaz a társadalmi és környezeti meghatározókat, mint például a demográfiai helyzetet, a kultúrát, a nyelvet vagy a politikai helyzetet. Továbbá személyes befolyásoló tényezőket: az egyén kognitív és a pszichoszociális fejlettségét, illetve a korábbi és jelenlegi tapasztalatait. Az egészségműveltség élethosszig tartó tanulásként is értelmezhető. Az egészségműveltség tehát egy eszköznek tekinthető, amely támogatja a képessé tétel folyamatát az egészségügyi ellátás, az egészségmegőrzés és az egészségfejlesztés területén (Csizmadia, 2016).

Az egészségműveltség integrált modellje hozzájárulhat az egészségügyi ellátórendszer hatékonyságának javításához, az egészségmegőrzés és az egészségfejlesztés hangsúlyozásával pedig az egészségi állapot tartós javulásához.

#### **4.3.5. Az egészségműveltség komponensei**

Schulz és Nakamoto (2005) modellje három komponensre bontja az egészségműveltséget (. táblázat):

1. Deklaratív tudás: tárgyi tudás az egészséggel és annak megőrzésével kapcsolatban.
2. Procedurális tudás - operátorok: a tárgyi tudás alkalmazásának képessége egészséggel kapcsolatos szituációkban, de ide tartoznak Kickbusch és munkatársai (2006) felosztásában (lásd később) a funkcionálisnak nevezett alapkészségek (pl. beszéd, számolás, írás és olvasás) működtetése is.
3. Az ítélőképesség: a tárgyi tudásra alapozva az új információk, helyzetek hatékony megítélésére vonatkozó képesség.

**1. táblázat**  
**Az egészségműveltség komponensei**

<b>ISMERET-RENDSZER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>DEKLERATÍV, LEKÉPEZŐ JELLEGŰ TUDÁS</b> Tárgyi tudás az egészséggel és az egészség megőrzésével kapcsolatosan (tény-tudás, szemantikus, lexikális tudás: pl. tények, fogalmak, elvek, elméletek, összefüggések, szabályok).</li> </ul>
<b>OPERÁTOROK</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>PROCEDURÁLIS, FOLYAMATJELLEGŰ TUDÁS</b> A tárgyi tudás alkalmazásának művelési lehetőségei (cselekvésben megnyilvánuló kognitív és motoros operátorok: szokás, jártasság, képesség, készség) az egészséggel kapcsolatos szituációkban.</li> </ul>
<b>ÍTÉLŐKÉPESSÉG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>ÉRTÉKELŐ VISZONYULÁS (pl. tudáshoz, képességhez, önmagunkhoz, másokhoz, felelősségvállaláshoz) - ATTITŰD</b> Érzelmi megnyilvánulások, reakciók (affektív), Vélekedések, nézetek, hiedelmek (kognitív) Viselkedési szándékok, nyílt viselkedés (konatív)</li> </ul>

*(Saját szerkesztés Schulz és Nakamoto (2005) nyomán)*

#### 4.3.6. A beteg oldaláról az egészségműveltséghez tartozó készségek, képességek összegzése

Nagyné és Barabás (2011) tanulmányában összefoglalta, hogy a beteg oldaláról miket szükséges tudni az egészséggel kapcsolatos kérdésekben való eligazodáshoz (2. táblázat).

**2. táblázat**  
**Az egészségműveltség komponense a beteg oldaláról**

Az egészségműveltséghez tartozó képességek	Mindennapi példák	Ezeknek a feladatoknak az elvégzéséhez szükséges készségek, képességek
Az információ hitelességének és minőségének értékelése	Internetes tájékoztatók annak eldöntésében, hogy mikor érdemes második diagnózist kérni	vizuálisan írni-olvasni (betűk, ábrák); számítógépes írás-olvasás (képes kezelni a számítógépet);
A viszonylagos kockázatok/veszélyek és előnyök elemzése	Vény nélkül kapható készítmények szedése, kutatásban való részvétel mérlegelése	információt írni-olvasni (képes megfigyelni és alkalmazni a releváns információt);
A gyógyszeradagok kiszámítása	A beteg testsúlya alapján	számértékkel vagy számítással írni-olvasni (képes kiszámolni vagy számokkal indokolni); képes ezeket szóban elmondani és megérteni
A teszt/vizsgálat eredményeinek értelmezése	Zárójelentések megértése	(verbáliskommunikációs nyelvi készségek)
Az egészséginformáció elérésének meghatározása		gyakorlati, manuális tudás - motoros készségek (kézügyesség - anyagok, eszközök használata)

*(Forrás: Papp-Zipernovszky O., Náfrádi L., Peter J. Schulz, Csabai M. 2016. p. 906.)*

#### 4.3.7. Az egészségműveltség populáció szintű megközelítése

A dentárhigiénikus munkája szempontjából érdemes túllépni az egészségműveltség egyéni szintű meghatározásán és jellemzőinek bemutatásán. Az egészségműveltség populáció szintű megközelítését támogató elméletek közül Nutbeam (1998) modelljét fontos megemlíteni, amely az egészségműveltség három típusát különbözteti meg:

1. Funkcionális egészségműveltség (functional health literacy): azokat az alapkészségeket tartalmazza (írás és olvasás), amelyek szükségesek, hogy hatékonyak legyenek az egészséginformáció megszerzésében, megértésében és értékelésében a mindennapi élethelyzetekben.
2. Interaktív egészségműveltség (interactive health literacy): az egészségkimenetekre vonatkozó fejlett kognitív készségek (beleértve a döntéshozatalt, a célmegállapítást), amelyeket a szociális készségekkel együtt, aktívan lehet használni változó körülmények között, a társas helyzetekben, információszerezésnél, a különböző kommunikációs formák megértésénél az egészség növeléséhez.
3. Kritikai egészségműveltség (critical health literacy): olyan kognitív és társas készségek együttes alkalmazása, amelyek segítségével az egyén az információk kritikus elemzését végezheti el, amelyeket a saját élete, élethelyzete feletti kontroll megszerzésére használhat. A kritikai egészségműveltség az egészséghez kapcsolódó különböző kulturális, családi és vallásos meggyőződésekre vonatkozik, és támogatja az egyén, a család és a közösség olyan változását, ami növeli az egészséget.

Kickbusch és munkatársai (2006) a kompetenciák alábbi négy csoportját állította fel az egészségműveltséggel kapcsolatban:

1. Alapvető egészségkompetenciák: az egészségvédő, betegségmegelőző és egészségfejlesztő magatartás képességei, az öngyógyítás (öngyógyszerezés, az egészség orvosi segítség nélküli visszanyerési képessége).
2. Páciens kompetenciák: az egészségügyi rendszerben való eligazodás képessége, megfelelő szintű egészségműveltség birtokában aktív tárgyalópartnerként történő fellépés az egészségügyi szakemberekkel való kapcsolatban.
3. Fogyasztói kompetenciák: egészséget támogató döntések képessége az egészséggel kapcsolatos javak és szolgáltatások megvásárlása során, és ha szükséges, a fogyasztói jogok (betegjogok) érdekérvényesítése.

4. Állampolgári kompetenciák: az egészséggel kapcsolatos jogok (pl. betegjogok) ismerete és azok érdekében való fellépés, részvétel egészséget támogató - vagy betegszervezetek munkájában.

#### **4.3.8. Az egészségműveltség gyakorlati jelentősége, összefüggései**

„Az egészségműveltség befolyásolja az egészségmagatartást és az egészségügyi szolgáltatások igénybevételét, ezáltal hat a társadalom egészségi állapotára és az egészségre fordított költségekre, populációs szinten hozzájárul a méltányosság elősegítéséhez, a népegészségügy fenntarthatóságához.” (Csimadia, 2016: 43-44)

Ahhoz, hogy az egyén tudatában legyen az egészséggel kapcsolatos ismereteknek és ezeket aktívan alkalmazza is, az egészségműveltség meghatározott szintjét kell fejlesztenie (Feith, Melichner és Falus, 2015).

Az egészségműveltség magas szintjének kedvező hatásai: segíti a nagyobb autonómiát, a személyes képessé tételt, ami egyfajta fejlődésként fogható fel egy jobb életminőség felé, az egészségről, a gyógyszerekről, a tudományos eredményekről folyó párbeszédet, ebből adódóan pozitív hatást gyakorol a háztartásokra, a munkahelyekre, a társadalomra és a kultúrára is (Csizmadia, 2016).

Az egészségműveltség szintje erőteljesen előre jelzi az egyén jövőbeli egészségi állapotát, egészségiviselkedését és egészségi eredményeit (Berkma és mtsai, 2010, 2011). A korlátozott egészségműveltség rossz egészségi állapottal, annak alacsony önértékelésével, az orvosi utasítások hiányos betartásával, rossz életvezetési képességekkel, megnövekedett halálozási kockázattal és a magasabb egészségügyi költségekkel járnak (Baker és mtsai, 2007; Schillinger és mtsai, 2002; Baker és mtsai, 2002).

Papp-Zipernovszky és munkatársai (2013) tanulmányukban rámutatnak arra, hogy az egészségműveltség gyakorlati jelentőségét az egészségügyi következményekkel való kapcsolata adja. A szerzők cikkükben az alábbi összefüggésekre mutatnak rá:

- Az inadekvát egészségműveltség erős, pozitív kapcsolatban áll a mortalitással (Baker és mtsai, 2007 idézi Papp-Zipernovszky és mtsai, 2013).
- Az egészségműveltség jobban képes bejósolni a szubjektíven és objektíven értékelt egészségi állapotot, mint az életkor, a jövedelem, a foglalkoztatási státusz, az iskolázottság vagy a faji, etnikai csoportokhoz való tartozás (Wolf és mtsai, 2007 idézi Papp-Zipernovszky és mtsai, 2013).



- A nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkező személyek hosszabb időt töltenek kórházban és többször használják az egészségügyi rendszert, mint a magas egészségműveltségű páciensek (Mårtenssonm és Hensing, 2012 idézi Papp-Zipernovszky és mtsai, 2013).
- A nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkező személyeknek nagyobb nehézséget okoz az orvosi utasítások követése és az egészségügyi információk hitelességének megítélése (Connor és mtsai, 2013 idézi Papp-Zipernovszky és mtsai, 2013).
- Általánosságban alacsonyabb szintű kognitív működéssel, a depresszió és más mentális betegségek nagyobb arányával, illetve például a méhnyakrák előfordulásának megnövekedett kockázatával is találtak összefüggést az olvasási készségek vonatkozásában (Rudd és mtsai, 2005 idézi Papp-Zipernovszky és mtsai, 2013).
- Az alacsonyabb iskolai végzettségű személyek, a férfiak és az alacsony jövedelemmel rendelkezők nagyobb valószínűséggel estek a korlátozott egészségműveltség kategóriájába (Von Wagner és mtsai, 2007 idézi Papp-Zipernovszky és mtsai, 2013).
- A 65 év feletti személyek egészségműveltségben elért pontszáma csaknem 10 ponttal kevesebb volt minden évtizeddel (Baker és mtsai, 2007 idézi Papp-Zipernovszky és mtsai, 2013).
- A családi állapot tekintetében a nem házasságban élőknel találtak összefüggést az alacsonyabb egészségműveltséggel (Connor és mtsai, 2013 idézi Papp-Zipernovszky és mtsai, 2013).
- Amerikában és Svájcban a krónikus betegség jelenléte magasabb egészségműveltséggel jár együtt, míg a nyolc európai országra kiterjedő 2012-es felmérése szerint az életminőséget jelentősen korlátozó egészségi problémák, illetve egynél több krónikus betegség jelenléte 60%-ra növelte a korlátozott egészségműveltség valószínűségét (HLS-EU Consortium, 2012 idézi Papp-Zipernovszky és mtsai, 2013).

#### **4.3.9. Az egészségműveltség vizsgálatának módszerei**

Az elmúlt évek során az egészségműveltség felmérésére különféle módszereket fejlesztettek ki. Tekintettel a fogalom többértelműségére, illetve az egyes országoknak az egészséggel kapcsolatos eltérő fogalomhasználatára, különböző egészségügyi rendszereire, e módszerek valamilyen tekintetben mind eltérnek egymástól. Egyes felmérések konkrét szövegértés-vizsgálatra irányulnak, mások a különböző egészségügyi kifejezések tartalmának és/vagy

kiejtésének ismeretét mérik, megint mások az egészségügyi kérdésekben való jártasságot, az egészségügyi rendszerben való tájékozódást, az egészséggel kapcsolatos attitűdöket vizsgálják. Az egészségfejlesztés, betegségmegelőzés és az egészségügyi ellátás folyamatában fontos lenne számba venni a célcsoportok egészségműveltségét, ezért fontosnak tartjuk az egészségműveltség vizsgálatának néhány validált módszerét bemutatni a teljesség igénye nélkül.

- **REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)** - 66 gyakori orvosi kifejezés felismerésén és kiejtésén keresztül méri a személyek funkcionális egészségműveltségét. Ez pusztán olvasási képességekre hagyatkozik, melyeket pontrendszere alapján iskolai osztályok szintjének megfelelően sorol be (Davis és mtsai, 1993). Rövidített változata csupán nyolc elemet tartalmaz, ezáltal megkönnyíti a klinikai használatát, bár az eredmények megbízhatóságának csökkenése árán (Bass, 2003).
- **TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults), illetve rövidített változata, az S-TOFHLA** - szövegértési és számolási alapkészségeket is mér kimondottan klinikai környezetben előforduló szövegek és problémák megértésén keresztül, azonban az egészségműveltség többi részterületét, tehát a feldolgozást és a döntéshozatalt figyelmen kívül hagyja (Von Wagner és mtsai, 2007).
- **Newest Vital Sign** - azt méri fel, hogy az egészségügyi információk megértéséhez hogyan tudjuk számolási készségeinket alkalmazni. Newest Vital Sign mindössze hat elemből áll, így felvétele rövid időt vesz igénybe; ez tápanyagcímkék értelmezése alapján funkcionális egészségműveltséget becsül (Weiss és mtsai, 2005).
- **Chew-kérdéssor** - önkitöltős formában méri azt, hogy a személynek mennyire okoz problémát az egészségügyi szövegek megértése, illetve felhasználása saját egészségi állapota megítélése érdekében (Chew és mtsai, 2008).
- **HLS-EU (The European Health Literacy Survey)** - 47 kérdésen keresztül méri az egészségügyi rendszerből, a betegségmegelőzés területéről és az egészségfejlesztésről származó információk elérésének, megértésének, kritikai megítélésének és alkalmazásának képességét (HLS-EU Consortium, 2012).

## **4.4. Orális egészségműveltség**

Az általános egészségműveltség fogalmából és annak jellemzőiből kiindulva belátható, hogy a száj- és szájüregi betegségek többségét el lehet kerülni azáltal, ha a lakosság körében javítják az orális egészséggel kapcsolatos műveltséget, különös tekintettel a gyermekekre, annak érdekében, hogy az már koragyermekkorban kialakuljon és segítségével fenntarthatóak egészséges életmódjukat.

### **4.4.1. Az orális egészségműveltség fogalma**

A Nemzeti Fogászati és Craniofaciális Kutatási Intézet (National Institute of Dental and Craniofacial Research - NIDCR) nyomására fogalmazták meg 2004-ben az orális egészségműveltség (oral health literacy – OHL) definícióját. Eszerint az orális egészségműveltség megmutatja, hogy az egyének milyen mértékben képesek megszerezni, feldolgozni, értelmezni és hasznosítani az alapvető egészségügyi információkat, melyek nélkülözhetetlenek az orális egészséggel kapcsolatos döntések meghozatala szempontjából (USA National Institute of Health – USA Nemzeti Egészségügyi Intézet -NIH, 2005).

### **4.4.2. Az orális egészségműveltség jelentősége**

Annak hátterében, hogy miért fordulnak elő nagy számban, egyébként megelőzhető szájüregi megbetegedések; és miért nem alkalmazzák az egyének a tudományosan hatásosnak bizonyult módszereket és technikákat a következő tényezők állnak: társadalmi, biológiai, környezeti, közösségi, kulturális, magatartási, gazdasági, politikai tényezők, fogászati ellátáshoz való hozzáférés, bonyolult egészségügyi ellátórendszer, információs anyagok elérhetősége, valamint az orális egészségműveltség mértéke. Ennek értelmében tehát az orális egészségműveltség fontos meghatározó tényezője a szájüregi egészségnek (Hongal és mtsai, 2013).

A páciens orális egészségműveltsége (vagy is az a képessége, hogy a száj egészségével kapcsolatos információkat megértse és annak fényében cselekedjen) befolyásolja a szakemberhez, a betegséghez és kezeléshez való hozzáállását, valamint meghatározza, hogy beleegyezik-e a számára szükséges kezelésekre, valamint betartja-e az egészségét szolgáló javaslatokat, ajánlásokat. Az alacsony orális egészségműveltséggel rendelkezők körében magasabb számban fordulnak elő szájüregi betegségek, később fordulnak orvoshoz ezzel rontva

a gyógyulási esélyeket, valamint esetükben súlyosabb szövődményei, következményei tapasztalhatók az egyes betegségeknek (Bress, 2013).

A fogászati teammel való találkozás megfelelő lehetőséget biztosít az egyén orális egészségműveltségének formálására, fejlesztésére, mely hozzájárul a kedvező orális egészség kialakításához, fenntartásához (Kesavan és mtsai, 2019).

#### **4.4.3. Az orális egészségműveltség dimenziói**

Az orális egészségműveltséget Kickbusch, Maag és Kris (2008) a következő dimenziókra bontotta:

1. Fogászati ellátórendszer működésével és használatával kapcsolatos ismeretek.
2. Orális egészséggel kapcsolatos alapvető ismeretek.
3. Piaci és fogyasztói magatartás.
4. Szájüregi egészséggel kapcsolatos kompetenciák a munkahelyen.
5. Politikai részvétel.

#### **4.4.4. Az alacsony orális egészségműveltség következményei, hatásai**

Az OHL és az egészségügyi következmények kapcsolatát Macek és munkatársai magyarázták fogalmi modelljükön keresztül (Macek és mtsai, 2010). Az ember egészsége egészséggel kapcsolatos döntéseik következménye, amelyekre hatással van az egészségműveltsége, amelyeket a különféle demográfiai és társadalmi tényezők befolyásolnak. A koncepcionális modell szerint az olyan egészségmeghatározó tényezők - többek között -, mint a jövedelem, az oktatás és a személyes tulajdonságok, befolyásolják az egészségmagatartást és az orális egészségi állapotot.

Az orális egészségműveltség kialakításában szerepet játszanak kulturális, társadalmi tényezők, az egészségügyi ellátórendszer és az oktatás is (Sistani és mtsai, 2013).

Az alacsony orális egészségműveltség megnehezíti a fogászati ellátórendszerben való tájékozódást. Emelkedik a kórházi és sürgősségi ellátás igénybevételének száma, ugyanakkor a preventív eljárások népszerűsége és igénybevételük száma csökken. Az egészségügyi szolgáltatások (indokolatlan) túlhasználata, valamint a speciális ellátás fokozott használata tapasztalható. Ennek következtében növekszik az egészségügyi dolgozók iránti igény, a rendszer túlterhelése fokozódik. Nehézségek mutatkoznak az egészségügyi dokumentumok, nyomtatványok értelmezésében és kitöltésében, valamint az orvosi utasítások, előírások és

instrukciók elolvasásának, értelmezésének és betartásának gyakorlatában. Az alacsony orális egészségműveltséggel rendelkezők gyakrabban és több egészségügyi szolgáltatást vesznek igénybe, mely komoly költségeket ró mind az egyénekre, mind pedig az ellátórendszerre nézve. Növekedést mutat a gyógyszerekkel való visszaélések száma, valamint a rossz gyógyszeradagolásból bekövetkező problémák aránya. Gyakori az öngondozással kapcsolatos utasítások félreértelmezése, pontatlan betartása, mely tovább súlyosbíthatja az egyes állapotokat, tüneteket és megbetegedéseket. A betegségek félreértelmezése is tapasztalható, mely akár depresszióhoz is vezethet, valamint a gyógyulási esélyeket is negatívan befolyásolhatja (Hongal és mtsai, 2013).

## A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések, feladatok

- Milyen módszereket ismer az egészségműveltség mérésére?
- Hogyan definiálná az orális egészségműveltséget?
- Milyen hatásai lehetnek az alacsony orális egészségműveltségnek és milyen következményekkel járhat az egyén egészségére nézve?
- Gyűjtsön a dentálhigiéné területéről az egészségműveltséghez tartozó képességeket, ezekhez a mindennapi életből példákat, illetve ezeknek a feladatoknak az elvégzéséhez szükséges készségeket, képességeket!

## Felhasznált irodalom

- Bábosik I. (1999): *A nevelés elmélete és gyakorlata*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest
- Baker, D. W, Wolf M.S., Feinglass, J., Thompson, J.A., Gazmararian, J. A., Huang, J. (2007): Health .and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med.* 167(14):1503–9.
- Baker, D.W., Gazmararian J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R.M, Green, D., Ren, J., Peel, J. (2002): Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *Am J Public Health.* 92(8):1278–83.
- Bass, P.F., Wilson, J.F., Griffith, C.H. (2003): A Shortened Instrument for Literacy Screening. *J Gen Intern Med.*, 18: 1036–1038.
- Berkman, N.D., Davis, T.C., McCormack L. (2010): Health literacy: what is it? *J Health Commun.* 15(Suppl 2):9–19.3.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Crotty, K. (2011): Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 155(2):97–107.:
- Bress, L.E. (2013): Improving Oral Health Literacy – The New Standard in Dental Hygiene Practice. Critical Issues in Dental Hygiene. *The Journal of Dental Hygiene.* 87(6):322-329.
- Chew, L. D., Griffin, J. M., Partin, M. R., et al. (2008): Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *J. Gen. Intern. Med.*, 2008, 23(5), 561–566.
- Csapó, B. (2002): *Az iskolai műveltség*. Osiris Kiadó, Budapest
- Csizmadia P. (2016): Az egészségműveltség definíciói - Definitions of Health Literacy. *Egészségfejlesztés*, LVII. évf., 3. sz., 41-44.

- Davis, T.C., Long, S.W., Jackson, R.H., Mayeaux, E.J, George, R.B., Murphy, P.W., Crouch, M. A. (1993): Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine: A Shortened Screening Instrument. *Clinical Research and Methods*, 25(6):391–395.
- Elekes A. (1983): *Az egészségnevelés módszertana*. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Feith H.J., Melicher D., Falus A. (2015): *Utószó helyett a TANTUdSZ programról*. In: Falus András (szerk.): Sokszínű Egészségtudatosság. Spingmed kiadó, Budapest, 270-274.
- Hongal, S., Torwane, N.A., Goel, P., Chandrashekar, B.R., Jain, M., Sexena, E. (2013): Assessing the oral health literacy: A review. *International Journal of Medicine and Public Health*. 3(4):219-223.
- Kesavan, R., Prabhakar, R., Chaly, P., Saravanan, N., Mary, V. (2019): Assessment of Oral Health Literacy and its Relationship with Oral Health Related Behaviour and Socioeconomic Status Among Students of a University in Chennai City. *Biomedical & Pharmacology Journal*. 12(2): 739-746.
- Kickbusch I. (1997): Think health: what makes the difference. *Health Promotion International*, 12:265–272.
- Kickbusch, I., Wait, S., Maag, D. (2006): *Navigating Health. The role of Health Literacy*. London: Alliance for Health and the Future
- Kickbusch, I., Maag, D., Kris, H. (2008): Health Literacy. *International Encyclopedia of Public Health*. Oxford: Academic Press; 2008. 204-11
- Kompetencia alapú oktatás – Készült a TÁMOP 4.1.2/B projekt keretében a Győr-Moson-Sopron Megyei Pedagógiai Intézet közreműködésével, 2010 [https://www.srpszkk.hu/tamop412b/kompetencia\\_alapu\\_pedagogia/index.html](https://www.srpszkk.hu/tamop412b/kompetencia_alapu_pedagogia/index.html) (Utolsó letöltés időpontja: 2019.03.05.)
- Lappints Á. (2002): *Tanuláspedagógia. A tanulás tanításának alapjai*. Comenius Bt., Pécs, 56-57.o.
- Macek, M.D., Haynes, D., Wells, W., Bauer, Leffler, S., Cotton, P.A., Parker, R.M. (2010): Measuring conceptual health knowledge in the context of oral health literacy: preliminary results. *J Public Health Dent*. 70(3):197–204.
- Mészáros J., Simon T. (1986): *Egészségnevelés*. Tankönyvkiadó Vállalat, Budapest
- Nagy, L-né., Barabás, K. (2011): Possibilities in diagnostic assessment of health literacy and health-behaviour. In: Csapó, B., Zsolnai, A. (eds.): Possibilities of diagnostic assessment of cognitive and affective developmental processes in early school years. [Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei. In: Csapó, B., Zsolnai, A. (szerk.): Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában.] Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, [Hungarian]
- National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services. The invisible barrier: Literacy and its relationship with oral health. A report of a workgroup sponsored by the National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institute of Health, U.S. Public Health Service, Department of Health and Human Services. *J Public Health Dent* 2005; 65:174-82.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13, 349-364.
- Papp-Zipernovszky O., Náfrádi L., Peter J. Schulz, Csabai M. (2016): „Hogy minden beteg megértse!” – Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 157. évfolyam, 23. szám, 905–915.
- Pikó B. (szerk.) (2002): *Egészségpszichológia*. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest
- Pikó B. (2006): *Orvosi szociológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest

- Ratzan, S. C., Parker, R. M.: Introduction. In: Selden, C. R., Zorn, M., Ratzan, S., et al. (eds.) (2000): National Library of Medicine. Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Eds.: NLM Pub. No. CBM 2000-1. National Institutes of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda
- Ratzan, S.C. (2001): Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, 16(2):207–214. <http://heapro.oxfordjournals.org/content/16/2/207>. full#ref-9 (Utolsó letöltés időpontja? 2020.07.10.)
- Rókusfalvy P., Kovács Z. (1992): *Egészségre nevelés*. Kézirat. Eger
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G.D., Bindman, A.B. (2002): Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*. 88(4):475–82.
- Schulz, P. J., Nakamoto, K. (2005): Emerging themes in health literacy. *Studies in Communication Sciences*, 5(2), 1–10.
- Simonds, S.K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monograph*, 2:1-25.
- Sistani, M.M.N., Yazdani, R., Virtanen, J., Pakdaman, A., Murtomaa, H. (2013): Determinants of Oral Health: Does Oral Health Literacy Matter? Hindawi Publishing Corporation, ISRN Dentistry <http://downloads.hindawi.com/archive/2013/249591.pdf> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.07.20.)
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doled., G., Pelikan, J., Slonka, Z., Brand, H. Consortium Health Literacy Project European (HLS-EU) (2012). Health Literacy and public Health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*,12:80
- Szabó P., Kósa K. (2018): Egészségműveltség a magyar népesség körében. [http://otszonline.hu/egeszsegugyeink/cikk/egeszsegmuveltseg\\_a\\_magyar\\_nepesseg\\_koreben](http://otszonline.hu/egeszsegugyeink/cikk/egeszsegmuveltseg_a_magyar_nepesseg_koreben) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.08.01.)
- Von Wagner, C., Knight, K., Steptoe, A., et al.: Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *J. Epidemiol. Community Health*, 2007, 61(12), 1086–1090.

## 5. EGÉSZSÉGGEL ÖSSZEFÜGGŐ ÉLETMINŐSÉG - ORÁLIS ÉLETMINŐSÉG

Az életminőséggel kapcsolatos feltevések, tanulmányok és feltett kérdések egyáltalán nem új keletű dolgok. Az egyén számára nemcsak az élet időtartama a fontos, hanem az is, hogy ezt az élettartamot minél jobb minőségben élhesse meg. Az emberiség talán egyik legősibb kérdése, hogy mi teszi az embert elégedetté, az életet értelmessé és boldoggá, illetve mi a teljes és jó élet titka.

Számos kérdés merül fel a témával kapcsolatban. Mit jelent számunkra az életminőség? Mi alapján ítéljük meg saját életünk, szűkebb környezetünk életminőségét? Mit értünk életminőség alatt az egészség és betegség kontextusában? Mérhető-e az életminőség, ha igen milyen eszközök állnak rendelkezésünkre? Ebben a fejezetben ezekre a kérdésekre keressük a választ.

### 5.1. Az életminőség fogalma és a hozzá kapcsolódó egyéb fogalmak

Az életminőség olyan fogalom, melyet mind a szakirodalomban, mind a hétköznapi életben számos értelmezéssel és jelentésbeli különbséggel definiálnak. Nehéz meghatározni, hogy mennyiben azonos és miben tér el a „jólét”, „jóllét”, „élettel való elégedettség” és a „boldogság”, illetve az angol szakirodalomban használatos „wellbeing”, „happiness” és „quality of life” fogalmaktól. Nagyon nehezen megfogható, hogy milyen a jó élet minősége, mitől minőségi az élet, ráadásul végtelen számú szubjektív nézőpont lehetséges, attól függően, hogy ki mit tekint jónak és minőséginek (Ryan és Deci, 2001).

A jólét és a jóllét szavak között a magyar nyelvben az eltérés csupán egy betű, a jelentésbeli különbség mégis óriási. A *jólét* (*welfare*) a jelenleg is uralkodó fogyasztói társadalomban tapasztalható pénzügyi bőséget, anyagi javakban és kizárólag pénzért kapható szolgáltatásokban való gazdagságot (életszínvonalat) jelent. A „welfare” inkább a materiális javakkal való ellátottságot, az *objektív jólétet* jelzi. Vele szemben a *jóllét* (*well-being*) nem az anyagi érdekeket, a gazdagságot helyezi a középpontba, hanem az emberek szubjektív lelki állapotát, elégedettségét, „boldogságát”, boldogságérzetét. *Elégedettség* annyit tesz, hogy az adott anyagi, biztonsági, egészségügyi, szociális, társadalmi körülmények megfelelnek az egyén adott elvárásainak, de akár azt is mondhatnánk, hogy mennyire boldog. A *boldogság* elég



elvont fogalom és sokféleképpen értelmezhető. Sokszor az örömmérzés fogalmát azonosítják a boldogság fogalmával. De ez a két fogalom különbözik egymástól, mivel a boldogságérzéshez a múltban elraktározott, örömmérzéssel vagy múltbeli boldogságérzéssel összekötött emlékképek és/vagy a jövőben várható örömteljes vagy boldog jövőkép is kell.

Allardt (1973) életminőség-definíciója szerint az embernek háromféle alapvető szükséglete van: az anyagi javak megfelelő színvonala, amelyek biztosítják élelmezését, lakását, ruházkodását, közlekedését, ezt nevezte a jólét „*birtoklási*” dimenziójának; a jó emberi kapcsolatok, ezt nevezte a jólét „*szeretet*”-dimenziójának, végül pedig a saját élete értelméről, céljáról, hasznosságáról való meggyőződés, az „*önmegvalósítás*”, ezt nevezte a jólét „*létezés*” - dimenziójának. Ezek közül az anyagi dimenziót nevezte életszínvonalnak (jólét), az emberi kapcsolati és a „létezési” dimenziót pedig az élet minőségének (jóllét). Az anyagi dimenzióval kapcsolatos szubjektív véleményeket nevezte elégedettségnek, az életminőséggel kapcsolatos szubjektív értékeléseket pedig boldogságnak (idézi Andorka, 2006).

Nordenfelt (1993) szerint az életminőség szubjektíven meghatározott. Ha egy ember vágyai, élettervei hosszú távon megvalósulnak, akkor életminősége magas szintűnek tekinthető, függetlenül annak külső megítélésétől (idézi Kovács, 2006).

Az életszínvonal (jólét) tehát az életminőségnek egy kisebb részhalmaza, mely főként az anyagi tényezőket tartja fontosnak. Míg a jóllét, mint az életminőség nagyobb halmaza az élet számos területét öleli fel: az egészséget, a személyes biztonságot, a családi és baráti kapcsolatokat, mások segítségét és támogatását, a közéletben való szerepvállalást, a tanulást, önmagunk és a világ megfelelő megismerését és megértését, értelmes, jutalmazó, érdekes munkát, önmagunk kreatív módon történő kifejezését, a megfelelő szocializációt, a szabadidőt, az immateriális javakat tekinti fontosnak (Pais-Ribeiro, 2004 idézi Rigó és Kökönyei, 2014).

## **5.2. Az egészséggel kapcsolatos életminőség**

Az egészségügyi ellátásban az életminőségi szempontok megjelenését az Egészségügyi Világszervezet 1946-os egészségdefiníciója alapozta meg, mely a biológiai tényezők mellett az egészség pszichoszociális dimenzióira is nagy hangsúlyt helyezett. Az életminőség jelentőségének növekedése összefüggésben van a krónikus betegségek gyakorivá válásával és a fejlett társadalmak átlagéletkorának jelentős növekedésével is. Az életminőséggel foglalkozó első orvosi közlemények a múlt század 60-as éveinek végén jelentek meg. A betegségek

vonatkozásokban a hangsúlyok eltolódtak, amit mutat az általánosan használt „*egészséggel kapcsolatos életminőség*” (health related quality of life) fogalom is. A vizsgálatok középpontjába a különböző krónikus betegségben szenvedő, funkcióhianyatlást, rokkantságot átélő emberek állapotának átfogó értékelése került.

### **5.2.1. Az egészséggel összefüggő életminőség fogalma**

Az egészségügyi ellátórendszerben az egészséggel kapcsolatos életminőség fogalmát (health-related quality of life; HRQOL) vezették be (Lin és mtsai, 2013 idézi Rigó és Kökönyei, 2014).

Az egészség és betegség kontextusában használt életminőség-fogalomnak is több meghatározása lehetséges. Vannak, akik szerint az egészséggel kapcsolatos életminőség úgy definiálható, mint:

1. A beteg által szubjektíven megélt működési szint, amit a betegségével és annak kezelésével hoz összefüggésbe. Vagyis azt vizsgálja, hogy a személy hogyan értékeli és mennyire elégedett jelenlegi funkcióival (tevékenységeivel és életvezetésével), ahhoz viszonyítva, hogy mit tart lehetségesnek vagy ideálisnak.
2. Egy másik definíció – amely szorosan összefügg az adaptációval: azon fizikai és pszichológiai jellemzők összessége, amelyek meghatározzák, hogy a személy mennyire érzi képesnek magát és talál örömet tevékenységeiben és életvezetésében (Kopp és Skrabski, 1995).

Az egészségi állapottal összefüggő általános életminőség sajátosságait a szakirodalom a következőkben fogalmazza meg Testa és Simonson (1996) meghatározása alapján: A specifikusan az egészséggel kapcsolatos életminőség az egészség testi, pszichológiai és szociális doménjeit foglalja magában annak figyelembevételével, hogy ezek elkülönülő, a páciens tapasztalatai, hiedelmei, elvárásai és percepciója által alapvetően befolyásolt területek (idézi Novák, Stauder és Mucsi, 2006). Az egészséggel kapcsolatos életminőség azt fejezi ki, vajon az egyén - egy számára ideálisnak vagy lehetségesnek tartott állapothoz képest - hogyan értékeli a jelenlegi tevékenységét, életvezetését, mennyire képes ezekre, és mennyi örömet talál bennük.

Az utóbbi évtizedekben az Egészségügyi Világszervezet jelentős erőfeszítéseket tett az életminőség komplexebb meghatározására a kultúrák közötti összehasonlíthatósága érdekében. Az Egészségügyi Világszervezet életminőség-munkacsoportjának meghatározása szerint: Az életminőség az egyén észlelete (felfogása) az életben elfoglalt helyzetéről, ahogyan azt

életterének kultúrája, értékrendszere, valamint saját céljai, elvárásai, normái, aggodalmai, mintái és kapcsolatai befolyásolják. Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magában foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsolatait, személyes hitét, valamint a környezet meghatározó tényezőihez fűződő viszonyát (World Health Organization Qol Group, 1995 idézi Kullmann, 2010).

A Torontói Egyetemen az egészségfejlesztés központi céljaként az életminőséget úgy határozták meg, hogy az azt fejezi ki, hogy milyen mértékben élvezi az egyén az élet fontos lehetőségeit (Raphael és mtsai, 1994). Az egészséggel kapcsolatos életminőség (HRQol) alapvetően az egyén számára fontos tevékenységek elvégzésére vonatkozó szubjektív észlelés, amelyet az aktuális egészségi állapot befolyásol (Schwartzmann, 2003).

Kopp és Pikó (2006) szerint az életminőség fogalmának lényege, hogy a személy mennyire elégedett a jelenlegi funkcióival (testi, leli és szociális jóllétével), hogyan értékeli azokat ahhoz képest, hogy mit tart ideálisnak.

Az életminőség általános meghatározásával szemben, az egészséggel kapcsolatos életminőség vonatkozásában nem foglalkozunk azon tényezőkkel, melyeket a betegség és a kezelés nem befolyásol (pl. politikai szabadság, lakáskörülmények, jövedelem). Ezen szempontoktól eltekintve nincs jelentős különbség az életminőség általános meghatározásához képest, annak ellenére, hogy az életminőség alapvetően mást jelent egy beteg, mint egy egészséges ember számára.

Az egészséggel kapcsolatos életminőség szigorúan személyes tulajdonság, dimenziói egyénenként, kontextusról kontextusra és kultúráról kultúrára változnak. Bizonyos szempontból az életminőség megegyezik az egészségi állapottal, vagyis más szavakkal: a rossz egészség rossz életminőséget jelent, és fordítva.

### **5.2.2. Az egészséggel összefüggő életminőség doménjai (tartományai)**

A legtöbb szerző egyetért abban, hogy az egészséggel kapcsolatos életminőség leírása során testi, pszichés, valamint szociális szempontokat kell figyelembe venni, amelyeket időnként a testi funkcióképesség dimenziójával egészítenek még ki. Az alapvető tartományok száma és meghatározása szerzőnként jelentős különbségeket mutat.

Az életminőség tartományai jól követik az egészségi állapot három fő dimenzióját: a biológiai (testi, fiziológiai) felépítést és működést, a pszichés/mentális állapotot és a szociális/társas funkcionálást (Bowling, 1996 idézi Kopp és Skrabski, 1995).

Bullinger és mtsai (2000) szerint az egészséggel kapcsolatos életminőség *látens konstruktum*, mely a *jóllét* és a *cselekvőképesség* pszichés, szociális és szomatikus dimenzióit írja le, s amely a beteg emberek mindennapi tapasztalatát tükrözi. Ebben különösen jelentősek azok a szempontok, melyek rövidebb-hosszabb távon változhatnak (idézi Tiringer, 2016).

*Novák és munkatársai (2006) szerint az egészséggel összefüggő életminőség legfontosabb doménjei (tartományai):*

- a) A testi/szomatikus domén az egyén fizikai jóllétét, fizikai aktivitását foglalja magába: a munkaképességet, funkcionális kapacitást (fizikai teljesítőképességet).
- b) A pszichés domén a személy aktuális érzelmi-hangulati állapotát tükrözi: az elégedettséget, közérzetet, önbecsülést, szorongást, depressziót.
- c) A szociális domén az egyén társas integráltságának szintjét fejezi ki: a szabadidőt, a családi és társadalmi kapcsolatokat.

*Küchler és Bullinger (2000) modellje az életminőség alábbi területeiről ad áttekintést:*

- a) Testi szint: funkcionális státusz, általános testi panaszok, betegségtünetek, terápiás mellékhatások, fájdalom.
- b) Pszichés szint: alkalmazkodási készség, percepció sémák, érzelmi állapot, kognitív képességek, motiváció, kommunikatív készségek.
- c) Interperszonális szint: a fontos kapcsolatok szubjektív megélése, a kapcsolat-készség szubjektív értékelése, a kapcsolati háló megélése.
- d) Szocioökonómiai szint: a munka és teljesítmény, az anyagi helyzet, lakáskörülmények, szabadidős lehetőségek értékelése.
- e) Spirituális szint: vallásosság, az élet értelmének megélése, morális értékek.

### **5.2.3. Az egészséggel kapcsolatos életminőség szintjei és azok háttértényezői**

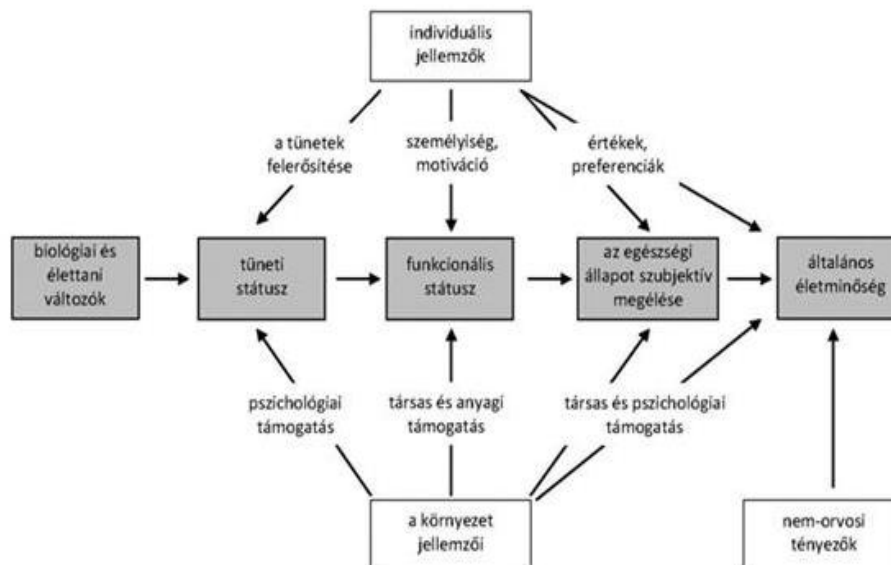
A 20. század második felében az egészség biomedikális modelljét felváltotta az egészség biopszichoszociális modellje. Egyelőre kevés ismerettel rendelkezünk az életminőség *biopszicho-szociális háttértényezőiről*. A téma nemzetközi szakirodalmában kevés elméleti modell található az *életminőség különböző szintjeinek* leírására. Wilson és Cleary modell (1995) az egészséggel kapcsolatos életminőség legszélesebb körben tesztelt és alkalmazott fogalmi modellje. A modell jelentős elméleti törekvés a biomedikális és a pszichoszociális paradigmában történő kutatások eredményeinek egymásra vonatkoztatására és integrálására. A Wilson és Cleary modell öt fogalomra épül, nevezetesen: biológiai és élettani változókra, a

tüneti állapotra, funkcionális állapotra, az egészségi állapot szubjektív megítélésére, általános életminőségre, valamint az egyéni és környezeti tényezőkre.

Wilson és Cleary - a biomedikális és a biopszichoszociális modell egyesítéséből - egy olyan életminőség-modellt dolgoztak ki, mely elméletileg elkülöníti az egészségi állapot/életminőség különböző szintjeit és leírja az egyes szintekkel feltételezhetően kauzális kapcsolatban álló biológiai, pszichológiai és környezeti tényezőket, és utal az életminőség nem orvosi tényezőire.

A modell (6. ábra) alapján az életminőség különböző szintjei egy kontinuum (egyenes) mentén helyezhetők el, melynek egyik végén biológiai paraméterek találhatók, másik végén pedig komplexebb és integráltabb mutatók, mint a szubjektív egészség és az elégedettség.

6. ábra  
Wilson és Cleary (1995) életminőség-modellje



(Forrás: Wilson és Cleary (1995): nyomán idézi Fűzesi és Tiringér, 2016  
[https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094\\_neurologia\\_hu/ch07s10.html](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_hu/ch07s10.html))

A modell *biológiai, élettani* szintje a sejtek, a szervek és szervrendszerek működésére vonatkozik. A *tüneti státusz* a beteg által kórosnak megélt testi, érzelmi és kognitív állapotokat foglalja magában. A *funkcionális státusz* a tüneti szinthez hasonlóan fontos integrációs pont a modellben. A funkcióképesség mérésekor az egyén teljesítményét vizsgáljuk meghatározott feladathelyzetekben (például a testi és mentális funkciók szintjét). A tünetek alapvetően meghatározzák a páciens működőképességét, de emellett személyisége, motivációja, kapcsolatai és életkörülményei is befolyásolják, hogy betegsége milyen mértékű funkciókárosodáshoz vezet. A tünetek és a működőképesség közötti összefüggéssel foglalkozó kutatások alátámasztják, hogy bár a tünetek és biológiai paraméterek korrelálnak a működőképességgel, de annak különbségeit nem magyarázzák teljesen. A *szubjektív*

*egészségérzés* mérésének jelentőségére utal az a tapasztalat, hogy ez az egyik legjobb előrejelzője az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének, valamint, hogy előre jelzi a mortalitást – akkor is, ha az összefüggést kontrollálják egyéb klinikai tényezők szempontjából. A szubjektív egészségi állapot kapcsolatban áll biológiai paraméterekkel, de a számos egyéb befolyásoló tényező – leginkább emocionális és személyiségtényezők – miatt a klinikai súlyosság minden szintjén jelentős különbségek tapasztalhatók.

### **5.3. Az orális egészséghez kapcsolódó életminőség**

Ma már széles körben elismert tény, hogy a szájüregi betegségek változó hatással lehetnek az emberekre, jóllétükre és életminőségükre. A fogászati betegségek fájdalmat, kellemetlenséget okoznak, és befolyásolják a fizikai funkciókat, például a rágást, a beszélgetést, mosolygást, és befolyásolhatják az egyén társadalmi szerepét. Mind a cariológiai problémák, mind a szájüregi megbetegedések, mind a szájüregi daganatok, a szisztémás betegségek orális manifesztációi, az orodentális trauma, valamint a craniofacialis rendellenességek nagy mértékben befolyásolják az egyén életminőségét akár a táplálkozási, akár az esztétikai, akár a beszédképzési, a pszichés vagy a szisztémás következményeket vesszük is figyelembe.

Amikor az orális egészséghez kapcsolódó életminőséget vizsgáljuk, olyan állapotok és kórképek hatásait elemezzük, melyek fájdalommal járnak (pl.: pulpitis), esztétikai problémát okoznak (pl.: fluorózis, craniofaciális rendellenességek), krónikus lefolyásúak (pl.: caries, parodontitis), de akár életet veszélyeztethetőek is lehetnek (pl.: szájüregi daganatok). Az edentulizmus például korlátozza a táplálkozás, rágás képességét, befolyásolja az étrend megválasztását, elégtelen rágás esetén pedig emésztőrendszeri problémákkal is számolnunk kell, ezek egyértelműen hatással vannak az egyén életminőségére. A fogpótlással rendelkezők diszkomfortérzetről, valamint a protézis zavaró hatásairól számolnak be, mely étkezés, beszélgetés közben jelentkezik, továbbá akadályozhatja őket abban is, hogy felszabadultan nevetessenek, mosolyoghassanak. Ezek a funkcionalitásban, de a társas kapcsolatok ápolásában is zavart okozhatnak. A krónikus lefolyású caries és periodontitis heveny ismétlődő epizódokkal jár, melyek egész életen át tartó kezelést igényelhetnek. A fogazati rendellenességek, a malokklúzió funkcióromláshoz, arcfájdalomhoz vezethet, eredményeképp önbizalomhiány, alacsony önértékelés és a társas kapcsolatokban jelentkező bizonytalanság tapasztalható. A különböző craniofaciális eltérések akadályt jelenthetnek mind a verbális, mind a non-verbális kommunikációban, a társas interakciókban és az intimitásban is. Az önértékelés

romlásához, szorongáshoz, depresszióhoz vezethetnek. Az érintett egyének társadalmi megkülönböztetésről, valamint az oktatási, karrier és párkapcsolati lehetőségek korlátozódásáról számolnak be. Az elváltozás befolyásolja az étrend megválasztását, a táplálkozást, az alvást, pihenést, valamint az egyén pszichés állapotát. Az orofaciális területen jelentkező rosszindulatú daganatok komoly emocionális és pszichés hatásokkal, fájdalommal, funkcióromlással és esztétikai problémákkal járnak együtt, ezek életminőségre gyakorolt hatása nem megkérdőjelezhető (Hernandez és mtsai, 2014).

### **5.3.1. Az orális egészséghez kapcsolódó életminőség fogalma**

Az orális egészséggel kapcsolatos életminőség (Oral health related quality of life - OHRQOL) fogalma – az általános, illetve az egészséggel kapcsolatos életminőség fogalmakhoz képest - egy viszonylag új, de gyorsan fejlődő jelenség, amely az elmúlt néhány évtizedben jelent meg a szakirodalomban. A későbbi megjelenés háttérében elsősorban az áll, hogy a fogorvosi szakma a közelmúltig szigorúan klinikai jellegű maradt (Higginson és Car, 2001). Annak ellenére, hogy viszonylag nemrégiben alakult ki az orális egészséggel kapcsolatos életminőség (OHRQoL) fogalma jelentős hatással és fontos következményekkel jár a fogászat klinikai gyakorlatában és a fogászati kutatásban. Ezt a hatást erősíti, hogy az OHRQoL-t az általános egészség és jóllét szerves részének tekintik.

Az orális egészséghez kapcsolódó életminőség (Oral health related quality of life - OHRQoL) definíciója egy olyan többdimenziós (7. ábra) konstrukció, amely többek között magában foglalja az egyén orális egészségének (az arc és a fogak megjelenése, a száj egészségével kapcsolatos tünetek: fájdalom, ínyvérzés, fogak közötti távolság), funkcionális jóllétének (pl. ékezőskor, alváskor és társas interakcióban való részvételkor: pl. beszédkor); szociális és érzelmi jóllétének (pozitív: boldogság, magabiztosság; negatív: aggodalom, boldogtalanság), gondozással/kezeléssel kapcsolatos várakozásaival való elégedettségének és a környezetének (iskola, munka), valamint önérzetének szubjektív értékelését (USA Egészségügyi és Humán Szolgáltatási Minisztérium - United States Department of Health and Human Services - DHHS).

Az orális egészséghez kapcsolódó életminőség azt fejezi ki, hogy az emberek hogyan érzékelik a szájüregi elváltozások, illetve betegségek életminőségükre gyakorolt hatását.

7. ábra

Az orális egészséggel összefüggő életminőség (OHRQoL) dimenziói



(Forrás: Broder és Genderson, 2007 nyomán idézi Sischo és Broder, 2011. p. 1265.)

Az orális egészséggel kapcsolatos életminőség hatással van a személy öngondoskodási, önellátó képességére, illetve a beteg szociális viszonyaira, kulturális és környezeti tényezőire.

### 5.3.2. Az orális egészséggel összefüggő életminőség modellje

Az OHRQoL elméleti modellje a korábbiakban már bemutatott (6. ábra - 5.2.3. fejezet) Wilson és Cleary (1995) egészséggel kapcsolatos életminőség modelljén alapul. A kutatói és a gyakorlati munkában is ezt a modellt adaptálják az orális egészséggel kapcsolatosan is.

### 5.3.3. Az orális egészséggel kapcsolatos életminőség mérése

A szájüreg és a kezelési igények mérésének hagyományos módszerei elsősorban klinikai indikátorokon alapulnak. Ezek a mutatók azonban nem feltétlenül tükrözik a száj egészségének funkcionális és pszichoszociális szempontjait, az orális elváltozások és betegségek mindennapi életre gyakorolt hatásait és nem esnek egybe az egyének orális egészséggel kapcsolatos felfogásaival és aggodalmaikkal. Az orális egészséggel kapcsolatos életminőség (OHRQoL) mérésére szolgáló kérdőíveket azért fejlesztették ki, hogy megmérjék az orális elváltozások, illetve betegségek milyen mértékben befolyásolják az egyén viselkedését és társadalmi működését, és kiegészítsék a száj orális egészségének szokásos klinikai értékelését.



Számos orális életminőséget (OHRQoL) vizsgáló kérdőívet fejlesztettek ki, amelyekről Nuca és munkatársai (2007), valamint Cseh és munkatársai (2008) tanulmányaiban olvashatunk bővebben. A kifejlesztett kérdőívek közül azonban csak néhány méri kifejezetten a célpopuláció életminőségét. Minden OHRQoL kérdőívnek két elemre kell összpontosítania: a) beteg- vagy személyközpontúnak kell lennie; és b) foglalkoznia kell a mindennapi élet olyan fontos szempontjaival, amely az egyének számára fontos, és amelyeket a kérdéses rendellenességek vagy állapotok érinthetnek.

Az egyik leggyakrabban használt, az orális egészség által befolyásolt életminőség mérésére alkalmas mérőeszköz, a Locker és Slade (1993) által kifejlesztett *Oral Health Impact Profile-14* (OHIP-14). Az OHIP-14 hét dimenzióból és tizennégy elemből áll, melyek a szájüregi problémák hatását értékelik az életminőség vonatkozásában. Ezen kérdőívben hangsúlyozott szerepet kap a funkcionális korlátozottság, a fájdalom- és a diszkomfortérzés jelenléte, a fizikai, pszichológiai, szociális deficit és hátrány kapcsolatának vizsgálata.

A válaszokat a "soha (0), nagyon ritkán (1), alkalmanként (2), gyakran (3), mindig (4)" közötti öt lehetőség közül sorolták be a Likert-skálán. Az OHIP-14 skála pontszám 0-tól 56-ig terjed. Az OHIP-14 pontszámokat az összegző (additív) módszerrel számolják ki, vagyis a 14 elemre adott válaszkódokat összeadják. A magasabb pontszámok több olyan hatást jeleznek, amelyek rosszabb OHRQoL-t valószínűsítenek.

***Az orális egészséggel kapcsolatos életminőség mérésére alkalmas további mérőeszközök:***

***Felnőttek esetében alkalmazható mérőeszközök:***

- ***SIDD - The Social Impacts of Dental Disease***
  - Szocio-dentális indikátor
  - Az orális egészség szociális és pszichológiai hatásait méri
- ***GOHAI - Geriatric Oral Health Assessment Index***
  - Idősebb korosztály orális egészségével kapcsolatos életminőségének vizsgálata
  - 12 itemből áll
  - Likert-skálán méri az egyes tünetek, állapotok hatásának előfordulási gyakoriságát („gyakran”, „mindig”, „ritkán”, „néha”, „soha”)
  - 3 dimenzió mentén értékeli az életminőséget:
    - Fizikális funkció (evés, rágás, beszéd, nyelés)
    - Pszichoszociális funkció (aggodalom, korlátozottság, diszkomfort, elégedetlenség)
    - Feszélyezettség (fájdalom, gyógyszerek, kezelések szükségessége)

- **DIP - The Dental Impact Profile**
  - 25 elemből áll
  - A kérdésekre három lehetséges válasz adható: kedvező – pozitív hatással, kedvezőtlen – negatív hatással van, nincs hatással az egyénre
  - Alskálák:
    - Étkezés: evés, rágás, harapás, ételválasztás, ízlelés, étkezés élvezetessége
    - Egészség, jóllét: komfort, élet élvezete, általános boldogság, általános egészség, étvágy, testsúly, hosszú, tartalmas élet
    - Társas kapcsolatok: megjelenés, önértékelés, mások véleménye, mosolygás, nevetés, hangulat, beszéd, légzés, magabiztosság, munkahelyi sikerek, aktív társadalmi szerep
    - Párkapcsolat: csók, szexualitás, intimitás
- **DIDL - Dental Impact on Daily Living**
  - Orális egészség mindennapi életre gyakorolt hatását méri
  - 36 elemből áll
  - 5 dimenzió: komfort (ínyvérzés), megjelenés (énkép), fájdalom, napi tevékenység, evés, táplálkozás (harapási, rágási nehezítettség)
- **OHQOLI - Oral Health Quality of Life Inventory**
  - 4 domént különböztet meg: orális egészség, táplálkozás, önértékelés, általános életminőség
  - Korábban 56 kérdést tartalmazott
  - A végleges forma 64 kérdést tartalmaz:
    - Orális egészség és funkcionális státusz (SROH – 40 kérdés)
    - Orális egészséggel összefüggő életminőség (OH-QoL – 15 kérdés)
    - Táplálkozás életminőségi mutatója (NutQoL – 9 kérdés)
- **PQL – The Prosthetic Quality of Life**
  - Fogpótlással rendelkezők orális egészséggel összefüggő életminőségének vizsgálata
  - Pozitív, negatív hatások felmérése
  - Fizikai, pszichés és társadalmi jóllét mérése
  - Válaszlehetőségek: „igen, nagyon; igen, kissé; többé-kevésbé azonos mértékben; rosszabb; sokkal rosszabb”
- **OIDP – Oral Impact on Daily Performance**
  - Szociodentális mutató
  - Az orális egészség hogyan hat az egyénre mindennapi tevékenységeinek elvégzésére
  - 3 szintet különböztet meg
    1. szint: Orális állapot romlása, károsodása
    2. szint: Az orális állapot romlásának korai hatásai: fájdalom, diszkomfort, funkcionális korlátozottság, megjelenéssel kapcsolatos elégedetlenség
    3. szint: Az állapotromlás későbbi hatásai: fizikai, pszichés, szociális hatások
- **QoLIP-10 – Quality of Life with Implant Protheses**
  - Implantátummal rendelkezők életminőségének vizsgálata
  - 10 tételből áll

### **Gyermekek esetében alkalmazható mérőeszközök:**

- **CPQ – Children Perception Questionnaire**
  - Az egyik legelső kérdéssor a gyermekek orális egészséggel összefüggő életminőségének vizsgálatára
  - Orális és orofaciális egészség vizsgálata funkcionális, érzelmi és társadalmi szinteken
  - 4 domén: orális tünetek, funkcionális korlátozottság, érzelmi, társadalmi jóllét
  - Elmúlt időszakban milyen gyakran fordultak elő az adott tünetek („0=soha, 1=egyszer, kétszer, 2=gyakran, 3=mindennap, szinte mindennap”)
  - CPQ<sub>8-10</sub>: 8-10 éves korosztály számára
  - CPQ<sub>11-14</sub>: 11-14 éves korosztály

#### **CPQ<sub>8-10</sub>:**

- 8-10 éves korosztály számára
- 29 elem (demográfiai adatok, általános egészségre, orális egészségre vonatkozó kérdések és hatásai)
- Előző 4 hetes időszakot értékeli
- Száj egészségének ált. értékelése („nagyon jó; jó; megfelelő-elmegy; rossz”)
- Mennyire befolyásolja a száj egészsége a mindennapokat? („0=egyáltalán nem, 1=egy kicsit, 2=némileg, 3=nagyon”)

#### **CPQ<sub>11-14</sub>:**

- 11-14 éves korosztály
- 37 elemből áll
- Az elmúlt 3 hónapot értékeli
- Tartalmazza: a gyermek orális egészségének az értékelését, az orális egészség hatását az életminőségre és hogy milyen mértékben befolyásolja az a jóllét állapotát
- Rövidített változata is van

- **P-CPQ - Parental-Caregiver Perceptions Questionnaire (FIS – Family Impact Scale)**
  - A szülők megfigyelésén alapul, hogyan hat a gyermek életminőségére az orális egészségének alakulása
  - 31 elem
  - CPQ-hoz hasonlóan 4 domén: orális tünetek, funkcionális korlátozottság, érzelmi, társadalmi jóllét
  - Tünetek előfordulásának gyakorisága (“soha; egyszer-kétszer; gyakran; mindennap-szinte mindennap; nem tudom”)
  - Általában a CPQ kiegészítéseként alkalmazzák - átfogóbb képet ad a kettő együttes használata
  - 0-56 pont érhető el – minél magasabb pontszámot ér el valaki, annál nagyobb hatással van esetében az orális egészség a jóllétre, közérzetre

#### **FIS – Family Impact Scale:**

- P-CPQ-ban szerepel
- 14 elemből áll
- Szájegészség hogyan hat: családi tevékenységek (5), szülői érzelmek (4), családi konfliktusok (4), családi pénzügyek (1)
- Az előző 3 hónapot értékeli

- ***The Child Oral Health Impact Profile***
  - 34 elemből áll
  - 5 domén: orális egészség, funkcionális jóllét, társadalmi-emocionális jóllét, iskolai teljesítmény, énkép
  - 8-15 éves korosztálynál megbízhatóan alkalmazható
- ***C-OIDP - Child Oral Impacts on Daily Performances***
  - 8 tevékenység mentén méri az orális egészség jóllétre gyakorolt hatását
  - Étkezés, beszéd, szájápolás, pihenés, emocionális jóllét, mosolygás, tanulás, szociális kapcsolatok
- ***ECOHIS - The Early Childhood Oral Health Impact Scale***
  - Óvodáskorúak és annál fiatalabb gyermekek OHRQoL mérésére
  - 13 kérdés - szülői értékelés alapján
  - Gyermekhatások: tünetek, funkcionális működés, pszichológiai jellemzők, énkép - társadalmi interakciók
  - Családi hatások: szülői szorongás, családi funkciók
  - Orális egészséggel kapcsolatos problémák előfordulásának gyakoriságát méri („soha; szinte soha; alkalmanként; gyakran; nagyon gyakran; nem tudom”)
- ***SOHO - Scale of Oral Health Outcomes***
  - A fogszuvasodás egy krónikus betegség, mely hatással van a szociális, pszichés állapotokra, valamint befolyásolja a tanulást
  - Ezeknek a hatásoknak a mérésére szolgál (Hernandez, 2014)

## **A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések, feladatok**

- Hogyan definiálná az életminőség, az egészséggel- és orális egészséggel kapcsolatos életminőség fogalmát?
- Milyen doménjei vannak az egészséggel összefüggő életminőségnek?
- Hogyan befolyásolja az orális egészség az életminőséget?
- Milyen dimenziói vannak az orális egészséggel kapcsolatos életminőségnek?
- Milyen eszközök állnak rendelkezésre az orális egészséggel összefüggő életminőség mérésére?
- Milyen eszközöket ismer az orális egészséggel összefüggő életminőség mérésére?
- Végezzenek kutatómunkát az orális egészséggel kapcsolatos életminőség mérésére alkalmas kérdőívekkel, mérőeszközökkel kapcsolatban és hasonlítsák össze az egyes kérdéssorok elemeit!

## Felhasznált irodalom

- Andorka R. (2006): *Bevezetés a szociológiába*.  
[http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011\\_0001\\_520\\_bevetesz\\_a\\_szociologia/ch19.html#id634516](http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_520_bevetesz_a_szociologia/ch19.html#id634516) (Utolsó letöltés időpontja: 2017.12.28.)
- Füzesi Zs., Tiringer I. (2016): A magatartás tanulásméleti megközelítése. Szokások, attitűdök és azok módosítási lehetőségei. In: Csernus V., Kállai J., Komoly S. (szerk.) (2016): *Az emberi életfolyamatok idegi szabályozása – a neurontól a viselkedésig*. Interdiszciplináris tananyag az idegrendszer felépítése, működése és klinikuma témáiban orvostanhallgatók, egészség- és élettudományi képzésben résztvevők számára Magyarországon  
[https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094\\_neurologia\\_hu/ch07s10.html](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_hu/ch07s10.html) (Utolsó letöltés időpontja? 2019.07.01.)
- Hernandez, I.F., Diaz, F.C.A., Vilchis, M.C.V. (2014): Oral Health Related Quality of Life  
<https://www.intechopen.com/books/emerging-trends-in-oral-health-sciences-and-dentistry/oral-health-related-quality-of-life> (Utolsó letöltés időpontja? 2020.08.21.)
- Higginson, I.J., Car, A.J. (2001): Measuring quality of life: Using quality of life measures in the clinical setting. *BMJ*, 2001;322:1297–300.
- Kopp M., Pikó B. (2006). *Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói*. In Kopp M., Kovács M. (szerk.:) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, 10-19.
- Kopp M., Skrabski Á. (1995): *Magyar lelkiállapot*. Végeken Kiadó, Budapest
- Kovács J. (2006): *Életminőség a bioetika nézőpontjából: elméleti problémák*. In Kopp M., Kovács M. (szerk.:) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, 20-23.
- Kulmann L. (2010): *Az életminőség vizsgálata*. In: Vekerdy–Nagy Zs.: *Rehabilitációs orvoslás*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Novák M., Stauder A., Mucsi I. (2006): *Az életminőség egészségtudományi kutatásának általános szempontjai*. In: Kopp M., Kovács M. (szerk.:) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, 24-36.
- Nuca, C., Amariei, C., Rusu, D-L.3, Arendt, C. (2007): Oral health-related quality of life evaluation. *OHDMBSC*, VI(1) - Martie  
<https://www.longdom.org/open-access/oral-healthrelated-quality-of-life-evaluation-2247-2452-6-286.pdf> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.07.13.)
- Raphael D., Brown I., Renwick R., Rootman I. (1994): *Quality of life theory and assessment: what are the implications for health promotion*. Issues in Health Promotion Series. University of Toronto, Centre for Health Promotion
- Rigó A., Kökönyei Gy. (2014): Az életminőséggel kapcsolatos fő szakirodalmi kérdések krónikus szomatikus betegséggel élők körében. *Alkalmazott Pszichológia*, 14(4): 5-14.
- Ryan, R.M.; Deci, E. L. (2001): On Happiness and Human Potentials. A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being, In: *Annu. Rev. Psychol.* 2001, 52:141-166.
- Schwartzmann L. (2003): Quality Of Life Related To Health: Conceptual Aspects. *Science. Sick*, 2:9–21.
- Sischo, L., Broder, H. L. (2011): Oral Health-related Quality of Life. *Journal of Dental Research*, 90(11)
- Szántó Zs., Susánszky É., Berényi Z., Sipos F., Murányi I. (2016): A jól-lét fogalmának értelmezése az európai szakirodalomban (2009–2014). *METSZETEK*, Debreceni Egyetem, Vol. 5 (2016) No. 1  
[http://metszetek.unideb.hu/files/metszetek%202016\\_1%20szanto%2016-47.pdf](http://metszetek.unideb.hu/files/metszetek%202016_1%20szanto%2016-47.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2019.12.28.)

- Tiringer I. (2016): 7.1. Egészséggel kapcsolatos életminőség. In: Ábrahám Hajnalka és még sokan mások: Emberi életfolyamatok idegi szabályozása – a neurontól a viselkedésig. Interdiszciplináris tananyag az idegrendszer felépítése, működése és klinikuma témáiban orvostanhallgatók, egészség- és élettudományi képzésben résztvevők számára Magyarországon. Dialóg Campus Kiadó-Nordex Kft., Pécsi Tudományegyetem [http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094\\_neurologia\\_hu/ch07s12.html](http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_hu/ch07s12.html) (Utolsó letöltés időpontja: 2017.12.28.)
- Wilson, I. B., Cleary, P. D. (1995): Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273: 59–6

## 6. EGÉSZSÉGMAGATARTÁS – ORÁLIS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS

A XXI. század első évtizede a tudományban a magatartás elnevezést kapta. Ez az elnevezés \*magában foglalja annak felismerését, hogy az életminőség kulcsa egyre inkább életmódunkban, annak egyik kulcselemében, magatartásunkban rejlik. Az életmód eleme, az életvitel egyik megnyilvánulása az egészségmagatartás jelentősége igen megnőtt az utóbbi évtizedekben, aminek oka a korábbiakban megismert napjaink betegségek statisztikáiban elhelyezkedő kórképek rangsora. Mint ahogyan azt már megismerhettük ezek a kórképek nagyrészt viselkedésbeli tényezőkkel hozhatók összefüggésbe. Az életmódnak vannak kitüntetett elemei, amelyek leginkább befolyásolják az egészségi állapotot. Egészségmagatartásunk nem más, mint döntéseink egészségre ható megnyilvánulásai. Az emberi magatartás törvényszerűségeinek megismerése a személyiségfejlődés eszközeként használva segítségül lehet abban, hogy egészségesebbé váljunk.

Az egészség megtartásának kulcsa az életmódban és a magatartásban rejlik (Pikó, 2002). Ezért a prevenció és az egészségfejlesztés középpontjában az egészségmagatartás megismerése és hatékony befolyásolása áll.

### 6.1. Viselkedés és magatartás

Az egészségmagatartás fogalmának (health behavior) értelmezését nehezíti, hogy az angol behavior szónak két jelentése is van: az egyik a viselkedés, a másik a magatartás. Bár a külföldi szakirodalomban e két fogalmat többnyire egyetlen szó (például behavior) jelöli, a magyar nyelvben – általában szinonimaként – mindkettőt használjuk. A viselkedés szóval a viselkedésmintázatban, illetve ehhez kapcsolódva a belső állapotban bekövetkező változásokat jelöljük függetlenül attól, hogy az emberben vagy állatban jön létre, reflexes, ösztönös vagy éppen tudatos jellegű-e (Skinner, 1985). Ezzel szemben a magatartás kifejezést csak azokra a viselkedési mintázatokra tartjuk fenn, amelyekben akaratlagos, tudatos, tehát a cselekvő egyén szándékát is tükröző komponens is megjelenik. A magatartás tehát a viselkedés egy speciális, magasabb rendű formája, mely a belső állapotváltozások mellett, az érzelmi és kognitív szintű változásokat is tartalmazza. Az ilyen cselekvések közös sajátossága az, hogy az alkotónak valamilyen célja vagy szándéka van velük, mégpedig olyan, ami nem kapcsolódik (közvetlenül) sem a külső, sem a belső környezet aktuális állapotához vagy változásaihoz. Ez a szándék, a

tudatos kontroll lehet a magatartás specifikuma az "egyszerű" viselkedéssel szemben. Vagyis a magatartás szándékos (és gyakran tudatos) viselkedés (Bárdos, 2003). A magatartás (behavior) definíciója különböző elemeket foglal magában: (1) a tevékenységet (pl. megvenni és használni a fogselymet), (2) a célt (például egy fogselymet) és (3) a kontextust (pl. a reggeli fomszás kapcsán). A magatartás változása bármelyik elem változását jelentheti.

A fentiek alapján, amikor a cselekvést tudatosság, érzelmekben való gyökerezettség, eltökélt célirányosság és erős szándékosság övezi, valamint amikor társas viszonyok síkján és érzelmi hozzáállásként, illetve attitűdként bontakozik ki, akkor - legalábbis pszichológiai szempontból - magatartásról beszélünk. Egy egészségfejlesztőnek e miatt meg kell terveznie a beavatkozást a meggyőződések megváltoztatásához (Kopp, 2001a), a meggyőződés, az attitűd és/vagy a szándék közötti kapcsolatok megerősítéséhez (Kopp, 2001b). Magatartásváltozást azonban csak észlelt, perceptuálódott ingerek idézhetnek elő (Ádám, 1987).

## **6.2. Egészségmagatartás fogalma**

Az egészségmagatartás az egészséggel kapcsolatos magatartásformák összessége. Az alábbiakban néhány egészségmagatartás fogalmat mutatunk be a teljesség igénye nélkül.

Kasl és Cobb (1966) klasszikus definíciója szerint bármely olyan aktivitás, amit a személy hite szerint az egészsége érdekében tesz azért, hogy betegséget előzzön meg vagy betegséget azonosítson még annak tünetmentes szakaszában (idézi Kulcsár, 2002). Ez a meghatározás a magatartás olyan irányított voltát hangsúlyozza, amelyet a betegségek elkerülésének célja vezérel. Fontos kritikaként fogalmazhatjuk meg azt, hogy ez a meghatározás elsősorban a megelőzés szempontjait (prevenció) hangsúlyozza, és teljesen kimaradnak belőle az egészségfejlesztés (promóció) szempontjai. A szakirodalom napjainkban ennél szélesebb értelemben használja ezt a fogalmat.

“Minden olyan cselekvés, mely hatással lehet az egészségünkre, amíg egészségesek vagyunk.” (Baum és mtsai, 1997, idézi Urbán, 2001).

Az egészséggel kapcsolatos magatartásformák összessége, melyek az egészséges életmód elemeként az egészségi szükségletek és az egészségi indítékok következtében létrejövő viselkedésben nyilvánulnak meg (Elekes, 1985).

Az egészségmagatartás mindazoknak a viselkedéselemeknek, illetve szokásoknak, készségeknek, ugyanakkor tudáselemeknek, vallott értékeknek, attitűdöknek és



meggyőződéseknek az összessége, amely alapvetően az egyén egészségi állapotának megőrzésében, fenntartásában, megóvásában és megerősítésében, implicite a betegségek kialakulásának megelőzésében vagy a már létrejött betegségekből való kigyógyulásban játszik elsőrendű szerepet. Ilyen értelmezésben az egészségmagatartás az emberi életvitel sajátos megnyilvánulása (Fodor, 2013).

Végül az egészségfejlesztés szempontjából az egészségmagatartás egy lehetséges munkadefiníciója: „Olyan személyes attribúciók, mint amilyenek a meggyőződések, várakozások, motívumok, értékek, percepciók és más kognitív elemek; személyiségjegyek, magukban foglalva az érzelmi és emocionális állapotokat és egyéni sajátosságokat; és bizonyos viselkedési minták, tevékenységek és szokások, amelyek az egészség fenntartására, helyreállítására és fejlesztésére vonatkoznak” (Gochman, 1982: 169).

### **6.3. Az egészségmagatartás megnyilvánulási formái**

*Matarazzo (1980) az **egészséggel kapcsolatos magatartásformákon belül két, jól elkülöníthető viselkedésmódot különített el**, amelyek a magatartás irányultságát, lehetséges következményeit is jól tükrözik. Az egyik az egészség megtartását szolgáló viselkedésforma, **egészségvédő vagy immunogén egészségmagatartás**, a másik pedig, az egészségre nézve kockázatot jelentő, **károsító magatartásforma a kockázati magatartás vagy egészséggrizikó magatartás, azaz patogén magatartás**.*

A személyes egészség távlatában mind a pozitív és fenntartó (megőrző) irányultságú egészségmagatartás, mind a negatív és károsító (destruktív) alapvetésű kockázati egészségmagatartás lehet passzív, akaratlagosság, (cél)tudatosság hiányában lezajló, és lehet aktív, (cél)tudatosság és szándékosság által meghatározott. Nyilvánvalónak tekinthető, hogy az egészséges embernek gyakorlatilag valamennyi viselkedésbeli megnyilvánulása több-kevesebb egészségügyi relevanciával rendelkezik, illetve egészségére vagy jobbitó, vagy pedig károsító hatással lehet (Pikó, 2006).

A WHO 1946-os definíciójából kiindulva „az egészségmagatartás azokat a tevékenységeket jelenti, amelyekbe azok a személyek kezdenek bele, akik azt hiszik, hogy jól vannak, és azok, akik nem érznek semmilyen betegségjelet vagy tünetet, és céljuk a jóllét fenntartása” (Rosenstock, 1974:354).

Harris és Guten (1979) szerint bármilyen viselkedés, amit a személy az egyén függetlenül a valós vagy észlelt egészségi állapotától - azért végez, hogy megvédje, fejlessze és fenntartsa egészségét, tekintet nélkül arra, hogy az adott viselkedés a célhoz vezet-e. A szerzők erre a viselkedési formára az egészségvédő viselkedésminták (health protective behaviors) terminust vezették be. Tanulmányukban leírják, hogy az egyes viselkedésformák kivételesen fontos szerepet játszanak az egészség érdekében, ezek közül az orális egészség érdekében az alábbi elemei (klaszterek) a legfontosabbnak:

- a) Egészségi szokások: pl. táplálkozási szokások, higiénés szokások.
- b) Biztonsági szokások: pl. küzdősportok esetén védőeszközök használata.
- c) Egészségügyi megelőzés: pl. rendszeres fogászati szűrővizsgálaton való megjelenés, rendszeres önvizsgálat.
- d) Káros szerek kerülése: pl. alkohol, dohány, kábítószer kerülése.
- e) Környezeti veszélyek kerülése:

A tevékenység célja alapján Fodor (2013) az egészségvédő magatartás két típusát nevesíti:

- a) *Protektív egészségmagatartás* esetén az egészség fenntartásában és megerősítésében, védelmező és fenntartó tevékenységeken van a hangsúly, ide tartozik például az egészséges táplálkozás, vagy a helyes szájhygiéné.
- b) *Preventív egészségmagatartás* esetében a megelőző cselekedetek állnak a középpontban, olyanok, amelyek közvetlen veszélyeket hárítanak el, mint például a fogászati szűrővizsgálatokon való megjelenés, orvoshoz fordulás.

## 6.4. Egészségtudatosság

Az egészségvédő magatartást az egyén többnyire tudatosan az egészségének érdekében, az egészség megőrzésének és az egészség fejlesztése céljával juttatja érvényre. A valódi egészségvédő egészségmagatartás nemcsak az egészségkárosító, illetve kockázati magatartás hiányát jelenti, hanem egy olyan többlettel rendelkezik, amely mindenekelőtt a jövőbeli fenntartást és fejlesztést tekintő tudatosságra, szervezethez, tervezettséghez és célirányosságra vonatkozik (Pikó, 2006).

Miután a preventív magatartásformák esetében meghatározóak a kognitív elemek, emiatt szokásos ezek esetében *egészségtudatos magatartásról* (egészségtudatosságról) beszélni. Az egészségtudatos magatartás a protektív, egészségmegőrző magatartásra fókuszál. Az egyén

többnyire tudatosan az egészségének érdekében, az egészség megőrzésének és az egészség fejlesztése céljával cselekszik.

Pikó (2002) megfogalmazása szerint az egészségtudatosság a magatartás kontrollálásának egyik fontos szempontja, mivel olyan döntések meghozatalát teszi szükségessé, amelyek egészségi állapotunkat messzemenően befolyásolják, és sokszor nem is a jelenben, hanem a távoli jövőben. „A valódi egészségtudatosság azt jelenti, hogy hajlandóak vagyunk olyan döntéseket hozni, amelyek most még esetleg csak lemondással járnak, de az erőfeszítéseink hosszútávon majd megtérülnek.

Pikó (2002) az egészségtudatosságban a magatartás kontrollálásának fontosságát emeli ki, mivel olyan döntések meghozatalát teszi szükségessé, amelyek egészségi állapotunkat messzemenően befolyásolják, és sokszor nem is a jelenben, hanem a távoli jövőben. „A valódi egészségtudatosság azt jelenti, hogy hajlandóak vagyunk olyan döntéseket hozni, amelyek most még esetleg csak lemondással járnak, de az erőfeszítéseink hosszútávon majd megtérülnek.”

Az egészségtudatosság aktív és pozitív hozzáállást jelent, amely tükrözi az egyének belső kontrollját, azt, hogy képesnek hiszik magukat saját egészségük megőrzésére és környezetük állapotának javítására (Joireman, Lasane és mstai, 2001 idézi Pikó és Bak, 2004).

Az egészségtudatosság alapját az egészségről alkotott ismeretek, az egészség, mint érték jelentik, de magába foglal olyan tényezőket is, mint az attitűd, érzelmi és motivációs alapok (Barabás, 2005). Olyan szemléletet és életvitelt jelent, melyben az egészség értéként megjelenve befolyásolja az egyén tudatos cselekedeteit. Az egészségtudatosság olyan értékfelfogást, cselekvéseket, szokásokat tükröz melyet az egyén egészsége fenntartása, javítása érdekében végez. Az egyén egészségtudatosságának fejlesztése révén lenne elősegíthető a preventív magatartásformák megjelenése, a betegségtudat háttérbe szorításával pedig egy pozitívabb felfogást lehetne kialakítani (Döbrössy és mtsai, 2014).

## **6.5. Az egészségmagatartást meghatározó tényezők rendszere**

Az általános emberi magatartás háttérében roppant változatos, a személyiség belső sajátosságaiba vagy külső környezeti körülményekbe gyökerező mozgató erőket találunk. Nyilvánvaló, hogy az emberek sajátos egészségmagatartását is számos ösztönző tényező befolyásolja. Ezeket a tényezőket végső soron a következő kategóriákba lehet besorolni (Engel 1977, 1980, idézi Ogden 2003):

- a) **biológiai tényezők** (genetikai adottságok, fiziológiai sajátosságok, fertőzések és mérgezések, hormonellátás, vírusok, alkati deformációk stb.);
- b) **pszichológiai tényezők** (egészségkultúráltság, egészségműveltség, hit/hiedelem, meggyőződés, egészségattribúciók, attitűdök, önpusztító vagy túlkontrolláló, túlóvá beállítódás, kontrollmeggyőződés, konfliktusmegoldó képesség, személyiségjellemzők, személyiségtípus, kiadás/ár és bevétel/haszon megítélése, kialakult értékrendek a mintaadó személlyel kapcsolatos azonosulás, életmóddal, értékekkel kapcsolatos érzelmek és motivációk, dependencia, elsődleges és másodlagos betegségelőnyök, a tünetekre vonatkozó perceptuális érzékenység stb.);
- c) **szociokulturális és szociális tényezők** (nem; életkor; családi állapot; az etnikai hovatartozás; szocioökonómiai státus/ presztízszen alapuló mutatók: iskolai végzettség és képzettség, foglalkozás, munkakör stb. erőforráson alapuló mutatók: jövedelem, vagyon stb.; szociális konvenciók és normák, kulturális modellek, családi körülmények és családi hatások; kortársi és társas hatások, szociális és szakmai státus, szociális háló, a társas támogatás mértéke, a társas kapcsolatok minősége, a kontaktusok száma, tömegkommunikáció által szuggerált trendek, az egészség valorizálása a közösségben az egészség helye a szociális értékek rendszerében, munkahelyi légkör).

## 6.6. Az egészségre kedvező, illetve kedvezőtlen magatartások

Az ember természetes igénye az, hogy egészséges legyen. Az egészségesség szándéka önmagában azonban kevés az egészséges életvitelhez, hiszen az életvitel a környezettel való interakciókban, attitűdök felvétele, szokások kialakítása, problémák megoldása során formálódik. A szakirodalom megkülönböztet az egészséggel kapcsolatos attitűdök vizsgálata szempontjából az egészség szempontjából kedvező (egészség védelmét szolgáló viselkedés) és kedvezőtlen viselkedést (egészségkárosító viselkedést). A kedvező viselkedés az egészség szempontjából előnnyel jár, míg a kedvezőtlen magatartásnak káros hatása van az egészségre (Stroebe, 2000 idézi Urbán, 2001).

Az egészség szempontjából kedvező, illetve kedvezőtlen magatartások legfontosabb jellemzői leggyakrabban két dimenzióban húzódnak meg:

1. Az egészséget érintő magatartások különbözhetnek egymástól abban, hogy mennyire kívánják egy új magatartás befogadását vagy a régi magatartás módosítását,

*megváltoztatását*. Az új magatartás befogadása esetén a személynek egy számára új, esetleg teljesen szokatlan cselevést kell az életvitelébe beiktatni (pl. a szájúreg önvizsgálata). A magatartás módosítását megkívánó egészségmagatartás esetében már meglévő szokások, magatartások megváltoztatása vagy a cselekvések gyakoriságának csökkentése szükséges (pl. a modern táplálkozási elvek elsajátítása, az alkohol fogyasztási szokások megváltoztatása).

2. Vannak olyan cselekvések, amelyekre viszonylag *ritkán/átmenetileg*, esetleg a személy életében csak egyszer van szükség (pl. genetikai szűrővizsgálaton való megjelenés) és vannak olyanok, amelyeket a személyek *állandóan/napi gyakorisággal végeznek* (pl. fogmosás).
3. Az egészségmagatartások között találhatunk olyanokat, amelyek *az egészséget veszélyeztető tényezők közvetlen elkerülését eredményezik* (pl. fogászati szűrővizsgálaton való megjelenés), és ezekkel szemben vannak olyanok is, amelyek nem közvetlen veszélyt hárítanak el, hanem *az egészséget segítik elő, illetve az egészség fejlesztésében játszanak jelentős szerepet* (pl. szájhigiéniai szabályok követése).
4. Egyes egészségmagatartások *jól meghatározott, viszonylag egyszerű cselekvések többszöri megismétlését követelik meg* (pl. fogászati szűrővizsgálaton való megjelenés), míg más egészségmagatartások *nehezen megragadható (homályos), gyakran komplex döntéseket, tevékenységeket kívánnak meg* (pl. helyes táplálkozás) (Carver és mtsai, 1990 idézi Urbán, 2001; Urbán 2001).

Az egészségvédő, illetve -károsító magatartások nem teljesen függetlenek egymástól, közöttük szinergista vagy antagonista kapcsolatok állnak fenn. Feltételezhető például, hogy az alkoholfogyasztás számos egészségkárosító viselkedéssel járhat együtt, például dohányzással.

## **6.7. Egészségviselkedés, orális egészségviselkedés az egyes életszakaszokban**

Az alábbiakban az egészségviselkedést, illetve orális egészségviselkedést befolyásoló tényezők közül elsősorban az életkor, illetve a várandósok esetében az adott élethelyzet szerepét mutatjuk be. A fogászati szempontból figyelemre méltó magatartásformák is inkább fakadnak az életkori szerepekből, mint a háttérben zajló biológiai folyamatokból.

### 6.7.1. Várandósok egészségviselkedése, orális egészségviselkedése

A nők esetében az orális egészségviselkedésének a várandósság, a szoptatás és a menopauza idején tulajdonítanak jelentős szerepet. Ezek közül az élethelyzeti sajátosságok közül most a várandósságot emeljük ki.

A tudatos és felelősségteljes gyermekvállalás során az egészséges életkezdés esélyének érdekében már a fogantatás előtt, a gyermektervezés időszakában érdemes az egészséges életvitelre hangsúlyt helyezni, mert a fogamzás előtti időszak egészséggel kapcsolatos magatartásformái hatással vannak a terhesség kimenetelére, illetve a magzat egészségére.

A várandós egészségviselkedése nyilvánvaló hatással van a magzat testi és lelki fejlődésére. A várandósok kockázati magatartása Kulcsár (2002) szerint leggyakrabban az alábbi három területen nyilvánul meg:

1. Elégtelen vagy nem megfelelő összetételű táplálkozás (alacsony születési súly, nagy 1 éves kor előtti halálozási arány).
2. A terhesség alatti fertőzések (pl. rubeola, toxoplazmózis), kémiai anyagok, elsősorban nikotin, alkohol (ismert a „magzati alkoholszindróma”), kábítószer (emelik a későbbi kábítószerfüggés kialakulásának esélyét) ill. gyógyszerek.

Sok várandós nem ismeri a kapcsolatot az életmód és a magzat megnövekedett egészségi kockázata között. Még azok is, akik ismerik ezt a kapcsolatot valószínűleg nehezen tudják megváltoztatni szokás jellegű viselkedésüket. Megfelelő orális egészségviselkedés esetén nem kell tartani a fogak megbetegedésétől, elvesztésétől még a várandósság ideje alatt sem. Ismert, hogy a fokozott hormonális hatások következtében nő a lehetősége a különböző szájüregi betegségek kialakulásának, ezért még nagyobb figyelmet kell fordítani a jó szájhigiéné fenntartására. Az elhanyagolt szájhigiénének azonban komoly következményei lehetnek, koraszülést, alacsony születési súllyal rendelkező újszülött világrahozatalát, preeclampsia kialakulását eredményezheti, valamint az ínyszövet területén jelentkező fekélyeket, terhességi granulomát, ínygyulladást, epulis gravidarum létrejöttét, fogvesztést, szájszárazságot és fogeróziókat okozhat.

A változó hormonszint az ínyp problémákat közvetlenül befolyásolja, míg a fogszuvasodásra közvetett módon hat. A várandós nők a hormonális hatások következtében hajlamosabbak ínygyulladásra. A gingivitis általában a második hónapban jelentkezik, legkifejezettebb a nyolcadik hónap tájékán, szülés után azonban spontán gyógyul. Fontos kiemelni, hogy

önmagában a várandósság nem okoz ínygyulladást, a hormonális változások mellé szükséges a fokozott plakk felhalmozódása is. A fogszuvasodás kialakulása is gyakoribb a várandósság ideje alatt. A várandósságok 70%-ánál detektálnak émelygést és hányást, ezutóbbi pedig negatívan befolyásolja a szájhigiénét és eróziókat okozhat a zománcrétegben. A gyakori, rendszertelen táplálkozás a fogakra is negatív hatással van, kedvez a caries kialakulásának, hiszen az étkezések között nem hagy időt a pH normalizálódására, így előidézve a demineralizációs folyamatokat.

Összességében elmondható, hogy kiemelt fontosságú a fogorvosi szűrővizsgálatok és kontrollok elvégzése már a várandósság tervezése során, de legkésőbb a várandósság kezdetén. Sok esetben megfigyelhető, hogy különböző hiedelmek hatására a kismamák elkerülik a fogászati ellátórendszert, hiszen az él a köztudatban, hogy bizonyos beavatkozások és velejáruók káros hatással lehetnek a magzatra nézve. Szakemberként fontos eloszlatnunk ezeket a téves információkat, meg kell nyugtatnunk pácienseinket és meggyőzni őket a kezelés biztonságosságáról, valamint annak szükségességéről. A jó szájhigiéné fenntartásával elkerülhetők a szájüregi betegségek kialakulása és azok negatív hatásai, melyek nem csak az édesanyára, hanem a magzatra nézve is káros hatással lehetnek (Yenen és Atacag, 2019).

### **6.7.2. Csecsemők és kisgyermekek egészségviselkedése, orális egészségviselkedése**

Az egészségmagatartás, mégpedig a preventív egészségviselkedés szempontjából a csecsemő- és kisgyermekkor jelentősége kézenfekvő. Ekkor kezdhető meg az egészségviselkedés szokásszerű összetevőinek kialakítása, amelyben a családnak, illetve az édesanyának jelentős szerepe van. Ezekben az életszakaszokban fontos feladat a baleseti kockázattal járó viselkedésformák gátlásának kialakítása is. Az egészségfejlesztés érdekes kérdése a kisgyermek betegségfogalmának alakulása. Ebben az életkorban az oktulajdonítások „kívülről befelé” haladnak (a betegség okaként a gyermek kezdetben egy tényezőt jelöl meg, pl. a „nap”; később megjelenik a fertőzés koncepciója: ezt a „közelséggel” magyarázzák: betegséget kapunk, ha beteg ember közelében tartózkodunk (Kulcsár, 2002).

Szorgalmazzuk a szoptatást, mert a szopás aktív izommunkát igényel, amely elengedhetetlen a nyelv és az orofaciális izomzat erősödése érdekében.

Hívjuk fel az édesanyák figyelmét a nyelvfék (frenulum language) ellenőrzésére. Normál esetben a nyelvfék rugalmas és kellő hosszúságú ahhoz, hogy ne akadályozza a nyelv

mozgásait, ami fontos a zavartalan szopáshoz, étkezéshez, beszédhez, sőt a fogak fejlődéséhez és a megfelelő szájhigiéne fenntartásához. Amikor a frenulum rövid, vaskos és kiszélesedett az ún. oromuscularis funkció zavart szenved és az előbb említett funkciók, illetve folyamatok károsodnak.

A helyes szájhigiéne szokások kialakításával megelőzhetők és csökkenthetők a szájüregi elváltozások, problémák száma. A csecsemő szájában még igaz, hogy csak később jelennek meg a tejfogak, azonban az íny tisztítása már a születés pillanatától meghatározó. Fontos, hogy etetés után, kellő odafigyeléssel és egy benedvesített kendő segítségével, melyet a mutatóujjunk köré tekerünk, tisztítsuk meg és masszírozzuk át a csecsemő ínyét és nyálkahártyáját. Már ekkor hívjuk fel az édesanyák figyelmét a fogszuvasodás megelőzése érdekében egyrészt arra, hogy ne tegyék le gyermeküket aludni szájukban a cumisüveggel, másrészt arra, hogy ne vegyék szájukba a cumisüveget a hőmérséklet ellenőrzése céljából, hiszen ezzel átadhatók anyáról gyermekre azok a különböző baktériumok, melyek szerepet játszanak a fogszuvasodás kialakulásában.

A fogzás általában 4-6 hónapos korban kezdődik meg. A fogak megjelenését és esetleges változásait a szülő mindenképp kövesse nyomon, szükség esetén keressen fel szakembert. 30 hónapos korra általában teljes lesz a tejfogazat. A fogáttörés idején az íny vörös és duzzadt lehet, valamint fokozott nyáltermelés figyelhető meg. A kellemetlen tünetek mérséklésére használhatnak speciális, hűthető rágókát, de egy hideg, nedves kendő is enyhítheti a fájdalmat. 30 hónapos korra általában teljes lesz a tejfogazat.

Az előbújó első fogak új szájápolási eszközök bevezetését igénylik. A nyálkahártya tisztítása még ekkor is fontos, azonban már indokoltá válik egy puha sörtéjű, életkornak megfelelő kialakítású fogkefe használata is. Ennek segítségével átmasszírozhatjuk az íny területét, ezzel serkentve a vérkeringést és könnyítve a fogzás folyamatát. Ebben az életkorban még fogkrém nélkül végezzük a tisztítást. Két éves korban be lehet vezetni a fluorid tartalmú fogkrémek használatát. Fontos azonban, hogy a szülő megtanítsa arra a gyermeket, hogy a fogkrémet ki kell köpni, nem szabad lenyelni, ezt felügyelnie is kell a szoktatás időszakában. Ez az életkor alkalmas a fogmosási technika elsajátításának megkezdésére, igaz, hogy ekkor még segítséget igényelnek a művelet végrehajtásához, hiszen a kez ügyességük még nem tökéletes. A fogmosás szokássá alakítását már korán meg kell kezdeni, azonban 6 éves korukra érik el azt a fejlettségi



szintet, mikor már önállóan, ellenőrzés nélkül képesek fogaik ápolására (Department of Health, New York State, 2005).

A tejfogak kibújása után évente kétszeri fogorvosi ellenőrzés szükséges. A gyermeket célszerű azelőtt fogorvoshoz vinni mielőtt még bármilyen probléma vagy panasz felmerülne. Mire a gyermek betölti az 1 éves kort, ajánlott, hogy részt vegyen fogászati szűrővizsgálaton (kórtörténet, családi anamnézis + alapos klinikai vizsgálat, valamint rizikóbecslés, rizikófelmérés, a hozzá elkészített prevenció tervezet: étrend, fluoridálás, kontroll).

Idővel szorgalmazni kell a pohárból, esetleg csöpögés mentes itatópohárból (kb. 6 hónapos kortól) történő ivást és elhagyni a cumisüveg használatát. A túlzásba vitt, ill. elhúzódo cumisüvegből való táplálás negatívan hat az állkapcsok, a szájpad és a fogak fejlődésére. Hatására a felső állkapocs (maxilla) szűkül, torlódnak a fogak, emeli a szájpadot (gótikus szájpad), az alsó állkapcsot (mandibula) pedig szélesíti. Kerülni kell a túlzásba vitt csőrös itatópohárból történő ivást is (a szelepes csőrös itatópohár használata: hasonló következményekkel jár, mint a cumisüvegből való táplálás; a szelep nélküli csőrös itatópohár használata esetén: a baba nem szív, hiszen anélkül is jön a folyadék, nyelve nem hátrafelé mozdul, hanem előre lök, hogy lezárja a cumiból szüntelen áramló folyadékot. Így nemcsak egy előre lökő rossz nyelési technika rögzül, hanem az arc, ajak és nyelv izmai sem megfelelően fejlődnek. 12-14 hónapos korára a legtöbb gyermek már pohárból képes inni. Tudatos szülőként korlátozni kell a cukros italok fogyasztását, helyezzük előtérbe a vízivást.

A tejfogak kibújása után fontos a rágásra szoktatás, mert a rágás ugyancsak aktív izommunkát igényel, amelyben részt vesznek az arc, ajak és nyelv izmai is. Ha a gyermek csak nyel (pl. kizárólag pépes étel fogyasztása esetén), nem megfelelően fejlődnek ezek az izmok. Ha a gyermek rágás helyett a nyelvével a szájpadláshoz nyomva pépesíti az ételt, az a nyelv bizonyos izmainak túlfejlődéséhez vezet, lapítja a szájpadot, tágítja a felső fogívet és a fogak távolodását, kifelé dőlését eredményezi, míg az alsó állkapocs fejlődése elmarad a felsőhöz képest.

A 2-3 éves kor a járáshoz szükséges készségek elsajátításának időszaka. Ebben az életkorban még a motoros koordináció kevésbé fejlett, ezért hajlamosabb az adott korosztály a balesetekre, esésekre. A tejfogaknak a sérülését sokszor figyelmen kívül hagyják a szülők, holott komoly következményeik lehetnek, akár a maradó fogakra nézve is. A traumák hátterében állhat esés, közlekedési baleset, sport sérülés, fizikai erőszak, állat okozta sérülés vagy iatrogén behatások,

mint például az intubáció során okozott sérülés. Szakemberként fontos, hogy tudjuk kezelni az esetleges traumákat (Tewari és mtsai, 2019). Az orofaciális traumák elkerülése érdekében javasolt fogvédő használata sporttevékenységek során (Ireland, 2006).

A myofunkcionális (izomműködési) rossz szokások, mint pl. az ujjszopás, cumizás, ajakszopás, nyelvszopás, ajakbeszívás, köröm- és ceruzarágás stb. a nyelvet rendellenes helyzetben tartják, a fogak helyzeti rendellenességéhez vezetnek és megakadályozzák a fogsorok záródását. Ezen kívül az ujjak, az arc- és ajak izmainak feszítő, nyomó hatása számtalan harapási és fogazati eltérést idéz elő. A gyermeknek hároméves kor környékén már el kell hagyni a cumi használatát, valamint le kell szoknia az ujjszopásról a fenti okok miatt.

Ebben az életszakaszban fontos felfigyelni a nyelvlökéses nyelés fennmaradására (AAPD, 2016). A nyelvlökéses nyelésre, vagy infantilis nyelésre jellemző, hogy a nyelés folyamán a nyelv rendszerint a szájterben laposan helyezkedik el, vagy mivel a két fogsor nem záródik megfelelően, a nyelv hegye kicsúszik a fogak közül elől vagy oldalt. Emellett az ajkak záródhatnak. A nyelvlökéses nyelési forma csecsemő- és kisgyermekkorban fiziológiásnak tekinthető, de előfordulása az életkor növekedésével csökken, és idővel megszűnik. Általában a vegyes fogazat kialakulásától tekintjük a nyelvlökéses nyelést károsnak.

Fontos a már kisgyermeket is érintő fogcsikorgatás (bruxizmus) felismerése, illetve kiváltó okának megszüntetése (AAPD, 2016). A bruxizmus nem más, mint a fogak önkéntelen görcsös összeszorítása, illetve az ezzel sokszor együtt járó fogcsikorgatás. Úgynevezett parafunkcionális megnyilvánulás, amely, például a körmök, ceruzák rágcsálásával, vagy a szájszélek harapdálásával szemben, kényszeres kiegészítő, nem természetes mozgás. A fogcsikorgatás általában éjszaka, alvás közben jelentkezik. A fogcsikorgatás nem csupán a fogakat, hanem a fogínyt, az állkapcsot, a rágóizmokat és a halántékcsonti-állkapcsi ízületeket is jelentősen megterheli. Emiatt a fogak megkophatnak, a tejfogakból akár milliméterek tűnhetnek el, szélsőséges esetekben idővel szinte teljesen felőrlődhetnek. Más jellegű elváltozást okozhat a fogak túlzott összeszorítása, amely a kisebb mértékű kopás mellett elsősorban a fogfelszín zománcát károsítja. Az így kialakuló parányi repedések sérülékenyebbé, a kórokozókkal szemben védtelenebbé teszik a fogakat. A bruxizmus mindkét változata erősen megterheli a fogínyt, amely az állandó irritáció hatására könnyebben begyulladhat, valamint fokozatosan veszít megtartó képességéből. Ez végül a fogak meglazulásához, majd elvesztéséhez vezethet.

### **6.7.3. Óvodás- és kisiskoláskor egészségviselkedése**

Az egészségvédő és egészségfejlesztő magatartás elérésének feltétele azoknak az alapképességeknek az elsajátítása, amelyek az egészséget védik, fejlesztik (ha kell, korrigálják). Gyermekkorban az egészségre nevelésnek az élet további szakaszaira is kiható jelentősége van, ezért az óvodai egészségfejlesztés kiemelt nevelési terület (Székely, 2003).

Az egészségmagatartás és a preventív viselkedés szempontjából az óvodás- és a kisiskoláskor jelentősége kézenfekvő. Ekkor igazán jól alakíthatók a szokásszerű viselkedésmódok. Napjainkban az egészség megtartása, fejlesztése az életre, a sikerre vonatkozó kompetenciák kialakítására épül, amely feltételezi a személyiség (testi, érzelmi, értelmi, akarati és társkapcsolati viselkedés) megismerését, gyakorlással erősíti a különböző élethelyzetekben a testi-lelki edzettséget, pótolja, kiegészíti a hiányzó egészségvédő képességet, továbbá attitűddé (szokássá) alakítja az egészségvédő magatartást.

Három éves korig naponta két alkalommal, puha, az életkornak megfelelő gyermekfogkefével és egy rizsszemnyi mennyiségű fogkrémmel kell kivitelezni a szájápolást. A 3-6 éves korosztály esetében a napi kétszeri tisztításhoz már borsónyi mennyiségű fluoridos fogkrém használata a javasolt. A szülőknek fontos feladatuk kontrollálni és ellenőrizni, hogy a gyermek ne nyelje le a fogkrémet. Ebben az életszakaszban még segíteni kell a gyermekeket a szájhygiéné elvégzésében. A szájápolás mellett kiemelt jelentőségű az étrend, kerülni kell a gyakori nassolásokat és a túlzott cukorfogyasztást (ADA, 2013).

### **6.7.4. A serdülőkor egészségviselkedése, orális egészségviselkedése**

Az egészségviselkedés második kritikus szakasza - az óvodás- és a kisiskoláskor után - a serdülés ideje. A serdülőkor egy fordulópontra az egészség és betegség kérdéskörét illetően. Többek között azért, mert leginkább ebben az életszakaszban erősödnek meg egészségviselkedések (például: testmozgás) és jelennek meg az egészséget veszélyeztető viselkedések (például: dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás), illetve sok olyan viselkedés indul ebben az életszakaszban, amely potenciális kockázatot rejt magában (nemi élet, autózás stb.). Az előbbiekből adódóan ez az időszak kiemelt szerepet tölthet be az elsődleges prevenció szempontjából. Továbbá, mivel a serdülőkori morbiditás és halálozás okai

többnyire különböznek a felnőttkorban megfigyeltektől, valamint a serdülőkornak sajátos jegyei vannak a felnőttekre tervezett intervenciók sok esetben nem megfelelőek a serdülők számára.

Adolescens korban átalakul a személyiség, a viselkedés, nagyobb szerepet kapnak a kortárskapcsolatok. A szülőkkel és a kortársakkal tehát új kapcsolati struktúra jelenik meg. Az identitásformálódás azonban sok akadályt állít eléjük. A pozitív énkép segíthet a jelentős identitás-változással is jellemezhető serdülőkori kríziseinek feldolgozásában.

Ez az életkori szakasz a problémaviselkedési<sup>8</sup> formák jelentős időszaka. Az, hogy ki mennyire „fogékony” ezekre a problémaviselkedésekre, az egyéni érzékenységtől és a környezet kölcsönhatásától függ. A problémaviselkedés halmozódásában szerepet játszik a fokozott élménykeresés is, ami fejlődésbeli sajátosságokkal is összefügg. Ilyen sajátosság a kortársaknak való megfelelés megnövekedett igénye, illetve a kockázateszlelés alacsony szintje, ami a serdülőkben a sérthetlenség illúziója révén hat.

Serdülőkori az egészséggel kapcsolatos magatartás a pszichoszociális fejlődés jelentős összetevője. Az egészségmagatartás két részből áll: rizikó- és protektív faktorokból. Ez a két elméleti megközelítés világít rá arra, hogy fontos a problémaviselkedés kialakulásában szerepet játszó rizikófaktorok és védőfaktorok ismerete. A rizikótényezők közé tartoznak a rossz iskolai teljesítmény okozta kudarcok és frusztráció: iskolai környezettel való konfliktusos viszony, iskolai értékrend el nem fogadása, valamint a családi konfliktusok, rossz viszony a szülőkkel vagy a szülők között, a bizalom hiánya a családban vagy a szülői bántalmazás.

Ebben az életszakaszban az egészségkockázati magatartásformák gyakoribbá válnak, az egészségvédő magatartásformák, mint például a sportolás, viszont nemegyszer csökkennek (Fairclough és Stratton, 2005 idézi Brassai és Pikó, 2007). Az egészségvédő magatartás ugyanakkor több az egészségkockázati magatartás hiányánál. A biztonsági öv viselésében, a

---

<sup>8</sup> A fiatalkori problémaviselkedés szindróma olyan tünetegyüttes, amely magában foglal agresszív, antiszociális viselkedést, iskolai beilleszkedési és tanulási nehézségeket, dohányzást, alkohol- és drogfogyasztást, korai és kockázatos szexuális aktivitást, valamint pszichés zavarokat (Jessor, 1993 idézi Pikó, 2012). Már az elnevezés is utal arra, hogy problematikus viselkedésről van szó, hiszen ezért is jelenik meg a társadalomban megoldandó, illetve megelőzendő problémaként, sőt nemegyszer devianciaként (Rácz, 1992 idézi Pikó, 2012). A tünetegyüttes megjelenéséért közös oki háttértényezők rendszere felelős (Deković, 1999; Gerevich és Bácskai, 1994; Hawkins, Catalano és Miller, 1992 idézi Pikó, 2012). Ennek hátterében a pszichoszociális faktorok fokozott jelenléte mellett genetikai-biológiai sérülékenység is állhat, ugyanakkor a közös gyökerű pszichoszociális, szociokulturális alapokat is ki kell emelnünk, azaz a serdülőkori modernkori változásait és sajátos megjelenéseit.

táplálkozásra való odafigyelésben, a szexuális együttlét védettségében a jelenen túlmutató, előrevetített egészséghaszon gondolata munkál. Ezért a közép- vagy hosszú távú haszonért le kell mondanunk a jelenben elérhető kielégülésről. Ezért is kiemelten jelentős a serdülőkorban az egészségmagatartások és azokkal kapcsolatos védő tényezők ismerete. Ezek jelentik ugyanis a serdülőkori magatartás azon elemeit, a közöttük lévő kapcsolatrendszer pedig azt a pszichoszociális kötőszövetet, amely a felnőttkori egészséges életmód legfőbb táptalaja.

A serdülőkor a szülőkről való leválás időszaka is. Sok esetben a lázadás egészségre káros formákban testesül meg: pl. a dohányzásra történő rászakás, alkoholizálás, droghasználat. Ezek csak abban az esetben kerülhetők el, ha a nevelés hatására már a kezdet kezdetén beépülnek megfelelő konfliktuskezelő modellek, és a készséggé vált egészségmagatartás segítenek a helyes irány megtalálásában. A felnőttektől, a szülői befolyástól való függetlenedés folyamata előfeltételezi és elő is segíti a kortárs csoportok jelentőségének fejlődését. Vagyis a család befolyása mellett a barátok szerepe is igen fontos az énkép kialakulásában. A társak a biztonság, az intimitás és az önértékelés új forrásává lépnek elő. A barátság fejlődési szintjei szerint a 4. szintbe tartozó serdülőkori kapcsolatokban autonóm, kölcsönösen függő barátságok alakulnak ki. Ennek a szintnek a jellegzetessége az egymás támogatása, az azonosságtudat és az, hogy ezek kölcsönös függésben tartják a tizenéveseket.

A deviáns korcsoportokhoz, „bandákhoz” tartozás összefüggésben állhat a káros szenvedélyekkel, az agresszív, antiszociális és normasértő viselkedéssel. A kortárs csoportok hatása azonban önmagában nem negatív, a szülői kapcsolattal együtt szabja meg a viselkedésbeli irányt: a kortárs hatás ereje akkor igazán nagy, ha a szülői kapcsolat bizalmi alapja megsérül, hiszen a családi kapcsolatok minősége jelentősen meghatározza a kortársak befolyásának mértékét és hatékonyságát. A jó kortársi csoport lehet kompenzáló, kiegyensúlyozó hatással a családi problémák esetén, de jelentheti a jövő szempontjából kedvezőtlen hatások felülkerekedését is. Mivel a kortárs csoportok önkéntesen szerveződnek, és szabad választás alapján, hasonló emberek válnak tagjaikká, így „a hasonló értékek, attitűdök, valamint a lojalitás és az intimitás válnak fontossá a barátság szempontjából.” A közeli barátok hasonlósága azt is jelzi, hogy a megértés és a támogatás mértéke még nagyobb lesz. A kamaszkori barátságok nagy kiváltsága a meghitt, önfeltáró beszélgetések sorozata, melyben saját identitásukat fedezik fel és hozzák felszínre a tizenévesek. Ráadásul több tanulmány is kifejezésre juttatja, hogy a támogató baráti körök tagjai kevesebb iskolai és pszichológiai

problémáról számolnak be, a társas elfogadottság érzése nő bennük, és kevésbé érzik magukat magányosnak. Mindezzel együtt az egészség-magatartás protektív tényezőihez tartozik az önbizalom, amelyről több kutatás is kimutatta, hogy nagyban hozzájárul a káros szenvedélyekkel szembeni ellenálláshoz, valamint növeli a konfliktussal való megbirkózás képességét. Ugyanez igaz a társas támogatás különböző formáira: a kortársakkal és szülőkkel eltöltött idő igen fontos szerepet játszik abban, hogy ne induljon el a serdülő a „rossz úton”. Ide tartozik még a szülői kontroll, mely hatékony az externalizáló irányú problémaviselkedés és az alkohol-fogyasztás ellen, valamint a kapcsolatok minősége pozitívan befolyásolja a drogfogyasztást és depresszió kialakulását, különösen lányoknál (vagyis, ha jól működő, bizalmon alapuló kapcsolatai vannak egy serdülőnek, kevésbé lesz depressziós és kisebb az esély arra, hogy drogfogyasztó legyen). Tehát láthatjuk, hogy a kortárs hatás a legerősebb prediktor a serdülőkorban a problémaviselkedés kialakulásában. Például a dohányzás lehet a csoportnormáknak való megfelelés, amit ki is mutattak különböző vizsgálatok, melyeknek eredményeként azt kapták, hogy a rendszeres használók körében gyakoribb a depresszió, a szorongás, az öngyilkossági készletetés. A csoportazonosulásnak, hogy megfeleljek annak a kortárs csoportnak, amibe épp tartozom, érzelmi motivációi is vannak. Az egyik ilyen a kortársakkal való intimitás megtapasztalása, mely elsősorban proszociális viselkedési normák érvényesülésében érhető utol a kortárs kapcsolatokban: kölcsönösség, reciprocitás, kooperativitás. Továbbá maga a kapcsolatépítés is, mint az azonosulás, az identitásformálódás egyik alapja jelenik meg a serdülőben: az vagyok, amilyen csoportba tartozom. Ennek a folyamatnak 8 fő dimenziója van, amik meghatározzák a serdülő viszonyát a kortárs csoportokhoz: 1. biztonságigény – anya-gyermek kapcsolat, a megkapaszkodás igénye; 2. kötődés – az önbizalom és az azonoságtudat egészséges formálódásának forrása; 3. intenzív érzelmi élmények, szenvedélyek megtapasztalása; 4. „tükörfunkció” – közvetlen társas interakciók során nyilvánul meg, ez az empátia alapja: visszatükrözöm a partner érzelmeit, ezáltal is biztosítom érzelmei, viselkedése érvényességéről és együttérzésemről; 5. modellszerep érvényesülése – csoportjelenségek megnyilvánulása során; 6. kölcsönösség, „egymásra rezonálás”, bizalomépítés és a közös érzelmi alapok megtapasztalása; 7. „érzelmi beágyazottság” – a valahová tartozás/network (csatlakozás) közös élménye; 8. törődés, aktív segítség, gondoskodás lehetőségeinek elfogadása. A csoportazonosulásnak több pozitív forrása van, amik többek közt növelik a serdülőben a szociális kompetencia érzését. A kompetencia az egyéni és társas készségek használatának hatékonysága az életproblémák megoldására készítő

helyzetekben, a szociális kompetencia pedig azok a szociális készségek, melyek a serdülőkori fejlődésben fontos szerepet játszanak: olyan interperszonális készségek, melyek az új, megváltozott szabályokkal, társas normákkal jellemezhetőek, valamint a társas környezetbe, csoportba való beilleszkedést segítik elő, pl. egyértelmű kommunikáció, érdekérvényesítés vagy kérés készsége, más kéréseinek megtagadása stb. Bizonyos kutatások szerint a szociális készségek fejlesztésében alapvető feladat, hogy a fiatalok először ismerjék fel a csoportbefolyásolást és minden olyan hatást, mely magas rizikójú helyzetben éri, valamilyen viselkedési kihívás elé állítja őket.

A serdülőkorra jellemző orális problémák elsősorban a viselkedésben és az attitűdökben gyökereznek. Az orális állapotot és a fogászati kezelés iránti igényt a serdülőkorral járó biológiai változásoknál jobban meghatározza:

- az üdítőitalok, édességek és snack-ek fogyasztási divatja,
- a rendszertelen étkezés,
- dohányzás, alkoholfogyasztás, droghasználat,
- a külső megjelenés fontossá válása.

#### **6.7.5. Felnőttkor orális egészségviselkedése**

Kulcsár (2002) érdekes vizsgálati adatot mutatott be tanulmányában a felnőttkorral kapcsolatosan, mégpedig azt, hogy felnőttkorra, illetve az életkor előrehaladtával párhuzamosan nő a tudatos egészségviselkedés-formák aránya (diéta, testmozgás). Lehetséges, hogy az emelkedő arány egyszerűen azt jelzi, hogy azok maradnak tovább életben, akik egészségvédő viselkedésformákat gyakorolnak, de nagyobb a valószínűsége annak, hogy az életkorral gyakoribbá váló egészségügyi problémák késztetnek tudatos egészségvédő magatartásra.

#### **6.7.6. Időskor orális egészségviselkedése**

Idős korban: adott életkor felett ritkábban fordulnak fogorvoshoz, kevésbé küzdenek az orális állapot romlása ellen, mert:

- a fogak elvesztését az életkor „szentesíti”,

- az időskorban gyakori társadalmi izoláltság meggyengíti a megjelenésre vonatkozó társadalmi elvárásokat,
- „kisnyugdij”.

A kezeletlen orális problémák következtében rágási és nyelési nehézségek alakulnak ki. Ezek hatására a páciens gyakran korlátozza az étrendjét (könnyen rágható vagy rágás nélkül lenyelhető ételekre). Az egyhangú, örömtelen táplálkozás érzelmi-pszichés hátrányokkal járhat. Az idősek alultápláltsága a fogak hiányával és egyéb orális problémákkal magyarázható sok esetben. A hiányos fogazat vagy a rosszul elkészített protézis korlátozhatja a beszéd képességét is, amely további indok a visszahúzódásra, fokozva a társadalmi izolációt.

## A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- Mit értünk patogén és immunogén magatartás alatt?
- Milyen tényezők játszanak szerepet az egészségmagatartás alakulásában?
- Jellemezze az egyes életkorok és állapotok (várandósság) orális egészségviselkedését!
- Milyen káros magatartásformákra hívná fel kliensei figyelmét a szájüregi megbetegedések csökkentése érdekében?

## Felhasznált irodalom

- American Academy of Pediatric Dentistry (2016): The Reference Manual of Pediatric Dentistry – Perinatal and Infant Oral Health Care.  
[https://www.aapd.org/globalassets/media/policies\\_guidelines/bp\\_perinataloralhealthcare.pdf](https://www.aapd.org/globalassets/media/policies_guidelines/bp_perinataloralhealthcare.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.06-06.).
- American Dental Association (2013): Healthy smiles from the start – Dental care tips for mum and baby  
[http://www.ada.org/en/~media/MouthHealthy/Files/Alliance%20Prenatal%20Materials/Handout\\_English](http://www.ada.org/en/~media/MouthHealthy/Files/Alliance%20Prenatal%20Materials/Handout_English) - (Utolsó letöltése időpontja: 2020. 07.07.).
- Ádám György (1987): *A megismerés csapdái. Gyorsuló idő.* Magvető Kiadó, Budapest.
- Bárdos Gy. (2003): Magatartástudomány és orvoslás a XXI. században. *Magyar Tudomány*, XLVIII. kötet, 11., 1364-1372.  
<http://www.matud.iif.hu/2003-11.pdf> (Utolsó letöltés időpontja? 2020. 06.03.)
- Department of Health, New York State (2005): Infant and Children’s Oral Health  
[https://www.health.ny.gov/prevention/dental/birth\\_oral\\_health.htm](https://www.health.ny.gov/prevention/dental/birth_oral_health.htm) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.05.)
- Döbrössy L., Kékes E., Döbrössy B., Németh E. (2010): Szűrővizsgálatokról szakembereknek. Oktatási Segédanyag, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 71-79.o.  
[https://www.antsz.hu/data/cms14586/SZOK\\_Szurovizsgalatokrol\\_szakembereknek\\_20100728.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms14586/SZOK_Szurovizsgalatokrol_szakembereknek_20100728.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2019.10.20.)
- Elekes A. (1983): *Egészségnevelési módszertan.* Medicina, Budapest



- Fodor L. (2013): Az egészségmagatartás pszichopedagógiai megközelítése. [http://www.rmpsz.ro/web/images/magiszter/2013\\_osz/3.pdf](http://www.rmpsz.ro/web/images/magiszter/2013_osz/3.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2013.09.01.)
- Gochman, D. S. (edit.) (1988): Chapter 1. Health behavior - Plural perspectives. In: Health behavior. Plenum Press, New York, 3–17. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-0833-9\\_1](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4899-0833-9_1) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.03.)
- Harris, D. M., & Guten, S. (1979). *Health-Protective Behavior: An Exploratory Study*. *Journal of Health and Social Behavior*, 20(1), 17-29.
- Ireland, R. (2006): Clinical Textbook of Dental Hygiene and Therapy. Blackwell Publishing Company
- Kopp, M. (2001a): A magatartástudomány alapkérdései. In: Buda Béla és Kopp Mária (szerk.): Magatartás-tudományok. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 15-21.
- Kopp, M. (2001b): Magatartástudományi ember-környezeti rendszerelméleti modell. In: Buda Béla és Kopp Mária (szerk.): Magatartás-tudományok. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 26-46.
- Kulcsár Zs. (2002): *Egészségpszichológia*. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
- Matarazzo, J. D. (1980): Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807–817.
- Ogden, J. (2003): Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*, 22, 424-428.
- Pikó, B. (2002): *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 5-38.
- Pikó B., Bak J. (2004): A laikus egészségkép orvosi jelentősége: Gyermekek véleménye egészségről és betegségről. *Orvosi Hetilap*, 145. 1997–2002
- Rosenstock, I. M. (1974b). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education és Behavior*, 2. 4. sz. 354-386.
- Skinner, B. F. (1985): Cognitive science and behaviourism. *British Journal of Psychology*, 76. 291-301.
- Székely L. (2003): *Az óvodai egészségnevelés elmélete és gyakorlata*. Budapest. Egészségesebb Óvodák Nemzeti Hálózata
- Urbán, R. (2001): Útban a magatartás szempontú egészségpszichológia felé. Az egészségmagatartás pszichológiai elemzése *Magyar Pszichológiai Szemle*. LVI: 4, pp. 593-622.
- Tewari, N., Bansal, K., Mathur, V.P. (2019): Dental trauma in Children: A quick overview on management. *The Indian Journal of Pediatrics*. 86(11):1043-1047
- Yenen, Z., Atacag, T. (2019): Oral care in pregnancy. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association*. 20(4): 264-268.

## 7. PREVENCIÓ ÉS ORÁLIS EGÉSZSÉG

Az egészségtudatos életmódnak elengedhetetlenül fontos része a prevenció, amelynek egyik összetevője a preventív magatartásformák, az egyén kedvező egészségviselkedése. Az egyén kedvező egészségviselkedésének azon része, melyhez a betegséggel és gyógyulással kapcsolatos cselekedetek tartoznak, magába foglalja a szűrővizsgálatokon való részvételt, az önvizsgálat helyes elsajátítását és végzését, valamint a tünetek észlelésekor a korai orvoshoz fordulást. Az előbbieken felsorolt kedvező egészségviselkedések közül az alábbi fejezetben a szűrővizsgálatokat és az önvizsgálatokat mutatom be.

A preventív szemlélet jelentőségének hangsúlyozása napjainkban egyre nagyobb szerepet kap az orvostudományban, így a sztomatológia területén is. A fogorvos a prevenció különböző szintjein végzi munkáját. E tevékenység optimális esetben a fogászati megbetegedések kialakulásának megelőzése, de hazánkban ma még – különösen felnőttkorban – legtöbb esetben csak a betegség progressziójának megállítása, illetve a szájüregi rehabilitáció történik. Valamely gondozási rendszer hatékonyságát azonban nem a dokumentált esetek és a szájüregi rehabilitációk számán, hanem az orális egészség szintjén célszerű mérni (WHO, 2003).

### 7.1. A prevenció fogalma

A prevenció latin eredetű szakkifejezés (pre[előtte]+venire[jönni]), mely a betegségek megelőzésére vonatkozó átfogó és sokszínű tevékenységek összességét jelenti.

Prevenció alatt korábban a betegségek megelőzését értették. Napjainkban azonban e helyett a betegségek incidenciájának, megjelenésének késleltetéséről beszélünk (V. Hajdú és Ádány, 2003)

Ádány (2012) megfogalmazásában a megelőzés (prevenció) magában foglalja mindazon törekvéseket, melyek az egészség fejlesztését, megőrzését, illetve egészségkárosodás esetén az egészség mielőbbi visszaállítását, a károsodás további súlyosbodásának kivédését szolgálják.

## 7.2. A prevenció klasszikus szintjei

A prevenció klasszikus hármass felosztását Caplan (2000, idézi Urbán 2002) vezette be a preventív pszichiátria alapelveiként. A prevenció klasszikus felosztása szerint beszélhetünk primer, szekunder és terciér prevencióról.

### 7.2.1. Primer prevenció

Az elsődleges, vagy klasszikus prevenció az egészségvédelmet, a betegség okainak elhárítását, egészségügyi problémák elkerülését vagy késleltetését foglalja magába. Tulajdonképpen oki megelőzést jelent, feltárva az egyén életvezetési szokásait, viselkedését és személyiségének munkamódját. Célja az egészség megőrzése, az egészségkárosodás megelőzése, az egészséget veszélyeztető tényezők csökkentése. A primer prevencióra irányul az egészségnevelés, egészségfejlesztés és az egészség coaching (Kállai, Oláh és Varga, 2007; Hárdi, 1992).

A primer prevenciónak különböző szintjeit (8. ábra) különíthetjük el (Hárdi, 1992; Buda, 1998):

- a) *Testi vagy szomatikus szint* az alapvető emberi szükségletek kielégítését (pl. a testmozgás és a sport, megfelelő lakhatási viszonyok biztosítása, ételmezés és az ivóvíz ellátás), a külső ártalmak elkerülését (pl. tisztálkodás szerepe, levegőszennyezés, vegyi károk, allergének kerülése és kiiktatása, védőoltások), a társadalmi és gazdasági tényezők egészségre gyakorolt hatásának (pl. egy alacsonyabb szocioökonómiai státusz hatása a tápláltsági állapotra) illetve a rizikómagatartás (pl. a dohányzás, túlzott alkoholfogyasztás) hatásának kiküszöbölését, csökkentését jelenti.
- b) *Pszichoszociális szint* a pszichoszociális igények biztosítása. Az emberi kapcsolatok iránti igény kielégítését jelenti, ami a családdal és más fontos személyekkel való támogató kapcsolaton alapul. Ez biztosítja a személyiség szellemi és érzelmi fejlődésének kibontakozását, körül határolását.
- c) *Szociokulturális szint* meghatározója, hogy a személyiség működését az egyén társadalomban elfoglalt helye, a társadalom változásai és perspektívái egyaránt befolyásolják. A hátrányos helyzetű csoportokhoz tartozás (pl. kisebbségek, különböző betegcsoportok), új társadalomba történő beilleszkedés (bevándorlás), munkanélküliség (hajléktalanok – önértékelés kérdése), és az ökológiai viszonyok (ember-környezet viszony,

és annak hatásai – természeti és tárgyi környezet hatásai) hatását is figyelembe kell venni az elsődleges prevenció kérdésénél.

**8. ábra**  
**A primér prevenció szintjei**



(Forrás: Harting és Varga, 2016)

[https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094\\_neurologia\\_hu/ch07s17.html](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_hu/ch07s17.html)

Az elsődleges megelőzés célcsoportjának általában az egészséges személyek tekinthetők; így az egyéni, a családi, a különböző csoportokat érintő (pl. munkahely), közösségi és populáció szintű prevenció kidolgozása, preventív programok tervezése is a feladatkörébe tartozik. Az elsődleges megelőzés magába foglalja az életmódbeli változásokat (pl. egészséges táplálkozás és fizikai aktivitás, dohányzás abbahagyásának segítése) és az oktatási programokat (Kállai, Varga, Oláh, 2007).

### **7.2.2. Szekunder prevenció**

A másodlagos prevenció a tradicionális biomedikális modellre épül. Elsősorban az egészségi kockázatok feltárását, a már kialakult betegség korai stádiumban történő felismerését, a problémás állapot gyors és hatékony rendezését, és az azonnali gyógykezelést, megoldás keresését jelenti. Célja a betegség időtartamának rövidítése, mielőtt az még tüneteket okozna, vagy progressziója bekövetkezne. Eszköze a szűrés és a betegség korai szakaszában történő intervenció és a következményes betegségek megelőzése. A prevenció nem minden esetben történik időben, mivel az orvoshoz fordulási szokások gyakran kulturális mintázatot követnek

és a sajátos betegségképek megakadályozzák az időben történő orvoshoz fordulást (Hárdi, 1992; Pikó, 2003; Kállai, Varga, Oláh, 2007).

### **7.2.3. Tercier prevenció**

A tercier prevenció valójában nem tényleges prevenciós beavatkozást jelent, így létjogosultságát sokan megkérdőjelezzik. Ezen a szinten a gyógyítás és a megelőzés élesen már nem határolódik el egymástól. Célja a már kialakult betegség progressziójának, szövődményének, krónikussá válásának és kiújulásának elhárítása, illetve a következményes és kísérő betegségek létrejöttének megakadályozása. Aszmann Anna (2007) harmadlagos prevenció címen az állapotromlás megakadályozását, a rehabilitációt jelöli meg. Ezért ez széles körben a rehabilitáció feladata lesz. Caplan (1964) szerint a harmadlagos prevenció lépései (idézi Hárdi, 1992):

1. Fel kell mérni a betegség által okozott károkat és a páciens motivációját, hogy a beteg elidegenedése, produktivitása és jövőbeni együttműködése megmutatkozzon. Az orvos-beteg kapcsolat az együttműködés, azaz a compliance szempontjából meghatározó jelentőségű, mivel a beteg aktív együttműködése szükséges a későbbi egészségállapot alakulásához.
2. A betegség által kiváltott elidegenedés elkerülésére való törekvés, ami a páciens közvetlen környezetének, családjának megnyerését jelenti.
3. A javulás szempontjából fontos a segítség módjának kidolgozása, és lehetőség szerint a páciens otthon tartása, ezzel is megelőzve az esetleges elszigetelődést, kitisztítást és elmagányosodást.
4. A beteg motiválása, aktivitásának növelése a kezelésbe épített ösztönző elemek segítségével.
5. A beteg közösségbe való visszailleszkedésének segítése átmeneti intézmények igénybevételével (nappali szanatórium, védett munkahely).
6. Szociális támogatás: a szociális támogatást úgy definiálhatjuk, mint interperszonális segítségnyújtást, ami javítja a jóllétet, vagy véd a kedvezőtlen, a beteg állapotát befolyásoló eseményektől. A szociális támogatás lehet kézzel fogható (anyagi juttatások, szállítás), lehetnek immateriális javak (kognitív, emocionális vagy informáló segítség), amik érkehetnek a családtagoktól, a barátoktól és az egészségügyben dolgozóktól (Okkonen, Vanhanen, 2006)

### 7.3. Prevenációs stratégiák a célcsoportok speciális igényei szerint

A primer-, szekunder-, tercier prevenció szemléletét egy jobban körülírt meghatározás kezdi felváltani, ami a problémák helyett a célcsoport speciális igényeire helyezi a hangsúlyt. Az új megközelítés szerint a célcsoportok jobban körülhatárolhatóak, így a prevenció hosszú távon is költséghatékonyává válik. A prevenció beavatkozások három szinten következhetnek be (9. ábra), így beszélhetünk univerzális-, szelektív-, és indikált prevencióról (+környezeti stratégiák) (Nádas, 2006; Rácz, 2007):

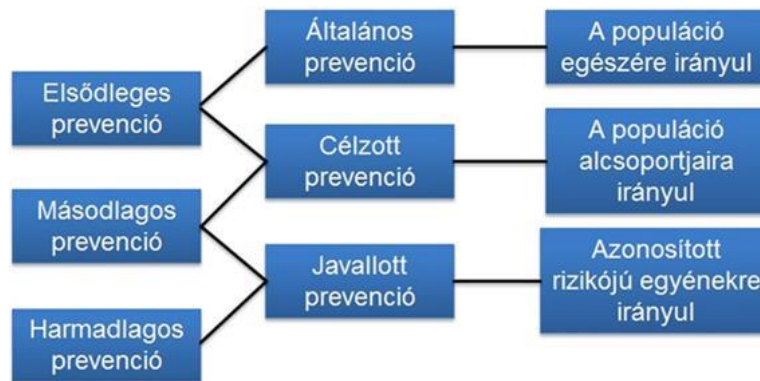
- *Általános prevenció (Universal prevention)*

Az általános prevenció stratégiák a populáció egészét célozzák meg olyan programok és üzenetek segítségével, amelyek célja a konkrét problémaviselkedés (pl. alkohol, dohányzás, kábítószer fogyasztás) megjelenésének megakadályozása vagy késleltetése. Előzetes szűrés nélkül látja el az egyéneket ismeretekkel, készségekkel, jártasságokkal, ami lehetővé teszi a problémák kivédését. Célcsoport szerint nem differenciált, az egész populációt veszélyeztetettnek tekinti, azonban a veszélyeztetettség mértéke egyének szintjén különböző lehet. Az iskolai vagy média programok többsége az univerzális prevenció stratégiának tekinthető.

- *Céltartott prevenció (Selective prevention)*

A szelektív beavatkozás a populáció sajátos részét célozza meg. Célcsoporton belül nem differenciál, a céltartott beavatkozások egy alpopuláció egészére vonatkoznak az egyéni veszélyeztetettségtől függetlenül. A veszélyeztetett csoportok számos szempont alapján azonosíthatóak, történhet ez az azonosítás a biológiai, pszicho-szociális, szociális, vagy környezeti kockázati tényezők mentén – amennyiben a tudományos kutatás bizonyítottan oki kapcsolatot mutatott ki az adott tényező megléte és a probléma-viselkedés kialakulása között – a programok által megcéltartott alcsoportok definiálása pedig történhet az életkor, nem, családi háttér, lakóhely (magas drogérzékenységgű, vagy alacsony jövedelmű környékek), stb. alapján.

**9. ábra**  
**Prevenációs stratégiák a célcsoportok speciális igényei szerint**



(Forrás: Meili, 2004 idézi Nadas, 2006. p. 13.)

*c) Javallott prevenció (Indicated prevention)*

Az indikált prevenció az azonosított rizikójú egyénekre irányul, az egyén szintjén próbálja megelőzni a függőség kialakulását, megállítani a folyamatot, csökkenteni a használat gyakoriságát és mindezek következményeként megelőzni a veszélyes szerhasználatot. Vagyis célja nem a betegség vagy függőség kialakulásának megakadályozása, hanem az egyén szintjén történő beavatkozással a viselkedészavar befolyásolása.

*d) Környezeti stratégiák (Environmental strategies)*

Ez a megközelítés figyelembe veszi azt a tényt, hogy az egyének nem kizárólag személyes jellemzőik folytán kerülnek kapcsolatba a drogokkal. Sőt, olyan komplex környezeti tényezők is hatással vannak rájuk, mint például, hogy mit tekintenek normálisnak, elvártnak, vagy elfogadottnak a közösségben, ahol élnek; az államuk törvényei, szabályai és az adórendszer; milyen reklámüzeneteknek vannak kitéve; valamint az alkohol, dohánytermékek és kábítószeresek hozzáférhetősége. Mivel a szerhasználatot a teljes rendszer termékének tekintik, a környezeti prevenció stratégiák háttérben a teljes közösség elérése áll.

A környezeti stratégiák olyan prevenció stratégiák melyek célja azon közvetlen kulturális, szociális, fizikai és gazdasági környezet megváltoztatása, ahol az emberek drogfogyasztással kapcsolatos döntéseiket meghozzák. Céljuk, hogy késleltessék a szerhasználat kezdetét.

Konkrétumokat említve, a környezeti stratégiáknak gyakran vannak divatjamúlt elemei, mint például a piacok ellenőrzése, vagy a kényszerítő intézkedések (életkorhoz kötött

szabályozás, dohányzási tilalom). Ezekből adódóan fontos talaját adják a társadalmi vitáknak, mivel a társadalom és a népegészségügy kulturálisan korlátolt értelmezéseit vonják kétségbe. A viselkedési addikciókat (elhízás, dohányzás és alkohol-fogyasztás) például sok ember magánügynek, személyes választásnak gondolja, ahol az államnak nem kellene beavatkoznia. A népegészségügy szószólói szerint ezek azonban az ipar által okozott népbetegségek (vagyis komoly ipari érdekek állnak mögöttük) és a veszélyeztetettek, elsősorban a fiatalok védelme érdekében szükség van a népegészségügyi politika cselekvésére.

#### **7.4. Prevenció szintjei - magatartástudományi megközelítésben**

A megelőzésnek, mint általános egészségtudományi alapelvnek az orvoslás valamennyi szintjén, és ebből következően a betegség valamennyi stádiumában meg kell jelennie (10. ábra). Valamennyi prevenció szint közvetve vagy közvetlenül összefüggésben áll magatartási tényezőkkel (Pitts, 1996; Winett, 1995 idézi Pikó, 2003).

##### **10. ábra**

##### **A prevenció szintjei és magatartástudományi lehetőségei**

###### ***Harmadlagos megelőzés:***

- Ártalomcsökkenés
- Szövődmény megelőzése, rehabilitáció
- Compliance, életmódkontroll

###### ***Másodlagos megelőzés:***

- Szűrővizsgálatok
- Preventív egészségmagatartás formálása
- Orvoshoz fordulási szokások, laikus betegségképzetek megismerése

###### ***Elsődleges megelőzés:***

- Egészségfejlesztés és egészségnevelés
- Kockázateszlelés és egészségtudatosság formálása
- Önbizalomfejlesztés, konfliktusmegoldási és stresszkezelési technikák eljajátítása, társas támogatás

###### ***Primordiális megelőzés:***

- Jogi szabályozás
- Kereskedelmi szabályozás
- A környezet védelme, etikai követelmények betartása
- Társadalmi normák alakítása

*(Forrás: Pikó, 2003. p. 1383.)*



A **primordiális prevenció** olyan általános megelőzési formákat foglal magában, amelyek nem közvetlenül a betegségmegelőzést szolgálják ugyan, mégis indirekt úton hozzájárulhatnak ahhoz. A társadalmi-gazdasági fejlődés, a környezettudatosság, a különböző jogi és kereskedelmi szabályozások befolyásolják az egészségi állapotra ható tényezők rendszerét, amelyek így hosszú távon a lakosság egészségét is meghatározzák.

Az **elsődleges**, azaz primer **prevenció** a specifikus rizikótényezők kontrollját, kiemelten az egészséggel összefüggő káros életmódbeli tényezők csökkentését és az egészségtudatos viselkedés elősegítését jelenti. Míg a hagyományos egészségügyi felvilágosítás elsősorban az ismeretek átadására helyezte a hangsúlyt, így például a dohányzás káros hatásainak és egészségügyi következményeinek bemutatására, a modern egészségnevelés, illetve -fejlesztés ugyanígy magában foglalja az attitűdformálást és készségfejlesztést is. Mindkét elem igen sok szállal kapcsolódik a magatartástudományi elméletekhez. Az attitűdök kialakulása és magatartási hatása erősen kötődik kognitív és szociálpszichológiai jelenségekhez is, mint például a társas megismerés vagy a sztereotípiák szerepe. A készségfejlesztés ugyancsak támaszkodik a társas megerősítés hatásaira, amelyek közül ki kell emelni a konfliktus-megoldási, valamint a stresszkezelési technikák fejlesztését. A társas hatások mellett a személyiség szerepe szintén lényeges a rizikótényezőkhöz való viszonyulásban, így például az önbizalom vagy a kompetencia fejlesztése alapvetően fontos a kockázati magatartásformák serdülőkori megelőzésében.

A **másodlagos megelőzés** elsősorban a betegségek korai stádiumban való felismerését és azonnali gyógykezelését jelenti. A preventív egészségmagatartás sajátos megnyilvánulása a megelőző orvoslás lehetőségeinek igénybevétele, a megelőzéshez való hozzáállás. Az orvoshoz fordulási szokások kulturális mintázatot is követnek, egy-egy sajátos betegségkép megakadályozhatja az időben történő orvoshoz fordulást vagy a nem professzionális segítség előtérbe helyezését. A laikus betegségképek megismerése ezért igen fontos magatartástudományi kutatási feladat. Nem minden esetben az ismeretek hiánya vagy téves volta vezet az egészségtudatosság alacsony szintjéhez, hanem előfordul, hogy sajátos félelmek akadályozzák meg az orvoshoz fordulást.

A **harmadlagos megelőzés** létjogosultságát sokan vitatják, hiszen valójában nem betegségmegelőzésről van szó, hanem az állapotromlás vagy szövődmények kialakulásának megelőzéséről. A mai modern társadalomban a krónikus betegségek gyakorisága drámai

méreteket öltött, s emiatt a harmadlagos prevenciónak különösen megnőtt a jelentősége. A gondozás és a rehabilitáció eszközei biztosítják, hogy a krónikus betegek is megfelelő életminőséget érjenek el. Természetesen a betegek együttműködése, azaz az adherencia ezekben az esetekben sajátos orvos-beteg kapcsolatot tételez fel, s egyúttal a beteg aktív közreműködését igényli egészségi állapotának alakításában. Ez sokszor életmódkontrollt jelent, hiszen akár vércukorszint-kontrollról, akár vérnyomás-ellenőrzésről van szó, a beteg az, aki saját életmódján változtatni tud annak érdekében, hogy állapotának romlása hosszú távon se következzen be.

## **7.5. Szűrővizsgálatok**

A szűrővizsgálatok jellemzően gyorsan, gyakorlatilag veszélytelenül és viszonylag olcsón kivitelezhető tesztek vagy egyéb eljárások alkalmazásával a teljes populáción, ill. annak egy jól definiált csoportján azzal a céllal elvégzett vizsgálatok, hogy a csoport tagjai között egy adott betegség által valószínűleg érintettek azonosításra kerüljenek.

### **7.5.1. Szűrővizsgálat fogalma és célja**

„Olyan vizsgálat, amelynek célja a betegség tüneteit nem mutató (tünetmentes) személy esetleges betegségének vagy kórmegelőző állapotának - ideértve a betegségekre hajlamosító kockázati tényezőket is - korai felismerése." (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről)

Döbrössy és mtsai (2010) megfogalmazásában a szűrés egészséges vagy magukat egészségesnek vélő, tünet- és panaszmentes személyek vizsgálatát jelenti, amelyet azzal a céllal végeznek, hogy egyes célállapotok fennállását nagy valószínűséggel kizárják, vagy éppen valószínűsítsék.

A szűrővizsgálatok lehetőséget biztosítanak bizonyos állapotok fennállásának valószínűsítésére vagy éppen azok jelenlétének a kizárására. Fontos azonosítani az egyes szájüregi megbetegedések kialakulásában szerepet játszó hajlamosító tényezőket, a betegségmegelőző állapotokat, valamint a kialakulás kezdeti stádiumában lévő kórképeket (Döbrössy és Budai, 2018).

A szűrés tehát lényegében ráutaló, spontán panasz és/vagy tünet hiányában végzett olyan tevékenység, amely rendeltetése nem a diagnózis felállítása, hanem egy állapot valószínűsítése.

A szűrővizsgálatok önmagukban nem diagnosztikus eljárások, hiszen a végleges diagnózis és a kezelés érdekében a pozitív vagy a bizonytalan eredményű egyéneknek további vizsgálatokon kell rész venniük. Célja az egyéni egészségi állapot meghatározása, amely a kockázat azonosítása és a betegség előtti állapotok, valamint a célként kitűzött betegségek kiderítése mellett, a szövődmények, társbetegségek kimutatására is irányul.

### **7.5.2. Szűrővizsgálatok típusai**

A szűrővizsgálatokat többféleképpen csoportosíthatjuk. Szepesvári és Szepesvári (1995) munkájában két alaptípust, az általános és célzott szűrővizsgálatokat különbözteti meg. Más csoportosítás szerint beszélhetünk kötelező és az egyén által kezdeményezett szűrővizsgálatokról, illetve népegészségügyi (tömeges, előírt, célzott) megközelítésben az érintettek köre és a felderítendő megbetegedés alapján.

#### *7.5.2.1. Általános és célzott szűrővizsgálatok*

Az általános esetben egyidejűleg történik több betegség szűrése, míg a célzott típusnál egyetlen betegség fennállását szűrik.

#### *7.5.2.2. Kötelező és önkéntes szűrővizsgálatok*

A kötelező szűrővizsgálatokat 0-18 éves kor között kerülnek elvégzésre. Ide tartoznak a fizikális, az érzékszervi, a pszichomotoros és mentális fejlődést ellenőrző vizsgálatokat, valamint a veleszületett fejlődési rendellenességek, a csípőficam és a rejtettheréjűség szűrése. A későbbi életkorokban a testi és pszichomotoros vizsgálatok elvégzése 2 évente ajánlott (Ádány, 2012).

Az önkéntesen igénybe vehető szűrővizsgálatok korcsoporthoz kötöttek (korosztályi bontások: 21 éves korosztály, a 21-40 évesek, a 40-64 évesek és 65 év feletti). A vizsgálatok között szerepel a cardiovascularis megbetegedéseknek, a diabetesz korai jeleinek és szövődményeinek szűrése, de minden életkorban ajánlott az ajak-és szájüregi szűrés elvégzése is (Ádány, 2012).

### *7.5.2.3. Tömeges, előírt, célzott és alkalmoszerű szűrővizsgálatok*

A tömeges szűrővizsgálatok elnevezés azt hangsúlyozza, hogy az adott szűrővizsgálat kiterjed a teljes, potenciálisan érintett lakosságra. Jellemző példái az újszülöttek szűrővizsgálata (pl. fenilketonuriára), a várandósok, ill. a magzat szűrése fejlődési rendellenességek kimutatására (pl. ultrahang vizsgálattal stb.).

Az előírt szűrővizsgálatok a lakosság adott nemű és korcsoportba tartozó egyedeinek megfelelő időszakonként végzett rendszeres szűrővizsgálata, mely egy adott betegség korai kimutatását célozza (pl.: az emlőrák, méhnyak-rák, vastagbél-végbélrák kimutatására szervezett szűrővizsgálatok).

A célzott szűrővizsgálatok olyan csoportok esetében rendszeres időközönként vagy esetenként végzett szűrővizsgálatok, melyeknél káros környezeti expozíció feltételezhető, vagy egy adott betegséggel szemben fennáll a fokozott fogékonyság lehetősége (pl.: foglalkozásokhoz kötött szűrővizsgálatok, familiáris/etnikai halmozódást mutató genetikai betegségek szűrése stb.). A célzott, szervezett szűrővizsgálatok népegészségügyi programok keretében valósulnak meg, az életkoruk alapján veszélyeztetett csoportba sorolt egyének nyilvántartásba vannak véve, nyomon követik őket és személyes meghívást kapnak az adott szűrésre (Black és mtsai, 2002). A népegészségügyi, célzott szűrővizsgálatok közé az emlő és méhnyak szűrését soroljuk, valamint a kísérleti programként elindított gyomor-bélrendszer és prosztata szűrését. A 25-65 év közötti nők esetében egyszeri negatív szűrővizsgálati eredmény esetén három évente ajánlott a méhnyakszűrés elvégzése. A 45-65 éves korosztályba eső nőknél pedig két évente javasolt az emlő vizsgálata (mammográfia) (Ádány, 2012).

Alkalmoszerű szűrés minden bármely más okból történő, a páciens által kezdeményezett orvos-beteg találkozó, mikor az egészségtudatos, tünetektől mentes kliens felkeresi orvosát lehetőséget biztosítva a szűrés elvégzésére (Black és mtsai, 2002).

### **7.5.3. Szűrővizsgálatok jogi szabályozása hazánkban**

A szűrővizsgálatok jogi szabályozása az “51/1997 (XII. 19) NM rendelet a kötelező egészségbiztosítás keretében igénybe vehető betegségek megelőzését és korai felismerését szolgáló egészségügyi szolgáltatásokról és a szűrővizsgálatokról” című anyagban található.

#### **7.5.4. A szűrővizsgálatok pszichés hatásai**

A szűrővizsgálatoknak az egyénnek nemcsak egészsége szempontjából van jelentős szerepük, hanem egészségtudatosságuk is növelhető azáltal, hogy részvételével az egyén aktív szerepet vállal saját egészségi állapotának alakulásában.

A szűrővizsgálatok pozitív lélektani hatása a valós negatív eredmény esetén az egyén biztonságérzetének növelése, amely azonban nem egyenlő azzal, hogy nem lehet beteg. Azt jelenti, hogy megfelelő tudással felismerné a korai tüneteket, jeleket, e tudásra alapozva pedig időben orvoshoz fordulna. Ez a tudás növeli az egyénben azt az érzetet, hogy mindent megtesz egészsége érdekében, és a betegségek esélyét a lehető legkisebbre csökkentse (Döbrössy és mtsai, 2010).

A pozitív hatások mellett, meg kell említenünk a negatív hatásokat is, pozitív lelet esetén az egyén fél, szorong, pedig előfordulhatnak álpozitív és álnegatív tesztek is. Amennyiben az egyén álteszteredményt kap nagy valószínűséggel a szűrővizsgálatokon való rendszeres részvétele csökkenni fog (Ajkay, 1996). Emellett a hamis pozitív eredmény rettegést hordoz magában, a hamis álnegatív pedig az időfaktor miatt rontja az esélyeket a hamis megnyugtató által. Az egyén gyakran a szűrővizsgálatok előtt beleéli magát a betegszerepbe, mintha ő maga is rosszindulatú daganatban szenvedne. A tájékoztatás elmaradása ezt a félelmet csak tovább növeli benne, az eredményig eltelt idő alatt a szorongás tovább fokozódhat (Döbrössy és mtsai, 2010a). A szűréseken való részvételt akadályozó tényező lehet még ezeken felül a szűrés lakhelytől való távolsága, az alacsony iskolázottság, az egyedül élők, korábbi negatív tapasztalatok, korábbi álpozitív eredmény. A részvétel szempontjából befolyásoló tényező még az életkor, magatartási és lélektani tényezők, az egészségügyi team tagjainak hiányos kommunikációja, és a rák téves megítélése a köztudatban (Döbrössy és mtsai, 2010b).

#### **7.6. Prevenció a fogászatban**

A fogászati prevenció célja általában az orális egészség megtartása, fejlesztése, a szájüreg és a fogazat betegségeinek megelőzése, valamint kifejlődésük meggátlása.

Kezdetben a fogászati primer prevenció elsősorban a két fogászati népbetegség: a fogszuvasodás és a fogágybetegség megelőzésére irányult. Azonban az orális carcinomák drámaian emelkedő tendenciája egyre inkább ráirányította a figyelmet a megelőzésükre. Az

utóbbi évtizedekben a prevenció törekvések kiegészültek a magas prevalenciát mutató daganatok, illetve daganatelőző állapotok megelőzésével és szűrővizsgálatával.

### 7.6.1. A fogászati prevenció szintjei

A prevenció szintjei a fogászat területén is alkalmazhatóak, hasonlóképp beszélhetünk primer (sőt primer-primer), szekunder és terciér prevencióról:

– **Primordiális megelőzés (risk prevention)**

- A primordiális szint a kockázati tényezők megelőzésére vonatkozóan az alábbiakat foglalja magában:
- mindazon (általában állami, kormányzati) intézkedéseket és tevékenységeket, melyek célja megakadályozni a tömegesen veszélyeztető tényezők (környezeti, szociális stb.) kialakulását és elterjedését (Mester, 2015)

– **Elsődleges megelőzés**

- A primer prevenció magába foglalja a rizikóállapotok azonosítását, a rizikófaktorok eliminálását, az egészségkárosító tényezők csökkentését, az egészségnevelést, az egészséges életmód kialakításának szorgalmazását, a protektív, egészségvédő tényezők hangsúlyozását és az immunizációt is (Nyárasdy és Bajnóczy, 2009).
- Célja elsősorban a caries és a parodontopathiák, valamint a fogazati anomáliák és a szájüregi malignus folyamatok kialakulásának megakadályozása, a beható káros tényezők távol tartása, kiküszöbölése megfelelő életmódváltoztatás (Mester, 2015).
- Primer-primer prevencióról a várandósoknál beszélhetünk, amikor nem csupán az anyára, hanem még a baba születése előtt az órá vonatkozó megelőző intézkedésekről van szó.

– **Másodlagos megelőzés**

- A szekunder prevenció többek között a precancerózisok és daganatok korai stádiumban történő azonosítását hangsúlyozza. A szájüreg esetében a daganatmegelőző elváltozások és állapotok már korán, egyszerűen felismerhetők a sztomatológiai szűrés során. A hangsúly tehát azon van, hogy minél több ember jusson el rendszeresen fogászati szűrésre, így az esetlegesen kialakuló elváltozás ellen is eredményesen fel tud lépni az orvosi team, hozzájárulva a gyógyulási esélyek javításához (Nyárasdy és Bajnóczy, 2009).

- Tevékenységi körébe tartozik még a fogazat és a szájüreg betegségeinek korai felismerése önvizsgálat vagy szervezett szűrővizsgálatok útján, azok progressziójának meggátolása, továbbá a korai tömés- és gingivitis-terápia, orthodontiai kezelés, praecancerosus léziók korai diagnózisa és ellátása (Mester, 2015).
- **Harmadlagos megelőzés**
  - A diagnosztizált daganatok kezelésén, gyógyításán és az érintettek gondozásán alapul, valamint kiterjed a metasztázis és recidíva kialakulásának megelőzésére (Nyárasdy és Bánóczy, 2009).
  - Az előbbieken alján a már kialakult betegségek ellátása és helyreállítása konzerváló, szájsebészeti és protetikai beavatkozások útján (Mester, 2015).

### ***Prenatalis prevenció szempontok***

A várandósság első trimesztere a legkritikusabb időszak, hiszen ekkor kezdődik meg a magzat szerveinek kifejlődése. A fogágy fejlődése a 4-5. héten, míg a fogaké a 9-12. héten indul meg. Láthatjuk, hogy a fogak és fogágy fejlődése a várandósság nagyon korai időszakában kezdődik, esetlegesen ekkor még a kismama nem is tudja, hogy babát vár. Az egyes stresszorok (vírusfertőzés, alkoholos toxicitás, dohányzás, gyógyszerhatás stb.), amik ez idő tájt érik, hatással vannak a magzat fejlődésére. (A maxilla például a 4-6. hét környékén egyesül, azonban káros hatás esetén ez elmaradhat és fejlődési rendellenességként szájpadhasadék alakulhat ki.) Fontos kiemelni, hogy az édesanya megfelelő (minőségű és mennyiségű) táplálkozása elengedhetetlen a magzat optimális fejlődéséhez (Goepferd és Garcia-Godoy, 1999 idézi Nyárasdy, 2009).

A várandósság időszakában flexibilis fogászati programra van szükség. A prevencióra és a folyamatos monitorozásra, ellenőrzésre kell a hangsúlyt fektetni. A terápiás beavatkozások elvégzése csak a legszükségesebb esetekben javasolt. Az első trimeszterben a létfontosságú szervek fejlődése miatt hanyagoljuk a kezelés elvégzését, a harmadik trimeszterben pedig már a kezelési pozíció teszi problémássá (a magzat súlya és elhelyezkedése miatt) a fogászati beavatkozást. A várandósság ideje alatt a röntgenvizsgálatok mellőzése javasolt, amennyiben viszont szükségesnek ítéli meg az orvos, gondos védelemben kell kivitelezni. A szükséges fogászati kezelések elvégezhetők a 2-3. trimeszterben, azonban a legoptimálisabb, ha már a gyermekvállalás tervezésének folyamatában felkeresi fogorvosát a leendő kismama. Fontos kiemelni, hogy amennyiben gyulladás van az édesanya szájüregében, azt kezelni, kontrollálni

szükséges, hiszen a tartós gyulladás szintén káros hatással van a magzat egészségére nézve (Harris és Garcia-Godoy, 1999 idézi Nyárasdy, 2009).

A legfőbb célunk ebben az időszakban megőrizni az édesanya és a magzat egészségét, valamint elősegíteni a fogászati prevenció megvalósulását. A kismamák rendszeres fogászati ellenőrzése lehetővé teszi a caries és a parodontális folyamatok meggátlását és kontrollálását, ezen túlmenően pedig lehetőséget biztosít arra, hogy bevonjuk az édesanyát a prevenció folyamatába. Fontos felhívni a figyelmet a kismama orális egészségének és szájhygiénájának jelentőségére, valamint az egyes rizikófaktorok magzatra gyakorolt hatásaira. A fogászati teamnek feladata, hogy eloszlassa az egyes hiedelmeket, téves információkat, mint például, hogy “minden gyermek az édesanya egy fogába kerül” vagy, hogy “a magzat csontozatának fejlődése az anya fogaiból kalciumot von ki”. A találkozások alkalmával érinteni kell a helyes táplálkozás, a várandósság idején alkalmazható gyógyszerek témakörét, valamint a gyermek megszületése utáni szoptatás, és az újszülött szájápolásának fontosságát (Nyárasdy, 2009).

Összességében a prenatális prevenció elengedhetetlen a magzat egészséges, optimális fejlődése érdekében.

### **7.6.2. Fogászati szűrővizsgálatok**

Fogászati szűrővizsgálatok évente ajánlottak, melyek nem csupán a fogazat, a fogkő, a fogpótlások áttekintésére és a szájüregi daganatok szűrésére terjednek ki, hanem a csontképletek, a nyálmirigyek és a fogágy átvizsgálására, valamint parodontosis tüneteinek megfigyelésére is. A fogorvosi szűrővizsgálat az alapellátást nyújtó fogorvos feladata. Ezt a szűrővizsgálatot – függetlenül a fogászati ellátás igénybevételének okától – el kell végezni az ellátásra jelentkező betegnél (NEA, 2020).

Az egyszerű, megtekintéses és tapintásos vizsgálaton alapuló **szájüregi rákszűrés** (sztomatoonkológiai szűrés) lehetővé teszi az esetleges elváltozások korai diagnosztikáját, valamint a további vizsgálatok és szükséges kezelések mielőbbi megkezdését. A daganatmegelőző állapotok és elváltozások, valamint a betegségek kezdeti stádiumban történő azonosításával megelőzhető a súlyos kórképek és következményeik kialakulása (Brocklehurst és mtsai, 2010). A sztomatoonkológiai szűrés alkalmával szisztematikusan, gondosan át kell tapintani és szemrevételezni a szájüreg képleteit. Meg kell vizsgálni az ajak, a bucca, a gingiva, a nyelv, a szájfenék, a kemény- és lágyszájpad, valamint a garat területét. A fizikális



vizsgálatnak részét képezik a submandibuláris és nyaki nyirokcsomók áttapintása is (Dombi és mtsai, 1995).

A sztomatológiai szűrés egyszerű és gyors, valamint kis eszközigénnyel rendelkezik. A vizsgálat elvégzéséhez csupán megfelelő fényviszonyokra, jó megvilágításra, gumikesztyűre, 2 darab egyszer használatos nyelvlapocra vagy fogászati eszközre, pl.: szondára és tükörrre van szükség. A fogászati szűrés elvégzésére nem áll rendelkezésre nemzetközi, konszenzuson alapuló megállapodás, általánosan azonban évente ajánlott a veszélyeztetett populáció extra-és intraorális vizsgálata. A primer prevenció ez esetben a daganatok kialakulásában szerepet játszó rizikófaktorok azonosításán és eliminálásán alapul. A secunder prevenció a precancerosisok és daganatok korai felismerését hangsúlyozza. Szakemberként lépéseket kell tennünk a fogászati szűrővizsgálatok népszerűsítése érdekében, valamint fel kell hívni pácienseink figyelmét a daganatmegelőző állapotok és elváltozások tipikus jellemzőire, tüneteire (Németh és mtsai, 2010).

A célzott, szervezett szájüregi szűrővizsgálat létjogosultsága erősen vitatott, ezért jelenleg nem áll rendelkezésre népegészségügyi méretű, meghíváson alapuló lakossági sztomatológiai szűrés (Council of the European Union, 2003). Az alkalmoszerű szűrés azonban megvalósul a fogászati ellátás keretein belül, hiszen minden fogorvos/dentálhigiénikus-beteg találkozáson fontos részét kell, hogy képezze a rákszűrés elvégzése. Minél több ember elérése és szűrése érdekében más egészségügyi szakemberek is bevonhatóak lennének, szakirányú továbbképzésben részesülhetnének például a házi orvosok is. A házi orvossal történő találkozások alkalmával lehetőség nyílhatna rizikóbecslésre, valamint a magas kockázatú páciensek tovább irányítására a megfelelő szakrendelésre. A szűrésen túl a házi orvosok is közre működhetnének a szájhygiénés és táplálkozással kapcsolatos tanácsadásban (Ebstein és mtsai, 2008). Egy másik lehetőség a szelektív szűrés lenne, melynek esetében a magas kockázati csoportba sorolt egyének követése és szűrése valósulna meg. A szájüregi daganatok tekintetében a 40 év feletti, férfi nemű, dohányzó, gyakran nagy mennyiségű, rossz minőségű alkoholt fogyasztó, elhanyagolt szájhygiénájú egyének vannak veszélyeztetve (Speight és mtsai, 2006).

Az időben diagnosztizálásra kerülő daganatos esetek közel 80%-a kezelhető, gyógyítható lenne, azonban elkeserítő tény, hogy a magyar lakosság kis százaléka vesz csak részt

rendszeresen fogászati szűrésen, az esetek többségében akkor kerül csak diagnosztizálásra az elváltozás mikor már előrehaladott stádiumban van (Németh és mtsai, 2010).

A fogászati szűrés nem csak a daganatmegelőző állapotok és a már kifejtett daganatok kiszűrésére fókuszál, fontos részét képezi a *fogazat áttekintése*, a fogkő, a szuvasságok, a lepedék azonosítása, a tömések és fogpótlások ellenőrzése, valamint a csontképletek, a nyálmirigyek és a fogágy vizsgálata is. Gyermekes esetében kitüntetett szerepe van a fog-és állcsontrendellenességek szűrésének is.

### **7.6.3. A szájüregi elváltozásokkal kapcsolatos önvizsgálat és jelentősége**

A szájüregi elváltozások tekintetében fokozott kockázatúak azon egyének, akik dohányoznak, alkoholbetegséggel küzdenek, vagy pozitív a családi anamnézisük. Az önvizsgálat során figyelemmel kell kísérni a 2-3 hete fennálló, gyógyulási hajlamot nem mutató seb, a fehér vagy vörös színű, le nem törölhető folt, fekélyszerű elváltozások, a tartós nyálkahártya megvastagodás, a nyelési nehezítettség és fájdalom, a nyaki és állcsont duzzanat, az indokolatlan fogmobilitás, a szájüregi vérzés és rekedtség mind-mind figyelemfelhívó jel lehet (Németh és mtsai, 2010). Figyelmeztető tünet lehet még a szájban, torokban, fülekben érzett fájdalom, csomó vagy duzzanat jelentkezése a szájüregben, ajkakon, a gombócérzet, zsibbadtságérzet a torokban vagy szájban, a fogak körül jelentkező vérző szövetelváltozás, valamint a hang és beszéd megváltozása. Amennyiben az egyén hasonló tüneteket észlel, fontos, hogy keresse fel fogorvosát, dentálhigiénikusát.

Az önvizsgálatot tükör előtt, jól megvilágított környezetben kell végezni. Az önvizsgálat két részből áll: a megtekintésből és a szövetek áttapintásából. Fontos, hogy felállítsunk magunknak egy sorrendet annak érdekében, hogy egyik fontos régiót se felejtünk ki a vizsgálatból. A továbbiakban egy lehetséges sorrendet mutatunk be. Célszerű az ajak hámjának a vizsgálatával kezdeni, berepedezést, kifekélyesedést, fehér foltot, lemezesen hámló területet keresünk. Kitüntetett figyelmet kell szentelni a Vermilion-határ, azaz a hámtámenet vizsgálatára, hiszen ezen a területen nagyobb eséllyel alakulnak ki neoplazmák. Az ajak külső felszínének megtekintése után, a belső nyálkahártya következik. A belső nyálkahártya az ujjaink segítségével kifordítható, így könnyen szemrevételezhetővé válik ez a régió is. Két ujjunkat az egyik, majd a másik szájzugba téve elhatárolhatjuk az orcát a fogaktól, így annak nyálkahártyája is megtekinthetővé, áttapinthatóvá válik. A bucca területén jelentkező fehér folt,

fekély vagy karfiolszerűen kiemelkedő elváltozás figyelmeztető jel lehet. Fogjuk meg a nyelv hegyét (segítségünkre lehet gézlap használata), annak kiöltése után, majd húzzuk előre, hogy a felszínét meg tudjuk vizsgálni. Figyelmet kell fektetni az oldalsó szélék precíz, alapos megtekintésére is, hiszen előszeretettel alakulnak ki ezen a területen daganatos elváltozások. A fej enyhén történő hátra biccentése kedvez a száypad vizsgálatának. A nyelv száypadláshoz történő szorítása által a szájfenek is megtekinthetővé, áttapinthatóvá válik. A továbbiakban az íny belső és külső felszínét is ellenőrizni kell (Somogy Megyei Egészségforum, 2015). A nyálmirigyek és nyirokcsomók áttapintása is történjen meg, végezetül pedig az egyén vegye szemügyre a fogfelszíneket, tömött részeket, esetleges fogpótlásokat (Szepesvári és Szepesvári 1995). Amennyiben bármilyen szokatlan elváltozást észlel az egyén az önvizsgálat során, fontos, hogy minél előbb felkeresse fogorvosát, dentálhigiénikusát.

## A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- Definiálja a prevenció fogalmát?
- Nevezze meg és mutassa be a prevenció klasszikus szintjeit!
- Mi a szűrővizsgálatok célja?
- Milyen kedvező és kedvezőtlen hatásai lehetnek a szűrővizsgálatoknak?
- Mit jelent a primer, secunder és tercier prevenció a fogászat területén?
- Miért elhanyagolhatatlan a fogászati szűrővizsgálat? Kinek és milyen rendszerességgel javasolt az elvégzése?
- Mutassa be, hogyan magyarázná el páciensének a szájúregi önvizsgálat egyes lépéseit!

## Felhasznált irodalom

- Ádány R. (2012): *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Ajkay Z. (1996): *Amit a szűrővizsgálatokról tudnunk kell-A népbetegségek szűrése, gondozása/Megelőzés, felismerés, rehabilitálás, együttélés*, Szerk.: Nácsa Klára, SubRosa Kiadó, Budapest pp. 17-35., 39-51.
- Aszmann, A. (2007): *Népegészségügy, prevenció*. SZIE, Gödöllő, elektronikus egyetemi jegyzet, 1-52.
- Black, W. C., Haggstrom, D. A., Welch, G. H. (2002): All cause mortality in randomized trials of cancer screening. *J Natl Cancer Inst.* 82:204-207.
- Brocklehurst, P., Kujan, O., Glenney, A. M., Oliver, R., Sloan, P., Ogden, G et al (2010): Screening programmes for the early detection and prevention of oral cancer. *Cochrane Database Syst. Rev.* 11:CD004150
- Buda, B. (2002): *A mentálhigiéné szemléleti és gyakorlati kérdése*. Animula Kiadó, Budapest
- Council of the European Union: Council recommendation of 2 December 2003 on cancer screening (2003/878/EC). *Official J Eur Union.* 373:34-37.

- Döbrössy L., Kékes E., Döbrössy B., Németh E. (2010): Szűrővizsgálatokról szakembereknek. Oktatási Segédanyag, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, 71-79.o. [https://www.antsz.hu/data/cms14586/SZOK\\_Szurovizsgalatokrol\\_szakembereknek\\_20100728.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms14586/SZOK_Szurovizsgalatokrol_szakembereknek_20100728.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2019.10.20.)
- Döbrössy L., Kékes E., Döbrössy B., Németh E. (2010a): Szűrővizsgálatokról szakembereknek. Oktatási Segédanyag, Országos Tisztifőorvosi Hivatal, P40,71-79.o. [https://www.antsz.hu/data/cms14586/SZOK\\_Szurovizsgalatokrol\\_szakembereknek\\_20100728.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms14586/SZOK_Szurovizsgalatokrol_szakembereknek_20100728.pdf) (Utolsó letöltés ideje: 2014.12.20.)
- Döbrössy Lajos, Kovács A., Döbrössy B., Budai A., Boncz I., Margit B., Koós T. (2010b): Miért kihasználatlan hazánkban a szervezett lakosságszűrés? *LAM*, 20(10):689–693. [http://www.elitmed.hu/upload/pdf/miert\\_kihasznalatlan\\_hazankban\\_a\\_szervezett\\_lakossagszures-6335.pdf](http://www.elitmed.hu/upload/pdf/miert_kihasznalatlan_hazankban_a_szervezett_lakossagszures-6335.pdf) (Utolsó letöltés ideje: 2014-12-20.)
- Döbrössy L., Budai, A. (2018): Szájüregi szűrés 2018. *Fogorvosi Szemle*. 111.évf.1.sz., 16-23.
- Dombi, Cs., Czeglédi, A., Bánóczy, J. (1995): Tüdő-ernyőfényképszűrő szolgálathoz kapcsolódó stomato-onkológiai vizsgálatok. *Magyar Onkológia*. 39:194-198.
- Ebstein, J. B., Gorsky, M., Cabay, R. J. (2008): Screening for and diagnosis of oral premalignant lesions and oropharyngeal squamous cell carcinoma. Role of primary care physicians. *Can Jam Physician*. 54:870-875.
- Harting I., Varga J. (2016): 77.q. A prevenció magatartásorvoslási szempontjai. In: Csernus V., Kállai J., Komoly S. (szerk.) (2016): Amberi életfolyamatok idegi szabályozása – a neurontól a viselkedésig. Interdiszciplináris tananyag az idegrendszer felépítése, működése és klinikuma témáiban orvostanhallgatók, egészség- és élettudományi képzésben résztvevők számára Magyarország [https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094\\_neurologia\\_hu/ch07s17.html](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_hu/ch07s17.html) (Utolsó letöltés időpontja: 2019.07.01.)
- Hárdi I. (1992): A lélek egészségvédelme. Springer Hungarica Kft., Budapest
- Kállai J., Oláh A., Varga J. (2007). *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Budapest, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Mester I. (szerk.) (2015): Gyermekfogászati szájhygiénés tevékenység. Tanulói segédanyag. Bókay János Humán Szakkozéiskola, Budapest <http://www.bokaysuli.hu/wp-content/uploads/2019/08/12-GYFOG-prevenci%C3%B3-jegyzet-mester.pdf> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.08.20.)
- Nádas E. (2006): A célzott/javallott prevenció programok nemzetközi tapasztalatai Háttéranyag a „Lépés - váltás” című konferencián elhangzott előadáshoz. [http://drogproblema.hu/images/dokumentumok/modszertani-utmutatok/nadas\\_eszter\\_a\\_celzott-javallott\\_prevencios\\_programok\\_nemzetkozi\\_tapasztalatai.pdf](http://drogproblema.hu/images/dokumentumok/modszertani-utmutatok/nadas_eszter_a_celzott-javallott_prevencios_programok_nemzetkozi_tapasztalatai.pdf) Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.22.
- Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő - NEA (2020): Fogorvosi ellátás [http://www.neak.gov.hu/felso\\_menu/lakossagnak/ellatas\\_magyarorszagon/egeszsegugyi\\_ellatasok/fogorvosi\\_ellatas](http://www.neak.gov.hu/felso_menu/lakossagnak/ellatas_magyarorszagon/egeszsegugyi_ellatasok/fogorvosi_ellatas) (Utolsó letöltés időpontja? 2020,08.20.)
- Németh, Zs., Szabó, Gy., Bogdán, S. (2010): A szájüregi daganatok megelőzése, szűrése. *Hippocrates*. 2010(1):52-56. <http://hippocrateslap.hu/uploads/ujsg/2010-1/A-szajuregi-daganatok-megelozese-szures.pdf> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.07.28.)
- Nyárasdy, I., Bánóczy, J. (2009): Preventív fogászat, Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest

- Okkonen, E., Vanhanen, H. (2006): Family support, living alone and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung*, 35, 234–44.
- Pikó Bettina (2003): Magatartástudomány és prevenció: A preventív magatartásorvoslás jelentősége. *Magyar Tudomány*. 47.évf. 11.sz., 1381-1390.
- Rácz J. A drogfogyasztás megelőzése  
[http://www.academia.edu/1461228/A\\_drogfogyasztas\\_megelozese](http://www.academia.edu/1461228/A_drogfogyasztas_megelozese) 2013. február 19.  
Utolsó letöltés időpontja: 2020.06.22.
- Somogy Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály, Somogy Megyei Egészségforum (2015): Szájüregi daganatok otthoni szűrése, önvizsgálata <http://www.kormanyhivatal.hu/download/b/b7/32000/Sz%C3%A1j%C3%BCregi%20daganatok%20otthoni%20sz%C5%B1r%C3%A9se%20%281%29.pdf> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.07.28.)
- Speight, T. M., Palmer, S., Moles, D. R., Downer, M. C., Smith, D. H., Henriksson, M., Augustovski, F. (2006): The cost-effectiveness of screening for oral cancer in primary care. *Health Technology Assessment*. 10:1-144.
- Szepesvári Elemér, Szepesvári Szabolcs (1995): *Szűrővizsgálatok*. Springer Hungarica Kiadó Kft., Budapest, pp.27-38., 90-97., 238-239., 313-327.
- Urbán, R. (2001): Útban a magatartás szempontú egészségpszichológia felé. Az egészségmagatartás pszichológiai elemzése *Magyar Pszichológiai Szemle*. LVI: 4, pp. 593-622.
- The World Oral Health Report 2003 WHO, Geneva, Switzerland pp 3-20.  
[http://www.who.int/oral\\_health/publications/report03/en](http://www.who.int/oral_health/publications/report03/en) (Utolsó letöltés időpontja: megtekintve: 2019.07.10.)
- V Hajdú P, Ádány, R. (2003): *Epidemiológiai szótár*, Budapest, Medicina Kiadó, p. 125

## 8. EGÉSZSÉGNEVELÉS - EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Az egészségmegőrzés támogatása és az egészségfejlesztés a dentálhigiénikusok munkájának fontos része. Ebben a fejezetben olyan elméleti megfontolások felvázolására kerül sor, amelyek nélkülözhetetlenek a páciensek orális egészségéért cselekvők számára. Nekik ugyanis tisztában kell lenniük törekvéseik céljával és a várható eredményekkel, amikor egészségmegőrző, illetve egészségfejlesztő tevékenységet folytatnak.

Az egészség megőrzése, illetve fejlesztése között bizonyos szemléleti különbségek fedezhetők fel. Az egészségvédelem, az egészségmegőrzés, az egészségnevelés, az egészségfejlesztés fogalma nem új. Korábban ezeket a fogalmakat sok esetben szinonimaként használták, mára azonban indokoltá vált ezen fogalmaknak az elkülönítése, illetve egymáshoz való viszonyuk tisztázása. Az elmúlt évek során az orvosi szaknyelvet uraló angol irodalom megalkotta és elkülönítette egymástól a „health protection” (egészségvédelem), a „health promotion” (egészségmegőrzés), a „health education” (egészségnevelés), és a „health development” (egészségfejlesztés) kifejezéseket (Gritz, 2006). Hazánkban az egészségfejlesztés és egészségnevelés fogalmakat gyakran egymás szinonimájaként használják, annak ellenére, hogy az egészségnevelésben az egyén ismereteinek döntő hatása van az egészség kialakulásában, míg az egészségfejlesztés egy tágabb fogalom, amely magába foglalja az egészség javítására szánt intézkedéseket és ezen belül az egészségnevelést is. A WHO szerint az egészségnevelés és az egészségfejlesztés elválaszthatatlanok egymástól, és mindenkor szerves részei a prevenció programoknak (Gritz, 2007).

Ez a fejezet a fenti fogalmak megértését és egymástól történő differenciálását segíti, továbbá bemutatja az orális egészségfejlesztés jelenlegi helyzetét.

### 8.1. Egészségvédelem

Egészségvédelem (health protection) alatt olyan közegészségügyi törekvéseket értünk, melyek hivatottak a lakosságot a különböző fertőző és környezeti káros hatásoktól megvédeni (Kósa, 2010). Közös koordinált tevékenység, amely nemcsak az egészségügyre korlátozódik, hanem államigazgatási, törvényi, intézményesített feladat, magában foglalja az egészségmegőrzést, egészségnevelést és az egészségfejlesztést. Az egészségvédelem a társadalom vagy valamely

kiseb közösség egészségügyi érdekeit, védelmét előmozdító intézkedések összessége (EFOP 1.8.0. - VEKOP-17-2017-00001).

## **8.2. Egészmegőrzés**

„Az egészségmegőrzés (health promotion) olyan fogalom, amely az egészséget elősegítő életmód, és az ezt ösztönző társadalmi, gazdasági, környezeti és személyes tényezők támogatását öleli fel” (ENSZ).

Az egészségmegőrzés egy egészségnevelési tevékenység, mely képessé teszi az egyént, hogy fellépjen, tegyen saját egészsége érdekében. Magában foglalja az egyének, csoportok és közösségek készségeinek, képességeinek és jártasságainak megerősítését. Az egészségmegőrzés aktív folyamata során az egészséges egyének növelik az ellenőrzésüket egészségük felett, készek kedvezőbbé tenni, megváltoztatni életmódjukat, életvitelüket és környezetüket (EFOP 1.8.0.-VEKOP-17-2017-00001).

„Az egészségmegőrzés tulajdonképpen mindazoknak egységes koncepciót jelent, akik felismerik életük során, hogy egészségük védelme érdekében a létfeltételeken és az életmódon is változtatni kell. Az egészségmegőrzés olyan közvetítő stratégiát feltételez, amely mintegy hidat képez az emberek és környezetük között, illetve az egyéni választás és a társadalmi felelősség szintézisét megvalósítva egy egészségesebb jövőmegteremtésére törekszik” (WHO, 1984).

Az egészségmegőrzés olyan aktív folyamatot jelent, amelynek során az egészségesek növelik az ellenőrzésüket egészségük felett, készek és képesek kedvezőbbé tenni, megváltoztatni életmódjukat, életvitelüket, környezetüket.

Az Ottawa Charta alapján három út vezet az egészségmegőrzéshez: a felvilágosítás; a jogosultság és érdekvédelem, valamint a közbenjárás és egyeztetés. A felvilágosítás az egészséggel és az egészségi állapotot befolyásoló tényezőkkel kapcsolatos információk átadását és terjesztését szolgálja. A jogosultság és érdekvédelem a különbségek és egyenlőtlenségek mérséklését, tehát mindenki számára egyenlő lehetőségek megteremtését jelenti. A közbenjárás és egyeztetés alatt a különböző szervezetek és szektorok hatékony együttműködését értjük (WHO – Ottawa Charta, 1984).

Az egészségmegőrzés célja az esélyegyenlőség biztosítása, azaz, hogy mindenki számára egyenlő lehetőségek álljanak rendelkezésre a megfelelő egészségi állapot elérése és fenntartása érdekében. Célkitűzés továbbá növelni az átlagos élettartamot, valamint az élettartam meghosszabbodásával nyert évekre minőséget biztosítani. Ezen célok eléréséhez csökkenteni kell az egészségre károsan ható környezeti hatásokat, fejleszteni a szervezet alkalmazkodó képességét, valamint javítani az egyének egészségkultúráltságát az egészségmegőrzés hatékonyságának növelése érdekében (Ridegné Cseke, 2011).

### **8.3. Egészségnevelés**

Az egészségmegőrzésre való felkészülés a szocializáció része, amely a családon túl további szocializációs színtereken történik egyrészt az egészségnevelés (health education) segítségével. Az egészségnevelés elengedhetetlen eszköze mind az egyéni, mind a közösségi megelőző tevékenységeknek, de önmagában nem elégséges az optimális egészség eléréséhez. Az egészségnevelés nem helyettesíti a preventív ellátást, hanem annak nevelési komponense.

#### **8.3.1. Az egészségnevelés fogalma**

A WHO meghatározása szerint: az egészségnevelés tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek összessége, melyek segítik az egyént és a közösséget egészségük javításában tudásuk fejlesztésével (egészséggel kapcsolatos ismeretek, szokások, jártasságok, készségek, képességek, attitűdök), életmódjuk, egészségmagatartásuk pozitív alakításával (Gitz, 2007).

Vagyis a fenti WHO fogalom alapján az egészségnevelés ma már nem az információközlésre, ismeretátadásra korlátozódik, hanem módszertanilag differenciálódott, az információ-átadáson túlmutató megközelítés, lényegében az életmódi elemek megváltozását célozza, végső soron egészségmagatartás-formálást jelent. Ezt a szemléletet erősíti meg Pikó (2003) is, aki azt mondja, hogy míg a rendszerszemléletben a hangsúly az ismeretek átadására került, addig a modern egészségnevelés és egészségfejlesztés az attitűdformálást és készségfejlesztést is magába foglalja. Az attitűdök kialakulása és a készségfejlesztés a társas viselkedés modelljeire épül. Az attitűdök kialakulása erősen kötődik a kognitív és szociálpszichológiai jelenségekhez, segítenek kontrollálni a környezetünket (tárgyértékelési



funkció), segítségükkel az emberek kifejezhetik magukat (értékkifejező funkció), és segítenek a társas megismerésben.

Az egészségnevelés komplex, direkt és indirekt módszereket alkalmazó nevelő tevékenység, amely kiterjed a szocializáció minden színterére. Az egészségnevelés elengedhetetlen eszköze mind az egyéni, mind a közösségi megelőző tevékenységeknek, de önmagában nem elégséges az optimális egészség eléréséhez. Az egészségnevelés nem helyettesíti a preventív ellátást, hanem annak nevelési komponense (EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001, 2018).

Egészségnevelés során változatos kommunikációs technikákat, módszereket és tanulási lehetőségeket alkalmazva törekszünk az egészséggel kapcsolatos ismeretek, készségek bővítésére, annak érdekében, hogy előre mozdítsuk az egészségi állapotot (Naidoo és Wills, 1999). Az egészségnevelés hatékony eszköze az egészségműveltség és egészségkultúráltság fejlesztésének (Járomi és Vitrai, 2017).

### **8.3.2. Az egészségnevelés jellemzői**

Az egészségnevelés egy komplex tudományág, mely több tudományterület integrációja által jött létre. Magában foglalja az orvos- és társadalomtudomány tanait. Nevelőtevékenység, mely direkt és indirekt módszerek révén hat az egyénekre annak érdekében, hogy tudatos, felelősségteljes magatartást alakítsanak ki a mindennapi élet során. Az egészségnevelésnek a szocializáció összes színterén van létjogosultsága. Az egészséggel kapcsolatos ismeretek bővítésére, jártasságok és készségek fejlesztésére törekszik (Holczinger, 2010).

Az egészségnevelés legfontosabb jellemzőinek összefoglalása:

- Az egészségnevelés tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek összessége, komplex, direkt és indirekt módszereket alkalmazó nevelő tevékenység;
- módszertanilag differenciálódott, az információ-átadáson túlmutató megközelítés, lényegében az életmódi elemek megváltozását célozza, végső soron egészmagatartásformálás;
- egészség és cselekvésorientált tevékenység (az egyén, illetve a közösség nem passzív befogadó, hanem aktív cselekvő);
- a lakosságnak az egészségügyi feladatok megoldásában való öntevékeny közreműködésének (képesek legyenek magukat ellátni) biztosítása, erre való mozgósítása;
- az egészségnevelő mondja meg, hogy mi a helyes.

### **8.3.3. Az egészségnevelés feladata**

Az egészségnevelés fő feladata: a meglévő értékek megtartására irányuló pozitív, aktív prevenciós szemlélet kialakítása, melyben az egészségtámogató magatartásformák és az egészségtudatos döntések kerülnek előtérbe. Az egészségnevelés az egészség megőrzésére és fejlesztésére irányuló információk, ismeretek átadás túl a meglévő értékek védelmét hangsúlyozza, viselkedési lehetőségeket ajánl és az attitűd formálására törekszik. Az egészségnevelés általános feladatai: mindazon egészségi ismeretek, szokások, jártasságok, készségek, képességek; attitűdök, normák, értékek, magatartáselemek formálása, melyek mindenkire érvényesek, függetlenül kortól, nemtől, iskolázottságtól és lakhelytől. Az egészségnevelés specifikus feladatai az egyes életkornak, nemnek, foglalkozásnak, egészségi állapotnak megfelelő tennivalók.

### **8.3.4. Az egészségnevelés célja**

Elekes (1983) szerint "... az egészségnevelés célja az egészségkultúráltság kialakítása, ezzel az egyén alkalmassá tétele arra, hogy az egészségével kapcsolatos szükségleteket önmaga kielégítse." (Elekes, 1983:13).

Az egészségnevelés céljainak megvalósítási módjait kétféle módon segíthetjük: 1) döntések segítségével és előmozdításával öntevékeny életmódváltoztatás igényének felkeltése (tegyenek valamit egészségük érdekében); 2) multidiszciplináris, multiszektoriális együttműködés kialakításával a választás előmozdítására (közösség aktív bekapcsolása; igények megismerése és vele járó szoros együttműködés; olyan egészséges társadalompolitika igénylése és támogatása, mely segíti a cél megvalósulását (maga a társadalom is legyen egészséges).

### **8.3.5. Az egészségnevelés területei, funkciói**

Az egészségnevelés fejlesztő hatásai az egészségnevelés alanyain keresztül (intézményes, tervszerű: pl. pedagógus, egészségügyi dolgozó; spontán: pl. szülő, barát, munkatárs) az egészségnevelés tárgyára (nevelt: pl. gyerek, munkavállaló, kliens, várandós, nyugdíjas), értékek átadására, személyiségükben történő változásokra irányulnak. Mindezzel lehetőséget adni és felkészíteni az embereket arra, hogy megfelelő információk birtokában maguk

választhatják meg követendő életmódjukat, segíteni az egészség kialakítását, megtartását, a betegségek megelőzését; előmozdítani a megbetegedettek egészségi állapotának javítását, helyreállítását (Elekes, 1983).

Az egészségnevelés az alábbi három területre irányul:

- **szomatikus:** higiénés nevelés (személyi és környezeti), a betegségek elkerülése, kondicionálás (testnevelés, fittség, állóképesség), baleset-megelőzés, elsősegélynyújtás, táplálkozás, önvizsgálat-önszűrés, szűrővizsgálatokon való részvétel;
- **pszichohigiénés:** egészséges életvezetés (napirend, életrend, hibás viselkedési programok megelőzése, családi életre nevelés), stressz-elhárítás (stresszorok kiküszöbölése: élethelyzetek elkerülése (fény, zaj, mozgáskorlátozás, a stressz hatás kompenzációja: relaxáció stb.), abúzus és deviancia profilaxisa (túlzott gyógyszerfogyasztás, önagresszió megelőzése, alkoholfogyasztás, dohányzás, kábítószer), érzelmi nevelés (empátia növelése, szorongás és félelem oldása, kudarckerülés, sikerorientáció, empátiás készség fejlesztése, előítéletek), akarati nevelés és a rekreáció;
- **szociálhigiénés:** kedvező társas miliő működtetése, kommunikációs zavarok profilaxisa, szerepfeszültségek feloldása, társadalmi izoláció prevenciója, szociális háló, egészségpropaganda (Holczinger, 2010).

### 8.3.6. Az egészségnevelés fokozatai

Az egészségnevelési tevékenységet célcsoportja, illetve célja alapján az alábbi fokozatokba sorolhatjuk:

- Az **elsőfokú egészségnevelés** középpontjában az egészséges egyének állnak. Az elsődleges cél az esetükben megakadályozni az egészségükben bekövetkező negatív változások, betegségek, állapotok kialakulását. Másodlagos cél az egészség fejlesztése, az életminőség javítása. Az elsődleges egészségnevelés például megvalósulhat iskolásoknak szervezett egészségfejlesztő programok keretében.
- A **másodfokú egészségnevelés** reverzibilis, azaz még visszafordítható állapotokra irányul. Célja, hogy felvilágosítást adjon az érintettek részére az állapotukról, az esetleges következményekről, valamint arról, hogy hogyan léphetnek fel az egészségük helyreállítása, visszaállítása érdekében. Középpontjában a magatartásváltoztatásra ösztönző törekvések

állnak. Példa lehet a másodfokú egészségnevelésre a dohányzásról való leszokásnak a támogatása.

- A **harmadfokú egészségnevelés** az irreverzibilis, vagyis visszafordíthatatlan állapotok, folyamatok esetén valósul meg, például rehabilitációs programok keretén belül. Célja megtanítani az érintett egyént és környezetét arra, hogy miként tud együtt élni az egészségi állapotában bekövetkező, tartós változással. Központjában a megmaradt egészség védelme, valamint a kialakult állapothoz történő sikeres alkalmazkodás áll. Fontos azonban megemlíteni, hogy a gyakorlatban e három fokozat folyamatosan keveredik és nem különülnek el egymástól az egyes fokozatok ennyire élesen (Barna, é.n.)

## **8.4. Egészségfejlesztés**

Az egészségtudatos magatartás jellemzője, és ezáltal az egészséges egyén és társadalom alapkövetelménye az egészség folyamatos és minőségi fejlesztése, vagyis az egészségfejlesztés (Fügedi, 2015).

### **8.4.1. Az egészségfejlesztés fogalma**

Az Ottawai Charta megfogalmazásában (WHO - Ottawai Charta, 1986): “Az egészségfejlesztés (health promotion) az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek, egészségük fokozottabb kézbe tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jóllét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem, pedig mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következésképpen nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége, hanem az egészséges életmódon túl a jólétig terjed...”

“Olyan szervezési, politikai és gazdasági intézkedések összessége, amelyek elősegítik a magatartásbeli és környezeti átalakulást az egészség megőrzése és javítása érdekében. Az egészségnevelés hatása tehát megerősíthető olyan környezet megteremtésével, amely

egyértelműen az egészségjavító szokások és magatartás kifejlesztését támogatja” (Szőke, 2009).

„Az a folyamat, melynek révén képessé teszünk másokat egészségük javítására, illetve arra, hogy nagyobb kontrollra tegyenek szert egészségük felett” (WHO - Ottawa Charta, 1986).

Az egészségfejlesztés tulajdonképpen az egészségkultúra, egészségműveltség tudatos bővítését jelenti. Ennek hatására az egyén az egészségre kedvező (protektív) magatartásformák választását, és az egészségre kedvezőtlen, veszélyeztető (prediktív) faktorok kivédését részesíti előnyben. Az egészségfejlesztés tágabb fogalom, magába foglalja az egészségnevelés folyamatát (EFOP-1.8.0.-VEKOP-17-2017-00001).

#### **8.4.2. Az egészségfejlesztés jellemzői**

Egészségfejlesztés során az egyéni és társas kapcsolatokkal összefüggő tényezők módosítása, befolyásolása mellett a tágabb értelemben vett társadalmi, politikai, gazdasági, kulturális és közösségi faktorok megváltoztatását is eszközöljük, hiszen sokszor ezek a komponensek nagyobb jelentőséggel bírnak az egészségre nézve (Ádány, 2011).

#### **8.4.3. Az egészségfejlesztés célja és tevékenységei**

Az Ottawai Charta az egészségfejlesztési tevékenységet olyan folyamatként határozta meg (melynek célja mindazon – politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális, környezeti, viselkedési és a biológiai – tényezőknek, feltételeknek a kedvezővé tétele, amelyek az egészségre hatást gyakorolnak) amely módot ad az embereknek egészségük fokozott karbantartására és tökéletesítésére, és ennek elérése érdekében az alábbiakban felsorolt öt fő tevékenységi területet jelölte meg:

##### ***1. Egészséget támogató közpolitikák***

A politikai személyeket és döntéshozókat érdekeltté kell tenni az egészséggel kapcsolatos intézkedések szempontjából, tudatosítani kell bennük a döntéseik egészségre gyakorolt hatásait és következményeit, valamint elősegíteni az egészségre kedvező hatású döntések meghozatalát. Magába foglalja például a jogalkotást, költségvetési intézkedéseket, szervezeti változtatásokat és adóztatási döntéseket. Összehangolt tevékenység, mely az esélyegyenlőség előmozdítása érdekében hivatott fellépni. Megkísérli az egészség

szempontjából kedvező politikai intézkedések elfogadtatását a különböző nem-egészségügyi szektorokkal (Füzesi és Tistyán, 2004).

## **2. *Egészséget előre mozdító kedvező környezet kialakítása***

A környezet változásainak az egészség javára történő alakítását jelenti. Hangsúlyozza a kölcsönös gondoskodást, a közvetlen és tágabb értelemben vett környezetünk védelmét és a természeti kincsek megóvását. A munka és pihenés nagy mértékben meghatározza az emberek egészségi állapotát, úgy kell tehát a munkaszervezést alakítani, hogy az, az egészségre kedvező módon hasson (Füzesi és Tistyán, 2004).

## **3. *Közösségi tevékenységek erősítése***

A jó egészségi állapot elérése és fenntartása közösségi összefogást igényel. Célja, hogy növelje a kontrollt és a részvételt az egészséggel kapcsolatos döntésekben. Hangsúlyozza az öngéelyezést és a szociális támogatás fontosságát (Füzesi és Tistyán, 2004).

## **4. *Egyéni képesség fejlesztése***

Magába foglalja az egyén információval való ellátását, az egészségnevelését, az egészségműveltségének és egészségkulturáltságának fejlesztését. Biztosítani kell a “Long Life Learning” (élethosszig tartó tanulás) érvényesülését annak érdekében, hogy minél több lehetőség álljon rendelkezésre az egészség, az egészséges élet választásához (Füzesi és Tistyán, 2004).

## **5. *Az egészségügyi rendszer átszervezése***

A gyógyítás mellett az egészségfejlesztésre is nagyobb hangsúlyt kell fektetni, valamint elérni, hogy a rendszer maximálisan az egyének szükségleteihez alkalmazkodjon (EFOP 1.8.0.-VEKOP-17-2017-00001).

### **8.4.4. Az egészségfejlesztés szinterei**

Szintéreként tekinthető minden olyan hely vagy társadalmi közeg, amely az emberek mindennapi tevékenységeinek biztosít keretet és amelynek környezeti és/vagy szervezeti tényezői, valamint az egyének között megjelenő viszonyrendszerei befolyásolhatják az egészségi állapot és a jóllét alakulását. Továbbá szintéreként tekinthető még minden olyan hely, ahol az ott élők aktívan alakítják a környezetüket annak érdekében, hogy egészségi állapotukkal kapcsolatos problémáikat megoldják. A szinterek általában térben jól elhatárolhatóak, stabil

szervezeti struktúrával rendelkeznek, amelyhez meghatározott szerepeket betöltő személyek csoportjai tartoznak. Az egészségfejlesztés lehetséges színterei:

- Oktató, nevelő intézmények (bölcsőde, óvoda, iskola, felsőoktatás).
- Egészségügyi szolgáltatók (kórházak, járóbeteg-ellátó intézmények, rehabilitációs központok, krónikus osztályok stb.).
- Munkahelyek.
- Közösségek (pl. család, egyház, egyesületek, civil szervezetek).
- Társadalmi és tömegszervezetek (pl. Vöröskereszt, véradó mozgalom).
- Nemzetközi és nemzeti programok.

#### 8.4.5. COM-B modell az egészségfejlesztésben

Az egészség megőrzéséhez, illetve fejlesztéséhez nem elegendő az ismeretek átadása. A pozitív irányú változás eléréséhez a fizikai és szellemi készségek fejlesztésén túlmenően a viselkedést motiváló tényezőkre is hatni kell, továbbá szükséges az egészséges életmódot támogató megfelelő társas és fizikai környezet kialakítása is. A viselkedésváltozást leíró ún. COM-B rendszert (11. ábra) Michie és munkatársai 2011-ben dolgozták ki (Járomi és Vitrai, 2017). A modell az addig ismert viselkedésváltozást magyarázó, illetve leíró modellek szintetizálására törekszik.

11. ábra  
COM-B modell: a viselkedést befolyásoló tényezők rendszere



(Forrás: Kimmel és Vitrai, 2015. p. 8.)

A modell három alapvető viselkedést meghatározó tényezőt tartalmaz, 1) pszichológiai és fizikai képesség, 2) szociális és fizikai környezet, 3) a viselkedést befolyásoló motivációt és a szokásokat. Ezek a tényezők képezik a viselkedés megváltoztatásához javasolt ún. „Viselkedésváltoztatás kerekének” középpontját, melyet két körgyűrű vesz körül: 9 féle beavatkozási típus és 7 szakpolitikai eszköz (12. ábra). A modell szerint a viselkedés sikeres megváltoztatásához valamennyi befolyásoló tényezőre ható, többféle szakpolitika, többféle beavatkozásának összehangolt megvalósulása szükséges.

**12. ábra**

**A „Viselkedésváltoztatás kereke**



(Forrás: Michie és mtsai, 2011 nyomán idézi Járomi és Vitrai, 2017. p. 39.i

## 8.5. Orális egészségfejlesztés az Ottawai Charta elvei alapján

Orális egészségfejlesztés minden olyan tervezett erőfeszítés, amely egészséges közpolitikákat épít, támogató környezetet teremt, erősíti a közösségi fellépést, fejleszti a személyes készségeket, vagy irányítja az egészségügyi szolgáltatásokat az orális egészségügyi célok elérése érdekében (WHO, 1986).

A jó orális egészséget az optimális biológiai, társadalmi, viselkedési és környezeti tényezők együttese biztosítja. Az orális egészségfejlesztés tehát minden esetben tervezetten törekszik a megfelelő állami politika kiépítésére, támogató környezet kialakítására, a közösség megerősítésére, személyes készségek fejlesztésére vagy az egészségügyi szolgáltatások megfelelő kialakítására.



## 8.6. Néhány példa a hatékony orális egészségfejlesztésre az Ottawai Charta alapján

### – *Egészséget támogató közpolitikák*

Olyan társadalmi marketingkampányok népszerűsítése, amelyek célja a szájápolási tudatosság növelése. Az egészséges táplálkozás érdekében tett politikai intézkedés például az egészséges táplálkozás alapvető feltételeinek biztosítása a gyermekek számára, valamint a káros élelmiszerek és italok reklámozásának, szénsavas, cukros üdítők és az édességek forgalmazásának a korlátozása. Ide sorolhatjuk a víz fluoridálásával kapcsolatos intézkedéseket és a füstmentes környezet megteremtését támogató politikát is.

### – *Egészséget előre mozdító kedvező környezet kialakítása*

A füstmentes környezet reklámozásának és szponzorálásának ösztönzése hozzájárul a kedvező környezet kialakításához. Az egészséget támogató környezet biztosítaná a fluoridtartalmú fogkrémek elérhetőségét az alacsony jövedelemmel rendelkezők számára is. A szupermarketek marketing politikájának megváltoztatása is indokolt lehet. Fontos az orális egészség jelentőségének a tudatosítása, mely megvalósulhat népszerűsítő kampányok révén.

### – *Közösségi tevékenységek erősítése*

A közösségi rendezvények hatalmas erővel bírnak, kulcselemei: a partnerség, részvétel és elkötelezettség. Közösségek érhetőek el iskolai szájegészséget célzó programok keretén belül, valamint együttműködés alakulhat nevelési intézményekkel például a biztonságos játszótér kialakítása céljából. Ide tartozik a szponzori tevékenységek támogatása, például egészséges adománygyűjtési lehetőségekkel.

### – *Egyéni képesség fejlesztése*

A készségek fejlesztése segíti az egyént abban, hogy átvegye az irányítást saját egészségének alakulása felett. Arra kell törekedni, hogy felruházzuk az egyéneket olyan ismeretekkel és készségekkel, melyek birtokában képesek magasabb szintre emelni orális egészségüket. Ilyen lehet például a hatékony, személyre szabott szájhigiénés gyakorlat oktatása, a dohányzásról való leszokás programszerű támogatása vagy a táplálkozási tanácsadás.

### – *Az egészségügyi rendszer átszervezése*

A megelőző fogorvosi szolgáltatásokhoz való korai hozzáférés megkönnyítése pl. iskolafogászat által. Széleskörű együttműködés a nem-kormányzati szervezetekkel és

szociális szolgáltatókkal az orális egészség érdekében. Indokolt lenne az általános egészségügyi szolgáltatórendszer összekapcsolása az orális egészségügyi ellátórendszerrel. Az átszervezés része kell legyen továbbá az egészségügyben dolgozó szakemberek folyamatos továbbképzése (Niranjan és mtsai, 2017)

## A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- Mutassa be az egészségvédelem, egészségmegőrzés, egészségnevelés, egészségfejlesztés definícióját!
- Nevezze meg az egészségnevelés egyes területeit és funkcióit!
- Gyűjtsön példákat az elsődleges, másodlagos és harmadlagos egészségnevelési fokozatokra!
- Sorolja fel az egészségfejlesztés Ottawai Charta által meghatározott öt fő tevékenységi területét és gyűjtsön példákat ez alapján az orális egészségfejlesztéshez!
- Milyen színtereken tudna elképzelni orális egészségfejlesztést?
- Kutasson az interneten, keressen orális egészségfejlesztési programokat és hasonlítsa őket össze!

## Felhasznált irodalom

A közösségi egészségfejlesztés módszertana a védőnői munkában. EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt „Népegészségügyi ellátórendszer és Szolgáltatások fejlesztése alprojekt” A/II. Egészségtudatosság fejlesztése a koragyerekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) munkacsoport  
[https://efop180.antsz.hu/attachments/article/122/K%C3%B6z%C3%B6ss%C3%A9gi\\_eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9s%20m%C3%B3dszertana\\_ET\\_V1\\_Publ.pdf](https://efop180.antsz.hu/attachments/article/122/K%C3%B6z%C3%B6ss%C3%A9gi_eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9s%20m%C3%B3dszertana_ET_V1_Publ.pdf)  
(Utolsó letöltés időpontja: 2020.08.15.)

Ádány R. (2011): *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó Zrt.  
[https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011\\_0001\\_524\\_Megelozo\\_orvostan\\_nepegeszsegtan/ch09s10.html](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Megelozo_orvostan_nepegeszsegtan/ch09s10.html) (Utolsó letöltés időpontja: 2019.12.04.)

Barna, A. (i.n.): Az egészségfejlesztési ismeretek megalapozása  
<https://slideum.com/doc/1346166/barna-adrienn>  
eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9s  
(Utolsó letöltés időpontja: 2020.08.16.)

Egyéni egészségfejlesztés módszertana. EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 „Egészségügyi ellátórendszer szakmai módszertani fejlesztése” című projekt „Népegészségügyi ellátórendszer és Szolgáltatások fejlesztése alprojekt” A/II. Egészségtudatosság fejlesztése a koragyerekkorban (családtervezéstől a gyermek 6 éves koráig) munkacsoport  
[https://efop180.antsz.hu/attachments/article/120/Egyeni\\_egeszsegfejlesztes\\_modszertana\\_ET\\_V1\\_Publ.pdf](https://efop180.antsz.hu/attachments/article/120/Egyeni_egeszsegfejlesztes_modszertana_ET_V1_Publ.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.08.15.)

Elekes A. (1983): *Az egészségnevelés módszertana*. Medicina Könyvkiadó, Budapest

Feith H.J., Falus A. (szerk.) (2019): *Egészségfejlesztés és nevelés - A kortársoktatás pedagógiai módszertana elméletben és gyakorlatban*. Akadémiai Kiadó, Budapest

- Fügedi, B. (2015): Állapotfelmérő eljárások, egészségprogramok tervezése, értékelése. Nyugat-magyarországi Egyetem, Sporttudományi Intézet, Szombathely
- Füzesi Zs., Tistyán L. (2004): Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. Országos Egészségfejlesztési Intézet.  
[http://www.kka.hu/\\_Kozossegi\\_Adattar/Azadatt.nsf/cb64d6a7ffc532248525670c0080efa5/5366dbb37ebdd816c1256f33004064d1](http://www.kka.hu/_Kozossegi_Adattar/Azadatt.nsf/cb64d6a7ffc532248525670c0080efa5/5366dbb37ebdd816c1256f33004064d1) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.08.15.)
- Füzesi, Zs., Tistyán, L. (2004): Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken. Nemzeti Népegészségügyi Program. Országos Egészségfejlesztési Intézet  
<https://mek.oszk.hu/08100/08109/08109.pdf> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.08.16.)
- Gritz A-né (2007): Az egészségfejlesztés kompetenciái a XXI. században. *Egészségfejlesztés*, 48. évf. 3. sz., p. 3-9.
- Holczinger, I-né. (2010): Egészséges életmód, életvitel. Centroszet Szakképzés-szervezési Nonprofit Kft.
- Járomi, É., Vitrai, J. (2017): Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása. Egészségfejlesztés. LVIII. Évf. 2017. 1.sz.
- Kimmel Zs, Vitrai J. (2015): Mennyire változtatható jogszabályokkal az egészségmagatartás? Elegendőek-e a szabályozások az egészségmagatartás megváltoztatásához? II. rész. *Egészségtudomány*, IIX. Évfolyam, 3. szám
- Kósa Karolina (2010): Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés? *Népegészségügy*, 88. 1 sz. 3–10.
- Naidoo, J. és Wills, J. (1999): Gyakorlati alapok. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest
- Niranjan, V.R., Kathuria, V., Venkatraman, J., Salve, A. (2017): Oral Health Promotion: Evidence and Strategies.
- Pikó Bettina (2003): Magatartástudomány és prevenció: A preventív magatartásorvoslás jelentősége. *Magyar Tudomány*. 47.évf. 11.sz., 1381-1390.
- Ridegné Cseke, I. (2011): Egészségtudatos életmód és az egészséggondozás szemlélete  
<https://www.slideshare.net/glindorph/egeszsg-tudatos-letmd>
- Szöke J. (2009): *Egészségnevelés – mint az egészségfejlesztés és betegségmegelőzés eszköze*. In: Nyárasdy I., Bánóczy J. (2016): Preventív fogászat. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest  
[https://regi.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop425/2011\\_0001\\_524\\_Preventiv\\_fogaszat/ch11s02.html](https://regi.tankonyvtar.hu/en/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Preventiv_fogaszat/ch11s02.html) (Utolsó letöltés időpontja: 2020.07.02.)
- WHO (1984): Vitaindító dokumentum. Az egészségfejlesztés. Koppenhága.
- World Health Organization (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. World Health Organization, Geneva  
[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf) (Utolsó letöltés időpontja: 2019.12.10.)

## 9. AZ ORÁLIS EGÉSZSÉGMAGATARTÁS FEJLESZTÉSÉBEN ALKALMAZHATÓ MODELLEK

Az egészségmagatartás alapvető szerepet játszik az egészség-betegség alakulásában, ezért a dentálhigiénikus egészségfejlesztő munkájának eredményessége szempontjából is fontos az egészségkárosító viselkedések megváltoztatásának háttérében álló azon tényezők (elméletek, elméleti modellek) megismerése, amelyek a leghatékonyabb módjai lehetnek az egészségmagatartás megváltoztatásának. Ebben a fejezetben azokat a modelleket, illetve elméleteket mutatjuk be, amelyek hatékonyan segítik az egészségviselkedés, illetve az orális egészségviselkedés megértését, a szükséges beavatkozások azonosítását, a beavatkozások végrehajtásának irányítását.

### 9.1. Modellekről, egészségmagatartási modellekről általában

A modell szót gyakran használják a mindennapi életben. A *modell* nem maga a valóság, hanem a gyakorlatot leíró kép, amely megfelelően tükrözi a valóságos folyamatot. A modellekre a dentálhigiénikusok egészségmagatartás változását támogató munkájában is szükség van, mert a szakmai munka közös nézőpontját, a következetes és hatékony munka alapját képezik.

A modellek fő összetevői - többek között - a fogalmak és az elméletek. A modellalkotás valamely fogalom vagy elgondolás megközelítésének elméleti módja. A *fogalom* a tárgyról bizonyos nézőpontból keletkezik a tudatunkban. A fogalomrendszer egy bizonyos terület osztályozási rendszere, ami lehetővé teszi, hogy ugyanazt a jelenségrendszert ugyanolyan módon lássuk. A fogalom a gondolkodás egysége. Egy-egy modell több összekapcsolódó fogalomból épül fel, amelyek együttesen segítik az elmélet megalkotását. Az *elmélet* a jelenség, a gyakorlat lényegének magyarázata. Az arra vonatkozó ismeretek és elgondolások összessége, hogy miért létezik, működik, történik úgy egy jelenség. Az elméletek segítségével bizonyos események vagy helyzetek szisztematikus módon értelmezhetők. Az elmélet fogalmak, definíciók és javaslatok készlete, amelyek megmagyaráznak, vagy előre jeleznek eseményeket vagy helyzeteket egyes változók közötti kapcsolatok bemutatásával.

***Számos olyan modell létezik, amely támogatja a magatartásváltoztatás, az egészségmegőrzés és a betegségmegelőzés gyakorlatát.*** A gyakorlatban nem válnak szét a különböző

megközelítések! (Az egészségmegőrzés és a betegségmegelőző programok jellemzően egy vagy több elméletből, modellből származnak.) Nem kerülheti el a figyelmünket az sem, hogy nem alkalmazható mindig ugyanaz a modell még ugyanazon egészségi probléma esetén sem. Más modelleket kell alkalmazni az egyéni és a csoportos egészségfejlesztésben egyaránt. Továbbá a modell alkalmazást meghatározza:

- az egészségfejlesztő személyisége, tudása, jártassága;
- a konkrét egészségi/egészségügyi probléma, annak megoldási lehetőségei;
- az alany személyisége, tudása, együttműködési készsége;
- azok a kontextusok, amelyeken belül a modell végrehajtásra kerül.

## **9.2. A viselkedésváltozás, az egészségfejlesztés vagy betegségmegelőzés modelljeinek típusai**

A viselkedésváltozás, az egészségfejlesztés vagy betegségmegelőzés modelljeit két szempont szerint csoportosíthatjuk, egyrészt, a viselkedésváltozás menete (szakasz- vagy folyamatelméletek), másrészt a viselkedés elméletei, illetve viselkedésváltozás elméletei szerint.

### **9.2.1. Modellek a viselkedésváltozás menete alapján**

Az egészségmagatartással kapcsolatos modellek típusait egyrészt aszerint különböztetjük meg, hogy miként vázolják fel a viselkedésváltozás menetét: minőségileg eltérő szakaszokként vagy folyamatos változásként.

Mind a folyamat-, mind a szakaszelméleteknek megvannak a maguk előnyei és hátrányai. A folyamatmodellek hasznosnak bizonyulnak a viselkedés magyarázatában és előrejelzésében, míg a szakaszelméleteket gyakrabban alkalmazzák intervenciók kialakításában (Schwarzer és mtsai, 2011 idézi Teleki és Tiringner, 2016). Az egészségfejlesztés szempontjából a folyamatmodellek ugyanis túl általánosak, hiszen szükségessé teszik az összes bennük foglalt változó intervencióba való bevonását, anélkül, hogy figyelembe vennék a résztvevők egyes csoportjainak jellegzetes igényeit.

### *9.2.1.1. Folyamatelméletek*

A folyamatos modellek az egyént egy egyenesen helyezik el aszerint, hogy esetében mekkora a kívánt cselekvés végrehajtásának valószínűsége. A befolyásoló, előrejelző változókat egyetlen folyamat közös elemeiként azonosítják és kombinálják: ehhez mérten a beavatkozások célja, hogy előrébb, a cselekvés felé mozdítsák a személyeket ebben a folyamatban (Schwarzer, 2008 idézi Teleki és Tiring, 2016). Az egészségfejlesztés így az összes, a modellbe beemelt változó kedvező irányú változtatására fókuszál minden személy esetében, anélkül, hogy a beavatkozást az adott csoport vagy populáció adottságaihoz, állapotához szabná (Schwarzer és mtsai, 2011 idézi Teleki és Tiring, 2016). A folyamatelméletekre példa Bandura (1977, 1986, 1994) Szociális/társas-kognitív modellje.

### *9.2.1.2. Szakaszelméletek*

Weinstein, Rothman és Sutton (1998 idézi Teleki és Tiring, 2016) szerint azonban az adott cselekvés valószínűsége nem írható le egyetlen értékkel (pl. viselkedéses szándék), ugyanolyan módon, mindenki esetében. Véleményük szerint minden természetes jelenségnek, így a viselkedésváltozásnak is minőségileg különböző szakaszai vannak.

Schwarzer (2008 idézi Teleki és Tiring, 2016) a változási folyamatát minőségileg különböző szakaszokra bontja. Egy-egy szakasz a többitől eltérő kognitív és viselkedéses jellemzőkkel bír, mint pl. a szándék egy új viselkedés felvételére vagy a már kialakult új viselkedés fenntartására (Schwarzer és mtsai, 2011 idézi Teleki és Tiring, 2016). A szakaszelméletre példa Prochaska és DiClemente (1983) A viselkedésváltozás transzteoretikus modellje.

Weinstein és munkatársai (1998 idézi Teleki és Tiring, 2016) definícióját követve, a szakaszmodellek szerint:

1. Az egyének érvényes értékelési eljárások alapján a különböző szakaszok egyikébe sorolhatóak.
2. A szakaszok sorrendje meghatározott, a szakaszok sorrendje nem felcserélhető.
3. Az egyazon szakaszban lévő személyek ugyanazokkal az akadályokkal néznek szembe és ezek az akadályok minőségileg mások, mint a többi szakaszban.

### **9.2.2. Modellek a viselkedés elmélet alapján**

Velicer és Prochaska (2008 idézi Teleki és Tiringér, 2016) a két szemléleti keret egy másfajta megkülönböztetését (is) javasolja, hangsúlyozva ezzel egy további lényegi különbséget a megközelítések között. Schwarzer (2008) folyamatmodell és szakaszmodell elnevezése helyett a viselkedés elméletei (theories of behavior), és a viselkedésváltozás elméletei (theories of behavior change) címkéket javasolják, kiemelve ezzel, hogy míg a folyamatos modellek egy állapot, és az azt felépítő statikus változók leírására fókuszálnak, addig a szakaszmodellek lényege az időbeli dimenzió és azon dinamikus változók megragadása, amelyek lehetővé teszik a viselkedés időbeli változását. Ezért meglátásuk szerint, a folyamatelméletek hasznosnak bizonyulnak a viselkedés magyarázatában és előrejelzésében, míg a szakaszelméletek szolgáltatathatják a hatékony intervenciók kialakításának alapját (Velicer és Prochaska, 2008 idézi Teleki és Tiringér, 2016). Az egészségfejlesztés szempontjából a folyamatmodellek ugyanis túl általánosak, hiszen szükségessé teszik az összes bennük foglalt változó intervencióba való bevonását, anélkül, hogy figyelembe vennék a résztvevők egyes csoportjainak jellegzetes igényeit.

### **9.3. A szociális ökológiai modell alkalmazása az egészségfejlesztésben**

A közegészségügy egyre inkább előmozdította az egészség társadalmi ökológiai megközelítését, az egyéni orvosbiológiai paradigmától az egészség társadalmi és strukturális tényezőinek elismeréséig. McLeroy és mtsai (1988) az egészségfejlesztés ökológiai modelljét javasolják alkalmazni, mind az egyéni, mind a társadalmi környezeti tényezőkre összpontosítva az egészségfejlesztési beavatkozások célpontjait. A modell jól alkalmazható az egészséggel kapcsolatos tudás, az egészségműveltség alakításában vagy az egészségfejlesztésben (Rigg és mtsai, 2014).

McLeroy és mtsai (1988) a modell előzményei között a pszichológiában használt fejlődésökológiai elmélet is megemlíthető, melyet Bronfenbrenner (1979) dolgozott ki. Ő azt hangsúlyozta, hogy az emberi fejlődés csak a teljes társas-társadalmi (ökológiai) környezet matrjoska babákhoz hasonlóan egymásba ágyazott struktúráinak figyelembevételével érthető meg. Nézetei szerint a társadalmi hatásoknak különböző szintjei vannak, amelyek a mindennapi rutinoktól az intézményeken keresztül a kultúra által közvetített nézetekig terjednek. Ezek a

szintek egymásra épülve, külön-külön rendszereket alkotnak, amelyeket mikro-, mezo- és makrorendszernek nevezett el.

A szociális-ökológiai modell (Social Ecological Model – SEM) alapfogalma az, hogy a viselkedésnek többféle szintű befolyásoló tényezője van, beleértve az intraperszonális (biológiai, pszichológiai), interperszonális (társadalmi, kulturális), szervezeti, közösségi és politikai környezetet (. ábra). A modell hangsúlyozza, hogy mind az egyén, mind pedig a társadalmi környezet együttesen alakítja ki az egyén egészségmagatartását. A társadalmi ökológiai modellek elvei összhangban vannak a társadalmi kognitív elmélet koncepcióival, amelyek azt sugallják, hogy a változást elősegítő környezet megteremtése fontos az egészséges viselkedések megkönnyítése érdekében. A szociális ökológiai modell tehát azt feltételezi, hogy a társadalmi környezetben bekövetkező változások individuális szinten is leképeződnek, fordítva pedig az egyének támogatása elengedhetetlen a populációs szintű környezetváltozáshoz, vagyis az egyes szintek kölcsönös interakcióban állnak egymással.

13. ábra  
Szociális-ökológiai modell



(Forrás: [semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2015/11/09\\_egfejlesztési-programok.pdf](http://semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2015/11/09_egfejlesztési-programok.pdf))

A társadalmi ökológiai modell segít megérteni a magatartást befolyásoló tényezőket (a különböző személyes és környezeti tényezők közötti dinamikus összefüggéseket), és



iránymutatást nyújt a sikeres egészségfejlesztő programok társadalmi környezetben történő fejlesztéséhez.

Úgy gondolják, hogy az ökológiai modellek átfogó keretet nyújtanak az egészségügyi viselkedés többszörös és kölcsönhatásban lévő tényezőinek megértéséhez. Ennél is fontosabb, hogy az ökológiai modellek felhasználhatók átfogó intervenciós megközelítések kidolgozására, amelyek szisztematikusan megcélozzák a változás mechanizmusait az egyes befolyási szinteken.

### ***A modell bemutatása a szájüregi rákszűrésen keresztül***

#### ***1. Egyéni szint***

Az egyén biológiai és pszichológiai jellemzőire összpontosít.

Beavatkozások:

- Felhívni a figyelmet a szájüregi rák szűrésének szükségességére.
- A szűrés kockázatának és előnyeinek megismertetése.
- A hozzáférés lehetőségeinek megismertetése.

Célja: Az egyén tudásának befolyásolásával elősegíteni az időben történő kezelés megkezdését.

#### ***2. Interperszonális szint***

Az egyén szűkebb társas kapcsolati körébe eső személyektől (például a szülők, családtagok, barátok, tanárok) eredő rákszűréssel kapcsolatos befolyásokat képviseli.

A család, a barátok, az egészségügyi szolgáltatók, a közösségi egészségügyi dolgozók vagy a promóterek, valamint a betegirányítók jelentik az interperszonális üzenetek és támogatás lehetséges forrásait.

Beavatkozások:

- A szolgáltatók szűrési javaslatokat tesznek a betegeknek.
- Betegek, akik emlékeztetnek a szűrés szükségességére.
- Betegirányítók, akik segítenek eltávolítani a szűrés logisztikai és egyéb akadályait.

Célja: Az egyéni viselkedésváltozás megkönnyítése a társadalmi és kulturális normák befolyásolásával és az egyéni szintű akadályok leküzdésével.

#### ***3. Szervezeti szint***

A különböző intézményi keretek (például az iskola, egészségügy, kiskereskedelem) között érvényesülő, a rákszűréssel összefüggő kölcsönhatásokat veszi figyelembe.

Az egészségügyi rendszerek, a munkaadók vagy a munkaterületek, az egészségügyi tervek, a helyi egészségügyi osztályok, egészségügyi intézmények és a szakmai szervezetek jelentik a szervezeti üzenetek és támogatás lehetséges forrásait.

Beavatkozások:

- Ügyfél- és szolgáltatói emlékeztető rendszerek használatának elősegítése.
- A szolgáltatók értékelése és visszajelzései teljesítményükről.
- A szűrés előnyeinek kiterjesztése és bővítése.
- A megelőző ellátásokat támogató munkahelyi politikák elfogadása.

Célja: Az egyéni magatartásváltozás megkönnyítése a szervezeti rendszerek és politikák befolyásolásával.

#### **4. Közösségi szint**

Egyrészt a különféle társas hálózatokban, kulturális, vallási közösségeken belüli normákat reprezentálja, amelyek ún. közvetítő közegként jelentős hatást gyakorolhatnak az egyéni attitűdökre. Másrészt a közösség társadalmi, kormányzati, gazdasági stb. szervezetek közötti kapcsolatot is jelenthet, akár területi elvek alapján is, hogy együttesen befolyásolják a rákszűréssel kapcsolatos magatartást. Az erőforrások és a közösségi szintű kommunikáció és támogatás lehetséges forrásait képviselő közösségi szintű intézmények, például átfogó rákellenőrzési koalíciók, Népegészségügyi Intézetek, a média és közösségi érdekképviselői csoportok bevonásával.

Beavatkozások:

- A koalíciók és az együttműködések támogatása a szájüregi rák szűrésében és az erőforrások bővítésében.
- A nyilvánosság tudatosságának növelése, oktatási kampányok lebonyolítása.
- Együttműködik Kormányhivatalok Népegészségügyi Intézeteivel a szájüregi rákszűrés kiterjesztésére.

Célja: Az egyéni viselkedésváltozás elősegítése.

#### **5. Szakpolitikai szint**

Lényegében azt a jogszabályi környezetet képviseli, amelyben földrajzi, politikai, szintér, célcsoport és egyéb megfontolások alapján lehet a szájüregi rák szűrésével kapcsolatos intervenciókat bevezetni.

A politika szintjén történő tevékenységek magukba foglalják a meglévő politika értelmezését és végrehajtását. Az országos, a kistérségi és a helyi kormányzati szervek támogatását az egészséges viselkedés előmozdítására, beleértve a szűrést is.

Beavatkozások:

- Együttműködés a koalíciókkal a politikai döntések nyilvánosságának közlésével (például biztosítási mandátumok az átvilágításhoz).
- Helyi politikák figyelemfelhívása a közösség tagjai számára (például polgármester hirdetése a szájúregi rák-tudatosság hónapjában).

Célja: Az egyéni viselkedésváltozás elősegítése.

#### **9.4. Az egészségmagatartás befolyásolásának szintjei a szociális ökológiai modell alapján**

Jelenleg számos modell áll rendelkezésünkre, amelyek a magatartás, illetve a viselkedés megváltoztatására irányulnak. Létrejöttek olyan modellek, amelyek több-kevesebb jelentőséget tulajdonítva a külső tényezőknek, elsősorban az egyén szerepére fókuszálnak, a viselkedést az egyénre gyakorolt hatások és döntések eredményeként írják le. Ezeken túlmutatóan azonban létrejöttek olyan modellek, amelyek eltávolodnak az egyéntől, mint célszemélytől és a viselkedésre magára, vagy a viselkedéssel, egyénnel kapcsolatban lévő szociális és fizikális környezetre koncentrálnak. Ilyenek a népegészségügyben használt modellek.

Az elméleteket összefoglaló tanulmányok alapján is látható, hogy sok módszer létezik a magatartás/viselkedés megváltoztatására. Tudományosan megalapozott, hogy a viselkedést eredményesen változtató beavatkozások egyszerre bővítik az egészséges életmóddal kapcsolatos ismereteket és készségeket, motiválnak életmódváltásra és biztosítják a viselkedésváltoztatást támogató társas és fizikai környezetet is.

Az alábbiakban néhány olyan egyéni és egyének közötti egészségmagatartási modellt mutatunk be – a teljesség igénye nélkül - a szociális ökológiai modell alapján, amelyek az orális egészségfejlesztésben is hatékonyan alkalmazhatók.

14. ábra  
Az egészségmagatartás befolyásolásának szintjei a szociális ökológiai modell alapján



(Saját szerkesztés)

## 9.5. Az egyéni szintű egészségmagatartás változását támogató modellek

Az alábbiakban az egyéni szintű magatartásváltozást támogató modellek közül szociális ökológiai modell alapján a következő modelleket mutatjuk be: Egészség-hiedelem modellt, Prevenció-motiváció-elméletet, Indokolt cselekvés-elméletét, Tervezett cselekvés-elméletét és végül A viselkedésváltoztatás transzteoretikus modelljét.

### 9.5.1. Egészség-hiedelem modell (Health Belief Model - HBM)

Az egészségmagatartás legismertebb modelljét Rosentostock (1966) vezette be, amit Becker és Maiman (1975) módosított (idézi Urbán, 2017). A modell megszületését egy gyakorlati probléma inspirálta, nevezetesen az, hogy az emberek miért nem vesznek részt a számukra meghirdetett, térítésmentes szűrési programban. Az 1960-as években az USA-ban nagy problémát jelentett a TBC, így ingyenessé tették a szűrést, de az emberek mégsem vették igénybe. Ezért elkezdtek ezt kutatni, tehát a modell konkrét tapasztalatra épül.

A kidolgozott modell célja az egészségmagatartás, abból is elsősorban a betegséget megelőző egészségviselkedés, a szűrővizsgálatokon való részvétel, a betegség alatti együttműködő viselkedés és a terápiás utasítások betartására vonatkozó hajlandóság bejósolása. Továbbá jól alkalmazható a befolyásolásban, ha a beteg veszélyeztetettnak érzi magát, akkor akcióra biztató jelzéseket kell biztosítani a számára, hogy egészségvédő magatartást mutasson.

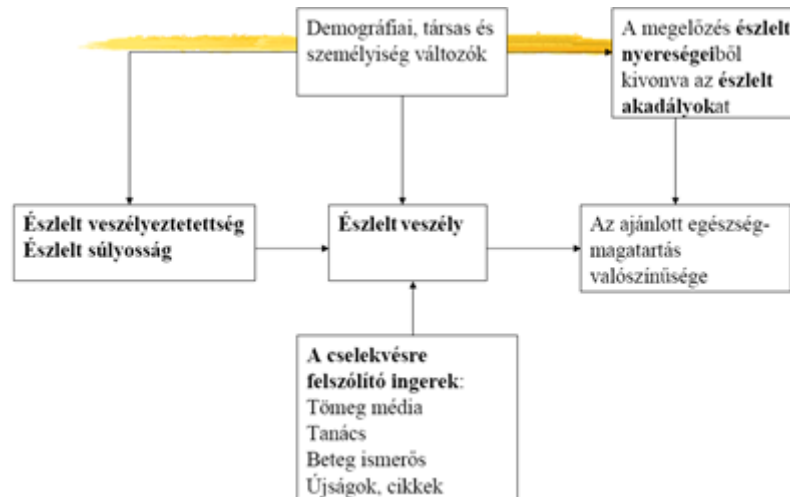
Miután a modell a hiedelmek szerepét hangsúlyozza az egészségmagatartás előrejelzésében az alábbiakban azokat a hiedelmeket mutatjuk be, amelyek az egyénben a veszéllyel és a cselekvéssel kapcsolatosak.

- *Észlelt veszélyeztetettség az adott betegségre* (Az egyén vélekedése arról, hogy milyen esélye van az adott helyzetbe kerülésre.): az egyén vélekedése szerint ő genetikai adottságánál, életmódjánál stb. fogva mennyire hajlamos az adott betegségre.
- *Észlelt súlyosság, észlelt fenyegetettség* (Az egyén vélekedése arról, hogy az adott helyzet vagy betegség és annak következményei mennyire súlyosak.): Nincs kapcsolat az objektív és a szubjektív súlyosság mértéke között.
- *Az egészségvédő viselkedésektől észlelt nyereség* (Az egyén vélekedése arról, hogy a javasolt viselkedés mennyire hatékony a veszély és annak következményeinek csökkentésében. Ide tartoznak az egészséggel és nem egészséggel kapcsolatos nyereségek.) *és észlelt akadályok* (Az egyén vélekedése a javasolt tevékenység gyakorlati és pszichológiai „költségeit” illetően.) *aránya*: például az egészségviselkedés észlelt előnye lehet, abbahagyni a dohányzást, melynek hatására jobb lesz a kondícióm, és még pénzem is marad, amit másra tudok majd költeni. Ugyanezen viselkedés észlelt hátránya lehet, hogy ha abbahagyom a dohányzást, ingerlékenyebb leszek.
- *Cselekvésre felszólító ingerek* (Az egyén cselekvésre való készenlétének aktiválása.): ezek lehetnek belső (például légzési nehézség készíthet a dohányzásról való leszokásra), illetve külső kulcsingerek (például egy információs füzet a dohányzásról).
- *Demográfiai, társas és személyiség változók*: pl.: etnikai, szociális, személyiségjellemzők, csoportkonformitás, a személyzettel való kapcsolat.

Az egészséghiedelem-modell összetevőinek kapcsolatát a 15. ábra mutatja be. Az észlelt veszély vagy fenyegetettség az észlelt veszélyeztetettség és az észlelt súlyosság sorozataként állítható elő. Azaz maga az észlelt súlyosság, de nagyon alacsony mértékű észlelt veszélyeztetettség együttesen nem feltétlenül vezet a megelőzéshez vezető viselkedéshez. A

fenyegetés mellett a cselekvést befolyásolja a cselekvéssel kapcsolatos nyereségek és költségek viszonya. Az észlelt nyereséggel szemben állnak a cselekvéssel szembeni akadályok, illetve a cselekvéssel együtt járó észlelt “költségek”. A modell továbbá feltételezi, hogy a környezetben megjelenő cselekvésre felszólító ingerek az egyént közvetlenül cselekvésre ösztönzik.

**15. ábra**  
**Egészségihiedelem modell**



*(Forrás: Becker és Maiman, 1975. p. 12. nyomán)*

A modell szerint annál valószínűbb, hogy valaki egészségvédő viselkedésbe kezd, illetve, hogy a páciens, betartja az egészségügyi szakember utasításait, ha minél magasabb az észlelt hajlam, az észlelt fenyegetettség, az előnyök és költségek aránya, és minél több akcióra készítő jelzés van jelen.

Az egyes összetevők hatékonyságát az elmúlt évtizedekben számos vizsgálatban elemezték. Az értékelők szerint az összetevők hatékonyságát az alábbi bizonyítékok támogatják vagy cáfolják. Elsősorban rákbetegség esetében sikerült a betegség alatti együttműködő viselkedés és a hajlam között pozitív együtt járást kimutatni. A vizsgálatok szerint nincs kapcsolat a személy által megítélt és az objektív súlyosság mértéke között. Bonyolítja a helyzetet, hogy a nagyon súlyos kimenetel feltételezése cselekvést gátló, és nem serkentő hatású. A fenyegetés általában nem hatékony. Ha már jelen vannak a betegség tünetei, vagyis a baj nem fenyegetés, hanem ténykérdés, akkor az egyén nagyobb valószínűséggel alkalmazza a sikeresnek vélt eljárásokat. Ha a személy hisz az eljárás hasznában, él vele. Ha pl. hisz abban, hogy a rákszűrésen idejében fel tudják ismerni a rákos elváltozást és a korán felismert rák gyógyítható,

meg fog jelenni a rákszűrésen. Gátló tényezők lehetnek (az egészségviselkedés ára): félelem, anyagi problémák (a vizsgálat sokba kerül) vagy más, személyes akadályoztatás. (Urbán, 2017)

A gyakorlati munka segítésére néhány példa a modell egyes összetevőinek alkalmazására:

- Észlelt veszélyeztetettség:
  - A veszélyeztetettség tudatosítása.
  - A veszélyeztetettség meghatározása az egyén jellemzői alapján.
  - A veszélyeztetettség észlelésének kiigazítása a tényleges rizikó irányába.
- Észlelt súlyosság:
  - A páciens tájékoztatása az aktuális helyzet vagy betegség következményeiről.
- Észlelt nyereség:
  - Annak megbeszélése, hogy milyen pozitív következményeket, nyereségeket tapasztalhat a személy, ha a viselkedésváltozást végrehajtja.
- Észlelt akadályok:
  - A cselekvést hátráltató észlelt akadályok feltárása, azaz mi nehezíti a páciens abban, hogy a kívánatos módon cselekedjen.
  - Az észlelt akadályok csökkentése bátorítással, a téves információk kijavításával, ösztönzőkkel és más segítséggel.
- Cselekvésre felszólító ingerek:
  - Információk nyújtása.
  - A tudatosság növelése.
  - Megfelelő emlékeztetők alkalmazása (Janz, Champion és Strecher, 2002 idézi Urbán, 2017).

A modellben gyakran használt módszer az észlelt veszély (észlelt veszélyeztetettség az adott betegségre) indukálása: Az egészségfejlesztők sokáig kizárólagosan ezt a módszert próbálták alkalmazni, de ez a tapasztalatok szerint nem idéz elő hatékonyan viselkedésváltozást, hanem inkább elhárító mechanizmusokat indít be („nekem biztos nem lesz ilyen betegségem”). Ez a módszer úgy hatékony inkább, hogy csak kicsit „ijesztünk rá” a személyre, és egyúttal felkínálunk lehetőségeket, hogy hogyan lehet elkerülni az adott betegséget.

### **9.5.2. Prevenció motiváció elmélet**

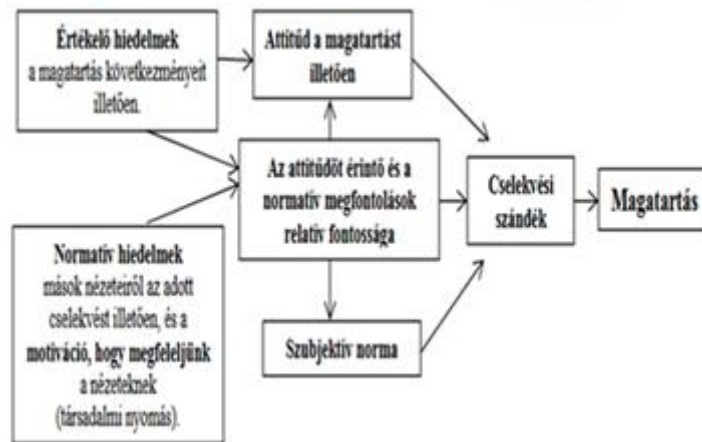
Az elmélet az egészséghit modelltől indul ki, részben azt fejleszti tovább. Ez a modell már több szempontot is figyelembe vesz, többek között a kompetenciát (az én-hatékonyságot), az eredményességet, a probléma súlyosságát és az egyéni veszélyeztetettséget. Lényegében ez az elmélet a magatartási szándékhoz vezető tényezőket a motiváció szempontjából veszi számba. A betegség súlyosságán és az egyéni veszélyeztetettségén kívül az is fontos motiváló tényező, hogy mennyire tartjuk a leendő viselkedést hatékonynak, eredményesnek (Pikó, 2006).

### **9.5.3. Az indokolt cselekvés elmélete (Theory of Reasoned Action – ToRA or TRA)**

Ajzen és Fishbein (1980) megfogalmazták a „indokolt/átgondolt/szándékos cselekvés elméletét”, melynek folyamatát a 16. ábra mutatja be. Az elmélet szerint a viselkedés nagyban előrevezethető a cselekvés megvalósítására vonatkozó viselkedési szándék alapján. A kutatók fő célja az indokolt cselekvési elmélet megfogalmazásával az volt, hogy megpróbálják megállapítani az eltérést az attitűd és a viselkedés között. Az indokolt cselekvési elmélet az önkéntes viselkedéshez kapcsolódik. Az attitűdök nem közvetlenül a magatartást határozzák meg, hanem a cselekvési szándékot, és a szándék határozza meg a magatartást. Az attitűd mellett a szándékokra a szubjektív norma is hatással van. Befolyásoló erővel bírnak még az értékelő hiedelmek, amelyek választ adnak arra, hogy az egyén hogyan értékeli magatartásának következményeit, illetve a normatív hiedelmek, amelyek mások értékrendjéhez viszonyít, és meghatározza, hogy mennyire fontos az egyén számára, hogy ezeknek az elvárásoknak megfeleljen. Ez a modell racionális viselkedést feltételez (Sarver, 1983).



**16. ábra**  
**Az indokolt cselekvés elmélete**



(Forrás: Ajzen és Fishbein, 1980 nyomán)

A szerzők szerint a szándék pedig nem más, mint egy személy szubjektív normáinak és a bizonyos cselekedet elkezdése iránti attitűdjének a függvénye (azaz annak érzékelése, hogy mit várnak el tőlem a számomra fontos emberek). Mivel az attitűd nem csak a viselkedés eredményének, kimenetének az értékelését foglalja magába, hanem azt is, hogy ez az eredmény, kimenet milyen valószínűséggel fog bekövetkezni, ezért a tényszerű ismeretek és a kontextusából kiváló ingerként értelmezhető, fontos információk bármilyen attitűd előfeltételeinek tekinthetők (Sarver, 1983).

Ezt a modellt nem kifejezetten az egészségviselkedés magyarázatára alkották meg, de nagyon sok vizsgálatban erre használták fel. A modell alapfeltevése: Az emberek értelmes módon viselkednek – figyelembe veszik a rendelkezésre álló információkat és implicit vagy explicit módon a viselkedésük következményeit. A modell az emberi viselkedést teljesen racionálisnak tételezi, s feltételezi, hogy a viselkedés közvetlen meghatározója a szándék az adott cselekvés végrehajtására. Ez a szándék pedig három tényező függvénye:

- *a viselkedéssel kapcsolatos attitűd*: hogyan értékeli a személy a viselkedés végrehajtásának következményeit;
- *a szubjektív normáé*: észlelt szociális nyomás az adott viselkedés végrehajtására, vagy végre nem hajtása (az egyén szerint a számára fontos emberek helyeselnék-e az adott viselkedést, s meg akar-e felelni az ő elvárásainak).

(Mivel a szubjektív normák a normatív hiedelmek (hitek) erősségére és arra a motivációra utalnak, hogy megfeleljünk ezeknek a hiedelmeknek, ezért a társadalmi és erkölcsi értékek

- azaz mit szabad az embernek tennie normatív szempontból -, a társadalmi elvárások és a morális alapelvek az egyén szubjektív normáinak megközelítéseiként értelmezhetők.);
- *az észlelt kontroll mértéke*: a személy véleménye szerint mekkora kontrollja van a kívánt eredmények felett.

A fenti három változó egymástól függetlenül növeli a szándékot az adott viselkedésre (pl. fogyókúrázás). Azonban a viselkedés kivitelezését a szándékon kívül több egyéb tényező is befolyásolja (pl. a szükséges források hiánya, egyéni különbségek, természeti csapások stb.), s egyes kritikusok szerint (Sarver, 1983) ezek az „egyéb” tényezők olyan nagyszámúak, hatásukban jelentősek és az elméletben nem bejósolható a megjelenésük, hogy gyakorlatilag megszűnik a modell bejósoló ereje az emberi viselkedésre. A modellt sok empirikus próbának vetették alá, s többek között azt találták, hogy a szándéknak csak mérsékelt hatása van a tényleges viselkedésre, utóbbit a modell elemei közül egymagában legjobban az észlelt kontroll mértéke jósolja be (Schiffner és Ajzen, 1985).

A módszer egyik legfontosabb kritikája, hogy hiányzik a modellből a kontroll (csak akkor működik eredményesen a modell, ha a viselkedés végrehajtható, ha nincs akadályozó tényező).

#### **9.5.4. Tervezett viselkedés elmélete (Theory of Planned Behavior - TPB)**

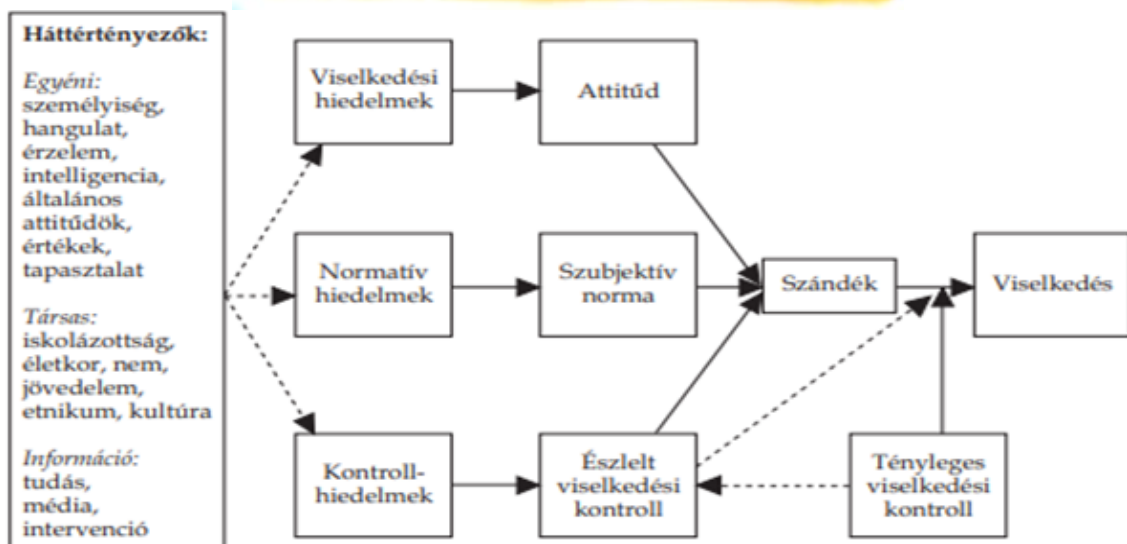
Ajzen (1985) az indokolt cselekvés elméletét fejlesztette tovább a tervezett viselkedés elméletében. A nem teljes akarati kontroll alatt álló (nem kontrollálható) viselkedési hatások figyelembevételével egészíti ki az elméletet. A tervezett viselkedés elmélete az emberi viselkedés, köztük az egészségviselkedések előrejelzésére alkalmazott egyik legismertebb, leggyakrabban kutatott elmélet. A tervezett viselkedés elméletének alapját a szándék és a viselkedés közötti kapcsolat képezi. A tervezett viselkedés elmélete általános, tartalomtól független modell (Ajzen, 1998), tehát nem kifejezetten az egészségviselkedések magyarázatára jött létre.

Az elmélet szerint az emberi viselkedés célirányultsága miatt a viselkedés közvetlen meghatározója a szándék (Ajzen, 1991, 1998), ami egyfajta motivációs tényezőt jelent: azt jelzi, hogy a személy mennyi erőfeszítést hajlandó tenni a viselkedés végrehajtása érdekében. Így minél erősebb a szándék egy viselkedés végrehajtására, annál valószínűbben következik be a viselkedés (Ajzen, 1991). A szándék a viselkedés oki tényezője; ez azt is jelenti, hogy ha a szándékot erősítjük, akkor ezzel a viselkedés megjelenésének valószínűségét növeljük (Ajzen,

2012). Azokban az esetekben, amikor a viselkedés megvalósítása teljesen a személy kontrollja alatt áll, a szándék önmagában előre jelzi a viselkedést (Ajzen, 1991), ahogy azt a modell előzménye, az indokolt cselekvés elmélete (Madden, Ellen és Ajzen, 1992) feltételezte. A személy kontrollja azonban többnyire nem teljes, mert a viselkedés megvalósítására egyéb tényezők is hatnak. Emiatt egészítette ki Ajzen az indokolt cselekvés elméletét az észlelt viselkedési kontroll (perceived behavioural control) fogalmával, amit a szándék mellett a viselkedés másik meghatározójának tekint (Ajzen, 1991, 2002a).

A modell (17. ábra) kifejezi a különböző hiedelmek és azok hatására kialakuló tényezők (attitúd, szubjektív norma, észlelt viselkedési kontroll) közötti meglehetősen komplex összefüggésrendszert, amely együttesen befolyásolja azután az egyén cselekvési szándékát, s végül a megvalósuló magatartást.

17. ábra  
A tervezett cselekvés elmélete



(Forrás: Ajzen és Fishbein, 2005. p. 194. nyomán)

#### A modell összetevői:

##### – *Hiedelmek*

Mindhárom, a szándékot befolyásoló tényező mögött bizonyos hiedelmek állnak az elmélet szerint, ezek tehát közvetetten befolyásolják a szándékot, így végső soron magát a viselkedést is.

– *Viselkedéses hiedelmek:* A viselkedés várható kimeneteire vonatkozó hiedelmek és e kimenetek értékelése alakítja az attitűdöket (az attitűd expektancia+érték modellje). A

viselkedési hiedelmek tehát a viselkedés következményeinek és e következmények értékelésének a szorzata. Mindegyik viselkedéssel kapcsolatban természetesen több hiedelem is létezik, ezek összege alakítja ki végül a viselkedéssel kapcsolatos attitűdöket.

- A *normatív hiedelem* az adott viselkedésre vonatkozó elvárás és az együttműködési hajlandóság szorzata. A szubjektív normát, tehát az észlelt társas nyomást az alakítja ki, hogy a személy mit gondol arról, hogy konkrét fontos személyek (pl. házastárs, orvos stb.) mennyire várják el tőle az adott viselkedést, és hogy ő mennyire szeretne együttműködni ezekkel az elvárásokkal. A normatív hiedelmek szempontjából a fontos referenciaszemélyek többnyire a családtagok, barátok és az egészségügyi dolgozók (Symons Downs és Hausenblas, 2005).
- Az észlelt viselkedési kontrollt a *kontrollhiedelmek* alakítják. Ezek a cselekvés megvalósítását elősegítő vagy gátló tényezők, valamint azok észlelt erőssége szorzataként alakulnak ki.

Mindegyik hiedelemcsoportnál elmondhatjuk, hogy többféle hiedelem létezhet ugyanazzal a viselkedéssel kapcsolatban. E hiedelmek fontos jellemzője, hogy nem állandó tényezőnek érdemes őket elképzelni, hanem folyamatosan változik a hozzáférhetőségük; az aktuálisan hozzáférhető hiedelmektől függ az attitűd, szubjektív norma és az észlelt viselkedési kontroll, és természetesen a belőlük kialakuló szándék is a viselkedés végrehajtására. Ez természetesen azt is jelenti, hogy a hiedelmek hozzáférhetőségének változtatásával befolyásolhatóak ezek a tényezők, így módosítható a viselkedés megjelenésének valószínűsége.

#### – *Attitűd*

A tervezett cselekvés elmélete szerint az attitűd tisztán értékelő (ez a háromtényezős modell affektív elemének feleltethető meg → az adott viselkedéssel kapcsolatos pozitív vagy negatív vélemény), a kognitív tényezőt az attitűdöt meghatározó viselkedéses hiedelmek képviselik, a viselkedés pedig a részben az attitűd által meghatározott szándék következménye (Ajzen és Fishbein, 2005; Ajzen, 2012).

#### – *Szubjektív norma*

A személyre ható észlelt társas nyomás az adott viselkedés megvalósítására vagy nem megvalósítására (Ajzen, 1991, 1998), mennyire gondolja úgy a személy, hogy az adott cselekvést a számára fontos személyek elvárják tőle.

Formái (Ajzen, 2012; Manning, 2009):

- *Előíró norma*: amit fontos mások elvárnak a személytől → működésének pedig az az alapja, hogy a személy mennyire hajlandó együttműködni a társas elvárásokkal a szankciók elkerülése érdekében.
- *Leíró norma*: amit ténylegesen vagy a személy által feltételezetten cselekednek az adott viselkedéssel kapcsolatban. → tehát mások viselkedésének a megfigyelése a kulcsként szolgálhat a viselkedés megvalósításához, tehát a viselkedés követésére ösztönözhet.
- ***Észlelt viselkedési kontroll***

“Az észlelt viselkedési kontroll annak a mértéke, amennyire a személy képesnek érzi magát a cselekvés végrehajtására, illetve, hogy mennyire tartja könnyűnek vagy nehéznek egy viselkedés végrehajtását.” (Francis és mtsai, 2004: 9.).

Aspektusai:

- mennyire érzi úgy a személy, hogy a viselkedés a kontrollja alatt áll, illetve
- mennyire magabiztos abban, hogy képes lesz a cselekvés végrehajtására (Francis és mtsai, 2004:9.); utóbbiba tartozik a viselkedés észlelt nehézsége (Francis és mtsai, 2004:21.).
- ***Tényleges viselkedési kontroll***

A tényleges kontroll a szándék-viselkedés kapcsolatot befolyásolja olyan módon, hogy a szándék viselkedésre gyakorolt hatása erősebb, amikor a tényleges kontroll nagyobb (Ajzen és Fishbein, 2005). A tényleges kontroll a személy rendelkezésére álló, a viselkedés megvalósításához szükséges forrásokat és lehetőségeket (Ajzen, 1991), konkrétan a rendelkezésére álló információt, képességeket, a társas támogatás elérhetőségét, illetve külső akadályok hiányát (Ajzen, 2012) jelenti.

A tervezett cselekvés elmélete szerint a személy viselkedését a szándék határozza meg, hogy teljesítse a viselkedést és ez a törekvés viszont az attitűdjének a feladata a viselkedése és a szubjektív normája felé. A legjobban előrevetíthető viselkedés, a szándék. A szándék egy kognitív ábrázolása a személy állapotának, hogy képes-e teljesíteni egy adott viselkedési formát, és így tekinthető ez, a viselkedés azonnali előzményének. A szándékot három tényező határozza meg a viselkedési attitűd, a szubjektív norma és az észlelt viselkedéses kontroll. A szándékot előrejelző három tényező közül többnyire a szubjektív norma szerepe a leggyengébb. Ahhoz, hogy meg tudjuk jósolni valaki szándékait, ahhoz ismernünk kell a hiedelmeit is,

amelyek legalább olyan fontosak is lehetnek, mint a személy attitűdjének ismerete. Végül az érzékelt viselkedési szabályozás is befolyásolja a szándékot. A viselkedésben érzékelt kontroll utal az emberek megítélésre egy adott viselkedésről. Általános szabály, hogy minél kedvezőbb az attitűd, a szubjektív norma, és nagyobb az észlelt ellenőrzés, annál erősebb a személyek szándéka, hogy megfeleljenek a szóban forgó viselkedési formának.

A meggyőző eredmények ellenére vannak kétségek az elmélet széleskörű kiterjesztésével kapcsolatosan. Az újabb kutatási eredmények arra hívják fel a figyelmet, hogy a tervezett cselekvés elmélete nem minden esetben alkalmas a cselekvés bejósolására. Főként igaz ez a gyakran, szokásszerűen végzett cselekvések esetében. Ennek jelentőségét az adja, hogy számos egészségmagatartás kedvező hatása csak akkor érhető el, ha azt rendszeresen, szinte szokásszerűen hajtják végre. Triandis (1980 idézi Verplanken és Aarts, 2011) felhívja a figyelmet a cselekvési szándék és a szokás kapcsolatára. Ennek értelmében az új viselkedés irányítása a szándék alatt zajlik, míg amikor a cselekvés kellő gyakorisággal ismétlődik akkor a szándék súlya csökken, és a szokásösszetevő veszi át a szerepet. Így a szándéknak akkor van szerepe, amikor a szokás még gyenge, és fordítva.

#### **9.5.5. A viselkedésváltoztatás transzteoretikus modellje (Transtheoretical Modell - TTM)**

Sokszor halljuk a mindennapokban? „A változás elkerülhetetlen”, de mégsem! Sokan fogadkoznak a változtatás sikerességére vonatkozóan: “Uram, adj türelmet, hogy elfogadjam, amin nem tudok változtatni, adj bátorságot, hogy megváltoztassam, amit lehet, és adj bölcsességet, hogy a kettő között különbséget tudjak tenni.” (*Assisi Szent Ferenc*) Ismert azonban, hogy a fogadalmat tevő, változásokat elhatározó-felolvasó emberek csupán 20%-a áll készen a változás bekövetkezésére...

A változás vagy életmódváltatási-fokozat modell (A változás transzteoretikus modellje) (Prochaska és DiClemente, 1984; Prochaska, DiClemente és Norcross, 1992, 1994) az emberek szokás-jellegű viselkedésének megváltozásának azokat a szakaszait írja le, amelyeken keresztül a viselkedésváltozás megvalósul. A modell a legnépszerűbb szakaszelmélet. A modellt kezdetben valamilyen kémiai függőségben szenvedő beteg kezelésére alkalmazták, majd később más viselkedések megváltoztatásának segítésére is kiterjesztették. Ezen kívül alkalmas például a proszociális viselkedés kialakulásának megértésére is (Prochaska és Mtsai, 2009).

#### *9.5.5.1. A modell alapvetései*

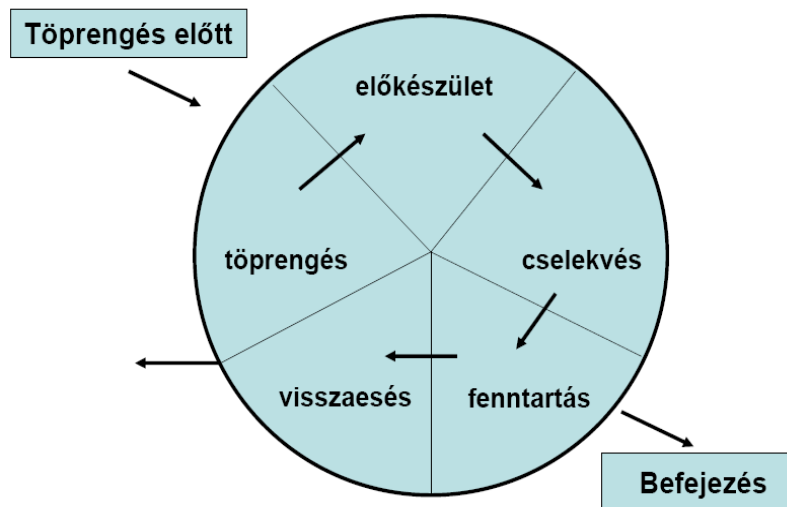
A viselkedésváltozás időben zajló folyamat, amely szakaszok sorozatán keresztül valósul meg. Az egyes szakaszok más és más pszichológiai jellemzőkkel bírnak, amelyet a viselkedésváltozásban támogató személyeknek vagy programoknak figyelembe kell venniük a megfelelő hatás eléréséhez. A modell alapján a változtatásban két tényező - a *viselkedés változásának aktuális stádiuma* és a *változás folyamata* – közötti interakcióról van szó. Az intervenciós stratégiákat a személy aktuális helyzetéhez kell illeszteni a változás folyamatában. A szakaszok a viselkedés megváltoztatása során egymást követik, azonban nem feltétlenül egyszerű lineáris módon, mivel a leszokás folyamatában a visszaesés törvényszerű. A változás szakaszainak elemzésében szerepet kap a választással kapcsolatos döntési egyensúly, azaz a változás melletti vagy elleni érvek viszonya. A folyamat kezdetén a változással szembeni érvek vannak túlsúlyban, míg a folyamat előrehaladásával a változás melletti érvek lesznek a hangsúlyosabbak (Urbán, 2017).

A motiváció nagy szerepet játszik a viselkedés megváltoztatásában, de a kutatások szerint egy-egy terápiás munka kezdetén meglévő motiváció és a terápiás sikere között nincs egyértelmű összefüggés. Ennek hátterében nagy valószínűséggel a motiváció változékonysága áll. Ez lehet az oka, hogy alig motivált páciensek már egyetlen terápiás ülés után elköteleződhetnek a változás mellett, míg a kezdetben motivált páciensek motivációja csökkenhet (Lambert és mtsai, 2007). Az alkohol- és drogbetegek motivációja a legtöbbször ambivalens, sérülékeny. Sokan a probléma meglétét is tagadják, mások belátják, de a változtatás mellett nem köteleződnek el, megint mások már elkötelezték magukat a változtatásra, esetleg meg is kezdték azt.

#### *9.5.5.2. A viselkedés változásának szakaszai*

A viselkedés megváltoztatása minden esetben ugyanazokra a szakaszokra tagolódik (18. ábra)  
1) töprengés előtti időszak, 2) a töprengés/tépelődés időszak, 3) előkészület időszaka, 4) cselekvés időszaka, 5) fenntartás időszaka, 6) a visszaesés vagy stabil változás időszaka.

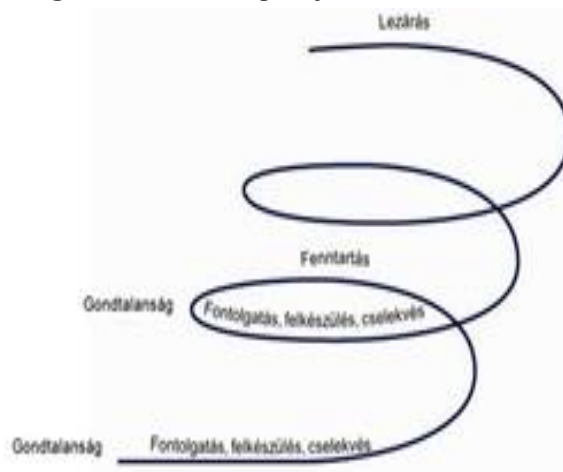
**18. ábra**  
A viselkedésváltoztatás szakaszai



(Forrás: Urbán, 2017. p. 197.)

A szakaszok a viselkedés megváltoztatása során egymást követik, de nem feltétlen lineáris módon, inkább egy spirálnak megfelelően, mivel a leszokás folyamatában törvényszerűek és gyakoriak a visszaesések (ekkor az egyén visszalép egy korábbi szakaszba) (18. ábra). A személy ilyen megcsúszásainál fontos, hogy hangsúlyozzuk, hogy ez még nem visszaesés, mert ha belelovallja magát, akkor tényleg teljesen visszacsúszhat (önrontó kör indul be – „már mindegy”), ezt kell megelőzni azzal, hogy tudatosítjuk benne, hogy a megcsúszás még nem egyenlő a visszaeséssel.

**18. ábra**  
A szokások megváltoztatásának spirálja a transzteoretikus modell alapján



(Forrás: Füzes és Tiringér, 2016

[https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094\\_neurologia\\_hu/ch07s10.htm](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_hu/ch07s10.htm))



### 9.5.5.3. A modell egyik kulcstényezője a változás folyamatai

A változás szakaszainak leírása mellett a modell a változás folyamatait, illetve történéseit is hangsúlyozza. Ezek azok a rejtett vagy nyílt viselkedéseknek és terápiás beavatkozásoknak a csoportjai, amit a személyek tesznek a változás érdekében (3. táblázat). Prochaska és munkatársai a különböző pszichoterápiás megközelítésekben alkalmazott módszerek faktoranalitikus vizsgálatával tíz intervenciós folyamatot (öntudatosság növelése; drámai megkönnyebbülés/érzelmi arousal: érzelmek átélése, érzelmek felkeltése; a személy önmaga újraértékelés; társas környezet újraértékelése; önmagunk felszabadítása; segítő kapcsolatok; helyettesítés vagy ellenkondicionálás; megerősítések/jutalmak; ingerkontroll; társadalmi könnyítések) azonosítottak. A transzteoretikus modell szerint a sikeres változáshoz a viselkedésváltozás aktuális stádiuma és a változás folyamatainak vagy a változás történéseinek illeszkedése szükséges. A kognitív-affektív folyamatok inkább a változás elején (a töprengés és előkészület időszakában) hasznosak, míg a viselkedéses folyamatok a cselekvés és fenntartás időszakában fontosak. Illetve a viselkedésváltozás elején inkább a belátást, a tudatosságot növelő beavatkozások, míg a változás folyamatainak előrehaladásával a cselekvésre összpontosító beavatkozások tűnnek hatékonynak (Urbán, 2017).

**3. táblázat**  
**A változás folyamatai alkalmazási példákkal**

Folyamat	Célok	Módszerek
A tudatosság növelése	A viselkedésváltozást elősegít új tények, ötletek, gondolatok elsajátítása.  Információ gyűjtése, a problémáról és az önismeret fejlesztése.	Önmegfigyelés, mások megfigyelése.  Konfrontáció.  Értelmezések.  Ivasásterápia.
Érzelmek átélése, érzelmek felkeltése	A kérdéses kockázati viselkedéssel kapcsolatos negatív érzések (félelem, szorongás, aggodalom) megélése és kifejezése.	Pszichodráma. A veszteségek meggyászolása.  Szerepjátékok.
A személy önmaga újraértékelése	A személynek önmagához és a problémához való viszonyának, érzéseinek, gondolatainak az újraértékelése.	Az értékek tisztázása.  Képzelti képek alkalmazása.  Korrektív érzelmi élmény.
Környezeti újraértékelés	Annak felismerése, hogy a kérdéses egészségkárosító viselkedés negatív hatással van, míg annak megváltoztatása pozitív hatással van a személy társas és/vagy fizikai környezetére.	Empátiatréning  Dokumentumfilmek, tanúságtétel.  Családterápia.

Folyamat	Célok	Módszerek
Önfelzabeditás	A változás lehetőségének tudatosítása és a változás melletti elköteleződés megerősítése.	A döntéshozatalt erősítő terápia. Újévi fogadalmak. Logoterápia.
Segítő kapcsolatok	A társas támogatás és segítség keresése és használata a viselkedésváltozás érdekében.	Terápiás kapcsolat. Segítő párok rendszere. Nősegítő csoportok.
Helyettesítés vagy ellenkondicionálás	Az egészségkárosító viselkedés helyettesítése alternatívakkal.	Relaxáció. Asszertivitási tréning. A személynek saját magával kapcsolatos pozitív belső beszéd használata.
Jutalmazás	A kedvező viselkedésváltozás megerősítése és az egészségkárosító magatartás jutalomértékének csökkentése.	Kontingenciaszerződések. Nyílt vagy rejtett megerősítések.
Ingerkontroll	Az egészségkárosító magatartást kiváltó vagy arra emlékeztető ingerek kerülése és a kívánatos magatartásra emlékeztető ingerek alkalmazása.	A környezet újraszervezése. A magas kockázatot jelentő ingerek kerülése.
Társadalmi könnyítések	A társas/társadalmi normák változásának felismerése. Az egészségkárosító viselkedések csökkenő társadalmi elfogadottságának tudatosítása.	Az elnyomottak jogainak érvényesítése. Hatalomátadás. Közpolitikai intervenciók.

(Forrás: Prochaska és mtsai, 1994/2009 nyomán idézi Urbán, 2017. p. 198-199.)

#### 9.5.5.4. Változás szakaszainak jellemzői

A modell egyes szakaszai más-más jellemzőkkel, pszichológia jellegzetességekkel bírnak, amelyeket a viselkedésváltozásban támogató személyeknek figyelembe kell venniük. A modell legjelentősebb tanulsága: a viselkedés változásának különböző szakaszai más-más intervenciókat tesznek szükségessé. Azt is tudnunk kell, hogy az önmaguktól sikeresen változtatók hasonló folyamatokat használnak, mint a professzionális segítséget kapók (4. táblázat).

**4. táblázat**  
**A változás szakaszainak jellemzői**

<b>1. szakasz: A töprengés előtti időszak</b>			
<p><i>A szakasz jellemzői:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Az egyén nem ismeri fel a problémát, nincs szándékában a változtatni az előrelátható jövőben.</li> <li>– Az egyén nincs tudatában a problémának.</li> <li>– Az egyén nem akar változni.</li> <li>– Az egyén nem észleli a magatartás megváltoztatásának szükségességét.</li> <li>– Az egyén a probléma létét tagadja, vagy úgy érzi, másokkal van probléma, nem vele.</li> <li>– Az egyént a problémával gyakran a család, a barátok vagy a munkaadó, esetleg az orvos szembesíti.</li> <li>– Az egyén a segítőkkel szemben ellenséges, vitatkozó.</li> <li>– Akár egész életen keresztül fennmaradhat.</li> </ul>			
<b>Pszichológiai jellegzetességei</b>	<b>Kulcsstratégiai (folyamatai)</b>	<b>A segítő feladatai</b>	<b>Alkalmazott módszerek</b>
Tagadás A probléma bagatellizálása Racionalizáció Ritkábban a projekció és az internalizáció	Információátadás Tudatosság növelése Érzelmi elfogadás	A probléma felismerésének segítése Információátadás Én-hatékonyság alátámasztása Tudatosság fokozása a problémás viselkedés okaira, következményeire, a beavatkozás lehetőségeire vonatkozóan Alkalmat teremteni a kliens egészségmagatartásával (betegségével) kapcsolatos érzéseinek kifejezésére Régebbi változási próbálkozások elismerése Figyelni az elhárító mechanizmusokra	Visszajelzés Konfrontáció Média kampányok Előnyök/hátrányok mérlegelése
<p><i>Helytelen feltételezések:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– A kliens (páciens) megfelelően tájékoztatott.</li> <li>– A tájékoztatás elegendő a változáshoz.</li> <li>– Nem szabad az érzelmi tényezőket figyelmen kívül hagyni, erősebb az informáltságnál.</li> </ul>			

## 2. szakasz: A töprengés/tépelődés időszaka

A szakasz jellemzői:

- Az egyén felismeri a problémát, és komolyan gondolkodik annak megoldásán, de még nem köteleződött el a változás mellett, ambivalens
- Az egyén még nem tesz aktív lépéseket a cél érdekében;
- Az egyén hosszú időre is maradhat ebben a szakaszban
- Az egyén a probléma és annak megoldása melletti és elleni érvek mérlegelése (a pro és kontra érvek egyensúlya áll fenn, ez a tépelődés, azaz a belső konfliktus forrása); példák az ambivalencia összetevőire, illetve a „változás csapdái”-ra:
  - Az abszolút bizonyosság keresése: „Ha nem cigizek, biztos, hogy nem lesz infarktusom” (ez ugyebár nem igaz)
  - A mágikus (alkalmas) pillanatra való várakozás: „Majd, ha kevesebb munkám lesz” (ez mindig tolódik).
  - A vágyteljesítő gondolkodás (arra vágyunk, hogy az adott viselkedés ne járjon kellemetlen következményekkel)
  - A túl korai cselekvés: (pl. Újévi vagy születésnap fogadalmak, amikor a személy még nem áll készen → társas előnye: csökkenti bűnösségérzést + társas nyomást; a személy felmutathatja az elkerülhetetlen sikertelenséget → igazolja a cselekvés abbahagyásának értelmetlenségét).

Pszichológiai jellegzetességei	Kulcsstratégia (folyamatai)	A segítő feladatai	Alkalmazott módszerek
A változás iránti vágy és az ellenállás közötti ambivalencia.	A kliens (páciens) önbizalmának erősítése, hogy képes lesz a kívánt változást véghez vinni.	Egyensúly felborítása, a nem változás kockázatainak erősítése.  Hangsúlyozni a változáshoz szükséges okokat, a nem változás kockázatait.  Tisztázni a döntés előnyeit, hátrányait.  Azonosítani, megbeszélni és elhárítani a változást akadályozó tényezőket.  Ellentmondások feltárása a kliens jelenlegi viselkedése és jövőbeli céljai között.  Megerősíteni a kliens jelenlegi viselkedésével kapcsolatos változtatási képességeit.  Pozitív visszacsatolás a kliens (beteg) képességeiről.  Önmotiváló állítások előhívása.	Értékek tisztázása  Egészséges szerepmodellek állítása  Én újraértékelése  Előnyök/költségek újragondolása  Pontos, releváns visszajelzések a viselkedés következményeiről  Pozitívumok hangsúlyozása

Helytelen feltételezések:

- Nem szabad figyelmen kívül hagyni a család, a barátok hatását.
- Nem szabad a klienst (beteget) ambivalens érzései miatt kritizálni.

### 3. szakasz: Az előkészület időszaka

A szakasz jellemzői:

- Az egyén elszánt a viselkedésre.
- Az egyénben megformálódott és megerősödött szándék, amely *viselkedéses jegyekkel is* együtt jár.
- Az egyén viszonylag hamar, akár már a következő hónapban hajlandó lépéseket tenni.
- Ugyanakkor az is lehetséges, hogy az egyénnek az előző évben számos sikertelen kísérlete volt.
- Az egyén apróbb változásokat is végrehajt, ez azonban még nem elegendő a sikeres leszokáshoz.
- Az egyén folyamatosan átértékeli az önmagához és a problémához való viszonyát.
- Az egyén keresi a számára legmegfelelőbb cselekvési lehetőségeket.
- Az újraértékelési folyamatok segítenek a viselkedésváltozás melletti határozott döntéshozatalban.

Psichológiai jellegzetességei	Kulcsstratégiái (folyamatai)	A segítő feladatai	Alkalmazott módszerek
	Cselekvési terv megalkotása.	<p>Segíteni a klienst abban, hogy a számára legmegfelelőbb akciót válassza ki a változáskeresése során.</p> <p>A változásra való elszántság megerősítése.</p> <p>A célok meghatározásának segítése, a hozzá megfelelő eszközök megkeresése.</p>	<p>A régi viselkedéstől való elfordulás.</p> <p>A változás prioritássá tétele.</p> <p>A viselkedés iránti elköteleződés felmérése.</p> <p>A változás melletti elköteleződés bátorítása, növelése.</p> <p>A változás időkeretének meghatározása</p> <p>a változás szándékának ismertetése, nyilvánosságra hozása a társas környezetben,</p> <p>változtatások a társas és a fizikai környezetben,</p> <p>a változásra vonatkozó részletes, elérhető és hatékony cselekvési terv kidolgozása.</p> <p>Támogatást kérni a barátoktól.</p> <p>Lehetőségek tárának bemutatása.</p> <p>Dátum kitűzése.</p> <p>Megerősíteni a beteget a már elért eredményeiben.</p>

Helytelen feltételezések:

- Nem szabad általános változásokat megfogalmazni.
- Nem szabad lebecsülni az elért változásokat.

<b>4. szakasz: A cselekvés időszaka</b>			
<p><i>A szakasz jellemzői:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Az egy megkezdi a változást, módosítja viselkedését, élményeit, és akár a környezetét is a probléma megoldásának érdekében.</li> <li>– Akkor áll elő, amikor a személy sikeresen módosította magatartását.</li> <li>– A leglátványosabb szakasz.</li> <li>– Ez jár a legtöbb szociális megerősítővel.</li> <li>– Ehhez szükséges a legtöbb elkötelezettség.</li> <li>– Az elköteleződés esetén a fókusz a kontroll és a jutalom folyamataira, valamint a problémás viselkedést helyettesítő egészséges válaszokra (relaxáció, a figyelem aktív elterelődése) helyeződik.</li> <li>– Kritikus szerepet kapnak a segítő társas kapcsolatok.</li> <li>– Kérdéses, hogy hogyan értelmezhetjük a sikeres viselkedésváltozást, és hogyan definiáljuk a viselkedés sikeres megváltoztatását (pl. a dohányzás és a szerhasználat esetében a teljes absztinencia).</li> </ul>			
<b>Pszichológiai jellegzetességei</b>	<b>Kulcsstratégiai (folyamatai)</b>	<b>A segítő feladatai</b>	<b>Alkalmazott módszerek</b>
	<p>Viselkedési képességek fejlesztése.</p> <p>Szociális támogatás.</p>	<p>Segíteni a klienst, hogy a változás irányába lépéseket tegyen:</p> <p>Akadályok felismerése, kezelése.</p>	<p>Helyettesítő cselekvése.</p> <p>Önjutalmazás.</p> <p>Veszélyes helyek, emberek kerülése.</p> <p>Segítő kapcsolatok (tanácsadó, csoporttársak).</p> <p>Változás terv áttekintése.</p> <p>Én-hatékonyság erősítése.</p> <p>Önfejlesztő anyagok, programok biztosítása.</p>
<p><i>Helytelen feltételezések:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– A csak tájékoztató anyagok, programok ajánlása helytelen.</li> </ul>			
<b>5. szakasz: A fenntartás időszaka</b>			
<p><i>A szakasz jellemzői:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Az egyén visszaesések megelőzésén és a viselkedés megváltozásával kapcsolatos nyereségek megszilárdításán dolgozik.</li> <li>– A sikeres viselkedésváltozás jellemzője a viselkedés hosszú távú megváltozása (hosszú távú erőfeszítés és megváltoztatott életmód).</li> <li>– A viselkedés stabilan megváltozik.</li> </ul>			
<b>Pszichológiai jellegzetességei</b>	<b>Kulcsstratégiai (folyamatai)</b>	<b>A segítő feladatai</b>	<b>Alkalmazott módszerek</b>
	<p>Problémamegoldó készségek fejlesztése.</p> <p>Szociális környezet támogatásának biztosítása.</p>	<p>Segíteni a klienst, hogy meghatározzon és használjon olyan stratégiákat, melyek megelőzik a visszaesést.</p> <p>A visszaesés megelőzése, a visszaesést megelőző stratégiák meghatározása.</p> <p>A stabilitás segítése.</p>	<p>Én-hatékonyság fenntartása.</p> <p>Ingerkontroll, pozitív megerősítés.</p> <p>Szociális támogatás.</p> <p>Negatív gondolatok kétségbe vonása.</p> <p>Új életstílus kialakítása.</p> <p>Visszaesés megelőzésére</p>

<b>Pszichológiai jellegzetességek</b>	<b>Kulcsstratégia-folyamatok</b>	<b>A segítő feladatai</b>	<b>Alkalmazott módszerek</b>
			fenntartási terv készítése. Veszélyek, nehézségek ismételt feltérképezése: szociális nyomás; túl kicsi/túl nagy önbizalom; erőteljes, váratlan helyzetek – stressz. Elbotlás, visszaesés esetén biztatni a klienst (beteget), hogy újra kezdje a változtatás folyamatát. Motivált kliens (beteg) esetén újabb célok, kihívások megfogalmazása.
<i>Helytelen feltételezések:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nem feltételezzük, hogy a kezdeti eredmény állandósul.</li> <li>– Nem szabad a klienst (pácienst) botlásakor, visszaesésekor hibáztatni.</li> </ul>			
<b>6. szakasz: Visszaesés vagy Stabil változás</b>			
<i>A visszaesés jellemzői:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a problémaviselkedés ismét jelentkezik.</li> </ul>			
<b>Pszichológiai jellegzetességei</b>	<b>Kulcsstratégiai (folyamatai)</b>	<b>A segítő feladatai</b>	<b>Alkalmazott módszerek</b>
		A segítő feladatai - Segíteni a klienst, hogy újrakezdje a kontemplációt, az előkészületet és az akciót, anélkül, hogy „beragadna” valamelyik stádiumba vagy demoralizálódna a relapszus miatt: a visszaesés felismerése; az én-hatékonyság és a változásra való elhatározás új megalapozása; a motiváció új megalapozása; új viselkedési stratégiák létrehozása.	
<i>A stabil változás jellemzői:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>– a változás nagyon stabil.</li> </ul>			
<b>Pszichológiai jellegzetességei</b>	<b>Kulcsstratégiai (folyamatai)</b>	<b>A segítő feladatai</b>	<b>Alkalmazott módszerek</b>
		Stabilitás segítése.	

(Saját szerkesztés: Prochaska és mtsai, 1994/2009 nyomán)

#### 9.5.5.5. Kritikai feltevések a viselkedésváltozás természetéről és az intervenciókról

Nincs egyetlen elmélet, amely képes lenne megmagyarázni a viselkedésváltozás komplexitását, ezért szükséges az elméletek integrációja. A magas kockázatú csoportokba tartozók többsége nem felkészült az akcióorientált cselekvési programokra. Éppen ezért ezek a beavatkozások nem alkalmasak a változás előidézésére. Az is bizonyított tény, hogy tervezett intervenciók nélkül a népesség a változás korai szakaszaiból nem lép tovább. Továbbá a változás specifikus folyamatai és módjai a változás specifikus szakaszában alkalmazandók. Vagyis az intervenciók programoknak illeszkedniük kell a személy változásra való készenlétéhez, azaz ahhoz a szakaszhoz, amelyben éppen van (Urbán, 2017).

### **9.6. Az interperszonális szintű egészségmagatartás változást támogató szociális-kognitív modell (Social Cognitive Theory - STC)**

A modell háttérben álló szociális tanuláselmélet azzal foglalkozik, hogyan alakítjuk ki, és hogyan változtatjuk meg viselkedésünket; feltételezi, hogy a magatartás változásában döntő szerepe van a szociális megerősítéseknek, s a modellkövetésnek. A szociális-kognitív elmélet egy átfogó és megalapozott fogalmi keretet nyújt, amellyel elemezhetővé és megérthetővé válnak az emberi viselkedést és a tanulási folyamatokat befolyásoló tényezők. Ez lehetővé teszi számos egészséggel kapcsolatos viselkedés vizsgálatát is (Bandura, 1998), így a szociális-kognitív modell alkalmazása az egészségpszichológiai intervenciók tervezésénél, az egészségmagatartás folyamatának vizsgálatában is indokolt lehet (McAlister és mtsai, 2008).

Bandura szerint (1971) a viselkedés kialakulásának három összetevője van:

1. *Vikariáló megfigyelés:* Az egyén képes megfigyelni a másik személy viselkedését, valamint annak következményeit. E behelyettesítéses (társas) tapasztalatokon keresztül tanul azokból, így szükségtelenné válik saját, próba-szerencse alapon történő tanulása.
2. *Szimbolizmus képessége:* E magasrendű mentális folyamat lehetővé teszi, hogy az egyén kognitív reprezentációkon keresztül szimbolikusan dolgozza ki az adott probléma legjobb megoldását, még a tényleges cselekvés előtt. Így nincs szükség az összes lehetséges (akár sikertelen) alternatíva egyenkénti viselkedéses megvalósítására, kipróbálására.



3. *Önszabályozás*: A harmadik tényező az egyén önszabályozó hatása, amely a saját viselkedés kontrollálását teszi lehetővé, a környezeti feltételek kezelésén és a saját viselkedés következményeinek irányításán keresztül.

Bandura koncepciójának középpontjában a viselkedéses kontroll áll, vagyis az egyén önszabályozó képessége, amelynek egyik fő komponense a személyes hatékonyság, vagy éhatékonyság érzése (Bandura, 1977, 1994). Az éhatékonyság a személy saját viselkedése hatékonyságára vonatkozó szubjektív elvárásait jelenti, a meggyőződést, hogy (akár nehézségek ellenében is) képes a vágyott cél eléréséhez szükséges cselekvések végrehajtására. Minél erősebb az egyén éhatékonyság érzése, annál aktívabbak a megküzdő erőfeszítések (Bandura és Adams, 1977).

*A személyes hatékonyság érzése Bandura (1977) szerint négy fő forrásból származik.*

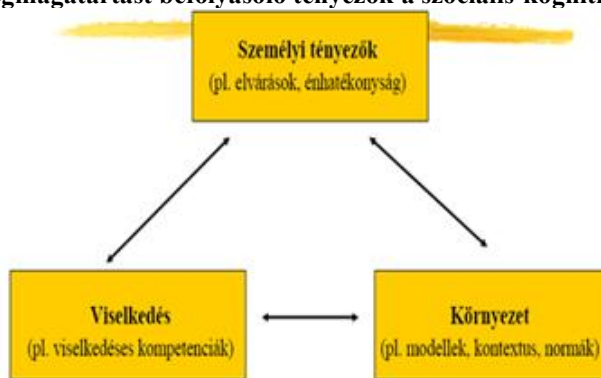
1. A hatékonyságérzést legjelentősebben befolyásoló információk *a korábbi személyes tapasztalatokból, egyéni teljesítményből* származnak. A többszöri pozitív tapasztalatból (sikerből) származó magas személyes hatékonyságérzés az előforduló kudarcok negatív hatását is képes csökkenteni, mi több, a kialakult személyes hatékonyságérzés kiterjed egyéb szituációkra, aktivitásokra is, kompenzálva az esetleges korábbi kudarcélményekből származó alacsony hatékonyságérzést.
2. A személyes hatékonyságérzés egy további forrását a vikariáló tapasztalatok jelentik. A személy megfigyeli, ahogy mások végrehajtanak egy adott (bonyolult, félelemkeltő stb.) cselekvést, anélkül, hogy az bármi averzív következménnyel járna, így önmagára vonatkoztatva növekszik benne a meggyőződés, hogy erőfeszítései növelésével vagy fenntartásával ő is sikert érhet el.
3. A hatékonyságérzés harmadik forrása a verbális meggyőzés, a társak bátorítása, buzdítása, noha ez jóval gyengébb hatással bír az egyén személyes hatékonyság érzésére, hiszen nem feltétlenül autentikus, hacsak nem egyezik az egyén saját tapasztalatával.
4. Végül az egyén aktuális érzelmi, fiziológiai állapota is közvetíthet információt a személyes hatékonyságról. Stresszkeltő vagy fenyegető szituációkban, amelyek megemelik az egyén arousal-szintjét, a személy úgy érezheti, hogy sérülékenyebb a stresszel szemben, és kevésbé képes sikeresen megküzdni a helyzettel. Ugyanakkor, ahogy Bandura és Adams (1977) kiemeli, a különböző forrásokból származó információk között különbséget kell tennünk aszerint, hogy az adott személy hogyan értékeli azokat, milyen egyéni értékelő folyamatokon

keresztül dolgozza fel ezen információkat. (Például a saját, korábbi tapasztalatokból származó, személyes hatékonyságra vonatkozó információt befolyásolja, hogy a személy mennyire észlelte nehéznek az adott feladatot, mennyi ideje volt annak végrehajtására, mennyi erőfeszítést kellett tennie a végrehajtásához stb.)

Minél több, az egyén számára hiteles forrásból származó, a személyes hatékonyságra vonatkozó információ, annál jelentősebb változások következhetnek be annak szintjében.

A szociális-kognitív modell a kölcsönös meghatározottság elve szerint az egészséggel kapcsolatos magatartások, az egyéni tényezők, a viselkedéses és a környezeti hatások dinamikus kölcsönhatásában alakul (Bandura, 1986). A modell a három tényezőcsoport kölcsönös összefüggését adta meg: 1) személyi tényezőket (énhatékonyság/önbizalom, önkontroll, érzelmi megküzdés, hiedelmek, elvárások, motivációk), 2) a viselkedést (viselkedéses készségeket, kompetenciákat) és a 3) környezetet (társas környezet/család, barátok, kortársak, munkatársak, osztálytársak; fizikai környezet/ a termékek és szolgáltatások rendelkezésre állása; információs környezet/modellek, kontextus, normák). A szerző szerint ezek között reciprok kölcsönhatás áll fenn, azaz, ha bármelyikben változást indukálunk, az a többire is hatással van.

**19. ábra**  
Az egészségmagatartást befolyásoló tényezők a szociális-kognitív modellben



(Forrás: Bandura, 1986. p. 12. nyomán)

Mivel a szociális-kognitív modell összetett, ezért fogalmainak részletes ismertetése túlmutat a fejezet keretein, itt most a modell néhány központi fogalmára összpontosítunk, amelyeket az egészségfejlesztésben széles körben alkalmaznak.

**5. táblázat**  
**A modell néhány központi fogalma**

<b>Koncepció</b>	<b>Definíció</b>	<b>Alkalmazási példák</b>
Környezet	Társas környezet (családtagok, barátok, kortársak, munkatársak, osztálytársak) Fizikai környezet (fizikai jellemzők, termékek és szolgáltatások elérhetősége) Információs környezet: elektronikus média, szociális média, internet).	A cselekvéses lehetőségek és a társas támogatás biztosítása. A társas támogatás fejlesztése a viselkedéses változás segítéséhez. Az egészségkárosító termékek elérhetőségének csökkentése, és az egészséges termékek elérhetőségének növelése.
Helyzet	Ahogy a személy észleli a környezetét, azaz a valós környezet percepciója.	A téves percepciók korrigálása és az egészséges normák elősegítése.
Megfigyeléses tanulás	A viselkedés és annak következményének elsajátítása megfigyelés révén.	A célviselkedés hihető szerepmoddelljeinek bemutatása.
Megerősítések - a viselkedés következményei	Növelik a viselkedés előfordulásának valószínűségét. Közvetlen pozitív megerősítés - jutalom. Vikariáló megerősítés. Önmegerősítés.	Önjutalmazás és a motiváció alkalmazása.
Viselkedéses képességek	Ismeretek és készségek az adott viselkedés végrehajtásához.	Viselkedéses készségek fejlesztése. Ismeretek nyújtása. Visszajelzés (feedback) nyújtása.
Kimeneti elvárások	A viselkedés elővételezett kimenete, azaz mi lesz a következménye az adott viselkedés végrehajtásának. „Ha... akkor...”	Az egészségmagatartás pozitív kimeneteinek modellálása vagy tudatosítása.
A kimeneti elvárások értékei	Azok az értékek, amit az egyén az adott kimenettel párosít. Különböző erősségűek lehetnek és különböző töltetűek (pozitív/negatív).	A viselkedés pozitív funkcionális kimenetének bemutatása. A pozitív elvárások azonosítása a motiváció céljából.
Énhatékonyság/önbizalom	A viselkedés adott helyzetben való kivitelezéséhez kapcsolódó hiedelem.	A viselkedésváltozás kisebb lépésekben való segítése.
Önkontroll	A célirányított viselkedés és teljesítmény személyes szabályozása.	Lehetőségek az önmonitorozásra. Célok felállítása. Problémamegoldás. Önjutalmazás.
Érzelmi megküzdés	Az érzelmekkel való megküzdés stratégiái.	Problémamegoldási tréning. Stresszmanagement. Készségek gyakorlása, beleértve érzelmileg is érintő szituációkat.

*(Forrás: McAlister, Perry és Parcel, 2008 nyomán idézi Urbán, 2017.p. 180-181.)*

Bandura (2004) által kidolgozott elmélet szerint egy új viselkedésforma kipróbálásának motivációja két tényező kölcsönhatásából adódik:

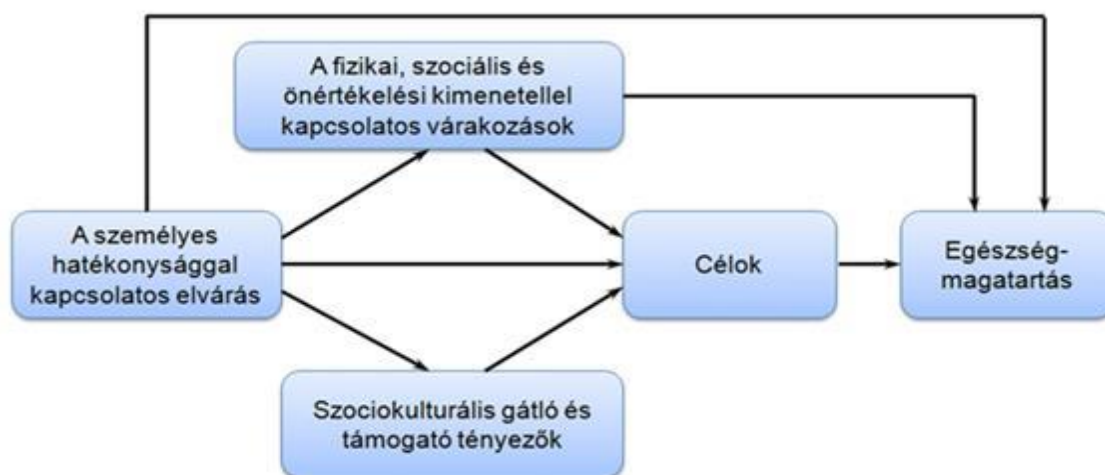
1. Meggyőződés arról, hogy az adott *viselkedés* fontos és *eredményes* („Ha egészségesen táplálkozom, kisebb a valószínűsége annak, hogy szívinfarktust kapok”): Bandura a viselkedés eredményességének három komponensét írta le: fizikai („Egészségesebb

leszek, ha abba hagyom a dohányzást”), szociális („... a barátaim is elismerőek lesznek”), önértékelési („... megmutatom, hogy van akaraterőm”).

2. A viselkedéssel kapcsolatban a *személyes hatékonyság érzése* – nehezítő körülmények ellenére is. („Egészségesebben fogok táplálkozni, akkor is, ha a barátaim emiatt kicsit különcnek fognak tartani”). A viselkedésünk szabályozásával kapcsolatos kompetenciaérzés inkább folyamatos átmenetet mutat, s kevésbé úgy képzelhető el, mint két szélső kategória (képes vagyok – képtelen vagyok).

A szociális-kognitív modell jóval többet mond annál, minthogy felismeri a társas tényezők és a kognitív mechanizmusok hangsúlyos szerepét a viselkedés alakulásában: többszörös oksági struktúrát feltételez, amelyben a személyes hatékonysággal kapcsolatos meggyőződések a célokkal, kimeneteli elvárásokkal és az észlelt környezeti akadályokkal és serkentőkkel együtt szabályozzák az emberi motivációt, viselkedést és jóllétet (Bandura, 1998). Az elmélet kiemeli továbbá, hogy nem csak a környezetünk formálja viselkedésünket: a koncepció főleg a személy azon potenciális képességeire fókuszál, amelyek segítségével megválaszthatja, módosíthatja és létrehozhatja azt a környezetet, amely leginkább illeszkedik az általa kitűzött célokhoz (McAlister, Perry és Parcel, 2008). Mindennapi tapasztalatunk is alátámasztja, hogy nem elég, ha meg vagyunk győződve egy adott magatartás eredményességéről – pl. a dohányzás abba hagyásának pozitív hatásairól –, arra is szükség van, hogy érezzük, képesek vagyunk annak megvalósítására.

**20. ábra**  
A szociális-kognitív elmélet strukturális modellje



(Forrás: Füzes és Tiringier, 2016

[https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094\\_neurologia\\_hu/ch07s10.htm](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_hu/ch07s10.htm))

Számos vizsgálat egybehangzó következtetése, hogy a *személyes hatékonyság érzése* az egészségmagatartás központi tényezőjének tekinthető; az életmód számos vonatkozásának – pl. a nem-dohányzásnak, az egészséges táplálkozásnak és a testi aktivitásnak – hatékony előre jelzője. A személyes hatékonyságot megélt emberek nagyobb célokat tűznek ki, korábban odafigyelnek egészségükre, nagyobb energiákkal küzdenek, kevésbé könnyen adják fel, ha nehézségekkel szembesülnek, s a visszaesések elbizonytalanító hatását is könnyebben kiheverik. A személyes hatékonyság érzését erősíti az a tapasztalat, hogy hasonló helyzetet egyszer már képesek voltak megoldani. Ezért az egészségmagatartás megváltoztatását támogató programokban fontos szerepe van a próbálkozások ösztönzésének, a hatékony viselkedésformák megtanulásának és gyakorlásának, valamint a korábbi sikeres problémamegoldások tapasztalatainak.

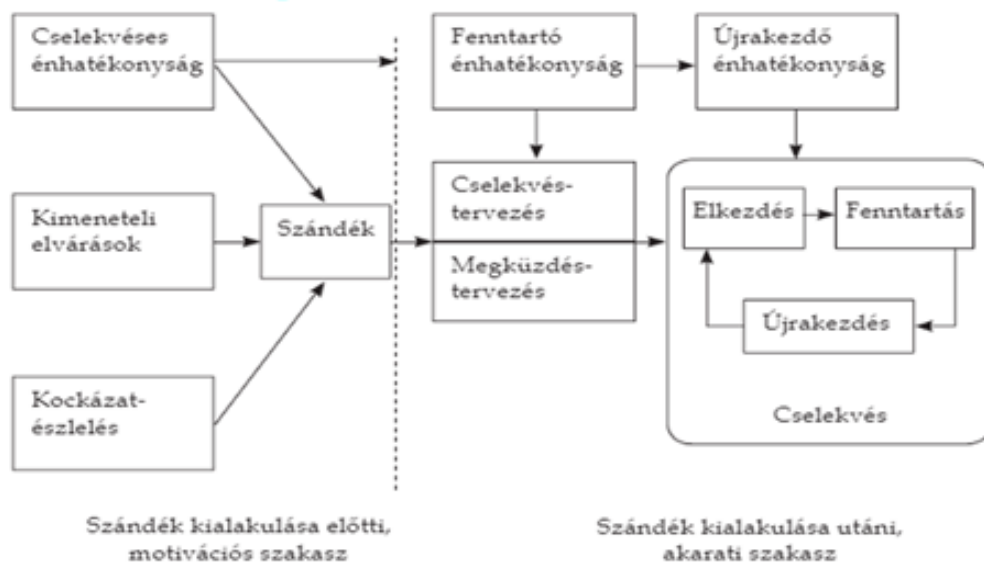
A magatartásváltozás eredményességéhez a *viselkedéses készségek fejlesztése* is hozzájárul. Szükség lehet *valamilyen új készség elsajátítására*, mert valamilyen készség gyengébb (pl. önérvényesítés, fogselyem használata). A védett környezetben történő gyakorlás erősíti az önbizalmat. A *viselkedéses készségek fejlesztésének összetevői*: modellálás: a készség bemutatása (pl. szerepjáték, videó), instrukciók: megmutatjuk, elmondjuk, hogy hogyan csinálja, gyakorlás, feedback – visszajelzés (akkor eredményes, ha minél hamarabb, minél közvetlenebb; dicsérje a jót, javítsa ki a rosszat).

*A szociális-kognitív modellel kapcsolatosan megfogalmazott fő kritikák* egyike, hogy elsősorban a kogníció által irányított viselkedésekre alkalmazhatók (szokássá vált viselkedéseket nem tudnak előrejelezni (lásd a tervezett cselekvés modellje után is). Nem veszik számításba az impulzusokat (impulzív viselkedés) és/vagy az érzelmeket. Feltételezik, hogy ugyanazok a változók fontosak különböző viselkedések esetében, és hogy ezek univerzálisak (ugyanazok a változók lényegesek különböző embercsoportok esetén). Szinte kizárólag a társas világ mentális reprezentációira fókuszálnak, és nem veszik figyelembe az anyagi, fizikai és társas tényezők közvetlen hatását. Nem foglalkoznak a közös döntéshozatallal. Kizárólag a viselkedésre alapoznak a kontextus és a viselkedés jelentésének hanyagolásával.

## 9.7. Az egészségcselekvési folyamat megközelítése (Health Action Processes Approach – HAPA)

Az egészségcselekvési folyamat megközelítése vagy más néven Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje szerint az egészségmagatartás, az életmód megváltoztatása egy olyan önszabályozó folyamat eredménye, amelyben megkülönböztethető egy motivációs és egy akarati szakasz (Schwarzer, 2008, 2011). E koncepció (21. ábra) a motivációs fázisban a szándék kialakulása, az akarati fázisban a szándék cselekvésbe fordulása történik. A két fázis megkülönböztetése arra hívja fel a figyelmet, hogy a szándék vagy a cél kialakulása nagymértékben különbözik a későbbi előkészülettől, a végrehajtástól és az értékeléstől. Ez a modell egyben ötvözi a statikus leíró modellek és a folyamatmodellek jellemzőit (Urbán, 2017).

21. ábra  
Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív modellje



(Forrás: Schwarzer, 2011. p. 601. nyomán)

A motivációs fázisban a személyek súlyozzák a prioritásokat, a cselekvés mellett és ellene szóló szempontokat, valamint mérlegelik az egészségmagatartás melletti döntést. A motivációs fázisban három fő kognitív tényező játszik szerepet: a kockázat észlelése, a kimeneti vagy eredményelvárások és az észlelt énhatékonyság (Schwartz és Fuchs, 1995). Ebben a fázisban a hangsúly azokra a megismerésekre összpontosul, amelyek kezdeményezik és irányítják a

tevékenységet, azaz egy önszabályozó folyamathoz vezetnek, amely cselekvési tervekhez és cselekvési irányításhoz vezet.

Az akarati fázisban a megformált szándékot cselekvésbe kell fordítani. Amikor egy bizonyos egészségmagatartás iránti preferencia kialakult, a szándékot a kívánt művelet végrehajtására vonatkozó részletes utasításokra kell átalakítani. Ha például valaki fogyni szándékozik, meg kell tervezni, hogyan kell ezt csinálni, azaz, hogy milyen ételeket vásároljon, mikor és milyen gyakran kell enni, mely mennyiségeket, mikor és hol eddzen, és talán még azt is, hogy feladja-e a dohányzást is. Így a globális szándékot speciális szándékok és cselekvési tervek sorozata határozhatja meg, amelyek végső célokat és cselekvési sorrend algoritmusokat tartalmaznak. Az önszabályozás folyamatát alig befolyásolják a kimeneti elvárások, erősebb az önhatékonyság szerepe, amivel az akciótervek száma és minősége az ember észlelt kompetenciájától és tapasztalatától függ. Az énhatékonysági vélemények befolyásolják a konkrét cselekvési tervek kognitív felépítését, például a cél elérését irányító forgatókönyvek megjelenítésével. Az énhatékonyság elősegíti a specifikus akciótervek kidolgozását. Ez a döntés utáni, de cselekvés előtti szakasz szükséges, mert e nélkül a cselekvő impulzívan próba szerencse módon viselkedne, és nem tudná hasznosítani a rendelkezésre álló erőforrásokat.

Miután elindult egy cselekvés, az kognitív folyamatok irányítása alatt áll. Ez a kognitív követés jelentős szerepet tölt be az elterelő másodlagos cselekvéses tendenciák elnyomásában. A cselekvést meg kell védeni attól, hogy idő előtt megszakadjon, illetve az összeférhetetlen “versenyhátsós szándékoktól”. Az énhatékonyságnak ebben a szakaszban is jelentős szerepe van, mivel befolyásolja a cselekvés melletti kitartás és erőfeszítés mértékét, ugyanakkor védi a cselekvőt a váratlan körülmények kedvezőtlen hatásaitól, pl. a rendszeres napi testmozgás erőfeszítéseket és kitartást igényel az egyéb motivációs tendenciák, kísértések távoltartása érdekében (például enni, vagy aludni). Az egészségre ártalmas tevékenységek elnyomása is erőfeszítést és kitartást igényel. Ha valaki el akarja hagyni a dohányzást vagy az alkoholfogyasztást, meg kell terveznie, hogyan kell azt megtennie. Fontos például elkerülni a magas kockázatú helyzeteket, ahol a visszaesés lehetősége magas. Végül a helyzeti akadályokat és a lehetőségeket is figyelembe kell venni. Ha a helyzeti veszély jelzések száma túlnyomó, akkor a kognitív követéses készségek nem tudják megvédeni az egyént, és a kísértésnek nem tud ellenállni. A cselekedetek nemcsak a szándékok és a kognitív kontroll függvényei, hanem az észlelt és a tényleges környezet is befolyásolják. Egy olyan társas környezet, amely például figyelmen kívül hagyja az egyén megbirkózási folyamatát és az egyén jelenlétében dohányzik,

nehéz stresszhelyzetet hoz létre, amely csökkentheti az egyén akaraterjét. Ha viszont egy házastárs úgy dönt, hogy ő is leszokik a dohányzásról, akkor olyan szociális támogatási helyzet jön létre, amely lehetővé teszi a házastársak számára, hogy absztinensek maradjanak, mégpedig az alacsonyabb szintű akaraterő ellenére is.

A modell központi kognitív tényezője az énhatékonyság, amely mindvégig jelen van az önszabályozás folyamataiban, továbbá a modell egyes fázisaiban és különböző szakaszaiban más-más formában jelenik meg. A modellben így megkülönböztetjük a cselekvéses énhatékonyságot, a megküzdéssel kapcsolatos énhatékonyságot és az újrakezdés képességére vonatkozó énhatékonyságot (6. táblázat).

**6. táblázat**

**Az énhatékonyság típusai az egészségcselekvési folyamat megközelítésében**

<b>Énhatékonyság típusa</b>	<b>Leírás - Jellemzők</b>
Cselekvéses énhatékonyság	<p>Ez az énhatékonyság típus akkor játszik szerepet, amikor a személy még nem cselekszik, de motivált a cselekvésre és bízik abban, hogy képes a cselekvésre.</p> <p>Magas énhatékonysággal jellemezhető személyek elképzelik a sikert, elővételezik a különböző stratégiák lehetséges eredményeit és hajlamosabbak új viselkedési módokat kezdeményezni.</p> <p>Alacsony énhatékonysággal jellemezhető személyek a sikertelenséget képzelik el, kétségeket fogalmaznak meg önmagukkal kapcsolatban és hajlamosak a halogatásra.</p>
Fenntartási vagy megküzdési énhatékonyság	<p>Ez az énhatékonyság típus arra vonatkozik, hogy a személy bízik abban, hogy képes megküzdni a nehézségekkel és leküzdni a nehézségekkel és leküzdni a cselekvés akadályait.</p> <p>Magas énhatékonyságú személyek, több erőfeszítést fektetnek a cselekvésbe és nagyobb kitartással dolgoznak az elérendő célon, mint az alacsony énhatékonyságú személyek.</p>
Újrakezdéssel kapcsolatos énhatékonyság	<p>Ez az énhatékonyság típus a visszaeséssel kapcsolatos megküzdés és az újraértékelés képességére vonatkozó hiedelmeket foglalja össze.</p> <p>A személy hisz abban, hogy megbotlás esetén is képes lesz az újrakezdésre a cél elérése érdekében.</p> <p>A magas énhatékonyságú személyek visszaesés esetén elkerülik az önhibáztatás csapdáját, a megbotlást a magas kockázatú helyzetnek tudják be, és az ilyen helyzetek feletti kontroll növelése révén helyreállítják a változásba vetett reményt.</p> <p>Az alacsony énhatékonyságú személyek könnyen esnek az önhibáztatás csapdájába, a megbotlást saját, stabil és általános jellemzőknek tudják be, eltúlozzák a megbotlás jelentőségét és a megbotlást egyenlővé teszik a teljes visszaeséssel.</p>

(Forrás: Schwarzer, 2008 nyomán idézi Urbán, 2017. p. 201-202.)



Ez a modell a transzteoretikus modellhez hasonlóan feltételezi, hogy az egészségmagatartás az elkezdés, a fenntartás és az újratekzés folyamatos ciklusában marad fenn, egészen addig amíg a személy felhagy ezzel a cselekvéssel. Ez a modell is feltételezi, hogy az egészségmagatartás változása ciklikus és spirális folyamat (Urbán, 2017).

## **9.8. A PRECEDE/PROCEED Modell (PPM)**

Az egészség természeténél fogva közösségi kérdés. A közösségi magatartások befolyásolják, amelyeket a közösségi környezet alakít ki (fizikai, társadalmi, politikai és gazdasági), és a közösség története színesíti. A modellt Green (1974), majd Green és Kreuter (1991) munkájának eredményeként a közegészségügyben fejlesztették ki. Alapvető elvei azonban más közösségi kérdésekre is alkalmazásra kerültek. Ennek eredményeként nemcsak az egészségügyi beavatkozás, hanem általában a közösségi beavatkozás modelljének tekintjük.

A PRECEDE-PROCEED modell átfogó struktúrát biztosít az egészségre és az életminőségre vonatkozó igények felmérésére, valamint az egészségfejlesztés vagy betegségmegelőzési és más közegészségügyi programok ezen igények kielégítésére történő kidolgozására, végrehajtására és értékelésére. A modell célja az egészséggel kapcsolatos viselkedés és környezet kapcsolatának bemutatása, valamint azoknak a beavatkozásoknak a megtervezése és értékelése, amelyek szükségesek mind a viselkedés, mind az őket befolyásoló életkörülmények és azok következményeinek befolyásolására. A modell központi kérdése, miként lehet életmód-változtatást elérni *egyéni és csoportos szinten* egyaránt. A modell alkalmazása egy olyan proaktív beavatkozást tesz lehetővé, amely az egyének és egyben az attól elválaszthatatlan közösségek életminőségének a javítását célozza.

### **9.8.1. A modell alapelvei**

Az egészség természeténél fogva közösségi kérdés. Az egészséget befolyásolja a közösségi viselkedés, amelyet a közösségi környezet (fizikai, társadalmi, politikai, gazdasági) alakít ki, és a közösségi történelem színezi. Az egészség több tényező konstellációja: gazdasági, társadalmi, politikai, ökológiai és fizikai. Az egészség egy nagyobb kontextus szerves részét képezi, valószínűleg leginkább az életminőségnek, és ebben a kontextusban kell figyelembe venni. Az

egészségmagatartás változásának önkéntes alapon kell történnie (a személyes célok és vágyak széles skálája miatt). A változások elérésének sikerét növeli, ha a célcsoport aktívan vesz részt az egészségi problémák, az abból adódó fejlesztési célok meghatározásában és a szükséges beavatkozások végrehajtásában.

### 9.8.2. A PRECEDE/PROCEED modell fázisai és lépései

Az egészségfejlesztés tervezésénél használatos PRECEDE – PROCEED modell két szerkezeti egységből épül fel: az életstílus leírására szolgáló PRECEDE (Green és Kreuter, 1991, 2005) és a társas és fizikai környezet elemzésére szolgáló PROCEED (Green és mtsai, 1980) részből. A PRECEDE biztosítja a program célzott tervezését, míg a PROCEED biztosítja a program végrehajtásának és értékelésének struktúráját (7. táblázat). A PRECEDE (megelőzés vagy elsőbbség) egység egy olyan modellrész, amelyet elsősorban a szociálpszichológiai és viselkedési-magatartási szemléletmód határoz meg. Amennyiben az objektív cél a magatartás-változtatás, akkor a PRECEDE hasznos és követendő modell (22 ábra).

7. táblázat  
A modell fázisaihoz tartozó lépések összefoglalása

<b>PRECEDE</b>	<b>PROCEED</b>
<b>P</b> = predisposing (hajlamosító) <b>R</b> = reinforcing (megerősítő) <b>E</b> = enabling causes (lehetővé tevő) <b>C</b> = constructs (konstrukciók) <b>E</b> = educational, ecological (oktatás, ökológia) <b>D</b> = diagnosis <b>E</b> = evaluation (értékelés)	<b>P</b> = policy (politika) <b>R</b> = regulatory (szabályozás) <b>O</b> = organizational (szervezet) <b>C</b> = constructs (konstrukció) <b>E</b> = educational (oktatás) <b>E</b> = environmental (környezet) <b>D</b> = development (fejlődés)
<b>PRECEDE - PROCEED MODELL</b> <b>(Green és Kreuter, 1980 nyomán)</b>	
1. Társadalmi diagnózis 2. Epidemiológiai diagnózis 3. Magatartási és életmódi diagnózis 4. Oktatási, nevelési diagnózis 5. Adminisztratív és döntéshozatali diagnózis 6. A program kivitelezés (implementation) 7. Folyamatértékelés 8. Hatásértékelés 9. A kimenet értékelése	

(Saját szerkesztés)

## A modell egyes fázisainak történései:

**1. Társadalmi diagnózis:** Azoknak a társadalmi problémáknak az azonosítása, amelyek hatással vannak a célcsoport életminőségére, az egészségügyi ellátásra, valamint az egyének és a népesség prioritásaira. Pl. munkanélküliség, hiányzás, bűnözés, zsúfoltság, a népesség általános egészsége.

A társadalmi diagnózis feltárására használható módszerek: közösségi fórumok, felmérések, fókuszcsoport, telefonos interjúk stb.

A sikeres programok közvetve vagy közvetlenül olyan kérdésekkel foglalkoznak, ami a célcsoportot foglalkoztatja.

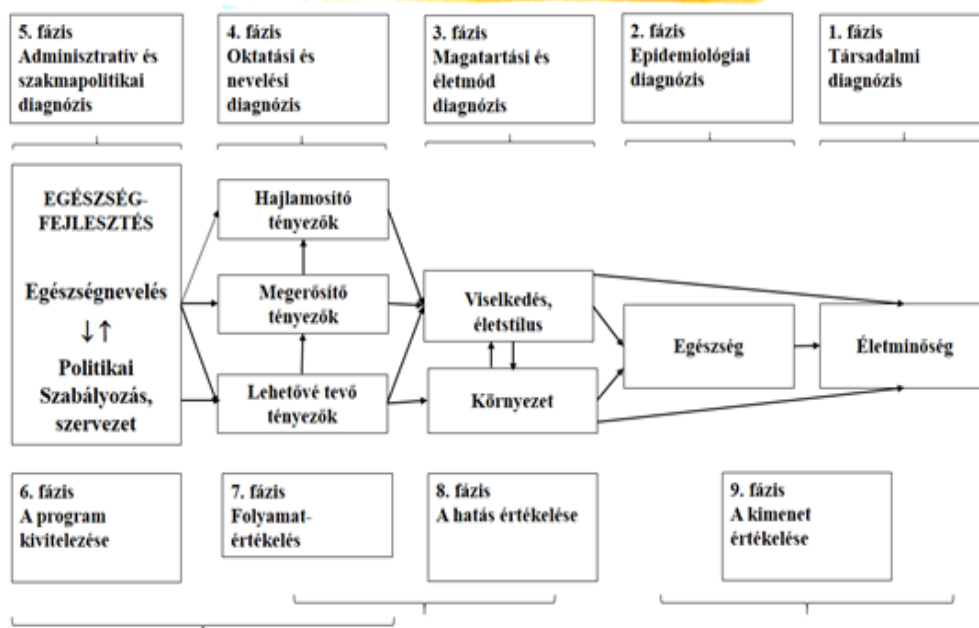
**2. Epidemiológiai diagnózis:** Ebben a fázisban az egészségügyi problémákat el kell különíteni az egyéb társadalmi problémáktól, fő feladat az életminőséggel kapcsolatban álló egészségi, magatartási és környezeti tényezők azonosítása. Pl. morbiditás, mortalitás, termékenység, rizikófaktorok, rokkantság, élettartam, születéskor várható élettartam, korlátozottság, fogyatékoság.

Az epidemiológiai diagnózis dimenziói: incidencia, prevalencia, megoszlás, intenzitás, időtartam.

A szűkös erőforrásokat a lényeges problémák kezelésére használják fel.

23. ábra

### PRECEDE/PROCEED modell fázisai



(Forrás: Green és Kreuter, 2005. p. 10. nyomán)

**3. Magatartási és életmódi diagnózis:** A fontos egészséggel kapcsolatos problémák viselkedéses és életmódi tényezőinek azonosítása. Pl. compliance, fogyasztási mintázatok, preventív tevékenységek, öngondozás, életvitel.

A meghatározásnak a lehető legkonkrétabbnak kell lennie, mert a program ezek megváltoztatását célozza meg.

A viselkedéses és életmódi diagnózis dimenziói: időrendiség, gyakoriság, minőség, kiterjedtség, tartósság.

Fontos a viselkedéses és életmódi tényezők felismerésén túl azok elemzése és a leginkább fontos tényezők kiválasztása a Megváltoztathatósági mátrix használatának segítségével.

**Megváltoztathatósági mátrix**

	Fontos	Kevésbé fontos
Megváltoztatható	Magas prioritás	Alacsony prioritás Kivéve politikai okok
Kevésbé megváltoztatható	Innováció Mérés alapvető	Nem szükséges program

A viselkedéses célok a fontos oszlop alapján fogalmazódnak meg.

**4. Oktatási, nevelési diagnózis:** A viselkedésbeli tényezők három kategóriában foglalnak helyet:

–*Predisponáló (hajlamosító) tényezők:* pl. ismeretek, attitűdök, hiedelmek, értékek, észlelt szükségletek és képességek, amelyeknek motiváló szerepük lehet.

–*Erősítő tényezők* pozitív vagy negatív feedback. Pl. a család, kortársak, tanárok attitűdjei és hiedelmei; média, egészségügyi szolgáltatók. Erősítő tényezőként hat a következetes visszajelzés, például a jelentős személyek részéről.

–*Lehetővé tevő tényezők vagy képesítő faktorok:* olyan környezeti és személyes erőforrások, amelyek ahhoz szükségesek, hogy a motivált életmód-változás valóban be is következzen. Pl. programok és szolgáltatások, tudásszint, készségek, pénz és idő, eszközök és intézmények, törvények.

A képesítő faktorok esetében lényeges: az elérhetőség (accessibility), a hozzáférhetőség (availability) és a megengedhetőség (affordability).

**5. *Adminisztratív és döntéshozatali diagnózis:*** a kivitelezéshez szükséges adminisztratív és politikai változások.

Ehhez a fázishoz tartozik:

- Annak az eldöntése, hogy milyen tényezők, erőforrások kerülnek leginkább az intézkedés mozgatórugói közé. Az elindításhoz és a fenntartáshoz szükséges erőforrások azonosításán túl fontos azok biztosítása is.
- A program elkezdésének szervezeti és politikai akadályainak felmérése.
- A program elkezdéséhez szükséges politikai és döntéshozatali támogatás megnyerése.

**6. *A program kivitelezése***

Jól átgondolt tervet, költségvetést, tréninget, és alapos monitorozást igényel.

**7. *Folyamatértékelés***

- Adatok gyűjtése a program bevezetésekor. Segít azonosítani azon elemeket, amelyek sikeressé tették az adott programot, vagy azon elemeket, amelyeken javítani kell, hogy jobb eredményeket érjünk el.
- A program összetevőinek áttekintése az elkezdés előtt és a végrehajtás során.
- Képes-e a program a prediszponáló, a megerősítő és a hajlamosító tényezők megváltoztatására.

**8. *A hatás értékelése***

- Egy program azonnali hatását méri azt, hogy ez mennyire járul hozzá a végső eredmény megvalósulásához.
- Az intervenció hatására az ismeretekben és a viselkedésben bekövetkező változások mérése.
- Történt-e a viselkedésben vagy a környezetben változás?

**9. *A kimenet értékelése***

- Az emberek viselkedési változását méri a programon való részvétel alatt és után. Képes mérni a rövid távú változásokat (órák vagy napok után), középtávú változásokat (1-6 hónap), hosszú távú változásokat (6 hónap-néhány év).
- A hosszú távú célkitűzések, az egészségi állapot és az életminőség megváltozása a programban résztvevők csoportjában.
- Hosszú, nehéz és gyakran nem megvalósítható lépés.

## A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések

- Milyen gyakorlati haszonnal járnak a modellek a dentálhigiénikus munkájában?
- Milyen szempontok szerint csoportosíthatók az egészségfejlesztésben használatos modellek?
- Milyen tényezők befolyásolják az egészséghiedelem modellje szerint a preventív egészségmagatartást?
- Mi az indokolt cselekvés elméletének a lényege?
- Mi a szerepük a tervezett cselekvés elméleté összetevőinek a viselkedésváltozásban?
- Milyen stádiumokat különítünk el a viselkedésváltoztatás transzteoretikus modelljében a motiváció alapján?
- Milyen jellemzői vannak a változás egyes szakaszainak?
- Keressen példákat a dentálhigiénikus gyakorlatából az egyes modellek alkalmazására!
- Milyen fázisai és lépései vannak a tervezéshez használatos PRECEDE-PROCEED modellnek?

## Felhasznált irodalom

- Ajzen, I. (1991): The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179—211.
- Ajzen, I. (1998): Models of human social behavior and their application to health psychology. *Psychology & Health*, 13(4), 735—739.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665—683.
- Ajzen, I. (2011): The Theory of Planned Behaviour: Reactions and reflections. *Psychology & Health*, 26(9), 1113—1127.
- Ajzen, I. (2012). The Theory of Planned Behavior. In P.A.M. Lange, A.W. Kruglanski, & E.T. Higgins (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (438—459). London, UK: Sage
- Ajzen, I., Fishbein, M. (2005). The influence of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B.T. Johnson, & M.P. Zanna (Eds.), *The handbook of attitudes* (173-221). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: toward an unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84(2), 191—215.
- Bandura, A. (1986): *Socialfoundation of thought and action: a sicial cognitive theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall
- Bandura, A. (1994): Social Cognitive Theory and exercise of control over HIV infection. In: R. J. DiClemente, & J. L. Peterson, (Eds.), *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions* (25–59). New York: Plenum
- Bandura, A., Adams, N.E. (1977): Analysis of self-ef□cacy theory of behavioural change *Cognitive Therapy and Research*, 1(4), 287–310
- Becker, M.H., Maiman, L.A. (1975): Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 1, 10-24.
- Bronfenbrenner, U. (1976): The ecology of human development: history and perspectives. *Psychology*, 19 (5), 537-549.
- Egészségfejlesztési programok  
[semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2015/11/09\\_egfejlesztési-programok.pdf](http://semmelweis.hu/nepegeszsegtan/files/2015/11/09_egfejlesztési-programok.pdf)  
(Utolsó letöltés időpontja: 2020.08.15.)

- Francis, J., Eccles, M.P., Johnston, M., Walker, A.E., Grimshaw, J.M., Foy, R., et al. (2004): Constructing questionnaires based on the Theory of Planned Behaviour: A manual for health services researchers. J  
<http://openaccess.city.ac.uk/1735> (Utolsó letöltés időpontja: 2018.02.20.)
- Füzes Zs, Tiringner I, (2016): 77.j. A magatartás tanulásméleti megközelítése. Szokások, attitűdök és azok módosítási lehetőségei. In: Csernus V., Kállai J., Komoly S. (szerk.) (2016): Az emberi életfolyamatok idegi szabályozása – a neurontól a viselkedésig. Interdiszciplináris tananyag az idegrendszer felépítése, működése és klinikuma témáiban orvostanhallgatók, egészség- és élettudományi képzésben résztvevők számára Magyarországon [https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094\\_neurologia\\_hu/ch07s10.html](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_hu/ch07s10.html) (Utolsó letöltés időpontja: 2019.07.01.)
- Green, L.W., Kreuter, M.W., Deeds, S.G., Partridge, K.B. (1980): Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Mountain View, California: Mayfield
- Green, LW, et al. (1980): Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Co.
- Green, L.W., Kreuter, M.W. (1991): Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach, 2nd edition, Mountain View, CA: Mayfield Publishing
- Green, L.W., Kreuter, M.W. (2005): Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. 4th edition. New York, NY: McGraw – Hill
- Füzes Zs, Tiringner I, (2016): 77.j. A magatartás tanulásméleti megközelítése. Szokások, attitűdök és azok módosítási lehetőségei. In: Csernus V., Kállai J., Komoly S. (szerk.) (2016): Az emberi életfolyamatok idegi szabályozása – a neurontól a viselkedésig. Interdiszciplináris tananyag az idegrendszer felépítése, működése és klinikuma témáiban orvostanhallgatók, egészség- és élettudományi képzésben résztvevők számára Magyarországon [https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094\\_neurologia\\_hu/ch07s10.html](https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011-0094_neurologia_hu/ch07s10.html) (Utolsó letöltés időpontja: 2019.07.01.)
- Lambert, M. J., Bailey, R. J., Kimball, K., Shimokawa, K., Harmon, S. C., & Slade, K. (2007). Clinicl support tools manual—Brief version-40. Salt Lake City: OQMeasures LLC.
- Madden, T.J., Ellen, P.S., Ajzen, I. (1992): A comparison of the Theory of Planned Behavior and the Theory of Reasoned Action. Personality and Social Psychology Bulletin, 18(1), 3-9.
- Manning, M. (2009): The effects of subjective norms on behaviour in the Theory of Planned Behaviour: A meta-analysis. British Journal of Social Psychology, 48(4), 649—705.
- McAlister, A.L., Perry, C.L., Parcel, G.S. (2008). How individuals, environments, and health behaviors interact. Social Cognitive Theory. In K. Glanz, B.K., Rimer, & K. Viswanath (Eds.) Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. 4th Edition (169–188). Jossey-Bass: A Wiley Imprin
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., Glanz, K. (1988): An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly, 15(4), 351-377.
- Pikó B. (2006): A serdülő- és ifjúkori függőség biológiai, pszichológiai és szociológiai összefüggései. 81-102. p. In: Bíró J. (Szerk.): Biopolitika Drogprevenció tanulmányok a kábítószerfogyasztás megelőzéséről. Budapest: L'Harmattan – ELTE Társadalomtudományi Kar, 229 p.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C., DiClementemre, C.C. (2009): Valódi újrakezdés. Ursus Libris, Budapest
- Rigg, K. K., Cook, H. H., Murphy, J. W. (2014). 1-29.the scope and relevance of health interventions: Moving beyond clinical trials and behavior change models. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being, 9:24743.

- Sarver, V. T.J. R. (1983): Ajzen and Fishbein „Theory of Reasoned Action”: A critical Assessment. *Journal for the Theory of Social Behavior*, 13. 155-163.
- Schiffner, D.E., Ajzen, I., (1985): Intention, perceived control, and weight loss: on application of the Theory of Planned Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49(3), 843-851.
- Symons Downs, D., Hausenblas, H.A. (2005): Elicitation studies and the Theory of Planned Behavior: A systematic review of exercise beliefs. *Psychology of Sport and Exercise*, 6(1), 1-31.
- Teleki Sz., Tiringner I.: Az egészségmagatartás változásának szociális-kognitív folyamatmodellje (HAPA-modell)  
[https://www.researchgate.net/publication/314718796\\_Az\\_egeszsegmogatartas\\_valtozasana\\_k\\_szocialis-kognitiv\\_HAPA-modell](https://www.researchgate.net/publication/314718796_Az_egeszsegmogatartas_valtozasana_k_szocialis-kognitiv_HAPA-modell) (Utolsó letöltés időpontja: 2017.12.29.)
- Urbán R. (2017): Az egészségpszichológia alapjai. ELTE Eötvös Kiadó, Budapest
- Verplanken, Aarts, H. (2011): Habit, Attitude, and Planned Behaviour: Is Habit an Empty Construct or an Interesting Case of Automaticity? *European Review of Social Psychology* 10(1):101-134.



## 10. MOTIVÁCIÓS INTERJÚ

A dentálhigiénikus egyik feladata az egyének támogatása orális egészségmagatartásuk megváltoztatásában. A sikeres magatartásváltoztatáshoz az ismertátadáson túl az egyének motiválása elengedhetetlen. A szakirodalom alátámasztotta, hogy az egyén oldaláról nem a külső motiváció dominál, hanem a saját, belső motivációja. Ebből a felismerésből született a „motivációs interjú”, ami egy személyközpontú szemléleten alapuló, célorientált tanácsadási módszer. A motivációs interjú módszerének bemutatása előtt röviden áttekintjük azt a két motivációelméletet, amely a motivációs interjú módszertana szerint a magatartásváltozás háttérében áll.

### 10.1. A motivációs interjú háttérében álló motivációelméletek

A motiváció azoknak a tényezőknek az összességét jelenti, amik szerepet játszanak a viselkedés és a magatartás kiváltásában, szabályozásában, fenntartásában. A motiváció alapját a motívumok képezik. Az ember viselkedésének a háttérében számos motívum húzódhat meg, (pl. az önfenntartási és társas motívumok, valamint a kíváncsiság), de közöttük vannak olyanok is, amelyek csak az emberre jellemzőek (pl. kompetencia, a teljesítmény és a hatékonyság). Két fajta motivációt különböztethetünk meg: a külső (pl.: eredmények, fizetés, népszerűség) és a belső (pl.: tanulás öröme, élvezete) motivációt. A belső motiváció akkor a legnagyobb, ha a következő három tényező mindegyike teljesül: önállóság, kompetencia és valakihez tartozás.

#### 10.1.1. Extrinzik és intrinzik motiváció

Lepper (1988) összefoglaló tanulmányában *az emberi motiváció két típusát* különíti el:

- *Extrinzik (külső indíttatású - eszköz jellegű) motiváció:* a viselkedés motivációjában valamilyen cél elérése, vagy más külső tényező játszik szerepet (pl. jutalom vagy a büntetés elkerülése). Ezek a betegek függenek a dentálhigiénikusok visszajelzéseitől, mint például a dicséret vagy egy látható eredmény, mint pl. kevesebb lepedék vagy fogkő.

A jutalom és a büntetés befolyásoló erejének mértékében meghatározóak a korábbi szocializációs folyamatok. Ha valakit a jutalmazás és a büntetés módszerével neveltek, akkor később is ezek lesznek a motiváció fő forrásai.

A külső motiváció is hasznos lehet, amennyiben egy olyan feladatot kell megcsinálnunk, amit nem élvezünk, de túl kell esnünk rajta.

- **Intrinzik (belső indíttatású - önjutalmazó) motiváció:** a cselekvés motivációja a saját cselekvéseinkkel kapcsolatosak (pl. a cselekvésben rejlő öröm) vagy a cselekvést végző személy céljaival. Az intrinzik motiváció olyan belső hajlam, amely az újdonság és a kihívás keresésében nyilvánul meg, szoros kapcsolatban van vele a hatékonyság érzése, a spontán érdeklődés vagy exploráció.

**Az extrinzik motivációnak különböző szintjei** léteznek, annak alapján, hogy a motivált viselkedés mennyire áll a környezet irányítása alatt (Ryan és Deci, 2000a). A négy szint a következő:

1. A motiváció kívülről való szabályozása esetén a viselkedés a jutalomtól, ösztönzéstől, külső nyomástól vagy a büntetéstől függ. Ez a külső motiváció legkevésbé autonóm formája. Az ilyen jellegű viselkedések kizárólag jutalom, ösztönző vagy külső nyomáson alapulnak. A cél a jutalom elérése vagy a büntetés elkerülése. A motivációt ebben az esetben a külvilág szabályozza.
2. Az introjektált szabályozás esetén a jutalmak és a büntetések már belsővé váltak, a motiváció ezek fényében alakul. Ebben az esetben a cselekvést a büszkeség, az önértékelés növelése vagy éppen a szégyen, a szorongás elkerülése motiválja.
3. Szabályozás az azonosuláson keresztül: A személy tudatosan értékeli az adott cselekvés fontosságát, és személyesen is fontosnak tartja.
4. Az integrált szabályozás: Ez az extrinzik motiváció leginkább önálló (autonóm) szabályozási módja. A cselekvés integrált része a személy lényegének

**Az intrinzik motiváció három szintjét** Vallerand (1997) írta le:

1. A *tudásra* irányuló intrinzik motiváció: *maga a cselekvés, a tanulás, a megértés motivál.* A tanulás, megértés örömét adja, szoros kapcsolatban van a környezet felfedezésével, a kíváncsisággal.

2. A *fejlődésre, alkotásra* irányuló intrinzik motiváció: az öröm önmagunk meghaladásába és a kreatív tevékenységben található. A hangsúly a folyamaton és nem a végeredményen van. Itt jelenik meg a hatóerő érzése, kihívás, hatékonyságérzés.

3. Az *élmények* átélésére vonatkozó intrinzik *motiváció*: kellemes élmények és érzések keresése, ezek rendszerint érzékszervi vagy esztétikai élmények.

Cél az intrinzik motiváció elérése a páciensek magatartásváltozásában.

Az intrinzik motiváció szoros kapcsolatban áll a kompetenciával, a tudás megszerzésével, az érdeklődéssel és a teljesítménymotivációval”. (Fodor, 2007, 81.)

Az intrinzik motiváció elősegíthető az önállóság, kompetencia érzésének hangsúlyozásával, de alááshatja, ha a viselkedést jutalmazták, mert így az eredetileg önjutalmazó viselkedés eszköz jellegűvé válhat.

### 10.1.2. Öndeterminációs elmélet

A tudomány megmutatta, hogy a kimagasló teljesítmény titka nem a biológiai motivációnk, és nem is a jutalmazás és büntetés, hanem egy harmadik motiváló tényező: az ember mélyen gyökerező vágya arra, hogy kezébe vegye a saját sorsa irányítását, hogy fejlessze és bővítse tudását, illetve, hogy célt adjon életének.

Az öndeterminációs elmélet (self-determination theory – SDT, Deci és Ryan, 2000b) az univerzális emberi szükségleteket veszi alapul. Azt állítja, hogy az embernek három veleszületett pszichológiai szükséglete van: a kompetencia, az autonómia és a kötődés. Amikor ezek teljesülnek, akkor vagyunk motiváltak, produktívak és boldogok. Az embernek veleszületett, belső motivációja az, hogy önálló legyen, önmagát irányítsa, és kapcsolatban legyen másokkal. Amikor ez a motiváció felszabadul, akkor lehetővé válik, hogy az egyén bizonyos módon viselkedjen, anélkül, hogy szüksége lenne egy külső ösztönzésre, amely az ilyen viselkedést motiválja.

Az öndeterminációs elmélet három alapszükségletet emel ki, mint a belső motiváció teljesüléséhez szükséges tényezőket (Ryan és Deci, 2000b):

1. A *kompetenciaigény* az egyén hatékonyságára, a képességeinek kibontakoztatására és gyakorlására vonatkozik. A kompetenciaérzésre való törekvés sarkallja az egyént arra, hogy képességeinek megfelelő kihívásokat keressen, szinten tartsa és fejlessze képességeit a tevékenységek során.

2. Az *autonómia igénye* szerint az egyén arra törekszik, hogy a viselkedése összhangban legyen az énjével, a viselkedését a saját énjének a kifejeződéseként élje meg, és ha az eseményeket külső hatások is alakítják, akkor azokat megfelelően tudja értékelni, megmaradjon a kezdeményezőkézsége.
3. A *valahova tartozás szükséglete* a másokhoz való kapcsolódásra, a másokkal való törődésre, a mások törődésének elfogadására vonatkozik, tulajdonképpen ez a kötődés igénye. A valahova tartozás más személyekhez és a közösségekhez való tartozást is egyaránt jelenti. A valakihez való kapcsolódás, az elfogadás érzete a lényeges, és nem a viselkedés eredménye.

Deci és Ryan az 1980-as években már nem aszerint kategorizálták az embereket, hogy motivációjuk külső vagy belső, hanem hogy irányított vagy önálló. Az önálló motiváció azt jelenti, hogy az egyén saját akaratából, választási lehetőségei teljes tudatában cselekszik, míg az irányított motiváció azt jelenti, hogy az egyén egy konkrét, elvárt eredmény elérésére vonatkozó, külső erőktől származó nyomás hatására cselekszik. Az önállóság nem ugyanaz, mint a függetlenség. A választás szabadságát jelenti: az önállóság és a boldog egymásrataltság nem zárja ki egymást. Kutatók összefüggést fedeztek fel az önállóság és az általános jóllét között. Az önálló motivációnak számos pozitív hozadéka van: mélyebb elvi megértés, jobb osztályzatok, nagyobb kitartás az iskolában és a sportban, magasabb produktivitás, kisebb esély a kiegészre, magasabb szintű mentális egészség.

## **10.2. A motivációs interjú lényege, célja és feladata**

A motivációs interjú személyközpontú szemléleten alapuló, célorientált, egyre szélesebb körben alkalmazott tanácsadási módszer. Hatásosságát az egészségmagatartás-változtatás területén számos tanulmány igazolja. A motivációs interjú módszerét eredetileg szenvedélybeteg terápiajában alkalmazták, mára azonban már szélesebb körben használják, pl. dohányosokat, társfüggőket, nemi erőszakot elkövetőket, evési zavarban és mentális betegségben szenvedőket segítő munkában is. Ez egy olyan hatékony viselkedésmódosítási módszer, amelyet fel lehet használni fogászati környezetben is, a páciensek szájhigiénes viselkedésének javítására irányuló motiváció növelésére, valamint keretet biztosít a száj egészségének, a táplálkozás megváltoztatásához, a dohányzásról való leszokás támogatásához stb. (Britt és mtsai, 2004 idézi Gillam és Yusuf, 2019).

A motivációs interjú különösen abban segít a kliensnek, hogy felismerje a jelenlegi vagy potenciális problémáit és tegyen valamit a megoldásuk érdekében. A módszert William R. Miller, az albuquerque-i Új-mexikói Egyetem professzora fejlesztette ki az elmúlt több, mint 30 év során. Kifejezett célja, hogy az olyanokkal folytatott munkát segítse, akik vonakodnak a változtatástól és/vagy ellentmondásos a változáshoz fűződő viszonyuk (pl. ambivalencia áll fenn pl. a szerhasználat vágya, és a leszokás vágya között), azaz egyszerre akarnak változtatni is, meg nem is. A motivációs interjú ezt az ambivalenciát hozza létre, illetve erősíti, az ambivalens, állandóan billegő egyensúlyi helyzetet igyekszik a változás elfogadása irányába „felbillenteni”.

A motivációs interjú egy kliensközpontú, együttműködő, direktív és célorientált kommunikációs módszer a változásra való belső motiváció növelésére az ambivalencia feltárásán és megoldásán keresztül (Miller és Rollnick, 2002 idézi Pócs és mtsai, 2017).

A motivációs interjú célja, hogy erősítse a páciens belső motivációját annak érdekében, hogy az felismerje fennálló problémáját, szembesüljön saját céljai és problémás magatartása közötti ellentmondással és az egyént megoldásra ösztönözze, vagyis megkezdje a változtatást és segítsen végig menni a változáshoz vezető úton, amennyiben ezt a páciens választja.

Miller és Rollnick (2002) a motivációt egy olyan állapotnak tekintik, ami fluktuál, a kliens problémaérzékelésével változik. Ezért a motivációs interjú feladata, hogy felerősítse az egyén belső motivációját és mozgását egy konkrét cél felé azáltal, hogy felveti és feltárja a személy saját érveit a változásra.

### **10.3. A motivációs interjú alkalmazása**

A betegellátás során a kliens viselkedésének változását gyakran utasítással vagy meggyőzéssel kívánják elérni. Az utasítás vagy meggyőzés és a motivációs interjú elsősorban abban tér el, hogy mennyire ad teret a kliensnek. Az utasítás vagy meggyőzés során az egészségügyi szakember érvelése áll a fókuszban, a páciens passzív. A motivációs interjú arra irányul, hogy a kliens mondja ki, hogy számára mi a motiváló tényező (Griffith, 2008 idézi Pócs és mtsai, 2017). A kliens bevonásának másik előnye, hogy az autonóm módon motivált viselkedésváltozás tartósabb, mint a kikényszerített változás (Sohl és mtsai, 2016 Pócs és mtsai, 2017).

A motivációs interjú, mint technika elsősorban *a prekontempláció (töprengés előtti időszak) és a kontempláció (töprengés) szakaszaiban alkalmazandó*, amikor a kliens ambivalens a változással szemben, vagy még nem érzi úgy, hogy viselkedése vagy annak hiánya probléma lenne, nem tarja magát betegnek.

#### **10.4. A motivációs interjú szellemisége**

A szakirodalom a motivációs interjú „Szellemiségének” nevezi („Spirit of Motivational Interviewing”) a következő jellemzőket (Miller és Rollnick, 2002 idézi Pócs és mtsai, 2017):

**1. Partnerség (partnership): a szakember fő szerepe a kliens támogatása, hisz ő tudhatja legjobban, mi válhat be neki.**

- A kliens saját perspektíváját helyezi előtérbe, és együttműködést teremt a segítő és a kliens között.
- A kliens dönt arról, hogy hogyan lépjen tovább.

**2. Elfogadás (acceptance): a szakember nem ítélezik, hanem empátiát tanúsít, és a jó dolgok megerősítésével támogatja a klienst.**

- Feltétel nélküli elfogadás: elismerés és tisztelet mutatása az emberi természetből fakadó értékek felé.
- Empátia: erőfeszítést tesz, hogy a világot a kliens perspektívájából szemlélje.
- Autonomia támogatása: tiszteletet mutat a kliens azon joga és képessége iránt, hogy saját döntéseket hozzon.
- Elismerés: felderíti a kliens erősségeit, és felismeri erőfeszítéseit.

**3. A páciens igényeinek előtérbe helyezése (compassion): a szakember őszinte együttérzést fejez ki, és teljes mértékben a páciens igényeit helyezi előtérbe, a páciens javát keresi.**

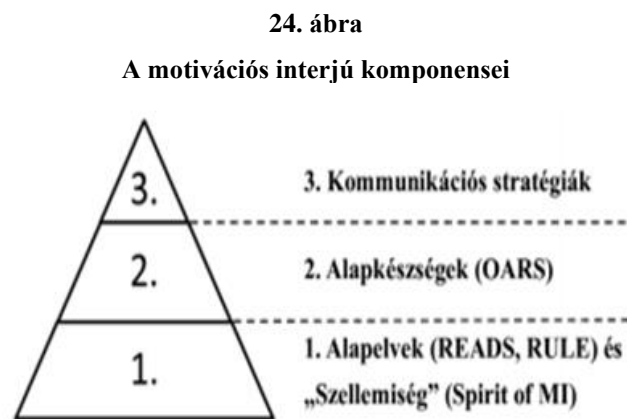
- Cselekvésben jelenik meg – arra törekszik, ami a kliens érdekeit szolgálja.

**4. Felidézés (evacuation): a szakember a kliens nyelvezetét használva megismétli motivációit és átfogalmazza a pozitív kijelentéseket.**

- Szükséges, hogy higgyen abban, hogy a kliensben megvan a lehetőség a változásra.

## 10.5 A motivációs interjú komponensei

A motivációs interjú komponenseit a 24. ábra foglalja össze. A módszer szerzői a korábban ismertetett „szellemiségnek” megfelelően összeállítottak bizonyos alapelveket, amelyekkel egyfajta szemléleti keretet kívántak biztosítani (Miller és Rollnick, 2002 idézi Pócs és mtsai, 2017). Erre a szemléletrendszerre épülnek bizonyos alapkészségek, amelyek fejlesztése nélkülözhetetlen a kommunikációs stratégiák elsajátításához.



*Forrás: Pócs és mtsai, 2017. p. 1333.)*

### 10.5.1. A motivációs interjú alapelvei

A 2002-ben közölt öt alapelvet a szakirodalom „READS” vagy „DEARS” mozaikszavakkal említi (8. táblázat): 1) „Ellenállás elkerülése” („Roll with resistance”); 2) „Empátia kifejezése” („Express empathy”); 3) „Vitatkozás elkerülése” („Avoid argumentation”). 4) „Ellentmondások feltárása” („Develop discrepancy”); 5) „Önhatékonyság támogatása” („Support self-efficacy”). Ez az első három alapelv erősíti a szakember-beteg kapcsolatot (Moyers, 2014 idézi Pócs és mtsai, 2017). A motivációs interjú eredményessége szempontjából fontos megjegyezni, hogy az önbecsülés hasznos, de nem nélkülözhetetlen a viselkedésváltozáshoz, szemben az önhatékonysággal, amely specifikus, egy adott célra vonatkozik és magába foglalja a tervezés és a kivitelezés lépéseit is, ami már a „Hogyan?” kérdésköréhez tartozik (Resnicow és McMaster, 2012 idézi Pócs és mtsai, 2017).

**8. táblázat**  
*A motivációs interjú öt alapelve és azok magyarázatai*

Alapelvek	Magyarázat
<p><b>1. Az ellenállás elkerülése</b> <b>(Roll with resistance)</b> (Ellenállás esetén váltsunk fókuszot, stratégiát, keressünk megoldásokat.)</p> <p>(A viselkedésváltozásra irányuló ellenállás (ellenvetés, kifogás, „sustain talk”) csökkentésére a technikai kommunikációs stratégiák, míg a szakemberrel szembeni ellenállás (interperszonális konfliktus, „discord”) kezelésére a kapcsolati stratégiák használata javasolt. Szakemberrel szembeni ellenállásra utal, ha a kliens félbeszakítja és számonkéri a szakembert, vitatkozik, mentegetőzik vagy zavartnak látszik.)</p> <p>A hárítás, az énvédő mechanizmusok, a konfrontáció csak fokozza az ellenállást</p>	<p>A kliens kompetenciaérzése csökkenti az ellenállását, ezért érdemes rámutatni a kliens autonómiájára, és hogy a beszélgetés róla szól.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A megértés, a kliens érzéseinek megfogalmazása segít az exploráció folytatásában. (Kínáljunk új értelmezési perspektívát, változtassuk meg az értelmezési keretet, kínáljunk fel választási lehetőségeket („Nem muszáj most döntenie, lehet később is...”), perzepcióváltás a segítő részéről. („Lehet, tényleg korai, hogy eljött, lehetne még várni vele.”))</li> <li>• Az ellenállás felhasználható a kliens javára.</li> <li>• Az észlelések megváltoztathatók.</li> <li>• Új perspektívák javasolhatók, de nem erőltethetők.</li> <li>• A kliens a probléma megoldásának értékes forrása.</li> </ul>
<p><b>2. Az empátia kifejezése</b> <b>(Express empathy)</b> (Viselkedjünk empatikusan, próbáljuk megérteni a páciens nézőpontjait. A megértés és az elfogadás, a nem ítéelő attitűd nem jelent egyetértést a pácienssel!)</p>	<p>A kliens érzéseinek, tapasztalatainak és szemszögének megértése és ennek kifejezése segíti a változást.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alapvető a képzett, reflektív és tiszteletteljes meghallgatás → fokozza a kliens változással kapcsolatos szándékait.</li> <li>• Az ambivalencia normális.</li> </ul>
<p><b>3. A vita kerülése</b> <b>(Avoid argumentation)</b> (Kerüljük a vitatkozást, a győzködés, vitatkozás inkább erősíti a páciens ellenállását.)</p>	<p>Ajánlott úgy vezetni a beszélgetést, hogy a páciens érveljen a viselkedésváltozás mellett, ne az egészségügyi szakember.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A viták ellentétes hatással járnak.</li> <li>• A védekezés elindítja az elhárítást.</li> <li>• Az ellenállás jelzi, hogy másik stratégiára kell váltani.</li> <li>• A címkézés szükségtelen.</li> </ul>
<p><b>4. A diszkrepancia kialakítása</b> <b>(Develop discrepancy)</b> (Segítsünk a páciensnek, hogy <i>felismerje a diszkrepanciát</i> jelenlegi magatartása között és jövőbeli céljai között.)</p>	<p>A változást segíti a páciens személyes céljai, értékei, illetve a jelenlegi káros viselkedés közötti ellentmondások felismerése.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fontos a káros következmények tudatosítása.</li> <li>• A jelen viselkedés és a fontos célok közötti diszkrepancia (ellentmondás: előnyök-hátrányok; jelen-jövő) kimondása a kliens által változás irányába hatásának tudatosítása → motiválja a változást.</li> <li>• A páciensek magának kell a változás mellett érvelnie.</li> </ul>



Alapelvek	Magyarázat
<p><b>5. Az önbizalom, önhatékonyság (a változás képességének) erősítése (Support self-efficacy)</b></p> <p>(Támogassuk az önbizalom, az önhatékonyság érzését a páciensben: amint felismerte a problémát és megoldási javaslatokkal áll elő, fejezzük ki optimizmusunkat és a változásba vetett hitünket.)</p>	<p>A kliens és a szakember meggyőződése arról, hogy a páciens képes a változásra, nagymértékben elősegíti a viselkedésváltozást.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A változásba vetett hit jelentősen motivál, képes a problémák megoldására, személyes felelősség átkeretezése. (Képes rá, de felelős azért, hogy válasszon és végrehajtsa a változást.)</li> <li>• A kliens a felelős a változás melletti döntésért és a változás végrehajtásáért.</li> <li>• Reményt nyújthat az alternatív megközelítések választéka.</li> </ul>

(Forrás: Millner és Rollnick, 1991 és 2002 nyomán)

Rollnick és Miller 2008-ban az alapelveket hasonló tartalommal, de más szempontok szerint csoportosította. Ezek az úgynevezett „RULE-alapelvek” a tanácsadási attitűdben kívánnak irányt mutatni: 1) „Ne akarja megváltoztatni!” („Resist the righting reflex!”) alapelv arra utal, hogy a szakemberben lévő segítőkész, illetve jobbító szándék, ne a páciens megváltoztatására késztesse, mert ez rontja a szakember-kliens kapcsolatot. Meg kell tanulnunk, hogy a megosztott döntési helyzetben a felelősség is megosztott. El kell tudnunk engedni a megváltoztatási törekvésünket annak érdekében, hogy a változást a páciens maga tudja kidolgozni. 2) „Próbálja megérteni a kliens motivációját!” („Understanding your client’s motivation!”), azaz, hogy a motiváció a klientsztől jön, a szakember érdeklődése és a kliens bevonása javítja az együttműködést, illetve a motiváció megértése segíti a változás tervezését és kivitelezését. 3) „Hallgassa meg a klientszt!” („Listen to your client!”) alapelv szerint a hallgatás a motivációs interjúban egy aktív folyamat, ugyanakkor időt is ad az szakembernek a strukturált, célorientált kommunikációra. 4) „Hatalmazza fel a klientszt a változásra!” („Empower your client!”) alapelv arra hívja fel a figyelmet, hogy minden változás önváltozás, és a szakember sosem kérdőjelezheti meg, hogy a kliens képes-e a változásra.

### 10.5.2. A motivációs interjú alapkészségei

A motivációs interjú négy készség fejlesztését különösen fontosnak tartja, ezek az úgynevezett „OARS” alapkészségek: nyitott kérdés („Open question”), megerősítés („Affirmation”), reflektív hallgatás („Reflective listening”) és az összegzés („Summary”) (Rollnick és Miller, 2008).

Az eldöntendő (igen-nem válasszal, vagy tómondattal megválaszolható) *zárt kérdések* alkalmasak a gyors és precíz anamnézis-felvételre, de nem célravezetők a motivációs interjúban. A *zárt kérdések* célja az információszerzés, a körülmények tisztázása, hangsúlyteremtés, a tématarítás támogatása. A zárt kérdést azokban az esetekben célszerű alkalmazni, ha valamely információt pontosítani, tisztázni szeretnénk, ha valamely témának hangsúlyt szeretnénk adni, vagy szűkíteni akarjuk a beszélgetés tárgykörét. Arra is használható, hogy megállítsuk a kliens beszédét, ha az eltér az adott témától, túlságosan csapongó. A zárt kérdés alkalmazásának célja, tehát az információszerzés és pontosítás, de csak a legszükségesebb esetekben érdemes alkalmazni a motivációs interjúban. Kerülendők pl.: ki, mit, mikor stb. Azért kell kerülni őket, mert a klienst megállítják a beszédben, megakasztják, és nagyon kevés információt hoznak. Ha sok zárt kérdést alkalmazunk, annak hatására a beszélgetés nagyon könnyen megakad, „kikérdezés” jellegűvé válik. A *nyitott kérdések* kérdőszóval induló kérdések. A legcélravezetőbb a hogyan, mi, mit, mikor, hol, képes lenne, tudna kérdőszavak használata (a miért racionalizáló és ideológiagyártó hatása miatt gyakran nem szolgálja a problémafelismerést- illetve megoldást). Ez a kérdéstípus a kliens figyelmét önmagára irányítja, elgondolkodtat, előmozdítja a beszélgetést. Olyan információszerzésre irányuló törekvés, amely során a kliens a megválaszolandó témát szabadon, illetve saját motivációját könnyebben fejtheti ki. Az ilyen kérdéstípus alkalmazása segíti elő, hogy a kliens gondolatait, érzéseit kifejtse, így a zárt kérdés helyett ezek alkalmazását tartjuk célszerűnek a motivációs interjúban. Pl.: „Beszélne kissé részletesebben... adott témáról?”, vagy „Kérem, kifejtené bővebben, amire gondol?”, „Szeretnék egy kicsit többet hallani erről, hogy jobban megértem. A nyitott kérdés hatására a kliens általában bővebb magyarázatba kezd, igyekszik megfogalmazni érzéseit, gondolatait. A gondolatok szavakba öntése, megfogalmazása egyúttal azt is szükségessé teszi, hogy átgondolja az adott témakört, Szűkített nyitott mondat: amikor a segítő kijelöli a témát, amiről a klienst beszélteni szeretné, de azon a témán belül csaponghat a mentorált (pl.: Beszélne egy kicsit részletesebben a családjáról?). A *megerősítés* a kliens által behozott téma, megállapítás helyességét erősíti, egy jó gondolat, összefüggés elfogadását, pozitív értékelését segíti, kihangsúlyozza a kliens pozitív erőfeszítéseit, tulajdonságait vagy viselkedését. Fontos, hogy a megerősítés egy valós és konkrét pozitívumra irányuljon, azaz nem nevezhető megerősítésnek az általános dicséret, a helyeslés vagy az egyetértés. A *reflektív hallgatás, reflektív figyelem* körébe tartozik az értő figyelem (olyan verbális jelek használata, mint a hümmögés és olyan non-verbális jelek, mint a szemkontaktus), amellyel azt mutatjuk,

hogy lelkesen figyelünk a másokra. Ehhez az alapkészséghez tartozik a reflexió, a kliens mondandójának (főleg a jelentéstartalmának) a visszatükrözése. A motivációs interjúban egyszerű reflexiónak nevezik a jelentéstartalom megismétlését. Ezzel szemben az összetett reflexió egy további jelentéstartalommal bír, amely arra irányul, amire a kliens gondolhatott. Például a kliens ezt mondja: „Mások is dohányoznak, még sincs semmi bajuk.” Erre az orvos így válaszol: „Ez elgondolkodtató. Ezzel azt mondja, hogy azok a dohányosok egészségesek.” Érzelem visszatükrözése (reflektálás az érzésekre/ézelmekre): a beszélgetés érzelmi tartalmára irányul. A reflexió a kliens érzelmeit emeli ki. A közölt gondolatokhoz társuló érzelem, a kliens lelkiállapotának szavakba öntése, azért, hogy érezze, átérezzük és értjük a problémájával kapcsolatos érzéseit. Annak bemutatása, hogy átérezzük a kliens problémájával kapcsolatos érzelmeit, érzéseit. Másik ok, amiért alkalmazni kell, hogy beszéltesük, illetve támogassuk a klienst. Pl. “Úgy látom, dühíti ez a helyzet.” Ahogyan az előző példák is mutatják, a reflexió célja a visszatükrözés, ezért ez nem kérdő, hanem egy kijelentő mondat. Az **összegzés** a motivációs interjú negyedik alapkészsége. Ez olyan reflexió, amit a kliens több mondatának, vagy egy-egy nagyobb “téma” elhangzása után alkalmaznak. Az összegzés a kliens magatartásjegyeinek, érzéseinek, mondanivalója jelentéstartalmának rövid, lényegkiemelő összefoglalása és ismertetése, mely lehetőséget ad a kliensnek a reflexióra, tovább gondolásra. Ennek a készségnek az alkalmazásakor az interjú egy hosszabb részét saját szavainkkal röviden összegezzük. A szakember az interjúból azokat a fontos elemeket hangsúlyozhatja, amelyek segítik a klienst a viselkedésváltozásban. Az összegzésnek mindig egy kérdéssel kell végződnie, hiszen nem tudhatjuk a kliens is ugyan azt tartja-e lényegesnek, mint mi. Ezzel lehetőséget biztosítunk, hogy a kliens kiegészítse, helyesbítse a hallottakat (Westra és Aviram, 2013).

### **10.5.3. A motivációs interjú kommunikációs stratégiái**

A motivációs interjú célorientált, ami azt jelenti, hogy a tanácsadási szemléletre jellemző, úgynevezett technikai stratégiák egy konkrét viselkedésváltozásra („change goal”-ra) irányulnak (Miller és Rollnick, 2002). A célnak megfelelően a kliens mondandója felosztható a viselkedésváltozást segítő mondatokra („change talk”) és a változást hátráltató mondatokra („sustain talk”). A kliens ellenállása a viselkedésváltozással szemben a változást hátráltató mondatokban nyilvánul meg. A viselkedésváltozást segítő mondatok aszerint változnak, hogy a kliens a viselkedésváltozás melyik szakaszában áll: töprengés, elhatározás, előkészület,

változtatás, fenntartás, visszaesés (Prochaska és Velicer, 1997 idézi Pócs és mtsai, 2017). Az interjú eredményessége szempontjából nem a 9. táblázatban szereplő viselkedésváltozást segítő mondatok felosztása a lényeges, hanem hogy a szakember a viselkedésváltozást segítő mondatokat és indukálja, „művelje” azokat („cultivating change talk”) (Apodaca, 2016 idézi Pócs és mtsai, 2017).

**9. táblázat**  
**A viselkedésváltozást segítő mondatok**

<b>A töprengés, elhatározás és visszaesés szakasza: elhatározást előkészítő mondatok („preparatory change talk”) - „DARN”</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• vágy („Desire”, például „akarok változni, szeretnék, kívánom”),</li> <li>• képességek („Ability”, például „képes vagyok megváltozni, tudom, kibírom”),</li> <li>• okok („Reasons”, például „van rá okom”),</li> <li>• szükség („Need”, „változnom kell, szükséges, muszáj, fontos”).</li> </ul>
<b>Az előkészület, változtatás és a fenntartás szakasza: a megvalósítással kapcsolatos mondatok („mobilizing change talk”) - „CAT”</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• elkötelezettség („Commitment”, például „változni fogok, megcsinálom, akarom”),</li> <li>• lendület („Activation”, például „hajlandó vagyok változni, készen állok”),</li> <li>• lépések („Taking steps”, például „megcsináltam, lépéseket tettem”).</li> </ul>

*(Forrás: Prochaska és Velicer, 1997 idézi Pócs és mtsai, 2017. p. 1338. nyomán)*

További kommunikációs stratégiák a motivációs interjúban, amelyek serkentik a viselkedésváltozást egyrészt a változást segítő mondatok feltárása, másrészt a változást hátráltató mondatok kezelése.

1. A változást segítő mondatok feltárása, változást segítő mondatok előidézése - A változás melletti és a változással ellentétes motivációk egy időben történő megjelenítése, ezt a motivációs interjú ambivalenciának nevezi („ambivalence”). Ellentmondásokat generáló stratégiák (Apodaca, 2016; Miller és Rose, 2015 idézi Pócs és mtsai, 2017):

- Az előre- és visszatekintés stratégiája (egy időbeli ambivalenciára törekszik a jelenlegi káros viselkedés és a múlt vagy jövőbeli egészséges viselkedés között).
- Célok és értékek ütköztetése a jelenlegi káros viselkedéssel.
- Ütköztetés a jelenlegi káros viselkedés szélsőséges pozitív és negatív kimeneteleivel.
- „Döntési egyensúly” stratégiája egy meghatározott sorrend szerint mérlegre teszi a viselkedésváltozás érveit és ellenérveit.
- „Vonalzó-technika” egy-egy skálára helyezi, hogy mennyire fontos a kliens számára a változás - fontossági skála („importance ruler”), mennyire áll készen a változásra

(„readiness ruler”) és mennyire érzi magát magabiztosnak - önbizalom skála („confidence ruler”). A „vonalzótechnika” lehetőséget nyújt arra, hogy a kliens három különböző aspektusból beszéljen a motivációjáról. Praktikus továbbá, hiszen az eredmények rögzíthetők, későbbi találkozás alkalmával újra felvehetők és összehasonlíthatók.

- Az OARS-készségek, amennyiben a nyitott kérdések, megerősítések és reflexiók egyenesen a változást segítő mondatokra („DARN-CAT”) vagy azok részleteire, illetve azokkal kapcsolatos példákra irányulnak
2. A változást hátráltató mondatok kezelése („soft-ening sustain talk”) - a mondatokban rejlő ambivalencia feltárása (Apodaca, 2016 idézi Pócs és mtsai, 2017):
- Egyszerű reflexió: Az ellenállással szemben könnyen alkalmazható stratégia a reflexió. Az egyén egyet nem értésének, érzéseinek vagy észlelésének elismerése jó eséllyel lehetővé teszi a további felfedezést és enyhíti az védekezést. Néha a reflexión keresztül is el lehet érni, hogy a hangsúly máshová tevődjen.
  - Felerősített reflexió: a kliens mondanivalójának mélyebb jelentéstartalmának felnagyítása. Itt azt tükrözzük vissza, amit a kliens mondott, csak eltúlozva. Ezt azért tesszük, hogy az ügyfél meghalassa, hogy mi megy át másoknak abból, amit mond. Remélhetőleg ez arra fogja ösztönözni, hogy az ambivalencia másik oldaláról is beszéljen.
  - Két-oldalú reflexió: Elismerjük, amit a kliens mondott, ezután körvonalazzuk ambivalenciájának mindkét oldalát. Ezt tehetjük úgy is, hogy akár korábbi üléseken elhangzott kijelentéseire hivatkozunk.
  - Fókuszváltás: a beszélgetés fókuszát a szakember a viselkedésváltozásra irányítja. Megpróbáljuk elmozdítani a klienst attól, ami láthatólag akadályozza. Körbejárjuk az akadályokat ahelyett, hogy felrobbantanánk őket.
  - Az autonómia hangsúlyozása: megerősíteni a kliens választási szabadságát és saját irányát, felelősségét döntéseiért.
  - Átkeretezés: segíteni a klienst, hogy más perspektívából tudjon rátekinteni egy adott helyzetre, s átfogalmazni arról saját értelmezését.

## 10.6. A motivációs interjú folyamata - A motivációs interjú szakaszai

A változásra irányuló beszélgetésben a motivációs interjú folyamata négy szakaszból áll: bevonás, fókuszálás, a változás motivációjának előhívása és a változás tervezése. Az egyes szakaszok a gyakorlatban átfedésben állnak, és nem mindig ebben a sorrendben kerül sor az alkalmazásukra. A szakaszok egymásra épülnek, és rugalmasságot engednek a szakembernek alkalmazásukban. Az alábbiakban a motivációs interjú négy szakaszát, és az egyes szakaszokban alkalmazható komponenseket mutatjuk be (Levounis és mtsai, 2018).

### *1. Bevonás - A kapcsolatépítés első fázisa. A szakember megpróbálja minél jobban megismerni a klienszt és megérteni a kliens helyzetét.*

- Kapcsolatépítés a klienssel, a kliens megismerése.
- A segítő együttműködő beszélgetésbe vonja a klienszt.
- Elősegíti, hogy a kliens biztonságosnak érezze az információ megosztását.
- Elősegíti, hogy a kliens azt érezhesse, hogy megértik, tisztelik, és bíznak benne.
- A kliens eldönti, hogy a segítő együttérző, megbízható és tájékozott-e.
- Elősegíti, hogy a kliens és a terapeuta együttműködően vegyen részt a kezelésben.
- OARS alkalmazása:
  - Nyitott kérdések pl.: „Hogy érezte magát, amióta a legutóbb találkoztunk?”
  - Megerősítések pl.: „Nagyszerű dolog, hogy továbbra is gondolkodik azon, hogyan válhatna jobb apává.”
  - Visszatükrözések (átfogalmazás, átkeretezés is lehet).
  - Összegzések.
- A bevonást akadályozó viselkedések (Bizonyos viselkedések káros hatással vannak a bevonás folyamatára. Miller és Rollnick (2013) úgy írják le ezeket, mint „csapdákat, amelyek akadályozzák a bevonást”. Ezek közül a csapdák közül néhány:
  - Túl sok kérdés, ami passzív szerepbe kényszeríti a klienszt.
  - A domináns szakértői szerep felvétele, amelynek következtében a két fél kiegyenlítetlen hatalmi kapcsolatba kerül.
  - A kliens problémáira és változási céljaira való túl korai fókuszálás, anélkül, hogy megtörtént volna egy együttműködő kapcsolatba történő bevonás.
  - A kliens elítélése, hibáztatása, ami csak növeli a változással szembeni ellenállást.
  - Informális csevegés, anélkül, hogy sor kerülne jelentős kérdések megbeszélésére.

A bevonást akadályozó csapdák veszélyeztethetik, gyengíthetik a terápiás munkába való bevonást, és hatással lehetnek a motivációs interjú további folyamataira.

## **2. Fókuszálás - Összpontosítás a viselkedésváltozás konkrétumaira.**

- Személyre szabott program kialakítása, a viselkedésváltozás céljainak kialakítása és a beszélgetés irányított mederbe terelése.
- Napirendi pontok feltérképezése:
  - Lista készítése a lehetséges viselkedésváltoztatási célkitűzésekről, majd priorizálják azokat.
  - A segítő és a kliens együttesen dönt.
- Közösén kell megérteni a kliens történetét és megtalálják a kliens legfőbb aggodalmait.
- Orientáció → a segítő megpróbálja megmutatni a lehetséges követhető utat, a fennálló összefüggéseket.

## **3. Változás motivációjának előhívása - Annak előmozdítása, hogy a kliens elmondja, miért szeretne változtatni. Fő eszköze az úgynevezett „change talk”, ami a viselkedésváltozásra utaló kijelentéseket jelenti. Pl.: „Minden délután fáradt vagyok, de nem akarok energiatalokon élni.”**

- A kliens specifikus változás iránti motivációját feltárjuk – a változást elősegítő és gátló tényezők feltérképezése.
- OARS fontossága.
- Változásbeszéd (DARN+CAT) + skálák (pl.: „Mi kellene ahhoz, hogy...”; fontossági skála; önbizalom skála):
  - Vágy (Desire): „Bárcsak ne érezném olyan rosszul magam attól, hogy reggel remegek.”
  - Képesség (Ability): „A terhességem idején abbahagytam az ivást.”
  - Indokok (Reasons): „Ha abbahagynám a dohányzást az otthonomnak nem lenne olyan szaga, mint egy hamutálnak.”
  - Igény (Need): „Abba kell hagynom az intravénás heroinhasználatot, mert meghalok.”
  - Elkötelezettség (Commitment): „Soha többet nem veszek cigarettát.”
  - Aktiváltság (Activation): „Hajlandó vagyok abbahagyni a nagy tételben való cigarettavásárlást.”

- Lépések (Taking steps): „Az összes hamutartót kidobtam, így ki kell mennem a lakásból, ha rá akarok gyújtani.”
- Problémás viselkedést fenntartó beszéd.

#### **4. Változás tervezése - Célok meghatározása és konkrét cselekvési terv megfogalmazása.**

- A kliens jelét adja, hogy készen áll a változásra – több változásbeszéd jelenik meg, kevesebb problémás viselkedést fenntartó beszéd, gyakorlati kérdések megfogalmazása és kisebb lépések a változás irányába → tesztelés.
- A kliens változásbeszédének közös összefoglalása.
- „Mit gondol, mit fog tenni ezen a ponton?” elköteleződés elősegítése.
- A változási terv megbeszélése:
  - Világos célok meghatározása.
  - Változás megtervezése (változásbeszéd megfigyelése, SMART, együttműködés hangsúlyozása, információ és tanácsadás).
  - Döntés a tervvel kapcsolatban, elköteleződés a terv mellett.
  - A változás véghezvitelének átgondolása (megvalósítási szándék, lépőkövek).
  - A változási terv megvalósítása.

### **A fejezet önálló feldolgozását segítő kérdések**

- Mit nevezünk extrinzik és intrinzik motivációnak?
- Milyen típusait különböztetjük meg az intrinzik motivációnak?
- Mi a szerepe az öndeterminációs elméletnek a motivációs interjúban?
- Milyen komponensekből áll a motivációs interjú?
- Gyűjtsön példákat a dentálhigiénikus gyakorlatából a motivációs interjú használatára!

### **Felhasznált irodalom**

Fodor L. (2007): *Fejezetek a motivációkutatásból*. Gondolat Kiadó, Budapest

Füzesi Zs., Tiringer I. (2016): A magatartás tanuláselméleti megközelítése. Szokások, attitűdök és azok módosítási lehetőségei. In: Csernus Valér, Kállai János, Komoly Sámuel (szerk.): Emberi életfolyamatok idegi szabályozása – a neurontól a viselkedésig. Interdiszciplináris tananyag az idegrendszer felépítése, működése és klinikuma témáiban orvostanhallgatók, egészség- és élettudományi képzésben résztvevők számára Magyarországon. Dialog Campus, Pécs

<http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2011->

0094\_neurologia\_hu/ch07s10.html (Utolsó letöltés időpontja: 2017.12.30.)



- Lepper, M. R. (1988): Motivational Considerations in the Study of Instruction. *Cognition and Instruction*, 5(4), .ai Kiadó Kft., Budapest
- Levounis, P., Arnaout, B., Marienfeld, C. (2018): *Motivációs interjú a klinikai gyakorlatban*. Oriold és Társai Kft., Budapest
- Millner, W.R., Rollnick, S. (1991): *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, Guilford Press
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2002): *Motivational interviewing: preparing people to change*. 2nd ed. Guilford Press, New York
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2013): *Motivational interviewing: Helping People Change*. 3rd Edition, Guilford Press, New York
- Pócs D., Hamvai Cs., Kelemen O. (2017): Magatartás-változtatás az egészségügyben: a motivációs interjú. *Orvosi Hetilap*, 158(34): 1331–1337. <https://core.ac.uk/reader/129702482> (Utolsó letöltés időpontja: 2020.08.15.)
- Ryan, R. M. és Deci, E. L. (2000a). Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25(1), 54-67. doi: 10.1006 / ceps.1999.1020.
- Ryan, R. M. és Deci, E. L. (2000b). Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development, and Well-Being. *American Psychologist*, 55(1), 68-78. doi: 10,1037 // 0003-066x.55.1.68.
- Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C. (2008): *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior (Applications of motivational interviewing)*. Guilford Press, New York
- Vallerand, R.J. (1997): Toward a hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. In M.P. Zanna (Ed). *Advances in Experimental Social Psychology* (pp 271-360). New York: Academic Press.
- Westra H.A., Aviram, A. (2013): Core skills in motivational interviewing. *Psychotherapy (Chic.)* 50: 273–278.