

Dr. Füzesi Zsuzsanna – Dr. Tistván László

EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ÉS KÖZÖSSÉG- FEJLESZTÉS A SZÍNTEREKEN

Az Egészségfejlesztési módszertani füzetek kiadványsorozat kötetei

1. Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai)
2. Korszerű törekvések az egészségfejlesztésben
3. Egészségfejlesztés régiókban és településeken
4. Dr. Füzesi Zsuzsanna – Dr. Tistyán László: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a színtereken
5. Vercseg Ilona: Legalább ennyit a közösségfejlesztésről
6. Kutatás-monitorozás, értékelés az egészségfejlesztésben
7. Az egészséghatás vizsgálat

Sorozatszerkesztők: Dr. Kishegyi Júlia és Dr. Makara Péter
Szakmai Lektor: Dr. Gyárfás Iván

Készült a Nemzeti Népegészségügyi Program keretében
Kiadja az Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004
Felelős kiadó: dr. Misz Irén Írisz
Kontrollszerkesztő: Marton Éva
Korrektor: Mán-Várhegyi Réka

ISBN 963 86595 6 4

Tartalomjegyzék

AZ EGÉSZSÉG FOGALMÁRÓL	5
AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS RŐL ÁLTALÁBAN	6
Egészségfejlesztés – de hogyan? Mit szabad és mit nem?	7
A KÖZÖSSÉGEK SZEREPÉRŐL ÁLTALÁBAN	10
A közösség: a közvetítő intézmények struktúrája	11
A közösség: kapcsolat a különböző szervezetek között	12
A közösség: hatalom	12
A közösségi erőforrásokhoz való egyenlőtlen hozzáférés	13
A KÖZÖSSÉGI SZÍNTEREKRŐL ÁLTALÁBAN	14
Mi a közösségi szintér?	14
A közösségi szintér az egészségfejlesztés célterülete	15
A közösségi szintér az egészségfejlesztés fontos szereplője	15
A TÁMOGATÓ TÁRSADALMI HÁTTÉR SZÜKSÉGESSÉGÉRŐL	17
A KÖZÖSSÉGI SZÍNTEREKRE IRÁNYULÓ PROGRAMOK ÁLTALÁNOSÍTHATÓ MODELLJE	18
MI A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉR PROGRAM LÉNYEGE?	19
Amiben ez a program az eddigiektől különbözik	19
A közösségi szintér programok általános célja	20
A közösségi szintér programok konkrét céljai	20
HOGYAN ÉPÜL FEL A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉR PROGRAM?	21
A folyamat	22
A közösségi szintér program tartalmi és technikai oldalai	23
Első lépés: az állapotleírás	25
Az állapotleírás részei, egyes moduljai	26
A technológia	28
Második lépés: a cselekvési terv	29
Harmadik lépés: a közösségi szintér program kommunikációs tevékenysége	30
HOGYAN KÉSZÍTSÜK EL A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉR PROGRAMOT?	30
Az állapotleírás	30
Hogyan fogjunk hozzá az állapotleírás elkészítéséhez?	31
Mit, milyen fejezeteket tartalmaz egy állapotleírás?	31
Adatforrások	37
Mi lesz a sorsa az állapotleírásnak?	38
A CSELEKVÉSI PROGRAM	39
Milyen legyen a közösségi szintér cselekvési programja?	39
Hogyan készüljön a közösségi szintér program?	39
KULCSPROBLÉMÁK KIVÁLASZTÁSA A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉR PROGRAM ÖSSZEÁLLÍTÁSA SORÁN	39

A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉR PROGRAMOK	
SZERVEZETI ERŐFORRÁSAI.....	43
KÖZÖSSÉGI SZÍNTEREKRE IRÁNYULÓ, TÁMOGATÁSRA ÉRDEMES PROGRAMOK.....	44
Életkori alapon szerveződő szinterek	45
A szinterekben lévő sajátosságok, motivációk kiaknázása	45
Saját kezdeményezésű programok a szintereken	45
Modellértékű programok, tevékenységek	46
A közösségi szintér, mint erőforrás	46
A közösségi szintér, mint fenntartható folyamat.....	46
A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉR PROGRAMOKAT TÁMOGATÓ MÓDSZEREK	47
A SZÍNTÉR PROGRAMOK EREDMÉNYESSÉGÉNEK ÉS HATÉKONYSÁGÁNAK MÉRÉSE	47
Eredmény-indikátorok	48
Folyamatmutatók	48
Hatékonyságmérés	48
MELLÉKLETEK	49
I. sz. melléklet.....	49
Információk és adatforrások a települési közösségi szintér program összeállításához – elsősorban a községi jogállású településekhez.....	49
II. sz. melléklet	54
Lehetséges mutatók a települési egészségtervekhez - elsősorban a városok állapotleírásához	54
III. sz. melléklet.....	57
A konszenzusértekezletek módszeréről.....	57
IV. sz. melléklet.....	59
Egy sikeres programról: Település - Közösség - Életminőség A Települési egészségterv programról.....	59
IRODALOM	67

AZ EGÉSZSÉG FOGALMÁRÓL

Az egészséget sokan, sokféleképpen határozzák meg. Más fogalmakat használnak a nemzetközi szervezetek, az egészségpszichológiában jártas kutatók, a mindennapi gyógyításban részt vevő orvosok, s másként közelítenek saját egészségükhöz a laikusok. Kinek a betegség hiánya, kinek a mindennapi tevékenységekre való képesség, kinek a jó erőnlét vagy éppen a jókedv, a boldogság állapota jelenti az egészséget. Egy biztos: egészségünk nem tekinthető statikus állapotnak, napról napra dinamikusan változik és számos tényező befolyásolja. Az egészség egyfajta adaptációs (alkalmazkodási) készségként is felfogható, amellyel a körülöttünk lévő változásokra reagálunk. A sikeres adaptáció csak jó egészséggel lehetséges.

Az egészség fogalmának e komplex jellege és felfogása ellenére a népesség egészségi állapotának értékelése során általában mégis azt mutatjuk be, hogy az emberek milyen bajokban, betegségekben szenvednek, valamint milyen társadalmi, közösségi, egyéni veszélyeztető tényezők következtében jönnek létre az egészséget romboló állapotok. Indikátorként tehát a betegségeket használjuk fel, és közülük is elsősorban azokat, amelyek viszonylag jól mérhetők (az orvosok által objektívnak tekintett vizsgálatok által). A mérhető állapotokhoz leggyakrabban a testi (szomatikus) megbetegedéseket soroljuk, s csak a vizsgálatok kisebb hányada foglalkozik a mentális, valamint a szociális megbetegedések, állapotok rögzítésével.

Az egészségi állapot értékelésekor az egészséget gyakran abszolút fogalomként kezeljük (azaz vagy egészségesnek, vagy betegnek minősítünk valakit). A mérés egységesítése, kezelhetősége érdekében nem is nagyon tehetünk egyebet.

Más a helyzet, ha a népesség különböző csoportjainak kívánunk segíteni abban, hogy egészségesebbek legyenek. Ezekben az esetekben *az egészséget csak relatív fogalomként értelmezhetjük. Vagyis abban lehetünk az egyének és a közösségek segítségére, hogy jobb egészségi állapotban éljenek, nem pedig abban, hogy az egészség egy specifikus (általában szakértők által meghatározott) szintjét ériék el.*

Gyakran megkülönböztetünk pozitív és negatív egészséget. A pozitív egészség a tényleges jóllétet és a fittség, az erőnlét magas szintjét jelenti, míg negatív egészségről akkor beszélhetünk, ha kellemetlen, nemkívánatos állapotokról, betegségekről, vagy akár súlyos korlátozottsággal járó állapotokról van szó.

Az egészség pozitív és negatív oldalai azonban csak hipotetikusán zárják ki egymást, az életben nem. Sokan vannak, akik együtt élnek egy kellemetlen álla-

pottal, betegséggel, mégis fittek, és az egészség bizonyos fizikai, szomatikus dimenzióit leszámítva, egészségesnek tekinthetők. Aki születésétől kezdve fél ve-sével él, legfeljebb anatómiailag nem „tökéletes”. Akinek jól beállított és kezelt cukorbetegsége van, lehet teljesen fitt és – minimális korlátozásokkal – szinte teljes életet élhet. A mozgáskorlátozott – ha megfelelő munkával, otthonnal, közlekedési lehetőségekkel, s természetesen társadalmi-közösségi elfogadottsággal rendelkezik – legfeljebb több segítségre szorul, mint e korlátozottsággal nem rendelkező társai, de élete harmonikus és boldog lehet. Ezekből is látható, hogy az egészség az ember testi, lelki állapotának és szociális helyzetének egyensúlya, s nem a „tökéletes egészség”.

Az egyén és a népesség egészségének pontos és komplex, minden szempont-ra kiterjedő meghatározása ezért szinte lehetetlen. Amikor tehát azt mondjuk, hogy javítjuk az egészségi állapotot, akkor *az egészség, az élet minőségének javításáról beszélünk, amely természetesen magába foglalja a pozitív egészség növelését és a negatív egészség csökkentését.*

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS RŐL ÁLTALÁBAN

Az egészségfejlesztés célja, hogy az egyének, közösségek képessé váljanak az egészség feletti kontroll megszerzésére annak érdekében, hogy javuljon az egészségi állapotuk és az életminőségük.

Az egészségfejlesztés módszerei rendkívül sokfélék, a közoktatástól kezdve a speciális egészségi problémákkal küzdők számára fenntartott tanácsadó és segítő szolgáltatásokig terjednek. A hazai gyakorlatban az egészségfejlesztés ma még gyakran leszűkül az egészségnevelésre, amely egyedül az információk, a tudás átadása révén kíván szemléletváltozást elérni. Az egészségfejlesztésnek valóban fontos része az egészségnevelés, de ez csak egy módszer a többi mellett, s önmagában alkalmazva ritkán hatékony hosszabb távon.

Az egészségfejlesztés nem csak az egészségügyi szektor feladata. Hatékony egészségfejlesztés az egyének és a közösségek akarata, motivációja nélkül nem lehetséges, igaz, támogató társadalmi háttér nélkül sem. Ebben a kiadványban éppen azokat a módszereket kívánjuk bemutatni, amelyek az egyének, közösségek részvételével azokon a színtereken valósulnak meg, amelyeken az emberek a mindennapi életüket élik, s ahol részvételük a saját egészségük fejlesztésében „magától értetődő”.

A közösségi színtereken megvalósuló egészségfejlesztésnek nemcsak nemzetközi, hanem megfelelő magyarországi példái is vannak már. Ezek megismerése, továbbfejlesztése, új modellértékű programok megalkotása, kipróbálása és „begyakoroltatása” segíthet bennünket ahhoz, hogy jobb egészségi állapotot érjünk el. Emellett ugyanolyan fontos célja e programoknak, hogy javuljon az életminőségünk, jobban érezzük magunkat nemcsak a saját bőrünkben, hanem szűkebb-tágabb környezetünkben is.

Miért hisszük, hogy a közösségi színtér programoknak nagyobb terepet, támogatást kell biztosítani az egészségfejlesztés és az életminőség-javítás során? Miért nem megfelelőek az eddig többségükben paternalista módon alkalmazott módszerek? A következő fejezetben e paternalista megközelítés lehetséges kockázataira hívjuk fel a figyelmet, s más módszert ajánlunk a veszélyek elkerülésére, az egészségfejlesztési tevékenység hatékonyabb megvalósítására. Hitünk szerint ugyanis a tudás átadása és az információközvetítés mellett a legnagyobb szerepe az egészségfejlesztésben a *tényleges részvételen alapuló, begyakorolható és a mindennapi életben megvalósítható tevékenységeknek van.*

Egészségfejlesztés – de hogyan? Mit szabad és mit nem?

Az elmúlt évtizedekben Magyarországon is egyre több figyelmet kapnak a megelőzhető betegségek és az elhalálozás olyan okai, amelyek elkerülhetők, kivédhetők. A hazai halálozási adatok alapján nem szorul különösebb magyarázatra az, hogy ez miért rendkívül fontos, mondhatni életbevágó. Nem lenne azonban teljesen igaz, ha azt állítanánk, csupán tudatos felismerés játszott szerepet abban, hogy ilyen fokú figyelmet kapott a betegségek megelőzése és az egészség megőrzése. A nyugat-európai és észak-amerikai életmódminták, modellek átvételének legalább ilyen jelentősége van bizonyos társadalmi és szakmai csoportok szemléletmódjának és tényleges cselekedeteinek változásában, mint az egyébként nyilvánvaló szükségszerűségnek.

Az egészségfejlesztés egyre inkább tudatos kormányzati, társadalmi törekvés és beavatkozás. E törekvések és a történések azonban nem zajlanak viták nélkül. A viták egy része sajnálatos módon még mindig arról szól, kinek a feladata a betegségek megelőzése és az egészség megtartása. Az egyéné vagy a társadalomé? Vádolható-e csupán az egyén, ha egészsége megromlik, illetve vádolható-e csupán a társadalom, ha az egyéni életmód súlyos – közöttük elkerülhető – kockázati elemeket is tartalmaz? Van-e egyáltalán értelme egy ilyen kérdésfelvetésnek? Egyik megközelítés sem szolgálhatja ugyanis azt, hogy legitimálja a másik fontosságának lebecsülését. Az egészséges életmód hatásai, eredményei

– legalábbis a külföldi tapasztalatok ezt mutatják – évtizedekkel később mérhetők, mégpedig az egészségesen töltött évek számának növekedésében, a halandóság csökkenésében. Ami viszont már – Magyarországon is – bizonyított: semmi más nem javította oly jelentős mértékben az emberek egészségét, növelte életkilátásaikat az elmúlt században, mint a jól működő közegészségügyi rendszer, az egészséges ivóvízhez, a megfelelő mennyiségű és minőségű élelmiszerhez való hozzájutás, valamint a lakáskörülmények javulása. Csupán az egyéni magatartásra, életmódra koncentrálni, a társadalmi struktúra és folyamatok megváltoztatása nélkül, igen gyenge hatékonyságú próbálkozás. Természetesen ennek a fordítottja is igaz. Ahogy Hérakleitosz mondta: „Az embereknek, ha teljesülne mindaz, amit kívánnak, nem válna javukra.”

A viták viszont nem arról szólnak, vajon vannak-e nem szándékos következményei az e beavatkozások révén indukált folyamatoknak. Azaz *a betegségek megelőzésére és az egészség megtartására, fejlesztésére irányuló beavatkozások, programok, mozgalmak következtében átalakul-e az emberek egészséghez való viszonya, és ha igen, akkor hogyan?* (A modern orvostudományt és az aszerint szerveződő egészségügyi ellátást itt és most szándékosan nem említjük.) Nemcsak a válasszal, de még a kérdés felvetésével is adósak vagyunk.

Köszönhetően a népegészségügyben és az egészségügyben dolgozók egy részének, valamint a megnövekedett médiafigyelemnek, ma már sokkal tájékozottabbak vagyunk az életmódbeli és a környezeti kockázatok szálairól, a betegségek megelőzésének lehetőségeiről, mint évtizedekkel ezelőtt voltunk. A szakemberektől tudjuk, hogy fontos (lenne) a dohányzás abbahagyása, a kontrollált alkoholfogyasztás, a felesleges testsúlytól való megszabadulás, a fizikai aktivitás rendszeressége, az étrend megváltoztatása, a balesetek megelőzése, a biztonságos szexuális élet, illetve a szűrővizsgálatokon, orvosi ellenőrzéseken való rendszeres részvétel.

Mégis, ezek az üzenetek – tartalmukat tekintve – gyakran zavaróan hatnak azokra, akiket elérnek, érintenek. Bizonyos kockázatokkal¹ való együttélés ugyanis mindig is hozzátartozott az emberek mindennapi életéhez, másképp fogalmazva: a kultúrához. Ha viszont már a hétköznapi élet és annak tevékenységei (étkezés, alvás, szexuális aktivitás stb.) is tele vannak kockázati tényezőkkel, jogos lehet a megnövekedett aggodalom az egészséért, az életért.

¹ Itt és most nem a súlyos környezeti és egyéb, például a foglalkozási kockázatokról beszélünk. Ez utóbbiakról a kockázat-kommunikáció gyakran szemérmesen hallgat, mintha az emberek romló egészségi állapotáért csak a munkán kívüli életmódi kockázatok, és – esetleg – a környezeti kockázatok lennének felelősek.

Azonban a félelmek csökkentésére, a mindennapi élet teljes kontrolljára a gyakran alkalmazott megoldás az egészségügyi ellátás és az egészségügyi ellátók mind gyakoribb igénybevétele. Szándékos vagy sem, az üzenet hatása, következménye akár ez is lehet. Fokozódó függőség (kiszolgáltatottság) az ellátóktól, csökkenő autonómia, gyengülő küzdési stratégiák jellemezhetik azt a folyamatot, amelynek során átalakul az egyén egészségképe, egészséghöz való viszonya. Újrdefiniálhatja saját szerepét, felelősségét az egészsége megtartásában is. A felelős egyéni magatartás ebben az esetben az ellátók által kínált szolgáltatások igénybevétele lehet. A függetlenség feladásáért cserébe az egyén a kockázatok minimalizálását várja el, vagyis az egészségügyi szolgáltatók minden egészséget veszélyeztető kockázatot védjenek ki. Ezt pedig ők másként nem tehetik, csak még több diagnosztikus vizsgálattal, gyógyszeres és műtéti kezeléssel.² Valóban ezt akarjuk?

Az egyik kérdés az, hogy *szabad-e, és milyen mértékben szabad beavatkozni az emberek hétköznapi kultúrájába?* Mire van felhatalmazásunk, amikor egészségfejlesztőként, orvosként, védőnőként, politikusként stb. üzeneteket küldünk a társadalomnak, a szűkebb–tágabb közösségünk tagjainak? Egyáltalán: milyen üzeneteket küldhetünk? (Azt a helyzetet például normálisnak tartjuk, amikor az orvos megpróbálja meggyőzni betegét a túlzott sófogyasztás lehetséges egészségkárosító következményeiről. Nehezen tudnánk viszont elképzelni egy másik helyzetet, amikor ugyanez az orvos a síelés kockázatairól, annak súlyos baleseti, egészségi következményeiről beszél páciensének, megpróbálva lebeszélni őt e valóban kockázatos sportról.)

A másik kérdés az előzőből következik: *hogyan módosíthatók, változtathatók meg a súlyosan egészségromboló életformák úgy, hogy közben ne avatkozzunk be senki életébe, ne csorbítsuk az egyének saját életükkel, döntéseikkel kapcsolatos autonómiáját, ne tegyük őket függővé az egészségügyi (vagy bármilyen más) ellátástól, szolgáltatástól.*³

E – talán első olvasásra furcsa – kérdésnek az egészségi kérdéseken kívül is jelentős a súlya: meddig mehetnek el a társadalomkutatók, szociológusok vagy például a gyerekek szocializációját lényegesen befolyásoló pedagógusok abban, hogy olyan magatartásformákat, életmódmodelleket kínáljanak, amelyek befolyásolják az adott társadalmi csoportok, közösségek, családok, egyének kultú-

² Szélsőséges példának tekinthető az az egyik magyar kereskedelmi televízióban is bemutatott eset, amikor egy fiatal amerikai nő – a gyermekei megszületését követően, – az emlőrák és a nőgyógyászati daganatok megelőzése érdekében (és a családban való gyakori előfordulás miatt) eltávolíttatta emlőit, méhét és petefészekét.

³ Ez utóbbi esetben nem arról beszélünk, amikor nagyon is tudatosan gerjesztenek szükségleteket az egészségügyi ellátók az ellátás igénybevételére, valamint a gyógyszergyártók a gyógyszerfogyasztás növelésére.

ráját? Másként fogalmazva: hagyni kell-e az embereket, hogy saját léptéküknek és felmerülő szükségleteiknek, tudásuknak, lehetőségeiknek megfelelően változtassanak az életmódjukon, magatartásukon, vagy ezt különböző – az életükbe, kultúrájukba beavatkozó – módszerekkel kívülről siettetni kell, meghatározva azt is, „mi a korszerű, merre van az előre”? Vagyis az „emberek érdekében” mennyire érvényesíthetjük küldetésstudatunkat, próbálhatjuk ki rajtuk tudományunk és jóakaratumk minden lehetséges formáját? Vizsgáljuk-e azt, hogy e beavatkozásoknak milyen nem kívánt következményei vannak, vagy megelégszünk az általunk kitűzött teljesülésével? Különösen fontosak ezek a kérdések az életminőséget javító, az egészség fejlesztését hosszú távon segíteni kívánó programok esetében.

A „mit, mikor, kiknek, milyen tartalommal?” kérdések mellett tehát nem szabad elfelejtenünk a „milyen következménnyel?” kérdés feltevéséről sem.

A KÖZÖSSÉGEK SZEREPÉRŐL ÁLTALÁBAN

Az előző fejezetben felvetett kérdésünkre, miszerint szabad-e beavatkozni az emberek mindennapi életébe, s ha igen milyen módon, milyen közvetítő közegeken keresztül, a következő a válaszuk: a közösségekben található meg az a forma, az a közeg, amelyen keresztül az emberek hétköznapi élete a saját léptékük szerint változtatható, s ily módon a beavatkozás megtehető.

Miért gondoljuk azt, hogy a közösségeknek valóban fontos, lényeges szerepe van az életminőség javításában? Milyen különleges szerepekkel, funkciókkal rendelkezik, amely – a mi véleményünk szerint – minden más formánál alkalmasabbá teszi e feladat betöltésére?

A közösségeknek történetileg is lényeges, központi szerepe volt és van a népességügyben. A közösség kulcsfogalom a szociológiában, a pszichológiában, a szociálpszichológiában, definiálása rendkívül sok szempontból lehetséges. Most röviden a közösségnek csak azon funkcióival foglalkozunk, amelyeket fontosnak tartunk az emberek életminősége, egészségi állapota szempontjából, s amelyek úgy segíthetik a betegségek megelőzését, az egészség megőrzését, fejlesztését, hogy a közösség kultúrájára, adottságaira, a közösség tagjainak motivációira építenek⁴.

⁴ A közösség fogalmáról, funkcióiról, működéséről, a közösségfejlesztés módszereiről és gyakorlati tapasztalatairól színvonalas hazai publikációk is napvilágot láttak. Ezek közül kiemelten ajánljuk Varga A. Tamás és Vercseg Ilona könyvét a közösségfejlesztésről. (Varga – Vercseg, 1998)

Ebben az írásban közösségek alatt az emberek olyan összefüggő hálózatait értjük, amelyek a következő dimenziók mentén alakulnak, szerveződnek:

- lakóhely (település, szomszédság),
- a napi tevékenységet legnagyobb mértékben kitöltő elfoglaltság (pl. oktatási intézmények),
- munka (pl. munkahelyek),
- életkori jellemzőik (pl. idősök),
- demográfiai jellemzőik (pl. nők),
- esetleg közös problémáik, s az azokra adott közös válaszok, megoldások (pl. önszervező csoportok).

E közösségek léte egyrészt adottság (például azokon a színtereken, ahol az emberek a mindennapi életüket élik), másrészt valamilyen érdekek, célok érdekében valóban önkéntesen vagy kívülről inspirálva szerveződnek.

A közösség: a közvetítő intézmények struktúrája

A közösség úgy is felfogható, mint olyan intézmények sokasága, amelyek jelentős szerepet játszanak a közösségi/társadalmi identitás kialakításában, s biztosítják a materiális és nem materiális erőforrásokat a közösség tagjai számára. Ez az intézményi struktúra magába foglalja a családot, az informális társadalmi hálózatokat, az egyházakat, az önkéntes egyesületeket, a civil szervezeteket, a szomszédságot stb. Ez a struktúra közvetítő (mediátori) szerepet játszik a közösség és az egyén között, hiszen nemcsak tárháza a közösségi normáknak, értékeknek, hiedelmeknek, beállítódásoknak, de rendkívül jelentős hatása is van azokra, s ezen keresztül az egyéni viselkedésre (köztük az egészségmagatartásra).

Közösség és egyén szoros kötődésben élnek, ezért az egyéni értékek, beállítódások és aktivitások változtatása a közösség támogatása nélkül nehezen képzelhető el. A közösség ezen túl kapocs az egyén és a szélesebb társadalmi környezet között: erősítheti vagy gyengítheti a társadalom normáit.

Az életminőség javításában, az egészség megőrzésében az előbbieken felsorolt intézmények rendkívül jelentős szerepet játszanak, ezért befolyásolásuk, segítségük (pl. a családé), erősítésük (pl. a szomszédsági kapcsolatoké), esetleg létrehozásuk (pl. a civil szervezeteké) fontos erőforrás és hatékony befektetés.

A közösség: kapcsolat a különböző szervezetek között

A közösség úgy is felfogható, mint fontos kapcsolat a különböző szervezetek, intézmények között egy adott településen, régióban stb. Egy településen az erőforrások – többé vagy kevésbé – mindig korlátozottak. E szűkös forrásokból kell biztosítani az egészséges ivóvíztől kezdve az egészségügyi ellátáson, oktatáson, kultúrán át, a környezetvédelemig szinte mindent, ami az élet alapvető és minőségi feltételeihez hozzátartozik. A szűkös erőforrások megszerzésében a különböző szervezetek, intézmények egymás konkurensei. Sok esetben a verseny nemcsak a több pénzért folyik, hanem például az önkéntes munkáért, az adott terület fontosságának (presztízisének) elismertetéséért, a média figyelméért. Gyakran több szervezet is ugyanolyan vagy hasonló szolgáltatást nyújt, s ebben is versenyeznek egymással. (Fontos kihangsúlyozni, hogy nem a versenyen van probléma, hiszen a verseny – megfelelő formában, tisztességes játékszabályokkal – minőséget eredményez. Gyakran tapasztalható azonban, hogy a szervezetek a szűkös források megszerzése érdekében olyan feladatokat is vállalnak, amelyek messze esnek a kompetenciájuktól – ahelyett, hogy kooperálnának másokkal.) Az együttműködés hiánya (sok esetben a konkuráló magatartás) a szűk források kevésbé hatékony felhasználásához vezet.

Éppen ezért szükség van olyan konszenzusra épülő módszerekre, és olyan gyakorlatra, amely a különböző szervezetek, intézmények, informális csoportok között kapcsolatot és koalíciót hozhat létre. Ez a rendszer nem zárja ki az új „versenyzők” belépését sem, hogy minél több, jobb és ötletesebb módszer segítse az életminőség javítását. Itt a verseny már arról is szól, hogy ki tud jobbat, érdekesebbet nyújtani.

Az eredmény nemcsak az erőforrások hatékonyabb felhasználásában mutatkozhat meg, hanem a helyi egészségpolitika szélesebb alapon nyugvó, komplexebb kidolgozásában és megvalósításában is. Az egyéni közötti versenyből csoportos verseny lesz, annak összes pozitív következményével.

A közösség: hatalom

Az úgynevezett hatalmi struktúrák (szervezetek, intézmények, az emberek véleményét alakító és más befolyásos csoportok) a különböző településeken, közösségekben döntő szerepet játszanak abban, hogy egyrészt definiálják az életminőségi, egészségi problémákat (azaz, hogy egyáltalán mit tekintenek problémának), másrészt, hogy mennyi forrást (szellemi, pénzügyi, technikai stb.) biztosítanak ezek megoldására.

Az egyik legfontosabb szerep azonban, amit a közösségi hatalmi struktúra betölt, hogy meghatározza, milyen kérdések kerülhetnek egyáltalán a közvélemény elé. Mivel a legtöbb egészségi, életminőségi kérdésnek politikai és gazdasági következménye is van, ezek visszahatnak a hatalmi struktúrákra. Így például a dohányzás nemcsak egészségi kérdés. Fontos gazdasági kérdés is, hiszen a dohányzási szokások megváltozása hatással van a dohánytermelőkre, dohánygyári munkásokra, forgalmazókra, viszonteladókra, eladókra, a hirdetésből élőkre, a dohánytól valamilyen mértékben függő közösségekre, településekre, s természetesen – az adóbevételek révén – az államra is.⁵

Hasonló gazdasági hatása van az étkezési szokások megváltoztatásának is az élelmiszer előállítóira (a kistermelőktől a feldolgozóig), az eladókra, az élelmiszereket forgalmazó boltokra, az éttermekre. Ezek a következmények a hatalmi struktúra aktív vagy passzív ellenállását válthatják ki a változásokkal szemben.

A közvélemény, a közösség azonban nyomást is gyakorolhat e hatalmi struktúrákra, jelezve azt, mi a fontos, s mi a kevésbé fontos a számára, mire, mennyit kíván áldozni a közösségi erőforrásokból. Minél erősebbek ezek a közösségek, minél fejlettebb a civil társadalom, a hatalmi struktúrák annál átláthatóbbak, tevékenységüket annál inkább a nyilvánosság előtt kell végezzék. Így nem csupán kontrollálhatóbbak, de a közösség által befolyásolhatóbbak is.

A közösségi erőforrásokhoz való egyenlőtlen hozzáférés

A közösségi erőforrások sajnálatos módon azok számára a leginkább elérhetetlenek, akiknek életminősége nem éri el az adott közösségben elfogadható szintet, és akik a legsúlyosabb egészségi problémákkal küzdenek. Ők a szegények, az aluliskolázottak, a munkanélküliek, a rokkantak, a fogyatékosok, a romák, a hajléktalanok és azok, akik egészségi állapotuk miatt kizáródnak a szűkebb-tágabb közösségből (ilyenek például az elmebetegek, az alkoholisták, s ha számuk növekszik, várhatóan az AIDS-betegek is).

Ezek a csoportok nagyon gyakran kimaradnak már a problémák definiálásából, a programok kidolgozásából, s az aktivitásokból is. Ismerjük közös érvünket: túl nehéz elérni őket. S ez igaz is, hiszen egyéni problémáik valóban olyan

⁵ Becslések szerint ma Magyarországon kb. 30 ezer haláleset tulajdonítható a dohányzás következményeinek. Nincs azonban adatunk arról, hányan élnek a dohányból (pl. dohánytermelők, dohánygyári munkások, forgalmazók, viszonteladók, eladók, a hirdetésből élők, a dohánytól kisebb vagy nagyobb mértékben függő közösségek, települések). Az állami bevételekre szoktak csak hivatkozni, mint jelentős, nem nélkülözhető forrásra, de azt nem tudjuk, hogy az előzőekben felsoroltakhoz képest vajon ennek mekkora az aránya. Az USA-ban becslések szerint annyian élnek a dohányból, mint ahányan a fogyasztása miatt meghalnak. (Barbeau, 1998)

súlyosak, hogy kevés idejük, energiájuk és forrásaik vannak a közösségben való részvételre és aktivitásra. Politikailag sem jelentenek releváns csoportot, így a politika sem érzi általában feladatának, az értük való cselekvést. Társadalmi és politikai izolációjuk miatt olyan programok és szolgáltatások céljaivá válnak, amelyek jó szándékúak ugyan, de szinte bizonyosan bukásra ítélték. A jó szándékú beavatkozók pedig sikertelenségüket, frusztrációjukat gyakran ezekre a csoportokra vetítik vissza, fokozva az előítéleteket, a marginalizációt, esetleg a közösségből való teljes kizárást.

Egy demokratikus társadalomban azonban akkor is jelentős figyelmet kell fordítani a közösségbe való bevonásukra – arra, hogy képesek legyenek az egészségük és az életük feletti kontroll megszerzésére –, ha az több idővel, energiával, költséggel is jár, és ha az eredmények rövid távon kevésbé látványosak.

A KÖZÖSSÉGI SZÍNTEREKRŐL ÁLTALÁBAN

A közösségi szintér az egészségfejlesztés fontos *célterülete* és egyúttal kiemelkedő jelentőségű *szereplője*. Ha valóban a népesség egészségi állapotának javítása a célunk, akkor erőfeszítéseink hatékonysága szempontjából különösen fontos az, hogy ennek megfelelően közelítsük meg, illetve támogassuk.

Mi a közösségi szintér?

Nyilvánvaló dolog, hogy az egészségfejlesztés nem absztrakt, elvont tudomány. Ennek a tevékenységnek célcsoportjai, célszemélyei mindig konkrét (általában szinterekhez kötődő) élethelyzetekben lévő valóságos individuumok, különböző lakossági csoportok.

E szinterek egy része formális, azaz valamilyen mesterségesen létrehozott szervezethez kötődik – például iskola, munkahely, hadsereg, börtön stb.

A szinterek másik része nem formális szervezeti tagságon alapul – spontán kialakult közösségekhez, esetleg szituatív csoportosulásokhoz kapcsolható. Előbbire példa egy lakóhelyi közösség (a mi utcánk, a mi lépcsőházunk, a mi falunk stb.), az utóbbira egy diszkó, egy rendezvény résztvevőinek köre.

A közösségi szintér az egészségfejlesztés célterülete

A szintér szükségképpen célterülete az egészségfejlesztésre irányuló tevékenységnek. Természetének, tulajdonságainak függvényében alakul a konkrét egészségfejlesztési tevékenység jellege, az alkalmazott eszközök megválasztása, a várható hatékonyság.

Például egy diszkrét, mint szituatív szintér közönségének befolyásolása történhet definitív normákon keresztül (tilos a dohányzás a teremben), illetve a hétköznapi normák alakításán keresztül. Az előbbire példa az, ha az adott helyen megtiltják a dohányzást, az utóbbira pedig az, hogy az ott lévők hogyan viszonyulnak hozzá, hogyan tolerálják akár a legális (cigaretta, alkohol), akár az illegális kábítószeres fogyasztását.

A közösségi szintér az egészségfejlesztés fontos szereplője

A közösségi szinterek több szempontból is szereplői az egészségi állapotot alakító folyamatnak. Néhány példa ezek közül:

- A közösségi szintereken számos sajátos, ún. hétköznapi normaképződés valósul meg. A kialakult normák a közösség, a csoport számára értelmezési keretét⁶ adják a szintéren kívülről érkező hatásoknak.

Gyakran előfordul, hogy e sajátos normák a kívülről érkező hatások érvényesülését lehetetlenné teszik. Ilyen például a nem függő kábítószer-fogyasztók, vagy a legális drogok fogyasztói esetében a befolyásolási kísérletek átértelmezése, a kognitív diszsonancia-redukció folyamatát támogató-magyarozó ideológiai gyártása.

A szintereken kialakuló normarendszer hatása természetesen lehet pozitív is.

Akár negatív, akár pozitív hatásúak ezek a normák (és a hozzájuk kapcsolódó, azokat támogató szokások), kívülről történő változtatásuk általában rendkívül nehéz – *de konzekvens, és hosszú időn keresztül érvényesülő* ráhatással megvalósítható.

- A közösségi szinterek maguk is részei a kommunikációs aktusnak, amelyen keresztül az egészségfejlesztés megvalósul. A közösségi szinterek kommunikációs szempontból való jelentőségét a következő sajátosságok adják:

⁶ Az átértelmezés kiváló példája a néhány évvel ezelőtt egy szappanopera hatására üzött „játék”, az ún. dallaszozás. A kifejezés a Dallas című filmsorozat nevéből származik. A házibulikon művelt játék lényege az volt, hogy a résztvevőknek – akik a Dallas valamelyik részét nézték – szeszessitált kellett inniuk, valahányszor a filmben is éppen ittak. Az nyerte a játékot, aki a film végére a legjózanabb maradt.

- A szintér vagy annak egyes kitüntetett helyzetű tagjai lefordítják, érthetővé, értelmezhetővé teszik a kívülről érkező közléseket.

(Példaként: az egészségfejlesztéssel kapcsolatos kommunikáció sajnálatos módon a leggyakrabban annyira általános üzeneteket használ – pl. táplálkozzunk egészségesen –, amelyek értelmezhetetlenek. Szinte kizárólag a kognitív (ismereti) szférát célozza, az affektív (érzelmi) elemeket oly mértékben nélkülözi, hogy az egyéni magatartás motivációs mezejében nem generál változásokat. A szinterek egy része – ha a kialakult normákkal az összeegyeztethető – képes pótolni a szakszerűtlen kommunikáció hiányosságait.)

- Gyakori, hogy adott közléssel (befolyásolási kísérlettel) kapcsolatban csak a szintér valamely tagja tekinthető hiteles, autentikus kommunikátornak.

(Példaként: A Fact Intézet a fiatalok körében végzett, a kábítószer-fogyasztással kapcsolatos vizsgálata kimutatta a felnőtt társadalom által a kérdésben illetékesnek tartott szervezetek szinte teljes hiteltelenségét e körben. Ugyanakkor felhívtuk a figyelmet arra, hogy a csoportokon belül, illetve érintettségük miatt léteznek más, a csoport tagjai által autentikus kommunikátorként kezelt ágensek.) (Tistyán-Füzesi, 2000, 2002).

- Leggyakrabban e szintereken belül alakulnak ki és gyakorolhatóak be azok a magatartásmodellek, amelyek (az egészségfejlesztés esetében) a kívánt befolyásolás érvényesüléséhez elengedhetetlenül szükségesek.

(Példaként: ugyancsak a Fact Intézet által megvalósított akciókutatás, vagyis társadalmi kísérlet eredményei bizonyították, hogy még olyan elvont kérdésekben is, mint a környezet védelme, kialakítható a személyes érintettség érzése, azaz bevihető a kommunikációs folyamatba az affektív elem, illetve kiváltható a cselekvésre irányuló késztetés, amely - ha megvalósítható magatartásmodelleket is kínálunk – aktivitásban teljesedik ki. (Füzesi és munkatársai, 1996, 1998, 1999)

• Az egyes szinterek további jelentőségét az adja, hogy nagy létszámú társadalmi csoportok csak egyes speciális szintereken érhetőek el.

E tekintetben nem csupán a gazdaságosság szempontját tartjuk fontosnak kiemelni, de azt a kommunikációs környezetet is, amely néhány csoport esetében a hatékonyság érdekében fontos tényező. Példaként az iskolarendszert, a hadsereget említhetjük, amelyek olyan szinterek, ahol az érintettek esetében a „kortárs csoport-effektus” különösen lényeges elem, vagy a börtönöket, ahol egy specifikus szubkultúra tagjai érhetőek el.

• A hatékony egészségfejlesztés csak a partnerség elve alapján képzelhető el. Szándékai, akarata ellenére senkinek sem „fejleszthető” az egészsége. Ebből következik, hogy az az egészségfejlesztés eredményes és hatékony, amely az individuumokat, közösségeket partnereként kezeli. A partnerek száma azon-

ban olyan nagy, hogy a színterek bevonása, közreműködése nélkül nem valósítható meg a partnerség elve.

- A közösségi színterek az egészségfejlesztés, mint folyamat finanszírozhatóságának letéteményesei lehetnek, amennyiben:

- rossz hatékonyságú, esetleg hatástalan egészségfejlesztési tevékenységre felesleges költeni (lásd korábbi megállapításainkat a hatékony kommunikáció feltételeiről);

- a színterek, mint az egészségfejlesztési tevékenység szereplői közreműködésükkel a folyamatba való „pótlólagos tőkebevonást” eredményeznek.

Gondoljuk meg, hány ember dolgozik ingyen vagy minimális térítés ellenében úgy, hogy munkája gyakorota eredményesebb, mint a jóval drágább specialistáké. A közösségek aktivitásának kiváltása a problémák megoldásában, valamint az újabbak keletkezésének megelőzésében további erőforrásokat takarít meg.

A TÁMOGATÓ TÁRSADALMI HÁTTÉR SZÜKSÉGESSÉGÉRŐL

A közösségi színterek bevonásával folyó, a bennük rejlő lehetőségeket is kiaknázó egészségfejlesztés megkívánja a támogató társadalmi háttér kialakítását.⁷

Ebből a célból a kormánynak át kell tekintenie a jogalkotással, illetve jogalkalmazással kapcsolatos tevékenységét, és azt a szükséges mértékben módosítani, valamint a támogató társadalmi háttér kialakulását egyéb módon is segítenie kell.

Támogató társadalmi háttér hiányában a közösségi színterekre támaszkodó egészségfejlesztés eredménytelen marad. A támogató társadalmi háttér kifejezés komplex környezetet jelent, melynek kialakításában a kormánynak és végrehajtó intézményeinek jelentős feladatai és lehetőségei vannak. Az ilyen jellegű, támogató társadalmi környezet kialakítása – mint régóta hangoztatott óhaj – megkívánja az egészség kérdésének ágazatközi megközelítését. Tehát az egészség nem értelmezhető az egészségügyi tárca kizárólagos kompetenciájaként.

A támogató társadalmi háttér kialakításának legkönnyebben alkalmazható eszköze a jogalkotás, illetve a jogalkalmazás befolyásolása. Például az egészség-

⁷ A támogató társadalmi háttér – az itt most nem tárgyalt – támogató értékeket is magában foglalja, amelyekkel együtt várható az életmódban is tükröződő hatás. (Meleg, 1998, 1991)

ségfejlesztést preferáló adó- vagy más jogszabályok megalkotása során „csak” az egyes tárcák, egyéb hatóságok, mint szervezetek érdekeit kell összehangolni.

A támogató társadalmi háttér kialakulását más módon elősegíteni már lényegesen nehezebb feladat, mivel a társadalmi lét olyan területein kell cselekedni, amelyek jogalkotással nehezen vagy egyáltalán nem befolyásolhatók.

Konkrét példán keresztül illusztrálva az eddig leírtakat:

A természeti és épített környezet állapota többszörösen is fontos eleme az egészségfejlesztésre irányuló erőfeszítéseknek. Azonban aktívan a környezet védelmével szinte kizárólag a civil szféra, azon belül pedig a zöldek foglalkoznak.

Az általános társadalmi környezetet tekintve megállapítható, hogy a környezet nincs jelen olyan értékként, amelynek védelme mozgósító erejű lenne a közösségi szinterek számára.⁸

Társadalmi célú kommunikációs kampányokkal – amennyiben azok kellően hosszú ideig tartanak – ezt a helyzetet meg lehet változtatni. Ilyen kampányok indítása azonban erre vonatkozó kormányzati szándékot feltételez.

A jogi környezet sem minősíthető jelenleg támogató irányultságúnak. A meglévő jogszabályok vagy deklaratív jellegűek, vagy a megengedő jogalkalmazás teszi hatástalanná az egyébként megfelelő jogi szabályozást. A jogalkotási tevékenység hiányosságai, a jogalkalmazásban mutatkozó diszfunkciók pedig azt sugallják, hogy nem kell a kérdést komolyan venni, hisz az állam, a kormányzat sem teszi azt.

A KÖZÖSSÉGI SZÍNTEREKRE IRÁNYULÓ PROGRAMOK ÁLTALÁNOSÍTHATÓ MODELLJE

E fejezetben egy olyan elméletileg megalapozott és a gyakorlatban kipróbált program modelljének bemutatására törekszünk, amely bármely közösségi szinten megvalósítható, természetesen a helyi szükségletekhez kialakított formában.

⁸ Ennek részben ellentmond az a tapasztalatunk, hogy a Soros Alapítvány által támogatott „Települési egészségterv” programban a települések lakóinak egyik legfontosabb motivációja a közös cselekvésre a települési környezet rendbetétele, szépítése volt (ez azonban még nem azonos a környezet védelmével!).

Ez a program korábban „Települési egészségterv”⁹ néven vált ismertté hazánkban több száz település és közösség körében. Érdeklődő önkormányzatok, civil szervezetek, intézmények, ÁNTSZ-ek ismerkedtek meg vele. Tanítjuk már a posztgraduális képzésben is, mégpedig a Debreceni Egyetem Népegészségügyi Iskolájában, valamint a Budapesti Közgazdasági és Államigazgatási Egyetem Államigazgatási Karán. Az utóbbi intézményben a graduális oktatásban is szerepel. A program eredeti elnevezése sok félreértésre adott okot. Sokan az egészségügyi ellátás (ellátásszervezés) programjának gondolták, így annak megvalósítását is az egészségügyi szakértők hatáskörébe utalták. E buktatók elkerülésére a továbbiakban a programot „**Közösségi szintér program**” elnevezéssel illetjük¹⁰.

MI A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉR PROGRAM LÉNYEGE?

A közösségi szintér program olyan stratégiai terv és cselekvési program, amelynek célja egy adott településhez, iskolához, munkahelyhez vagy bármely más közösséghez (szintérhez) tartozó emberek egészségi állapotának javítása az élet minőségét befolyásoló tényezők változtatásán keresztül.

Amiben ez a program az eddigiektől különbözik

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

⁹ Az egészségtervek készítésének ötlete az ENSZ Egészségügyi Világszervezetétől származik. Európában elsősorban a nagyvárosokban készültek és készülnek egészségtervek. A magyar városok közül elsőként 1995-ben Pécssett, a Fact Alapítvány által kidolgozott módszerre támaszkodva kezdődött meg egészségkép és egészségterv készítése, majd e kezdeményezést több város is követte. (A városok egészségtervének elkészítéséhez az OEP Kockázatkezelői Kuratóriumok Titkársága nyújtott támogatást.) 1997-től – az esélyegyenlőség biztosítása érdekében – a Soros Alapítvány tette lehetővé a modell kistélepüléseken való alkalmazását, és lehetőséget adott annak megisme-

A közösségi szintér programok általános célja

A program kidolgozói abból a tényből indultak ki, hogy életminőségünk, egészségi állapotunk döntő mértékben meghatározza életkilátásainkat, jövőnket, egyéni, családi és közösségi szinten egyaránt. E programok reális célja, hogy megvalósításukkal változások kezdődnek meg az autonóm módon szerveződő, korlátozott forrásokkal rendelkező közösségekben. Nem ígérheti tehát a program, hogy megvédi az embereket a betegségektől vagy a haláltól, de a jobb egészségi állapot, a jobb életminőség elérése megvalósítható.

A közösségi szintér programok konkrét céljai

- Javuljon egy adott közösségben élő emberek életminősége és egészségi állapota.
- A programok tervezése és megvalósítása során olyan gyakorlat alakuljon ki, amely:
 - a közösség tagjainak a folyamatba való bevonását, a beleszólás és az aktív közreműködés lehetőségét biztosítja;
 - felszámolja a korábbi paternalista gyakorlat maradványait;
 - erősíti az egyének, közösségek autonómiáját, önbizalmát, egyúttal felelősségérzetét is.
- A közösség szellemi és anyagi erőforrásainak bevonásával növelje a problémák belátható időn belül történő megoldásának esélyeit.
- Az életminőség és az egészség, mint rendezőelv segítségével építse a közösséget.

résére, valamint megvalósítására mindazoknak, akik nyitottak voltak egy új típusú gondolkodásra és cselekvésre. A kezdeményezés azóta szinte mozgalommá szélesedett. Ma már Magyarországon is egyre többször találkozhatunk olyan összetett programokkal, amelyeket egészségterveknek neveznek.

A települési egészségterv programról lásd még a IV. számú mellékletet.

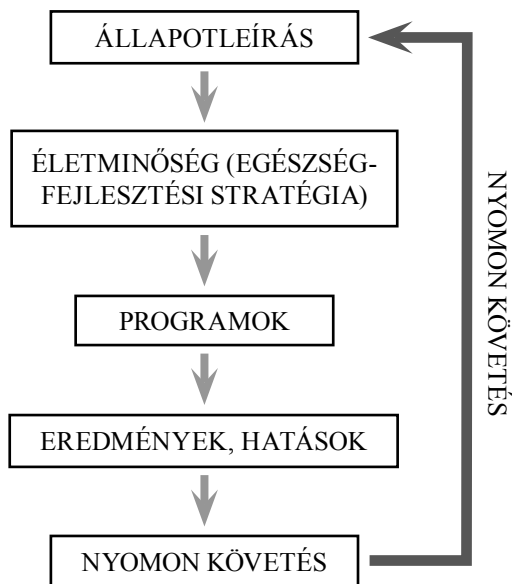
¹⁰ A program elnevezése természetesen nem kulcsfontosságú kérdés. Minden közösség oly módon nevezi el programját, ahogy az a számára a legmegfelelőbb, az abban megvalósítani kívántakat a legjobb módon közvetíti.

HOGYAN ÉPÜL FEL A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉR PROGRAM?

A közösségi szintér program összetett, a település lakossága, az iskola, a munkahely stb. közössége életminőségének, életfeltételeinek javítását szolgáló terv. Elkészítésében, illetve megvalósításában az érintettek – a lakosság, a tanulók, a pedagógusok, a munkavállalók, a munkaadók, a nem állami és civil szervezetek, a helyi önkormányzat, illetve más hatóságok, az egészségügy, az oktatási intézmények, a szakszervezetek – egyenrangú félként vesznek részt. Ez a gyakorlat nem csupán demokratikus, hanem a jelenlegi társadalmi-gazdasági körülmények között a hatékonyságot és a fenntarthatóságot egyedül biztosító eljárás.

A közösségi szintér program tehát nem egy hatóság vagy néhány ember elképzeléseit tükröző feladatterv, hanem *az adott közösséghez tartozók közös akaratát összegző cselekvési program*, amelynek közvetlen és közvetett célja az életminőség, ezen keresztül az egészségi állapot javítása. A közösségi szintér program más megközelítésben egy *új közösségi problémakezelési módszer*, amely az érintettek aktív részvételére épít.

A közösségi szintér program és elkészítésének folyamata



A közösségi szintér program készítésére vonatkozó elvek leírásakor egy ideális modellt alkotunk meg. A konkrét szintér programok elkészítése során tekintettel kell lennünk az anyagi és emberi erőforrásokra. Ezekre a korlátokra és a megoldandó problémák súlyára figyelve kell a vázolt modelltől eltérni.

A közösségi szintér program technikai értelemben nem statikus programtervezet, hanem folyamat.

A folyamat

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

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

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

A közösségi szintér program készítése egész folyamatának, de különösen a cselekvési terv megvalósításának kulcseleme a nyilvánosság. A közösségi szintér mögött nem áll (nem állhat) olyan hatóság, amely az abban foglaltak megvalósulását kikényszerítheti. Ennek hiányában az elképzeléseket „el kell adnunk”, el kell fogadtatnunk azokkal, akik tevékenységük során megvalósítják az ajánlott célokat.

A cselekvési terv javaslatainak megvalósulása (azaz a programok sikeressége, hatékonysága) módosítja az állapotleírásban jellemzetteket. Az életfeltételekben, életminőségben bekövetkező változásokat, és az ebből következő eredményeket, következményeket figyelemmel kell kísérni. Ezt a célt valósítja meg a közösségi szintér program egész folyamatának elemzése, nyomon követése. Az elemzés eredményeire alapozva szükségessé válik finomítani az állapotleíráson, amelynek hatásait a stratégiában és a cselekvési tervben megfogalma-

zott célkitűzések módosításával érvényesíteni kell. A közösségi szintér program készítésének folyamata tehát ismét újraindul.

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

A közösségi szintér program tartalmi és technikai oldalai

Az alábbiakban – a pontosabb értelmezés érdekében – a közösségi szintér programok tartalmi és technikai oldalait vesszük számba.

<i>TARTALMI OLDALRÓL</i>	<i>TECHNIKAI OLDALRÓL</i>
1. Az életminőség oldaláról közelíti az egészséget. Azt nemcsak mint fizikai egészséget vizsgálja és javítja, hanem egy egészséges közösség kialakításán keresztül a közösséghez tartozók életminőségét is.	1. Komplex megközelítést alkalmaz. A közösségi szintér program kiterjed mindazokra a tényezőkre, amelyek hatással vannak az egészségi állapot alakulására. Így olyanokkal is foglalkozik tehát, amely a hagyományos egészségügyi megközelítés szemléletébe nem fér bele (a közlekedési lehetőségektől a személyes biztonságéig). Míg az életminőség javításában mindenki részt vehet (állampolgárok, gyerekek, munkavállalók, hatóságok, politikusok), ha csak az egészségügyi ellátásról van szó, abban alapvetően egy szakmai csoport tudása, érdekei a meghatározóak.
2. A valós szükségletek feltárásán alapul és arra dolgoz ki cselekvési programot. A programok kidolgozásánál figyelembe veszi, hogy az ajánlott cselekvések az adott közösség keretein belül, helyi erőforrásokból is megvalósíthatóak legyenek.	2. Standardizált módszereket dolgoz ki az életminőség szükségletek mérésére. E módszerekkel a nyomon követés rendszeressé és összehasonlíthatóvá válik.

<p>3. Önkéntes követésen alapul. A közösségi szintér program céljai csak akkor valósulnak meg, ha a benne megfogalmazott elveket az állampolgárok éppúgy, mint azok a hatóságok, amelyek az életviszonyokat, életfeltételeket nagymértékben alakítják, önkéntesen, nem külső kényszer hatására követik. Az önkéntes követésből ered a „mindenki partner” elv. Senki nem tárgya a tevékenységnek, hanem egyenrangú felek tevékenysége zajlik.</p>	<p>3. Ajánlásokat fogalmaz meg, és követhető (megvalósítható) életmódmódelleket kínál a közösség tagjai, illetve döntéshozói számára. A közösségi szintér program megvalósításának eszköze a meggyőzés.</p>
<p>4. A közösségi szintér programot el kell fogadtatni, népszerűvé kell tenni. Ennek a kulcseleme a nyilvánosság.</p>	<p>4. A közösségi szintér program kialakításához, illetve megvalósításához vezető folyamat minden lépése a nyilvánosság előtt, közösségi részvétellel zajlik. A helyzetelemzés (vagyis a problémák feltérképezése), a cselekvési terv (vagyis a javaslatok megfogalmazása) a nyilvánosság előtt, a nyilvánosság bevonásával történik. Ez garancia arra, hogy a helyzetelemzés azokra a problémákra koncentráljon, amelyeket a közösség tagjai valóban annak tartanak, illetve olyan aktivitásokat kínáljon megvalósításra, amelyeket a közösség tagjai is reálisnak tartanak.</p>
<p>5. A közösségi szintér program nem statikus terv, hanem folyamat.</p>	<p>5. Folyamatos elemzés alapján történik a szükséges korrekciók megvalósítása.</p>

Első lépés: az állapotleírás

Az állapotleírás az adott település lakossága, az iskola, a munkahely közössége egészségi állapotának, az adott szintérre jellemző életfeltételeknek, életminőségnek a leírása, a valóság metszete egy konkrét időpontban. Mivel egy adott szintérre jellemző „valóság” bonyolult, sokrétű, így a leíráshoz különböző dimenziókat kell választanunk. Olyan dimenziókat, amelyek az életfeltételeknek, az életminőségnek a legjellemzőbb, és a szintérhez tartozók egészségi állapota szempontjából legfontosabb sajátosságait képes megjeleníteni. Első megközelítésben kézenfekvőnek tűnik a Statisztikai Hivatalok, illetve a hatóságok meglévő adatait segítségül hívni a választott dimenziók leírásához, végső soron az állapotleírás elkészítéséhez.

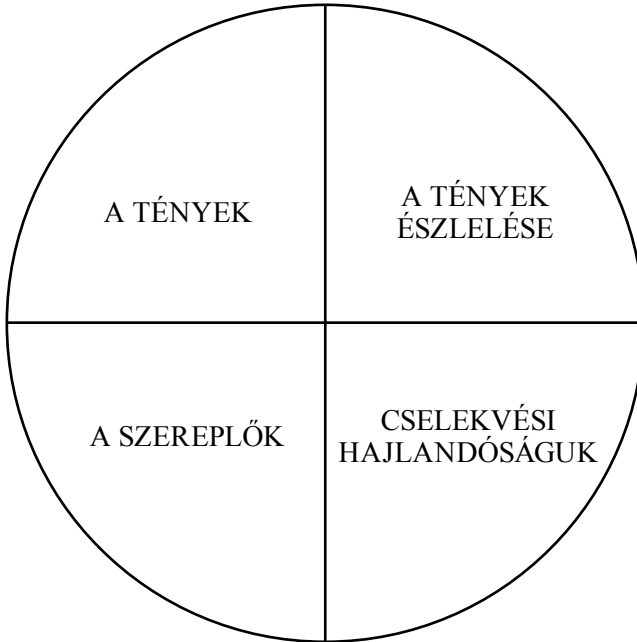
E döntés meghozatala előtt célszerű azonban néhány megfontolást figyelembe venni. Mi a célja a helyzetelemzésnek? Az adott állapot, helyzet leírása azért történik, hogy az állapot kialakításában részes, annak következményeit viselő szereplőket cselekvésre készítsük. (Szereplőknek vagy aktoroknak nevezzük a közösségi szintér megvalósításában részes lakosságot, a lakosság különböző csoportjait, a civil szervezeteket, az iskola pedagógusait, diákjait, a szülőket, a munkavállalókat, a munkaadókat, a helyi önkormányzatot, a politikusokat, a döntéshozókat, a hatóságokat, az érdekvédelmi szervezeteket stb.). Ebből következik, hogy nem elegendő magára az állapotra vonatkozó jellemző információkat összegyűjtenünk, szükség van a szereplőkre, az érintettekre vonatkozó információkra is.

A szereplőkre hat az a társadalmi-gazdasági és természeti környezet, amelyben élnek. E hatás nemcsak annak megítélésére vonatkozik, hogy ez a társadalmi-gazdasági és természeti környezet milyen, hanem arra is, hogy a konkrét személy (vagy csoport) miként ítéli meg saját hatásait, lehetőségeit e komplex értelemben felfogott környezet alakításában. Az állapotleírás során az egyes szereplők elképzeléseiről, cselekvési lehetőségeiről, valamint a változtatás fontosságának megítéléséről éppúgy ismereteket kell szereznünk, mint az adott szintér életét leíró adatokról.

E megfontolásokat követően tekintsük át, milyen tartalmi részeket kell beépítenünk az állapotleírásba ahhoz, hogy az elegendő információval szolgáljon a közösségi szintér program későbbi fázisainak a megvalósításához.

Az állapotleírás részei, egyes moduljai

Az állapotleírás részei



Az állapotleírás első része a közösségi szintér valóságának, a tényeknek a leírása a legfontosabb jellemzők mentén (hogy melyek a legfontosabb jellemzők, az mindig az adott körülményektől függ). Nyilvánvalóan részei e leírásnak az érintett népesség, az iskolai és munkahelyi közösség demográfiai jellemzői, a megbetegedési, a halálozási adatok, a természeti és épített környezet, a civil és az érdekvédelmi szervezetek, az infrastruktúra, ezen belül az egészségügyi ellátás helyzete, az emberi kapcsolatok minősége, azaz az adott szinterre jellemző minden lényeges kérdés. Ennek a résznek a valóságról adott képe alkalmas arra, hogy a megoldandó problémák egyfajta fontossági sorrendje fogalmazódjék meg.

Az állapotleírás második része arról szól, hogy az egyes szereplők hogyan érzélik a körülöttük lévő világot, a körülményeket, amelyek között élnek. Azt a világot, amit mi az előző részben igyekeztünk feltárni. Az egyes szintereken élő, tanuló, dolgozó különböző iskolai végzettségű, foglalkozású, eltérő érdek-

érvényesítési képességgel rendelkező társadalmi csoportok az adott színteret jellemző tényeket eltérő módon érzékelhetik, illetve értelmezhetik. Ennek megfelelően a megoldandó problémák számos rangsora létezhet. Például egy településen az egészségügyi ellátás problémái erőteljesen érintik a beteg, elsősorban az idősebb korosztályokhoz tartozó népséget. A fiatal és egészséges korosztályok számára ugyanezek a problémák ebben a formában és ilyen szinten nem léteznek. A lakosság egy része számára tehát fontos és megoldandó, más csoportjai által nem is észlelt problémáról van szó. Az iskolában a sportolási lehetőségek, az iskolaudvar nagysága és felszereltsége is inkább a diákok számára jelent fontos szükségletet, míg a pedagógusoknak (kivéve a testnevelő tanárokat) esetleg csak másodlagos problémaként jelenik meg.

A szereplők különböző csoportjainak véleménye egy-egy tényről a megoldandó problémák *szubjektív rangsorait* adja meg. E szubjektív rangsorok ismerete nélkül nem lehet a szereplők egyes csoportjainak közreműködésére eredménnyel számítani. Hangsúlyozzuk, hogy a szereplőkön nemcsak a lakosságot, a diákokat, a pedagógusokat, a munkaadókat, munkavállalókat értjük, hanem mindenkit, akinek szerepe van a közösségi szintér program kidolgozásában és megvalósításában: azaz a politikusokat, a szakértőket, az egészségügyieket, az önkormányzati dolgozókat, az egyház képviselőit, az adott szintér életében jelentős szerepet játszó más személyeket és szervezeteket, például a vállalkozókat, minisztériumokat, hatóságokat, gazdasági kamarákat. Az ő ismereteik, hiedelmeik és beállítódásaik is meghatározóak abban, hogyan alakul az adott szintérhez tartozó emberek egészségi állapota. Ezen ismeretek, hiedelmek, beállítódások alapján meghozott döntések (és megvalósított napi gyakorlat) hosszú időre meghatározhatják a szintérhez tartozók életfeltételeit.

Az állapotleírás harmadik része a szereplők leírását tartalmazza. Az állapotleírásban konkrétan meg kell határozni azokat a cselekvőket, akik a színteret, annak tényeit alakítják. Kikre számíthatunk biztosan, kikre nem, és kik azok akik meggyőzhetők. Milyen lépésekkel tudjuk őket bevonni a közös tevékenységbe, milyen módon tudjuk felkelteni az érdeklődésüket. Nem elegendő, ha ebben a körben csak a helyi politikai-gazdasági, hatósági cselekvőkre gondolunk. Hiszen a lakosság, a diákok, a munkavállalók életmódját jellemző egyes szokások komoly következményekkel járhatnak a szintérre nézve.

A negyedik rész szorosan kapcsolódik az előzőhöz. Nem elegendő feltérképezni a szereplőket, azt is szükséges tudnunk, számíthatunk-e az aktivitásukra, ki tudjuk-e váltani azt. A tényleges, és nem csupán deklarált aktivitás érdekében mintákat kell mutatni azok számára, akik érdekeltek, motiváltak a változtatásra, a cselekvésre. E ponton szükséges azonosítani az ellenérdekű szereplőket

is. Fel kell tární, miben és kiknek sértheti a program az érdekeiket, és konszenzusra kell velük jutni, hogy mindenki azt érezhesse, ezzel a programmal valamilyen módon tényleg nyert. A modellek kidolgozása, megvalósíthatóságuk ki próbálása szintén a közösségi szintér program feladata.

Technikai értelemben nem készíthető *egy konkrét állapotleírás*. Annak számos változatát kell előállítani ahhoz, hogy az összegzett tényeket eljuttathassuk azok számára, akik az adott tények mellett el- és felismerik a mögöttes probléma létét. Másst kell összeállítani a politikusok, másst a település orvosai, pedagógusai vagy éppen a lakosság egyes csoportjai, az iskola diákjai, tanárai, a szülők, a munkahelyi menedzsmnt és a munkavállalók számára. Ezek a csoportok mind más sajátosságokkal, más használt nyelvezettel, más problémákkal rendelkeznek. Vagyis minden célcsoport számára másként, más tartalmi elemeket hangsúlyozva kell közvetíteni az összegyűjtött tényeket.

A technológia

Az állapotleírás összeállítása a következő módszerekkel történhet:

Az állapotleírás elkészítése során számos adatgyűjtési, illetve elemzési technikát alkalmazhatunk. Sok, az állapotleírás összeállításához szükséges információ többé-kevésbé használható formában rendelkezésre áll az önkormányzatoknál, a hatóságoknál, adatgyűjtésre specializálódott intézményeknél (például az ÁNTSZ-nél, a Környezetvédelemi Felügyelőségeken, a KSH-ban). Ebben az esetben a meglévő adatok másodelemzése a célravezető módszer.

Komoly adatforrásként tekinthetünk a színtereken felhalmozódott iratanyag- ra. E dokumentumok elemzésével olyan tények ismeretéhez jutunk, amelyekkel maga a dokumentumgazda hatóság sem rendelkezik (például önkormányzati határozatok, rendeletek, ülésekről készült jegyzőkönyvek, iskolai jelentések, évkönyvek, háziiorvosi, foglalkozás-egészségügyi, iskolaorvosi dokumentumok, üzemi bejárások jegyzőkönyveinek tanulmányozása).

Az alkalmazott módszerek harmadik csoportja a közvetlen információgyűjtés (kérdőívekkel, illetve interjúkkal vagy csak egyszerű beszélgetések keretében). E módszerek teszik lehetővé, hogy a szereplők elképzeléseiről, arról, hogy a körülöttük lévő valóságból számukra melyek a hangsúlyos dolgok, illetve cselekvési hajlandóságukról információkat szerezhessünk.

Második lépés: a cselekvési terv

A cselekvési terv az állapotleírás tényeire épül. Közmegegyezés alapján fogalmazza meg azokat a teendőket, amelyek ahhoz szükségesek, hogy a szinterekhez tartozók (lakosság, diákok, pedagógusok, munkavállalók és munkaadók) egészségi állapota kedvezőbbé váljon. Az egészség megőrzésében és javításában érdekelt és érintett társadalmi csoportok számára tartalmaz ajánlásokat.

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

- céljai pontosan megfogalmazhatók, és az adott szintér közösségének hatáskörében kezelhetők;
- hatása már rövid, illetve középtávon érezhető, eredményessége mérhető;
- megvalósítására reális lehetőség kínálkozik a helyi döntéshozók befolyásolásán, valamint pénzügyi források biztosításán keresztül;
- lehetőséget biztosít az ajánlott modellek megvalósításának kipróbálására.

Ebben a fázisban számos módszert kell alkalmazni. A meglévő, már működő modellek, az egyetértés (konszenzus) alapján megfogalmazódó problémák összegyűjtésén keresztül, különböző társadalmi kiscsoportok (szülők, háziasszonyok, kertbarátok, környezetépítők, diákcsoportok, sportklubok, kulturális közösségek) működtetéséig sok minden elképzelhető.

Fontos, hogy az ajánlott modellek folyamatosan kipróbálhatók legyenek, és csatlakozási lehetőséget biztosítsunk azok számára, akik egy település, iskola, munkahely problémáinak megoldásában részt kívánnak venni. A cselekvési tervnek meg kell teremtenie az elkötelezettséget és a tényleges részvétel lehetőségét is a szereplők számára.

Nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy a cselekvési programoknak reálisnak, az adott közösség szükségleteire épülőnek kell lenniük. Az importált, a közösség érdektelenségével találkozó programok – legyenek azok bármilyen látványosak – megvalósíthatatlanok.¹¹

¹¹ Lehet, hogy az adott településen például a munkanélküliség a legfontosabb probléma, s ennek megoldására a közösségi erőforrások nem elegendők. Az értelmes tevékenység végzésének feltételei azonban megteremthetők azok számára, akik ettől a közösség értékes tagjának tekintik magukat, visszakapják önbecsülésüket. A cselekvési programoknak tehát lehet, hogy először erről kell szólniuk (a forrásokat erre kell megteremteni), s csak később a tankonyhára, a dohányzásról leszoktató klubra, az egészségnevelő előadásokra stb. koncentrálni. Ezt a döntést minden közösségnek magának kell meghoznia.

Harmadik lépés: a közösségi szintér program kommunikációs tevékenysége

A közösségi szintér program megvalósítása szempontjából a nyilvánosságnak kiemelkedő jelentősége van. A kommunikációs fázis célja, hogy lehetővé váljék a közösségi szintér programban megfogalmazottak részletes és teljes körű megismerése, illetve a folyamatos kommunikáció hatására megváltozzon az egyéni motivációk, a választható magatartásmoდეllek köre. A kommunikáció nem egyirányú folyamat, és nem csupán a lakosságot, az iskolában tanuló diákokat, a munkavállalókat, hanem a politikusokat, a döntéshozókat, a szakértőket, a pedagógusokat, a szülőket, a munkaadókat is megcélozza. A kommunikációs fázis a közösségi szintér program egyik legnehezebben megvalósítható fázisa. Minden olyan lehetőséget ki kell használnunk, amelynek segítségével elérhetjük az érintetteket (kiadvány, szórólap, falugyűlés, szülői értekezlet, tantesületi ülés, munkahelyi összejövetelek, helyi média stb.). Fontos, hogy a program állandón jelen legyen a közösség életében.

A nyilvánosságnak azonban nemcsak informáló, hanem jutalmazó szerepe is van a közösségi szintér programokban. A nyilvánosságon keresztül tudjuk a helyi közösséggel megismertetni (s ezáltal akár jutalmazni is) azokat, akik munkájukkal tettek valamit a közösségért.

HOGYAN KÉSZÍTSÜK EL A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉR PROGRAMOT?

Az állapotleírás

Amint azt a közösségi szintér program koncepciójának leírásakor láttuk, a program készítésének első fázisa az állapotleírás: az életfeltételeket meghatározó, az életminőséget alakító tényezők leírása.

Az állapotleírás célja, hogy minél pontosabban jellemezhessük színterünk, közösségünk jelenlegi helyzetét, meghatározhassuk azt a pontot, amelyhez képest a változásokat szeretnénk elérni. Az állapotleírás voltaképpen arra a kérdésre ad választ, hogy „hol állunk most?”. Ehhez a ponthoz képest alakíthatjuk ki terveinket, és tűzhetjük ki azt, hogy hová szeretnénk eljutni.

Hogyan fogjunk hozzá az állapotleírás elkészítéséhez?

Elsőként el kell döntenünk, kik készítik el az állapotleírást. Ez a feladat nem egyszemélyes munka. Meg kell tervezni, kik vesznek részt az elkészítésében, milyen részfeladatokkal bizzuk meg őket, és milyen határidővel kell a munkát elvégezniük.

Lehetőségeinkre figyelemmel el kell döntenünk azt is, melyek azok az adatforrások, amelyeket használni fogunk a jelenlegi helyzet leírása során, és ezek az adatok milyen tartalmú állapotleírás elkészítését teszik számunkra lehetővé.

Végezetül, már a munka megkezdésekor meg kell határoznunk, melyek azok a célcsoportok, amelyeket az állapotleírásban összegyűjtött tények megismertetésén keresztül mozgósítani kívánunk. Az állapotleírás, úgy, mint a közösségi szintér program, az adott közösség számára készül. Olyan állapotleírást kell készíteni, amely a szintér szereplői számára is érthető, olvasható módon mutatja be a helyzetet. Olyan állapotleírást, amely alkalmas arra, hogy a szintérhez, a közösséghez tartozókat a jelenlegi helyzet megváltoztatására készítse. Keveset ér az olyan állapotleírás, amelyet a készítőkön kívül csupán néhányan ismernek, értenek.

Mit, milyen fejezeteket tartalmaz egy állapotleírás?

Az állapotleírás tartalma színterenként, közösségekként eltérő lehet – mivel függ a megszerezhető adatok jellegétől, a rendelkezésre álló szakemberek, közreműködők képzettségétől és sok mástól. Az állapotleírásnak vannak azonban olyan fejezetei, amelyek elkészítése mindenképpen ajánlott – ezek a fejezetek az adott szintér jellemzését szolgálják.

Az alábbiakban színterenként teszünk kísérletet arra, hogy – a teljesség igénye nélkül – felsoroljuk, mit kell tartalmaznia az állapotleírásnak. Az egyes szinterek esetében az állapotleírás dimenziói nagymértékben hasonlóak egymáshoz.

A **települések esetén** az állapotleírásnak a következő információkat célszerű tartalmaznia:

- A település helyzete, múltja, jelene, várható fejlődése a tágabb környezetben (kiszéregyében, megyében stb.) vizsgálva, illetve a település lakóinak viszonya a településhez (miért szeretnek és miért nem szeretnek itt élni);

- a település demográfiai jellemzése (lakosság száma, kor, nem, életkori csoportok szerinti összetétele). Ezeket a jellemzőket, hogy a változás tendenciái jól láthatóak legyenek, célszerű hosszabb távon áttekinteni. Például azt, hogy miként alakult a lakosság száma, összetétele évekre visszamenőleg. Ezek az adatok minden településről rendelkezésre állnak.
- A születésekre, halálozásokra, el- és beköltözésre vonatkozó adatok, ezek egyenlegei;
- a település helyzete a kommunális szolgáltatásokat jellemző adatokon keresztül szemlélve (például a lakóházak száma, esetleg az évenként felépülő új házak száma, a vezetékes vízellátásba, gázellátásba bekötött lakások száma illetve aránya, a szennyvízcsatornával ellátott lakások aránya, a hulladékgyűjtés helyzete stb.).
- A lakosság egészségi állapotának jellemzése. Ide tartoznak például a megbetegedésre, a halálozásra, az orvoshoz fordulásra vonatkozó adatok, azok jellegzetességei.
- A lakosság életmódjának jellemzése. Ide tartoznak például a káros szenvedélyek (dohányzás, alkohol, esetleg kábítószer-fogyasztás) elterjedtségéről szóló adatok, illetve az egészséges életmódot támogató szokásokra vonatkozó megállapítások (szabadidős sportok, a táplálkozási szokásokra vonatkozó ismeretek stb.).
- A mentálhigiénés helyzet jellemzése. Ide tartoznak például az idős korosztály problémái (magány, kiszolgáltatottságból adódó depresszió, önérvényesítési képesség csökkenése), a hátrányos helyzetű gyerekek (szociális nehézségek, született idegrendszeri károsodások, pszichés zavarok), a szociálisan nehéz helyzetben lévő családok nehézségei (betegség, gyerekeiket egyedül nevelő szülők, munkanélküliek), az öngyilkosság, alkoholfogyasztás problémája.
- Az életkörülmények jellemzése. Ide tartoznak például a lakásviszonyokat jellemző adatok (laksűrűség, szobaszám, komfortfokozat stb.), az ellátásra vonatkozó adatok (boltok száma, jellege, mozi stb.).
- A szociális, gazdasági feltételek, körülmények jellemzése. Ide tartoznak például a közoktatás, a foglalkoztatás, a jövedelem, a bűnözés, a kulturális szolgáltatások témái, valamint a munkalehetőségekre, az ingázás sajátosságaira vonatkozó adatok is.
- A természetes és épített környezet állapotának jellemzése. Ide tartoznak például a természetes környezet állapotát leíró adatok (levegő- és vízminőség, környezeti zaj, a szennyezések forrásai stb.). Az épített környezet állapotát mutatják be a település egyes területei közötti különbségek, például a rossz állapotú környékek leírása.
- A társadalmi egyenlőtlenségek jellemzése. Ide tartoznak például az etnikai kisebbségekre vonatkozó adatok, a szociális segélyben, közgyógyellátásban,

munkanélküli-ellátásban stb. részesülők, a szegények, a segítséggel (pl. fogyatékkal) élők körülményeinek ismertetése.

- Az infrastruktúra jellemzése. Ide tartoznak például a település megközelelhetőségét (szilárd burkolatú úttest, vasúti összeköttetés, rendszeres buszjáratok), a telefonellátottságot, a helyi kommunikációs lehetőségeket (rendszeresen megjelenő nyomtatott kiadvány, települési kábeltelevízió) leíró adatok.
- Az egészségügyi ellátás intézményeinek jellemzése. Ide tartoznak például az ellátást nyújtó szolgáltatók és a kapacitás leírása (orvosok, védőnők száma, rendelők jellemzése, a szakellátás hozzáférhetősége stb.).
- Része lehet az állapotleírásnak a település problémáival kapcsolatos lakossági vélemények elemzése is (például falgugyülések, fogadóórák tapasztalatainak összegzése, esetleg a település megoldandó problémáira vonatkozó felmérés eredményeinek elemzése stb.).
- A helyi segítő hálózat feltérképezése és jellemzése. Ide tartoznak a problémák és feladatok megoldásában részt vevő professzionális segítők (házi-orvos, védőnő, óvónő, pedagógus stb.), a civil segítők (a sport, a kultúra, a hitélet területéről stb.), támogatási szándékot mutató más személyek, alapítványok, vállalkozók, illetve a település által elérhető külső erőforrások (támogatást adni tudó szakmai csoportok, intézmények stb.).

Az **iskolák esetében** az állapotleírásnak célszerű tartalmaznia¹²:

- Az iskola tanulóinak, tanárainak és egyéb személyzetének demográfiai jellemzése (kor, nem, életkori csoportok szerinti összetétel). Ezeket a jellemzőket – hogy a változás tendenciái jól láthatóak legyenek – célszerű hosszabb távon áttekinteni. Például miként alakult a diákok száma, nemi és szülői státusz szerinti összetétele, a pedagógusok száma, szakképzettsége, fluktuációja, a tanulók, a pedagógusok és a technikai személyzet aránya, a főfoglalkozásban, részmunkaidőben, óraadóként foglalkoztatott pedagógusok száma – mindez évekre visszamenőleg.
- Az iskola épületének fizikai állapota (építés és felújítások éve, a gépészeti szerkezetek állapota: víz- és szennyvízvezeték, elektromos hálózat, korszerű hulladékgyűjtés stb.).
- A diákok és a pedagógusok (egyéb dolgozók) egészségi állapotának jellemzése. Ide tartoznak például az iskolai hiányzást, illetve táppénzes állományt okozó megbetegedésre, korlátozottságokkal együtt járó állapo-

¹² Az iskolai egészségfejlesztési programokhoz ajánlható az Oktatási Minisztérium honlapján található „Segédlet. Az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez” című hasznos összeállítás is. (Szerk: Simonyi I., 2004.)

tokra, fogyatékoságokra, iskolai balesetekre, az iskolaorvoshoz fordulásra vonatkozó adatok, azok jellegzetességei.

- A diákok, tanárok (egyéb dolgozók) életmódjának jellemzése. Ide tartoznak például a káros szenvedélyek (dohányzás, alkohol, kábítószer) elterjedtségére vonatkozó adatok, illetve az egészséges életmódot támogató szokásokra vonatkozó ismeretek (szabadidős sportok, táplálkozási szokásokra vonatkozó ismeretek stb.). Speciális problémát jelenthet az iskolába való bejárás, ingázás - akár diákokról, akár pedagógusokról van szó -, amelyek az életmódra is hatással lehetnek.
- A mentálhigiénés helyzet jellemzése. Ide tartoznak például a diákok szorongással, stresszel kapcsolatos nehézségei a teljesítménycentrikus iskolai környezetben, a családi problémák iskolában való megjelenései, elszigetelődés a diáktársaktól, a barátok hiánya, a jövőtől való félelem, a bizonytalanság, a konfliktusok a pedagógusokkal stb. Szinte ugyanezek fogalmazhatók meg a pedagógusok lelki egészségét veszélyeztető tényezőkre vonatkozóan is, kiegészítve a megélhetési problémákkal, a szakmai kompetenciára vonatkozó megfelelésségekkel, a családi és hivatásbeli szerepek összeegyeztetéséből adódó konfliktusokkal.

A veszélyeztetett, hátrányos helyzetű gyerekek (csonka családok, deviáns szülők, munkanélküli eltartók, önálló lakással nem rendelkező családok gyerekei) külön problémát jelentenek, akár a gyerekek iskolai karrierjének, akár a pedagógusok sajátos nehézségeinek szempontjából közelítjük meg a problémák kezelését.

Speciális – de figyelmen kívül nem hagyható – kérdéskör a szülőkkel való kapcsolattartás, együttműködés, esetleg konfliktusok például a pedagógusokkal vagy az iskolavezetéssel.

- Az oktatási feltételek jellemzése. Ide tartoznak például az iskolai oktatás feltételeit jellemző viszonyok leírásai (például tantermek száma, megfelelő felszereltsége, megközelíthetősége, komfortossága, tornaterem, sportpályák, iskolai udvar léte, nagysága, a kiszolgáló helyiségek korszerűsége, mint a mosdók, öltözők, ebédlő, büfé) és annak megítélése, hogy megfelelő-e a tanulói létszámhoz, valamint az iskolai szakmai munka zavartalan végzéséhez.
- A természetes és épített környezet állapotának jellemzése. Ide tartoznak például a természetes környezet állapotát jellemző adatok (az iskola elhelyezkedése a településen, a levegő- és vízminőség, környezeti zaj, a szennyezések forrásai stb.). Az épített környezet állapotát jellemzi például az iskolán kívüli, de a közvetlen környezetben elhelyezkedő épületek, területek leírása (üzemek, ipartelepek, forgalmi csomópontok, szlamosodott területek stb.).

- A társadalmi egyenlőtlenségek jellemzése. Ide tartoznak például a hátrányos helyzetű tanulókra vonatkozó adatok (az adatvédelemre vonatkozó törvényi előírások betartása mellett), a tanulók eltérő társadalmi háttéréből (különbségek a mindennapi fogyasztásban, a szórakozási lehetőségekben, szabadidős tevékenységekben) adódó konfliktusai. A támogatásra szoruló tanulók száma a közétkeztetésben, a tankönyvvásárlásban stb. Az egyenlőtlenségek a pedagógusok és az iskola egyéb dolgozói esetében is megjelenhetnek (pályakezdők, sokgyerekesek, gyermeküket egyedül nevelők stb.).
- Az infrastruktúra jellemzése. Ide tartoznak például az iskola megközelíthetőségét (tömegközlekedéssel, autóval, kerékpárral), a balesetveszélyes források feltárását, a telefonellátottságot, a helyi kommunikációs lehetőségeket (rendszeresen megjelenő iskolaújság, belső televíziós rendszer, az internet széles körű hozzáférhetősége) leíró adatok.
- Az iskola-egészségügyi ellátás jellemzése. Ide tartoznak például az iskolaorvosra, az iskola védőnőjére, esetleg iskolapszichológusra, egyéb tanácsadó szolgáltatásokra, a rendelések hozzáférhetőségére, a rendelő felszereltségére vonatkozó adatok.
- Része lehet az állapotleírásnak az iskola problémáival kapcsolatos diák-, tanár- és szülői vélemények elemzése is (például diákparlamentek, tantesületi megbeszélések, szülői értekezletek és fogadóórák tapasztalatainak összegzése, esetleg az iskola megoldandó problémáira vonatkozó felmérés eredményeinek elemzése stb.).
- A helyi segítő hálózat feltérképezése és jellemzése. Ide tartoznak a problémák és feladatok megoldásában részt vevő professzionális segítők (iskolaorvos, védőnő, iskolapszichológus, szociális munkás, önkormányzati képviselő, illetve az oktatásért felelős önkormányzati munkatárs), a civil segítők (a sport, a kultúra, a hitélet területéről, elsősorban az aktív szülők közreműködésének eredményeként), támogatási szándékot mutató egyéb személyek, az iskolában végzett korábbi tanítványok, az iskolát támogató alapítványok, vállalkozók, illetve az iskola által elérhető egyéb külső erőforrások (támogatást adni tudó szakmai csoportok, intézmények, amelyek növelik az iskola érdekérvényesítő képességét).

A **munkahelyek esetében** az állapotleírásnak célszerű tartalmaznia:

- A munkahelyen dolgozók demográfiai jellemzése (dolgozók száma, kora, neme, életkori csoportok, iskolai végzettség, szakképzettség szerinti összetétel). Ezeket a jellemzőket – hogy a változás tendenciái jól láthatóak legyenek – célszerű hosszabb távon áttekinteni (például: miként alakult a dolgozók száma, összetétele évekre visszamenőleg).

- A munkahelyi fluktuációra vonatkozó adatok (mind a munkavállalókra, mind a menedzsmentre vonatkozóan).
- A munkahelyet biztosító épület (épületek, telephelyek) fizikai állapota (építés és felújítások éve, a gépészeti szerkezetek korszerűsége: víz- és szennyvízvezeték, elektromos hálózat, korszerű hulladékgyűjtés és -kezelés stb.).
- A dolgozók egészségi állapotának jellemzése. Ide tartoznak például az akut és krónikus megbetegedésre, a foglalkozási és a foglalkozással összefüggő betegségekre, a munkahelyi balesetekre, a megváltozott munkaképességűekre, a rehabilitáltakra, az idő előtti halálózásra, az orvoshoz fordulásra vonatkozó adatok, azok jellegzetességei. Fontos emellett a munkahelyi kockázatok, veszélyek, a munkabiztonsággal összefüggő kérdések feltárása is.
- A dolgozók életmódjának jellemzése. Ide tartoznak például a káros szenvedélyek elterjedtségére (dohányzás, alkohol, esetleg kábítószer-fogyasztás) vonatkozó adatok, illetve az egészséges életmódot támogató szokásokra vonatkozó megállapítások (szabadidős sportok, a táplálkozási szokásokra vonatkozó ismeretek stb.).
- A mentálhigiénés helyzet jellemzése. Ide tartoznak például a munkavállalással, a foglalkoztatás bizonytalanságával (a munkanélküliségtől való félelemmel), az előmeneteli lehetőségekkel, a bérhelyzettel, a teljesítménnyel, a vezetéssel (tulajdonossal) kapcsolatos problémák éppúgy, mint a képzetlen, illetve alulképzett dolgozóknak a kiszolgáltatottságukból adódó féltremlék, az önérvényesítési képesség hiánya, a családi és munkahelyi szerepek összeegyeztethetőségének konfliktusai.
- A munkakörülmények jellemzése. Ide tartoznak például a munkavégzés feltételeit bemutató adatok (például üzemcsarnokok, irodák száma, megfelelő felszereltsége, a munkahely megközelíthetősége, komfortossága, valamint a munkaidő hossza, a túlmunka végzésének gyakorisága, a munkaszervezésből, az ingázásból adódó problémák).
- Szociális, gazdasági feltételek, körülmények jellemzése. Ide tartozik például a kiszolgáló helyiségek korszerűsége, mint a mosdók, öltözők, ebédlő, büfé, a szabadidős aktivitást, illetve rekreációt lehetővé tevő tornaterem, sportpályák, zöldterület megléte, nagysága, a szociális munkahelyi háló működése (váratlan életesemények bekövetkezésekor), egyéb szociális intézmények léte, illetve – a munkahely révén – hozzáférhetősége (bölcsőde, óvoda, üdülő stb.).
- A természetes és épített környezet állapotának jellemzése. Ide tartoznak például a munkahely természetes környezeti állapotát jellemző adatok (levegő- és vízminőség, környezeti zaj, a szennyezők forrásai stb.), de az is, hogy az adott munkahely mennyiben járul hozzá a környezeti állapot minőségének befolyásolásához (a munkahely által kibocsátott zaj, víz- és le-

vegőszennyezés következtében előállott környezeti károk, azok hatása az ott élő lakosság egészségére). Az épített környezet minősége ugyanilyen jelentőséggel bír (a munkahely elhelyezkedése a településen belül, ipari parkban, leromlott településrészen stb.).

- A társadalmi egyenlőtlenségek jellemzése. Ide tartoznak például a munkavégzés szempontjából hátrányos helyzetben lévők, a képzettségükből, egészségi állapotukból, alacsony bérviszonyaikból, családi helyzetükből adódóan sérülékeny csoportok, akik egyidejűleg többféle hátránnyal küzdenek, és a munkanélküliség által is veszélyeztetettek.
- Az infrastruktúra jellemzése. Ide tartoznak például a munkahely megközelíthetőségét (rendszeres, illetve a munkaidőhöz igazodó buszjáratok), a telefonellátottságot, a helyi kommunikációs, informálódási lehetőségeket (például rendszeresen megjelenő belső üzemi kiadvány, vállalati lap stb.) leíró adatok.
- Az egészségügyi ellátás intézményeinek jellemzése. Ide tartozik például az egészségügyi és sürgősségi ellátást nyújtó foglalkozás-egészségügyi szolgálat és kapacitás leírása (orvos, ápolónők száma, rendelők jellemzése, a rendelési idő megfelelősége, a szakellátás hozzáférhetősége).
- Része lehet az állapotleírásnak a munkahely problémáival kapcsolatos munkavállalói vélemények elemzése is (például üzemi összejövetelek, szakszervezeti jelentések összegzése, esetleg a munkahely és a munkavállalók megoldandó problémáira vonatkozó felmérés eredményeinek elemzése, a felmondások okainak összegzése).
- A segítő hálózat feltérképezése és jellemzése. Ide tartoznak a problémák és feladatok megoldásában részt vevő professzionális segítők (mindenekelőtt a menedzsment, a foglalkozás-egészségügyi orvos, az ápolónő), a civil segítők a munkahelyen (a sporthoz, a kulturális eseményekhez), a támogatási szándékot mutató egyéb személyek, alapítványok, vállalkozók, illetve a település által elérhető külső erőforrások (pályázatok, támogatást adni tudó szakmai-foglalkozási csoportok, intézmények, lobbiszemélyek).

Adatforrások

Az állapotleírás elkészítése nagymértékben támaszkodhat meglévő adatforrásokra. Ilyenek lehetnek például:

- A KSH megyei statisztikai évkönyvei. Ezek az évkönyvek települési adatokat tartalmaznak minden közigazgatási egységről. A megyei évkönyvek-re támaszkodva a tendenciák megállapítására alkalmas időbeli visszatekintés is megvalósítható. Az időbeli változások leírására, az országos, régiós

összehasonlításokra – ahol csak lehet – törekedni kell. Ezek mutatják meg elsősorban, hol áll a településünk a többiekhez viszonyítva. Az iskolákra, munkahelyekre vonatkozóan is találunk statisztikai adatokat, ha nem is olyan mélységben, mint a településekre. E szinterek esetében is fontos azonban, hogy az oktatási, illetve a gazdasági környezetben el tudjuk magunkat helyezni.

- Fontos adatforrások állnak rendelkezésre az önkormányzatoknál, a kamaráknál, a munkaügyi központokban, a különböző hatóságoknál, egészségügyi szolgáltatóknál, az érdekvédelmi szervezeteknél is. Ezek használatához azonban arra van szükség, hogy az egyes adatokat – ha lehetséges – összefüggésükben vizsgáljuk, illetve ne hivatalnok szemmel olvassuk.
- Kiváló adatokhoz juthatunk a falugyűlések, közmeghallgatások, iskolai és munkahelyi megbeszélések jegyzőkönyveinek tanulmányozása során, de nagyon fontos hozadéka van számunkra még az egyes szintereken élőkkel, tanulókkal, dolgozókkal való beszélgetésnek is.

Az állapotleírás elkészítéséhez az I. és II. számú melléklet további ötletet adhat.

Mi lesz a sorsa az állapotleírásnak?

Az állapotleírást meg kell ismertetni az adott szintérhez tartozókkal, azaz az érdekelttekkel. Ennek legegyszerűbb (egyúttal az azonnali visszacsatolás lehetőségét is biztosító) módja, ha közösségi összefüggéseket (például falugyűlést, tantestületi ülést, diáknapot, munkahelyi megbeszélést) szervezünk. Itt megismertethetjük a résztvevőkkel az állapotleírás megállapításait, megbeszélhetjük a megoldandó problémák fontosságát, sorrendjét, illetve megoldásuk módját.

Az állapotleírás ilyen jellegű megvitatása akkor hatékony, ha:

- az állapotleírás részletes bemutatását megelőzően kihasználjuk a nyilvánosság azon fórumait, amelyek rendelkezésünkre állnak (például a helyi kábeltelevízió, helyi kiadványok, iskolaújság, belső vállalati lap, intranet, a legegyszerűbb esetben pedig a polgármesteri hivatalban, az iskolai, munkahelyi faliújságokon kifüggesztett tablók);
- a problémák megbeszélését (rangsorolását), illetve a megoldási javaslatokat illetően felkészültek vagyunk (és vannak - szükség esetén - felvethető előzetes javaslataink). Fontos azonban, hogy ne „diktáljunk” a közösség tagjainak, mert ezzel kedvét szeghetjük mindenféle közösségi aktivitásnak.

Az állapotleírás megbeszélése tehát feltételezi, hogy már előzetesen rendelkezzenek egy vázlatos közösségi szintér programmal (vagyis a problémák megoldására vonatkozó tervvel) azok, akik a program készítését, megvalósítását menedzselik. A közösségi szintér program azonban egyetértési alapon, közös döntési folyamat eredményeként jöjjön létre.

A CSELEKVÉSI PROGRAM

Milyen legyen a közösségi szinterek cselekvési programja?

Olyan, amely azoknak a problémáknak a megoldására fogalmaz meg javaslatokat, amelyek a közösség legtöbb tagját érintik, amelynek megoldását a legtöbben kívánják, és amelyek megoldásában a legtöbben hajlandóak közreműködni az érintettek közül.

Az első közös akcióknak mindenképpen sikeresnek kell lenniük. Olyan feladatokat javasoljunk tehát, amelyek megoldása reális, bizonyítja a közösség tagjai számára a közös erőfeszítések értelmét és eredményességét. Ezt követően fogjunk hozzá a komolyabb (több anyagi és humán erőforrást igénylő) problémák megoldásához.

Hogyan készüljön a közösségi szintér program?

Az állapotleírás tényeinek elemzését követően az annak elkészítésében közreműködők állítsák össze a közösségi szintér program vázlatát.

Ezt a vázlatot az állapotleírás közösségi (az érintettekkel való) megtárgyalása során felmerült javaslatok alapján módosítanunk kell. A közösségi szintér programnak a lehető legtöbb ember egyetértésével kell találkoznia.

KULCSPROBLÉMÁK KIVÁLASZTÁSA A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉR PROGRAM ÖSSZEÁLLÍTÁSA SORÁN¹³

A közösségi szintér program állapotleírást tartalmazó részének egyik legfontosabb eredménye az életminőséget, egészségi állapotot kedvezőtlenül befolyásoló tényezők (problémák) feltárása, illetve bemutatása. A települések,

¹³ E fejezet alapjául Ivády Vilmos korábban megjelent írása szolgált (ld. Községi egészségterv. Módszertani útmutató. Soros Alapítvány, Budapest, 1998).

az iskolák, a munkahelyek és egyéb közösségek az állapotleírás során számos problémát feltárnak, amelyek megoldására a közösség életminőség- és egészségfejlesztési stratégiát dolgoz ki. A stratégia kidolgozása során az egyik legnehezebb feladat annak eldöntése, hogy a számos lehetőség közül melyik megoldására koncentráljanak.

A következő módszer segítséget nyújt ahhoz, hogy meghatározzuk stratégiánk tartalmát, és kiválasszuk a legfontosabb problémák kezelésére szolgáló cselekvési programokat.

Tételezzük fel, hogy az állapotfelmérés alapján számos, az életminőséget, az egészségi állapotot kedvezőtlenül befolyásoló probléma kerül napvilágra az adott szintéren. Mindegyik valamilyen módon fontos, de az összessel nem foglalkozhatunk a stratégia kialakítása során. Lehetnek például a településnek a környezeti elemekkel, és ehhez kapcsolódóan az infrastrukturális ellátottsággal (például gáz- vagy szennyvízvezeték), a helyi lakosság életmódjával (alkoholizmus, táplálkozás stb.), vagy az egészségügyi ellátással kapcsolatos problémái. Az iskolának problémát jelenthet a csökkenő gyerekszám, a nyelvtanárok hiánya, a gyerekek közötti növekvő társadalmi egyenlőtlenségek, vagy éppen az iskolai oktatást-nevelést nem támogató többségi szülői attitűd. A munkahelynek a bizonytalan piaci környezet mellett gondot okozhat a káros környezeti kibocsátások miatti konfliktus a települési önkormányzattal, hatóságokkal, zöld szervezetekkel, de a munkavállalók magatartása is a munkabiztonsági intézkedésekkel kapcsolatban.

Az *első lépésben* az állapotfelmérés alapján válasszunk ki kezelhető számú problémát, mondjuk a tíz nagyobb súlyút. Ezt az összes probléma fontosság szerinti sorrendbe állításával (pontozással) választhatjuk ki. A fontosságot az egészségi állapotra, az életminőségre gyakorolt becsült hatás alapján határozzuk meg.

A *második lépésben* a tíz kiválasztott legfontosabb problémát rangsoroljuk aszerint, hogy kezelésükhöz, megoldásukhoz a helyi település, illetve önkormányzat, az iskola, a munkahely, azaz az adott közösségi szintér szintjén mennyire adott a szükséges kompetencia. Kompetencia alatt elsősorban a probléma kezeléséhez szükséges jogszabályi lehetőségeket, a szakembereket és a szaktudást értjük. Az 1-es jelenti azt a problémát, amely kezeléséhez a kompetenciaszint a legmegfelelőbb, a 10-es a legkevésbé kezelhető problémát jelöli.

A *harmadik lépésben* a kiválasztott tíz problémát aszerint állítjuk sorrendbe, hogy a kezelésükhöz szükséges források mennyire állnak az adott szintéren rendelkezésre. A legkevésbé forrásigényes probléma kezelése 1-es, a legtöbb forrást igénylő probléma 10-es súlyt kap. A forráshelyzet megítélése, csakúgy, mint a kompetenciaszint viszonylagos. (A *tényleges* forrásigény, illetve kompetenciaszint e módszer alapján nem határozható meg.)

A *negyedik lépés* a problémák rendezését jelenti, mindkét ismérv szerint. Ehhez az alábbi mátrixok szolgálnak segítségül:

A **település** szintjén:

10 pont	„Kompetenciaszint”	II. kis forrásigény, de helyi szinten nem vagy rosszul kezelhető problémák (pl. környezetvédelmi szabályozás, fogyasztási minták, életmód elemek befolyásolása)	IV. nagy forrásigény és a település szintjén rosszul kezelhető problémák (pl. települést elkerülő út építése, baleseti és környezeti kockázat csökkentése)
		I. kis forrásigény és a település szintjén jól kezelhető problémák (pl. egészségnevelés a védőnő, a háziorvos bevonásával)	III. helyi szinten jól kezelhető problémák, amennyiben a forrásigény megoldható (pl. foglalkoztatás, szociális gondoskodás, közműfejlesztés)
5 pont			
1 pont			
		1 pont	10 pont
		Forrásigény	

Az **iskola** szintjén:

10 pont	„Kompetenciaszint”	II. kis forrásigény, de iskolai szinten nem vagy rosszul kezelhető problémák (pl. fogyasztási minták, életmód elemek befolyásolása a diákoknál)	IV. nagy forrásigény és az iskola szintjén rosszul kezelhető problémák (pl. az iskolaépület bővítése, korszerűsítése, iskolát elkerülő út építése, s ezzel a baleseti és környezeti kockázat csökkentése)
		I. kis forrásigény és az iskola szintjén jól kezelhető problémák (pl. egészségfejlesztési tevékenység az iskolai védőnő, az iskolaorvos, a pedagógusok, a szülők és a kortárssegítők bevonásával)	III. iskolai szinten jól kezelhető problémák, amennyiben a forrásigény megoldható (pl. nyelvszakos pedagógusok foglalkoztatása, újonnan létesülő sportpályák, szabadidős aktivitást szolgáló területek, helyiségek programmal való megtöltése)
5 pont			
1 pont			
		1 pont	10 pont
		Forrásigény	

A munkahely szintjén:

10 pont	II.	IV.
	kis forrásigény, de munkahelyi szinten nem vagy rosszul kezelhető problémák (pl. környezetvédelmi szabályozás, fogyasztási minták, életmód elemek befolyásolása)	nagy forrásigény és a munkahely szintjén rosszul kezelhető problémák (pl. a munkahely kitelepítése a településtől távolabb eső területre a környezeti kibocsátások mérséklésére, a baleseti és környezeti kockázat csökkentésére)
5 pont	I.	III.
1 pont	kis forrásigény és a munkahely szintjén jól kezelhető problémák (pl. egészségfejlesztés a foglalkozás-egészségügyi szolgálat, az érdekvédelmi szervezetek, a humánpolitikai szakemberek és aktív munkavállalók bevonásával)	munkahelyi szinten jól kezelhető problémák, amennyiben a forrásigény megoldható, illetve bizonyos feltételek teljesülnek (pl. foglalkoztatás kibővítése, szociális létesítmények fenntartása, béren kívüli juttatások növelése)
	1 pont	5 pont
		10 pont
		Forrásigény

A táblázat különböző celláiba eső problémák megoldása eltérő forrás- és kompetenciaszintet igényelnek. A megvalósíthatóság szempontjából az az egészségfejlesztési stratégia ítéhető a legkedvezőbbnek, amely az I. cellába eső problémák kezelését tűzi ki célul. A III. cellába eső problémák kezelésére az adott szintérnek külső forrásokat kell keresnie. A II. cellába eső problémák kezelése egy olyan stratégia keretében lehetséges, amelyikben a megfelelő kompetenciaszintek megkeresésére esik a hangsúly, lobbitevékenységek, illetve delegálások révén (például lobbizni a kistelepüléseket jobban védő iparfejlesztés, hulladékkezelés érdekében, a lakosság egészségesebb életmódját támogató egészségesebb élelmiszerek, italok alacsonyabb forgalmi adójáért, iskolapszichológusi státuszok létesítéséért). A IV. cellába esnek azok a problémák, amelyek kezelésére az adott szintérnek a legkisebb az esélye, így ha a stratégia erre épül, biztos, hogy a megvalósíthatóság esélye minimális. Itt elképzelhető a II. és III. cellába eső problémák kezelésére javasolt stratégia kombinálása.

Összességében tehát egy olyan stratégia kidolgozása javasolt, amely az adott szintér szintjén legjobban kezelhető problémák megoldására koncentrál. A biztosan felmutatható eredmény, ha szerény is, sokkal jobb kezdet a közösségi szintér program hatékonyságának igazolására.

A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉR PROGRAMOK SZERVEZETI ERŐFORRÁSAI

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

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

A helyi társadalom főbb szereplői a közösségi szintér program szempontjából **a településeken:**

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

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

- iskolai vezetés: igazgató, helyettesek;
- az iskola dolgozói: pedagógusok, egyéb dolgozók;
- az iskola diákjai;
- a diákok szülei;
- önkormányzat, mint iskolafenntartó: polgármester, testület, hivatal, oktatási bizottság;
- az iskola életére hatással lévő intézmények, szervezetek (a helyi művelődési háztól a zenés-táncos ifjúsági szórakozóhelyekig);
- az iskolai egészségügyi ellátás, és egyéb egészségügyi szolgáltatók a településen;
- az iskolát támogató egyéni és társas vállalkozások;
- civil szerveződések: formális (bírósnál bejegyzett, jogi személyiséggel rendelkező szervezetek, például iskolai alapítványok), informális (baráti társaságok, diákszerveződések egy adott cél megvalósulására, kulturális és sportszervezetek);
- az ifjúság nevelésében részt vevő egyházi személyek, hittanoktatók;

- politikusok, az iskoláért lobbizni képes egyéb személyek.

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

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

KÖZÖSSÉGI SZÍNTEREKRE IRÁNYULÓ, TÁMOGATÁSRA ÉRDEMES PROGRAMOK

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

- az egyes életkori csoportok egészségének fejlesztésére irányulnak, és mindeközben olyan módszereket alkalmaznak, amelyek jól illeszkednek a szintér sajátosságaihoz, illetve kiaknázzák az e sajátosságokban rejlő lehetőségeket;
- maguk kezdeményezte programokkal kívánnak szűkebb-tágabb környezetükben az egészségfejlesztés érdekében tevékenykedni;
- e közösségi szintereken folyó tevékenységek közül különösen eredményesnek, modellértékűnek bizonyulnak;
- a szintérben rejlő lehetőségeket erőforrásként kezelik, és ekként hasznosítják azokat;
- olyan önfenntartó folyamatokat indítanak el, amelyek hatásai hosszú távon is, illetve külső támogatás nélkül is életképesnek bizonyulnak.

Lássuk ezeket részletesebben.

Életkori alapon szerveződő színterek

Bár ebben az írásban az *egyed-életkori csoportok* kifejezést használjuk, nem vállalkozhatunk úgynevezett prioritások meghatározására, ez tisztán politikai feladat.

Szakértőként is különösen fontosnak (és megfelelő megközelítés esetében különösen hatékonyak) tartjuk a fiatalok korcsoportjait, annál is inkább, mert e korcsoportok az iskolarendszeren keresztül jól elérhetők.

Nagyon fontosnak tartjuk azonban azoknak a közösségi színtereknek a támogatását is, amelyek nem demográfiai dimenziók mentén jellemezhetők.

Ilyenek például a hadsereg (amelyben megítélésünk szerint messze a lehetőségek alatt használták ki a színtérben rejlő lehetőséget) vagy a lakóhelyen kialakult színterek.

Az életkori alapon közelíthető színterek preferálása ugyanis önmagában nem vezethet el a kívánt eredményekhez. Hiszen a diák is csak a napja egy részét tölti az iskolában, onnan - másik színtérre váltva - hazamegy. Ha az őt érő hatások nem többszintűek és konzisztensek, az iskola, mint közösségi színtér hatásai nem érvényesülhetnek.

A színterekben lévő sajátosságok, motivációk kiaknázása

Különösen fontosnak, és költséghatékonyak tartjuk azoknak a közösségi színtereken megvalósuló, az egészségfejlesztést célzó kezdeményezéseknek a támogatását, amelyek spontán módon, nem külső kezdeményezés eredményeként fogalmazódtak meg. Ezek a törekvések ugyanis arra utalnak, hogy a színtér (a közösség) eljutott a változtatás szükségességének felismeréséig, illetve kialakult benne a cselekvéshez szükséges motiváció is.

Fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy a támogatás nem jelent feltétlenül anyagi támogatást. Tapasztalataink szerint hatékony támogató ereje van például a releváns nyilvánosság biztosításának is.

Saját kezdeményezésű programok a színtereken

Tekintettel arra, hogy a magyarázó megjegyzések között korábban már kiemeltük, most csupán egy utalás erejéig térünk vissza egy általunk különösen fontosnak tartott feltétellel: a közösségi színterek *cselekvő alanyai* az egészségfejlesztés folyamatának.

Nem lehet elégszer hangsúlyozni, hogy az egészségfejlesztés, mint tevékenység, nem uniformizálható. A szükséges differenciálásra a kormányzat a helyzetnél fogva ab ovo nem képes, így a célkitűzések konkrét élethelyzetekhez igazítása, illetve az e célok elérését eredményező, adekvát módszerek kiválasztása a közösségi szintereken valósulhat meg.

Modellértékű programok, tevékenységek

Már vannak olyan programok, amelyek nemcsak további támogatásra, de széles körű megismertetésre is érdemesek. Nem kell mindent újból kitalálni, hanem a működő modellek megismertetése révén választási lehetőséget kínálni az adott szintérhez legjobban illeszkedő program kipróbálására, annak az adott szükségletekhez igazított továbbfejlesztésére.¹⁴

A közösségi szintér, mint erőforrás

Általánosnak tekinthető tapasztalat, hogy a közösségi szintereken elérhető személyek, csoportok aktivitása megfelelő megközelítés esetén viszonylag könnyen kiváltható. Ez a fajta aktivitás erőforrást jelent, amely az egészségfejlesztést, mint tevékenységet finanszírozhatóvá teszi.

A közösségi szintér, mint fenntartható folyamat

A közösségi szintereken megvalósuló egészségfejlesztés – ha az hatékonyan történt – módosítja a szintereket jellemző normákat, új szokásokat alakít ki. Ez pedig azt jelenti, hogy a kívánt magatartásformák életképessé, szokásokká válnak, így a folyamat önfenntartó lesz.

Az eddigiekben leírtak és a saját gyakorlati tapasztalataink alapján állíthatjuk, hogy a közösségi szintereken megvalósuló egészségfejlesztési tevékenység, életmód-alakítás, életminőség-fejlesztés nem a társadalomkutatók naiv képzelgése. Spontán megvalósulásra azonban ma még – a paternalizmus továbbélése miatt – nem számíthatunk. A kormányzatnak olyan támogatási, illetve pályázati

¹⁴ Néhány évvel ezelőtt egy egészségpolitikus azzal az ötlettel állt elő, hogy a kipróbált, valóban működő programokat össze kell gyűjteni egy kötetbe, ahová az adott programmal csak szigorú szakmai és civil zsűrizést követően lehet bekerülni. Az ötlet ötlet maradt, de ez nem jelenti azt, hogy végleg le kellene mondani róla. A bemutatásnak, az érdeklődés felkeltésének természetesen nagyon sok más módja is van.

rendszer kell kidolgoznia, amely hosszú távon fenntartható¹⁵, és amely biztosítja a rendelkezésre álló erőforrások leghatékonyabb felhasználását. Mindezekhez szükséges azonban – a döntéshozói és végrehajtó hatalom egyes intézményeinek részvétele mellett – a tudás átadása is. Csak a megszerzett tudás és a már bizonyított gyakorlat adhat garanciát arra, hogy e programok szervesen épüljenek be a közösségbe, a szinterek életébe.

A KÖZÖSSÉGI SZÍNTÉR PROGRAMOKAT TÁMOGATÓ MÓDSZEREK

Az egyik legfontosabb és leghasznosabb, a közösségi szintér programokhoz legjobban kapcsolódó módszer a **közösségfejlesztés**. A közösségfejlesztéssel (elméletével és módszertanával) jelen sorozatban külön kiadvány foglalkozik. A közösségfejlesztéssel való megismerkedés akkor is rendkívül fontos, ha nem gondolkozunk közösségi szintér programokban, bár ezek szinte elválaszthatatlanok egymástól.

Mások **szervezetfejlesztési modell** segítségével értek el eredményeket iskolai közösségekben. (A program eredményeinek összefoglalóját lásd Meleg, 2002.)

Mi – egy korábbi munkánk, Pécs város egészségtervének kidolgozása során – hatékonyan alkalmaztuk az ún. konszenzus értekezletek módszerét, amelynek lényegét a III. számú mellékletben mutatjuk be.

A SZÍNTÉR PROGRAMOK EREDMÉNYESSÉGÉNEK ÉS HATÉKONYSÁGÁNAK MÉRÉSE

Az egészségfejlesztési programok monitorozásáról külön kiadványt jelentetnek meg a sorozat szerkesztői. Itt és most csak néhány általunk fontosnak tartott mérési lehetőséget mutatunk be. Fontos azonban megjegyeznünk, hogy a mérés egyáltalán nem egyszerű feladat.¹⁶

¹⁵ Kiegészítést egyedül a hosszú táv és a fenntarthatóság fontosságának – talán szükségtelen – megvilágítása céljából fűzünk e mondathoz. Magunk is számos olyan eredményesen induló programban vettünk részt, amely egy idő után támogatás hiányában megszűnt. Ilyen esetekben a programra elköltött pénz voltaképpen elveszett, feleslegesen elköltött pénzzé vált.

¹⁶ Tudatában kell például lennünk annak, hogy ha kimeneti indikátorokat vagy hatásokat mérünk, a mért változások a saját programunknak, vagy egyéb – például a szűkebb-tágabb társadalmi környezetben bekövetkező - hatásoknak tulajdonítható-e (minél hosszabb ideig tart ugyanis egy program, annál nehezebb „letisztítani róla” a programon kívüli hatásokat).

Eredmény-indikátorok

E méréssel arra kaphatunk választ, hogy a kitűzött (és mérhető) célok megvalósultak-e. Hogy elkészült-e az állapotleírás, a stratégiai program, a cselekvési terv? Hány embert sikerült bevonni az elkészítés és a megvalósítás folyamatába, hányan vettek részt a különböző rendezvényeken, azok vettek-e részt, akiket el akartunk érni, meg akartunk szólítani? Fontos, hogy ez utóbbi vizsgálata során végiggondoljuk, kik maradtak ki a programokból, s ennek milyen okai lehetnek, hogyan tudnánk legközelebb elérni őket. Történt-e ismeretbővülés (például az egészséges táplálkozás, a gyógytorna terén), megjelentek-e új tevékenységek a közösségek életében, új klubok, hagyománnyá váló programok szerveződtek-e?

Fontos, hogy a közösségi szintér programok eredményességének mérésére ne tervezzünk irreális mutatókat. Például a programok során nem mérhetünk megnyert életéveket, de életminőségre vonatkozó indikátorokat igen.

Folyamatmutatók

Arról adnak információt, vajon a kitűzött célok megvalósítása során hogyan alakultak a közösségi szintereken élők, tanulók, dolgozók kapcsolatai, közelebb kerültek-e egymáshoz, jobban megismerték-e, megértették-e egymást, alakultak-e spontán közösségek, amelyek a program befejezését követően is tovább éltek. Más szavakkal: jól érezték-e magukat együtt az emberek, megtanultak-e együtt dolgozni, a rendelkezésre álló forrásokat hatékonyan felhasználni?

A közösségi kohézió indikátorának tekinthető az, hogy a szintér program hatására összekovácsolódó közösség mennyire alkalmas más programok megvalósítására, más – a települést, az iskolát, a munkahelyet érintő – problémák megoldására.

A folyamatok megfigyelése arra is kiterjedhet, hogy az általunk alkalmazott módszereket, programokat hány más közösség (település, iskola, munkahely) vette át. Az ehhez szükséges feltétel, hogy az általunk jónak minősített programokat megismertessük másokkal, akár személyes találkozókon, akár a nyilvánosságon keresztül.

Hatékonyagszámítás

E mérés során azt vizsgáljuk, hogy a megvalósított programok (szerencsés esetben: a megoldott problémák) során mennyi külső és mennyi saját erőforrásra volt szükség? Pótolható volt-e a hiányzó anyagi erő az érintettek aktív cselek-

vésével, részvételével, és ha igen milyen arányban? A bevont pénzügyi források milyen mértékben maradtak az adott közösségi szintéren belül (a településen, az iskolában, a munkahelyen stb.) és milyen arányban gazdagítottak másokat, szintéren kívülieket. Ez utóbbira példaként hozható fel, hogy a helyzetelemzést, a stratégiai tervet és a cselekvési programokat mások - például a közösségen kívüli fizetett szakértők is - elkészíthetik. Ez a munka azonban csak egyszeri alkalomra szól, s a feladat újbóli felmerülésekor ismét a fizetett szakértőhöz kell fordulni. A közösségben ugyanis nem jön létre az a tudás, amely a folyamat finanszírozhatóvá, fenntarthatóvá teszi.

Fontos hatékonyságmérést jelent, hogy a programok mennyire fenntarthatóak, ismételhetőek. Például egy jól sikerült falunapot, munkahelyi sportnapot, iskolai kirándulást akkor is megismételnek az érintettek, ha arra a következő évben nincs hivatalos keret. Saját erőforrásaik mozgósításával, ötleteikkel, lobbitevékenységükkel teremtik majd elő az eddig kívülről várt feltételeket.

A siker sikert (és pénzt is) hoz: ma már több közösségi szintér program esetében bizonyítható, hogy az alaposan átgondolt közösségi tevékenységnek, a hosszú távú stratégiai gondolkodásnak és a közösség részvételével történő cselekvéseknek jelentős anyagi hasznai is vannak. Települések, kistérségek, régiók pályáznak eredményesen mind hazai, mind nemzetközi pályázatoknál.

MELLÉKLETEK

I. sz. melléklet

Információk és adatforrások a települési közösségi szintér program összeállításához – elsősorban a községi jogállású településekhez¹⁷

Az alábbi táblázatban szereplő összes adatfajtának nem szükséges feltétlenül szerepelnie a települési szintér program állapotleíró részében. Csak olyan adatokat érdemes figyelembe venni, amelyek helyben elérhetők és a lakosság egészségi állapotára, életminőségére közvetlenül vagy közvetetten hatást gyakorolnak. Ezeket az adatokat azonban már csak azért is hasznos összegyűjteni, mert ha az önkormányzat bármiféle cél- vagy címzett támogatást igénybe akar venni vagy pályázaton kíván indulni, az alábbi adatbázisból gyorsan lehet olyan adatokat, tényeket beépíteni a pályázatba, amelyek alátámasztják az igény jogosságát.

¹⁷ Az e rész alapjául szolgáló adatgyűjtemény a Községi egészségterv - Módszertani útmutató (Soros Alapítvány, 1998) című kiadványban jelent meg, Fehér István és Mura-Mészáros Levente összeállításában.

Téma	Adatok jellege	Adatforrások	Példa		
Demográfiai helyzet	Lakosságszám, férfi-nő arány, korfa (lakosság nem és korcsoport szerinti bontásban)	Ö n k o r m á n y z a t	Korcsoport 0-14 15-39 40-59 60-X Összesen	Férfi 21,5% 36,2% 24,8% 17,5% 100,0%	Nő 20,3% 33,3% 26,2% 20,2% 100,0%
	A születésekre, halálozásokra, el- és beköltözésre vonatkozó adatok, ezek egyenlege	Ö n k o r m á n y z a t, statisztikai hivatal			
Iskolázottság	A megfelelő korúak százalékában, a KSH 2001. évi népszámlálásának megyei kiadványa alapján	Ö n k o r m á n y z a t, könyvtár, KSH	ld. I. táblázat a melléklet végén		
Foglalkoztatottság	Gazdasági aktivitás	Ö n k o r m á n y z a t	ld. II. táblázat a melléklet végén		
	Az ingázók száma és a főbb települések felsorolása a KSH 2001. évi népszámlálásának megyei kiadványa alapján	Ö n k o r m á n y z a t, könyvtár, KSH			
Intézmények	A meglévő intézmények leírása: bölcsőde, óvoda, iskola, szociális otthon, családsegítő, művelődési ház stb.	Ö n k o r m á n y z a t	Működési kör, létszáma, igénybevevők száma, kapacitás kihasználtsága, foglalkoztattok száma		
Egészségügyi ellátórendszer	Az alapellátás, a járóbeteg-, illetve a fekvőbeteg-ellátás leírása	Ö n k o r m á n y z a t Egészségügyi alapellátás	Alapellátás: ellátottak száma praxisonként, számítógép használata, adatbázis jellege Járóbeteg- és fekvőbeteg-ellátás hozzáférhetőség		

Téma	Adatok jellege	Adatforrások	Példa
Halálozás	A halotti anyakönyvi kivonatok alapján az orvos összesítheti az utóbbi 5 évben meghaltakat, hogy a település 1000 főre számított halálozási mutatóit kiszámolhassa, amelyek az országos összehasonlításhoz igen hasznosak lehetnek.	Önkormányzat Demográfiai Évkönyv a könyvtárból	Elhaltak száma, arányuk nem és korcsoport, esetleg főbb halálók szerint 1000 főre számított mutató pl. 1993-97 között szív- és érrendszeri megbetegedésben meghaltak száma: 124 Lakosságszám: 1700 1000 főre vetítve: $1000/1700*24=72,9$
Megbetegedések	A házi orvos(ok) a kártonjaik vagy számítógépes adatbázisuk segítségével összesíthetik a település lakosait úgy, hogy a nemek szerinti és korcsoportra különbségeket ki tudják mutatni. Fontos az idő előtti, elkerülhető halálozások vizsgálata.	Egészségügyi alapellátás	Főbb betegségcsoportok a BNO főcsoportok szerint, nem és korcsoport szerinti megoszlásban; gondozottak és rokkantnyugdíjasok száma
Kockázati tényezők	A főbb kockázati tényezők elterjedtsége (dohányzás, alkohol, mozgáshiány, egészségtelen táplálkozás stb.)	Egészségügyi alapellátás	A túlsúlyosak, a dohányzók és az alkoholisták arányára becslés alapján vagy esetleg a házi orvosi adatbázisból lehet következtetni.
Veszélyeztetett kiskorúak	Számuk, problémáik leírása; túlkoros iskolások száma	Önkormányzat Gyámügy	
Szociális ellátás	Segélyezettek száma és demográfiai ismérvei; a szociális ellátás aránya a település költségvetésében	Önkormányzat	Összesítő táblák (amelyek az önkormányzatnál egyébként is rendelkezésre állnak az adatszolgáltatási kötelezettség miatt) nem, korcsoport és támogatásfajták szerint
Kisebbségek	Arányuk a településen; helyzetük rövid leírása	(Kisebbségi) önkormányzat	

Téma	Adatok jellege	Adatforrások	Példa
Humán erőforrás	A településen élő szakemberek listája, együttműködési készségük felmérése		Az egészséggel szorosan kapcsolódó foglalkozások: tanár, pék, háziorvos, szociális munkás, boltos, óvónő stb. Az elindítandó programokba bevonható szakemberek: számítógépes szövegszerkesztő, festő-mázoló, kőműves, asztalos, gazdálkodó stb.
Gazdaság	A vállalkozások listája (tevékenységi körrel)	Önkormányzat	
Környezet-szennyezés	A szennyező források és az általuk okozott károk leírása	Önkormányzat	
Lakáshelyzet	A lakások leírása az önkormányzat és a KSH Népszámlálás, valamint a KSH Megyei Évkönyvei alapján	Önkormányzat és/vagy könyvtár	A lakóházak száma, újak építése évenként, az egy szobára jutó lakók száma, komfortfokozat szerinti megoszlás
Infrastruktúra	Úthálózat, vezetékes víz, áram, csatorna, telefon	Önkormányzat	Ellátottság aránya
Kereskedelem	Boltok száma, kínálat rövid leírása		Hol, milyen rendszerességgel kaphatók az alapvető és más élelmiszerek; van-e hentes vagy a háztáji dominál stb.
Kommunikációs lehetőségek	Újság, kábeltévé, rádió		
Sportolási, mozgási lehetőségek			Tornatermek, sportpályák, tó, uszoda, kerékpárút stb.
Kulturális szolgáltatások	Művelődési ház, mozi, könyvtár		Férőhely, kapacitás-kihasználtság, szolgáltatások jellege
Közösségi megmozdulások	Az olyan rendszeres összejövetelek listája, amely a közösségi szintér program programjainak szempontjából fontosak lehetnek.		Bálok, sportnapok, nyílt iskolai napok

Téma	Adatok jellege	Adatforrások	Példa
Bűnözés	Főbb bűncselekmény-csoportok elterjedtsége	Rendőrség	Főként a testi épséget, a közrendet veszélyeztető
Közlekedési balesetek		Rendőrség	

I. táblázat A népesség iskolai végzettség és nemek szerint (%-ban)

Korcsoport és végzettség	A falu adatai		Magyar falvak* 1500-1999 lakossal	
	Férfi	Nő	Férfi	Nő
10-x évesek közül 0 osztályt végzett				
15-x évesek közül legalább 8 osztályt végzett				
18-x évesek közül legalább középiskolát végzett				
25-x évesek közül felsőfokú isk.-t végzett				

II. táblázat A népesség gazdasági aktivitás és nemek szerint (%-ban)

	A falu adatai			Magyar falvak* 1500-1999 lakossal		
	Együtt	Férfiak	Nők	Együtt	Férfiak	Nők
Aktív keresők						
Inaktív keresők						
Eltartottak						
Munkanélküliek						
Összesen:	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

*A KSH 2001. évi népszámlálás országos összesítő kiadványából lehet a település lakosságszámának megfelelő hasonló adatokat keresni.

II. sz. melléklet

Lehetséges mutatók a települési egészségtervekhez - elsősorban a városok állapotleírásához¹⁸

Az alábbiakban vázolt indikátorok javaslatok a települések állapotleírásának elkészítéséhez, az egészségfejlesztési stratégia kidolgozásához, a cselekvési tervek megvalósításának előkészítéséhez.

A.) Egészségmutatók

1. Halandóság (standardizált halandósági mutatók)
2. Okspecifikus halandóság
3. Kissúlyú újszülöttek

B.) Az egészségügyi ellátás mutatói

1. A városban működő önszegélyező csoportok listájának hozzáférhetősége
2. A városban működő önszegélyező csoportok támogató programjának hozzáférhetősége
3. A városi egészségnevelési programok hozzáférhetősége
4. A védőoltásokkal ellátott gyermekek aránya 6 éves korban
5. Az egy házi orvosra jutó lakosság száma
6. Az egy nővérré jutó lakosság aránya (minden ellátást beleértve)
7. Az egészségbiztosításban részesülő népesség aránya
8. A sürgősségi ügyeletet 30 percen belül gépkocsival elérő népesség aránya
9. Az egészségügyi alapellátás idegen nyelven való hozzáférhetősége
10. Az egészséggel kapcsolatos információk hozzáférhetősége, kommunikációja (média, hírlevél, egyéb csatornák)
11. Az önkormányzat által tárgyalt egészségi kérdések száma évenként

C.) Környezeti mutatók

1. Levegőminőség
2. Az ivóvíz mikrobiológiai minősége
3. Az ivóvíz kémiai minősége
4. A teljes szennyvízmennyiségből kivont vízszenyező anyagok aránya

¹⁸ A mutatók összeállításához használt források: Healthy Cities Indicators. Analysis of data from across Europe (Ed. P. Webster and C. Price). South East Institute of Public Health WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1996.; Urban Sustainability Indicators (Voula Mega and Join Pedersen). European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1998.

5. A szilárd háztartási hulladékgyűjtés minőségi mutatója (az ömlesztettől a teljes szelektív gyűjtésig)
6. A háztartási hulladékkezelés minőségi mutatója (az ömlesztett felhalmozástól a teljes visszaforgatásig)
7. A lakosság által észlelt szennyezések mutatói (zaj, szag, piszok)
8. Az egy lakosra jutó napi ivóvízfogyasztás
9. A város teljes területéhez viszonyított zöldterületek aránya
10. Az egy lakosra jutó nyilvános (hozzáférhető) zöldterületek aránya
11. A város teljes területéhez viszonyított elhagyott ipari területek aránya
12. Sport és szabadidő (létesítmények száma, hozzáférhetőség stb.)
13. Sétálóutcaik száma, aránya
14. Kerékpárutak
15. Tömegközlekedés (1000 lakosra jutó ülőhelyek száma tömegközlekedési eszközökön)
16. Tömegközlekedés által érintett városi területek
17. A lakószobák száma lakosonként
18. Komfort és higiénia (fürdőszoba nélküli lakások száma)
19. A sürgősségi szolgálatok (tűzoltóság és más sürgősségi szolgálatok elérhetősége)

D.) Társadalmi-gazdasági mutatók

1. Népsűrűség városrészenként
2. Komfort nélküli lakások aránya
3. Hajléktalanok becsült száma
4. Munkanélküliek aránya
5. Egészségi okok miatt munkát végezni nem tudók aránya (munkanapokban)
6. Az országos szegénységi küszöb alatt élő családok száma
7. A városban munkahelyet teremtő legfontosabb 10 gazdasági ágazat
8. Az egyszemélyes háztartások aránya
9. Az egyszülős családok aránya
10. Az iskolakötelezettséget teljesítő fiatalok aránya
11. Az analfabéták (funkcionális analfabéták) becsült aránya
12. Az egészségi és szociális akciókra fordított helyi költségvetés és aránya a teljes költségvetéshez
13. Bűnözési mutatók
14. Sürgősségi hívásra alkalmas felszereléssel ellátott lakóhelyek aránya idősek számára
15. Sürgősségi hívások fő okai (rendőrség, tűzoltóság, mentők, egyéb segítő szervezetek)

16. Napközbeni vagy más ellátásra váró gyerekek aránya (bölcsőde, óvoda, napközi, krízishelyzet stb.)
17. Az először szülő nők átlagéletkora
18. Az abortuszok aránya az összes születések számához viszonyítva
19. A rendőrség által ellenőrzött 18 éven aluli gyerekek aránya
20. A 18-65 éves foglalkoztatott fogyatékosok aránya

Más figyelembe vehető mutatók

Például ha a fenntartható fejlődést vesszük alapul:

1. Környezetbarát közlekedés
 - gyaloglók
 - kerékpárt
 - tömegközlekedést
 - autót használók aránya
2. Zavaró, kellemetlen tényezők
 - zaj
 - szagok
 - vizuális szennyezés (például elhanyagolt területek ipari, társadalmi szennyezése)
3. Társadalmi igazságosság
 - szegénység
 - munkanélküliség
 - fogyatékosok
 - kirekesztés

(hozzáférésük az oktatáshoz, egészségügyi ellátáshoz, szabadidős lehetőségekhez, információkhoz, a munkához)

4. Társadalmi részvétel indikátor
 - a döntéshozatali folyamatokban
 - az életminőség javításában

(mérőszám: a választásokon résztvevők aránya, illetve a környezeti, egészségügyi, kulturális stb. csoportokban aktívan résztvevők aránya)

Javasolt adatbázisok:

- a Központi Statisztikai Hivatal évkönyvei és egyéb kiadványai
- a Központi Statisztikai Hivatal honlapja (www.ksh.hu)
- a megyei és városi ÁNTSZ-ek dokumentumai (jelentések, honlapok, adatbázisok)
- a települési önkormányzatok/községi ülések előterjesztései, kiadott és nem publikált dokumentumai, feldolgozott vagy nyers adatai
- a civil szervezetek dokumentumai, adatgyűjtései

- a különböző intézmények adatai, dokumentumai

Javasolt honlapok:

www.who.dk

A honlapon az Egészséges városokról (Healthy Cities) és a futó programokról található hasznos információk.

www.sfact.com

A honlapon a Pécs város egészségtervéhez készült állapotleírás található.

www.soros.hu és www.kkapcsolat.hu

A honlapokon a települési egészségtervekkel kapcsolatos írások (módszertani útmutató, hírlevelek, települések egészségtervei stb.) találhatóak meg.

www.oefi.hu

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet honlapján nemcsak számos fontos aktuális információ (pl. pályázat) található, hanem a kiadványok és az előadások is jelentős segítséget nyújtanak a közösségi szintér programok összeállításához.

III. sz. melléklet

A konszenzusértekezletek módszeréről

Talán nem felesleges a gyakran használt konszenzus szó jelentését felidézni. A szó alapjelentése *egyetértés*. Konszenzus esetén azonban nem kell feltétlenül mindenkinek mindenben egyetértenie. Már a közös cél és a közös munka elfogadása is fontos eredmény. A többi menet közben kialakul. A résztvevők véleményének, ötleteinek, elképzeléseinek nyílt megfogalmazása már önmagában is hozzájárul a csoport kreatív és hatékony munkájához. Az induló javaslatokat párbeszéd során a csoport addig alakítja, csiszolja, amíg azokat mindenki el nem fogadja. A konszenzus célja tehát olyan döntések megfogalmazása, amelyeket minden résztvevő elfogadhatónak tart.

A konszenzus elérése nem könnyű folyamat. Soha nincs olyan konszenzus, amellyel maradéktalanul mindenki egyetért – de nincs konszenzus kompromisszumok nélkül.

Miért alkalmazzuk ezt a nem éppen egyszerű módszert?

- Mert a résztvevők valóban partnerek a javaslatok megfogalmazásában, a döntések kialakításában. (Már a részvétel vállalása eredmény.)
- Mert mindenki elkötelezetté válik. Ez még akkor is így van, ha van aki a konszenzus egy-egy részletével nem ért egyet.

- Mert a konszenzus elérése során csökken a konfrontáció, s egyre határozottabbá válik a kooperáció. („Odafigyelnek arra, amit én mondok, ezért én is figyelek másokra”).
- Mert a konszenzus erőteljes legitimációs bázis – a végeredmény egyetérté- sen alapul, azt már semmibe venni, elhanyagolni aligha lehet.
- Mert a konszenzus elérése az egyetlen lehetőség azokban az esetekben, ahol az életviszonyok a jog eszközeivel nem szabályozhatók.
- Mert a konszenzus – mivel szükségképpen az érintettek nyilvánossága előtt alakul ki – garancia a döntés megvalósulásához.

A konszenzuson alapuló döntéshozatal egy módszer. Nem egyedüli és üdvö- zítő, de mi kipróbáltuk, és másoknak is ajánljuk. A konszenzus-értekezletek témája különböző lehet, mégis mindegyiknek van egy közös sajátossága szá- munkra: a beleszólás, a cselekvés lehetősége, azaz a demokrácia gyakorlása.

A Pécs város egészségtervének előkészítéséhez megtartott konszenzusérte- kezetek a következő technológiát alkalmazták:

- a probléma kiválasztása;
- a konszenzusértekezlet anyagának előkészítése (pro- és kontra vitaindító készítése);
- az érdekelt és ellenérdekelt felek meghívása;
- az értekezlet lebonyolítása;
- végeredményként a konszenzusnyilatkozat megfogalmazása.

A konszenzusnyilatkozatok megfogalmazásakor fontos szempont volt, hogy:

- a probléma megoldásában helyi szinten rendelkezünk kompetenciával;
- relatíve kis forrásigénye legyen;
- hatása rövid, illetve középtávon érezhető, eredményessége mérhető legyen;
- a megfogalmazott célok illeszkedjenek a stratégiához;
- modellértékű legyen más települések számára is.

IV. sz. melléklet

Egy sikeres programról: Település - Közösség - Életminőség A Települési egészségterv programról

A közösségi szintér programok e kötetben leírt modelljének alapjául az a program szolgál, amelyet a Fact Alapítvány dolgozott ki, és amelynek megvalósulását Települési egészségterv néven a Soros Alapítvány támogatta. A Soros Alapítvány következetes támogatása, valamint a helyzetükön változtatni akaró települések közreműködése nélkül nem lett volna módunk bizonyítani a program működőképességét és fenntarthatóságát.

A program ideája jelen kötetben már szerepel, ezért azt a mellékletben nem ismételjük meg. Azok számára, akik a programmal, a program tapasztalataival – akár a települések szintjéig – kívánnak megismerkedni, az irodalomban megjelölt írásokat, valamint a következő honlapokat ajánljuk:

www.soros.hu

www.kkapcsolat.hu

A program néhány fontos jellemzője¹⁹

Egy programból – legyen az bármilyen gondosan is előkészített – ritkán lesz társadalmi mozgalom. A Települési egészségterv programmal ez történt.

Ismerünk-e ma Magyarországon olyan programot:

- amelynek felhívására majd 700 település képviselői kerekedtek fel, hogy részt vegyenek a pályázatot megelőző felkészítő tréningeken?
- amelynek hatására 537 település lakói (intézmények vezetői, civil szervezetek, aktív lakosok) készítették el a településüket jellemző, az ott élők életminőségét befolyásoló tényezők komplex leírását, tervezték meg rövid és hosszú távú stratégiai programjaikat, s ezek megvalósítására konkrét cselekvési programokat is indítottak?
- amelyben a támogató Soros Alapítvány – 6 pályázati forduló során – 238 településnek adott pénzügyi támogatást (is) terveik megvalósításához?
- amelynek befejezését követően – immár a Soros Alapítvány nélkül – tovább szerveződnek a kistérségi, térségi konferenciák?
- amelyben a települések minden – a Soros Alapítvány által adott – forinthez (önkéntes munkában, természetbeni juttatásként, konkrét pénzben stb.) másfélszer annyit tettek hozzá?

¹⁹ Részlet a „Tény/Soros II. A Soros Alapítvány második évtizede 1995-2004“ c. kötetből. Magvető Kiadó, Bp. 2004 (megjelenés alatt).

- amelynek tapasztalatai (és az elkészített egészségkép, stratégia, cselekvési tervek) alapján további pályázatok, együttműködési tervek születtek, s amelyet az – egészségterv által elősegített – helyi autonómia és önbizalom növekedése tett lehetővé?
- és nem utolsósorban, amelyet sikeressége alapján az egészségügyi kormányzat is folytathatónak ítelt?

A pályázó települések – szűkös lehetőségeik pótlására, kiegészítésére, jó ötleteik megvalósítására – pénzügyi támogatást kerestek a Soros Alapítványnál. E mellett (sokszor e helyett) ismereteket, tudást, fejlesztett képességeket, begyakorolt készségeket, jártasságokat, összességében önbecsülést és a helyi demokrácia működtetésének ismeretét kapták azok, akik megértették a program üzenetét és vállalták, ami a megvalósításával járt.

„Hálót adunk, s nem halat”

Új szemlélet és szokatlan gyakorlat a pályázató részéről

A program vezetői arra törekedtek, hogy az ország bármely területén lévő település azonos eséllyel pályázhasson támogatásra – s ehhez minden segítséget megadjanak. A gyakorlatban ez azt jelentette, hogy

- a települések egyenként írásbeli meghívást kaptak a pályázatban való részvételre;
- az érdeklődő települések képviselői felkészítő tréningeken vehettek részt;
- írásos módszertani útmutató segítette őket a munkában;
- telefonos konzultációra volt lehetőség a pályázat megírását megelőző időszakban és a megvalósítás során;
- a pályázók részletes írásos értékelést kaptak benyújtott pályázatukról;
- hírlevél tájékoztatta őket a program eredményeiről, amelyben megismerhették egymás munkáját is;
- országos és kistérségi konferenciákon közösségfejlesztő szakemberek segítségével értékelhették a települések, a közösségek életében bekövetkező változásokat, határozhatták meg a továbblépés lehetőségeit;
- a települések segítséget kaptak hálózatok kiépítéséhez, amelynek következtében a program mára, a korábban egymástól elszigetelten működő települések köréből kistérségi szintereket is felölelő hálózatokká szélesedett és önjáróvá vált.

„Fogjuk meg és vigyük”

Szokatlan gyakorlat és új szemlélet a pályázók részéről

A pályázat a településektől merőben újszerű gondolkodást és cselekvést várt. A programoknak elsősorban a közösség – általuk meghatározott – problémáira reális, azaz helyi szinten, helyi kompetenciával megvalósítható megoldásokat kellett kínálnia. Ez másként nem volt lehetséges, csak ha mind a tervezés, mind a megvalósítás a *helyi társadalom széles körű összefogására* épült. A gyakorlatban ez azt jelentette, hogy

- a cselekvési program megtervezése helyi szakemberek által elkészített, a közösség tagjai által is ismert komplex elemzésen alapult;
- a cselekvési program elemeinek meghatározása a közösség tagjainak bevonásával történt, és a köztük e tekintetben kialakult konszenzuson alapult, valamint a közösség tagjaira irányult;
- megvalósítása a közösség tagjainak aktív részvételére támaszkodott;
- a megvalósított programok eredményességét folyamatosan figyelemmel kísérték;
- a program nem egyszeri alkalomra szolgált, hanem folyamatot indított el és fenntarthatóvá vált.

Vélemények a programról

A Települési egészségterv program első öt pályázati fordulójában támogatást nyert településeket 2000-ben önkéntes kérdőív segítségével kérdezték meg a Fact Alapítvány szakértői a programról szerzett tapasztalataikról, véleményükről, elégedettségükről és a programban való részvételük motivációjáról.

A programok támogatottságáról

A települések a pályázott programok száma és típusa függvényében eltérő nagyságú támogatásban részesültek. A települések különböztek abban a tekintetben is, hogy mekkora saját részt tettek hozzá egészségtervük, programjaik megvalósításához.²⁰ A támogatást nyert és a kérdőívünkre válaszoló települések költségeinek átlagosan 42,1 százalékát támogatta a Soros Alapítvány, vagyis a saját hozzáadott rész átlagosan 57,9 százalék volt. A Soros Alapítványnak nem volt célja a programok teljes finanszírozása. Olyan támogatást (például módszertani felkészítést, bizonyos szükségletek iránti motiválást) és csak annyi anyagi segítséget kívánt nyújtani, amely elősegíti a településen élők belső erőforrásainak mozgósítását, s ezzel a programok folytathatósága, fenntarthatósága alapjainak megteremtését.

²⁰ A program specifikuma, hogy nem kért saját forrást, különösen „igazolt pénzt” nem. A pályázó ettől függetlenül önkéntes munka, a meglévő lehetőségek használata formájában saját forrást is megjelölhetett a kért támogatás mellett.

A programmal való elégedettségéről

Az egészségterv programokat megvalósító települések válaszadóinak összegző értékelése alapján megállapítható, hogy a program szellemiségét és elemeit tekintve is megfelelt a pályázók előzetes elvárásainak. A kapott értékelések átlaga – egy ötfokú skálán – 4,52 volt.

Ezt az elégedettséget valószínűleg az is növelte, hogy a nyertes települések közül meglepően sok, 141 település (a nyertes települések 82 százaléka) az eredeti programja elkészítését követően már más támogatóhoz is pályázott. Közülük 133 település (az azóta máshova is pályázók 94,3 százaléka) válaszolta azt, hogy próbálkozásaikhoz használni tudták az Egészségterv programban készített pályázat bizonyos részeit (pl. az állapotleírást), vagy a megtanult módszereket (pl. a problématerkép készítését). Ha ezeket is figyelembe vesszük, az egészségterv programba előzetesen befektetett munka rendkívül költséghatékonynak tekinthető. A pályázók elmondása szerint a más támogatóhoz benyújtott pályázat komplex gondolkodásmódja, hosszabb távra szóló stratégiai tervezése meglepte az értékelőket, amely a jelenlegi pályáztatási rendszerben még nem alapkövetelmény.

Az ismeretek növekedése mellett azonban ugyanilyen fontos volt a pályázatírók önbizalmának megerősödése. Egy sikeres pályázat továbbiak írására, beadására sarkall, az önerő felfedezése pedig megvalósíthatóvá teszi az eddig lehetetlennek tűnő feladatokat.

A program pozitívumai a nyitott kérdésre adott válaszok alapján

- I. (32,7%) Közösségformáló erő a településen élők között.
- II. (18,3%) Önállóság, tervszerű gondolkodás, növekvő autonómia.
- III. (11,6%) A program komplexitása.
- IV. (10,5%) Szemléletváltozás a lakók életmódjában, környezettudatosságában.
- V. (8,8%) Egy átfogó kép elkészítése a településről az egészségkép révén.
- V. (8,8%) A civil szervezetek, intézmények közötti együttműködés javulása.
- VI. (3,8%) A kulcsemberek megtalálása, a közösségért végzett munka felértékelődése.
- VII. (3,3%) Anyagi forrás a településnek.
- VIII. (2,2%) A helyi erőforrások felhasználása, önkéntes munka.

*A program révén a települések számára elért nyereségek, előnyök (a kérdőívben megadott szempontok rangsorolása alapján)*²¹

- I. 2,99* Pozitív hatása volt a településen élők együttműködési készségére.
- II. 3,00 Pozitív hatása volt a közösségi szerveződésekre.
- III. 3,41 Elsősorban olyat tanított meg, amelynek segítségével tovább lehetett lépni.
- IV. 3,85 Elsősorban konkrét anyagi segítséget jelentett.
- V. 4,63 Önbizalmat adott a településen élőknek.
- VI. 4,70 Pozitív hatása volt a civil szervezetekre.
- VII. 5,91 Segített nyitni „kifelé” (pl. más települések, intézmények irányába).
- VIII. 6,19 „A pénz pénzt hozott” (azóta több sikeres pályázatuk volt).

*Minél kisebb az átlagolás során kapott érték, annál lényegesebbnek találták a programnak az adott sorban megjelölt nyereségét, előnyét.

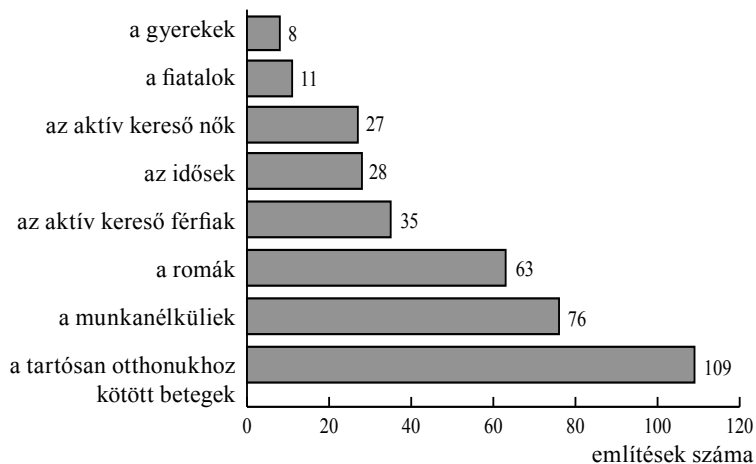
*A program során felmerülő problémák a válaszadók szerint*²² (a kérdőívben előre megadott szempontok rangsorolása alapján)

- I. 2,22 Elsősorban anyagi természetű (kevés pénz, elosztási problémák stb.).
- II. 2,45 Elsősorban a közösség részvételével kapcsolatos problémák (kevesen vállaltak feladatokat, a szervezők magukra maradtak, néhányan nem voltak megbízhatók stb.).
- III. 2,49 A vezetők, a koordinálók, az aktív résztvevők megbecsülésének hiánya.
- IV. 3,28 Túl sok befektetés a munkába, ehhez képest kevés tényleges eredmény.
- V. 3,91 Elsősorban presztízsprblémák (ki vezeti a programokat, ki aratja le a sikereket, irigység stb.).

²¹ A válaszadók a megadott szempontokat 1-től 8-ig rangsorolták. A kapott értékeket átlagoltuk, az így született rangsorban a legkisebb értékű szempont jelenti a leginkább jellemző pozitívumot, amelyet a pályázók a program hasznának vélték. Az értékek növekedésével az egyes szempontoknak tulajdonított fontosság csökken.

²² A válaszadók a megadott szempontokat 1-től 5-ig rangsorolták (1-est kapott az a tényező, ami a legfőbb nehézséget jelentette, 2-est az, ami a második legkomolyabb nehézség volt, és így tovább). A korábbi rangsorolás átlagpontoszámaihoz hasonlóan ebben az esetben is a kisebb érték jelenti azt a szempontot, amelynek a pályázók nagyobb fontosságot tulajdonítottak. Az értékek növekedésével ez a fontosság csökken.

Lakossági csoportok, amelyekkel a települések által kidolgozott egészségterv program – a válaszadók saját megítélése szerint – kevésbé foglalkozott (említések száma)



A pályázók véleménye a programról

„Talán a legnagyobb siker az, hogy ezzel a pályázattal rákényszerültünk arra, amit mindenképpen meg kell csinálni, csak valahogy eddig nem csináltuk meg. Arra, hogy helyzetelemzést készítsünk, a problémákat, azok megoldását abból a szempontból is rangsoroljuk, hogy mihez kell pénz és mi az, amit mi magunk is meg tudunk csinálni, mi az, ami rövid és mi az, ami hosszú távon oldható meg.”

Kelemen Jánosné, Csobánka

*

„Fontos siker volt, hogy a kisközösségekben lévő zenészeket sikerült egy zenekarba összehozni, és sikerült ezt a zenekart megszólaltatni. Nagyon szép szonátát játszik minden közösségben ez a zenekar, pedig összetételében hasonlít a Brémai muzsikuskhoz, szóval elég vegyes összetételű. Ebben még az a szép, hogy ezek a nem is zenészek éppen itt, e zenekarokban jöttek rá, hogy ők tulajdonképpen tudnak együtt zenélni.”

Rédei Zsolt, Nyírád

*

„Fontos volt megszólítani a lakosokat, olyan célokat, programokat tervezni, amelyekben mindenki érdekelve érzi magát. A hógolyóból lavina lett.”

Dr. Bittó Csaba, Apátfalva

*

„Talán az a legtöbb, amit elértünk, hogy közösségeket alakítottunk, hogy közösségek munkálkodnak az egyes településeken. Eredménye ennek a pályázati kiírásnak az is, hogy megmozgatta az egész település lakosságát. Elindult egy folyamat, amit ha kapunk pénzt, akkor biztosan megvalósítjuk, ha nem kapunk, akkor is!”

Ács Péterné, Hajdúsámson

A program kidolgozóinak véleménye a megvalósult programokról

A program kidolgozói – összevetve azt más értékes és eredményes, de elsősorban felülről szervezett és kívülről támogatott programokkal – az alábbiakban foglalják össze tapasztalataikat a Soros Alapítvány által támogatott települési egészségterv programról. Véleményünk szerint az eddig megvalósult programról elmondható:

- Alulról és belülről építkező (vagyis a program érintettjei, kedvezményezettjei által is aktívan támogatott, elsősorban az életminőséget javító közösségi modell, amelynek nincs konkrét intézményrendszere (például nem épül a program keretén belül új rendelő, közösségi ház).
- Helyette a szemléletformáláson, a gondolkodás megváltoztatásán, valamint az autonóm közösségekben végzett értelmes cselekvés lehetőségének biztosításán van a hangsúly. Megvalósítása jóval olcsóbb, mint a kívülről támogatott programoké, de könnyebben meg is szűnhet, ha nem tud eredményeket felmutatni, és ha nem folyamatos a nyomás.
- Az eddigi tapasztalatok szerint a helyzetükön változtatni kívánó, jövőképpel rendelkező településeken működött a legjobban. A jó helyzetű települések a sok erőfeszítést igénylő és kevés külső erőforrást biztosító programban egyelőre nem voltak érdekeltek, a legrosszabb helyzetben lévő falvak pedig még mozdulatlanok. Néhány hátrányos helyzetű településen is megkezdődött a program megvalósítása, de ehhez le kellett küzdeni az önbizalom hiányából adódó tehetetlenség és bénultság érzését.
- Relatív kevés pénzt és jelentős helyi humán erőforrást igényel, esetében a személyes elkötelezettség mélyebb, mint a felülről indított és kívülről támogatott programok esetében (az érdekekre való építés e programoknál nem elegendő).
- Kevés és általában nem kompetens a külső, közösségen kívüli és relatíve sok a belső, közösségen belüli szakértő. Az utóbbiak – szakképzettségtől,

iskolai végzettségtől függetlenül – kompetensek a közösség problémáinak definiálásában és a problémák többségének megoldásában is.

- Mivel az életminőség javítása a cél, az egészségügyi ellátás csak egy szereplő a sok közül, de – megfelelő megerősítés hiányában – nagy az egészségügyi ellátás irányába történő egyoldalú visszarendeződés veszélye (a paternalista megközelítés és a módszerek leszűkítése a hagyományos egészségnevelésre, szűrésekre stb.).
- A stratégiai tervekben már megfogalmazódik az egyenlőtlenségek csökkentésének igénye, de a megvalósítás kezdeti lépéseinél ez a tartalmi elem még nem hangsúlyos. A hátrányos helyzetűekre, a leszakadó társadalmi csoportokra még nem koncentrálnak, a szolidaritás erősödése spontán módon nem várható. Ezért a segítség irányába ható motivációs háttérrel biztosító módszereket ki kell dolgozni, és képzések keretében megismertetni a programban továbblépni kívánó közösségekkel.
- A visszacsatolás a közösségen belül azonnal megtörténik, a korrekcióra gyors lehetőség van, ezért is költséghatékonyabb (nem fecsérelni humán és pénzügyi erőforrásokat a reménytelen programokra).
- A fenntarthatóság elsősorban a résztvevők szándékaitól és elkötelezettségétől függ, nem pedig a külső finanszírozástól, jelentősebb politikai és gazdasági lobbik nélkül is működik, azaz kevésbé kiszolgáltatott az aktuális politikai-gazdasági eseményeknek.
- A programok szereplői és kedvezményezettjei azonosak (a cselekvők nem másokért, hanem saját magukért tevékenykednek), a külső támogatások és a belső források többsége bizonyíthatóan a településen belül, a kedvezményezettekénél marad.
- Olyan közösség jön létre, amely más problémák megoldására is képes, hiszen mindehhez tudással, képességekkel, készségekkel és nem utolsósorban önbizalommal rendelkezik.
- A program modellértékű, mivel nagyon sok településen, kistérségben – a Soros Alapítvány támogatásának megszűnését követően is – folytatódik. Sikere úgy is megfogalmazható, hogy ez egy olyan program, amely azt valósítja meg, amire a közösségek valóban képesek, és amelyet végső soron az egészségpolitika, az egészségügyi kormányzat is befogadott.

IRODALOM

Barbeau, E. M.: Displaced tobacco workers, public health, and tobacco policy: moving beyond jobs versus health. PhD Dissertation 1998.

Doyle, Y. - Brunning, D. - Cryer, C. - Hedley, S. – Hodgson, C. R.: Healthy Cities Indicators. Analysis of data from across Europe. Manuscript. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen 1996.

Fehér I. - Füzesi Zs. - Ivády V. - Mura-Mészáros L. - Salamon Cs. - Tistyán L.: Községi egészségterv. Módszertani útmutató. Soros Alapítvány, Budapest 1998.

Fehér, I. - Füzesi, Zs. - Ivády, V. – Tistyán, L.: Community Health Plan. Soros Foundation, Hungary, Pécs 1999.

Füzesi Zs. - Tistyán L. - Óri I. - Vári A.: Szennyezők és szennyezettek. Veszély-kommunikációs modell az ólom példáján. ÖKO, VII. évf., 1996. 1-2. szám, 7-15. oldal

Füzesi Zs. - Tistyán L.: Az egészségterv program koncepciója. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 35. évf., 1997. 5. szám, 421-427. oldal

Füzesi, Zs. Tistyán, L. - Vári, A.: Risk Perception, Attitudes, and Defence Strategies Associated with Toxic Substances: The Case of Lead Contamination in Hungary. In: Lynch, J. - Wiseman, A. (eds.). Environmental Biomonitoring: The Biotechnology-Ecotoxicology Interface. Cambridge, Cambridge University Press 1998.

Füzesi, Zs. - Levenstein, C. - Tistyán, L.: Polluters and the Polluted. The example of lead used as a model for risk communication. In: Vári, A - Caddy, J. (eds.). Public Participation in Environmental Decisions. Akadémiai Kiadó, Budapest 1999.

Füzesi Zs. - Tistyán L.: Tervezhető egészség? Egészségügyi Menedzsment, II. évf., 2001. 1. szám 19-22. oldal

Füzesi Zs. - Szóke K. - Tistyán L. - Péntek E.: Települési egészségtervek. A falu. A vidékfejlesztők és környezetgazdálkodók folyóirata. XVI. évf., 2001 őszi, 71-76. oldal

Füzesi Zs. - Tistván L.: Sztereotípiák rabságában. Tények és hiedelmek a középiskolások drogfogyasztásáról. Magyar Onkológia 46. évf., 2002. 2. sz. 186. oldal

Mega, V. – Pedersen, J. (eds.): Urban Sustainability Indicators. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 1998.

Meleg Cs.: Az egészség értékrendszerünkben elfoglalt helye. Egészségnevelés 39 évf., 1998, 155-159. oldal

Meleg Cs.: Egészségérték és intézményes befolyásolás. Társadalomkutatás 1991. 2-3. szám, 81-89. oldal

Meleg Cs.: Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. Magyar Pedagógia. 2002. 1. szám, 11-29. oldal

Price, C. – Tsouros, A. (eds.): Our Cities, Our Future: Policies and Action Plans for Health and Sustainable Development. WHO Healthy Cities Project Office 1996.

Simonyi I. (szerk.): Segédlet. Az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez. www.om.hu 2004.

Tistván L. - Füzesi Zs.: Kábítószer-fogyasztás a középiskolások körében. Egy szociológiai vizsgálat eredményei. Fact Intézet, Pécs 2000.

Varga A. Tamás - Vercseg Ilona: Közösségfejlesztés, Magyar Művelődési Intézet, Budapest 1998

Webster, P. – Price, C. (eds.): Healthy Cities Indicators. Analysis of data form across Europe. South East Institute of Public Health WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1996.

