

---

HORVÁTH CINTIA ÉS BOGNÁR JÓZSEF

---

## EGY FOLYAMATORIENTÁLT EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSI INTERVENCIÓS MODELL: AZ ELMÉLET ÉS GYAKORLAT TALÁLKOZÁSA

*Eszterházy Károly Egyetem, Sporttudományi Intézet*  
[bognar.jozsef@uni-eszterhazy.hu](mailto:bognar.jozsef@uni-eszterhazy.hu)

### **Absztrakt**

A Folyamatorientált egészségfejlesztési intervenciós modell legfontosabb feladata a prevencióhoz és egészségfejlesztéshez kapcsolódó oktatási és nevelési programok tervezése. A célok eléréséhez egy tesztelt eszközt biztosít a programtervek szisztematikus kialakításához, dokumentálásához, megvalósításához és értékeléséhez. A modell első szakasza a probléma diagnosztizálásával és az erre alapuló programterv kidolgozásával foglalkozik, a második rész a program végrehajtásáról és kiértékeléséről szól. A modell a gyakorlatban jól kivitelezhető, és a fiatalok egészségmagatartásának pozitív irányú változását valósíthatja meg.

**Kulcsszavak:** *konceptcionális modell, egészségmegőrzés, egészségfejlesztés, program*

## Bevezetés

Az évezredfordulótól egyre erősödő figyelem és egyúttal igény mutatkozik a különböző életkorú személyek egészségmegőrzésére és egészségfejlesztésére, melynek eredménye egyértelműen a növekvő hazai intervenciókban és empirikus kutatásokban mutatkozik meg (Bognár és Huszár, 2009; Konczos és mtsai., 2012; Olvasztóné és mtsai., 2007; Pál és mtsai., 2005; Szakály és mtsai., 2016). A kutatások folyamatos bővülése segít az egészség meghatározó tényezőinek mind teljesebb megértésében, valamint a prevenció és egészségfejlesztés érdekében történő hatékony módszerek és eszközök feltárásában (Kishegyi és Makara, 2004).

Napjainkban a népegészségügy egyik legfőbb kihívása az egyéni egészségmutatók javítása, melyre a közösségi szinterek és az intervenciók mutatkoznak a legeredményesebbnek (Barthalos és mtsai., 2016; Szakály és mtsai., 2018). Egyértelmű törekvés mutatkozik arra, hogy közösségi beavatkozásokkal, a strukturális és szervezeti tényezők tudatos megváltoztatásával ériék el az egészségmutatók és az egészségmagatartás javulását (Aszmann, 2002, 2005).

A közösségi szintér és az életkor tekintetében is a legjelentősebb helyszínnek az iskola számít. Mivel a köznevelés minden iskoláskorú gyermek számára kötelező, így a tanulók elérése és bevonása az egészségfejlesztő programokba egyszerűnek és hatékornak minősül (Pikó és Keresztes, 2007).

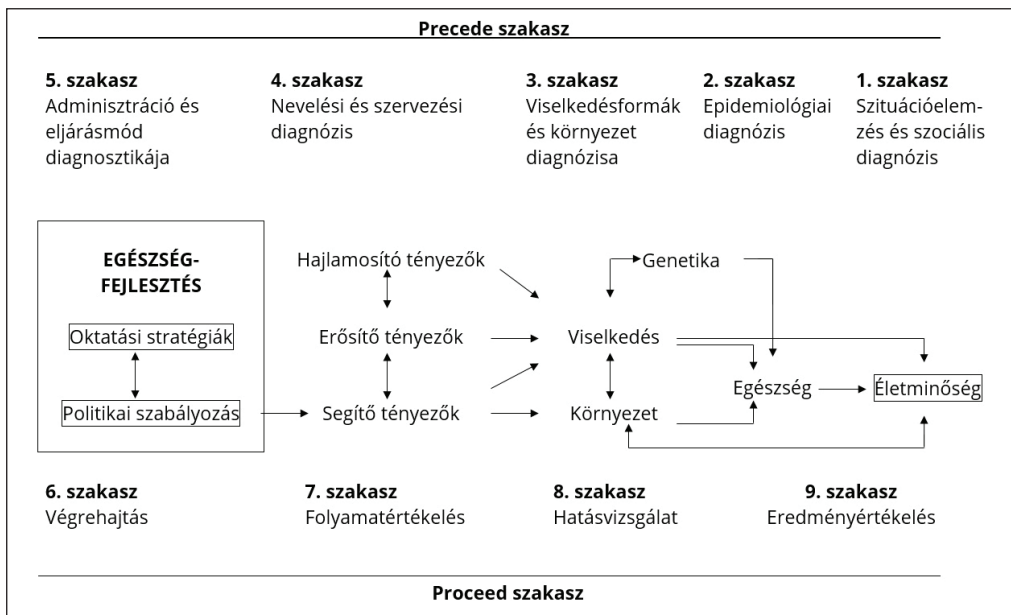
Az eddig ismert beavatkozások egyik fő hiányossága, hogy nem előre tudatosan tervezett és előre kidolgozott értékelési rendszer alapján kerülnek bevezetésre és megvalósításra (Kahn és mtsai., 2002). Erre a problémára ad gyakorlatias megoldást egy, a közösségi beavatkozások egységesítését elősegítő egészségfejlesztő modell. A Folyamatorientált koncepcionális modell (Precede-Proceed) az 1970-es években a Johns Hopkins Egyetem kutatói fejlesztették ki egy klinikai és valós terepen végrehajtott kísérletsorozat részeként. Ezt követően az Egyesült Államokban a nemzeti egészségmegőrzési célkitűzések kialakításánál alkalmazták, emellett Kanadában az egészségmegőrzési felmérés részeként, illetve más nemzeti és regionális programokban is alkalmazásra került.

Összehasonlítva az egészséggel kapcsolatos más magatartás- és viselkedésformák változására irányuló modellel, a Precede-Proceed modell egyértelműen eredményesebbnek és hatékonyabbnak tűnik (Azjen és Fishbein, 1980). A modellt széles körű alkalmazhatósága teszi jelentőssé. Erre utal, hogy sikeresen alkalmazták már többek között sérülések megelőzésében (Hendrickson és Becker, 1998), az időskorúak egészségmegőrzésében (Banerjee és mtsai., 2015), az iskoláskorúak egészségének és fizikai aktivitásának vizsgálatában (Mayorga-Vega és mtsai., 2016), valamint ökológiai és etikai intézkedésekben (Porter, 2016).

## A Folyamatorientált koncepcionális modell

A modell jelenre vonatkozó befolyásoló szerepe abban mutatkozik meg, hogy a szakaszai lehetőséget adnak az egészségfejlesztő program részletes kidolgozásához, megtervezéséhez, lebonyolításához és értékeléséhez (Green és Iverson, 1982). A koncepcionális modell az intervencióra épülő egészségmegőrzést szolgáló oktatási programok tervezésére hivatott, eszközként szolgál a programok szisztematikus tervezéséhez, megvalósításához, az eredmények dokumentálásához és értékeléséhez, mintegy keretet biztosítva az egészségi, magatartási és szokásrendszert érintő problémák pontos meghatározásához az adott közösségben (Green, Kreuter, Deeds, 1980).

A modell első szerkezeti eleme a Diagnosztikus szakasz, míg a második az Intervenció. Az első részben feltárássra kerül a vizsgált minta szociális és epidemiológiai helyzete, erre építve meghatározásra kerülnek a probléma morbiditási és mortalitási mutatói, majd ezután a kapcsoló cselekvési terv kidolgozása történik meg. A modell Intervenció szakasza a kidolgozott cselekvési terv végrehajtásáról és értékeléséről szól.



A következőkben a **Diagnosztikus szakasz** egyes alszakaszaiban végrehajtandó feladatok kerülnek bemutatásra.

## **1. Szituációelemzés és szociális diagnózis**

A szituációelemzést arra használjuk, hogy jellemezzük egy adott közösségen belül a demográfiai, szociális, gazdasági és környezeti befolyásoló körülményeket. A modell szociális diagnózisának fázisa az egészségügyi problémák szociális, gazdasági és környezeti költségeit és a problémák életminőségre gyakorolt hatását is figyelembe veszi. Az adott egészségügyi problémák vagy viselkedésformák meghatározása mint életminőségbeli kérdés motivációt szolgáltat egy, a közösség tagjai, csoportjai, szervezetei által véghez vitt, a változásra irányuló programozott beavatkozásra vagy cselekvésre.

Az első lépés fő célja, hogy feltárjuk egy iskoláskorú csoport jellemzőit mind teljesebb mértékben, illetve hogy ezen szempontok alapján elemezni lehessen a csoport egészségi állapotát. Ennek eredményeképp azonosításra kerülhetnek azok az egészségügyi problémák, egészségkockázati magatartásformák, egészségmagatartási szokások, amelyek direkt hatással vannak az egészségi állapotra és az életminőségre. Az adatgyűjtés eszközeül szolgálhatnak írásos és szóbeli kikérdezési technikák, illetve egészségügyi és fitességi mérések. Fontos kiemelni, hogy az első szakasz feladatát tekintve, a problémák meghatározása motivációul szolgálhat a fiatalok számára, ami által javul a hozzáállásuk a változásra irányuló programozott beavatkozás véghezvitelére.

## **2. Epidemiológiai diagnózis**

Ennek a szakasznak az a fő célja, hogy a rendelkezésre álló adatokból megfelelő következtetéseket vonjunk le. Az adatok pontos információt adnak arra vonatkoztatva, hogy megelőzhetőek-e a betegségek, és hogyan őrizhetik meg az iskoláskorúak az egészségüket és jóllétüket. A második szakaszban a vizsgálandó fiatalokból álló csoport megvizsgálja a megbetegedés és halálozás megszólására és egyéb egészségügyi eredményekre vonatkozó, a rendelkezésre álló statisztikai adatokat és bizonyítékokat.

Az epidemiológiai diagnózisnak három célja van:

- segítséget nyújt abban, hogy meghatározzuk a vizsgált gyerekek elsődleges egészségi problémáit;
- prezentálja az adott egészségi probléma nagyságát;
- ez által eredményeképpen meghatározhatóvá válnak konkrét egészséggel kapcsolatos célkitűzések.

Az epidemiológiai diagnózis 3 fázisból áll:

- adott egészségügyi problémákra vonatkozó adatok kiértékelése elterjedtség, előfordulás és megoszlás szempontjából;
- az iskolások tekintetében meghatározott egészséggel kapcsolatos kérdések és a közegészségügyi problémák összehasonlítása;
- a vizsgált tanulók egészségügyet és életminőséget érintő célkitűzéseinek megállapítása.

A második fázis fő célja tehát a kapott adatok, információk feldolgozása, amelyek eredményeire fókuszálva kell megtervezni a következő lépéseket. Fontos eszköze a második fázisnak a kutatás, amely során a fókuszba helyezett probléma nagyságát és lehetséges következményeit tárjuk fel. Ebben a szakaszban megtörténik a gyermekek egészségi állapotának, a meghatározott elsődleges egészségügyi problémának és az ezzel kapcsolatos kérdéseknek a közegészségügyi problémákkal és adatokkal való összehasonlítása. Mindezen ismeretek, összefüggések tudatában, ebben a fázisban történnek a program konkrét célkitűzéseinek megállapításai.

### **3. Viselkedésformák és környezet diagnózisa**

Az epidemiológiai diagnózist követő fázisban a program tervezőinek és kialakítóinak meg kell kísérelniük meghatározni azokat a kontrollálható tényezőket, melyek a problémához tartoznak. Ennek során kerül sor a prioritások megállapítására, illetve meghatározzák ezek kapcsolatát az életstílussal, a szokásrendszerrel és a befolyásoló környezeti tényezőkkel. Erre azért van szükség, mert erre épül a magatartásformák változtatása lehetséges módjainak és módszereinek kidolgozása. Ismert, hogy az életmód és életstílus tényezői jelentős összekötő kapcsot jelentenek az egyén és környezete között. A környezeti faktorok közé tartozhatnak a viselkedéssel nem kapcsolatos fizikai kockázatok vagy körülmények.

A harmadik fázis fő célja tehát, hogy az előző fázisok eredményeiből következő az iskoláskorú csoportra jellemző központi/fő egészségügyi problémák meghatározásra kerüljenek. Ezen belül kiemelésre érdemes azon a tényező beazonosítása, amelyekkel esetlegesen megelőzhető vagy orvosolható a probléma. A diagnózis során a szükséges változtatások lehetséges eszközeit és módszereit kell megfogalmazni, mely a fiatalok egyéni tulajdonságait, az életmódot, az életstílust és a környezeti szempontokat is figyelembe veszi.

#### 4. Nevelési és szervezési diagnózis

Az előző szakaszban szerzett eredmények felosztásra kerülnek hajlamosító, lehetővé tevő és megerősítő tényezőkre.

- **Hajlamosító tényezők:** ismeret, attitűd, hiedelmek, értékek, melyek előzményei lehetnek a problémáknak, és amelyek alapul és motivációul szolgálhatnak az egészségkárosító viselkedéshez.
- **Erősítő tényezők:** szociális támogatottság, kortársak, gondozók, szakemberek és egyéb fontos személyek viselkedése.
- **Segítő tényezők:** képességek, rendelkezésre álló források. Ezek a tényezők előzményei egy olyan viselkedésnek, amelyek lehetővé teszik azt, hogy a motiváció tette váljon.

Ennek ismeretében lehetséges a potenciális beavatkozási lépések tervezése azoknak a már előzőleg meghatározott főbb hatáscsatornáknak megfelelően (egyéni, életstílusbeli és környezeti), amelyek megfelelően és hatásosan alkalmazhatóak a fejlődés érdekében. A negyedik szakasz fő feladata az iskoláskorú gyermekek csoportját elemző vizsgálat eredményeire építve az egyes tényezők besorolása a fentebb említett hajlamosító, erősítő és segítő tényezők csoportjaiba. Ennek ismeretében kerülhet majd sor a potenciális beavatkozások tervezésére és végrehajtására.

#### 5. Adminisztráció és eljárás mód diagnosztikája

Az egészségmegőrzést vagy egészségfejlesztést célzó programok arra irányulnak, hogy megváltoztassák a vizsgált problémához kapcsolódó szokásrendszert, viselkedésformákat, életformát és esetlegesen a környezeti tényezőket. Ehhez szükség van az adminisztrációs és eljárásbeli diagnózisra, mely során a program tervezője és résztvevői felméri a sikeres program végrehajtásának lehetőségeit, kihívásait, korlátait és akadályait. A tervezett beavatkozáshoz elengedhetetlen a folyamatos adminisztráció.

#### 6. Végrehajtás

Ebben a szakaszban történik a költségvetési, politikai, szabályozási és szervezeti erőforrások áttekintése és az időterv megalkotása. A végrehajtás során elengedhetetlen, hogy költségvetési (pénzügyi) tervet készítsünk, melyben figyelmet kap az eszközbeszerzés, az orvosi vizsgálatok és az egyéb speciális szolgáltatások, illetve a rendelkezésre álló erőforrások szempontja. Kiemelt feladata a hatodik fázisnak emellett, hogy a politikai, társadalmi és a szabályozási feltételeknek megfelelően elkészítésre kerül az egészségfejlesztési program időterve.

A modell **Intervenciók részének** 3 szakasza van, melyek a következőkben kerülnek bemutatásra.

## **7. Folyamatértékelés**

Ez egy folyamat, mely azt vizsgálja, hogy mennyire valósultak meg a kezdeti célok és tervek. Részletes információkat szolgáltat a tervező és résztvevő tagok számára a projekt jelenlegi állapotáról és az előrehaladásról. A folyamat célkitűzéseit és a folyamat befejezését a projekt szerint a 6. alszakaszban létrehozott idővonal mentén értékeljük.

## **8-9. Hatásvizsgálat és eredményértékelés**

A korábbi fázisokban egyértelműen és objektíven megfogalmazásra került a program célja, melyre választ ad az eredményértékelés. Az értékeléshez szükség van mérhető összetevőkre, melyek változását pontosan nyomon lehet követni. A célkitűzések értékelése megalapozza a további tervezést és a sikeres program végrehajtását. A hatásvizsgálat segítségével megállapíthatóak a program hatásai az életminőségre, az egészség-magatartásra, a fittségre és az egészségi állapotra. A kutatás és egyúttal a program sikerességének szempontjából a konkrét mérések mellett fontos feladat megvizsgálni minden érintett tapasztalatait is.

## **Megbeszélés, következtetés**

Az elmúlt évtizedek prevenciók tevékenységei egyirányba mutatnak az egészségfejlesztés legutóbbi eredményeivel. A tudományos eredmények, az elvek és stratégiák folyamatosan változnak az egészség fogalmának komplex értelmezésében, az egészséget befolyásoló társadalmi, környezeti és egyéni tényezők vonatkozásában és az egészség megőrzését célzó tevékenységek hatékonyságában. A modern kor kihívásaira irányuló egészségfejlesztési módszerek, stratégiák, eljárások kifejlesztése és megismertetése lehetővé tette a modellalapú egészségtervek kidolgozását és hatásos alkalmazását (Clarke és mtsai., 1997). A modell alkalmazási területe széles körű, többek között ide tartoznak a népegészségügyben is alkalmazható tevékenységek:

- megelőző jellegű felvilágosítás (életmód, életvitel stb.),
- megelőző jellegű egészségvédelem (folyadékbevitel, például a víz fluorizálása),
- olyan megelőző jellegű egészségvédelmi felvilágosítás, mely elsősorban szabályozásra irányul (biztonsági övek használata),

- egészségnevelés (pozitív egészségmagatartás kialakítása, egészségtudatos szokásrendszer, a szabadidő hasznos eltöltése),
- egészségvédelem (dohányzásellenes intézkedések).

A felsorolás nem teljes, ám kitűnik, hogy a Folyamatorientált koncepcionális modell a prevenció legelső szintjén tölthet be jelentős szerepet.

Hazánkban több egészségfejlesztő és prevenciós programra lenne szükség a iskoláskorú lakosság körében, hiszen bizonyítottan rossz a fiatal felnőtt lakosság egészségi állapota (Huszár és Bognár, 2006). Napjaink fiatal felnőttjeire egyre jellemzőbb az értékek átalakulása, az inaktív életmód és az egészségtudatosság hiánya, amely számos, az egészséget és az életminőséget érintő negatív következménnyel jár (Bognár és mtsai., 2010).

A jövőben a fiatalok egészségfejlesztésének színtereit, kiemelt jelentőséggel az iskolarendszert kell megcélózni a prevenciós programokkal, maximálisan figyelembe véve az egészségmegőrzés és az egészségfejlesztés céljait és lehetőségeit. Ismert, hogy az adott iskola jellemzőinek mentén érdemes a programot kialakítani és értékelni.

Napjainkban fontos az iskolai egészségfejlesztési tevékenységeket más tevékenységekkel együtt tervezni és végrehajtani. Egyre inkább a komplex, több lábon álló programok jelentik a jövőt. Ez az átfogó, komplex szemléletmód biztosítja a környezeti, politikai és egyéni viselkedésváltozást, amelyek kölcsönösen hatnak egymásra. Cél tehát a többdimenziós szemlélet fejlesztése és a közösségi akciók erősítése, amelyre a bemutatott Folyamatorientált koncepcionális modell teljesen alkalmas.

## Felhasznált szakirodalom

Ajzen, I., Fishbein, M. (1980): *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Aszmann Anna (2002): Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat. Nemzeti Jelentés. Országos Gyermekegészségügyi Intézet. Budapest. 93–109.

Aszmann Anna (szerk.) (2005): *Egészségvédelem a közoktatásban*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest, Magyarország.

Banerjee, A. T., Strachan, P. H., Boyle, M. H., Anand, S. S., & Oremus, M. (2015): Factors Facilitating the Implementation of Church-Based Heart Health Promotion Programs for Older Adults: A Qualitative Study Guided by the Precede-Proceed Model. *American Journal of Health Promotion*, 29(6), 365–373. <https://doi.org/10.4278/ajhp.130820-QUAL-438>

Bartholos I., Dorgo S., Kopkane Plachy J., Szakaly Z., Ihasz F., Raczne Nemeth T.,



- Bognar J. (2016): Randomized controlled resistance training based physical activity trial for central European nursing home residing older adults. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 56:10, 1249–1257.
- Bognár J., Huszár A. (2009): A sport hatása az egészségtudatos magatartás kialakításában. In: Bognár, J. (szerk.): *Tanulmányok a kiválasztás és a tehetséggondozás köréből*, Budapest, Magyarország. Magyar Sporttudományi Társaság, 130–141.
- Clarke, V. A. (1997): *Understanding suicide among indigenous adolescents: a review using the PRECEDE model*. *Injury Prevention*, 3:126–134.
- Green, L. W., Iverson, D. C. (1982): *School health education*. *Annual review of public health*, 3: 321–338.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G. (1980): *Health education planning: a diagnostic approach*. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing.
- Hendrickson S. G., Becker H. (1998): Impact of a theory based intervention to increase bicycle helmet use in low income children. *Injury Prevention* 1998; 4:126–131.
- Huszár A., Bognár J. (2006): Fiatal felnőttek testkultúrája avagy az iskolai testnevelés felnőttkori hatásai Magyarország és Finnország példáján. *Új Pedagógiai Szemle*, 56:6. 107–114.
- Kahn E. B., Ramsey L. T., Brownson R. C., Heath G. W., Howze E. H., Powell K. E., Stone E. J., Rajab M. W., Corso P. at all (2002): *The effectiveness of interventions to increase physical activity*. *American Journal Preventive Medicine*, 2002, 22(4S), 73–107.
- Kishegyi J., Makara P. (2004): *Kutatás-monitorozás, értékelés az egészségfejlesztésben*. Nemzeti Népegészségügyi Program, Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
- Konczos Cs., Bognar J., Szakaly Z., Barthalos I., Simon I., Olah Zs. (2012): Health awareness, motor performance and physical activity of female university students, *Biomedical Human Kinetics*, 4:(1) 12–17.
- Mayorga-Vega, D., Montoro-Escañó, J., Merino-Marban, R., & Viciano, J. (2016): Effects of a physical education-based programme on health-related physical fitness and its maintenance in high school students: A cluster-randomized controlled trial. *European Physical Education Review*, 22(2), 243–259. <https://doi.org/10.1177/13563336X15599010>
- Olvasztóné Balogh Zs., Bognár J., Gangl J., Polgár T., Fügedi B. (2007): Felnőttek érték- és tevékenységrendszerének feltárása. *Egészségfejlesztés*, 48:5-6. 7–13.
- Pál K., Császár J., Huszár A., Bognár J. (2005): A testnevelés szerepe az egészségtudatos magatartás kialakításában. *Új Pedagógiai Szemle*, 55:6. 25–32.

- Pikó Bettina, Keresztes Noémi (2007): Sport, lélek, egészség. Akadémiai Kiadó. Budapest.
- Porter, C. M. (2016). Revisiting Precede–Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion. *Health Education Journal*, 75(6), 753–764. <https://doi.org/10.1177/0017896915619645>
- Szakály Zs., Ihász F., Konczos Cs., Fügedi B., Bognár J. (2016): Body composition and the level of fitness in 10 to 14-year-old girls in western Hungary: the impact of the new PE curriculum. *Biomedical Human Kinetics*, 8:1, 95–102.
- Szakály Zs., Bognár J., Lengvari B., Koller A. (2018): Effects of daily physical education participation on the somatic and motoric development of young students. *Hungarian Educational Research Journal (HERJ)* 8:2. 24–38.