

**KUTATÁS-MONITOROZÁS, ÉRTÉKELÉS
AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉSBEN**

Az Egészségfejlesztési módszertani füzetek kiadványsorozat kötetei

1. Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai)
2. Korszerű törekvések az egészségfejlesztésben
3. Egészségfejlesztés a szintereken
4. Dr. Füzesi Zsuzsanna – Dr. Tistyán László: Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a szintereken
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

ISBN 963 86595 8 0
ISSN 1786-7061

A fordítások a WHO és a szerzők hozzájárulásával készültek.

Eredeti kiadványok:

Irving Rootman, Michael Goodstadt, Brian Hyndman, David V. McQueen,
Louise Potvin, Jane Sprongett, Erio Ziglio eds.
Evaluation in health promotion. Principles and perspectives

WHO Regional Publications, European Series, No. 92
World Health Organization, 2001

Review and evaluation of health promotion
Don Nutbeam

Tartalomjegyzék

AZ EGÉSZSÉGVÉDELEM ÉRTÉKELÉSÉNEK KERETE	5
Mi az egészségvédelem?	5
Legújabb elméleti megfontolások	5
Definíciók	7
Gyakorlat	14
Következtetések	16
Az egészségvédelem értékelésének jelentése és gyakorlata	17
Alapelvek és kihívások	17
Szociális programtervezés	19
Értékkel való felruházás	20
Tudásfelépítés	21
A megszerzett tudás alkalmazása	25
Az értékelés gyakorlata	26
Következtetések	29
Az egészségvédelmi kezdeményezések értékelésének kerete	31
1. lépés: A program leírása	33
2. lépés: A problémák és a kérdések megfogalmazása	34
3. lépés: Az adatgyűjtési folyamat megtervezése	35
4. lépés: Adatgyűjtés	36
5. lépés: Az adatok elemzése és értékelése	37
6. lépés: Az ajánlások megfogalmazása	37
7. lépés: Az értékelés eredményeinek elterjesztése	37
8. lépés: Cselekvés	38
Hivatkozások	38
MI SZÁMÍT BIZONYÍTÉKNAK? KÉRDÉSEK ÉS VITÁK	44
A bizonyítékokkal kapcsolatos vita kezdete	44
A bizonyíték meghatározása	45
Az egészségmegőrzés meghatározásának problémája	46
Az egészségmegőrzés és a bizonyítékkal kapcsolatos megbeszélés	47
A bizonyíték meghatározása az egészségmegőrzéssel összefüggésben	49
Az indikátorok és a bizonyíték	51
A tudomány története és filozófiája, és a bizonyíték természete	52
Az egészségmegőrzés elméletének módszertant kell megfogalmaznia	54
A tudományos szigor	56
Miért olyan kritikus a bizonyíték a klinikai orvostudomány számára?	57
A bizonyítékkal kapcsolatos problémák az egészségvédelemben	58
Három fontos, megoldatlan kérdés	59
A bizonyíték szabályai	59
Indikátorok	60
Megfelelő elméleti alap	61
Összegzés: optimizmus és a következő lépések	61
Hivatkozások	63
ÉRTÉKELÉS AZ EGÉSZSÉGVÉDELEMBEN	66
Szintézis és ajánlások	66
Az egészségvédelmi értékelés szerkezetének újragondolása	67

Feladatok az egészségfejlesztés értékelésének témaköréből	69
Fejlődő terület	69
A gyakorlat elősegítése	71
A hatékonyság bizonyítékainak hiánya	71
A megközelítések és modellek széles választékának használata	72
A minőségi és mennyiségi módszertanok helyénvalósága	73
A társadalomtudományok és megközelítések széles skálájának a használata	74
Egy sor tervezési modell használata	74
Az elmélet és egyéb fogalmi megfontolások szerepe a hatékony értékelésben	75
Az értékelők és a kutatók szerepe	75
Ajánlások az egészségfejlesztés megfelelőbb értékelésének érdekében	76
Az egészségfejlesztés tervezésének és értékelésének általános modellje	80
Alkotóelemek	80
AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ALAPJAI	83
A modell alkalmazásai az értékelésben	83
Következtetés	85
Hivatkozások	86
AZ EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS ÁTTEKINTÉSE ÉS ÉRTÉKELÉSE	87
1. Bevezetés	89
2. A siker meghatározása az egészségmegőrzésben	90
2. 1. Az egészségmegőrzés értékes eredményei és folyamatai	90
2. 2. Egészségeredmények és a siker meghatározása az egészségmegőrzésben	91
2. 3. Egészségeredmények és egészségmegőrzési eredmények	92
2. 4. Az egészségmegőrzés eredményeinek mérése	95
3. Melyek a siker értékelésének legmegfelelőbb módjai?	97
3.1. Az értékelés szakaszainak hierarchiája	97
1. szakasz: Problémameghatározás	98
2. szakasz: A megoldás kidolgozása	98
3. szakasz: Az újítások tesztelése	99
4. szakasz: A beavatkozások demonstrálása	99
5. szakasz: A beavatkozások elterjesztése	100
6. szakasz: A program menedzselése	101
4. Az eredmény értékelése: az ok és okozat vizsgálata	101
4.1. Az ok és okozat tulajdonsága: kísérleti módszerek és problémáik	102
4.2. A kísérleti módszer alternatívái	103
4.3. A közösségi/lakossági beavatkozások értékelésének stratégiai kérdései	104
4.4. Közösségi beavatkozások és társadalmi mozgások	105
4.5. Bizonyítékok szerzése több módszer és adatforrás segítségével	107
5. A siker feltételeinek megteremtése: a folyamat értékelése	109
5.1. A program által elérték köre: sikerült-e a programnak elérni a teljes célpopulációt?	109
5.2. A program elfogadottsága: elfogadható-e a program a célcsoport számára?	110
5.3. A program integritása: a tervezettek szerint valósult-e meg a program?	110
6. Összefoglaló megjegyzések: értékelés összetett környezetben	111
Hivatkozások és jegyzetek	113

AZ EGÉSZSÉGVÉDELEM ÉRTÉKELÉSÉNEK KERETE

**Irving Rootman, Michael Goodstadt,
Louise Potvin, Jane Springett**

A fejezet bemutatja azokat az elméleti és gyakorlati kereteket, amelyek segítséget nyújtanak az egészségvédelmi kezdeményezések értékeléséhez. Az első rész az egészségvédelemmel foglalkozik, a második az értékeléssel általában és azzal, hogy mit jelent ez az egészségvédelem szempontjából. A harmadik rész bemutatja, milyen eszközökkel lehet értékelni az egészségvédelem programjait, az egészségvédelmet érintő politikai döntéseket és más kezdeményezéseket.

Mi az egészségvédelem?

Az egészségvédelmi kezdeményezések értékeléséhez tisztában kell lenni azal, mi az egészségvédelem. Az egészségvédelmet háromféleképpen definiáljuk: megvizsgáljuk egyrészt a legújabb elméleti alapokat, beleértve azokat a körülményeket és kérdéseket, amelyekre válaszol; másrészt a javasolt definíciókat; harmadrészt pedig azt, hogy mit jelent az egészségvédelem a gyakorlatban.

Legújabb elméleti megfontolások

Bár az egészségvédelem koncepció nem új, és számos kísérlet történt már a század első felében is arra, hogy kellő hangsúlyt kapjon (1, 2), mégis csak 1974-ben tűnt fel szervezett formában, amikor az akkori kanadai egészségügyi miniszter, Marc Lalonde kiadott egy dokumentumot *A kanadaiak egészségünk új távlatai* (3) címmel. Ez volt az első olyan, kormány által megjelentetett dokumentum, amely az egészségmegőrzést kulcsfontosságú stratégiaként azonosította. Ezt később számos más ország, például Svédország és az USA, hasonló politikai dokumentumok alapjaként használta. A dokumentum azért tudott hozzájárulni az egészségvédelem iránti egyre nagyobb nemzetközi lelkesedéshez és növekvő nemzetközi elfogadottságához, mert az egészségvédelmet szervezetek, kormányok, közösségek és egyének számára egyaránt használható koncepciónak és szemléletmódnak tekintette. 1986-ban az első nemzetközi egészségfejlesztési konferencia erre az érdeklődésre építve jóváhagyta az Ottawai egészségfejlesztési chartát (4), ami további lökést adott az egészségmegőrzés fejlődésének világszerte.

Az egészségmegőrzés iránti jelenlegi érdeklődés több különböző tényező együttes hatására vezethető vissza. Anderson (5) ezt a következő öt tételben fogalmazta meg:

1. nő a lelkesedés a pozitív egészség és a jobb minőségű élet iránt;
2. nő az emberek vágya saját életük irányítására, a fogyasztói trendekkel összefüggésben;
3. az egészségnevelés hagyományos, didaktikus módszerei korlátozottan hatékonyak;
4. felismertük, hogy sok egészségi probléma az egyén életmódjára vezethető vissza;
5. egyre inkább bebizonyosodik, hogy az egészségügyi ellátás és az egészségi állapot között gyenge kapcsolat van, és az, hogy az egyre költségesebb egészségügyi befektetések megtérülése nem kielégítő.

Green és Raeburn (6) egyéb, helyenként kapcsolódó hatásokat azonosított:

6. a közösségfejlesztés és azok a kommunikációs mozgalmak, amelyek az alulról felfelé építkező stratégiákat népszerűsítik a felülről lefelé építkezőkkel szemben;
7. az öngyógyító és a női mozgalmak hatása, amely az egyének és a közösségek közötti hatalom újraelosztását teszi szükségessé;
8. a szociális programokra és a fejlett technológiájú egészségügyi ellátásra nehezedő nyomás a világszerte romló gazdasági körülmények miatt;
9. az egészségügyi kérdések mélyrehatóbb társadalmi, magatartástudományi és oktatási vizsgálata;
10. az egészség holisztikus természetének – azaz „a szociális, mentális és spirituális életminőségek” – szélesebb körű elfogadtatása.

(Green és Kreuter (7), valamint MacDonald és Bunton (8) szintén beszélnek ilyen hatásokról.)

Végül, a népegészségügy újragondolására készítő kihívások az epidemiológiai kutatás nyomán keletkeztek, amely pontosan dokumentálja a szélesebb értelemben vett egészségügyi mutatók erőteljes hatását. Ezek a tényezők túlmutatnak az egyén genetikai és viselkedésbeli sajátosságain, és leginkább a társadalmi-gazdasági környezettel, az egyenlőség és a hozzáférés kérdéseivel, a nemzet jólétével, a szociális támogatottsággal, valamint egyéb strukturális és szervezeti tényezőkkel hozzák kapcsolatba az egészséget (9-16).

Ez a sokszínű elméleti háttér az egészségvédelem olyan értelmezését eredményezte, amit olykor új népegészségügynek hívnak (8, 11). Ez többet jelent az egészségvédelemnél, mert magában foglalja

1. az egészség erősítését;
2. az egyén, illetve a közösség egészségét érintő kérdések feletti ellenőrzés újraelosztását;
3. az egészséget meghatározó, a társadalmi, a politikai és a gazdasági környezettel összefüggő tényezők negatív hatásainak csökkenését;
4. a források ellentétes irányú elosztását, vagyis azt, hogy a problémák megelőzésére fordítsák azokat;
5. a testi egészségen túlmutató tartományoknak szentelt figyelmet, ideértve a szociális, a mentális, és – lehetőség szerint – a spirituális dimenziókat;
6. egy ökológiai szemléletmód felvételét (17, 18);
7. a közösségfejlesztés és a közösségi részvétel törvényes, hatékony stratégiaként való elismerését.

E jellemzők némelyike inkább az új népegészségügy céljaival foglalkozik (1. és 5.), míg mások ezen célok elérésével (2-6. és 7.). Nem meglepő, hogy az egészségvédelem különböző definíciói tükrözik ezeket a sajátosságokat.

Definíciók

Az elmúlt két évtizedben az egészségvédelem definiálására sok javaslat született; az 1. számú táblázat ezek közül a legfontosabbakat sorolja fel. Első pillantásra ezek a definíciók nagyon eltérőek. Alaposabb vizsgálódás után azonban kitűnik, hogy az eltérések inkább perspektívában s hangsúlyokban jelentkeznek, és nem lényegiek.

Fontos az egészségvédelem folyamata, illetve eredménye közötti különbség tudatosítása. Kickbush (18) „változást kezdeményező, menedzselő és végrehajtó személyes, szervezeti és szakmapolitikai változás folyamatoként” definiálja az egészségvédelmet. További értelmezésekre mutat rá mások megközelítésének az elemzése. Ami az egészségvédelmet más megközelítési módoktól megkülönbözteti, az a várható eredmények természete (célok és elérni kívánt eredmények) és az alkalmazott stratégiák (folyamatok és akciók). Az eredmények és a folyamatok természete dönti el végső soron azt, ki hogyan határozza meg, milyen folyamatok működnek az egészségvédelemben, és ezek hogyan értékelhetők a legjobban. (Buchanan (30) a „cél-folyamat gap”-ről értekezik.)

Elfogadva Rokeach különbségtételét a cél-érték és az eszköz-érték között, az egészségvédelem különböző céljai és elérni kívánt eredményei két csoport-

ra osztva jellemezhető: végcélok és a cél megvalósítását segítő eredmények. Végcélok alatt az egészségvédelem végső (általában hosszú távú) céljait értjük, vagy „az elérni kívánt végső állapotot” (31), amely az egészségvédelmi stratégiákat és tevékenységeket irányítja és vezérli. Az egészségvédelem végső célja általában magában foglalja a jobb egészségi állapot, illetve közérzet elérni kívánt állapotát – bár a WHO az egészséget a mindennapi élet erőforrásaként definiálta (4, 24), így az egészség önmagában nem végcél. Az egészségnek azonban valóban van belső értéke, és az egészséget általában az egészségvédelmi törekvések végeredményének tekintik.

A cél elérését segítő részeredmények olyan közbenső (általában rövidebb távú) elérni kívánt eredmények, amelyek a végső célok elérésében összekötő kapcsolóként szolgálnak. A dohányzásról való leszokás, például, mint elérni kívánt eredmény hozzájárul a jobb egészségi állapot és közérzet eléréséhez, egyúttal mérhető tényezővé válik a várható élettartam javulásában, az elvesztett hasznos életévek csökkenésében és az életminőségben stb.

További különbséget lehet tenni a cél elérését segítő eredmények és a cél elérését segítő folyamatok között. Így a dohányzásról való leszokás esetében az elérni kívánt eredményhez vezető, a cél elérését segítő folyamat az egyén erőteljesebb hatása önmagára (kompetenciaérzet). Végül, a cél elérését segítő tevékenységeket úgy definiálhatjuk, mint a cél eléréséhez vezető folyamatokat, amelyek által a cél elérését segítő eredmények és a végcélok megvalósíthatók. Például egy dohányzásról leszoktató programban való részvétel segítheti a dohányos embert abban, hogy nagyobb önuralomra tegyen szert, lehetővé téve számára a leszokásban hatásos lépések megtételét.

1.1. számú táblázat. Az egészségfejlesztés definíciói

Forrás és dátum	Definíció (hangsúlyozott)
Lalonde, 1974. (3)	Olyan stratégia, amely „mind az egyének, mind a szervezetek tájékoztatását, befolyásolását és segítését tűzi ki célul annak érdekében, hogy azok több felelősséget vállaljanak, és aktívabban működjenek közre a mentális és testi egészségre ható ügyekben”.
USA Egészségügyi, oktatási és jóléti főosztály, 1979. (19)	„Az egészségi felvilágosítás és kapcsolódó szervezeti, politikai és gazdasági programok olyan kombinációja, amelyek célja az egészségi állapotot javító viselkedésbeli és környezeti változások támogatása.”
Green, 1980. (20)	„Az egészségi felvilágosítás és kapcsolódó szervezeti, politikai és gazdasági beavatkozások bármely olyan kombinációja, amely az egészségi állapotot javító viselkedésbeli és környezeti változások elősegítésére lett tervezve.”
Green és Iverson, 1982. (21)	„Az egészségi felvilágosítás és kapcsolódó szervezeti, politikai és gazdasági támogatások bármely olyan kombinációja, amely az egészséget elősegítő magatartást támogatja.”
Perry és Jessor, 1985. (22)	„Olyan törekvések megvalósítása, amelyek elősegítik a jobb egészséget és a magasabb fokú jólétet mind a négy (testi, társas, pszichológiai és személyes) dimenzióban.”
Nutbeam, 1985. (23)	„Az a folyamat, amely módot ad az embereknek, hogy az egészségüket befolyásoló tényezőket jobban kézben tudják tartani, és ennek következtében képessé válnak azt tökéletesíteni.”
WHO, 1984. (24), 1986. (4) és Epp, 1986. (25)	„Az a folyamat, amely módot ad az embereknek egészségük fokozott kézben tartására és tökéletesítésére.”
Goodstadt és munkatársai. I., 1987. (26)	„Az egészség meglévő szintjeinek fenntartása és erősítése hatékony programok, szolgáltatások és szakpolitika megvalósítása által.”
Kar, 1989. (27)	„A jóléti szint emelése, s az egészségre káros hatások kerülése az egészséget befolyásoló magatartásbeli, társadalmi, környezeti és biomedikális tényezők optimális szintjének elérése által.”
O'Donnell, 1989. (28)	„Az a tudomány és művészet, amely segít az embereknek olyan életmódot választani, amely az optimális egészségi állapot elérésére irányul.”
Labonté és Little, 1992. (29)	„Olyan tevékenység vagy program, amely úgy javítja a szociális és környezeti életkörülményeket, hogy az emberek jóléttudata is növekedik.”

Az egészségvédelem definíciói és koncepciói a célokban, az elérni kívánt eredményekben, folyamataikban és cselekményeikben különböznek. Az 1.2. számú táblázat az egészségmegőrzés koncepcióit elemzi az 1.1. számú táblázatban felsorolt definíciókkal összhangban. Ezeket a definíciókat dekonstruáltuk végcéljainknak, a cél elérését segítő eredményeiknek, folyamataiknak és cselekményeiknek megfelelően.

1.2. számú táblázat. Az egészségvédelem dekonstruált definíciói

Forrás és dátum	Tevékenységek (programok, szakpolitika stb.)	Folyamatok (háttérmechanizmusok)	Elérendő eredmények (a cél elérését segítő eredmények)	Célok (végeredmények)
Winslow, 1920. (2)	„Olyan szervezett közösségi törekvés, amely felvilágosítást nyújt az egyénnek saját egészségével kapcsolatban, és fejleszt a szociális gépezetet.”		„mindenki számára biztosítsunk egyfajta életszínvonalat.”	„az egészségi állapot fenntartása vagy javítása.”
Sigerist, 1946. (1)			„megfelelő életszínvonal jó munkakörülmények, oktatás, megfelelő fizikai és társadalmi környezet, pihenési és rekreációs lehetőségek biztosítása által.”	„az egészség népszerűsítése”
Lalonde, 1974. (3)	„mind az egyéneket, mind a szervezeteket tájékoztatja, befolyásolja és segíti.”	„annak érdekében, hogy [az egyének és szervezetek] több felelősséget vállaljanak, és aktívabban működjenek közre a mentális és testi egészségre ható ügyekben.”		

Egészség- ügyi, ok- tatási és jóléti fő- osztály, USA, 1979. (19)	„Az egészséggel kapcsolatos felvilá- gosítás és kapcsol- ódó szervezeti, poli- tikai és gazdasági programok kombiná- ciója,”		„amelyek cél- ja olyan visel- kedésbeli és környezeti vál- tozások támo- gatása,”	„amelyek az egészségi ál- lapotot javít- ják.”
Green, 1980. (20)	„Az egészséggel kapcsolatos felvilá- gosítás és kapcsol- ódó szervezeti, poli- tikai és gazdasági beavatkozások bár- mely olyan kombiná- ciója...”		„amelyeket vi- selkedésbeli és környezeti vál- tozások elő- segítésére ter- veztek,”	„amelyek az egészségi ál- lapotot javít- ják.”
Green és Iverson, 1982. (21)	„Az egészséggel kapcsolatos felvilá- gosítás és kapcsol- ódó szervezeti, poli- tikai és gazdasági támogatások bár- mely olyan kombiná- ciója.”		„amely az olyan magatar- tást támogat- ja ...”	„amely az egészséget elősegíti.”
Perry és Jessor, 1985. (22)	„Olyan törekvések megvalósítása,”			„amelyek elő- segítik a jobb egészséget és a magasabb fokú jólétet mind a négy dimenzióban (testi, szociá- lis, pszicholó- giai és szemé- lyes).”
Nutbeam, 1985. (23)		„Az a folya- mat, amely módot ad az embereknek jobban kézben tartani”	„az egészségü- ket befolyásoló tényezőket,”	„hogyan vál- janak az egész- ségüket töké- letesíteni.”

WHO, 1984. (24), 1986. (4) és Epp, 1986. (25)		„Az a folyamat, amely módot ad az embereknek [egészségük] fokozott kéz-bentartására ...”		„és ezáltal képessé válnak tökéletesíteni egészségüket.”
Goodstadt és munkatársai, 1987. (26)	„hatékony programok, szolgáltatások és szakpolitika megvalósítása által ...”			„az egészség létező szintjének fenntartása és erősítése.”
Kar, 1989. (27)			„ az egészségre káros hatások kerülése az egészséget befolyásoló magatartásbeli, társadalmi, környezeti és biomedikális tényezők optimális szintjének elérése által.”	„a jóléti szint emelése”
O’Donnell, 1989. (28)	„Az a tudomány és művészet, amely segít az embereknek olyan életmódot választani, ”			„amely az optimális egészségi állapot elérésére irányul.”
Green és Kreuter	„Nevelési és környezeti támogatások kombinációi, amelyek az olyan életfeltételeket és tevékenységeket támogatják, ”			„amelyek az egészséget támogatják.”

Mint ahogy láthattuk, az egészségvédelem legtöbb definíciója a kívánt végredményt (cél-értéket) a jobb egészségben és a nagyobb jólétben mérve fogalmazza meg, bár néhány az egészség karbantartását is célként jelöli meg. A definíciók az elérendő célok, folyamatok és cselekmények azonosításában jobban

különböznek, vagyis nagyobb eltéréseket mutatnak annak meghatározásában, hogy az egészségvédelem hogyan javíthatja az egészséget. Némelyik definíció nem magyarázza meg az alkotóelemeket. Ez a sokféleség azonban inkább látványos, mint valóságos. A definíciók a megvalósítandó célok szerint két olyan csoportra oszthatók, amelyek nem zárják ki kölcsönösen egymást. Az első a környezetre összpontosít, a másik az egyénre. A legtöbb definíció azonban felismeri annak szükségességét, hogy mind a kettővel számoljon.

A megvalósítandó célok sajátosságuk szintjében és elemeikben különböznek. Némelyikük törekvésekre, intézkedésekre vagy egyéb beavatkozásokra utal, mint például programok, szolgáltatások vagy politikai döntések. A legtöbbjük azonban valamilyen cselekvést vagy akciót mindenképpen megfogalmaz.

Néhány definíció a folyamatokra utal. A kivételek közé tartozik a WHO meghatározása, annak Nutbeam (23) általi átdolgozása és Marc Lalonde definíciója.

Bár az újabb keletű felfogások az egészségmegőrzésről és -fejlesztésről különbözöek, legfontosabb elemeikben megegyeznek. Különösen mivel a definíciók megalkotói olyan folyamatként tekintenek az egészségvédelemre, amely nagyon különböző, az egyénre és a környezetre irányuló események során valósul meg, amelyek a nagyobb kontroll révén egyértelműen jobb egészséget és nagyobb jólétet tesznek lehetővé. Mi mégis kiemelkedőnek tartjuk azt a definíciót, amelyet elsőként a WHO Európai Regionális Irodája (24) javasolt. Ez az egészségvédelmet a következőképpen definiálja: „az a folyamat, amely módot ad az embereknek egészségük fokozott kézbe tartására és tökéletesítésére”.

Ennek a definíciónak egy Nutbeam (23) által kidolgozott, továbbfejlesztett változata került felhasználásra egy az egészségvédelem alapfogalmait tartalmazó szöszedatben. Így hangzik: „Az a folyamat, amely módot ad az embereknek az egészségüket befolyásoló tényezőket jobban kézben tartani és egészségüket tökéletesíteni”. Ennek a definíciónak nagy érdeme, hogy egyértelműen kifejezi az egyénnel és a közösséggel való ellenőrzött törődést, felvázol továbbá egy lehetséges alkalmi mechanizmust. Azonban vannak olyan egészséget befolyásoló tényezők, amelyeket sem az egyén, sem a közösségek nem tudnak kézben tartani, de amelyek bizonyos negatív hatásait az egészségvédelmi törekvések csökkenteni tudják (ilyen például a genetikai rendellenességgel született emberek közötti kölcsönös segítségnyújtás bevezetése, vagy a közösségi konyhák működtetése az alacsony jövedelmű családok részére). Ugyanakkor az egészségvédelmi törekvések próbálják megerősíteni vagy kihangsúlyozni néhány olyan egészséget befolyásoló tényező pozitív hatását, amelyeket nem lehet közvetlenül ellenőrizni (például a szociális támogatás növelésével). Továbbá bizonyíték van arra, hogy a személyes kontroll vagy a személyes hatékonyság növelése önmagában hozzájárul az egészség jobbá tételéhez.

Az Ottawai charta definíciója (4) azonban az egészségvédelem sok, a területen dolgozó szakember által elfogadottnak, illetve fontosnak tartott jellemvonását emeli ki.

Ez elsősorban az egészségvédelem alapkoncepcióját vagy kiemelkedő fontosságú elvét testesíti meg: az emberek megerősítését. Azt sugallja, hogy az egészségvédelem alapvetően az a folyamat, amely módot ad az egyéneknek és a közösségeknek arra, hogy a nekik járó hatalommal élni tudjanak. Ezért, ha azt szeretnénk megtudni egy kezdeményezés vizsgálatakor, hogy valóban egészségvédelmi kezdeményezés-e, javasoljuk legfontosabb kritériumként azt megfigyelni, hogy az adott kezdeményezés milyen mértékben tartalmazza az egyének vagy közösségek megerősítését, illetve készségeik és képességeik fejlesztését. Éppen ezért az egyént megerősítő akciók hiánya jelzi, hogy a beavatkozás nem tartozik az egészségvédelem címszáva alá. Az egyén megerősítését célzó folyamatok kritikus elemei a közösség bevonását ösztönző erőfeszítések. Egy másik kitétel, amely segít az egészségvédelmi folyamat felismerésében, hogy az egészségvédelem az egészséget szélesen értelmezi, miközben hangsúlyozza az egyenlőséget, a szociális igazságosságot és az ágazatok közti együttműködést (35).

E feltételek alapján érvelni lehet azzal, hogy az egészségvédelmi szemléletmód nagyon sok területen alkalmazható, ilyen például a megelőzés, a kezelés, a rehabilitáció és a hosszú távú gondozás. Az is igaz azonban, hogy e területeken nem mindenütt történik egészségvédelem. Az egészségvédelem és a betegségmegelőzés nem egymás szinonimái, hanem kiegészítik egymást. Azonban ha nem is az összes, de a legtöbb megelőzésre irányuló folyamat (akár a kezelés és a rehabilitáció is) kivitelezhető egészségfejlesztő módon is, az egyén és a közösség megerősítése által, a közösséget részvételre ösztönözve, az egészséget és az egészséget befolyásoló tényezőket széleskörűen értelmezve, hangsúlyt fektetve a szociális igazságosságra és az ágazatok együttműködését elősegítve.

Gyakorlat

E kritérium ellenére a gyakorló orvosok tevékenységük nagy részét az egészségvédelem címkéjével látták el. Például Downie és szerzőtársai (35) hét olyan tevékenységet különböztetnek meg, amelyek szerintük ide tartoznak:

1. megelőzést célzó tevékenységek (például az immunizáció, a méhnyakrákszűrés, a magas vérnyomásos esetek azonosítása és nikotintartalmú rágó gumik osztása);
2. megelőző jellegű felvilágosítás (ide tartoznak az életmód befolyásolását célzó erőfeszítések, illetve a megelőző jellegű szolgáltatások);
3. megelőző jellegű egészségvédelem (például a víz fluorizálása);

4. megelőző jellegű egészségvédelmi felvilágosítás (például lobbizás a biztonságos övek használatának szabályozásáért);
5. pozitív egészségnevelés (pozitív egészség-magatartás kialakításának céljával, ami egyben magában foglalja az ösztönzést a szabadidő hasznos eltöltésére, és hozzájárul az emberek egészséggel kapcsolatos élettapasztalatának növeléséhez);
6. pozitív egészségvédelem (mint például a munkahelyi dohányzásellenes intézkedések és a szabadidős tevékenységek lehetőségeinek a megvalósítása);
7. pozitív egészségvédelemre való pozitív egészségnevelés (például a pozitív egészségvédelmi intézkedések támogatottságának biztosítása).

Vitatható azonban, hogy mindezen tevékenységek megfelelnek-e a fent felvázolt kritériumoknak, főleg ha figyelembe vesszük azt, hogy a területen tevékenykedő befolyásos szervezetek, mint például a HEA (Health Education Authority) az Egyesült Királyságban, egészségvédelmi munkájuk részeként támogatják ezeket a tevékenységeket.

Sok országban sokféle tevékenységet folytatnak egészségvédelem címszó alatt, akár megfelelnek a fenti kritériumoknak, akár nem. Kanadában például a következő tevékenységeket finanszírozzák és valósítják meg egészségvédelem címén:

- tömegtájékoztatási kampányokat szerveztek azért, hogy felhívják a figyelmet a dohányzás és az ittas vezetés veszélyeire;
- átfogó egészségnevelési programokat hajtottak végre az iskolákban;
- igyekeztek felkelteni a közösség érzékenységét a szív egészségének fontosságára, az alacsony születési súly veszélyeire, illetve a megelőzés egyéb formáira;
- közösségfejlesztő projektek segítségével próbálták fejleszteni a hátrányos helyzetben lévő anyák készségeit szülői feladataik ellátására;
- törekedtek arra, hogy a munkahelyek képesek legyenek a rájuk hatással lévő életmódbeli és a környezeti kérdéseket értékelni és kezelni;
- megpróbálták szövetségeket létrehozni válaszul a szolgáltatások csökkentésére;
- lobbiztak a dohányzást, illetve egyéb kérdéseket érintő politikai döntések megváltoztatásáért;
- erőfeszítéseket tettek a gyakorló orvosok és egyéb egészségügyi dolgozók prevenciós tevékenységének fejlesztéséért.

Az egészségvédelmi tevékenységeket egyre inkább más tevékenységekkel együtt tervezik és hajtják végre. Egy átfogó szemléletmód tipikusan különböző stratégiák keverékét használja annak érdekében, hogy az egyének viselkedésében változásokat eredményezzen a környezeti és közpolitikai változásokon keresztül. A beavatkozásra vonatkozó jelenlegi szemlélet szerint sok szinten (helyi, regionális és közösségi) kell akciókat végrehajtani, és többdimenziós szemléletet kell kifejleszteni a fenntarthatóság biztosítása érdekében. Más szóval, az egészségvédelmi kezdeményezések egyre összetettebbek.

Különbő tevékenységeket neveztek tehát egészségvédelemnek, ha azok megfeleltek az elméleti írásokból származó összeg vagy bármely kritériumnak. A kérdés csupán az, hogy vajon értékelési szempontból e tevékenységek mindegyikét egészségvédelemnek kellene-e neveznünk?

Nagy a kísértés, hogy csak azokat a tevékenységeket soroljuk ide, amelyek az egészségvédelem legalább egy kritériumának megfelelnek. Ez azonban nagyon sok beavatkozást kizárna, így néhány olyat, amelyek célkitűzése szerény, azonban mégis hozzájárul az egészség népszerűsítéséhez. Mindenesetre, ami az egészségvédelem értékelésére vonatkozik, az egyben más területekre, különösképpen a megelőzés értékelésére is. Ezért nem szabad túlságosan ragaszkodni az elvekhez abban, hogy az egészségvédelem értékelésének mit kell tartalmaznia. Fel kell ismerni ugyanakkor az egészségvédelem elveinek fontosságát, különösen az emberek képességeinek a fejlesztését, amire úgy kell tekinteni, mint a tevékenységek irányítójára, beleértve azokat a tevékenységeket, amelyek az értékeléssel hozhatók összefüggésbe.

Következtetések

Az egészségvédelem definícióinak ez az áttekintése – a terület, az elmélet és a jelenlegi gyakorlat fejlődésének szempontjából – azt mutatja, hogy az egészségvédelem még messze nem egységes, hanem multidiszciplináris, és még mindig tele van feloldatlan feszültségekkel. Néhány széles körű megegyezésen alapuló terület azonban megteremtheti a paradoxonok feloldásának és integrálásának alapjait. Annál inkább, mivel úgy tűnik, létezik valamiféle megállapodás arra vonatkozóan, hogy az olyan vezérelvek, mint például az egyén megerősítése és a részvétel, fontosak, valamint az egészségvédelem gyakorlatát sok, az egyén és a közösség egészségének tökéletesítésre irányuló tevékenység képezi. Mi a legmegfelelőbb módja e tevékenységek értékelésének?

Az egészségvédelem értékelésének jelentése és gyakorlata

Az elmúlt 40 évben sok szerző tett javaslatot az egészségvédelem értékelésének meghatározására. A legátfogóbbak között szerepel Green és Kreuter „egy érdek céljának összehasonlítása az elfogadhatóság mértékével” (7) definíciója. Azonban e kijelentés után is számos kérdés marad megválaszolatlanul. Mi az érdeklődés tárgya? Hogyan történik az összehasonlítás? Hogyan határozzuk meg a mércét? Mire használjuk az értékelés eredményeit? Mi az értékelők szerepe a programok életében és elhalásában? Az elméleti és gyakorlati értékelők több választ javasoltak. Ez a szakasz az értékelés fejlődéséről és az erről folytatott vitáról ad áttekintést, továbbá bemutatja az egészségvédelem több lehetséges értékelését.

Alapelvek és kihívások

Sok értékelési kézikönyv létezik, mint például a Suchman (36), valamint a Wholey és szerzőtársai (37) által írtak. Mindegyik sajátos eszközenszer és perspektívák használatát javasolta a programok vagy egyéb beavatkozások értékelési feladatainak ellátásához. A kézikönyvek íróin kívül még sok más gondolkodó fejlesztette ki a maga perspektíváját a terület jelentősebb újságaiban megjelent cikkekben, mint például az *Értékelés és programtervezés*, *Az értékelés áttekintése*, *Értékelés és az egészségügyi szakmák*, valamint *Új irányok a programértékelésben*. Az olvasóknak át kellene nézniük ezeket a cikkeket, hogy felismerjék e tudományos értekezések gazdagságát és értékét.

Az értékelés gazdagságához más tudományágak és szakmák is hozzájárultak. Sok ezzel foglalkozó szakember az oktatás területéről került ki. Az oktatási rendszerek monitorozás iránti szükséglete olyan koncepciók forrása lett, mint az összegző és az előzetes értékelés (38), valamint a cél nélküli értékelés (39). Ezeket a fogalmakat olyan tevékenységek jellemzésére használják, amelyek célja átfogó értékelés nyújtása a programról, egyúttal olyan információ szolgáltatása, amely elősegíti a program megvalósulását, valamint tájékoztatás a várakozott eredményekről.

Az értékelési elvek fontos forrásai voltak a társadalomtudományok, mint például a társadalompszichológia, szociológia, szociális munka, antropológia és közgazdaságtan. Hozzájárultak ehhez a folyamat és a hatás értékelésén alapuló rendszertanok (40), a belső és külső érvényesség megkülönböztetése (41, 42), a költséghatékonysági, illetve egyéb költségmodellek bevezetése (43, 44), továbbá az olyan ismeretelméleti paradigmán alapuló értékelési rendszertanok, mint a posztpozitivizmus, a konstruktivizmus, vagy a kritikai elmélet (45-47) és a képességfejlesztés értékelése (48).

Az egészségtudományoknak egyéb hatásuk is volt. A véletlenszerű kiválasztáson alapuló klinikai kísérletek kifejlesztése az orvosi vizsgálatok értékelésére (49), epidemiológiai modellek használata az értékelési projektekben a társadalmi rétegek változóinak meghatározásához (50), a program menetének értékelési fázisok sorozataira történő felosztása, ami hangsúlyozta a hatékonyság és az eredményesség közötti különbséget (50), ezenkívül a nagyszabású prevenció programok kifejlesztése és végrehajtása (51) mind beleolvadtak az értékelés arzenáljába.

Végül az értékelés fontos téma volt az akadémikus világon kívül is. A tervezés-programkészítés-finanszírozás rendszerének elfogadásával a 60-as évek közepén az USA szövetségi kormányának közigazgatási irodáiban az értékelés lett a közalkalmazottak egyik fő elfoglaltsága, azért, hogy racionalizálják a kormány szociális programokkal kapcsolatosan hozott döntéseit (52). Az állami programokat értékelő szakemberek olyan koncepciókat népszerűsítettek, mint a felelősség (53), az értékelhetőség (54) és az irányítás (55), amely fogalmak ma az értékelés tervezésének részét képezik.

Ez a széles körű áttekintés jól illusztrálja az értékelés interdiszciplináris jellegét és a terület fejlődéséhez hozzájáruló témák és előfeltevések sokaságát. A felsoroltakon kívül korlátozott mértékű erőfeszítések valósultak meg arra vonatkozóan, hogy megteremtsék az összes ilyen jellegű tevékenység szervezésének analitikai keretét. Itt érdemes megemlíteni House értékelési típusainak taxonómiáját (56), valamint Guba és Lincoln munkáját a terület fejlődésének fázisairól (57).

Jelen értekezéshez különösen nagy segítséget jelentett a Shadish és szerzőtársai (58) által ismertetett öt alapelv, amelyek a programok értékelésének értelmezésével és meghatározásával kapcsolatosak: szociális programalkotás, értékelés, tudásépítés, a megszerzett tudás alkalmazása és értékelési gyakorlat. A fenti szerzők szerint az értékelés a következőképpen definiálható:

1. Általában a szociális programok kidolgozási és továbbfejlesztési módjára vonatkozó perspektíván alapul, tekintettel arra a problémára, amelyet a program segítségével kívánnak megoldani (az érdeklődés tárgyának meghatározásával).
2. Fel kell ismernie, hogyan lehet a programok leírása mellé csatolni az értékeket (az elfogadható szabványok körének meghatározásával).
3. Tükröznie kell az értékelők elgondolását azokról a feltételekről, amelyek megteremtik a programmal kapcsolatos tudást (a megengedett összehasonlítások felismerését elősegítve).
4. Általában azt tükrözze, hogyan lehet az értékelésre vonatkozó információkat felhasználni, valamint azokat a célokat, amelyeket segít elérni.

5. Fel kell ismernie az értékelők szemléletmódját és gyakorlatát (amely meghatározza a programmal és az egyéb kezdeményezésekkel kapcsolatos szerepüket).

Ez az öt kérdés megteremti az értékelés természete feltárásának és tisztázásának általános keretét, különösen az egészségvédelem kontextusában.

Szociális programtervezés

A programértékelés a programok szisztematikus tanulmányozását jelenti. Ezek nem természetes objektumok, hanem erőforrásokon alapuló kezdetleges emberi műalkotások olyan tevékenységek és szolgáltatások megvalósítására, amelyek együttesen egy adott népesség adott kontextusban felmerült problémáinak megoldását tűzték ki célul (59). Ezeknek a tevékenységeknek valamilyen hatással kell lenniük a helyzetre.

Az értékelés e dimenziói körvonalaznak egy sor olyan összetevőt, amelyeket ténylegesen értékelni lehet, és ez felölel számos már meglévő tipológiát. Például a folyamatértékelés (40) az erőforrásokra és a tevékenységekre összpontosít, míg az eredmények értékelése során a tevékenységek és szolgáltatások közötti kapcsolatot és a helyzetben bekövetkezett változásokat vizsgálják. Az egészségügynek azokon a területein, ahol a beavatkozások hatásfokára és hatékonyságára vonatkozó előfeltevések a legfontosabbak, a programértékelés során gyakran kihangsúlyozzák a program vagy annak elemei és a vizsgált helyzet bizonyos aspektusai közötti kapcsolat kialakítását (60). Mi mégis azt tanácsoljuk, hogy érdemes megvizsgálni minden olyan kérdést, amely lényeges a program vagy a program szereplői szempontjából. Bármely programnak lehet egynél több érdekes eleme.

Az értékelés ezen aspektusa hangsúlyt fektet arra a tényre, hogy a programok kontextusba ágyazottak, mivel azokat adott összefüggésben felmerült adott problémák megoldására hozzák létre. A programértékelő szakembereknek ezért tisztában kell lenniük azzal, hogy ezek a program–kontextus kapcsolatok döntő fontosságúak lehetnek a program bizonyos elemeinek magyarázata során. Weiss (61), valamint Kronbach és szerzőtársai (62) az értékelés „kontextuálisan realiztikus” elméletének képviselői. Szerintük az értékelés következtében nyert információnak hasznosnak kell lennie annak megértésében, hogyan történik a programok tervezése, megvalósítása és módosítása specifikusan, illetve általánosítható tudásként. Weiss (63) úgy érvel, hogy a programok nem statikusak, hanem dinamikus entitások, amelyek az idő múlásával és az értékelés során nyert információ hatására változnak. Ezért az értékelést végzőknek észben kell tartaniuk azt, hogy az értékelés során vizsgált kérdésektől függetlenül az információt a program egyedi kibontakozása során helyileg definiálják azok-

hoz a társadalmi problémákhoz viszonyítva, amelyek megoldására a programot kidolgozták.

Legújabbban Guba és Lincoln *Négy generációs értékelés* (57) című munkája azt veti fel, hogy az értékelésnek kizárólag a programok társadalmi kontextusukkal összefüggő fejlődésének a leírására kellene koncentrálnia. Anélkül, hogy az ilyen jellegű leírásra korlátoznánk az értékelést, mi is feltétlenül azt gondoljuk, hogy egy program egyedi dinamikája megértésének is megvan a maga haszna. Minél összetettebb egy program, annál hasznosabbak az ilyen leírások.

Végezetül, ez a definíció azt sugallja, hogy a probléma és a program között fennálló kapcsolat modellezhető egy programelmélet segítségével (64). Chen és Rossi (65, 66) kidolgozták az elméleten alapuló értékelés koncepcióját annak szemléltetésére, hogyan határozható meg a probléma ismeretében a program hatékony mechanizmusa, és hogyan határozhatók meg és értékelhetők a programelmélet teszteléseként a közvetlen, a közbeeső és a távolabbi eredmények. Az egészségvédelemben Green és Kreuter előzmény–következmény modellje (7) a példa az ilyen folyamatokra. Mindazok a szociális, epidemiológiai, nevelési és környezeti diagnózisok, amelyek a modell előzmény (precedens) oldalát képezik (az ökoszisztémák diagnózisa és értékelése során használt prediszponáló, megerősítő és képessé tevő szerkezetek), megfelelnek az eredmény azon indikátorainak, amelyek a modell következmény oldalát (közpolitika, szabályozás, forráselosztás, valamint a nevelési és környezeti fejlődés érdekében történő szervezés) vagy az értékelés fázisait képezik.

Értékkel való felruházás

Ez az a folyamat, amelynek során valamilyen értéket adunk hozzá egy programhoz, annak vizsgálata után. Kezdetben több értékelő úgy gondolta, hogy a tények magukért beszélnek, ezért az értékelés folyamata értékítéletektől mentes volt (39). Három ponton bizonyosodott azonban, hogy tévedtek. Először: a szociális programok önmagukban is tartalmaznak értékeket. Másodsor azért, mert az értékelési adatokat a társadalmi források elosztására irányuló döntéshozás folyamatának elősegítésére használják, így ezek értéket képviselnek, erkölcsi jelentőséggel bírnak. Harmadszor: az adatokat úgy kell értelmezni, hogy jelentést kapjanak. Ennek eredményeként több figyelmet kell szentelni az értékkel való felruházásnak, még akkor is, ha az elméleti és a gyakorlati értékelési szakemberek többsége nem foglalkozik ezzel a témával (58).

Az értékkel való felruházásról szóló elméletek előíró vagy leíró jellegűek. Az előíró elméletek olyan egyedi értékeket hirdetnek, mint a szociális igazságosság és egyenlőség. Ezek a kiemelt prioritást élvező értékek a mértékadóak a programok számára. A leíró elméletek az érdekeltek által vallott értékeket jelenítik

meg, és ezek határozzák meg a program megítélése során használt kritériumokat. Bár a legtöbb értékelési szakember az értékelés második formáját használja (58), House (56) azt állítja, hogy az előíró jellegű etikák az értékelés velejáráói, mivel az értékelés politikai aktus, amely segíti a döntéshozókat a források újraelosztásában.

Mint azt korábban említettük, az egészségvédelmet egyre inkább olyan értékek mentén definiálják, mint az egyén megerősítése, egyenlőség és részvétel. Ebben az összefüggésben nagyon nehezen alkalmazható a leíró jellegű modell. Az értékelőknek aktív szerepet kell vállalniuk a terület értékeinek a népszerűsítésében, és fel kell használniuk azokat a programok értékességének vizsgálatakor. Az értékelés nem lehet sem politikailag semleges, sem ideológiáktól mentes, de nagyon jól használható a politikai vagy ideológiai érdekek érvényesítése során. A kérdés csupán az, kinek az érdekeit segít megvalósítani, a hatalmon lévőkét vagy azokét, akiknek nincs hatalmuk, azaz a bürokráciát vagy a közösséget. Az ilyen kérdések kiemelten vonatkoznak az olyan jellegű egészségvédelemre, amely olyan értékek sorozatát foglalja magában, mint például az egyén megerősítése, a részvétel és az egyenlőség, hiszen ezek mind politikai következményekkel járnak.

Az egészségvédelemben alkalmazott értékelés ezáltal bizonyos mértékig politikai tevékenységgé válik, és ezért számolnia kell politikai kérdésekkel. Az értékelőknek tisztában kell lenniük a makro-, közép- és mikroszintű politikai kontextusokkal. Makroszinten az értékelőknek figyelembe kell venniük a hatalommal rendelkezők ideológiáját, és azt számításba véve kell megtervezniük az értékeléseiket, saját elveik feladása nélkül. A középszinten az értékelőknek és az értékeléseknek ugyanígy tekintettel kell lenniük a közösség tagjainak gondjaira és azon szükségletére, hogy olyan információk birtokába jussanak, amelyek eszközként szolgálnak számukra pozitív szociális változások véghezvitelében. Mikroszinten az értékelőknek tisztában kell lenniük az értékelésben részt vevő emberek politikai-ideológiai környezetével.

Tudásfelépítés

A tudás felépítése erősen vitatott az értékelés irodalmában. Korai értékelők azt tartották, hogy a kezelések analógiájára a programokat is lehet az alapvető természet- és társadalomtudományok (67, 68) kísérleti, illetve lényegileg kísérleti módszertana alá csoportosított eszközeit felhasználva tanulmányozni. A korai értékelők a programokat összetett kezelési csomagokként kezelték (69), amelyek hatását a manipulációk (70) hatásának vizsgálatához hasonló módszerekkel lehetne vizsgálni. Campbell, a korai idők egyik fő alakja valóban nagy hangsúlyt fektetett a belső érvényességre (67). Az általa felvetett, ígéretesnek tűnő komoly kutatási program ellenére kiderült, hogy az értékelési eredmények

ismételten megtévesztőek voltak (61). A programok hatása, ha egyáltalán volt valamilyen, csupán kis jelentőségű volt.

Guba (71, 72) erőteljesen kritizálta a korai megközelítést, miközben avval érvelt, hogy az ok-okozati viszony nem releváns, és éppen ezért az erre alapozó értékelés nem lehet hatásos. Az ő álláspontja vezetett egy természetű értékelési paradigma (73) népszerűsítéséhez az addig túlsúlyban lévő atomisztikus elméletre reagálva. Az ő álláspontját a mennyiségi módszertant a minőséggel szembeesítő vita foglalja össze.

Ebben a vitában a kutatók az alábbi három álláspont közül képviselték valamelyiket. A szélsőségesen pozitivista álláspont azt hirdette, hogy a tudáshoz vezető királyi út – a kísérleti módszertan – talajvesztetté vált. Eszerint a valóság egy objektív, semleges szemlélő által vizsgálható, és az ok-okozati viszony akkor mutatható be, ha a tanulmány tárgyát képező beavatkozás kivételével az összes paraméter állandó. Ez a nézet mindazok számára vonzó, akik úgy gondolják, hogy racionális döntések meghozatalához bizonyított tények szükségesek. Mivel a legtöbb program nyitott rendszerekben valósul meg, ahol nehéz az ellenőrzés, ez a nézet alig tartható fenn.

A másik végletet a konstruktivisták elméletei képviselik, akik azt állítják, hogy minden tudás helyi, és egy megfigyelő építi fel. Tagadják az ok-okozati viszony és az objektivitás létezését arra hivatkozva, hogy a helyi konstrukciók a program szereplőinek értékeit tükrözik. Az értékelést végző személy e szereplők egyike, aki hatással van a program kibontakozására és az értékelés érdekében tett erőfeszítésekből származó tudásra. A program megvalósításában érdekelték rengeteg figyelmet szenteltek az ilyen értékelőknek. Az egyedi folyamatok hangsúlyozása olyan információt eredményez, ami általában hasznos a program megvalósítása szempontjából, de problematikus az értékelési kutatások potenciális felhasználói részéről ezeknek az információknak más programokra vagy más kontextusra történő kiterjesztése.

A középút, az ún. kritikai sokelvűség (75) azt állítja, hogy a módszereket a kérdésfeltevéssel kell összehangolni. Ha az értékelés hivatalosan választ tud adni kérdések széles körére, nem meglepő, hogy egy egyszerű módszer erre nem képes. Az értékelőket éppen ezért válogató metodológusoknak tartják, akik gyakorlatukat az egyes kezdeményezéseknek a döntéshozók, a programon dolgozó munkatársak és az abban résztvevők, illetve az abban érdekelték (76) szükségleteihez igazítják. Ennek az elméletnek egyik legélesebb kritikája az, hogy a módszertanok különböző ismeretelméletekben gyökereznek, amelyeket nem lehet egyetlen törekvésben összeegyeztetni (77), még kevésbé tudja őket egyetlen értékelő összefogni.

Mint az értékelésnél általában, az egészségvédelem értékelése során számtalan filozófiai kérdéssel kell szembenézni. Caplan (78) két fontos kérdésre figyelt fel. Az első azzal a bizonyítékkal kapcsolatos, amely a beavatkozások tervezé-

sének alapját képezi, és a tudományos ismeretek természete körül forog, a második pedig a társadalom természetéről szóló elméletekkel és feltevésekkel foglalkozik. Caplan vitatja, hogy e két kérdés összefonódása jelentős hatással van az egészségnevelés és az egészségvédelem értékelésére.

Ami az ismereteket illeti, az egyik nézet az egészséget vagy betegséget egy objektív patológiai entitás meglétéként vagy hiányaként kezeli. A másik a szubjektív élmény kevésbé megfogható kategóriáin alapszik, mint például az emberek egészségi állapotának tulajdonított jelentés. Caplan (78) azt mondja, hogy „az ismeretek, amelyekre az akcióprogramokat alapozzuk, problémája a versengő racionalitási rendszerek harcában nagy gyakorlati horderővel rendelkező, sarkalatos filozófiai kérdés”.

Caplan az sugallja, hogy a társadalom természetére vonatkozó feltevéseket és elveket olyan elméletekben lehet megragadni, amelyek a társadalmi szabályozások radikális változásaiból származnak. Az előbbi a változásra, a strukturális konfliktusra és a dominancia módozataira, az ellentmondásra, az emancipációra, a nélkülözésre és a lappangó lehetőségre vonatkozik, az utóbbi ellenben a status quóra, a szociális rendre, a konszenzusra, a társadalmi integrációra és kohézióra, a szolidaritásra, a szükségletek kielégítésére és az aktualitásra (78).

Ezután Caplan (78) az ismeretek két dimenzióját, a szubjektivista és az objektivista szemléletmódot kombinálja, radikális változást és a társadalom működésének tipológiába történő beállítására irányuló társadalmi szabályozását feltételezve, és azt sugallja, hogy minden kvadráns „szemléltesse az egészség felfogásának főbb szemléletmódját vagy paradigmáját és az egészségvédelem gyakorlatát”. Azt javasolja továbbá, hogy a tipológia „szolgáltassa azokat a fogalmakat, amelyek szükségesek ahhoz, hogy mélyrehatóbban feltárják a különböző egészségvédelmi modellek közötti különbségek, illetve mik a közös vonások”. Ezután az eszközöket egy, az egészségnevelésről és az egészségvédelemről készült reflexív elemzésben felhasználja, és arra a következtetésre jut, hogy az egészségvédelem különböző modelljei (nevelési, az ember saját megerősítését szolgáló, politikai gazdasági és közösségi fejlődési) „nagyon hasonló nézeteket vallanak a társadalomról, annak ellenére, hogy látszólag különbözőképpen tekintenek az *egészségügyi problémák fő forrására, s az egészségnevelés/fejlesztés végkifejletére*”. Azt javasolja, hogy ez az elemzés demonstrálja az ismeretelméleti kérdéseket az egészségi vonatkozású kutatásokban. Ez a következtetés egyértelműen vonatkoztatható az egészségvédelem értékelésére is.

Mi legyen az elmélet szerepe az egészségvédelem értékelésében és mely elméletek a legmegfelelőbbek? A nehézség abban rejlik, hogy bár történtek erőfeszítések az egészségvédelem elméletének kidolgozására, ilyenek voltak például az *Új népegészségügyi szövegértelmezések* (12), nem jártak sok sikerrel. E munka elméletek sokaságát hagyta hátra, amelyek a téma egy-egy korlátozott aspektusát próbálják meg elmagyarázni, megjósolni. Ez különösen jelentős

az értékelésben, ahol egyre több a felhívás, mint például Chené (66) és Weissé (79), az „elméleten alapuló” értékelésre.

Bár a probléma nehezen áthidalható, fontos hangsúlyozni az elmélet jelentőségét, elsősorban annak az értékelésben való hasznossága okán. Egyrészt azért, mert útmutatás azon programok fő aspektusai kapcsán, amelyek az értékelésre fordítható, szűkös erőforrásokra fókuszálnak, s ezáltal elősegítik a hatékonyság iránti igénnyel való törődést. Másrészt az elmélet azt is jelezheti, hogy érvényesek-e azok az előfeltevések, amelyek több jellegzetes programra vonatkozó döntés alapját képezik, ami egyúttal a résztvevőket is elgondolkodtatja saját feltevéseikről. Weiss szerint (79) azok az értékelések, amelyek a programokba ágyazott elméleti feltevésekkel foglalkoznak, nagy hatást tudnak gyakorolni mind a közügyekre, mind a népszerű nézetekre. Más szóval semmi sem annyira praktikus, mint egy jó elmélet.

Így az egészségvédelmi kezdeményezéseket értékelő szakembereknek szembe kell nézniük azzal a kihívással, hogy tanulmányozzák, fejlesszék és használják az egészségvédelem elméleteit, valamint hogy megfelelő mértékben merítsenek más területek elméleteiből. Az egyéni, szervezeti és közösségi változásokra vonatkozó elméletek különösen hasznosnak tűnnek.

Az egészségmegőrzés, illetve -fejlesztés fejlődő terület, amely számos, az értékelésre kiható koncepcionális változással találja magát szemben. Az erre vonatkozó kérdések egy része az egészségvédelemnek az egyén megerősítésére gyakorolt hatását vizsgálja. Az egyén megerősítésének definiálási nehézségén kívül (80) ez a fogalom sajátos problémákat vet fel az egészségvédelmi szemléletmódok értékelésében. A közösségi egészségvédelmi programokban például a teljesítendő célok és az egyén megerősítése között feszülő ellentét (81) az értékelőket az egymásnak ellentmondó követelmények összeegyeztetésére készíti. Hasonlóképpen a szakembereknek meg kell küzdeniük a kihívással, hogy olyan programokat értékeljenek, amelyek érdekeltjei egymással ellentétes célokat és értékeket támogatnak (82).

Boyce (82) olyan szemléletmódot ábrázol, amely megfelel ennek a kihívásnak. Egy a közösség részvételének értékelésére vonatkozó módszertant terjesztett elő az egyén megerősítésének fő elemeként. Ez a részvételre vonatkozó etikai szabályok kódját dolgozza ki az érintettek képviselőjét megvalósító közösségi fórumokon tartott közmeghallgatások segítségével. A kódot olyan nyilvános mechanizmusok hagynák jóvá, mint a törvényhozás, és az információgyűjtés irányítására használnák, ami esetlegesen tartalmazna igazságosságra, egyenlőségre és korrektségre vonatkozó adatokat. Miután összegyűjtötték az adatokat, az értékelők és a közösségi ülnökök egy közösségi fórumon ismertették, majd a részvételi etikai szabályok kódja segítségével értékelnék őket valamiféle konszenzus érdekében.

Bár ez a szemléletmód a ráfordítandó időt vagy erőfeszítést tekintve nem feltétlenül lenne eredményes, mégis megvan az az előnye, hogy lehetővé teszi a különböző érdekeltek számára a megegyezésre jutást az eredményesség fontosságát illetően. Ez a közösségi kezdeményezések értékelésének egyik kritériuma, mivel a meglévő közösségi erőforrások használatán alapul. Mint ahogy Boyce (82) megjegyezte, „az olyan helyzetek, amelyek fő célja a program értékelése, de amelyekbe nincs a közösség bevonva, nem értékelhetők ennek a modellnek a segítségével”.

Az egészségvédelem egyéb fogalmai, mint a kapacitásfejlesztés és az ellenőrzés, kihívást jelentenek az értékelés számára. Kevésbé kidolgozottak, ami értékelési célokra nehezen használhatóvá teszi őket, valamint új kutatási eljárások és technikák kifejlesztését követeli meg.

A megszerzett tudás alkalmazása

Számos értékelésre vonatkozó definícióban magától értetődő az eredmények közbenső felhasználása olyan célok érdekében, mint a döntéshozók segítése a programokról hozott döntésekben. Ez egyértelműen az értékelések eredményeinek fő felhasználási területe. Tanulmányok sorában vizsgálták, hogyan lehet fokozni az értékelési adatok közbenső felhasználását (38, 61, 83, 84). A számottevő tényezők a következők: a potenciális felhasználók korai azonosítása; gyakori találkozók szervezése a felhasználókkal, különösen az értékelés kérdésazonosítási fázisában; a program azon jellegzetességeinek azonosítása, amelyeket a felhasználók nem tudnak ellenőrizni; előzetes és időközi jelentések készítése; az eredmények akciókká történő átalakítása; nem gyakorlati jellegű tevékenységeken keresztüli elterjesztés és összegzések.

A közbenső használaton kívül Rossi és Freeman (40) fogalmi és meggyőző használatról is beszélnek. A fogalmi használatot úgy definiálják, hogy az nem más, mint az értékelés eredményeinek felhasználása a probléma általánosítása érdekében anélkül, hogy hatással lennének egy adott programra. A népesség egészségének kutatásával foglalkozó szakemberek például a különböző forrásokból származó értékelési eredmények fogalmi felhasználásával modelleket generálnak arról, hogy a fejlett országokban az egészségügyi rendszerek hogyan értek el egy csökkenő bevételi pontot a népesség egészségügyi mutatóinak vonatkozásában (10). Rossi és Freeman (40) azt állítják, hogy az értékelőknek legalább annyi erőfeszítést kellene tenniük a fogalmi használat fokozására, mint a közbenső használatra. Az értékelési eredmények programok formájában nyújtanak a kontextualizált problémák kezelésére vonatkozó gyakorlati megoldásokról ismereteket. Ennek a tudásnak a közbenső alkalmazása általában a vizsgált programra irányul. A program képezi az érdeklődés tárgyát. Fogalmi használat keretében számos programot megvizsgálnak azért, hogy értelmezzék

a problémát vagy új hipotéziseket állítsanak fel arról, hogyan kellene programokat készíteni a hatékonyabb problémamegoldás érdekében (85). Ebben az esetben semmilyen program sem elég önmagában, és az értékelési eredményeknek csupán akkor lesz jelentésük, ha több programon keresztül összesítik őket.

Mint ahogy azt korábban bemutattuk, a meggyőző használat, az értékelők hatáskörén kívül, „az értékelési eredmények összegyűjtése a politikai pozíciók megvédése vagy megtámadása végett” (40). Az emberek gyakran ösztönzésre használják az eredményeket, amikor olyan pozíciót töltenek be, ahol befolyásuk van a politikai döntésekre vagy magukra a politikai szereplőkre. Egy egészségügyi dolgozó például felhasználhatja a szív egészségét hirdető közösségi programok egészséget veszélyeztető tényezőkre gyakorolt pozitív hatásának hiányát a közösségi fejlődés mint jogszerű egészségvédelmi stratégia elleni érvelésében.

Az értékelés mindhárom felhasználási területe (közbenső, fogalmi és meggyőző) érvényes. Különböző emberek eltérő céljait szolgálják. Különböző fejlődéseméleti szakemberek vették pártfogásukba az értékelés közbenső (83) vagy fogalmi (85) használatának az előmozdítását. Shadis és szerzőtársai (58) előre látták, hogy az értékelés bármelyik használatra történő leszűkítése végzetes lenne az egészségvédelem területének fejlődésére nézve.

Az értékelés gyakorlata

Az értékelés gyakorlatára vonatkozó kérdések, végezetül, azt vizsgálják, hogy érdemes-e értékelni. Ha igen, mi a célja, mi az értékelő szerepe, milyen kérdések tehetők fel, hogyan kivitelezhető, és milyen tevékenységek szükségesek hozzá. Shadis és szerzőtársai (58) szerint nagyon kevés értékelési elmélet eléggé átfogó ahhoz, hogy mindezeket az aspektusokat felölelje. Rossi és Freeman szövegkönyve (40) valószínűleg az egyik legátfogóbb, mégis elégtelennek bizonyul arra, hogy minden egyes kérdéskör sokrétűségét ábrázolni tudja.

Shadis és szerzőtársai (58) azt állítják, hogy a programértékelés gyakorlati megvalósítására vonatkozó jó elmélet főleg azoknak az átváltásoknak a tisztázásáról szól, amelyek a gyakorlatból eredő kérdések során merülnek fel. Ebben az értelemben az értékelés gyakorlata a fent tárgyalt négy aspektust (szociális programtervezés, értékkel való felruházás, tudás felépítése és a megszerzett tudás alkalmazása) hangsúlyozza, amelyek mind a gyakorlat részét képezik. Két, a gyakorlat témakörét érintő kérdés azonban teljesen egyedinek tűnik: szükséges-e értékelést végezni, illetve mi legyen az értékelő szerepe.

Különböző szerzők eltérő módon szemlélték egy program értékelhetőségét. Campbell (69) például azzal érvelt, hogy a program fejlődését szolgáló értékelés folyamatának mindig meg kell előznie az eredmény- vagy hatásvizsgálatot: „csak a remek programokat kellene értékelni”, a folyamat értékelése következ-

tében lehetségessé váló hibakeresési időszak után. Ez közvetlenül Nutbeam és szerzőtársai (86) programkidolgozási modelljét vitatja, amely szerint, mivel a programok az elterjesztési fázisok bemutatása során fejlődnek ki, csökken az eredmények értékelésére irányuló szükséglet, míg a folyamat értékelése iránti igény megnő. Mások, például Rutman (54), azokkal a feltételekkel, valamint a programok azon jellemzőivel foglalkoztak, amelyek ahhoz szükségesek, hogy növeljék a sikeres értékelés esélyét függetlenül attól, hogy mit jelent a sikeres értékelés az érvényes, hasznos és releváns eredmények produkálása szempontjából.

Az értékelő szerepe az utolsó kérdéskör, amellyel foglalkozni kell ebben a fejezetben. Az értékelő és a program résztvevőinek relatív szerepéről alkotott fel fogás évek során alakult ki, kezdve attól, hogy az értékelőket az objektivitás érdekében amennyire csak lehetett elkülönítették (67), egészen a napi kooperáció és kommunikáció ösztönzéséig, aminek következtében viszont az értékelő érintetté vált a programban (67). Az általános tendencia azonban a program és az értékelő közötti szoros kommunikáció és csapatmunka kiépítésére való törekvés. (Campbell (70) elismeri, hogy a különálló szervezetek melletti állásfoglalása hiba volt). Ez a tendencia az egészségügyi tudományok területén is megfigyelhető, ahol klinikai kutatók értékelik saját kezeléseiket, vagy ahol egészségvédelmi kutatók értékelik saját programjaikat.

Mi a legmegfelelőbb módszertan az egészségvédelem értékelésére? Az Amerikai Értékelők Szövetsége száznál is több értékelést fogadott el. Vajon ezek mind egyformán alkalmasak az egészségvédelmi kezdeményezések értékelésére, vagy vannak köztük jobban alkalmazhatók? Felmerül az is, hogy kell-e új metodológiákat kidolgozni, és ha igen, hogyan.

A közösségi alapú értékelések kihívást jelentenek. Az egészségvédelmi beavatkozások értékelésekor a következő sajátosságok okoznak nehézségeket: a beavatkozások összetettsége, a társadalmi és politikai kontextus figyelembevételének szükségessége, a beavatkozások rugalmas és kibontakozó természete, az elérni kívánt eredmények sokasága és az összehasonlításhoz szükséges megfelelő kontrollcsoportok hiánya. A hatások és eredmények közösség szintjén történő összehasonlítása szintén módszertani nehézségekbe ütközik. Ezek a nehézségek ijesztők.

Az egészségvédelmi kezdeményezések egyre összetettebbé váló természete jelentős módszertani kihívásokat jelent. Mint azt korábban megjegyeztük, a kezdeményezések egyre komplexebb, többszintű stratégiákat tartalmaznak. Ilyen körülmények között megfelelő értékeléseket tervezni és kivitelezni nagyon bonyolult. A legnagyobb kihívást az optimális beavatkozási csomagok meghatározása, illetve azok minden részének hatékonysága jelenti.

Az egészségvédelmi beavatkozások hosszú távúak, és ez megnehezíti azt, hogy gyors válaszokat kapjunk a kezdeményezések végső vagy akár közben-

ső eredményeiről. Ezt az időeltolódást gyakran súlyosbítja az egy bizonyos értékelés követelményeinek megfelelő stratégiák kidolgozása iránti igény. Ez felveti azt a kérdést is, hogy vajon az értékelési stratégiáknak az eredmény helyett inkább a folyamatra kell-e irányulniuk, bár mi úgy gondoljuk, mindkettő egyaránt szükséges.

A fent említett koncepcionális nehézségek közül a mérés különös kihívást jelent akkor, ha a fogalmak nem teljesen világosak vagy, ha vita tárgyát képezik, ami sajnos gyakran előfordul az egészségvédelemben. A végső és a cél elérését segítő közbenső intézkedések egyesítése további nehézséget okoz.

Mit tarthatunk a hatékonyság bizonyítékának? Néhányan azzal érvelnek, hogy az értékelés egyetlen elfogadható módja a véletlenszerű kiválasztáson alapuló kísérlet. Egyre több kutató és egészségvédelemmel gyakorlatban foglalkozó, illetve hasonló területeken dolgozó szakember érvel azonban amellelt, hogy az egészségvédelem természete különböző értékelési szemléletmódokat kíván meg, és hogy a megfelelő technikák még kidolgozásra várnak. Mi is ehhez az utóbbi táborhoz tartozunk és reméljük, hogy könyvünk hozzájárul az egészségvédelemben és az ahhoz kapcsolódó területeken a módszertani többletvűség elfogadottságához.

Számos módszertani kérdés kapcsolódik az egészségvédelem értékeléséhez, a fent említettekén kívül a programok értékelésének általában vett nehézségei, amelyek meglehetősen nyugtalanítóak. Reméljük, könyvünk hozzájárul ezek közül legalább néhány probléma megoldásához.

Az egészségvédelmi kezdeményezések értékelése ráadásul rengeteg gyakorlati kérdést is felvet. Például, mi az értékelők, gyakorlati szakemberek, fogyasztók és a finanszírozó szervezetek pontos szerepe. Ez régen viszonylag egyszerű volt, a részvétel fontosságát hangsúlyozó szemléletmódok és a hasznosításon alapuló értékelések fokozatos előtérbe kerülésével azonban bonyolultabbá vált. Valóban, ha a részvétel fontosságát hangsúlyozó szemléletmódot vesszük figyelembe, minden félnek aktívabban kell közreműködnie, mint korábban, és a szerepe is megváltozik. Az értékelőknek például jobban kell figyelniük, és érzékenyebben kell reagálniuk a gyakorlati szakemberek és a fogyasztók igényeire, és a folyamat ellenőrzése során inkább oktatóként, mint szakértőként kell viselkedniük. A gyakorlati szakembereknek és a fogyasztóknak jobban az ellenőrzésük alatt kell tartaniuk a folyamatot. A finanszírozó szervezeteknek el kell ismerniük a gyakorlati szakemberek és a fogyasztók megnövekedett befolyását, és ahhoz kell igazítaniuk stratégiáikat és eljárásaikat.

Mit kell értékelni? A költségekkel számolva lehetetlen minden kezdeményezést ideálisan megtervezve és maximális erőbedobással értékelni. El kell dönteni, hogy kívánjuk-e, és ha igen, hogyan, illetve mi alapján kívánjuk befektetni a szűkösen rendelkezésre álló erőforrásokat. Így például, hogy a kezdeményezés költsége vajon értékelhető-e, hogy hasonló kezdeményezések megfelelő értéke-

lésére sor került-e már, és rendelkezésre áll-e az értékeléshez szükséges gyakorlati szaktudás. Az ilyen és ezzel összefüggő kritériumok alkalmazása segíthet megfelelő döntéseket hozni az értékelésre szánt források kiutalásában. Segítséget jelenthet továbbá egy a fejezet következő szakaszában ajánlotthoz hasonló értékelési keretrendszer használata.

További gyakorlati kérdések:

- Hogyan kezeljük az egészségvédelmi kezdeményezésekre olyan jellemző homályos célokat és elérni kívánt eredményeket?
- Hogyan bánjunk a sokféle vagy rosszul mérhető eredményekkel?
- Hogyan dolgozzunk úgy a közösségekkel, hogy elősegítsük azok saját erőforrásainak maximalizálását és kiépítését?
- Milyen eszközökkel biztosítsuk azt, hogy az értékelés során feltárt tényezők a lehető leghamarabb eljussanak azokhoz, akiknek szükségük van azokra?
- Hogyan integráljuk az egészségvédelem és a betegségmegelőzés érdekében hozott erőfeszítéseket országos, regionális, illetőleg helyi szinteken?
- Hogyan tervezzük meg ezek megfelelő értékelését?

Ez a könyv ilyen jellegű kérdéseket tárgyal.

Mint ahogy minden értékelésnél, az egészségvédelem értékelésekor is számos etikai kérdés merül fel. A kutatásra általában vonatkozókon kívül külön etikai kérdéskört vet fel a kutatásban történő részvétel fontosságának a hangsúlyozása (87). Ezek egyik fajtája a közösség tagjainak a kutatásban történő aktív részvétele által potenciálisan okozható kárral kapcsolatos, például az, hogy az ilyen kutatásból származó információ felhasználható a közösség tagjainak lejárására. Az egészségvédelmet vizsgáló kutatásokba biztosítékokat kell beépíteni ennek elkerülésére, ugyanakkor etikai szempontból az is fontos, hogy a részvételen alapuló kutatás tartalmazzon olyan beépített eljárásokat is, amelyek biztosítják az érdekelték közötti nyílt és őszinte kommunikációt. Sajnos általánosságban elmondható, hogy az ilyen jellegű kutatásokkal összefüggésbe hozható speciális etikai kérdések vizsgálatának megfelelő szerkezete még nem terjedt el.

Következtetések

Ezen a ponton már tisztán kell látni azt, hogy az értékelés területe az elfogadott gyakorlatok sokszínűségét foglalja magában, amelyek mindegyike hozzájárul bizonyos kérdéskörök vagy problémakörök értelmezéséhez és kifejlődéséhez. Az értelmezés ilyen mértékű változatossága és gazdagsága ijesztő lehet

annak, aki először próbálja felmérni ezt a területet, akár kíváncsiságból, akár értékelési szándékkal teszi. Mi azonban úgy gondoljuk, hogy éppen a változottság az, ami az értékelést olyan hatásos eszközzé teszi. Az érdeklődés tárgyának, a kontextusnak, az értékelő saját filozófiai helyzetének és a kezdeményezésben részt vevő többi ember jellemzőinek függvényében az értékelők az állásfoglalás bármilyen kombinációjára számíthatnak az említett kérdésekkel kapcsolatban – miközben azzal is tisztában vannak, hogy a különböző kombinációk végtelensége is érvényes lehet. Ezek a kombinációk összetettségükben különböznek egymástól. Mi úgy gondoljuk, hogy az összetettség mértéke akkor megfelelő, ha az értékelő is kezelni tudja, valamint az értékelést megalapozó információéhséget is ki tudja elégíteni. Ezért a kifinomult és költséges tervezések az erőforrások pazarlásának minősülnek akkor, amikor egyszerűbb módszerekkel is választ lehet találni a kérdésre. Azok az értékelők pedig, akik kifinomult eszközökkel dolgoznak, de azok használatának nem mesterei, aligha tudnak használatos és érvényes eredményeket produkálni.

Ezt az áttekintést úgy összegezzük, hogy az értékelés egy program vagy beavatkozás jellemzőinek szisztematikus vizsgálata és kiértékelése, amelynek célja olyan tudás felhalmozása, amelyet a különböző érdekeltek különböző célokra tudnak felhasználni. Ez elegendő teret biztosít a legelterjedtebb definíciók elhelyezésére, és alátámasztja azt a nézetünket, hogy a kevés tudás mindig többet ér, mint a teljes tudatlanság, valamint egy értékelés sem lehet annyira átfogó, hogy egy adott kezdeményezéssel kapcsolatban felmerült minden kérdésre választ tudjon adni. Még a legegyszerűbb vizsgálat is hozzájárul az adott programmal, illetve a szociális és egészségügyi problémákkal kapcsolatos tudás felhalmozásának a folyamatához (88).

Az egészségvédelem figyelemmel kísérése nemcsak sok, az értékelésre általánosan vonatkozó, hanem speciális problémát is felvet. Reméljük, hogy kötetünk hozzájárul ezek megfogalmazásához, javaslatokkal szolgál ezek kezeléséhez, valamint az egészségvédelem folyamatainak a meghatározásához. A legtöbb értékelést különböző folyamatok általános sora jellemzi és kell, hogy jellemezze, amelyeket követni kellene az egészségvédelmi kezdeményezések értékelése során. Az egészségvédelem természetéből fakadóan azonban egyéb kulcsfontosságú értékelő tényezőkkel is számolni kell.

Az egészségvédelem értékelésének elsősorban részvételen kell alapulnia (89). A közösség részvétele az egészségvédelemnek nem csupán alapvető sajátossága, de három másik vonatkozásban is hasznos. Segít az érdekeltek, különösen a kevesebb hatalommal rendelkezők nézeteinek a megfogalmazásában, emeli az értékelés céljának az elismertségét, fokozza az eredmények megértését és elfogadottságát, és népszerűsíti az irányukba való elkötelezettséget, amivel cselekvésre ösztönöz. Ezt az elvet kell követni, amennyire csak lehetséges, az alkalmazott módszerektől függetlenül. Ennek az elvnek az alkalmazásában és a

közösség, valamint az egyén képességeinek fejlesztésében a részvételen alapuló kutatás nemcsak nagyon sikeres, hanem egyben kompatibilis az egészségvédelem értékelésével (87). A második elv arra utal, hogy a vizsgálatot korán kell megkezdeni, és az egészségvédelmi kezdeményezés kidolgozásának és végrehajtásának minden szakaszában jelen kell lennie. Harmadszor, az értékelés során feltárt tényeket minden résztvevő és érdekelt felé értelmesen, időszerűen és a megfelelő módon kell közvetíteni.

Az egyén és a közösség megerősítésében rejlő lehetőség erős alapot ad az egészségvédelmi tevékenységek értékelésének. Ez a potenciál felismerhető akkor, ha a közösség összes tagját bevonjuk a folyamat minden fázisába. A közösség tájékoztatásán kívül az értékelés is segíthet azoknak a képességeknek a kifejlesztésében, amelyek cserébe képessé teszik a közösség tagjait fokozottabban ellenőrzésük alá vonni és jobbra tenni saját életüket. Ide tartoznak az olyan készségek és képességek, mint például a logikus gondolkodás, a kommunikáció és a személyes kapcsolatok, valamint a specifikus kutatásban való jártasság. Ezért az értékelés egyrészt személyesen kifizetődő lehet, másrészt hozzájárul a közösségi erőforrások megerősítéséhez. A monitorozás éppúgy hozzájárul az egészségvédelmi tevékenységek legitimálásának, valamint az érintettek hatalmának növeléséhez, mint a hálózatok létrejöttéhez, a kapcsolatok kialakulásához és a gyakorlati szakembereknek, valamint a résztvevőknek való visszajelzéshez. Az egészségvédelem értékelése az egyének és a közösségek megerősítésének egyik kiemelten fontos eszköze, amit gyakran hagynak figyelmen kívül vagy használnak fél rosszul.

A következő rész azt a keretet mutatja be, amely ezeken az egymással összefüggő elveken alapszik, és amely hasznos útmutatóként szolgálhat az egészségvédelmi kezdeményezések értékeléséhez. Nem célja, hogy az egészségvédelem értékelésének kézikönyve legyen, nem nyújt az elvárásoknak megfelelő szintű részletességgel gyakorlati információt. Springett (89) jóval részletesebb útmutatóval szolgál az egészségvédelmi programok értékeléséhez.

Az egészségvédelmi kezdeményezések értékelésének kerete

Springett és szerzőtársai (90) felvetették, hogy egy eredetileg a munkahelyi programok értékelésének elősegítésére alkotott modell (91) az egészségvédelem más színterein is alkalmazható. A modell sokat merít Pattontól (60), és egyéb, fent említett elgondolásokkal együtt az egészségvédelmi kezdeményezések értékelésének keretét alkotja. A keret alapja a következő hat elv, amelyek mindegyike tükrözi a már tárgyalt kulcsfontosságú javaslatokat.

1. Az értékelés minden szemléletmódjára alkalmazhatónak kell lennie, ugyanakkor biztosítani kell, hogy egy program vagy stratégia értékelésére a legmegfelelőbb módszert alkalmazzák.
2. Következetesnek kell lennie az egészségvédelem elveit illetően, különösen az egyének és a közösségek megerősítésében, a részvételt ösztönözve.
3. A kollektív és az egyéni felelősséget is hangsúlyoznia kell, vagyis úgy kell megtervezni, hogy érvényes legyen mind az intézményi, mind az egyéni, illetve az szinergikus és a magukban álló eredményekre egyaránt.
4. Rugalmasan alkalmazható legyen, képes legyen megfelelni a változó körülményeknek, lehetőségeknek, kihívásoknak és prioritásoknak.
5. Fedje le az értékelés folyamatának minden fázisát, az agenda meghatározásától kezdve az eredmények felhasználásáig.
6. Az értékelés minden szintjén alkalmazható legyen.

Ezen elvek alapján az egészségvédelemben alkalmazott értékelésnek nyolc lépést kell tartalmaznia. Az első a javasolt program, stratégia vagy kezdeményezés leírása. Ez magában foglalja a kezdeményezés mandátumának, céljainak, és elérendő eredményeinek tisztázását, valamint egyéb kezdeményezésekhez, eljárás módokhoz vagy struktúrákhoz való kapcsolódását. A program logikai modellje gyakran hasznos ebben a folyamatban. Ez a lépés magában foglalja továbbá az emberek toborzását, az értékelés felügyeletét és kivitelezését ellátó csoport létrehozását, az érdeklődés tárgyát képező egészségi vonatkozású kérdéskörök vizsgálatát és az induláshoz szükséges információk összegyűjtését.

A következő, érdeklődésünkre számot tartó témakör a problémák azonosítása. Ez magában foglalja az értékelés céljainak a meghatározását, az összes érdekeltet – beleértve az eredmények potenciális felhasználóit – érintő kérdéskörök tisztázását a program vagy egyéb kezdeményezés céljaival, valamint az elérni kívánt eredményekkel kapcsolatos értékelésre vonatkozó kérdések konkretizálását. Fennáll azonban a veszély, hogy ha a mérések írják elő egy kezdeményezés célját, csak a mennyiségileg meghatározható célok elérésére fognak törekedni.

A harmadik lépés a szükséges információ megszerzésére irányuló folyamat megtervezése. Ide tartozik a tervezett értékelés fajtájának, a vizsgálandó feladatoknak és a módszereknek a meghatározása, valamint annak eldöntése, ki-nek készüljön az értékelés, és mikor kerüljön sor az adatgyűjtésre. Ennek a lépésnek tartalmaznia kell a felteendő kérdésre vonatkozó legjobb szemléletmód kiválasztását ugyanúgy, mint az elgondolások kivitelezésére vonatkozó tervet. Amennyiben sikerül ebben a folyamatban a maximális részvételt biztosítani, az egyben biztosíték arra, hogy az így nyert tapasztalatok értékesek, és hogy az információ hiteles forrásokból származik.

A negyedik lépés az adatok összegyűjtése a megvalósítás módszereiről és folyamatairól történt megegyezést követően. Az ötödik az adatok elemzése és ki-

értékelése, aminek része az adatok értelmezése és a feltárt eredmények összehasonlítása a várt eredményekkel.

Az ajánlások megtétele a hatodik a sorban. Minden érdekeltet be kell vonni az adatok értelmezésébe. Ehhez a feltárt tények rövid és hosszú távú jelentőségét is tisztázni kell, és az ajánlások megvalósításának, vagy figyelmen kívül hagyásának költségeit és hasznát is szükséges végiggondolni.

A hetedik lépés a feltárt tények értelmes és használható formában való közlése a finanszírozó szervezetekkel és a többi érdekelttel. Az utolsó lépés az intézkedések hozása. Intézkedésekre leginkább akkor kerül sor, ha a folyamatnak részesei voltak mindazok az emberek, akiknek reagálniuk kell az értékelés eredményeire.

Ezek a lépések természetesen ismétlődnek. Ahogy Springett és szerzőtársai (90) megjegyezték:

„Minden szakaszban vannak olyan kérdések és kulcsfontosságú témakörök, amelyekkel mindenképpen foglalkozni kell. Ezek a kérdések biztosítják azt, hogy a projekt és az értékelés célkitűzései világosak legyenek, az elérendő célok meg legyenek határozva, az adatok helyesek legyenek, és alkalmas módon legyenek összegyűjtve annak érdekében, hogy a megfelelő eredmények kerüljenek mérésre az eredeti célkitűzések mentén, és mindez a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásán belül történjen.”

Végül, az egészségvédelem alapelveinek következetes alkalmazása érdekében szükséges értelmes módon bevonni az érdekelteket a folyamat minden lépésébe. Az alábbi részletesebb megbeszélés olyan elképzelésekre fektet hangsúlyt, amelyek különösen fontos szerepet töltenek be az egészségvédelmi tevékenységek értékelésében.

1. lépés: A program leírása

Mint ahogy azt korábban felvetettük, egy kezdeményezés leírásához hasznos eszközt szolgáltatnak a logikai modellek. A logikai modell a program vagy kezdeményezés különböző elemei közötti logikai kapcsolat diagram formájában történő ábrázolása, amely tartalmazza a tevékenységeket, az eredményeket, a befolyást, a hatásokat, az elérni kívánt eredményeket és a célkitűzéseket.

Egy egészségvédelmi kezdeményezés logikai modelljének kidolgozásakor számításba kell venni az értékelés tárgyát képező program vagy kezdeményezés összes kulcsfontosságú érdekeltjét. Ideális esetben be kell vonni őket az érintett egészségi vonatkozású kérdések vizsgálatába és a kiinduláshoz szükséges adatok gyűjtésébe is. Springett és szerzőtársai (90) megjegyezték:

„Nem lehet eléggé hangsúlyozni az alapozási munkára fordított idő fontosságát. A megfelelő emberek bevonása biztosíték az elkötelezettségre, a kapott információ későbbi felhasználására és a kérdésekre adott jó válaszokra. Az érté-

kelési csoportnak (minimum 3 fő) tükröznie kell az érdeklődési kört. A kellő tisztázás egyszerűvé teszi az értékelést.”

Patton (76) egy értékeléssel megbízott munkacsoport felállítását javasolja, amely megfelelő eszköz lenne a kulcsszereplők bevonására a döntéshozatali folyamatba, miközben fórumot teremtene mindazoknak a politikai és gyakorlati kérdéseknek, amelyekkel számolni kell. Ez fokozná az eredmények iránti elkötelezettséget, növelné az értékelésről szóló ismereteket, és elmélyítené az eredmények értelmezésére irányuló képességeket. A csoport tagjai között szerepelnének különböző közösségek és választókerületek képviselői. Őket a nyert információk valamiképp érintik, a fennhatóságuk alá tartoznak, illetve hatalmuk van a feltárt tények felhasználására vagy módjukban áll a hatalmon lévőket valahogyan befolyásolni. Hisznek abban, hogy érdemes az értékelést elvégezni, törődnek az adatok felhasználásával, és hajlandók határozottan elkötelezni magukat a folyamat iránt.

2. lépés: A problémák és a kérdések megfogalmazása

Thompson (92) három elgondolkodtató kérdéskört vetett fel az egészségvédelem értékelésével kapcsolatban: az alapelvek, a folyamatok és a hatások kérdésköreit. További jelentős problémakört jelent a célkitűzés megvalósítása, a következmények, az eredmények elérése és a beavatkozás alternatívái.

Ezek közül számos kérdéssel érdemes foglalkozni. Az egészségmegőrzés alapelvei és alapfogalmai esetében például megvizsgálható, hogy egy program megfelel-e az egészségmegőrzés alapelveinek, vagy hogy az alkalmazott folyamatokat részvételen alapuló és a résztvevőket megerősítő módon valósították-e meg. A hatások esetében vizsgálható, hogy a kezdeményezés mennyiben váltotta ki a logikai modell alapján várt hatásokat. Az egyenlőség kérdéseiről ebben a témakörben is érdemes tárgyalni.

A célkitűzés megvalósításával kapcsolatos kérdések vonatkozhatnak arra is, hogy a programot elég hatásosan és az elképzeléseknek megfelelően végezték-e el. Bár első ránézésre ez pusztán minőségellenőrzési és könyvvizsgálati kérdés, valójában igen fontos a hatékonyság szempontjából. A sikertelenség leginkább a program végrehajtásával hozható összefüggésbe, nem tartalmi kifogásokkal. Szükség lehet továbbá annak vizsgálatára is, hogy a beavatkozás milyen mértékben fejtette ki a logikai modellben leírt hatásokat, illetve valósította meg a célkitűzéseket és a várt eredményeket. Az alternatívák figyelembevételével, végül, vizsgálható a célkitűzés során használt tevékenységek összességének hatékonysága, és meghatározhatók a legmegfelelőbb kombinációk, valamint az összetevők aránya.

Másképpen kifejezve, a logikai modell figyelembevétele számos kulcsfontosságú területet fed és kérdést vet fel – így az egyetértésen alapuló fejlesztés fon-

tosságát. Az érintett területek és kérdések azonosítását és az értékelési célok pontosítását szintén az érintettek egyetértésére kell alapozni. Ez megerősíti az érintetteket, és lehetővé teszi az egymással ellentétes nézetek és várakozások megvitatását. Lehetőséget teremt továbbá az érintettek minden egyes csoportja számára a paradigmák és távlatok jobb megértésére, ezáltal erősítve meg a hatá-
sos értékeléshez elengedhetetlenül fontos tanulási folyamatot.

3. lépés: Az adatgyűjtési folyamat megtervezése

Az adatgyűjtési folyamat megtervezése a tanulmány témájául választott területektől és kérdésektől, valamint az értékelés következtetéseinek felhasználói-
tól függ. Ezek közé a felhasználók közé fognak tartozni az értékelési folyamat-
ba bevont érintettek, amennyiben a megfelelő emberek vesznek benne részt. Ha
a folyamat valóban részvételen alapul, eredménye a begyűjtendő információk
meghatározása lesz. Míg a szakpolitika meghatározóit és a vezetőket főként a
költséghatékonyság és a végösszeg érdekli, az értékelés egyik fő célja a gyakor-
lati szakemberek segítése abban, hogy meghatározzák a munka sikerességét. A
különböző típusú célkitűzések értékének meghatározása más szakemberek szá-
mára legalább olyan fontos, mint az elszámolhatóság. A kulcsszereplők bevoná-
sa tehát garanciát jelent a döntés – különböző prioritások és paradigmák közöt-
ti nyílt vitát követő – meghozatalára. Azt is garantálja továbbá, hogy a sikeres
beavatkozások az értékeléshez használt alkalmatlan kritériumok miatt nem ke-
rülhetnek tévesen megítélésre. Ráadásul a méréssel és a feltenni kívánt kérdé-
sekkel kapcsolatos megosztott döntéshozatal biztosítja az értékelés és az ered-
mények szerinti további cselekvés iránti elkötelezettséget. Ebből következően
minden érintett megérti az elkerülhetetlen kompromisszumokat a megvalósít-
hatóság és gyakorlatiasság tekintetében, valamint azoknak az érvényességre és
megbízhatóságra gyakorolt hatásait.

Az értékelő által hozott fontos döntések közé tartoznak azok, amelyek meg-
határozott adatokhoz kapcsolódnak. Ezek a döntések összetettek és tele vannak
kihívásokkal. A döntések a következőktől függenek:

1. a beavatkozás céljai és elérni kívánt eredményei;
2. a sikeres teljesítéshez szükséges kritériumok;
3. a sikeres teljesítés mutatói;
4. a különböző kulcsszereplők szükségletei és távlatai, valamint
5. a szükséges információ szintjei.

Sokat lehetne írni az ezekhez a tényezőkhöz kapcsolódó problémákról, egy
gyakorlati szakemberek számára készült útmutató fejt ki mindegyiket részlete-
sebben (89). Jelen írás keretei között elegendő néhány, az egészségvédelmi cél-

kitűzések értékeléséhez szükséges, adatgyűjtéssel kapcsolatos jelentősebb nehézség hangsúlyozása.

Az első ezek közül a begyűjtendő adatok típusának meghatározása. Ez részben az értékelési paradigmától függ, amely kvantitatív és kvalitatív adatokat előnyben részesítő pozitivistá megközelítést fed. Ellenetesként felhozható, hogy ez egy hamis kettősség, azonban az adatok kiválasztása nem szükségszerűen a paradigma kiválasztásához, hanem inkább a feltett kérdések megválaszolásához szükséges információ természetéhez kapcsolódik (93). Jobbak a sok jelentést hordozó „puha” (soft), mint a jelentés nélküli „kemény” (hard) módszerek (76).

Másodszor, az egészségvédelmi tevékenységek egyre több elérni kívánt eredményt és célkitűzést határoznak meg, s ezeket gyakran pontatlanul fogalmazták meg vagy nem konszenzuson alapulnak. Az elérni kívánt eredmények széles skálája ugyanakkor számos területhez tartozhat (egyéni, társadalmi és szociális). Ahogy korábban állítottuk, néhány elérni kívánt eredmény alapvető fontosságú a beavatkozás végcéljainak elérése szempontjából. Ahol az értékelés az eredményekre összpontosít, ott az adatokat a köztes és a végcélok elérése során szükséges beszerezni.

A harmadik, viszonylag egyszerű lépés a célok és az elérendő eredmények azonosítása. Ezek általában a beavatkozás hosszú távú célkitűzéséből (küldetés és elképzelések) egyenesen következnek. Jóval bonyolultabb a siker kritériumainak és mutatóinak a meghatározása.

Ez két kérdést vet fel. Először azt, hogy mik a célok elérésében mutatott siker kritériumai. Ebben az összefüggésben a kritérium szó azokra a mintákra utal, amelyekkel ellentétes irányban mérik a sikert, ilyen például a fiatalok dohányosok számának 50%-os csökkenése. Másodszor azt, hogy milyen mutatók lesznek alkalmasak a siker mutatóival ellentétes mérésekhez. Az indikátor szó azokra az adatokra és mértékekre utal, amelyek a kritériumokkal ellentétes siker mérésére használatosak, például az önbevalláson alapuló napi elszívott cigaretta mennyiség az iskolában, a 15-18 évesek körében végzett vizsgálat alapján. E folyamatok kihívásai a következők: az elérni kívánt eredmények és célkitűzések sikerének vizsgálatához használt kritériumok sokfélesége, a kritériumok tisztázatlansága, a konszenzus, valamint az értékes és megfelelő sikermutatók hiánya. Néhány esetben helyettesítő módszerek alkalmazása szükséges.

4. lépés: Adatgyűjtés

Az információgyűjtés alapvető, érzékeny kérdéseket vet fel. Megdönthetetlen az a tétel, hogy minden folyamatot szigorúan és etikusan kell nyomon követni. A bizalom kérdése és a program résztvevőin kívüliekre vonatkozó információk összegyűjtése problémákat okozhat. Némelyikük megoldható, amennyiben

az értékelési folyamat részvételen alapuló, ha az adatgyűjtésre több módszert is alkalmaztak, és az adatokat szolgáltatók számára van visszajelzés. A kulcsszereplők aktív részvételének elősegítése által minden résztvevő felkészültté válik a folyamat ellentmondásaival, valamint az eredmények érvényességével és megbízhatóságával kapcsolatban.

5. lépés: Az adatok elemzése és értékelése

Amennyiben az elemzésben és az értékelésben minden kulcsszereplő részt vesz, jobban megértik az adatok erősségeit és korlátait, s ezáltal fogékonyabbá válnak a kvalitatív adatok használatára. A statisztika különböző hibaszázalékokat fogad el, és a számok a világ leírásához csak egyfajta mutatót jelentenek. A kulcsszereplőknek azt is érteniük kell, mit mivel hasonlíthat össze, és miért. Ráadásul az eredmények bemutatásának módja is befolyásolhatja hatásukat.

6. lépés: Az ajánlások megfogalmazása

A kulcsszereplők részvétele különösen fontos az egészségvédelmi tevékenységek értékelésével kapcsolatos ajánlások megfogalmazása során. Springett és szerzőtársai érvelése szerint (90): „ha az embereket bevonjuk a folyamatokba, rögtön elkötelezettnek érzik magukat a következtetéseket érintő cselekvésre és fogékonyak az eredményekre”. A részvétel a szakpolitika meghatározóinak elszámoltathatóságát is növeli. Az ajánlásoknak ki kell térniük az azonnal szükséges gyakorlati változtatásokra, tisztázniuk kell, mi lenne hasznos, rá kell kérdezniük az esetleges hiedelmekre, és tartalmazniuk kell a javaslatok figyelmen kívül hagyásának, illetve felhasználásának a költségeit és előnyeit.

7. lépés: Az értékelés eredményeinek elterjesztése

Az értékelés következtetéseinek és ajánlásainak terjesztése, amennyiben sor kerül rá, gyakran *ad hoc* módon történik, különösebb tervezés és ráfordítás nélkül. Ennek ellenére az eredmények elterjesztésébe való beruházás igen fontos, különösen az egészségmegőrzés területén, ahol az információ hatásos eszköz lehet a közösségek és egyének megerősítésében (94). Az eredmények hatékony elterjesztése csökkentheti a további időráfordítást igénylő értékelések szükségességét. Nemcsak az értékeléssel, hanem azzal kapcsolatban is szükség van az iránymutatások elterjesztésére, hogy azokat a gyakorlati szakemberek hogyan tudják a lehető legjobban felhasználni. Ez a folyamat hatással lesz a programok végrehajtásával kapcsolatos minőségi elvárásokra, így a szakemberek az újból megvalósítani kívánt, már értékelt programéhoz hasonló eredményekre számíthatnak. Tehát egy marketing, illetve információterjesztéssel foglalkozó

terv elkészítése szükséges lenne a legtöbb, ha nem is az összes egészségvédelmi tevékenység értékelése esetében. Javaslat született arra is, hogy az értékelés eredményeinek és ajánlásainak elterjesztéséhez szükséges erőfeszítések és források illeszkedjenek azok elkészítéséhez és felhasználásához.

8. lépés: Cselekvés

Egy-egy rövid távú projekt tanulsága gyakran nem kerül alkalmazásra a következő projektben. Egy ilyen döntés meghozatalához elengedhetetlen a változtatáshoz és a megfelelő cselekvési tervek kidolgozásához szükséges erőforrások azonosítása. Ez a lépés kiegészíti a kört, és egyúttal újra kezdi azt. A cselekvés automatikusan a következő értékeléstervezési ciklus első lépése lesz; így az értékelés az egészségvédelmi kultúra részévé válik.

Hivatkozások

1. SIGERIST, H. M. The university at the crossroads. New York, Henry Schuman, 1946.
2. WINSLOW, C. E. A. The untilled fields of health promotion. Science. 51: 23 (1920).
3. LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa, Canada Information, 1974.
4. Ottawa Charter for Health Promotion. Health promotion, 1(4): iii-v (1986).
5. ANDERSON, R. Health promotion: an overview. Edinburgh, Scottish Health Education Group, 1984 (European Monographs in Health Education Research, No. 6).
6. Green, L. W. & Raeburn, J. Contemporary developments in health promotion: definitions and challenges. In: Bracht, N., ed. Health promotion at the community level. Thousand Oaks, Sage, 1990.
7. GREEN, L. W. & KREUTER, M. M. Health promotion planning: an educational and environmental approach. 2nd ed., Mountain View, Mayfield, 1991.
8. MacDonald, G. & Bunton, R. Health promotion: discipline or disciplines. In: Bunton, R. & MacDonald, G., ed. Health promotion: disciplines and diversity. London, Routledge, 1992.
9. Evans, R. G. & Stoddart, G. L. Producing health, consuming health care. Social science and medicine, 31(12): 1347-1363 (1990).
10. EVANS, R. G. et al., ed. Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations. New York, Walter de Gruyter, 1994.

11. Knowledge development for health promotion: a call for action. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1989.
12. MARTIN, C. J. & McQUEEN, D. V., ed. Readings for a new public health. Edinburgh, Edinburgh University Press, 1989.
13. ROSE, G. The strategy of preventive medicine. Oxford, Oxford University Press, 1992.
14. SYME, S. L. Control and health. *Advances*, 7(2): 16-27 (1991).
15. TERRIS, M. Determinants of health: a progressive political platform. *Journal of public health policy*. 15(1): 5-17 (1994).
16. Wilkinson, R. G. Class and health. London, Tavistock, 1986.
17. CHU, C. & SIMPSON, R., ed. Ecological public health: from vision to practice. Toronto, Centre for Health Promotion & Participation, 1996.
18. KICKBUSCH, I. Introduction: tell me a story. In: Pederson, A. et al., ed. Health promotion in Canada: provincial, national and international perspectives. Toronto, W.B. Saunders, 1994, pp. 8-17.
19. GREEN, L. W. National policy in the promotion of health. *International journal of health education*, 22: 161-168 (1979).
20. GREEN, L. W. Current report: Office of Health Information, Health Promotion, Physical Fitness and Sports Medicine. *Health education*, 11(2): 28 (1980).
21. GREEN, L. W. & IVERSON, D. C. School health education. *Annual review of public health*, 3: 321-338 (1982).
22. Perry, CL. & JESSOR, R. The concept of health promotion and the prevention of adolescent drug abuse. *Health education quarterly*, 12(2): 169-184 (1985).
23. NUTBEAM, D. Health promotion glossary. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1985 (document ICP/HBI 503 (GO 4)).
24. Discussion document on the concept and principles of health promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1984 (document).
25. Epp, J. Achieving health for all: a framework for health promotion. Ottawa, Health and Welfare Canada, 1986.
26. Goodstadt, M. S. et al. Health promotion: a conceptual integration. *American journal of health promotion*, 1(3): 58-63 (1987).
27. KAR, S. B., ed. Health promotion indicators and actions. New York, Springer, 1989.
28. O'DONNELL, M. P. Definition of health promotion. Part III. Expanding the definition. *American journal of health promotion*, 3(3): 5 (1989).
29. LABONTÉ, R. & LITTLE, S. Determinants of health: empowering strategies for nurses. Vancouver, Registered Nurses Association of British Columbia, 1992.

30. BUCHANAN, I. The purpose-process gap in health promotion. In: Liss, R-E. & Nikku, N., ed. Health promotion and prevention: theoretical and ethical aspects. Stockholm, Forskningsradsnamnden, 1994.
31. ROKEACH, M. A values approach to the prevention and reduction of drug abuse. In: Glynn, T.J. et al., ed. Preventing adolescent drug abuse: intervention strategies. Rockville, US Department of Health and Human Services, 1983, pp. 172-194.
32. Landau, R. Locus of control and socioeconomic status: does internal locus of control neglect real resources and opportunities of personal coping abilities? *Social science and medicine*, 41(11): 1499-1505 (1995).
33. MARMOT, M. C. et al. Socioeconomic status and disease. In: Badura, B. & Kickbusch, I., ed. Health promotion research: towards a new social epidemiology. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1991, pp. 113-146 (WHO Regional Publications, European Series, No. 37).
34. MIROWSKY, J. & Ross, C. Control or defense? Depression and the sense of control over good and bad outcomes. *Journal of health and social behavior*, 31(1): 71-86 (1990).
35. DOWNIE, R.S. et al. Health promotion: models and values. Oxford, Oxford University Press, 1990.
36. SUCHMAN, E. A. Evaluation research. Principles and practice in public service and social action programs. New York, Russell Sage Foundation, 1967.
37. WHOLEY, J. S. et al., ed. Handbook of practical program evaluation. San Francisco, Jossey-Bass, 1994.
38. WEISS, C. H. Evaluation research. Methods for assessing program effectiveness. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1972.
39. SCRIVEN, M. Goal-free evaluation. In: House, R.E., ed. School evaluation: the politics and process. Berkeley, McCutchan, 1973, pp. 319-328.
40. ROSSI, P. H. & FREEMAN, H. E. Evaluation: a systematic approach, 5th ed. Thousand Oaks, Sage, 1993.
41. CAMPBELL, D. T. & STANLEY, J. C. Experimental and quasi-experimental designs for research. Chicago, Rand McNally, 1963.
42. CRONBACH, L. J. Designing evaluation of educational programs. San Francisco, Jossey-Bass, 1982.
43. DRUMMOND, M. F. et al. Methods for the economic evaluation of health care programs. Toronto, Oxford University Press, 1987.
44. LEVIN, L. S. & ZIGLIO, E. Health promotion as an investment strategy: consideration on theory and practice. *Health promotion international*, 11(1): 33-40 (1996).
45. Guba, E. G. & Lincoln, Y. S. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S., ed. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks, Sage, 1994, pp. 105-117.

46. Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. *Naturalistic enquiry*. Thousand Oaks, Sage, 1985.
47. REICHARDT, C. S. & COOK, T. D. Beyond qualitative versus quantitative methods. In: Reichardt, C. S. & Cook, T. D., ed. *Qualitative and quantitative methods in evaluation research*. Beverly Hills, Sage, 1979, pp. 7-32.
48. FETTERMAN, D. M. et al., ed. *Empowerment evaluation: knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks, Sage, 1996.
49. POCOCK, S. J. *Clinical trial. A practical approach..* New York, Wiley, 1983.
50. SUSSER, M. Epidemiological models. In: Struening, E.L. & Guttentag, M., ed. *Handbook of evaluation research*. Beverly Hills, Sage, 1975, pp. 497-517.
51. Braverman, M. T. & Campbell, D. T. Facilitating the development of health promotion programs: recommendations for researchers and funders. In: Braverman, M. T., ed. *Evaluating health promotion programs*. San Francisco, Jossey-Bass, 1989, pp. 5-18 (New Directions for Program Evaluation, No. 43).
52. O'Connor, A. Evaluating comprehensive community initiatives: a view from history. In: Connell, J.P. et al., ed. *New approaches to evaluating community initiatives: concepts, methods and contexts*. New York, Aspen Institute, 1995, pp. 23-63.
53. CHELIMSKY, E. What have we learned about the politics of program evaluation? *Evaluation news*, 11: 5-22 (1987).
54. Rutman, L. *Planning useful evaluations*. Beverly Hills, Sage, 1980.
55. Wholey, J. S. *Evaluation and effective program management*. Boston, Little, Brown, 1983.
56. House, E. R. *Evaluating with validity*. Beverly Hills, Sage, 1980.
57. GIJBA, E. G. & LINCOLN, Y. S. *Fourth generation evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1989.
58. Shadish, W. R. et al. *Foundations of program evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1991.
59. PINEAULT, R. & Daveluy, C. *La planification de la santé: concepts, méthodes, stratégies*. Montréal, Agence d' Arc, 1986.
60. Flay, B. R. Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs. *Preventive medicine*, 15: 451-474 (1986).
61. Weiss, C. H. The politicization of evaluation research. In: Weiss, C. H., ed. *Evaluating action programs: readings in social action and education*. Boston. Allyn and Bacon, 1972, pp. 327-338.
62. Cronbach, L. J. et al. *Toward reform of program evaluation*. San Francisco, Jossey-Bass, 1980.

63. Weiss, C. H. Evaluating educational and social action programs: a tree full of owls. In: Weiss, C. H., ed. *Evaluating action programs: readings in social action and education*. Boston, Allyn and Bacon, 1972, pp. 3-27.
64. LIPSEY, M. W. Theories as methods: small theories of treatment. In: Seechrest, L. et al., ed. *Research methodology: strengthening causal interpretations of non-experimental data*. Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1990, pp. 33-52.
65. CHEN, H. & ROSSI, P. H. The theory-driven approach to validity. *Evaluation and program planning*, 10: 95-103 (1987).
66. CHEN, H. T. *Theory-driven evaluation*. Thousand Oaks, Sage, 1990.
67. Campbell, D. T. Reforms as experiments. *American psychologist*, 24: 409-429 (1969).
68. Cook, T. D. & Campbell, D. T. *Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings*. Chicago, RandMcNally, 1979.
69. Campbell, D.T. Guidelines for monitoring the scientific competence of prevention intervention research centers. *Knowledge: creation, diffusion, utilization*, 8: 389-400 (1987).
70. Campbell, D. T. Can we be scientific in applied social science? In: Connor, R.F. et al., ed. *Evaluation studies review annual*. Thousand Oaks, Sage, 1984, pp. 26-48.
71. GUBA, E. G. The failure of educational evaluation. In: Weiss, C.H., ed. *Evaluating action programs: readings in social action and education*. Boston, Allyn and Bacon, 1972, pp. 25-266.
72. GUBA, E. G., ed. *The paradigm dialogue*. Thousand Oaks, Sage, 1990.
73. PATTON, M. Q. *Qualitative evaluation methods*. Beverly Hills, Sage, 1980.
74. POTVIN, L. & Macdonald, M. Methodological challenges for the evaluation of the dissemination phase of health promotion programs. Montreal, University of Montreal, 1995.
75. COOK, T. D. & Macdonald, M. Postpositivism critical multiplism. In: Shortland, L. & Mark, M. M., ed. *Social science and social policy*. Beverly Hills, Sage, 1985, pp. 21-62.
76. PATTON, M. Q. *Practical evaluation*. Beverly Hills, Sage, 1982.
77. Haldeman, V. & Levy, R. Oecomenisme méthodologique et dialogue entre paradigmes. *Canadian journal on aging*, 14: 37-51 (1995).
78. Caplan, R. The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity. *Health promotion international*, 8(2): 147-156 (1993).
79. WEISS, C. H. Nothing as practical as good theory: exploring theory-based evaluation for comprehensive initiatives for children and family. In: Connel, J.P. et al., ed. *New approaches to evaluating community initia-*

- tives: concepts, methods, and contexts. Washington, DC, Aspen Institute, 1995.
80. RISSELL, C. Empowerment: the Holy Grail of health promotion? *Health promotion international*, 9(1): 39-47 (1994).
 81. FOSTER, G. Community development and primary health care: their conceptual similarities. *Medical anthropology*, 6(3): 183-195 (1982).
 82. Boyce, W. Evaluating participation in community programs: an empowerment paradigm. *Canadian journal of program evaluation*, 8(1): 89-102(1993).
 83. PATTON, M. Q. *Utilization-focused evaluation*. Beverly Hills, Sage, 1978.
 84. Leviton, L. C. & BORUCH, R. F. Contributions of evaluation to educational programs and policy. *Evaluation review*, 7: 563-599 (1983).
 85. Weiss, C. H. Research for policy's sake: the enlightenment function of social research. *Policy research*, 3: 531-545 (1977).
 86. NUTBEAM, D. et al. Evaluation in health education: a review of progress, possibilities, and problems. *Journal of epidemiology and community health*, 44:83-89(1990).
 87. GREEN, L. W., et al. *Study of participatory research in health promotion. Review and recommendations for the development of participatory research in health promotion in Canada*. Ottawa, Royal Society of Canada, 1995.
 88. Weiss, C. H. Improving the linkage between social research and public policy. In: Lynn, L.E., ed. *Knowledge and policy: the uncertain connection*. Washington DC, National Academy of Science, 1978, pp. 20-39.
 89. SPRJNGETT, J. *Practical guidance on evaluating health promotion: guidelines for practitioners*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1999 (document).
 90. SPRJNGETT, J. et al. Towards a framework for evaluation in health promotion: the importance of the process. *Journal of contemporary health*, 2:61-65(1995).
 91. Springett, J. & Dugdill, L. Workplace health promotion programmes: towards a framework for evaluation. *Health education journal*, 55: 91-103 (1995).
 92. THOMPSON, J. C. Program evaluation within a health promotion framework. *Canadian journal of public health*, 83(Suppl. 1): S67-S71 (1992).
 93. BAUM, F. Researching public health: behind the qualitative-quantitative debate. *Social science and medicine*, 40(4): 459-468 (1995).
 94. Crosswaite, C. & CURTICE, L. Disseminating research results - The challenge of bridging the gap between health research and health action. *Health promotion international*, 9(4): 289-296 (1994).

MI SZÁMÍT BIZONYÍTÉKNAK? KÉRDÉSEK ÉS VITÁK

David V. McQueen, Laurie M. Anderson¹

„Általában a nem tudományos hiedelmek függetlenek mindentől, amit mellettük szóló bizonyítéknak tekinthetünk. A bizonyítékokkal kapcsolatos kérdéseknek, mivel abszolútnak tekintjük őket, nincs vagy csak kevés jelentőségük van.”

Irving M. Copi: Bevezetés a logikába

A bizonyítékokkal kapcsolatos vita kezdete

Ma mind az orvostudományok, mind a népegészségügy területén a szakembereknek döntéseiket bizonyítékokra kell alapozniuk. Az interdiszciplináris, a népegészségüggyel alapvető átfedéseket mutató egészségmegőrzésben a bizonyíték kérdésére újabban kiemelt figyelmet fordítanak. Például 1998 májusában, a WHO 51. közgyűlése felszólította tagállamait, hogy „az egészségmegőrzés szakpolitikáinak és gyakorlatának bizonyítékokon alapuló megközelítését alkalmazzák, a kvalitatív és kvantitatív módszerek teljes kínálatának felhasználásával”.

Az e könyv megírásához vezető megbeszéléseken számos téma merült fel ismétlődően. A kérdések egy részével az első fejezet foglalkozik, a következő fejezetekben pedig további kérdések merülnek fel. Egy téma a megbeszéléseken mindvégig napirenden maradt, és folyamatosan a viták tárgyát képezte: ez a bizonyíték kérdése, annak jelentése és jelentősége az értékelésben.

Első pillantásra a bizonyítékkal kapcsolatos megbeszélések pusztán akadémiai problémának tűnhetnek, amelyek az ismeretelmélet és a logika területéhez tartoznak, és csupán vitatermek és tudósok témái. Józan ésszel is belátható azonban, hogy a bizonyítás problémája szorosan összefügg a gyakorlati kérdésekkel. A bizonyítékokra a pénz elköltéséhez, a problémák megoldásához és az információkon alapuló döntések meghozatalához van szükség. A *bizonyíték* szó használata a népegészségügy aktuális vitatémáinak középpontjában áll (2):

„A bizonyíték olyan tény vagy adat, amelyet a döntéshozatalban, az ítéletalkotásban vagy egy probléma megoldásában használunk, használhatunk. A bizonyíték az ésszerű érvelés szabályaival és az értékelés alapelveivel együtt

¹ Bölcs tanácsaikért, szerkesztői megjegyzéseikért, korábbi vázlataink véleményezéséért különös hálaival tartozunk Michael Hennessey-nek, Matt McKennának és Marguerite Pappaioanounek (CDC, Egyesült Államok), Don Nutbeamnek (University of Sidney, Ausztrália) és Alfred Rüttennek (Technical University of Chemnitz, Németország). A közölt vélemények a sajátjaink.

alkalmazva egy ítélettel, döntéssel vagy tevékenységgel kapcsolatban a mi-
ért kérdésre válaszol.”

Ez a fejezet bemutatja az egészségmegőrzésben a bizonyítékra és a beavatkó-
zások értékelésére vonatkozó értekezéseket. Nem ad ugyanakkor eszközrend-
szert vagy alapelveket arra vonatkozóan, hogyan állítsunk fel bizonyítékokat az
egészségmegőrzésben. Számos dokumentum, munkaértekezlet és tudományos
előadás vállalja magára ezt a feladatot (3). Itt a bizonyíték természetére vonat-
kozó néhány feltételezést vizsgáljunk meg, és ezáltal teszünk fel kérdéseket, te-
remtünk hátteret a további fejezetek értékeléssel és bizonyítással kapcsolatos
megbeszélései számára.

A bizonyíték meghatározása

A bizonyíték általában olyan dolgot jelent, ami egy másik dolgot egyértelmű-
vé tesz. Például a tény, hogy egy tó be van fagyva, a nagyon alacsony hőmér-
séklet jele. Az olyan szavak, mint *látható, nyilvánvaló, kézzelfogható, világos*
vagy *érthető*, mind a bizonyosságot fejezik ki. Akkor használhatók, amikor evi-
dens dolgokról vagy eseményekről beszélünk. Sok szempontból ez egy nagyon
szigorú definíció. Mindenkinek fel kell ismernie, hogy mi az evidens. Röviden,
a bizonyíték szó mindennapi szóhasználata magas követelményeket takar. Ha
bizonyíték áll rendelkezésünkre, lehet-e bárkinek is kételye?

Jogi értelemben a bizonyítéknak más a jelentése. Egy büntetőjogi tárgyalás-
nál a bizonyíték – az ésszerű kétségek mellett – valaminek a bekövetkezését bi-
zonyítja. Az esküdtek és a bírák mérlegelik a bizonyítékok súlyát az ártatlan-
ság vagy a bűnösség megállapítása előtt. A bizonyíték döntő, nem hagy kétséget
maga után. Ez a nyelvezet idegen az egészségmegőrzés területétől, Tones (4)
azonban éppen ezt a keretrendszert javasolta egy közelmúltban megjelent ve-
zércikkben:

„Eszerint vitatkoznék azzal, hogy a siker bizonyítékait «jogi alapelvek» sze-
rint kellene összegyűjtenünk – ezalatt az olyan bizonyítékok előállítását értem,
amelyek akkor is döntésre bírják az esküdtszékot, ha nem állnak rendelkezésre
százszázalékos bizonyítékok.”

A nyugati jogi szabályozás szerint bemutatott bizonyíték gyakran különböző
történetek – tanúk beszámolóit, rendőrségi tanúvallomások és szakértői, gyak-
ran törvényszéki szakértői vélemények – keveréke. Röviden, a bizonyíték álta-
lában több forrásból, nagyon változatos szakértelemmel rendelkező emberektől
származik. Ebben az értelemben a bizonyíték értékének meghatározása a be-
számolók értelmezését igényli.

A bizonyíték a – néha hosszú távú – megfigyelések és tapasztalatok termékeként is felfogható. Az ilyen bizonyítékot nevezzük empirikusnak. Néhány esetben a megfigyelésnek létezik egy elméleti vonatkozása, mint például Darwin esetében, amikor a megfigyelések az evolúció elméletéhez vezettek. A megfigyelés mint bizonyíték gyakran kapcsolódik össze az adat mint bizonyíték fogalmával, és ez a felfogás a népegészségügyben igen elterjedt.

Weiner közelmúltban megjelent Pulitzer-díjas könyve (5) részletesen vizsgálja a megfigyelés mint bizonyíték fogalmát – a pinyek csőrével kapcsolatos kutatást használja fel az evolúció magyarázatára. Weiner bemutatja, hogy a modern megfigyelési technikák és az adatgyűjtés hogyan képesek bemutatni a természetes kiválasztódás működési folyamatát. Leírja, hogy az éveken át tartó, ismételt, gondos mérésekkel bizonyítható szelekció folyamata mérhető és megfigyelhető.

Ebből két fontos pontra következtethetünk. Először arra, hogy a bizonyítékok forrásainak nincs hierarchiája. A bizonyíték egyformán meggyőző, ha a törvényszéki orvos szakértőtől vagy ha tanúk beszámolóiból származik. Másodszor pedig arra, hogy a bizonyíték gyakran a megfigyelések, kísérletek és elméleti érvelések teljes keveréke.

Az egészségmegőrzés meghatározásának problémája

Amikor az 1970-es és 1980-as években az egészségvédelem megjelent, jelentős időt és erőfeszítést vett igénybe a definiálása. Az olyan dokumentumok, mint a WHO vitaanyaga az egészségvédelem fogalmáról és alapelveiről, térképek készítése és a határok megrajzolása mellett érveltek. Az ezt követő folyamatos vita főként arról szólt, hogy mi kerüljön be a meghatározásokba és mit zárjanak ki azokból. Ez a vita valószínűleg minden tudományág esetében lezajlott. A végeredmény gyakran a tudományág pontosabban behatárolt meghatározása lett. Így például a fizika tudományának is léteznek bizonyos jellemző fogalmai, alapelvei, szabályai és más egységes jellemzői. Egy kialakult tudomány története során a terület megalkotja saját tankönyveit, képzési programjait, bizonyítványait stb. A tudósok például egyetemesen meg tudnak különböztetni egy fizikáról szóló szöveget egy biológiáról szólótól. A néhány, más tudományal közös határterülettől és az olyan tudományágtól és szakterületektől eltekintve, mint például a biofizika, egyértelműen megállapítható és minden önmagát fizikusnak nevező szakember által elfogadott, hogy mi az, ami a fizika területére tartozik.

A fizikával ellentétben az egészségvédelem valószínűleg még nem alkot önálló tudományágot, hiányzik a könnyen megkülönböztethető paradigmája. Az egészségmegőrzés inkább más tudományok tágabb rendszerébe illeszkedik. Amikor az egészségvédelem egy bizonyos feladatot felvállal – például az egész-

ségkárosító anyagokat tartalmazó dohánytermékek, alkohol vagy légkárosító anyagok magasabb adóztatásának a bevezetését –, a megfelelő értékelési paradigmák esetleg nem állnak rendelkezésre az egészségmegőrzés irodalmában, ellenben más területeken, mint a politikatudomány vagy a lobbizás tudománya, igen. Röviden, az egészségmegőrzés gyakorlatának jelentős része a saját területén kívül keresi a modelleket, a bizonyítékot arra vonatkozóan, ami működik, és a legmegfelelőbb módszereket. Ez a széles körű, interdiszciplináris megközelítés nem önmagában vett érték, de annál szükségesebb a fejlődésnek ebben a szakaszában. Magában foglalja a bizonyítékok gyűjtésének és számos különböző tudományágban való elismertségének a megértését.

Az egészségmegőrzés és a bizonyítékkal kapcsolatos megbeszélés

Míg az egészségmegőrzés meghatározása bonyolult, jellegzetességeinek felsorolása viszonylag egyszerű: a kutatás, a programok, a beavatkozások széles spektrumát tartalmazza, és létezik egy mély ideológiai alkotóeleme is. Széles körű elméleti megalapozottsága felöleli a szövegösszefüggést, a dinamizmust, a részvételt és az interdiszciplináris megközelítést. Továbbá feltételezhető, hogy több szakterületről származhatnak lényeges elméletek, amelyek különböző hagyományokhoz kapcsolódó kutatásokat képviselnek. Végül, gyakran azzal érvelnek, hogy az egészségmegőrzés elméletének, a kutatásnak és a gyakorlatnak a közösségek, a csoportok és a fogyasztók szükségleteit kell tükröznie (7).

Egy új nézet szerint a gyakorlatot inkább a kvalitatív megközelítésekre, mint a kvantitatív elemzésekre kell alapozni. Az érvelés szerint a kifinomult adatelemzés túl sok felesleges részlettel szolgál a döntéshozók számára, akik esetleg nem ismerik eléggé a többváltozós elemzések összetettségét és értelmezésük módját. Paradox módon egy olyan interdiszciplináris területen, mint az egészségmegőrzés, az elemzéseknek gyakran összetettnek kell lenniük, és a kvalitatív elemzés megértése éppoly nehéz lehet, mint a kvantitatív. Valójában az egészségmegőrzési kutatások birodalmában a komplexitás fontos téma (8). Tükrözi az egészségmegőrzési beavatkozások jelenlegi munkáinak összetettségét: az oktatási, a politikai és a társadalmi cselekvések hatásait az egyének, csoportok és közösségek egészségére. A kvalitatív és kvantitatív, az egyszerű és az összetett megközelítések közötti vita megoldásának a módja meghatározza a bizonyítékok felhasználását az egészségmegőrzésben.

A domináns nézőpont az Ottawai egészségfejlesztési charta (9) korábban említett definícióját használja (v.ö. az 1.1 sz. táblázattal). Továbbra is jelentős kutatások tárgyát képezi annak megválaszolása, hogyan érhető el az egészség meghatározott fejlesztése és ellenőrzése. A cselekvés körülményei döntőek ebben,

sokak szerint a megfelelő közeg a közösségi szintér. Green és Kreuter (10) a közösséget az egészségmegőrzés gravitációs középpontjának nevezi, és állítását széles szakirodalmi háttérrel támasztja alá. Ez a fogalom túlélte az elmúlt évtizedet. Úgy tűnik, olyan források találkozásából származik, mint az egészségmegőrzés ideológiája, elmélete, szakpolitikája és gyakorlata. Ráadásul szorosan kapcsolódik az ellenőrzés és megerősítés fogalmakhoz, és elvezet a közösségi részvételhez, ami az egészségmegőrzés egyik alapelve. A népegészségügy számára nem új fogalom az aktív, programokban részt vevő közösség (11), az egészségmegőrzés számára viszont fontos alapelv.

A közösség fogalma meglehetősen ideologikus, azonban ha elfogadjuk az egészségmegőrzésben elfoglalt központi helyét, a közösség elkötelezettségét bizonyítottan kell látnunk. E kérdés kezeléséhez meg kell értenünk, hogy a közösségeket nem lehet egyénekként kezelni, és nem is lehet azokat megtestesíteni. Míg a közösség tagjai hozzáállásukban, véleményükben és magatartásukban különböznek, a közösség maga rendelkezik egyfajta közös magatartással. A közösségi magatartást a közös döntéshozatali folyamatok eredményeként kell fel fogni, amelynek elméleti alapja nagyban különbözik az egyéni döntéshozataltól (12, 13). Ebből következik, hogy számos értékelési szempontot, köztük a bizonyíték szerepét és természetét ehhez kapcsolódóan kell kialakítani.

Annak ellenére, hogy az egészségvédelem az összetett társadalmi, gazdasági, környezeti körülmények által leírható, az egészségmegőrzési tevékenységek ritkán indulnak ki e jelenségekből. Ehelyett elméletnek álcázott ideológiák válnak kiindulóponttá: olyan ideológiák, amelyek hiedelmeken és a világ megismerés általi megértésén alapulnak (14), ideológiákon, amelyek a magatartás- és társadalomtudományokból származnak, és az egészségmegőrzés erkölcsi világgépének részét alkotják. Ez az örökség abból a nézetből származik, hogy a tudás a társadalmi, történelmi, kulturális és politikai folyamatok terméke. Ehhez hasonlóan egy olyan fogalom, mint a bizonyíték, nem választható el az azt létrehozó folyamatoktól.

Az egészségmegőrzést széles körben tudományosan megalapozottnak, sőt az emberi magatartás tudományos alapjának tartják. Kijelenthetjük azonban, hogy ez a tudományos alap nem egy szigorúan tudományos paradigmára épül. Azaz nem elfogadható az a nézet, miszerint az emberi magatartás egyszerűen a fiziológiai és idegi folyamatokra adott válasz, az emberek pedig az emberi magatartás eredményeként létrejövő társadalomban élő és működő lények. Nehezen vitatható, hogy a megismerés fontos, és hogy az emberi magatartás a szabad akarat általános szabályai szerint működik. Tehát, ha ezt a magatartást tudományos paradigmán alapulóként értelmezzük, akkor ez az alaptétel nem lehet meghatározó, csak valószínűsítő. Ebben az esetben a legmegfelelőbb a módszerek statisztikai megközelítésének alkalmazása.

Az egészségmegőrzési kutatás és gyakorlat sokszínűségéből kifolyólag egy másik megfontolást érdemlő probléma az, hogy ki teszi fel a következő kérdést: „Mit értünk bizonyíték alatt?” Számos tudomány esetében ez a kérdés vitatható. A válasz a tudományág avatott, paradigmaticus kutatást végző szakértői felé mutat. Ráadásul hasonló közönség esetében a válasz megegyezik. Az a kérdés például, hogy milyen típusú és mennyi üzemanyagra van szükség egy űrhajó Földről Holdra szállításához, minden mérnök és űrprogrammal foglalkozó számára ugyanazt jelentené. A finanszírozás megtalálása ehhez az űrmisszióhoz azonban egy teljesen más kérdés, a körülményektől és az adott ország politikai jellegzetességeitől függ.

A fenti kérdés tovább elemezhető az egészségmegőrzés vonatkozásában. Az egyet nem értés, a különbözőség és a párbeszéd szerepe igen fontos. A példa első részében az egyet nem értés és a különbözőség nélkülözhető elemek. Míg az űrsebesség eléréséhez szükséges üzemanyag típusával és mennyiségével kapcsolatban valószínűleg vita folyna, a különböző országok mérnökei becsléseik tekintetében közel azonos véleményen lennének. Ugyanazokat az egyenleteket használnák fel a számításaikhoz, ugyanolyan gravitációs erőket és hajtóanyag-lehetőségeket mérlegelnének. A különbségek, amennyiben lennének ilyenek, a számítási hibákkal lennének magyarázhatók, a legvalószínűbb eredmény a konszenzus volna. Röviden, az egyet nem értés, a különbözőség és a párbeszéd minimális lenne. Ezzel éles ellentétben a finanszírozás felkutatásának kérdésében hasonló stratégiákat nehéz volna elképzelni, minden bizonnyal egyet nem értéssel, különbségekkel és párbeszédrel találkozoznánk a különböző csoportok és emberek között, akiket nem köt össze az utazás egzakt tudománya.

A bizonyíték meghatározása az egészségmegőrzéssel összefüggésben

A bizonyítás, a bizonyítékalapúság és a bizonyítékon alapuló orvoslás teljes területe aktuális témák (15). Mindegyik fogalmat gyakran használják az egészségvédelem és a népegészségügy vitái során. Miért? A tudomány történetében és filozófiájának szakirodalmában nincsenek kiterjedt viták a bizonyítással kapcsolatban. A bizonyíték szót ritkán használják, és csak az adatokkal, megfigyelésekkel, összefüggésekkel és a tudományos vizsgálódás más módszereivel összefüggésben említik (16). A jelenlegi bizonyításon alapuló gyakorlattal kapcsolatos érdeklődésre a legjobb magyarázat szerint a társadalmi-politikai környezet tette lehetővé a virágzást, mégpedig az egészségügy lehetőségteremtő tényezőként való hangsúlyozásával. Bár ez az érdeklődés rövid múltra tekint vissza a népegészségügy területén, az itt dolgozó embereknek a bizonyításon alapuló megközelítésekkel foglalkozó munkaértekezletek és szemináriumok elterjesztésén, valamint az azokkal kapcsolatos elvárások növelésén kell dolgozniuk. A kanadai egészséggel kapcsolatos bizonyítékok és információk nemzeti fóruma

által megrendelt tanulmányok például nemrég jelentek meg (17), az Egyesült Államokban pedig a CDC vezető szerepet vállalt a független Közösségi Megelőző Szolgálatok Munkacsoport (Task Force on Community Preventive Services) támogatásában, hogy a közösséget támogató szolgáltatásokhoz útmutatót készítsen. A dokumentum a meghatározott eredmények elérését segítő lakossági alapú beavatkozások hatékonyságáról szóló bizonyítékokat hivatott meghatározni, kategorizálni és a minőségüket osztályozni. A megelőzés és az ellenőrzés érdekében végrehajtott lakossági alapú beavatkozások költséghatékonyságával és hatásosságával kapcsolatos tudást foglalja majd össze, ajánlásokat tesz a beavatkozásokra és a bizonyítékon alapuló végrehajtásuk módszereire vonatkozóan, és meghatározza egy megelőzéssel foglalkozó kutatás menetét (18).

A munkacsoport és a tervezett útmutatóval kapcsolatos munkájára vonatkozó szövegek megtalálhatóak az interneten (<http://www.health.gov/communityguide>, a 2000. február 29-i állapot szerint). A beavatkozásokkal kapcsolatos ajánlások alapja a hatékonyságukra vonatkozó bizonyítékok erőssége, jótékony és káros hatásuk és általánosíthatóságuk lesz. Egy bizonyítékcsoport erősségének meghatározására a munkacsoport a következő tényezőket tervezi figyelembe venni: az értékelő tanulmány alkalmasságát a hatékonyságról meggyőző bizonyíték szolgáltatására, az elkészített tanulmányok számát, a tanulmány megvalósításának minőségét, következtetéseinek következetességét, a megfigyelt hatások mértékét és, kivételes esetekben, szakértők véleményét is. A munkacsoport azokat a tanulmányokat tekinti a legmegfelelőbbeknek, amelyeknek létezik kontrollcsoportja és vannak az eredményekre és felfedezésekre vonatkozó várható felmérései (például a véletlenszerű vagy a nem véletlenszerű mintavételen alapuló klinikai vagy közösségi vizsgálatok, a kontrollcsoportokon a beavatkozás előtt és után végzett többszöri mérésekre vonatkozó módszerek és a prospektív kohorsz tanulmányok). Kevésbé tartják megfelelőnek mindazokat a tanulmányokat, amelyek retrospektívek vagy több beavatkozást megelőző és azt követő mérést tartalmaznak, miközben nem rendelkeznek egyidejű kontrollcsoporttal (mint például a retrospektív kohorsz tanulmányok vagy az eset-kontroll tanulmányok). Legkevésbé az egyszerű, beavatkozást megelőző és azt követő mérést és kontrollcsoportot nem használó vagy az eredményeket és felfedezéseket egyetlen csoporton, egy adott időpontban vizsgáló módszerek fogadhatók el. A munkacsoport megfigyelte, hogy a lakossági alapú megelőzési stratégiák gyakran összetettek, és hogy a véletlenszerű mintavételen alapuló vizsgálatok nem alkalmasak vagy nem kívánatosak a közösségi beavatkozások hatékonyságának értékelésére. Ezzel a vállalkozással kapcsolatban említésre érdemes a bizonyíték meghatározására és kategorizálására szolgáló módszer kidolgozására fordított idő és erőbefektetés mértéke. A munkacsoport a beavatkozási módszerekhez kapcsolódó bizonyítékok meghatározására is sok energiát fordított.

Az indikátorok és a bizonyíték

A bizonyíték típusai és az egészségvédelmi programok értékelésének kérdései közti kapcsolat megértéséhez szükséges háttér megteremtése érdekében számos alapvető ismeretelméleti kérdést kell áttekintenünk. Milyen a bizonyíték és a tudomány természete? Milyen a kapcsolat az egészségmegőrzés elmélete és a bizonyíték szabályai között? A vizsgálat módszertani megközelítésként hogyan viszonyul a bizonyítékhoz? Hogyan határozható meg az értékelésben a szigorúság? A hiba és a mérhetetlenség fogalmai hol kapcsolódnak az értékeléshez, és milyen szerepet játszanak az oksági viszonyok? A valóság és az ismeretelméleti kérdések egybefonódásának bemutatásához kielégítő társadalmi indikátorok kidolgozására tett próbálkozások kudarcából levont tanulságokat példaértékűnek tekintjük.

A társadalomtudományok esetében a mérés lényege a dolgok számszerű értékkel való felruházása. A legtöbben egyetértenének például azzal, hogy a társadalmi helyzetet számos dimenzió határozza meg. Általánosságban úgy tartják, hogy a társadalmi helyzetet konkrét tényezők, mint például a jövedelem, a képzettség szintje, a foglalkozás és más összefüggések és kulturális tényezők, mint a kor, a faj, a nem, az etnikai hovatartozás és a családi háttér, vagy a vonzó külső befolyásolják. Tehát igen összetett jelenséggel állunk szemben. Az általános megközelítés szerint az értékelők a jelentős tényezők szintjeinek osztályozására egy mintát fejlesztenek ki, majd kiválasztják a vizsgálat tárgyát képező jelenség összetevőinek számát, valamint azt, hogy azokat milyen módon kapcsolják össze és értékeljék. Végül a súlyozott tényezőkhöz számokat rendelnek, s így a társadalmi helyzet összetett jelenségét egyetlen mérési skálára csökkentik. Ezzel a módszerrel minden értékhez egy számot rendelnek hozzá, amelyeket a továbbiakban matematikai módszerekkel lehet elemezni. Az e mögött meghúzódó ismeretelméleti feltételezés szerint a számszerűsített hozzárendelésekkel végzett műveletek megalapozhatják a jelenség elemzésének a módszerét. A kutatók gyakran feltételezik, hogy ezek lineáris értékek. Tehát egy 4-es társadalmi helyzetű embernek éppen kétszer akkora a társadalmi mozgástere, mint egy 2 ponttal rendelkezőnek. A konszenzus szerint a társadalmi indikátoroknak lehet számszerűsített megfelelőjük.

Az egészségvédelem területének kutatói, fő mozgatóerőként az értékelést használva, hősiesen munkálkodnak a társadalmi mutatók kidolgozása érdekében. Mivel sokan közülük – a területen belül és kívül egyaránt – a számokra a bizonyíték zálogaként tekintenek, a kvantitatív társadalmi indikátorokat tartják a legjobb bizonyítéknak a beavatkozások sikerének szemléltetésére. Például a fiatalok dohányzásának visszaszorítását célzó egészségvédelmi program esetében az adott korosztály dohányzási szokásaiban megmutatózó csökkenő

tendenciát várjuk a beavatkozások megvalósításától. Itt az indikátor a dohányzás mértéke, ami egyértelmű, világos és könnyen mérhető.

Sok szempontból az indikátorok felkutatása, mint a bizonyítékok megszerzésének problémájára adott megoldás, azt az általános nézetet tükrözi, miszerint a bizonyíték felfogható tervezett rendszerekben. MacDonald (19, 20) három egymást kiegészítő értékelési irányzat egyesítését javasolja a bizonyítékok megfelelő rendszerének kidolgozására. Az első irányzat a kvalitatív kutatási módszereket tartalmazná, amelyek a folyamatra, illetve a formális értékelésre összpontosítanak. A második a beavatkozások végrehajtásának középtávú és közvetlen indikátorait tartalmazza, míg a harmadik a siker középtávú indikátorait ötvözi az eredmények hatékonyságának mértékével. Az indikátoroknak tehát kulcsszerepük van MacDonald értékelési módszerében, amely a sikeres egészségmegőrzéshez keres bizonyítékot. A bizonyítás sokoldalú, összetett megközelítést sokan fejlesztek tovább. Mindannyian megegyeznek abban, hogy a folyamatértékelés és a kvalitatív módszerek keveréke az egészségmegőrzés sikerének bizonyítékául szolgálhat (4, 21, 22).

A tudomány története és filozófiája, és a bizonyíték természete

A tudomány egyszerűen meghatározható a jelenségekre bármely időpontban adott legjobb magyarázatként. Ez a meghatározás történelmi összefüggést rejt magában. Egy ilyen definíció alapján Arisztotelész biológiája vagy Ptolemaiosznak a bolygók mozgására adott magyarázata egyértelműen tudományosnak számít annak ellenére, hogy a jelenlegi magyarázatok elfogadhatatlannak tekintik őket. Ezek a nézetek évezredek át uralkodtak, ami az emberiség számára aligha jelent komoly haladást. Még egy szigorúbb, a Webster's (23) által adott meghatározás alapján is, miszerint a tudomány „a rendszerezett tudás egy ága vagy irányzata, amely vizsgálat tárgyát képezi vagy képezheti”, a régmúlt tudósai igen jól teljesítenének. Saját tudományuk területén a jelenségek magyarázatára bizonyítékokat is szolgáltatottak.

A tudomány bármely definíciója számos kihívást rejt. A bonyodalmak az olyan kifejezésekből erednek, mint a *rendszerezett, tudás, megfigyelés és természet*. Ezek közül mindegyik további kérdések és fogalmak sorát tartalmazza. Még ha ezek a további kérdések kielégítően megválaszolhatók is, a legnagyobb kérdés válaszra vár. Tudomány-e az egészségvédelem, és a tudományos tevékenységek átültethető-e az egészségvédelem törekvéseire? Jelen megbeszélés céljainak megfelelően a válaszuk: igen.

A szakirodalom alátámasztja számos ember nézetét, miszerint az egészségvédelmi kutatás esetében tudományról beszélünk. Az *American Journal of Health Promotion* (Az egészségmegőrzés amerikai folyóirata), az Egyesült Államok vezető szaklapja például első megjelenése óta tanulmányok sorozatát közöl-

te, amelyek szerint az egészségvédelemnek szigorú tudományos alapelvekhez kell ragaszkodnia. 1986-ban, az első számban jelent meg az Értékelési modell: az egészségmegőrzési törekvések szigorú értékelésének keretrendszere című írás (24). Majdnem egy évtizeddel később a kiadó és szerkesztő a szakirodalom szisztematikus áttekintéséről adott közre egy neves tudósok által vezetett sorozatot, amely a meghatározott eredmények elérése érdekében végzett meghatározott típusú egészségvédelmi beavatkozások hatásait vizsgálja (25). A folyóirat azóta is nyomon követi az egészségvédelem tudományának a helyzetét (26). A sorozattal kapcsolatban említésre méltó a beavatkozások osztályozása, amely megfelel a kutatási bizonyítékok osztályozási rendszerének. Az osztályozás öt csillagtól (döntő bizonyíték) egy csillagig (gyenge bizonyíték) terjed. A döntő bizonyíték „a beavatkozások és az eredmény közötti ok-okozati összefüggés, amelyet véletlenszerű mintavételén alapuló kontrollcsoportok jól megtervezett vizsgálatai támasztanak alá”. A gyenge bizonyíték a töredékes, nem kísérleten alapuló és/vagy gyengén kivitelezhető kapcsolatok kutatási bizonyítékain alapul. A kétszillagos bizonyíték a „kapcsolatokkal megegyező, sokrétű tanulmányokat jelenti véletlenszerű mintaválasztáson alapuló kontrollcsoporttal, de jól megtervezett vizsgálat nélkül”. Az *American Journal of Health Promotion* minden bizonnyal nagyban növelte a véletlenszerű mintavételén alapuló kontrollvizsgálatok jelentőségét.

Bár sokan tudománynak tekintik, az egészségvédelem a gyakorlat technikai területét is jelenti. Ennek a kettősségnek a bizonyítéokra vonatkozóan is vannak hatásai. Történetileg a technikát a tudománytól különállónak, a tudomány alkalmazásának tekintették. Valójában a tiszta elmélet és alkalmazása között mindig létezett folytonosság. Sőt, az elméleti fizika a kísérleti fizikával próbál meg egyesülni, aztán a mérnöki tudományokkal, az elméleti pszichológia pedig a klinikai pszichológiával. Hasonlóképpen, az egészségmegőrzés területe is folytonosságot mutat az elmélet, a kutatás és a beavatkozások területeivel. Azért fontos ez, mert a bizonyíték a cél függvényében változhat.

Összességében, egy elmélet bizonyítéka elvontabbnak tűnik, s látszólag nehezebb megfogalmazni, mint azt a fajta bizonyítékot, amely valaminek a működését igazolja. Általában úgy tartják, hogy a bizonyítékokat könnyebb megtalálni olyan esetben, amely ellenőrzött kísérleten alapul. A fizikához és a biológiához kapcsolódó tudományok területén – mint például a csillagászat, a geológia és az evolúciós biológia –, ahol a kísérletezés nehézségekbe ütközik, a bizonyítéknak a szabadjára engedett események összetett, részletes megfigyelésien kell alapulnia. Tehát az evolúció elmélete kísérletek által a huszadik század végéig igazolatlan maradt, a bizonyítékok megszerzéséhez szükséges megfigyelések összetettsége és változatos természete miatt (5). Még a relativitáselmélet is inkább a klasszikus „gedanken experiment”-re (gondolatkísérletre – a szerk.) épül, mintsem valós kísérletekre (16).

Az egészségmegőrzés elméletének módszertant kell megfogalmaznia

A molekuláris genetika viszonylag rendezett laboratóriumi világával elmentében az egészségvédelem területe történelmi és politikai összefüggésekkel átitott, bonyolult, cseppfolyós társadalmi kapcsolatokat leíró, tükröző fogalomkör. Egy laboratóriumban a megfigyelő a tényezőket megváltoztathatja, míg az egészségmegőrzés társadalmi részvétellel megvalósuló tevékenység, az egészségre hat, és igen nehezen elszámolható és ellenőrizhető közvetítő tényezők ezreivel teli környezetben valósul meg. Darwin elmélete a természetes szelekcióval megvalósuló evolúcióról keretet adott a tudósoknak ahhoz, hogy a megfigyelt jelenségeknek értelmet adjanak. Ez tette lehetővé, hogy eljussanak a következő szintre: az újabb felfedezéshez. Az egészségmegőrzés, bár jellegénél fogva interdiszciplináris, alapvetően a megismerésen alapuló magatartással kapcsolatos elméletekre, valamint a társadalmi változások, és az egészség néhány jól kidolgozott szerkezeti elméletére épül (14).

Az 1. és a 22. fejezetekben tárgyaltak szerint az egészségmegőrzési kezdeményezések többféle, többszintű stratégiát jelenthetnek. Különösen a mérés ütközhet akadályokba, ha a fogalmi tisztázatlanok vagy vita, elmélkedés tárgyát képezik. Amikor egy közösség egészségével kapcsolatos program hatásainak bizonyítása szükséges, milyen módon választható ki a megfelelő jelenség? Amikor a cselekvésre több egymással versenyző javaslat is érkezik, milyen alapvető logika vezérli a döntéshozatalt? És végül, a közösségi egészségvédelem sikeres gyakorlatának milyen új ismeretei hozhatók létre?

E. O. Wilson nemrég azt mondta: „A tudományos bizonyíték folyamatosan gyarapodik, az elméletek fénymásolatai és a vakolat által mesterségesen összekötött bizonyíték tömbökből áll” (27). A jelentés közléséhez az ismereteket a megfelelő összefüggésbe kell helyezni. A közösségi beavatkozásokból szerzett tudás és tapasztalat összekapcsolása némi logikai alátámasztást igényel. Ahogy az korábban kiderült, az elmélet keretet teremt. Az egészségvédelem részvételen alapuló modelljeiben a közösségi egészségvédelem módszereinek közös megértéséhez elengedhetetlenül fontos a világos elméleti feltételezések megfogalmazása. Elmélet nélkül hogyan lenne értékelhető a bizonyíték? A bizonyíték csak az azt megteremtő elmélet fényében nyer értelmet. Az emberek megfigyelések alapján gyártanak modelleket a jelenségekre azzal a szándékkal, hogy a jelenségeket tágabban értelmezzék. Ez az első lépése a megfigyelések egy-egy mintába rendezésének. Az indukciós és dedukciós módszereket használó további pontosítások célja a jelenségekre alkalmazható következetes minták és törvények megkülönböztetése és elméletek alkotása. Az elmélet magasabb rendű, mint a modell, mivel nemcsak a jelenséggel kapcsolatos megfigyelésekre ad magyarázatot, hanem alkalmas az események kimenetelének megjóslására is.

Itt az elmélet és a modell különbségének bemutatására Coleman által leírt ésszerű cselekvés elméletét használjuk. Coleman elméletét a társadalmi szerkezet és annak szereplői közötti dinamikaként írja le, amelyben „minden szereplő ellenőrzéssel bír bizonyos erőforrások felett, és érdekelt bizonyos események megvalósulásában” (28). Ennek az elméletnek egyik fogalmi összetevője a társadalmi tőke és annak előfeltételei. A társadalmi tőke egy közösség kapcsolataira és belső szabályaira utal, mint például a bizalom, az együttműködés és a polgárok elkötelezettsége a kölcsönös előnyök elérésére. Az anyagi természetű tőke fogalmához hasonlóan a társadalmi tőke is azt feltételezi, hogy a beruházásból előnyök származnak, ebben az esetben a közjó. A második feltételezés szerint, ahogy a társadalmi tőke a polgárok elkötelezettségének köszönhetően növekszik, a közsféra intézményei egyre kielégítőbben szolgálják a közösséget. Coleman (28) az iskolák olyan modelljét írja le, amely a középfokú tanulmányok befejezését a társadalmi tőke funkciójával ruhazza fel. Azt állítja, hogy a családban és az iskolai közösségben meglévő társadalmi tőke növeli az esélyt, hogy a diák is elérje ezt a célt. A modell a beavatkozások olyan különleges csoportját adja, amely a tanulmányok befejezését elősegítő iskolákat eredményez, míg az elmélet keretet ad a polgári elkötelezettség és a közösségeket támogató társadalmi intézmények közötti tágabb kapcsolatok magyarázatához. A polgári elkötelezettség komplex jelenségét egyszerűbb néhány összetevőjén (például templomba járás vagy önkéntes munka) keresztül megvizsgálunk. Így egy modell lehetővé tenné a polgári elkötelezettség jelenségével kapcsolatos különálló megfigyeléseknek egyetlen gazdagabb meghatározásba való összegyűjtését. Összegzőképpen, az elmélet (mint például az ésszerű cselekvés elmélete) az összetett társadalmi kapcsolatok és eredmények (mint a fiatalokat célzó közösségi programok, a választói magatartás és a szabadidő közösségi felhasználása) sorát ábrázoló modell alapját jelenti.

Sajnos számos egészségmegőrzéssel foglalkozó kutató a kutatási módszer megválasztását fordított sorrendben végzi. Hagyják, hogy a kutatási módszer vezesse a vizsgálatot ahelyett, hogy engednék, hogy az elméletek és a modellek az ismeretek gyarapodását fogalmilag megerősítsék. Az ilyen fogalmi megértést követően a vizsgálatot végzők hozzáfoghatnak a megfelelő módszerek felkutatásához. Sok kutató például helytelenül alkalmazza a véletlenszerű mintavételen alapuló kontrollvizsgálatokat az egészséggel kapcsolatos kutatások esetében. Annak ellenére, hogy ezek a vizsgálatok érvényesek és a modellek által egyszerű és közvetlen kapcsolatként leírt fiziológiai jelenségekkel (mint például egy gyógyszer és az általa kiváltott fizikai reakció) kapcsolatos feltételezések vizsgálatára alkalmasak, az egészségmegőrzéssel kapcsolatos kutatás által gyakran vizsgált számos összetett társadalmi jelenség vizsgálatára nem megfelelőek. Egy módszertan kiválasztását megelőzően a kutatók-

nak rendelkezniük kell a vizsgált jelenség elméletének és modelljeinek fogalmi ismereteivel. Ez a lehetőség nemcsak a tudás gyarapítására alkalmas, hanem jobb elméletek és modellek megszületését is segíti.

A tudományos szigor

Az egészségmegőrzés területének tudományosságát érő kihívások gyakran a tudományon belül megszerezhető ismeretek felhalmozására használt módszerek szigorúságán alapulnak. Ezek a kihívások gyakran jelentik azt, hogy minden olyan területnek, amely érdemes arra, hogy tudománynak nevezzék, szigorú, rendszerezett és következetes megközelítés alkalmazásával egyetemes általánosításokat kell tisztáznia saját vizsgálati területén. Sajnos sok zavar és félreértés származik abból a hibás nézetből, hogy a tudományos módszer első-sorban és leginkább kontrollált kísérletek statisztikai szigorúsággal történő elvégzését jelenti. Valójában a tudományos módszer az észlelt minták jelentéssel való megtöltésére tett kísérletet jelent. Azon a ponton, ahol a kontrollált kísérletek végzése és a standard statisztika alkalmazása lehetségessé válik, már jelentős tudás áll rendelkezésre (29).

Az egészségmegőrzés a népegészségügy új, multidiszciplináris területe. Az egészségvédelemmel foglalkozó tudósok módszerei és céljai sokat változnak. Ez felveti a kérdést: vajon a terület ilyen sokrétű tevékenységei nem összeegyeztethetetlenek-e a szigorú tudományos követelményekkel. A tudományok történelme alapján Fiske és Shweder (30) a következőket jegyezték le:

„A célok tisztázottsága bizonytalan érdem az egészséggel kapcsolatos tudományok területén: néhány eredetileg céltalannak tűnő tevékenységről kiderül, hogy fontos; a világos elképzelésekkel rendelkező tudósok céljai gyakran különböző irányúak, vagy éppen egymással ellentétesek. Jellemző módon az egészséggel kapcsolatos, fejlődő tudományok esetében az egyre szélesedő háttérterületeken végzett munka vitatott.”

Tehát ajánlott standardizált, világos és pontosan kidolgozott kritériumokat alkalmazni egy tudomány fejlődésének értékelésére és szabályozására. A szigorot nem szabad összetéveszteni a szokásokkal.

Az egészségmegőrzési bizonyítékoknak számos és változatos értékelési módszere létezik. Ide tartoznak az esettanulmányok, a korrelációs tanulmányok, az elbeszélő elemzések, a kísérleti és kvázi-kísérleti vizsgálatok, az interjúk és felmérések, az epidemiológiai, etnográfiai és egyéb vizsgálatok. A kérdés természete határozza meg a kutatási technika kiválasztását. Különösen fontos a jelenségeket természetes környezetükben vizsgálni. Néhány jelenség kielégítően vizsgálható laboratóriumi körülmények között is, de a laboratóriumi eredményekből levont általánosítások a körülmények sajátosságai miatt nem minden esetben érvényesek. Bizonyos társadalmi jelenségek természetes körülménye-

iken kívül történő vizsgálata lehetetlen, így a körülményekre vagy a helyzetre jellemző minták (és nem tárgyak) vizsgálata még lényegesebbé válik. Bizonyos jelenségek következményeit (például a népsűrűség, a közösségen belüli összetartó erő és a jövedelmek egyenlősége) nem lehet a természetes körülményektől elszakítva megfelelően vizsgálni. A társadalmi jelenségek egyéni szintű változókra (például éves jövedelem vagy a tanulással töltött évek száma) való lebontása korlátozza a közösségre gyakorolt hatásaik megértését.

Miért olyan kritikus a bizonyíték a klinikai orvostudomány számára?

A hiba fogalma átokszó a modern klinikai orvostudományban. Silverman (31) az emberi kísérletekről szóló könyvében összefüggésbe hozza a súlyos csapásokat és a nem tudományos vagy nem bizonyítottan hatásos kezelések rituális alkalmazása miatt bekövetkezett halálozásokat. Külön említésre méltóak a nagy lelkesedéssel, de megfigyelés és a nem kívánt következmények ismerete nélkül végzett kezelések hosszú és szomorú történetei. Jól ismertek a véreztetés, a tisztítókezelések, a nehézfémek és mérgek használatával kapcsolatos történetek mind a „hősi”, mind a mindennapos betegellátás területén. Valójában még a 20. század is bővelkedett az olyan katasztrófatörténetekben, mint a sugárkezelés helytelen alkalmazása a megnövekedett mandulák kezelésére, vagy hogy nagy koncentrációjú oxigént adtak koraszülött csecsemőknek.

A bizonyítékon alapuló orvoslás felfogható a hiba elleni tudományosan kialakított védekezéséként. Sackett és társai (15), valamint a Bizonyítékon Alapuló Ellátás Munkacsoportja – Evidence Based Care Resource Group (32) – egyetértenek abban, hogy a bizonyítékon alapuló orvoslás „a jelenleg rendelkezésre álló legjobb bizonyítékok tudatos, világos és megfontolt alkalmazása az egyéni betegek ellátásával kapcsolatos döntéshozatalban” (15). Ez a megfogalmazás számos említésre méltó tulajdonsággal rendelkezik. Először is, a bizonyíték kezdetleges fogalom marad további pontosítás és meghatározás hiányában. Másodsor, a *megfontolt* alkalmazás arra utal, hogy a szakembernek ítékeznie kell a bizonyíték felől. Harmadszor – és ez a legfontosabb tulajdonság –, a megfogalmazás az egyéni betegek ellátására és az őket érintő vívmányokra utal. Ezek nem szolgáltatnak alapot a legjobb bizonyíték meghatározására, a végső megerősítést a véletlenszerű mintavételen alapuló kontrollvizsgálatokból nyert bizonyítékok adják. Ideális körülmények között ez a helyzet áll fenn, a valóságban azonban a kezelések kockázat-haszon elemzései és a költséghatékonysági megfontolások is befolyásolják a betegellátást.

Mégis, a klinikai és más orvosok a bizonyíték szót a kísérletekből, különösen a véletlenszerű mintavételen alapuló kontrollvizsgálatokból származó bizonyítékok hierarchiájának széles körű összefüggéseiben alkalmazzák. Ezen elmélet szerint az erős kutatási háttér bármely klinikai gyakorlatban alkalmazott fo-

lyamatot vagy technikát alátámasztja. Az általánosan elfogadott kutatások által rögzített bizonyítékok skáláján gyengébbnek kell tekinteni azt, amelyiket nem támaszt alá több szigorú vizsgálat. A bizonyítékon alapuló orvoslást nem jellemzik bonyolult következtetések. A konszenzus és a megfigyelésekre adott hasonló magyarázatok annál inkább.

Az orvostársadalom tagjai között akadnak a bizonyítékon alapuló orvoslás működését kritizálók is. Hart, az 1997-ben a Társadalmi Orvostudományi Társaságnál tartott, Cochrane-ról szóló előadásában a fogalmat igen szkeptikusan közelítette meg (33). Hangsúlyozta Cochrane eredeti művében a *hatékonyság és hatássság* jelentőségét (34). Azt állította, hogy a bizonyítékon alapuló orvoslás szószerű (33):

„kritika nélkül elfogadják a tudomány társadalomtól elkülönített meghatározását, feltételezik, hogy a legfőbb klinikai döntések a szakellátásban és nem az alapellátásban születnek, és figyelmen kívül hagyják a legtöbb klinikai probléma sokoldalúságát, valamint azokat az összetett társadalmi problémákat, amelyekben belül a klinikai problémák felmerülnek és megoldásra várnak.”

Hart álláspontja megegyezik az egészségvédelmi szakemberek részvételen alapuló kutatási megközelítésével (33). „Olyan paradigma szerint kell dolgoznunk, amely a betegeket a termelés résztvevőiként és nem fogyasztókként értékeli, elősegítve az egészségnyereségek folyamatos hatásainak létrejöttét, minden megfelelő bizonyíték felhasználásával, közösen meghozott döntések által és a tudomány szélesebb, a társadalmat figyelembe vevő meghatározásának keretében.” Hart szerint a bizonyítékon alapuló orvoslást nagyban befolyásolják a mögöttes gazdasági megfontolások, és újabban az irányított betegellátás piaci elvek szerint megvalósuló döntéshozatala. Ez ellensúlyozza az ellátással kapcsolatos döntéshozatal során a betegek aktívabb szerepet szánó törekvéseket. A betegek tudása és tapasztalata, tehát az ellátás összefüggéseinek jelentős része elveszni látszik a bizonyítékon alapuló orvoslás megvalósítására való törekvésben.

A bizonyítékkal kapcsolatos problémák az egészségvédelemben

Az egészségmegőrzés mögött álló ismeretelméleti megfontolásokat nem a kísérleti, hanem a társadalom- és magatartástudományok alapozzák meg. Egy bizonyos szintig az utóbbi néhány területe (például a klinikai pszichológia) kutatásait és gyakorlatát az előbbiről mintázza. A legtöbb társadalomtudomány mégsem kísérleti alapú. Még a közgazdaságtan és a szociológia kvantitatív területein sem jellemző a változók kutatók által történő módosítása, és a kísérletezés nagyon távol áll az olyan tudományágaktól, mint az antropológia vagy a politikatudomány. Általánosan elfogadott, hogy a legtöbb társadalom- és ma-

gatatástudomány erősen empirikus: megfigyel és osztályoz, de a vizsgálat tárgyát nem változtatja meg.

A változó tényezők manipulálása (például a tudás, a hozzáállás vagy a viselkedésminták megváltoztatása) esetében a szigorú kísérleti módszer nem megfelelő. Mint arra már mások is rámutattak, a kutatók nem képesek az összes témához tartozó változó ellenőrzésére vagy kontrollcsoportokkal történő összehasonlításra minden esetben. A legjobb elérhető módszer a gyakran idézett kvázi-kísérleti módszer.

Mivel az egészségmegőrzési beavatkozások legfőbb jellemzője a részvétel, az ideális módszer a kutatók és a kutatás tárgyát képezők közötti mesterséges kettősség megszüntetésére irányulna. Ez a jellegzetesség és a vele járó feltételezések teljesen alkalmatlanná teszik a szigorú kísérleti módszert. Mivel a bizonyítás igen szorosan összefügg a szigorú kísérleti módszerekkel, a kifejezés használata erősen megkérdőjelezhetővé válik az egészségvédelem területén.

Ezen okokból kifolyólag itt az ideje kijelenteni, hogy a fogalom gondatlan használata eltéríti az egészségvédelem gyakorlatát a beavatkozások tervezésére és értékelésére irányuló legmegfelelőbb módszerek kidolgozásától. A fogalom a klinikai tudományos alapokon nyugvó várakozások irányába vezetheti félre azokat, akik az egészségmegőrzés ismeretelméleti alapjaival nincsenek teljesen tisztában. A biomedicinával foglalkozókat gyakran vádolják az egészségmegőrzési kutatásokkal szembeni megalapozatlan várakozásaikért, azonban ezek a várakozások az egészségvédelem elméleti és ismeretelméleti alapjainak meg nem értéséből fakadnak.

Három fontos, megoldatlan kérdés

A bizonyíték szabályai

Három lényeges probléma vár megoldásra. Az első a bizonyítás szabályainak a megalkotása. Először is a bizonyítás tudományágakhoz, s nem projektekhez kötődik. Az évek során a tudományos területek kidolgozták a megfigyelés és a kísérletezés bizonyítékaira vonatkozó normáikat. Így a megfelelő tudományos módszer egyrészt történeti fejlődés, másrészt a tudományág jellemző megfigyelt tárgyának az eredménye, s ezért a bizonyítás szabályai a különböző tudományágak esetében eltérnek. Számos közösség alapú, betegség megelőzésére irányuló és egészségmegőrzési projekt nem egy tudományághoz tartozik, hanem egy tevékenységterületet képvisel. Ezért semmilyen tudomány alapú ismeretelméleti struktúra nem alapozza meg a törekvések értékelését. Meg kell különböztetni a bizonyítás szabályait a népegészségügy közösség alapú kutatásainak és beavatkozásainak a területén, különösen az epidemiológia, a társada-

lompszichológia, a szociológia, az antropológia és az egészségnevelés területén. Pontosítani kell a különbségeket és a hasonlóságokat, valamint tisztázni kell a tevékenységi területek szabályait.

A bizonyíték szabályainak kialakításával kapcsolatos problémák egyik része a bizonyítékok hierarchiájának megoldatlan kérdése. A közösségi kutatás, beavatkozás és értékelés általános területén jelentős vita foglalkozik azzal, hogy mi képezi a területen a tudást, mi a bizonyítékot, valamint a bizonyíték fogalma alkalmazható-e a közösségi beavatkozások értékelésére. A kutatók és a szakemberek nem jutottak egységes álláspontra a bizonyítékok hierarchiájának kérdésében. Nemzetközi csoportok szerint korai lenne még a bizonyítékok fajtáit lineáris hierarchia szerint rangsorolni (35). Továbbra is szükséges a konszenzus hiányának a dokumentálása, a közösségi beavatkozások összefüggéseiben az egyetértés ellen és mellette szóló érvek megfontolása, valamint ajánlások megfogalmazása a jövőre nézve.

Végül, a multidiszciplináris, komplex beavatkozások tarthatatlanná teszik a bizonyítás egyszerű, egyetemes szabályait. A bizonyítékokra vonatkozó szabályok alapjai gyakran viszonylag egyszerű, kimutatható oksági láncolatra épülő beavatkozások, ahol az egyes tényezők befolyásolása egyszerű, könnyen mérhető eredményekhez vezet. Számos közösség alapú, egészséget érintő beavatkozás több tudományterület keveréke, színterei dinamikusan változnak, mérése nehéz. Tehát, a változó tevékenységi területek megértése az összetett módszerek együttes használatát, és az oksági viszonyok feltárásához jelentős időráfordítást igényel. Új elemzések még a beavatkozás után évekkal is feltárhatnak fontos eredményeket. Ezért szükséges felismerni a közösségi beavatkozások összetett természetét, valamint javaslatokat tenni azokra a területekre, amelyek az elemzés kihívásainak jobb megértése érdekében fejlesztést igényelnek. Szükség van jobb elemzési és értékelési módszerek kidolgozására és támogatására.

Indikátorok

A második megoldatlan probléma az egészségmegőrzés indikátorainak felkutatása és azonosítása. A pozitivisták éveken át tartó „indikátor szkepticizmus” és az indikátorok antipozitivisták által történő „arculütése” (21) ellenére két szembeötlő tényező fennmaradt: a döntéshozók gyakran kérnek és várnak indikátorokból származó számadatokat, valamint a legtöbb népegészségügyi és egészségmegőrzési szakember és kutató kvantitatív adatok szolgáltatásához szokott hozzá, és kizárólag azokat, valamint a hozzájuk kapcsolódó indikátorok értékét fogadja el. Az indikátorok és az azokon alapuló beszámolók, úgy tűnik, gyakran felélénkítik az érdekeket és erőforrásokat. Jó példa erre a napjainkban mutatkozó nagy érdeklődés az olyan általános egészségmutatók iránt,

mint a QALY és a DALY (Quality/Disability Adjusted Life Years). A WHO egy a DALY-k felhasználásán alapuló, a világméretű betegségterhek felmérésére irányuló nagyszabású projektet végez és támogat (36). Egyes országok szintén hozzáfogtak e feladat elvégzéséhez.

Megfelelő elméleti alap

A harmadik probléma: megfelelő elméleti alap kidolgozása az egészségvédelem számára. Ez a fejezet csak néhányat mutatott be a kezdeményezések értékelését és gyakorlatát befolyásoló számos bonyolult elméleti kérdés közül. Az elmúlt két évtized élénk vitái (8, 10, 37) ellenére nem született meg az egészségmegőrzés általános elmélete. Az elmélet megteremti a terület kutatási és gyakorlati paradigmáinak az alapját, és kijelenthetjük, hogy minél alaposabb és összefüggőbb az elméleti alap, annál hitelesebb lesz a kutatás és a gyakorlat azon egyszerű oknál fogva, hogy az elméleti alap meghatározza a bizonyítékok paramétereit.

Az egészségmegőrzési kezdeményezések a tudományágak egész sorára támaszkodnak, és az adatszerzési módszerek széles skáláját használják fel. Mivel a terület a beavatkozások végrehajtásához kevert módszereket alkalmaz, az értékeléshez is több stratégiát kellene kidolgoznia. Az egészségvédelem egy viszonylag új megközelítés, amelynek még nem volt ideje mély elméleti alapokat (14) és azzal összefüggő rendszeres módszertant kifejleszteni. Ez éles ellentétben áll a klinikai orvoslás történetével, ahol a fejlődés évszázadaihoz százévnyi kutatási merevség is társult. Még az egészségmegőrzés alapját képező társadalomtudományok (szociológia, antropológia stb.) is viszonylag újak számítanak, többnyire a tizenkilencedik század közepe táján alakultak ki, és a módszertanuk kidolgozására csak az elmúlt 50 év folyamán mutattak erős hajlandóságot. Így nem meglepő az egészségvédelmi végrehajtás széles körben elfogadott paradigmájának, és ebből következően a legmegfelelőbb értékelési stratégiára vonatkozó egyetértésnek a hiánya.

Összegzés: optimizmus és a következő lépések

Látszólagos kritikai hangvétele ellenére jelen fejezet a felmerülő kérdések megvitatását szolgálja, és nem ítéli el az egészségvédelmi értékelés módszertanának jelenlegi fejlettségi állapotát.

Van ok az optimizmusra. Először is a bizonyítással kapcsolatos vita összetettségének a felismerése egyértelművé teszi, hogy a kutatók, szakemberek nem alkalmazhatják az alapvető értékelési módszereket a lakossági alapú kö-

zösségi beavatkozások esetében. Nyilvánvalóvá vált az olyan értékelési stratégiák kidolgozásának a jelentősége, amelyek figyelembe veszik a különbségeket, a multidiszciplinaritást és a helyi összefüggéseket. Az egészségmegőrzés tehát részvételt, összefüggéseket és dinamizmust hangsúlyozó, egyre inkább felszínre kerülő elméleti távlatai az értékelési módszerekkel kapcsolatos elméletek előterébe kerülnek.

Az egészségvédelmi kutatás szigorúsága megköveteli a megfelelő módszerek használatát az elméleti kérdések megválaszolásához. Ez az egyszeri tanulmányok elkerülését jelentheti a vizsgálatok megfelelő szintéren való szisztematikus megisméltésének a hangsúlyozása érdekében. Ennek eredményeképpen egységesebb és termékenyebb tanulmányok szülehetnek, és kevesebb lesz a töredezt, jelentéktelen kutatás. A tudományos területek és azok az elméletek, amelyek ismeretelméleti perspektívából közelítik meg a tárgyat, és rendszeres módszertant igényelnek, újfajta tudás előtt nyitják meg a kaput, ahelyett, hogy elzárnák az utat.

Az optimizmus következő oka, hogy ma már jobb tájékoztatás mellett történik a folyamatos kutatás az egészségvédelem sikereinek megfelelő indikátorai után, és csak naiv gyakorlati szakemberek hiszik azt, hogy léteznek kizárólagos megoldások a megfelelő indikátorok kidolgozásában. A megfelelő indikátorok szükségességének felismerése ezenkívül megerősítette azt a szemléletet, hogy az egészségvédelmi tevékenységek meghatározóak a népegészségügy alapjaira nézve. Például a magatartásbeli rizikótényezők nyomon követése, az egészségmegőrzési felmérések száma és az életmód értékelésének általános kérdésfeltevései számottevően fejlődtek, gyarapodtak az elmúlt évek során a nyugati iparosodott világban. Ez a fejlődés azzal az igénnyel párosul, hogy a felügyeleti rendszerek a kóroktan hagyományos vonatkozásain túlra is kiterjedjenek a lakosság figyelmének a felkeltése érdekében. Növekszik az igény arra is, hogy ezeket a rendszereket a lakossági alapú programok és az egészségvédelmi beavatkozásokból következő változások értékelésében használják fel. Pozitív következmény, hogy a hangsúly az egyéniről a lakossági szintű egészségjavulásra helyeződik át.

A legjelentősebb eredménynek azt tekintjük, hogy a bizonyítással kapcsolatos viták oda vezettek, hogy bővült az egészségvédelem elsősorban közösségen alapuló programjainak helyes értékelési alapja. A vita mindig szem előtt tartotta, hogy az egészségmegőrzési beavatkozásokat nem lehet elkülöníteni a szakpolitikai, erőforrásokkal, közösségi érdekekkel, ideológiákkal és más nehezen mérhető paraméterekkel kapcsolatos kérdésektől. Továbbá azt, hogy számos beavatkozás a mindennapos beszéd szintjén ismert, ám nehezen dokumentálható és nem érzékelhető tényezőknek a következtében vált sikeressé vagy bukott

meg. Tehát a kutatók és gyakorlati szakemberek gyakran kényszerültek a hagyományos értékelési eljárásokra támaszkodni, amelyek azonban nem megfelelő tervezési stratégiákat hangsúlyoztak. A jelenlegi vita tisztában van a megfelelő bizonyítékok felkutatására alkalmas számos lehetséges iránnyal. Annak ellenére, hogy tökéletes eljárás még nem áll rendelkezésre, az egyre gyarapodó tudományos szakirodalom alapján a lehető legmegfelelőbb módszer azonosítása várható.

Hivatkozások

1. World Health Assembly resolution WHA51.12 on health promotion (<http://www.who.int/hpr/docs/index.html>). Geneva, World Health Organization, 1998 (accessed on 8 December 2000).
2. BUTCHER, R.B. Foundations for evidence-based decision making. In: Canada health action: building on the legacy. Vol. 5. Evidence and information. Quebec, Editions Multimondes, 1998, pp. 259-290.
3. NUTBEAM, D. & Vincent, N. Evidence-based health promotion: methods, measures and application. 16th World Conference on Health Promotion and Health Education, San Juan, Puerto Rico, 23-26 June 1998.
4. TONES, K. Beyond the randomized controlled trial: a case for „judicial review”. Health education research, 12(2):1-4 (1997).
5. WEINER, J. The beak of the finch: a story of evolution in our time. New York, Random House, 1995.
6. Discussion document on the concept and principles of health promotion. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1984 (document).
7. McQUEEN, D. V. A methodological approach for assessing the stability of variables used in population research on health. In: Dean, K., ed. Population health research: linking theory and methods. London, Sage, 1993, pp. 95-115.
8. DEAN, K. et al. Researching population health: new directions. In: Dean, K., ed. Population health research: linking theory and methods. London Sage, 1993, pp. 227-237.
9. Ottawa Charter for Health Promotion. Health promotion, 1(4): iii-v (1986).
10. GREEN, L. W. & KREUTER, M. M. Health promotion planning: an educational and environmental approach, 2nd ed. Mountain View, Mayfield, 1991.
11. WINSLOW, C. E. A. The evolution and significance of the modern public health campaign. New Haven, Yale University Press, 1923.
12. COLEMAN, J. S. Collective decisions. Sociological inquiry, 34: 166-181 (1964).

13. COLEMAN, J. S. Foundations for a theory of collective decisions. *American Journal of sociology*, 71: 615-627 (1966).
14. McQUEEN, D. V. The search for theory in health behaviour and health promotion. *Health promotion international*, 11(1): 27-32 (1996).
15. SACKETT, D. et al. Evidence-based medicine: what is it and what isn't? *British Medical Journal*, 150: 1249-54 (1996).
16. SUPPE, F., ed. *The structure of scientific theories*, 2nd ed. Urbana, University of Illinois Press, 1977.
17. *Canada health action: building on the legacy*. Vol 5. Evidence and Information. Quebec, Editions Multimondes, 1998.
18. PAPPALANOU, M & EVANS, C. Development of the guide to community preventive services: a U. S. Public Health Service Initiative. *Journal of public health management practice*, 4(2): 48-54 (1998).
19. MacDONALD, G. et al. Where next for evaluation? *Health promotion international*, 11(3): 171-173
20. MacDONALD, G. et al. Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. *Health education research: theory and practice*, 11(3): 367-376 (1996).
21. McQUEEN, D. V. & NOVAK, H. Health promotion indicators. *Health promotion*, 3(1): 73-78 (1998).
22. SANSON-FISHER, R. et al. Developing methodologies for evaluating community-wide health promotion. *Health promotion international*, 11(3):227-236 (1996).
23. *Webster's third new international dictionary*. Springfield, MA, G. & C. Merriam, 1981, p. 2032.
24. GREEN, L. Evaluation model: a framework for the design of rigorous evaluation of efforts in health promotion. *American journal of health promotion*, 1(1): 77-79 (1986).
25. O'DONNELL, M. & ANDERSON, D. Toward a health promotion research agenda: state of the science reviews. *American journal of health promotion*, 8(6): 462-465 (1994).
26. ANDERSON, D. R. Database: research and evaluation results. *American journal of health promotion*, 13(1): 52-56 (1998).
27. WILSON, E. O. *Consilience*. New York, Alfred Knopf, 1998.
28. COLEMAN, J. S. Social capital in the creation of human capital. *American journal of sociology*, 94: 95-120 (1988).
29. LOEHLE, C. *Thinking strategically*. Cambridge, Cambridge University Press, 1996.
30. FISKE, D. W. & SCHWEDER, R. A., ed. *Metatheory in social science*. Chicago, University of Chicago Press, 1986.

31. SILVERMAN, W. A. Human experimentation: a guided step into the unknown. Oxford, Oxford University Press, 1985.
32. EVIDENCE BASED CARE RESOURCE GROUP. Evidence-based care. 1. Setting priorities: how important is this problem? Canadian Medical Association journal, 15: 1249-1254 (1994).
33. HART, J. What evidence do we need for evidence-based medicine? Journal of epidemiology and community health, 51: 623-629 (1997).
34. COCHRANE, A. Effectiveness and efficiency. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972.
35. Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ICP/IVST 05 01 03).
36. WORLD HEALTH ORGANIZATION & WORLD BANK. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020: a summary edited by Christopher J. L. Murray, Alan D. Lopez. Cambridge, Harvard School of Public Health, 1996 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. 1).
37. ANDERSON, R. et al., ed. Health behaviour research and health promotion. Oxford, Oxford University Press, 1988.

ÉRTÉKELÉS AZ EGÉSZSÉGVÉDELEMBEN

Michael S. Goodstadt, Brian Hyndman, David V. McQueen, Louise Potvin, Irving Rootman, Jane Springett

Szintézis és ajánlások

Könyvünk menetét kezdettől fogva tiszta, határorozott cél vezérelte (1):

... az, hogy ösztönözzük és támogassuk az egészségvédelem értékelésének és gyakorlatának innovatív megközelítéseit azáltal, hogy áttekintjük az értékelés elméletét és legjobb gyakorlatát, továbbá úgy, hogy iránymutatást és ajánlásokat fogalmazunk meg az egészségvédelem politikai döntéshozói és végrehajtói számára az egészségvédelem lehetséges megközelítéseinek értékelésével.

Ez a fejezet két szempontból tekinti át és vizsgálja a WHO egészségvédelemmel foglalkozó európai munkacsoportjának a tevékenységét. Először is, a munkacsoport felteheti önmagának a kérdést, hogy teljesítette-e két, speciális témakörben kiszabott feladatát: a jelenleg rendelkezésre álló kvantitatív és kvalitatív értékelési módszerek vizsgálatát, valamint a politikusok és a gyakorló szakembereknek iránymutatással történő ellátását. Fontos a siker, mert elősegíti az egészségvédelmi értékelés megfelelő módszereinek használatát, és javítja az ilyen típusú értékelések minőségét (1).

A munkacsoport tevékenységének a vizsgálata megállapította, hogy kitűzött céljait sikerült megvalósítaniuk. E könyv fejezeteiben az egészségvédelmi kezdeményezések értékelésének kiterjedt összegzését és tárgyalását találjuk, annak elméleti, módszertani és gyakorlati vonatkozásait egyaránt számba véve. Sőt, *Az egészségvédelem értékelése: ajánlások a döntéshozók számára* című dokumentum (1) általános, mégis esszenciális ajánlásokat tesz, és irányt mutat olyan politikusok és más döntéshozók számára, akik hatással vannak az egészségvédelem gyakorlatának értékelésére. A munkacsoport bízik abban, hogy munkájának pozitív hatása lesz az egészségvédelem kvantitatív és kvalitatív értékelésére. Tevékenységét mindamellettt kritikusabban kell megítélnie. A munkacsoport sokat nyerhet akkor, ha megvizsgálja, milyen mértékben tartotta magát az eredeti koncepcióhoz (ld.:1. fejezet) a tanulságok összegzése, a még nyitott kérdésekre és megoldatlan problémákra adott válaszkísérlet és az egészségvédelem jövőbeni értékelésének javítására kidolgozott cselekvési terv segítségével.

Az egészségvédelmi értékelés szerkezetének újragondolása

Az 1. fejezet két témát tekint át: kísérletet tesz a munkacsoport egészségvédelmi értékéssel kapcsolatos eredeti célkitűzéseinek megfogalmazásra, és arra, hogy megalapozza a projektet, valamint a további fejezeteket. Ami az első célkitűzést illeti, az egészségvédelem és az értékelés fogalmainak tisztázását követően az 1. fejezet bemutatja a munkacsoport nézeteit az egészségvédelem értékeléséről három különböző, egymással szoros kapcsolatban álló dimenzióban. Először is áttekint öt alapvető, nagy jelentőségű témakört, amelyek – ha rejtve is – alapvető fontosságúak az egészségvédelem értékelése szempontjából: társadalmi programok, tudásfejlesztés, becslés, felhasználás és maga az értékelés. Ezután nyolc olyan kihívást tárgyal, amelyek kapcsolatban állnak az egészségvédelem értékelésével: filozófiai témák (beleértve az ismeretelméletet), szorosan az egészségvédelemre vonatkozó koncepcionális kérdések (hatalommal való felruházás, kapacitásnövelés és -ellenőrzés), olyan területek, amelyek az egészségvédelem és az értékelés elméletére, illetve a legmegfelelőbb módszertan kiválasztására vonatkoznak, valamint erkölcsi, politikai és egyéb olyan tényezők, amelyek befolyásolhatják az egészségvédelem értékelését. Végül még karakteresebb elméleti keretet nyújt az egészségvédelem értékeléséhez szükséges alapelvek és hét lépés lefektetésével.

Az ilyen könyvek nem felelhetnek meg valamennyi olvasói igénynek: egyetlen kötet nem tehet igazságot, az egészségvédelem értékelésének témakörével kapcsolatos témák sokasága és mélysége miatt. A tárgyalta témák vizsgálata, akárcsak a tárgyalás módja azt sugallja, hogy a kötetnek – az olvasó álláspontjától függően – egyaránt vannak erősségei és gyengeségei.

E kiadványnak rengeteg erőssége van. Tartalmaz számos, az egészségvédelem értékelésével összefüggő általános és specifikus témakört. Általánosságban a második rész legtöbb fejezete (különösen a 3. fejezet) foglalkozik az egészségvédelmi kezdeményezések értékelésében szerepet játszó bizonyítékok természetének és jelentésének általános kérdéseivel, továbbá azzal, hogy miként lehet vagy kell ezekhez a bizonyítékokhoz hozzájutni. Más fejezetek az egészségvédelem értékelésére vonatkozó általános jelentőségű kérdéseket tárgyalnak, mint például a kvalitatív és a kísérleti módszertan ellentmondása, vagy a résztvevő megfigyelés és az értékelése (2. és 5. fejezet).

Még több konkrét kérdést tárgyalva, e kötet nagymértékben járul hozzá az egészségvédelem értékelésének részletes vitájához, illetve az irányelvek bemutatásához a közösségeknél általában, de különösen három szinten: iskola, munkahely és városi környezet (10-14. fejezetek). Ehhez járulnak még a 15-18. fejezetek, amelyek az általános irányelvekkel foglalkoznak, valamint azokkal, amelyek az egészséget népszerűsítik, vagy a közösségek más, egészséggel kapcsolatos kezdeményezéseit támogatják, országos vagy nemzetközi szinten. A

19-21. fejezetek elsősorban az egészséggel kapcsolatos kommunikáció értékelésébe, azaz egészségügyi rendszerekbe és abba engednek bepillantást, hogy a társadalmi tőke hogyan járul hozzá a közösségek egészségvédelméhez és annak fenntartásához. Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a munkacsoport igazolva látja azon következtetését, miszerint az értékeléssel kapcsolatos általános és konkrét kérdésekre szentelt figyelme hozzájárul az egészség fejlesztéséhez, és hű az 1. fejezetben tárgyalt öt alapvető téma vitájának megállapításaihoz.

Miközben sok olvasónak hasznára válhat e könyv, meglehet, hogy egyesek nem találják majd eléggé részletesnek vagy határozottnak az egészségfejlesztési értékelések kezdeményezéseit illető állásfoglalását. Mindazonáltal már a projekt kezdetén leszögezte a munkacsoport, hogy nem célja egyfajta értékelési receptkönyvet alkotni. Erre két oka is volt. Egyrészt hatalmas kézikönyvtár van annak bemutatására, hogyan kell lépésről lépésre értékelni. Az egészségfejlesztés kihívásai azokból a célkitűzésekből, értékekből, elvekből és stratégiákból származnak (1. fejezet), amelyek különösen jellemzők az egészségfejlesztés gyakorlatára, akárcsak azok, amelyeket az Ottawai egészségfejlesztési charta fogalmazott meg (2). A fejlődés minden egyes lépcsőfokán, akárcsak az 1. fejezetben lefektetett hét lépcsőfok esetében, a gyakorlati szakembereknek fel kell tenniük a kérdést, milyen innovatív értékelési módszerekre vagy milyen módosításokra (változtatásokra) van szükség a folyamat standardizálása érdekében, olyan konkrét kérdések és kihívások vonatkozásában, amelyek kapcsolódnak az egészségfejlesztési kezdeményezések értékeléséhez.

Másrészt addig, amíg az egészségfejlesztési szakemberek nem dolgoznak ki világos, tudományos alapokat, hanem tág hatókörű, bonyolult, és olykor értékekkel telített kérdésekkel kell foglalkozniuk, addig az értékelés *ad hoc* és inkoherens marad, meggyőző erő nélkül. A szerzők éppen ezért sokat küzdöttek, reményeik szerint sikerrel, hogy tisztázzák a nagyobb volumenű kérdéseket, úgymint az értékelés jelenségének természete (ontológiai kérdés), hogy mit jelent a tudás az egészségfejlesztés hatékonyságának a szempontjából (ismeretelméleti kérdés), és hogyan szerezhető meg egészségfejlesztési értékelés által ez a tudás (3. fejezet).

Az utolsó fejezet három kérdést tesz fel következtetés gyanánt.

1. Mit tanultunk az egészségfejlesztés értékeléséről?
2. Melyek a még megoldásra váró kérdések és problémák?
3. Mire van szükség az egészségfejlesztés megfelelőbb értékelésének előmozdításához?

(...)

Feladatok az egészségfejlesztés értékelésének témaköréből

A munkacsoport legalább kilenc alapelvet fogalmazott meg. Ezek értelmében az egészségfejlesztés értékelése

1. fejlődő terület;
2. sokat segíthet a gyakorlatnak;
3. hiányt szenved a kezdeményezések hatékonyságának bizonyítékaiban;
4. megközelítések és modellek széles tárháza;
5. elfogadottnak tekinti mind a mennyiségi, mind a minőségi módszertant;
6. a társadalomtudományok és a megközelítések széles skáláját alkalmazza;
7. egy sor tervezési modellre épít;
8. megköveteli az elmélet és a többi fogalom hatékonyságát;
9. több lehetséges szerepet kínál az értékelőknek és a kutatóknak.

Fejlődő terület

A könyvünk fejezeteiben található számos vita rávilágít arra, hogy az egészségfejlesztés még fejlődő terület. Paradox módon, bár az emberek már évek, ha nem évszázadok óta foglalkoznak egészségfejlesztéssel, csak az utolsó néhány évtizedben kezdték el az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek felismerni az összefüggő értékrendszereket, célokat, elveket, stratégiákat és gyakorlatokat. A közösségek egészséggel kapcsolatos problémái megoldásának tekintetében egyre átfogóbb és potenciálisan egyre hatékonyabb megközelítéssel van dolgunk. Az előző generációk betegségek megelőzése, és egészségük megőrzése érdekében tett lépései, illetve megközelítései az egészségfejlesztés legutóbbi eredményeivel kompatibilisnek mondhatók, az elvek és stratégiák pedig – amint ezeket az Ottawai egészségfejlesztési chartában (2) és a 21. század kihívásaira válaszoló Dzsakartai nyilatkozatban (3) lefektették – gyors fejlődést mutatnak az egészség megértésében, az egészségre hatással lévő társadalmi, környezeti és egyéni tényezők vonatkozásában, valamint a cselekvések hatékonyságát szolgáló elképzelések komplex sokaságával.

Nem meglepő, hogy az egészségmegőrzés fejlődő volta számos kihívást jelent. Először arról a fogalmi nehézségről kell beszámolnunk, mit jelent annak világos, koherens és meggyőző meghatározása, hogy mit értünk egészségfejlesztés alatt. A második kihívás lényege a különböző megközelítési módok, stratégiák, beavatkozások (programok, politikák és szolgáltatások) azonosítása és fogalmi összehangolása, vagyis mindazé, ami az egészségfejlesztéssel kapcsolatos tevékenységek tárházát jelenti. Harmadszor, ki kell választani és meg kell valósítani a stratégiáknak azt a koordinált csoportját, amellyel a kívánt hatásokat a legin-

kább el tudják érni. A végső kihívás pedig az értékeléssel kapcsolatos kérdések és problémák felvetése, amint ez könyvünkben is történik.

Az egészségmegőrzés fejlődő voltának egyik következménye az értékelés iránti igény növekedése. Ez számos okra vezethető vissza, s ezért az értékelésnek is sokféle formája létezik. Az egészségfejlesztők és segítők gyakran azt tapasztalják, hogy tevékenységük önként vállalt feladat, belső kényszer mozgatja. A szakmabeliek vagy az egészségfejlesztésben egyéb módon érdekeltek gyakran egyénileg is sokat fektetnek be az egészségfejlesztésbe, ami után természetesen tudni akarják, hogy vajon helyesen töltik-e el idejüket, használják-e fel energiájukat és egyéb forrásaikat. Legtöbbször azt is tudni szeretnék, hogy erőfeszítésük nem volt-e hiábavaló, azaz lett-e pozitív hatása (eredmény- vagy hatásvizsgálat), és érteni akarják a mértéket is (folyamatértékelés). Másodsor, egyre jobban előtérbe kerülnek az egészségfejlesztés értékelésével szemben támasztott követelmények, mégpedig az állami és civil finanszírozó alapítványok ügynökségei által megkövetelt elszámolhatóság okán (8. fejezet). Érthető módon, szeretnék biztosítva látni, hogy egyre csökkenő anyagi forrásaik helyesen lettek felhasználva. Az alapítványok legtöbbször az alábbiakat kéri:

- hatékonyságbizonyítékokat, különösen, ha költségvonzatuk is van (költség-hatékonyság, költségjövőírás, költséghaszon, költségfelhasználás elemzése); és/vagy
- bizonyítékokat arra vonatkozóan, hogy a beavatkozások az eredeti tervek szerint kerültek és kerülnek felhasználásra.

Miközben a munkacsoport nem akart az egészségfejlesztés helyzetének és értékelésének vonatkozásában védekező álláspontra helyezkedni, azzal érvelt, hogy a szóban forgó terület nem olyan kifinomult még, mint azok, amelyek hosszabb múltra tekinthetnek vissza. Hozzájárul ehhez, hogy az egészségfejlesztés tükrözi mindazon területek fejlettségi állapotát, amelyekkel összefüggésben áll. Ez arra utal, hogy az egészségfejlesztési kezdeményezések vizsgálatával és értékelésével kapcsolatos feladatok hasonlóak – hacsak nem egyeznek meg velük – azokhoz, amelyek a rokon területek kezdeményezéseinek értékelésénél merültek fel, ideértve a nevelést, szociális munkát, pszichológiát, szociológiát, várostervezést és a népegészségügyet. Tekintettel arra, hogy ezek a területek olyan programokat és politikákat fejlesztenek ki, amelyek közösségi igények kielégítésére szolgálnak, ugyanazzal a négy kihívással kell szembenéznük, mint az egészségfejlesztésnek általában. A munkacsoport éppen ezért azt reméli, hogy általában az egészségfejlesztés, és különösen annak értékelése továbbfejlődik, és hogy ez utóbbinak hasznára válnak majd az azt megalapozó tudományok.

A gyakorlat elősegítése

A kiadvány fejezeteinek egyik legtöbbet érő tanulsága az egészségfejlesztési gyakorlat értékelése. Sok szerző hosszasan taglalja az értékelés többirányú lehetséges megközelítését és hasznát. Összefoglalva, a vizsgálódás javíthatja minden olyan kezdeményezés minőségét és hatékonyságát, amely hozzájárul a folyamat tervezéséhez, kifejesztéséhez és alkalmazásához. Több fejezetben érvel taláunk amellet, hogy a megfelelő értékelési módszerek kétféleképpen is hozzájárulnak az egészségfejlesztéshez. Egyrészt helyi szinten segíthetnek az értékes ismeretanyagok kifejesztésében, amelyek azután alkalmazhatók lesznek majd további szintereken és egyéb körülmények között. Másrészt a folyamatok hozzájárulhatnak az egészségfejlesztés központi menetéhez, az egyéni és közösségi résztvevők pedig ellenőrzést gyakorolhatnak az egészséget befolyásoló tényezők felett, a következőképpen:

1. biztosítják azokat az alapismereteket, amelyek lehetővé teszik a résztvevőknek (tagoknak), hogy ellenőrzést gyakoroljanak, hogy ők fogalmazzák meg a kérdéseket, és hogy tájékozódjanak olyan döntésekről, amelyek a jólétüket befolyásolják;
2. megfelelő elvárásokat támasztanak a partnerek egymás közötti felelősségérzetének és számadási kötelezettségének vonatkozásában;
3. megnövelik a marginalizált csoportok kapacitását annak érdekében, hogy megértsék és ellenőrzésük alá vonják saját ügyeiket.

A hatékonyság bizonyítékainak hiánya

Viszonylag kevés értékelő vizsgálat készült az egészségfejlesztés terén, legálabbis a szakirodalom tanúsága szerint, egészségfejlesztéssel foglalkozó rendszeresen megjelenő folyóirat is csak néhány létezik. Az értékelések alacsony száma kevésbé lehangoló, amennyiben valaki megéri e vállalkozásnak és publikálásának a nehézségeit, és összehasonlítja az egészségfejlesztés értékelésének helyzetét más területekével.

A különböző fejezetek három csoportra osztják azokat a tényezőket, amelyek miatt nehézkes a hozzáférés az egészségfejlesztési becslések eredményeihez. Először is van néhány olyan tényező, amely az egészségfejlesztésre vonatkozó becslések képességeihez kapcsolódik. Ezek azok a nehézségek, amelyek együtt járnak olyan komplex beavatkozásokkal, amikor a többszintes, többirányú stratégiai beavatkozásokhoz túl tág az időkeret, és korlátozott lehetőség nyílik ellenőrzést gyakorolni az egészségfejlesztési kezdeményezések végrehajtása felett. Ehhez járul még, hogy a megfelelő becslési módok száma véges, és viszonylag kevés forrás áll rendelkezésre olyan komplex beavatkozással járó tevékenységek kiértékelésekhez, mint amilyen az egészségfejlesztésé. A té-

nyezők második csoportja a hatásvizsgálatok kritériumaira vonatkozik. Ennek a feladatnak két aspektusa van: a legalkalmasabb módszertani megközelítések, a változtathatóság és mérhetőség, valamint az egyéni kezdeményezések értékelésének kritériumai és az ehhez tartozó megfelelő módszer kiválasztása kapcsán kialakult jelentős nézetkülönbség. Így például a véletlenszerű mintavétel alapuló kontrollvizsgálatokkal szemben közösségi történetek, amelyek során egy résztvevő elbeszéléseit elemzik a célból, hogy általánosságban összegezzék az egészségfejlesztés hatékonyságának a bizonyítékait. A bizonyítékalapú orvoslás befolyása nyomást gyakorol a hatékonyság mérésére, szemben a véletlenszerű mintavétel jól bevált módszerével, amelyet a szakirodalom az interjúk előfeltételeként tart számon. Végül van néhány tényező, amely hátráltat annak, hogy mit és mennyit tanulhatunk az értékelésről, beleértve az egészségfejlesztési publikációk csekély számát és a nyilvánosságra nem hozott adatok beazonosításának a nehézségeit, amelyekhez csak nehezen lehet egy-egy folyóirat vagy könyv révén hozzájutni.

Amint erről már szó esett, az egészségfejlesztési projektek értékelésének kis száma, valamint módszertani korlátai tükrözik mind az egészségfejlesztés, mind annak értékelése jelenlegi állapotát. Ismételten be kell látnunk, hogy sok rokon terület küzd hasonló kihívásokkal, hasonlóan hiányos, gyenge eredményekkel. Például a táplálkozással, a kábítószer-használattal, a testmozgással és a kamaszkori terhességgel kapcsolatos vizsgálatok esetében csak ritkán találunk jól elvégzett értékeléseket vagy ellentmondásmentes megállapításokat. A munkacsoport tagjai remélik, hogy az egészségfejlesztési értékelések száma és minősége egyaránt növekedni fog a jövőben, párhuzamosan az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakirodalom bővülésével.

A megközelítések és modellek széles választékának használata

Az egészségfejlesztéssel foglalkozók közül sokan megkérdőjelezik az értékelés céljainak, a kutatás paradigmáinak, módszertanának, tervezésének és módszereinek hagyományos feltevéseit. Ugyanakkor bizonytalanok, olykor összezavarodnak az egyes alternatívák hasznosságát és alkalmasságát illetően. Ennek a vitának sok aspektusa van, beleértve a pozitivisták kutatási paradigmákra épülő hagyományos értékelési módszereket, az alternatív megközelítések azonosítását és/vagy kifejlesztését, valamint néhány szakmai részterület lehetséges dominanciáját (beleértve azok sajátos módszertani és kutatási területeit), az egészségfejlesztés kutatásában és értékelésében (különös tekintettel az epidemiológia és a biomedicina kutatásainak súlyára és fontosságára).

A minőségi és mennyiségi módszertanok helyénvalósága²

Több fejezetben is előkerülnek a mennyiségi és minőségi megközelítés alkalmasságát tárgyaló erősen vitatott, visszatérő kérdések. Négy fontos kérdést kell feltennünk az utóbbi témával kapcsolatban:

1. Mit értünk minőségi kutatás alatt az egészségfejlesztés terminológiájában?
2. Mennyire alkalmas az egészségfejlesztési kezdeményezések értékelésére?
3. Mennyire nevezhetjük hasznosnak az ilyen értékelésekben?
4. Mit kell tudniuk az értékelőknek a minőségi kutatási eredmények módszereinek az értékelésben való alkalmazásáról?

Az egyes fejezetek szerzői általában megegyeznek abban, hogy a minőségi kutatás hasznos és helytálló a legtöbb egészségfejlesztési kezdeményezés értékelésénél, kivéve a gazdasági értékelést. Úgy tűnik, abban is egyetértenek, hogy a mennyiségi és a minőségi értékelésre egyaránt szükség van.

A szerzők azonban valószínűleg kevésbé egységesek a tekintetben, hogy miként definiálják a minőségi kutatás fogalmát az egészségfejlesztési terminológia szempontjából, ugyanis a *minőségi* kifejezést használják értékelési megközelítési módok vagy azok tervezeteként, továbbá adatgyűjtés, adatgyűjtési technikák vagy bizonyos elemzések kapcsán. A *minőségi kutatást* éppen ezért tekinthetjük mintának, módszertannak és/vagy módszernek. A különböző perspektívák számos kérdést vetnek fel, például: melyik minta a legjobb az egészségfejlesztés számára, melyik módszertan felel meg leginkább a választott mintának, melyik egyedi módszerek alkalmasak leginkább arra, hogy a különleges körülményekre vonatkozó és egyedi kontextusban feltett kérdéseket minőségi vagy egyéb módon megválaszolják.

Végül el kell mondani, hogy míg az egészségfejlesztés értékelésében használatos minőségi kutatások jelentős része ismert, a területről még alaposabb tudásanyagra lenne szükség. Tovább kell kutatnunk a következő problémákat: hogyan kombinálhatók a mennyiségi és minőségi kutatási módszerek, milyen folyamatokat kell figyelemmel kísérni ahhoz, hogy megbízható eredményeket kapjunk, hogyan szervezhető meg a legjobban az egészségfejlesztési monitorozást végző szakemberek oktatása és továbbképzése a minőségi kutatás eredményeinek felhasználásával, s végül, hogyan kezeljék az etikai kérdéseket?

² Ez a fejezetrész összefoglalja Barbara Kahan egyik elemzésének következtetéseit (*The role of qualitative research in the evaluation of health promotion initiatives: an examination of a collection of papers written for WHO*. Toronto, University of Toronto, 1998 (document).

*A társadalomtudományok és megközelítések
széles skálájának a használata*

Amint erre már utaltunk, az egészségfejlesztésben gyakoriak a komplex közösségi szinterekbe történő, több stratégiát szintetizáló beavatkozások, amelyek alkalmatlanok az olyan ellenőrzési módokra, amelyek a hagyományos kutatási és értékelési módszereknek kedveznek. Ehhez járul még, hogy az egészségfejlesztés hitet tesz a közösségek hatalommal való felruházása mellett és hogy bármely beavatkozás kidolgozásának és értékelésének tulajdonosaivá váljanak. Ezen okokból az értékelők számára elérhető megközelítések választékának elég szélesnek kell lennie, pontosan azért, hogy legyen választási lehetőségük a problémák megoldásához az adott alkalmazásban legmegfelelőbb módszerek közül.

Az egészségfejlesztési kezdeményezések tipikusan komplex válaszokat adnak olyan problémákra és kérdésekre, amelyeket széles körű epidemiológiai és lakossági felmérésekből nyert adatok alapján igazolnak. E válaszok hatékonysága függ a társadalomtudományok felhasználásától, az egyes tudományok közötti elrendezéstől, mint például a pszichológia, szociológia, politikatudomány, antropológia és közgazdaságtan. Éppen ezért, az egészségfejlesztési kezdeményezések értékelésekor figyelemmel kell lenni a pszichoszociális és kulturális tényezőkre, valamint a kezdeményezések elméleti alátámasztására, sokkal inkább, mint a hirtelen kezdeményezések hatásaira vagy az egészséggel kapcsolatos problémák véletlenszerű elterjedtségére.

Egy sor tervezési modell használata

Sokan megfigyelték, hogy az értékelés folyamata szervesen kapcsolódik a tervezéshez. Mintha egymás tükörképei lennének: a tervezés, a kivitelezés és az értékelés sokszor olyanok, mint egy ciklus, amelynek során a tervezés a kivitelezéshez vezet, amely azután továbbvezet az értékeléshez, amely pedig továbbfejlesztett tervezésekhez vezethet és így tovább. Ezért nem meglepő, hogy jó néhány fejezet tárgyalja az egészségfejlesztési kezdeményezések tervezését és megvalósítását. E viták jelentős hányada számos modellt kidolgoz. Az egészségfejlesztési értékelés szempontjából különösen fontos problémák:

- a közösségi és más egészségfejlesztési programok közötti különbségek (különösen összetettségüket és tág időkeretüket illetően);
- nagy- kontra kisléptékű közösségi programok;
- a környezeti hatások egy program eredményére; valamint
- az értékelés különböző funkciói, ahogy az egy program megtervezésén, kivitelezésén és a végkövetkeztetésein keresztül megtapasztalható.

Minden egyes stádium különböző értékeléssel kapcsolatos kérdéseket vet fel.

Az elmélet és egyéb fogalmi megfontolások szerepe a hatékony értékelésben

Több fejezet hangsúlyozza az elmélet és az azzal kapcsolatos fogalomalkotás szerepének fontosságát az értékelés folyamatában. Az elmélet, akár csak más, korlátozottabb hatókörű fogalmak és feltevések, kétféleképpen járulnak hozzá az értékeléshez: keretet biztosítanak a tervezésre és kivitelezésre vonatkozó értékelés számára, és lényeges szerepet töltenek be annak megértésében, hogy vajon miért és hogyan lehet sikeres vagy bukhat el egy kezdeményezés. Függetlenül attól, hogy van-e egészségfejlesztési elmélet, még mindig nem világos (mivel egyelőre az sem bizonyos, hogy létezik-e egyáltalán olyan, hogy népegészségügyi elmélet vagy ezzel összefüggő oktatási elmélet), hogy az elmélet hozzájárulhat-e az egészségfejlesztési gyakorlathoz. Például, az elméletek és a koncepciók segítenek leírni és megmagyarázni egy adott probléma természetét és etimológiáját. Számos, a társadalomtudományokból levezetett elmélet és fogalom segít az egyes kérdésekre adott válaszok hatékony fejlesztésében és végrehajtásában. Továbbá, a keretdokumentumokban, mint például az Ottawai egészségfejlesztési chartában (2) kifejtett egészségfejlesztési fogalmak megalapozzák a válaszok kialakításának folyamatát. Végző soron az értékelés mindig beépül az értékelők elméleti és koncepcionális perspektívájába, s ezért ennyire fontos az értékelők értékrendjének és érdekeinek gondos és elfogulatlan elemzése.

Az értékelők és a kutatók szerepe

Az értékelők és kutatók nyilvánvaló szerepén túl, a kezdeményezések hatékonyságának felmérésével kapcsolatban ez a könyv általánosságban is hozzájárul – más fontos kérdések felvetése révén – az egészségfejlesztés témaköréhez. Az értékelők munkája két aspektusból is hozzáadott értéket képez. Elsődleges szerepük az ismeretek fejlesztése, ugyanakkor helyzetüknél fogva le tudják bontani a tudás növelésének akadályait, letörik az egészségfejlesztéssel szembeni ellenállást, ösztönzik az ismeretek terjesztését az érintettek között, és elősegítik a vizsgálati eredmények felhasználását. Ahhoz, hogy segítsük a résztvevők értékelésbe történő bevonásán alapuló elv elfogadottságát, az értékelőknek tudniuk kell az egészségfejlesztési kezdeményezések minden szintjén és minden mozzanatában az érdekeltek részvételét népszerűsíteni, ennek érdekében pedig növelniük kell az értékelések tervezésére és kivitelezésére fordítható kapacitásukat, meg kell fogalmazniuk saját állításait, és meg találniuk ezek hasznát.

Ajánlások az egészségfejlesztés megfelelőbb értékelésének érdekében

Valamennyi fejezet tesz ajánlásokat arra vonatkozóan, hogyan javíthatók az egészségfejlesztési értékelések. Ezen ajánlásokat részletes elemzés után három fő kategóriába csoportosították: filozófiai és fogalmi szükségletek, módszertani szükségletek és más gyakorlati, politikai és etikai szükségletek. Nem meglepő, hogy ezek a kategóriák és a hozzájuk tartozó ajánlások teljes mértékben megfelelnek azoknak a következtetéseknek és ajánlásoknak, amelyeket a WHO Egészségfejlesztési Értékelések Európai Munkacsoportja fejlesztett ki (1). A koherens és szimmetrikus megfogalmazás érdekében e fejezet szerzői a kötet ajánlásait a politikusoknak szóló ajánlások kontextusába ágyazva összegzik. Az ebben szereplő ajánlások egy átfogó cselekvési terv alapját képezik, amelynek célja az egészségfejlesztés megfelelőbb értékelésének elősegítése. Mivel a feladatok egy része valószínűleg másik csoportba kerül, a politikusok felelőssége lesz, hogy megvalósulásukat lehetővé tegyék.

1. A politikusoknak „bátorítaniuk kell az értékelés részvételt pártoló megközelítéseit, hogy értelmes lehetőségeket kínáljanak mindenki számára, akit közvetlen érdeklődés fűz az egészségfejlesztési kezdeményezésekhez” (1), a következők által:
 - az értékelés naprakészségének és hasznának növelése érdekében a közösségi és egyéni érintettek értékelésben való részvételének a fokozása;
 - a közösségi részvétel hatásának tanulmányozása a kutatások érvényességére;
 - a helyi értékek felismerése;
 - új partnereket kell találni, és együtt kell működni velük (például közgazdászokkal).
2. A politikusoknak követelniük kell, hogy a teljes költségvetés minimum tíz százalékát az egészségfejlesztési kezdeményezések értékelésére fordítsák (1), ezáltal biztosítva megfelelő anyagi alapokat a résztvevők ellenőrző vizsgálatainak támogatásához és az e politikák jelentőségével foglalkozó beszámolóik szakmai körökön kívüli terjesztéséhez.
3. A politikusok és a döntéshozók „biztosítsák, hogy az egészségfejlesztési kezdeményezések értékeléséhez a folyamatok és a végeredmények egyfajta keverékét használják” azáltal, hogy:
 - széles körben terjesztik az Ottawai egészségfejlesztési chartában meghatározott és leírt folyamatokat, eredményeket és az ott elfogadott meghatározásokat (2.);
 - kiemelik a gyakorlati eredményeket, miközben megragadják a lehetőséget, hogy teljes befolyást gyakoroljanak az egészségfejlesztés által kezdeményezett beavatkozásokra;

- különböző szinteken használják az indikátorokat, beleértve a közösségi szintet;
 - gondoskodnak a pontos és a becsült eredmények teljes figyelembevételéről;
 - minden egyes projektet annak szándékai és céljai szerint ítélik meg;
 - nemzeti és regionális szintű egészségi célkitűzéseket, feladatokat fogalmaznak meg;
 - kifejlesztik az egészségpolitika és az egészségesség közötti összefüggésekre rávilágító indikátorokat;
 - az egészség fontos meghatározóinak indikátorait a haladás mércéjeként használják;
 - kifejlesztnek a folyamatok vizsgálatára szolgáló olyan módszereket, amelyekkel partnereket és eszközöket biztosítanak a közösségi cselekvések hosszú távú fenntarthatóságának a monitorozásához;
 - hangsúlyozzák az ellentmondásmentes és lényegi tájékoztatás fontosságát, valamint a programok és az előadások folyamatos gyűjtését;
 - egészséggel kapcsolatos hatásvizsgálatokat készítsenek folyamatosan mérhető eredmények segítségével;
 - bevezetik a hatékonyság- és hatásvizsgálatokkal kapcsolatos viták mellett a minőségellenőrzést is.
4. A politikusoknak „támogatniuk kell az egészségfejlesztési kezdeményezések értékelése több irányból történő megközelítésének módszereit, és az egészségfejlesztési kezdeményezések eredményeinek értékelését továbbfejlesztő kutatások folytatását”. (1) A filozófiai és fogalmi cél eléréséhez szükség van az alábbiakra:
- az értékelés merev szabályrendszerének újrafogalmazása;
 - a hiteles vizsgálódás tükrében a véletlenszerűen kiválasztott (randomizált) vizsgált csoportok és kontrollcsoportok kérdésének tárgyalása;
 - az értékelés megfelelő elméletének és módszereinek kifejlesztése;
 - a népesség egészségével foglalkozó interdiszciplináris tudomány kifejlesztése és az eredmények alkalmazása;
 - meg kell érteni a minőségi és a mennyiségi megközelítést egyaránt;
 - világossá és egyértelművé kell tenni a kezdeményezésekhez tartozó elméleti kapcsolódási pontokat;
 - átláthatóbbá kell tenni az egymással szemben álló érdekviszonyokat, és nagyobb figyelmet kell szentelni az ismeretelméletnek;
 - pontosan kell megfogalmazni a projektek és a konkrét cselekvések céljait;
 - el kell fogadni, hogy a résztvevői értékelés politikai kérdés;

- több hangsúlyt kell fektetni olyan fogalmakra, mint az életminőség és a társadalmi tőke.

Az értékelések és kutatások megtervezése és módszerének kidolgozása érdekében az alábbi teendőket kell elvégezniük:

- az értékelést tegyék minden egyes program szerves részévé;
 - fejlesszék ki és alkalmazzák a lehető legszélesebb körét;
 - sokoldalú mintaterveket (multiparadigmák) alkalmazzanak;
 - ösztönözzék az alternatív módszertanok alkalmazását;
 - érdemes adaptálniuk más diszciplínák módszereit is;
 - használják egy cselekvési terv kutatási megközelítését és eredményeit;
 - fejlesszenek ki dinamikusabb módszereket és folyamatokat, hogy határidőn túl megvalósult programok változásait is követni lehessen;
 - erősítsék meg azokat a mechanizmusokat, amelyek háromszöget képeznek;
 - a döntéshozatal folyamatában az egy stratégia által meghatározott elemzéseket használják fel;
 - olyan politikaelemzésre összpontosítsanak, amely elméleti szinten tisztában van a döntéshozatali folyamat struktúrájával és mozgató erejével;
 - egészítsék ki a gazdasági értékelést más típusúakkal;
 - kevesebb formális gazdasági becslést építsenek be a tervezés folyamatába;
 - használjanak több részeredményt;
 - fogadják kritikával a nemzetközi partnerek egészségfejlesztésében használt auditálási módszereket.
5. A politikusoknak „támogatniuk kell egy tréning és oktató infrastruktúra kiépítését azért, hogy szakembereket képezzenek az egészségfejlesztési kezdeményezések értékelésére” (1), mégpedig az alábbiak szerint:
- változtatásokat kell végrehajtani azokban a testületekben, amelyek tréningeket szerveznek, fejlesztenek, befektetnek és terjesztik az értékeléseket azért, hogy ösztönözzék a politika valamely új nézőpontot képviselő értékelését;
 - gondoskodjanak a kutatók és a gyakorló szakemberek rendszeres továbbképzéséről, és ebben használják fel a minőségi és a mennyiségi kutatási módszerek eredményeit is;
 - növelni kell a közösségi kapacitást és lehetőségeket azáltal, hogy felterképezik és felismerik a kapcsolatokat e kapacitások és a programok céljainak elérése között;
 - növelni kell az elérhető szakkutatók számát;

- be kell építeni a felsőoktatás keretein belül szervezett továbbképzésbe az egészségfejlesztési kutatási módszerek elismerését és megbecsülését (például epidemiológusok, egészségügyi szakemberek számára).
6. A politikusok „tegyék lehetővé és támogassák az egészségfejlesztésre vonatkozó értékelések módszereivel kapcsolatos információáramlást konferenciák, munkaértekezletek, hálózatok és más fórumok támogatásával”
- (1) úgy, hogy
- azoknak a szervezeteknek a támogatása révén, amelyekhez a potenciális felhasználók kapcsolódnak, megkönnyítik összehangolni az értékelések ténymegállapításait;
 - tervezett és rendszerezett formában történik a tájékoztatás;
 - erősítik a belföldi információáramlást az egészségről és a kockázati tényezőkről azáltal, hogy különböző ágazatokból szereznek be jelentéseket;
 - a hagyományos és az elektronikus média általi kommunikáció lehetőségét kihasználva felismerik és egyre hatékonyabban használják az innovatív példákat.
7. A döntéshozóknak fejlett infrastruktúrát is ki kell építeniük az értékeléshez a finanszírozás, képzés, szervezeti fejlesztés és hálózatépítés segítségével, hogy támogassák:
- annak meghatározását, hogy a kockázati tényezőkről szóló tájékoztatásokat hogyan lehet a legjobban összeállítani, megbecsülni és összegezni;
 - egy program kezdetétől fogva a szükséges információk azonosítását és a szervezés segítését;
 - egy nemzeti adatbázis létrehozását, amely kellő információt tud nyújtani a leghatékonyabb hallgatósági csoportokról, hogy minél szélesebb körben, minél több egészséggel kapcsolatos kérdést lehessen felvetni;
 - olyan erőfeszítések ösztönzését, amelyek célja a közösségi egészségfejlesztő programok értékelése;
 - azt, hogy az érdekeltek szükségletei és elvárásai találkozzanak idő- és költséghatékonyság vonatkozásában;
 - a nemzetközi együttműködés keretein belül a minőségi kutatások számának növelését;
 - az egészségfejlesztési tréningekkel és kutatásokkal kapcsolatos, a globális együttműködésre irányuló nemzetközi kutatások beindítását;
 - a tömegkommunikációs kampányok adta lehetőségek tanulmányozását, hogy ezáltal eljussanak a társadalom valamennyi rétegéhez;
 - az egyes beavatkozások jobb bemutatását.

Az egészségfejlesztés tervezésének és értékelésének általános modellje

Egy sor, céljaiban és tartalmában különböző modell lényeges az egészségfejlesztési kezdeményezések értékelése szempontjából. Néhány modell – ezek legfőbb példája az Ottawai egészségfejlesztési charta (2) – erősen fogalmi, széles körű, átfogó célokat, értékeket, elveket és általános stratégiát fogalmaz meg az egészségfejlesztés számára. Mások, mint például a PATCH (4, 5) és a MATCH (Multilevel Approach to Community Health (5) – a közösségi egészség többszintű megközelítése) pedig azért kerültek kifejlesztésre, hogy segítsenek a kezdeményezések operációs tervezésében. A modellek közül néhány a kezdeményezések tervezését az Ottawai chartához hasonló keretek között rögzített célkitűzéseknek, értékeknek, elveknek és stratégiáknak megfelelően végzi. Az általános, értékelő irodalomban gyakori egy harmadik fajta modell, amely bizonyos struktúrákat és meneteket javasol az értékelési folyamathoz. Ezek közül azonban csak kevés foglalkozik az egészségfejlesztési kezdeményezések kihívásaival és problémáival az Ottawai charta vagy más hasonló dokumentumok szellemiségében. Egy negyedik csoport a fogalmi, a tervezési és az értékelési elemekre összpontosít, mint például a PRECEDE/PROCEED (5), de ezek sem az Ottawai charta vagy a többi hasonló keretdokumentum egészségfejlesztési alapelveit tükrözik.

Így tehát egy modellt úgy kell kifejlesztetni, hogy a következő három elemet tartalmazza:

- az Ottawai charta elveit és stratégiáját;
- az egészségfejlesztési tervezésben használható olyan alkotóelemek szerkezetét és sorrendjét, amely összhangban van az Ottawai chartával;
- azoknak a lépéseknek a megfelelő struktúráját és sorrendjét, amelyeket a kezdeményezések hatásainak értékelésekor fel lehet használni, és amelyeknek koncepciója és működése az Ottawai chartában gyökerezik.

Ebből a célból mutatjuk be az általános modellt a 82. oldali ábrán.

Alkotóelemek

Az ábra felső részén láthatók az Ottawai egészségfejlesztési charta kulcselemei (2). E modell szerint az egészségmegőrzési és -fejlesztési kezdeményezéseknek a következő alkotóelemekkel kell rendelkezniük:

1. olyan célokat kell kitűzniük, amelyek túlmutatnak a betegségek csökkenésén vagy a megelőzésen, és arra törekednek, hogy javítsák az egészséget és a jó közérzetet;
2. összpontosítaniuk kell a pozitív egészségre, a holisztikus egészségre, a társadalmi igazságosságra, az egyenlőségre és a részvétellel;

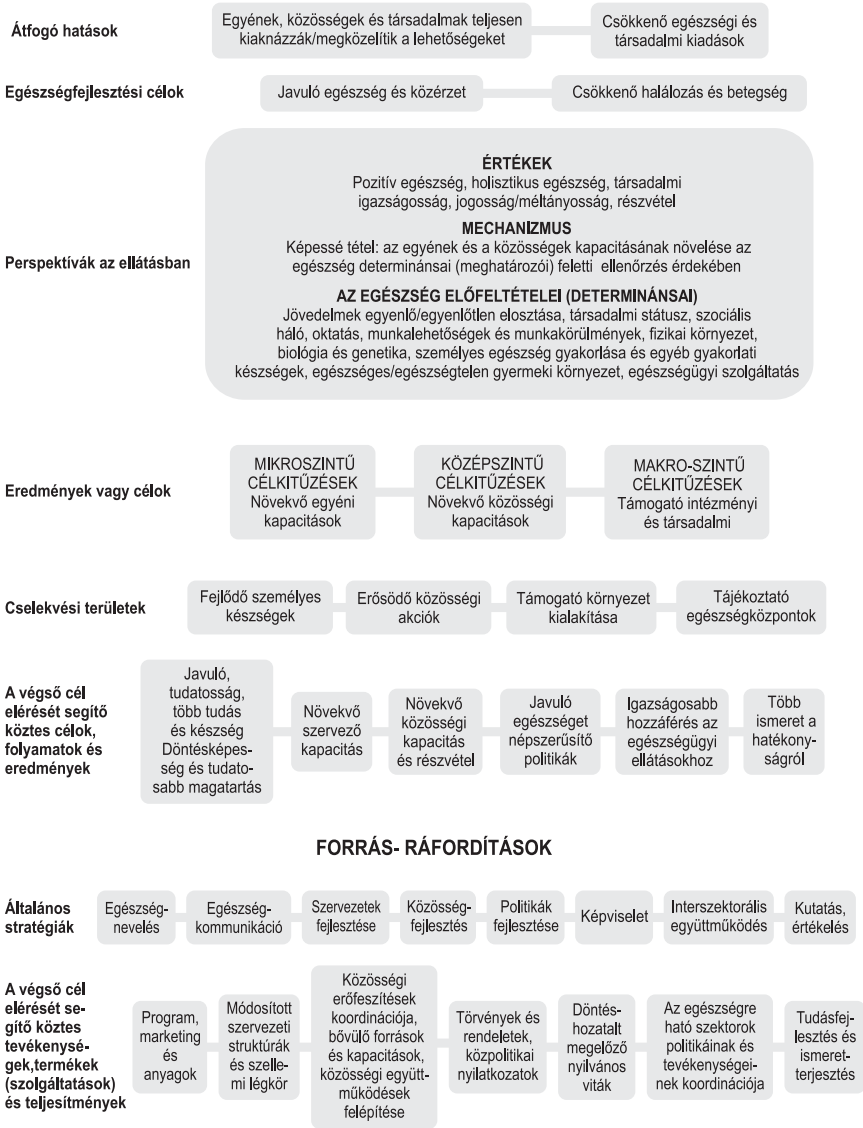
3. a képességeket belső mechanizmusként kell használniuk;
4. foglalkozniuk kell az egészséget meghatározó (vagy előfeltételező) tényezőkkel vagy makroszintű tényezőkkel, amelyek magukba foglalnak mindent, amit az ábrán bemutatunk;
5. az Ottawai chartában lefektetett prioritások szerint kell tevékenykedniük: erősíteniük kell a közösségi cselekvéseket, építeniük az egészséget támogató közpolitikát, létre kell hozniuk a támogató környezetet, fejleszteniük a személyes készségeket, és új hangsúlyokat kell kialakítaniuk az egészségügy szolgálatában.

Ezek az elvek és elemek arra utalnak, hogy az egészségmegőrzés (mai szóhasználattal: egészségfejlesztés) céljaira úgy kell tekintenünk, mint az intézményi és fizikai környezet képessé tétele, fejlesztése és előmozdítása annak érdekében, hogy segítse a fent említett célokat, értékeket, elveket és stratégiákat.

Az ábra alsó része megmagyarázza és felsorolja azon elemek példáit, amelyek részét képezik az egészségmegőrzési kezdeményezések gyakorlati tervezésének. Ez a tervezés olyan határozatokat tartalmaz, amelyek kapcsolatban állnak

1. azokkal a célkitűzésekkel, folyamatokkal és eredményekkel, amelyek révén az egészségfejlesztés feladatainak és célkitűzéseinek a végrehajtása történik;
2. a szükséges stratégiával vagy stratégiai kombinációkkal, amelyek nemcsak az egészségvédelemre jellemzők, hanem más diszciplínákkal is összefüggésben állnak, mint például az oktatás, a pszichológia, a szociológia és a politikai tudományok;
3. a különböző stratégiák felhasználásából következő tevékenységekkel, termékekkel, eredményekkel stb., és jelentős szerepük van az egészségmegőrzés meghatározott feladatainak és céljainak végrehajtásában.

Az egészségmegőrzés tervezésének és értékelésének általános logikai modellje



A VÉGSŐ CÉL ELÉRÉSÉT SEGÍTŐ KÖZTES CÉLOK, FOLYAMATOK ÉS EREDMÉNYEK

ÉRTÉKELÉSI PONTOK

AZ EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS ALAPJAI

(Az Ottawai egészségfejlesztési charta)

Amint ez a vita során javaslatként többször is felmerült, az egészségmegőrzésre vonatkozó kezdeményezéseknek tükrözniük kell a fogalmi keretet, amelynek alapját képezi a szóban forgó egészségügyi kérdések, problémák természetének és eredetének megértése, továbbá az, hogy miként lehet ezeket befolyásolni (például megelőzéssel). Az egészségmegőrzés hatékonyabbá válhat, ha a gyakorló szakemberek megtervezik a kezdeményezéseket, mégpedig egy olyan típusú keret kontextusában, mit az Ottawai charta.

A modell alkalmazásai az értékelésben

A javasolt általános modellnek számos alkalmazási lehetősége van az egészségfejlesztés eredményeinek értékelésében. Elsősorban, az értékelés mindenképpen kapcsolódik a kezdeményezések és a tervezés során is figyelembe vett folyamatokra épülő fogalmi keret értelmezéséhez. Nem túlzás azt állítani, hogy az egészségmegőrzést elősegítő kezdeményezések eredményeinek kiértékelése olyan jó lesz, amilyen a megelőző tervezés volt. Ismét csak azt látjuk, hogy a tervezést, az alkalmazást és az értékelést gyakran úgy jellemzik, mint egy ismétlődő ciklus egyformán fontos szakaszait, mégpedig olyan szoros összefüggésben, mint ahogy az ábrán bemutattuk.

Másodsorban, az értékelés magában foglal egy olyan vizsgálatot, amely ellenőrizz minden egyes olyan elemet, amely az egymástól eltérő tervezési lépésekből fakad. Így az értékelésnek az egyes kezdeményezéseket úgy kell vizsgálnia, hogy figyelemmel legyen az alábbiakra:

1. a kezdeményezés sikerére, a tervezésben szereplő célok és feladatok megvalósítására, amely figyel a célok és célkitűzések minden szintű végrehajtására, beleértve az egészségfejlesztési célokat, valamint az instrumentális célokat, folyamatokat, eredményeket, termékeket és következtetéseket;
2. milyen mértékben tudják elterjeszteni az adott kezdeményezés értékeit az előzőleg lefektetett irányelvekhez képest;
3. a kezdeményezésnek az egészségmegőrzés belső mechanizmusában történő alkalmazásának sikerére egyéni és közösségi szinten;
4. a kezdeményezés sikerére, az egészségi meghatározókra vonatkoztatva és a tervezési folyamattal összhangban, az adott probléma(kör) lényegét tekintve (mint például alkalmazási lehetőségek vagy közgazdasági alapon nyugvó kérdésvetések);

5. a módra, ahogy az egyes cselekvési területeken és a tervezési stratégiában lefektetett egy- vagy többféle módon kidolgozott kezdeményezést az általános egészségmegőrzésben használják.

Az értékelés magában foglalhatja egy felhasznált cselekvési és stratégiai sorrend vizsgálatát, az alkalmazott és az elvetett stratégiák megfelelését, továbbá a stratégiák közötti együttthatást, egymás kölcsönös támogatását.

Harmadsorban, az értékelés tartalmazza a tervezés nyomon követhető egyes lépéseit, többnyire fordított sorrendben. Ez azt jelenti, hogy először a legbonyolultabb cselekvéseket, azután a középső vagy instrumentális hatásokat, végül az általános követelményeket és kihatásokat azonosítjuk. Az értékelési folyamat ezen időbeni megközelítésének három előnye van: rendszerezi és egyszerűsíti a kiértékelés folyamatát, a beavatkozás és hatásainak egyszerű leírása mentén pedig segít megérteni a siker és a sikertelenség okait.

Negyedszer, az értékelési modell logikájának alapja, hogy minden lépés kivitelezése és kiértékelése valamely már korábban megtervezett kezdeményezésre épül, illetve azt egészíti ki. Ezért van, hogy egy adott kezdeményezés sikeréhez, amely eléri a tervezett hatást, továbbá ahhoz, hogy fel lehessen becsléni egy kezdeményezés sikerét és befejezése esetén annak tervezett hatásait (amint ezt már korábban megtárgyaltuk), az egészségfejlesztési eredmények kiértékelésének tartalmaznia kell minden olyan elemet, amely valamiképpen hozzájárult egy kezdeményezés magasabb szinten lévő elemeinek teljesüléséhez. Például a siker kézzelfogható eredményeinek felbecsülése mellett, az értékelésnek vizsgálnia kell mindazt, ami hozzájárult a szervezeti és középtávú kezdeményezések eredményeinek teljesüléséhez. Ezzel egy időben, akárcsak egy olyan kezdeményezés sikerének esetében, amely az egészség egyik meghatározó tényezőjeként jelöli meg a szegénységet, vizsgálni kell azt is, hogy mennyiben járul hozzá (vagy éppen nem járul hozzá) az adott kezdeményezés az egészség javításához.

Végül, a javasolt modell maga után vonja, hogy az egészségfejlesztés kiértékelése

- egy sor funkciót szolgáljon, beleértve a kezdeményezések formai kifejlesztését és alkalmazását, valamint egy kezdeményezés eredményét és összegzett hatásait és feltevéseit;
- várhatóan használni tudja, sőt használnia is kell a módszerek és eljárások egész sorát, attól függően, hogy milyen célt szolgálnak;
- figyelemmel kell lennie az egyes eljárások előfeltevéseire, akárcsak az eredményekre és a hatásokra;

- figyelnie kell a változók eltérő sokaságára, amelyek kapcsolódnak a célokhoz, a mechanizmusokhoz, a szervezeti célkitűzésekhez, a cselekvésekhez és a teljesítményekhez; továbbá
- a legkülönbözőbb színvonalon kell megjelennie a tervezési folyamathoz kapcsolódó és abban foglalt elemek hierarchiájának vagy sorrendjének.

Következtetés

Ez a könyv három különböző perspektívából vizsgálja az egészségfejlesztés értékeléséhez kapcsolódó témaköröket. Magában foglalja az egészségmegőrzés eredményeinek kiértékelésére vonatkozó retrospektív vizsgálatot; ez hivatott elősegíteni a feltételezések és a jelenlegi helyzet megértését szolgáló összefüggések megértését. Végül is, a sok ajánlás bepillantást enged a jövőbe.

A WHO-nak az egészségfejlesztési eredmények kiértékelésével foglalkozó európai munkacsoportja és a könyv többi közreműködője úgy véli, annak ellenére, hogy sok ideológiai és gyakorlati kihívással kell szembenézniük, az egészségmegőrzés területén fellendült a fejlődés. E fejlődést ösztökéli és támogatja annak fokozott megértése, hogy a világ egészségi és társadalmi állapotának megvannak a maga gyökerei, mégpedig a társadalmi és gazdasági feltételek rendszerében, és hogy az egészség ilyen tág meghatározásait nem lehet hatékonyan alkalmazni szülőkörű vagy egyéni életstílusra alapozott beavatkozások révén. A közelmúltban bizonyítást nyert, hogy a politikusok, valamennyi terület szakemberei és a közvélemény egyre inkább tudatában van: a szegénység és a jólét okozta egyenlőtlenség az egyik legfontosabb egészséget meghatározó tényező, de a hajlandóság, hogy e problémákat megoldják vagy hatásait kiküszöböljék, még nem egyértelmű. A kiadvány szilárd alapot kíván nyújtani ahhoz, hogy minél inkább megfeleljünk e kihívásoknak. Közelebről, arra irányul, hogy milyen legyen az egészségfejlesztési szempontú, az Ottawai chartában lefektetett megközelítés (2). Átfogó keretet biztosít a beavatkozások tervezése és alkalmazása számára, olyan keretet, amely az egészséggel kapcsolatban hatékonyabb választ tud nyújtani a mai kor növekvő problémáira.

A továbbiakban azokra az esetekre, amikor valamely egyéb területhez az egészségfejlesztés szempontja szerint közelítenek, a könyv szerzői és közreműködői remélik, hogy munkájuk, a sok szakirodalom és tapasztalat, amelyre művüket alapozták, lehetőséget nyújt az egészségfejlesztés értékelésével kapcsolatban egy közös és intenzívebb beruházásra. Ebben a kötetben, a szerzők egyáltalán nem voltak gyávák a tekintetben, hogy a korábbi egészség-népszerűsítést szolgáló erőfeszítések közös és egyedi gyengéit felfedjék; különleges figyelmet szenteltek a növekvő mennyiségi és minőségi értékelések adta kihívásoknak. Válaszképpen e kihívásokra, nagyon sok iránymutatást kapott az olvasó ahhoz, hogy miként kell értékelnit az egészségfejlesztés kezdeményezéseinek

eredményeit. Talán leginkább abban rejlik a közreműködésük, hogy felismerik azt a többletértéket, amit az egészségfejlesztés eredményeinek helyes értékelése jelent magának az egészségfejlesztésnek a szemszögéből és mindazon célok elérése szempontjából, amelyeket kitűztek.

Végül, az olvasónak fel kell ismernie, hogy ez a könyv csupán egy a nagyszámú, folyamatban lévő kísérlet közül, amely az egészségfejlesztés hatékonyságának a bizonyítására irányul. Sőt, korai kísérletet tesz arra, hogy összehozza az egészségfejlesztési értékeléssel kapcsolatban álló problémákat, az egyes fejezetek pedig jól tükrözik a munka progresszív jellegét, sokkal inkább, mint valamiféle végeredményt vagy végső pontot. A közreműködők remélik, hogy munkájuk arra ösztönzi majd a politikusokat és a gyakorló szakembereket, hogy fektessenek be és végezzenek minél jobb értékeléseket egy jól működő egészségmegőrző rendszerben. Íme az ő elkötelezettségük és remélik, hogy olvasóik osztják ezt az elkötelezettséget.

Hivatkozások

1. Health promotion evaluation: recommendations to policy-makers: report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (document EUR/ICP/IVST 05 01 03).
2. Ottawa Charter for Health Promotion. Health promotion, 1(4): ii-v (1986).
3. Jakarta Declaration: on leading health promotion into the 21st century. Déclaration de Jakarta sur la promotion de la santé au XXI^e siècle (<http://www.who.int/hpr/docs/index.html>). Geneva, World Health Organization, 1997 (document WHO/HPR/HEP/41CHP/BR/97.4) (accessed on 22 November 2000).
4. SIMONS-MORTON. B. G. et al. Introduction to health education and health promotion, 2nd ed. Prospect Heights, Waveland Press, Inc. 1995.
5. GREEN, L.W. & KREUTER, M.W. Health promotion planning: an educational and ecological approach, 3rd ed. Mountain View, Mayfield, 1999.

AZ EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS ÁTTEKINTÉSE ÉS ÉRTÉKELÉSE

Don Nutbeam

Az egészségmegőrzés értékelése – haladás, problémák és megoldások

Összefoglalás

Az egészségmegőrzési tevékenységek értékelése összetett vállalkozás. Számos olyan probléma megoldása, amely az egészségmegőrzés értékelését megkísérlő szakemberekre vár, a tevékenység és az alkalmazott értékelési módszer ésszerűtlen várakozásainak következtében meghíúsul. Jelen munka az egészségmegőrzés értékeléséről zajló viták számos kérdését vizsgálja. Ezek közé tartozik az egészségmegőrzés mérésének és lényeges eredményeinek a meghatározása; az elért eredményeket és az azokhoz használt folyamatokat egyaránt vizsgáló, a vizsgált tevékenységnek megfelelő értékelési módszerek alkalmazása.

Az elmúlt húsz évben az egészségmegőrzésre vonatkozó kutatások mennyiségében óriási növekedés történt. Ez a gyorsan növekvő kutatási bázis segítette a lakosság egészségét meghatározó tényezők és e tényezőknek az egészség fejlesztése érdekében történő megváltoztatási módjainak megértését, valamint az ezekkel kapcsolatos tudás növelését. Ez a munka erre a növekvő kutatási bázisra épül, azzal a szándékkal, hogy bemutassa az összetett egészségmegőrzési tevékenységek megértésében megvalósult jelentős fejlődést és a hozzájuk kapcsolódó, a feladatnak megfelelően kidolgozott értékelési módszerek szükségességét. Az elemzés legfőbb dilemmája szerint a leghatékonyabb egészségmegőrzési tevékenységek a hosszú távon megvalósuló, a hagyományos módszerek által legnehezebben megjósolható, ellenőrizhető és mérhető tevékenységek. Ezzel ellentétesen, a tudás és hitelesség területén fontos és értékes előrehaladás történt a pontosabban körülhatárolt és ellenőrzött beavatkozások irányából, mint például az olyan jól meghatározott szinterek, mint az iskolák és a munkahelyek, amelyeket hagyományos vizsgálati módszerekkel értékelnek.

Jelen tanulmány elemzéseiből négy kulcsfontosságú következtetés vonható le:

A kutatási bizonyítékok módszeresebb használata a tevékenységek tervezése során: az egészségmegőrzési tevékenységeket támogató kutatások mennyisége számottevően növekedett az elmúlt húsz év során; ezt a tapasztalatot szükséges a jelenlegi egészségmegőrzés gyakorlatában alkalmazni. Különösen annak érdekében kellene ezeket a kutatási bizonyítékokat még kreatívabban felhasználni, hogy az egészségmegőrzési tevékenységek és azok különböző eredményei közötti kapcsolat összetettségének megértését javítsa, és tágabb rálátást

engedjen a megoldandó problémák meghatározására, valamint hogy nyíltabban irányítsa a szükséges beavatkozásokat. A kutatási bizonyítékok széles sorát szükséges a tevékenységek tervezésébe módszeresen beépíteni.

Az egészségmegőrzési tevékenységek eredményei meghatározásának és mérésének a javítása: A programcélok – akár értékes eredményekben, akár értékes folyamatokban kifejezve – gyenge meghatározása gyakran vezet nem megfelelő várához az értékelést és elszámolhatóságot illetően. A jövőre nézve elengedhetetlen, hogy a programcélok tisztábban legyenek körülhatárolva, és hogy lényeges és érzékeny módszereket alkalmazzunk az e célok elérésében mutató haladás vizsgálatához. Ez rendszerezettebb fejlesztést és az egészségmegőrzési eredmények érvényes és megbízható indikátorainak alkalmazását követeli meg. Az egészségmegőrzési eredmények vizsgálatához használt indikátorok között található az *egészséggel kapcsolatos tájékozottságra*, a *társadalmi mozgósításra*, a *közpolitikákra* és a *szervezeti gyakorlatra* vonatkozó indikátorok.

Az értékelés megfelelő intenzitása: Nem minden programot szükséges ugyanolyan mértékben és intenzitással vagy ugyanazon módszerek használatával értékelni. A program előrehaladásával változik az értékelés témája és feladata. Azok a valóban újító jellegű programok, amelyek első alkalommal tesztelnek egy potenciálisan költséges, ellentmondásos, vagy más tekintetben kockázatos beavatkozást, zárt vizsgálatot és az értékelés legtagoltabb és legátfogóbb megközelítéseit igénylik. Az elszámoltathatóság és a minőségellenőrzés érdekében azonban szerényebb értékelés is elegendő lesz azoknál a programoknál, amelyek korábban változó körülmények között is képesek voltak működni, vagyis az alacsony költségű és alacsony kockázatú programok esetében.

Megfelelő értékelési módszerek alkalmazása: Létezik egy olyan megalapozatlan elvárás, amely az orvosi kutatások számára kifejlesztett kísérleti kutatási módszereket kívánja alkalmazni. Ez számos okból kifogásolható. Először is, az ilyen kísérleti módszerek által javasolt beavatkozási stratégiák kényszerrel nyilvánvalóan lehetetlenné teszik a legértékesebbnek és leghatékonyabbnak tekintett közösség alapú megközelítéseket. Másodszor, a kísérleti módszerek bizonyítottan elégtelen eszközei az összetett, többdimenziós tevékenységek értékelésének. Harmadszor, a véletlenszerű mintavételre alapuló kontrollvizsgálatok – mivel igen erőteljes és meggyőző tudományos eszközök – felülmúlni látszanak az eredményértékelés más kutatási módszereinek, különösen a kvalitatív módszereknek, továbbá a változási folyamat értékelésének az értékét és alkalmazhatóságát. **Az értékeléseket az egyedi programok tevékenységeihez és körülményeihez kell igazítani – nem létezik egyetlen általános, min-**

den programra megfelelően alkalmazható módszer. Ez a feszültség, amely egyrészt a programok tartalmának és módszereinek a tudományos követelményeknek való megfelelési kényszere, másrészt a közösség által ellenőrzött programokból származó, kevésbé jól körülhatárolt, a hosszú távú hatékonyság és fenntarthatóság területén tapasztalt előnyök között áll fenn, továbbra is az értékelés technikai problémáit veti fel a kutatók és a gyakorlati szakemberek számára egyaránt.

A tanulmány arra következtet, hogy olyan értékelési módszereket kell kifejleszteni, amelyek a különböző, kvalitatív és kvantitatív kutatási módszerek előnyeit egyesítik a program fejlettségi szintjének megfelelően. Vitatott, hogy az információforrások és az adatok széles skálájának újjászületése és használata a hatások érzékenyebb, tájékoztatóbb és lényegesebb bizonyítékaival szolgálja, mint egyetlen, „döntő” tanulmány. A folyamatértékelés nemcsak értékes információt ad a program végrehajtásáról, hanem biztosítja a meghatározott eredmények elérésében mutatkozó sikerek vagy kudarcok megértését. Ezen a megértésen keresztül lehet azonosítani azokat a körülményeket, amelyeket az eredmények elérése érdekében szükséges kialakítani.

1. Bevezetés

Az elmúlt húsz évben az egészségmegőrzésre vonatkozó kutatások mennyiségében óriási növekedés volt tapasztalható. Ez a gyorsan növekvő kutatási bázis segítette a lakosság egészségét meghatározó tényezők, és e tényezőknek az egészség fejlesztése érdekében történő megváltoztatási módjainak megértését és az ezekkel kapcsolatos tudás növelését.

Az egészségmegőrzés koncepciójának fejlődése, különösen az Ottawai charta (1) megjelenését követő évtizedben, kifinomultabbá tette az elemzést, kiszélesítette az egészségmegőrzéshez használható stratégiák és tevékenységek körét, ezáltal jóval bonyolultabbá tette az egészségmegőrzés értékelésének kihívásait.

Az egészségmegőrzési programokban az „érték” fogalmának számos különböző meghatározása létezik. A szakirodalomban több nézőpont létezik, köztük az egészségmegőrzési tevékenységekből származó előnyben részesülni hivatott lakosságé is, amely nagy hangsúlyt helyez a programvezetés módjára, különösképpen a részvétel lehetőségére, illetve a közösség által meghatározott prioritások figyelembevételére. Az egészségmegőrzési szakembereknek a túlük elvárható biztossággal képesnek kell lenniük megítélni a program sikerét a meghatározott célokkal való összefüggésben, mintegy a teljesítményük értékeléseként. A vezetőknek a források elosztásával kapcsolatos döntések meghozatala érdekében tudniuk kell megítélni egy adott program sikerét (vagy valószínűsíthető sikerét), és ezekkel a döntésekkel el kell tudniuk számolni a program finanszírozói felé, ideértve a közösséget és a választott képviselőket. A tudósok-

nak pedig a tudás fejlesztése és a beavatkozások okainak és hatásainak megértése érdekében képesnek kell lenniük a siker megítélésére (2, 3, 4, 5).

Ehhez kapcsolódóan, napjainkban az értékelés megközelítéseinek széles spektrumát alkalmazzák az egészségmegőrzésben. Ezek a véletlen mintavételen alapuló kontrollvizsgálatokkal jellemezhető, részletesen strukturált, módszertan alapú értékelésektől kezdve egészen a kevésbé mereven tagolt, teljes körű részvételen alapuló értékelésekig terjednek. Kihívást jelent ennek a sokféleségnek a rendszerbe foglalása; erre a kihívásra adott válaszként az egészségmegőrzési programok tervezésének és értékelésének számos strukturált modellje került kidolgozásra (6).

Az egészségmegőrzés tervezésében fontos a struktúra és a következetesség hangsúlyozása az egészségmegőrzés – mint közösségi egészséggel kapcsolatos tevékenység és az egészséggel kapcsolatos tudományok önálló ága – hitelességének megteremtése érdekében. Ezeket a fejlődéseket tükrözi az egészségmegőrzéssel és egészségneveléssel foglalkozó, köztük az értékelés irányába mutató irodalom jelentős növekedése (7, 8, 9). Ennek a „fejlődésnek” nem szándékolt következményei is lehetnek az egészségmegőrzés és az értékelés kritériumaira vonatkozó meghatározások körének szűkítése által, erre utal az alábbi dilemma.

Továbbra is folytatódik a vita azzal kapcsolatban, hogy mi jelenti az egészségmegőrzési kutatás és értékelés területén a „megfelelő gyakorlatot” (10). Jelen tanulmány áttekintést nyújt az értékelés fejlődéséről, és azonosítja napjaink néhány aktuális kérdését, végül pedig a további fejlődés lehetőségeit vitatja meg.

2. A siker meghatározása az egészségmegőrzésben

2.1. Az egészségmegőrzés értékes eredményei és folyamatai

Az értékelés alapvetően egy tevékenység által elért **értékes** eredmény vizsgálatát jelenti. A legtöbb esetben az eredmény eléréséhez alkalmazott folyamat is tartalmaz értékeket. Az Ottawai charta egyaránt meghatározza az egészségmegőrzés értékes eredményeit és értékes folyamatait. A charta alapján

az egészségmegőrzés az a folyamat, amely az embereket képessé teszi arra, hogy ellenőrzést gyakoroljanak az egészségüket meghatározó tényezők felett, és ezáltal javítsák egészségi állapotukat.

A meghatározás az egészségmegőrzést folyamatként írja le, tehát jelzi, hogy egy cél elérésének eszköze, nem pedig önálló eredmény. Az egészségmegőrzés olyan tevékenység, amely képessé teszi az embereket a cselekvésre. Az egészségmegőrzés tehát nem embereken, hanem az emberekkel – egyénekkel vagy

csoportokkal – közösen végzett tevékenység. A részvétel és a partnerség értékes folyamatai az egészségmegőrzésnek.

E tevékenység célja az egyének készségeinek, képességeinek és jártasságainak megerősítése a cselekvésre vonatkozóan, valamint a csoportok és közösségek *képességeinek megerősítése az egészséget meghatározó tényezők felett gyakorolt ellenőrzésre* vonatkozó együttes cselekvés érdekében. Az egyének és közösségek megerősítése tehát értékes eredmény.

Az egészséget meghatározó tényezők kezelésében az egészségmegőrzés jelentősi egyrészt az egyének közvetlen ellenőrzésével megvalósuló (ideértve az egyéni egészségmagatartásokat), az egészséget meghatározó tényezők megváltoztatására irányuló tevékenységeket, másrészt az egyének ellenőrzési körén kívül álló tevékenységeket (ideértve a társadalmi, gazdasági és környezeti adottságokat). Így az egészséges életmódot támogató és az egészséget támogató környezet kialakítását célzó tevékenységek szintén az egészségmegőrzés értékes eredményei.

Az egészségmegőrzési tevékenységek eredményeinek idő előtti, nem megfelelő meghatározása és mérése sokáig a fejlődés gátját jelentette (11). A várható eredmények jobb meghatározásának kell megelőznie az egészségmegőrzési programok és tevékenységek relevánsabb és meggyőzőbb értékelését, és javítania annak kommunikálását, amit az egészségmegőrzés területén sikernek tartanak.

2. 2. *Egészségeredmények és a siker meghatározása az egészségmegőrzésben*

Jelenleg számos országban fordítanak kiemelt figyelmet az egészséget érintő eredményekre (12). Ezekben az esetekben az egészségeredményt egy egyén vagy csoport egészségében bekövetkező változásnak tekintjük, amely egy beavatkozásnak vagy beavatkozások sorának köszönhető.

Az egészségeredményekkel kapcsolatos figyelem mögött álló mozgatóerő az emberek és kormányzatok által megvalósított egészségbe történő beruházások, különösen az egészségügyi ellátás hatásosságának és hatékonyságának fejlesztési szándéka, így a figyelem középpontjában nem a tevékenységek, hanem az eredmények állnak (13). Vitattott, hogy az eredményekre való összpontosítás (az orvosi ellátás, kórházi ágyak stb. formájában megvalósuló ráfordítások helyett) ésszerűbb utat jelent-e annak eldöntésében, hogy egy adott beruházás mely beavatkozásai fogják a legnagyobb egészségnyereséget eredményezni.

Névértéken számolva, az egészségmegőrzés ilyen környezetben jól teljesítene, lehetőséget teremtve alapvető egészségnyereségek elérésére, az egészségügyi ellátás más formáihoz képest viszonylag szerény beruházások árán. Mégis, a jellegzetes egészségmegőrzési tevékenységek, valamint a betegségek meglétében és fizikai funkciókban kifejezett *egészségeredmények* közötti összetett és távoli kapcsolat, az egészségügyi ellátórendszer tevékenységeire vonatkozó *bizonyí-*

tékok szükösségével együttesen, megnehezíti az indokolt fejlődés elérését. Ráadásul, a főként fizikai funkciókkal és a betegségek meglétével meghatározott egészségeredmények nem feltétlenül egyeznek meg az egészségmegőrzés fent említett **értékes eredményeivel**.

2. 3. Egészségeredmények és egészségmegőrzési eredmények

Ebben az összefüggésben fontos az eredmények egészségmegőrzéssel kapcsolatos különböző típusainak megkülönböztetése, valamint az egészségmegőrzési eredmények és az általánosan alkalmazott, fenti definícióban meghatározott egészségeredmény típusa közötti kapcsolat megfogalmazása. Ezért az egészségmegőrzési tevékenység és az egészségeredmények közötti kapcsolat szemléltetésére az egészségeredmények hierarchiájának és modelljeinek különböző formáit dolgozták ki (14, 15, 16).

Az egészségmegőrzés eredményeinek modellje



Az ábra ezeknek a kapcsolatoknak a modelljét mutatja be. Az eredmények három különböző szintje figyelhető meg (17):

a. Társadalmi és egészségeredmények

Az Ottawai charta az egészséget *az élet forrásaként, nem a létezés céljaként* határozza meg. A társadalmi eredmények az egészségnek ezt a gyakorlati meghatározását tükrözik, és a modellben a hierarchia csúcsát jelentik, vagyis az egészséggel kapcsolatos és orvosi beavatkozások csúcspontját. Tehát ebben a modellben az olyan eredmények a legértékesebbek, mint az életminőség, a gyakorlati függetlenség és a méltányosság. Ehhez kapcsolódnak, bár nem egyedüli jelentős tényezők, a szűkebben, azaz a betegségek előfordulása vagy a testi és mentális egészségi állapot formájában definiált egészségeredmények.

b. Közvetett egészségeredmények

A közvetett egészségeredmények jelentik a társadalmi és egészségeredmények meghatározóit. Az egészségmegőrzés célja e tényezők emberek által történő befolyásolásának a növelése. A betegségek és a sérülések ellen védelmet jelentő személyes magatartások (például a fizikai aktivitás) és a betegségek kialakulásának kockázatát növelő magatartások (például a dohányzás) az *egészséges életmód* célkitűzése alatt szerepelnek. A fizikai környezet korlátozhatja a lehetőségekhez való hozzáférést, vagy közvetlen veszélyt jelenthet az emberek testi biztonságára; a gazdasági és társadalmi feltételek pedig korlátozhatják a társadalmi részvételt. Ezek a tényezők alkotják az *egészséges környezetet*. Az ilyen környezetnek lehet közvetlen hatása a társadalmi és egészségeredményekre, és közvetlen módon befolyásolhatja az egészséges életmódot azáltal, hogy bizonyos személyes magatartásformákat többé-kevésbé vonzóvá tesz (például a fizikai aktivitás lehetőségeihez való hozzáférés megkönnyítése vagy korlátozása). Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés és annak megfelelő használata az egészségi állapot fontos meghatározó tényezője, ezt jelenti a *hatékony egészségügyi ellátás*.

c. Egészségmegőrzési eredmények

Az egészségmegőrzési eredmények a személyes, társadalmi és környezeti tényezők változásait tükrözik, amelyek növelik az emberek általi ellenőrzés lehetőségét, és így elősegítik az egészséget meghatározó tényezők megváltoztatását (közvetett egészségeredmények). A tervezett egészségmegőrzési tevékenységek azonnali eredményei szintén idetartoznak.

A modell az *egészséggel kapcsolatos tájékozottság* címszó alatt foglalja össze azokat a kognitív és társas képességeket, amelyek az egyének – egészségük megőrzése és fejlesztése érdekében történő – információhoz való hozzájutására, annak megértésére és felhasználására vonatkozó motivációját és képességét határozzák meg. Az egészségmegőrzési eredményekre példa lehet a jobb egészséggel kapcsolatos tájékozottság, az egészséges életmódra való törekvés és az egészségügyi és más támogató szolgáltatásokhoz való hozzáféréssel kapcsolatos ismeretek megszerzése. Továbbá, mint a tájékozottság általában, az *egészséggel kapcsolatos tájékozottság* is többet jelent röplapok olvasásának és találkozók szervezésének képességénél. Ahogyan a tájékozottság segíthet az embereknek a mindennapi élethez szükséges képességek és eligazodás megszerzésében, ideértve a politikai folyamatokban való részvételt, úgy az *egészséggel kapcsolatos tájékozottság* is ezt a tágabb szándékot hivatott tükrözni.

A *társadalmi mobilizáció* a társadalmi csoportoknak az egészséget meghatározó tényezők feletti ellenőrzésére vonatkozó tevékenységeinek megerősítését és fejlesztését célzó szervezett törekvéseket jelent. Ez magában foglalja az emberi és anyagi erőforrások mozgósítását a társadalmi cselekvésekben az egészség strukturális akadályainak legyőzése, a társadalmi támogatottság növelése és az egészséget elősegítő társadalmi normák megerősítése érdekében. A javuló társadalmi „összekötöttség” és támogatottság, valamint a közösségek megerősödése és javuló szakértelme mind az eredmények példái lehetnek.

Az egészséges környezetet az *egészséget támogató közpolitikák és szervezeti gyakorlatok* nagymértékben meghatározzák. A szakpolitikák iránt elkötelezett törvényhozás, finanszírozás, szabályozások és ösztönzések jelentősen befolyásolják a szervezeti gyakorlatot. Ezért az eredmények példái lehetnek a szolgáltatásokhoz, szociális juttatásokhoz és megfelelő lakáskörülményekhez való hozzáférés javítását célzó szociális és egészségpolitikák, valamint az egészséget támogató környezet kialakítására irányuló szervezeti gyakorlati változtatások.

Egészségmegőrzési tevékenységek

A 92. oldali ábra három egészségmegőrzési tevékenységet is bemutat, vagyis a teendőket megkülönbözteti az elért eredményektől. Az *oktatás* alapvetően a tanulás lehetőségeinek megteremtéséből áll, ami a személyes egészséggel kapcsolatos tájékozottságot hivatott javítani, elősegítve az egyének és közösségek képességét az egészségük megőrzése és védelme érdekében való cselekvésre. A *támogatás* az egészség társadalmi és anyagi erőforrásainak mozgósítására irányuló, az egyénnel és társadalmi csoportokkal együttesen megvalósuló tevékenység. A *lobbizás* pedig az egyének és/vagy közösségek nevében végzett tevékenység, amely az egészség elérésének szervezeti akadályait hivatott legyőzni.

Az említett ábra nemcsak az eredmények különböző szintjei közötti, hanem a szinteken belül fennálló kapcsolatokat is bemutatja. Például a közvetett eredmények közül az egészséges környezet megteremtésére irányuló tevékenységek egyaránt lehetnek a társadalmi és az egészségeredmények közvetlen meghatározói (például a biztonságos lakó- és munkakörnyezet megteremtése vagy az erőforrásokhoz való egyenlő hozzáférés javítása), és önállóan is befolyásolhatják az egészséges életmódot, például az egészséges ételekhez való hozzáférés javításával vagy a dohánytermékekhez való hozzáférés szigorításával.

Az ábráról leolvasható, hogy az eredmények különböző szintjein bekövetkező változások más-más időpontra esnek, a beavatkozás és a megcélzott társadalmi vagy egészséggel kapcsolatos probléma természetének függvényében.

Dinamikus kapcsolat áll fenn a különböző eredmények és a három egészségmegőrzési tevékenység között, szemben az 1. ábrán bemutatott modell által sugallt statikus, lineáris kapcsolattal. Az egészségmegőrzési tevékenység felhasználható a különféle egészségmegőrzési eredmények eléréséhez azáltal, hogy a hangsúlyt és a figyelmet egy adott beavatkozásra irányítja. Az egészségmegőrzés „legjobb gyakorlatának” lényege annak eldöntése, hogy mi jelenti a legjobb kiindulópontot, és hogy értékes folyamatokon keresztül a tevékenységek milyen kombinációjával érhetünk el értékes egészségmegőrzési eredményeket.

2. 4. Az egészségmegőrzés eredményeinek mérése

Régóta kihívást jelent az egészségmegőrzés számára a beavatkozás szempontjából *releváns* és annak hatásai kimutatására megfelelően *érzékeny* eredményindikátorok meghatározása és mérése. A 92. oldali ábrán bemutatott egészségmegőrzési eredmények állnak legközelebb az egészségmegőrzési tevékenységekhez, ezért ezek az érdeklődés középpontjában álló *legérzékenyebb* témák, vagyis ezek az eredmények jutnak át a legnagyobb valószínűséggel a mindennapi közösségi tevékenységek hálóján. Ezeket az egészségmegőrzési eredményeket az érdeklődés *legrelevánsabb* tárgyának számító közvetett egészségeredmények vonatkozásában lehet felhasználni (egészségi magatartás, egészséges környezet, hatékony egészségügyi ellátás), mivel ezek az egészségmegőrzési tevékenység széles körben megértett és elfogadott eredményei. A köztes egészségeredményekben bekövetkező változások megfelelő indikátorokkal történő mérése szintén szükséges lehet, a beavatkozás méretétől, terjedelmétől és időtartamától függően.

Eddig a legtöbb figyelmet az egészségmagatartások mérésére vonatkozó érvényes és megbízható módszereknek, valamint – kisebb mértékben – a fizikai környezet, és az egészségügyi ellátás és felhasználásának módjaiban bekövetkező változások indikátorainak kidolgozására fordították. Nagyobb figyelmet

kell fordítani az egészségmegőrzési tevékenységek azonnali hatásaira érzékenyebb mérések kifejlesztésére.

Az egészségmegőrzésben alkalmazott stratégiák sora és az ezekből származó különböző eredmények azt jelzik, hogy a lehetséges indikátorok széles körét kell számításba venni. Lehetetlen egy teljes lista bemutatása jelen tanulmány keretei között, mégis álljon itt néhány példa az egészségmegőrzési eredmények vizsgálatához:

Egészséggel kapcsolatos tájékozottság:

- az érdeklődésre számot tartó problémával kapcsolatos releváns tudás;
- önbizalom a meghatározott feladatokkal kapcsolatban (képességfejlesztés);
- viselkedés- és magatartásbeli törekvések;
- jövőre vonatkozó tervek;
- egészségmegőrzési programokban való részvétel.

Társadalmi mobilizáció:

- a közösség képességei;
- a közösség hatalommal való felruházása;
- a közösség összetartó ereje;
- a közösség és a társak normái;
- a közvélemény és a politikai cselekvés támogatottsága;
- az egészségmegőrzési programok közösség általi elfogadottsága.

Közpolitika és szervezeti gyakorlat:

- szakpolitikai közlések;
- törvényhozás és szabályozás;
- szervezeti folyamatok, szabályok és adminisztrációs struktúrák;
- vezetői gyakorlatok;
- finanszírozás és forráselosztás;
- az egészségmegőrzési programok intézményesítése.

A sikerek ilyen típusú mérésének elismerése és alkalmazása megfelel az egészségmegőrzés modern felfogásának. Sokat segítene abban, hogy az értékelés elmozduljon a sikerek vizsgálatának korlátozó, pszichoszociális és viselkedési paradigmájától az egészségmegőrzés és az egészségmegőrzési siker jelentéséről való elmélkedés egy expanzívabb megközelítése felé.

Ennek az elmozdulásnak jelentős gátját képezi a számos fentebb azonosított sikerindikátor megbízható és érvényes mérési lehetőségének szűkös volta. Az olyan köztes egészségeredmények, mint az egészségmagatartás vagy az egészséges környezet, valamint az ezeket befolyásolni képes egészségmegőrzési eredmények értékelése és mérése évtizedeken át próbára tették a kutatók képességeit. A feladat viszonylag egyszerően megoldható a dohányzási szokások meghatározása és mérése esetében az egyének által nyújtott információk felhasználásával, de jóval összetettebb más területeken, például az étrendi szoká-

sok vagy a fizikai aktivitási minták meghatározásakor. Talán még problematikusabbak az ismeretek, viselkedések, értékek, személyes és közösségi képességek, mint az egészséggel kapcsolatos tájékozottság mutatói, a programok közösség általi elfogadottsága és a közösség képességei, mint a társadalmi mobilizáció mutatói, a szervezeti gyakorlat és a közpolitikák.

Ezeknek a problémáknak a többségére a megoldás idáig kérdőívek, tesztek, skálák és interjú-útmutatók szerkesztésében merült ki. Az ilyen kutatási eszközöket nemcsak az egyének személyes ismereteinek, viselkedésének és magatartásának feltárására használják, hanem arra is, hogy információt kapjanak bizonyos válaszadóktól a szervezeti politikára és gyakorlatra, valamint a közösség képességeire és alkalmasságára vonatkozóan. Bár nem létezik átfogó eszközkészlet az egészségmegőrzés eredményeinek mérésére, az elmúlt néhány évtized alapos kísérletezéseiből sokat tanulhatunk.

Napjainkban nagyobb figyelmet szentelnek a fent felsorolt egészségmegőrzési eredmények változásait mérő eszközök és indikátorok kifejlesztésére. Számos WHO-publikáció (18, 19) és -szaklap (20, 21) támogatta a haladást ezen a területen. Még rengeteg munka szükséges az egészségmegőrzés és az azonnali egészségeredmények – az egészség-magatartás és annak pszichoszociális meghatározói mérésére kifejlesztett kényelmi zónáin kívül eső – érzékeny, megbízható és érvényes indikátorainak a kidolgozásához, de a fejlődés ezeknek az összetettebb területeknek a tapasztalataiból valósul meg (22, 23). A sajátosabb erőfeszítések közé tartoznak az egyéni és közösségi képességek megerősödését (24), a közösség egészséget támogató tevékenységeit (25), a szakpolitikai lobbít (26) és a szervezeti változásokat (27) mérők. Ahol lehetséges, az indikátorok és a mérési technikák következetesebb alkalmazása nemcsak sokat javítana a mintákba vetett bizalmon, hanem a tanulmányok összehasonlíthatóságának növelésével további előnyöket jelentene.

3. Melyek a siker értékelésének legmegfelelőbb módjai?

Az értékelés és a kutatás szakaszai

3.1. Az értékelés szakaszainak hierarchiája

Az egészségmegőrzési beavatkozások kifejlesztését támogató kutatásnak számos formája létezik. A modellt a szerző egy korábbi változattól fejlesztette ki. A kutatás hat szakaszát mutatja be, amelyek együttesen alakítják ki és értékelik az egészségmegőrzési beavatkozásokat (28). Ezek a szakaszok a következők:

1. szakasz: Problémameghatározás

Ez a szakasz a beavatkozások területének és okozati alapjának vizsgálatához **alapvető epidemiológiai kutatásokon**, a közösség aggodalmi és az általa felállított prioritások azonosításának, a kulcsszereplők és a lakosság eléréséhez szükséges kapcsolódási pontok azonosításának és a közösség problémameghatározásában és megoldásalkotásban való közvetlenebb részvételének lehetővé tétele érdekében, a **közösségi szükségletek felmérésén** alapul. Az itt nyert információ meghatározza az adott lakosság körében tapasztalt legfőbb egészséggel kapcsolatos problémákat, a problémák meghatározó tényezőit és azok megváltoztatásának lehetőségeit.

2. szakasz: A megoldás kidolgozása

Ez a szakasz a **társadalmi és magatartástudományi kutatásokból** indul ki annak érdekében, hogy javítsa a célpopulációk és a személyes, társadalmi, környezeti és szervezeti sajátosságok sorának megértését, amelyek a beavatkozás alapjának kialakítása érdekében módosíthatók. A **beavatkozási elmélet kifejtése** segíthet megmagyarázni és megjósolni az egyének, társadalmi csoportok, szervezetek és politikai folyamatok változásait. Ezek az elméletek és modellek különösen hasznosak a fent említett személyes, társadalmi és környezeti sajátosságok megváltoztatásának eléréséhez alkalmas módszerek és a különböző szintereknél és lakossági csoportoknál való általános alkalmazás lehetőségeinek azonosításában. Az ennél a lépésnél nyert információ pontosabbá teszi a beavatkozás lehetséges tartalmát és módszereit, és tovább pontosítja a lakosság különböző szükségleteinek meghatározását.

A kutatás kulcskérdései

Az 1. és 2. szakasz együttesen határozzák meg azokat az okokat, tartalmakat, populációkat és módszereket, amelyek az egészségmegőrzési beavatkozások tervezésének alappillérei. Ezek az információk határozzák meg a problémát, azonosítják a meghatározó tényezőket, megmutatják az adott közösség azon egyedeit, csoportjait, intézményeit és szakpolitikáit, amelyek a legtöbb figyelmet igénylik, és ezen a vizsgálaton keresztül lehetséges megoldásokat javasolnak. Ezeket a lehetőségeket a tervezett tevékenység várható egészségmegőrzési eredményeit kifejező célkitűzéseknek megfelelően lehet leszűkíteni és meghatározni (29). A program célkitűzéseinek meghatározásával a program értékelése kivitelezhetőbbé válik. A program célkitűzései az értékelés azonnali, rövid távú tárgyát jelentik. A kapcsolódó középtávú egészségeredmények és a társadalmi és egészségeredmények szintén vizsgálhatók ebben a szakaszban.

Meghatározott egészséggel kapcsolatos probléma sikeres és fenntartható megoldásához a beavatkozás alapos kidolgozására és tesztelésére van szükség. Számos szerző javasolja a beavatkozások kidolgozásának és tesztelésének különböző lépésekre osztását (30, 31, 32). A 2. ábra az értékelés lépésekre osztott megközelítésével mutatja be a folyamat két alapvető feladatát. Az eredmények vizsgálata alapján megmondható, hogy a beavatkozás milyen mértékben érte el célját; a folyamat megértése pedig megmutatja a beavatkozás sikeres megvalósításának nélkülözhetetlen feltételeit, azt, hogy az egészségmegőrzés értékes folyamatai megvalósultak-e, és ezáltal javasolhatja az újbóli beavatkozást és a sikeres eredmények későbbi megismétlését.

3. szakasz: Az újítások tesztelése

Ideális esetben a siker bizonyítékainak felállítása vagy egy új program értékelésének érdekében a következő lépéseken kell keresztül menni. A két értékelési feladat egymáshoz viszonyított jelentősége a beavatkozás fejlődésének különböző szakaszaiban változik. A vizsgálat felépítése: a *kísérleti vizsgálatokkal* kezdődik, amelyek elsősorban annak eldöntésére összpontosítanak, hogy a beavatkozás elérte-e a kívánt eredményeket. Az ilyen tanulmányok szerepe annak vizsgálatában rejlik, hogy a siker érdekében a lehető legmegfelelőbb körülmények között működve milyen mértékben lehetséges a meghatározott célok elérése. Mivel ezeket a tanulmányokat a szűken értelmezett előírásoknak megfelelően kell kidolgozni, ezért leginkább az akadémikusok érdeklődésére tartanak számot. Mindamellet, ugyanezen okból adódóan, az ilyen tanulmányokat gyakran nehezen előállítható módszerek és források felhasználásával készítik, továbbá ezek a tanulmányok nem segítik elő az általuk támogatni kívánt egyének és közösségek aktív részvételét a döntéshozatali folyamatokban, ami az egészségmegőrzés értékes eleme lehetne.

4. szakasz: A beavatkozások demonstrálása

A negyedik elem, a *demonstráló tanulmányok* szakasza, az eredmények vizsgálatára és a folyamat megértésére helyezett viszonylagos hangsúly eltolását mutatja. Amennyiben egy beavatkozás ideális körülmények között eléri kitzűzött céljait, az értékelés hangsúlya eltolódik a siker körülményeinek pontosabb azonosítása felé. A feladat abban áll, hogy a programot a való élethez közelebb álló és az egészségmegőrzés **értékes folyamatait** jobban tükröző körülmények között is megvalósítsuk (ide tartozik a döntéshozatal ellenőrzése vagy a hatások fenntartásához szükséges kapacitásfejlesztés). Ez a lépés segít eldönteni, hogy a kívánt eredmények megvalósíthatóak-e egy kevésbé mesterséges környezetben is, és az erőforrások ésszerű beruházását jelentik-e.

Ezek a tanulmányok nagyobb jelentőséggel bírnak, és több figyelemre tar-
tanak számot a közösségek és vezetőik, valamint az egészségmegőrzési szak-
emberek és aktivisták esetében, mivel azt jelzik, hogy a kívánt eredménye-
ket a valós élethez közel álló körülmények között is el lehet érni. Különösen az
egészségmegőrzési gyakorlat szöveggel összefüggő változóit veszik számítás-
ba, jelezve, hogy mely alapvető körülményeket szükséges biztosítani. A folya-
mat és az eredmény kiegyensúlyozott jelentőségéből kifolyólag ez a fajta tanul-
mány gyakran több gyakorlati útmutatással szolgál, például azáltal, hogy jelzi
a közösség képességfejlesztésének és az ágazatok együttműködésének fontos-
ságát, valamint pontosítja a siker érdekében felhasználandó erőforrásokat. A fo-
lyamatnak ez a szakasza lehetőséget teremt a való élet körülményeihez köze-
lebb álló költségek és bevételek vizsgálatára (33).

Számos közösségi szinten működő program ebbe a kategóriába tartozik. A
gyakorlati szakemberek és az aktivisták új ötleteket és programstratégiákat ha-
tároznak meg a szakirodalomban és/vagy beszélgetésekben, és kísérletet tesz-
nek azoknak a helyi körülményekhez igazítására. Annak ellenére, hogy a tu-
dományos irodalomban egyre több ilyen tanulmány születik, az ilyen típusú
értékelés a tudományos kutatók számára kevésbé tűnik vonzóknak, ők az ilyen
tanulmányokban a bizonytalanságot, valamint a módszer és a beavatkozás fe-
letti ellenőrzés hiányát nehezményezhetik, valamint a részvétel visszaszorítását
egy beavatkozás hatása bemutatási lehetőségeinek esetében.

5. szakasz: A beavatkozások elterjesztése

Az ötödik szakasz, a beavatkozások elterjesztése, további hangsúlyeltolódást
jelent. Itt a figyelem a sikeres programok széles körű elterjesztésének módjai-
ra irányul. Ide tartoznak azok a tanulmányok, amelyek a közösségek kapacitás-
fejlesztését (36) és az újítások átvételét és fenntartását (34, 35) támogató mód-
szerek megértését segítik elő, valamint azok a közösségekről és szervezetekről
szóló tanulmányok, amelyek a különböző színtereknek megfelelően meghatá-
rozzák a siker eléréséhez szükséges feltételeket (37, 38, 39, 40).

Az értékelésnek ez a módszere a közösségi vezetők és gyakorlati szakembe-
rek érdeklődésére számot tartó információkkal szolgál, mivel segít meghatározni,
hogy milyen tevékenységekre van szükség, kinek kell ezeket végrehajtani, milyen
előírásoknak megfelelően és milyen költségek mellett. Az ilyen típusú értékelé-
si eljárás kevésbé elterjedt az egészségmegőrzéssel foglalkozó tudományos iroda-
lomban. Ez részben az akadémikusok érdeklődésének hiányát mutatja, részben a
fejlettségnek ezt a fokát elérő (vagyis a bizonyítottan hatékony) (41) beavatkozá-
sok számában mutatkozó hanyatlásnak a természetes következménye.

6. szakasz: A program menedzselése

Ennél a szakasznál az alapvető értékelési feladatok a program menedzselésének támogatására irányulnak. Ezek közé a feladatok közé tartozik a programvégrehajtás minőségének monitorozása a siker optimális feltételeihez viszonyítva és az ár-érték arány vizsgálata. Az egészségmegőrzésben a minőségellenőrzésre a közelmúltban nagy figyelmet fordítottak, és ennek a feladatnak a megkönnyítésére számos útmutató és kézikönyv készült (42, 43, 44). Jelen tanulmány nem tér ki a programok hosszú távú irányítására.

Az értékelés két fő dimenziójának (folyamat és eredmény) egymáshoz viszonyított jelentősége a projekt fejlettségi szintjének és az értékelés célközönségének változásával módosulni fog. (...)

4. Az eredmény értékelése: az ok és okozat vizsgálata

Az eddigiek alapján egyértelmű, hogy nehéz volna egy olyan egyszerű ok-sági láncolatot találni, amely az egészségmegőrzési tevékenységet az egészségi állapotban bekövetkezett változásokkal összeköti. Az egészségmegőrzésnek és a betegségek megelőzésének ilyen egyszerűsített, redukcionista modelljei régen hitelüket veszítették (45). Az egészségmegőrzési tevékenységek és a tényleges egészségeredmények közötti kapcsolat általában nagyon összetett és nehezen felvázolható. Ez a tény valódi problémát okoz a társadalmi és egészségeredményeket mint a siker elsődleges mutatóit felhasználni szándékozó értékelésekben.

A dohányzás például a fő oka olyan betegségeknek és fogyatékoságoknak, amelyek számos ember életminőségét veszélyeztetik. A dohányzás abbahagyása vagy el sem kezdése nagyban csökkenti a korai halálozások, betegségek és fogyatékoságok számos előidézőjének előfordulását és gyakoriságát. Ám még ebben az esetben is, ahol a magatartás és az egészségeredmény között ilyen szoros a kapcsolat, az egészségmegőrzési beavatkozások különböző formái – oktatás, életvezetési tanácsadás, társadalmi szokások megváltoztatása, környezeti megszorítások és áremelések –, és az azokból következő egyéni döntések (abba hagyni vagy el sem kezdeni) nagyon összetettek (46). Ahol kevésbé egyértelmű vagy elfogadott a kapcsolat – például a bevételek elosztása vagy a foglalkoztatás és az egészség viszonya –, ott még problematikusabbá válik az ok-sági lánc felállítása az e tényezők egészségre gyakorolt hatásainak enyhítését célzó tevékenységek és az azokból következő egészségeredmények között. Egyre több figyelmet szentelnek napjainkban ezeknek a kapcsolatoknak az összetettségére és a válaszként adott népegészségügyi tevékenységekre (48).

Az adott helyzetben nagy figyelmet kell fordítani az egészségmegőrzési eredmények meghatározásának pontosságára, és az azonnali egészségeredmények-

kel, valamint a társadalmi és egészségeredményekkel való kapcsolatukat mutató bizonyítékokra. Ebből a modellből kiindulva, az egészségmegőrzési tevékenységek értékelésének rövid távon a három fő egészségmegőrzési eredmény változásainak – a fejlettebb személyes egészséggel kapcsolatos tájékozottság elérése, a közpolitikák és szervezeti gyakorlatok változásai, és az embereknek az egészség meghatározó tényezői feletti ellenőrzését külön-külön vagy együttesen javító társadalmi normák és közösségi tevékenységek változásai – mérésén kell alapulnia.

Egy beavatkozás eredményeinek vizsgálatakor két alapvető kérdést szükséges feltenni, mégpedig:

- Az emberek érdeklődési körében megfigyelhető-e változás?
- A beavatkozásnak köszönhető-e ez a megfigyelt változás?

Jelen tanulmány keretein belül lehetetlen volna teljes részletességgel megvitatni az ezekre a kérdésekre válaszként adott értékelési módszerek kifejlesztése és végrehajtása során felmerülő összes módszertani kérdést. Számos ilyen kérdés – például a mintaválasztás és a minták mérete, az adatgyűjtési technikák, vagy a válaszadási arányok – a tudományos értékelés minden területe, de különösen a magatartás- és társadalomtudományok számára ismert. Több szakkiadvány foglalkozik ezekkel a problémákkal. A tanulmány szerkesztés alapelvei és az egészségmegőrzési programok értékelésével összefüggő néhány kérdés azonban itt is bemutatásra kerül.

4.1. Az ok és okozat tulajdonsága: kísérleti módszerek és problémáik

Az értékelést végzők által tapasztalt számos összetett kérdés és dilemma forrása a beavatkozás és az egészségeredmény közötti világos kapcsolat felvázolásának szándéka egyetlen, „végleges” tanulmány keretében. A 92. oldali ábrán bemutatott modell „kézzelfogható” formában tesz kísérletet ennek az összetett kérdéskörnek a bemutatására. A siker első szintjét az egészségmegőrzés céljaként is definiálható egészségeredmények elérése jelenti. Amint egy egészségmegőrzési célkitűzéshez tartozó ésszerű intézkedés azonosításra került (erre néhány példa fentebb található), a következő fontos lépés a kutatás módszerének kifejlesztése, amelynek segítségével az intézkedés alkalmas lesz annak felmérésére, hogy a beavatkozás elérte-e a kívánt hatásokat.

A beavatkozások és a megfigyelt eredmények közötti kapcsolat felállításának számos alapvető eleme létezik, ezekkel más szövegek részletesen foglalkoznak. A következőképpen foglalhatók össze öt alapvető pontban: (49)

- reprezentatív minta a célpopulációról vagy a program célcsoportjáról;
- a beavatkozás céljait vizsgáló egy vagy több előzetes vizsgálat;
- kontrollcsoport az összehasonlításhoz;
- a minta véletlenszerű elosztása a kísérleti vagy kontrollcsoportok között;
- egy vagy több utóvizsgálat a beavatkozás tárgyát ért hatások felmérésére.

Ez a módszer lehetővé teszi a változások vizsgálatát a beavatkozás előtti és utáni helyzet összehasonlítása által. Mivel a beavatkozásokhoz és kontrollcsoportokhoz az egyének véletlenszerűen kerültek kijelölésre, ezért ez a módszer azt jelenti, hogy a vizsgált populáció körében tapasztalt változás a kontrollpopulációhoz viszonyítva nagyobb bizonyossággal tulajdonítható a beavatkozás hatásának.

A véletlenszerű kiválasztás alapvető feltételeinek való megfelelés sajnos a legtöbb esetben nehéznek bizonyul, és gyakran az egészségmegőrzésnek a döntéshozatalban való részvételre irányuló értékes folyamataival ellentétes irányba mutat (50). Bár néhány tanulmány sikeresen alkalmazta ezt a módszert, a legtöbbjük szűken körülhatárolt, jellegzetesen egy-egy kérdésre (például a dohányzás), egyszerű egészségmegőrzési célkitűzésekre (például az egészséggel kapcsolatos ismeretek mélyítése, az egészség-magatartás megváltoztatása) és jól kezelhető, „zárt“ rendszerekben – mint amilyenek az iskolák, klinikák és munkahelyek – végezhető beavatkozásokra szorítkozik. Néhány esetben az ezeknek a tanulmánykészítési kritériumoknak megfelelően készült tanulmányok terjedelme több tanulmány eredményének metaanalízisét teszi lehetővé (51, 52, 53, 54). Az ilyen metaanalízis különösen hasznos a beavatkozási típus megértésének elősegítésére, az egyéni tanulmányok eredményeinek érvényességébe vetett bizalom megerősítésére, és az újbóli előállítás lehetőségeinek vizsgálatára.

Ezeknek a tanulmányoknak fontos szerepük van a tudás fejlesztésében és az egészségmegőrzés hitelességének biztosításában, azonban a közösség alapú és közösségi programok esetében talán túlságosan korlátozó és végső lépésként önpusztító lehetnek a beavatkozások hatékonyságának csökkentése, vagy az újbóli kivitelezésük ellehetetlenítése által (55). Alternatív megközelítési módok meghatározására van szükség.

4.2. A kísérleti módszer alternatívái

Azokban az esetekben, ahol gyakorlati (gyakran anyagi) okoknál fogva nincs lehetőség referencia-populáció használatára, további startégiákat fejlesztettek ki a programhatások következményeinek megerősítésére. A monitorozás tárgya idővel változik, ezt nevezük *idősoros módszernek*, ami az értékelés legegyszerűbb és a vizsgálatba a legkevesebb beavatkozást igénylő módja. Gyakran a feljegyzések megőrzésének meglévő módszereit használja fel, mint például

egy szűrési módszer használatában bekövetkező változás monitorozása a program megkezdését megelőzően, a program időtartama alatt, illetve azt követően a jobb megértés elősegítése érdekében; vagy a beavatkozások különböző közösségekben való *bevezetésének szakaszokra bontása* és a változás megfigyelése a beavatkozás által érintett lakosság körében a beavatkozás bevezetésének megfelelő szakaszaiban. Ez a módszer átmenetileg egy „beavatkozások által nem érintett” lakossági csoportot hoz létre. Hasznos lehet egy beavatkozásnak a tanulmányozott lakosságtól való szándékos megtagadása által okozott etikai dilemma feloldására. A beavatkozások – mint hagyományosan kísérleti vagy kvázikísérleti módszerek – hosszú távú hatásainak megállapítását azonban nem könnyíti meg. A *beavatkozás intenzitásának megkülönböztetése* az eltérő populációk esetében főként akkor valósítható meg, amikor a beavatkozás több elemből áll (például szervezeti változtatás, egyéni oktatás, tömegkommunikáción keresztül megvalósuló oktatás). A program egy lakossági csoport számára teljes egészében felajánlható, ezzel ellentétben más lakossági csoportok részére csak az egyéneket érintő programelemek kerülnek felajánlásra. Green és Lewis kidolgozták a fent említett módszereket is tartalmazó kísérleti módszerek hierarchiáját, amely iránymutatást ad a változó körülményekre alkalmas kísérleti módszerek összetevőinek kombinálásához (56).

4.3. A közösségi/lakossági beavatkozások értékelésének stratégiai kérdései

Az említett technikai megoldásokon kívül létezik, az egészségmegőrzési programok értékeléséhez használt kísérleti módszerek használatával kapcsolatban, egy alapvetőbb, stratégiai jellegű probléma. Az emberi magatartás és a társadalmi kölcsönhatások befolyásolását célzó beavatkozásoknál a beavatkozás által érintett és a kontrollcsoportok egyéneinek mesterséges kiválasztása általában nem célravezető, gyakran lehetetlen is, mivel kényszerek elé állítja a beavatkozást. Nyilvánvalóan lehetetlen például a tömegkommunikációt oly módon használni, hogy a lakosságnak csak egy „véletlenszerűen” kiválasztott csoportját érje el. Ráadásul számos egészségmegőrzési program aktívan épít – a beavatkozás részeként – politikai rendszerekre és közösségi hálózatokra. Ilyen körülmények között az egyének véletlenszerű elosztása lehetetlenné tenné a közösségi hálózatok aktív használatát.

Ezekhez a gyakorlati kényszerekhez hasonlóan a beavatkozásokat startégiái szempontból is úgy tervezték, hogy lakossági csoportokra – és kevésbé az egyénekre – legyenek hatással. A beavatkozásoknak ezt a „lakossági” megközelítését Rose (57) mutatta be először, igen hatásosan, majd a tudományos fejlődést követően számos nagy, szív- és érrendszeri megbetegedések megelőzésére szolgáló program alkalmazta az 1980-as években (58). Azóta kedvelt módjává

vált az átfogó, teljes populációkat érintő, a különböző egészségmegőrzési eredményeket célzó beavatkozásokra épülő egészségmegőrzési programok szervezésének. Ezeknél a tanulmányoknál a stratégiai tervezés a rizikótényezők gyakoriságában és a szakpolitikai és szervezeti gyakorlatban bekövetkező jelentős változások elérésére irányult, és nem kizárólag a jobb személyes egészséggel kapcsolatos tájékozottság és a meghatározott egyének magatartásbeli változásainak elérésére.

A szív- és érrendszeri megbetegedésekkel kapcsolatos egészségmegőrzési programok jó példái az egyénnel ellentétben teljes lakossági csoportokat célzó programok értékelési módszerei kapcsán felmerülő gyakorlati problémák leküzdésének. Ezek a programok a hagyományos kísérleti módszereket kívánták megváltoztatni olyan módon, hogy a tervezett beavatkozások gyakorlati követelményeinek megfeleljenek. A beavatkozások „egységét” a teljes populációk jelentették, amelyeket velük azonos, a beavatkozástól földrajzilag elválasztott összehasonlítási „egységekkel” párosítottak, így a kiválasztás egysége a közösség volt, de a vizsgálat egysége az egyén maradt.

Ez a kvázikísérleti módszer példaértékűvé vált a hasonló programok számára, és a közösség alapú programok értékelésének legjobb gyakorlatként széles körben támogatják. Egy javított változata, a közösségi beavatkozási vizsgálat, nagy számú különálló közösségi „egység” azonosítását és ezeknek a beavatkozások által érintett, illetve a kontrollcsoportokba történő véletlenszerű kiválasztását javasolja. Az elmúlt évtizedben több jól ismert tanulmány (59, 60, 61) alkalmazta ezt az értékelési eljárást, és egyesek szerint ez „az életmódot érintő, nem egyéni szinten megvalósuló beavatkozások értékelésének egyetlen megfelelő módja” (62).

4.4. Közösségi beavatkozások és társadalmi mozgások

A jól körülhatárolt lakossági beavatkozások megfelelő értékelési módszereinek kifejlesztésében mutatkozó technikai fejlődés ellenére, a kardiovaszkuláris programok és a COMMIT dohányzásról leszoktató program vizsgálatának eredményeit (ez utóbbi a közösségi beavatkozásokra vonatkozó vizsgálati módszerek legjelentősebb kísérlete) általában nem megfelelőnek ítélik meg az általuk megcélzott rizikótényezőkre gyakorolt megfigyelhető tiszta hatásuk tekintetében. A legtöbb esetben mind a beavatkozás által érintett, mind az összehasonlításra kiválasztott közösség esetében pozitív hatásokat tapasztaltak. Az ezekre az eredményekre adott magyarázatok egyrészt lehetségesnek tartják, hogy a beavatkozások nem voltak elég erősek, túl rövidek voltak, vagy nem sikerült az adott lakosság megfelelő hányadát elérniük az uralkodó „világi trendekre” gyakorolt hatásukkal, másrészt, hogy a módszerek nem voltak megfelelően használhatóak és érzékenyek az ilyen összetett beavatkozásokhoz (63, 64, 65). Né-

hány elemző rámutatott továbbá a beavatkozások széles kutatási alapja elégtelen megértésének problémájára (lásd fentebb), valamint hangsúlyozta a „kreatív, elkötelezett és szigorú társadalmi kutatás” szükségességét ennek a megértési folyamatnak az elősegítésére (66).

A beavatkozás által érintett és az összehasonlítási populáció esetében egyaránt megfigyelhető pozitív eredmények egyik magyarázata a mesterségesen szétválasztott csoportok közötti „fertőzés” magas foka. Számos bizonyíték igazolja, hogy néhány esetben ez előfordult (67). Ám a valóság ennél jóval összetettebb. Ezeknél és más tanulmányoknál a beavatkozás által érintett és az összehasonlítási populáció esetében egyaránt megfigyelhető, a dohányzási szokásokra, a szabadidős fizikai aktivitásra és az étrendre vonatkozó változások nem „véletlenszerű világi trendek”, hanem az elmúlt három évtized során különböző, folyamatos népegészségügyi tevékenységekkel elért eredmények. Ennek az aktivizmusnak az eredményét egyszerű, rendszeres megfigyelésen alapuló tanulmányokkal követhetjük nyomon, valamint a közösségi szervezetek és különösen a jogszabályok által előidézett értékbeli és magatartásbeli változásokban válnak nyilvánvalóvá. Ezek az erőteljes társadalmi mozgások minden bizonnyal megsemmisítették az olyan, viszonylag rövid távú, helyi beavatkozások hatásait, mint amilyenekkel a kardiovaszkuláris vagy a COMMIT vizsgálatoknál találkozunk.

A WHO által szponzorált programokat – mint az Egészséges városok projekt vagy az egészségesebb iskolákért indított projekt – gyakrabban tüntetik fel társadalmi mozgásként, mint a szív- és érrendszeri megbetegedésekkel kapcsolatos programok esetében bemutatott kézzelfogható „beavatkozásként” (68). A társadalmi mozgások hosszabb idő alatt alakulnak ki, és a szervezett beavatkozásoknál kevésbé kézzelfoghatók vagy tervezhetők (ezáltal hagyományos módszerekkel bonyolultabban mérhetők és ellenőrizhetők). Ez azzal magyarázható, hogy a beavatkozások több formájára épülnek (oktatás, lobbizás, társadalmi mobilizáció támogatása), gyakran a döntéshozatal által közvetlenebbül befolyásolt lakossági csoportokat érintenek, és a tevékenységek hangsúlyának és irányának meghatározása érdekében bizonyos mértékig megalkuváson alapulnak. Az egészségmegőrzés ilyen megközelítése alkalmasnak tűnik néhány, az egészség alapjául szolgáló társadalmi és gazdasági tényező folyamatos cselekvést igénylő alakítására, és nagyobb teret enged a közösségi ellenőrzésnek és a közösség hatalommal való felruházásának – ezek az egészségmegőrzés legfontosabb értékes folyamatai és eredményei közé tartoznak –, de nem megfelelő a kísérleti módszer szorosan körülhatárolt kritériumait alkalmazó értékeléshez (69).

Ebből az elemzésből következik, hogy az egészségmegőrzési tevékenységek leghatásosabb formái a hosszú távú, hagyományos módszerekkel legkevésbé megjósolható, ellenőrizhető és mérhető tevékenységek. Ezzel szemben a tudás és a hitelesség fontos, értékes fejlődése figyelhető meg a szorosabban körülha-

tárolt és ellenőrzött, kísérleti módszerek alkalmazásával értékelt beavatkozások esetében. Az egyrészt a „tudományos szigor”, másrészt a jóval kevésbé pontosan definiált, közösségek által ellenőrzött „tevékenységekből” származó hatékonyságra és fenntarthatóságra vonatkozó előnyök között fennálló feszültség a szakirodalom rendszeres témája (70, 71).

Különösen fontos a tudás fejlesztése, a megértés és a hitelesség javítása az egészségmegőrzés viszonylag új tudománya számára. Azonban a tudás fejlesztésének kizárólag az ellenőrzött kutatási módszerek eredményeire alapozott megközelítése valós veszélyeket hordoz, különösen ha az értékelés más, a kísérleti módszer kritériumainak nem megfelelő formáit kizárja.

Nyilvánvalóan értelmetlen azt gondolni, hogy az értékelés és tapasztalatszerzés más formái nem járulnak hozzá az egészségmegőrzési ismeretek és megértés elmélyítéséhez. A kísérleti módszerek használata a társadalmi aktivitás fentebb bemutatott, kevésbé határozott formái sikerességének mérésére a legjobb esetben sem célravezető, és minden bizonnyal lehetetlen úgy megvalósítani, hogy a tevékenységet ne veszélyeztesse. Az egészségmegőrzés hatékonyságának értékelésére más módszereket kell alkalmazni.

4.5. Bizonyítékok szerzése több módszer és adatforrás segítségével

A kvalitatív népegészségügyi kutatás képes az emberek saját tapasztalatait elmélyíteni, és az egészséget javító, támogató vagy károsító társadalmi összefüggésekre rávilágítani. Az így szerzett tudás és ismeretek fontosak bármely adott program vizsgált sikerének vagy kudarcának magyarázatához, és elengedhetetlen az új ötletek sikeres megvalósításához és elterjesztéséhez.

Ennek ellenére a kvalitatív kutatás általában alulértékelt és keveset alkalmazott módszer. Ennek oka részben a népegészségügyi kutatók (különösen az epidemiológiai és biostatistikai képzettségűek) körében kialakult értékrendben keresendő, amely magasra értékeli a kvantitatív, kísérleti kutatást, és leértékeli a változás folyamatának meghatározására irányuló, általában kvalitatív, gyakran „puhának” nevezett kutatást. Ennek az lehet az oka, hogy a kvalitatív kutatásban használt módszerek kevésbé pontosan meghatározottak és számos esetben ismeretlenek a kísérleti módszerekhez szokott kutatók számára. Következésképpen az ilyen módszereket vagy helytelenül alkalmazzák, vagy ha helyesen alkalmazzák, akkor az akadémikusok merev szemléletével helytelenül értékelik.

Annak ellenére, hogy a módszerek különböznek, a kvalitatív vizsgálatokat is lehet a kvantitatív vizsgálatokéval legalább megegyező tudományos szigorúsággal tervezni és végrehajtani. A célok meghatározása, a minta kiválasztása, a vizsgálat módszere és az eredmények elemzése a kvantitatív kutatásokhoz ha-

sonlóan a kvalitatív kutatások esetében szintén jól meghatározhatók és leírhatók (72).

A mutatók, ámde kivitelezhetetlen és irreleváns értékelési módszerek helyett az egészségmegőrzésben a siker bizonyítékaiként leginkább a több különböző forrásból származó adatok szolgálhatnak. Közülük néhány lehet kísérleti, de a legtöbbjük megfigyelésen alapuló vizsgálat, amely kvantitatív és kvalitatív információkat egyaránt felhasznál. Az „egyetlen végleges vizsgálat” keresése hiú ábránd, és túlságosan leegyszerűsített megoldásokhoz vezet.

A kvantitatív és a kvalitatív, a kísérleti és a tapasztalati vizsgálatok egymáshoz viszonyított erősségeinek és gyengeségeinek számbavétele helyett az egészségmegőrzési beavatkozások értékelésébe bevont legtöbb kutató rábredt a különböző kutatási és értékelési kérdések megválaszolására kidolgozott különböző módszerek kombinációjának egymást erősítő hatására (73, 74).

A több módszer együttes használatának egyik ígéretes megközelítése a kutatási háromszögelés fogalma, a kutatási eredményekbe vetett bizalom növelésére. Ez a kvalitatív kutatók által jól kidolgozott megközelítés a bizonyítékok számos forrásból való megszerzésére alkalmas. A megközelítés logikája szerint minél egybehangzóbb a különböző forrásokból származó bizonyítékok iránya, annál ésszerűbb azt feltételezni, hogy a program elérte a vizsgált hatásokat. A háromszögelés egyszerűen több módszer használatát jelenti ugyanannak a kérdésnek a megválaszolására. A háromszögelés különböző fajtáit használhatjuk (76), például:

Az **adatforrások háromszögelése** különféle információk felhasználását jelenti egy adott kutatási kérdés vizsgálatához, például az érintettek száma, a találkozások idejének hossza percben kifejezve, a kiadott dokumentumok és a kulcsszereplőkkel készített interjúk.

A **kutatói háromszögelés** az adatgyűjtésbe és elemzésbe több kutatót von be. Ez a megközelítés különösen hasznos lehet abban az esetben, ha a kutatók különböző elméleti és/vagy módszertani nézőponton vannak.

A **módszerek háromszögelése** az adott kérdés megvizsgálásához több különböző módszert használ, például a fókuszcsoportok megbeszéléseit, személyes interjúkat, találkozások és más kapcsolatok vizsgálatát.

A háromszögelés használata igen értékes az egészségfejlesztési értékelésben, különösen, amikor a kísérleti módszer nem megfelelő, kivitelezhetetlen vagy a többszintű beavatkozásról hiányos képet ad. A különböző mennyiségi és minőségi forrásokból származó információk kombinálása az eredmények hitelességének felbecslése érdekében, valamint a lakosság és a szervezetek változási folyamatainak bemutatása a siker hatásos bizonyítékai lehetnek.

5. A siker feltételeinek megteremtése: a folyamat értékelése

A különböző kutatási kérdések megválaszolása érdekében a kutatási módszerek kombinálásából származó hasznok felismerésével az „eredmény“ és „folyamat“ értékelése közti különbség némileg elmosódik. Egy beavatkozás (vagy társadalmi mozgás) folyamatának megértése önmagában is igen fontos, de a „siker“ meghatározásához szükséges bizonyíték felállításához is elengedhetetlen. Annak vizsgálata, hogy a program hogyan valósul meg, milyen tevékenységekkel, milyen feltételek között, ki által és milyen szintű erő kifejtés hatására, biztosítja a meghatározott eredmények elérésében a siker vagy kudarc jobb megértését. Ezen keresztül válik lehetővé a sikeres eredmények eléréséhez szükséges feltételek azonosítása.

A megjelent munkákban számos alapvető, egymással összefüggő folyamatértékelési cél azonosítható, ezek a továbbiakban kerülnek áttekintésre.

5.1. A program által elérték köre: sikerült-e a programnak elérni a teljes célpopulációt?

Bármely egészséggel kapcsolatos program esetében a siker kulcsfontosságú feltétele a meghatározott célpopulációval való optimális kapcsolat kialakítása, legyen az egy „rizikócsoport”, teljes közösség, egy szervezet vezetői vagy közösségi vezetők/politikusok. A program hatásainak értékeléséhez elengedhetetlen a program által érintettek körének és szintjének meghatározása.

Ez viszonylag egyszerű ott, ahol a beavatkozás egyszerűen meghatározható – például részt venni egy dohányzásról való leszokást segítő csoportban, vagy információt kapni egy szórólapról vagy a médiából (77) –, de jóval bonyolultabb az olyan közösségi programok esetén, ahol nehezebb meghatározni a beavatkozást, és így az érintettek körének meghatározása is jóval összetettebb feladat. A program által való érintettséget vizsgáló módszerek az egyszerű auditálástól vagy könyvvezetéstől a jóval kifinomultabb, meghatározott csoportokat érintő monitorozásig terjednek.

A korábban említett, az Egyesült Államokban megvalósuló, a szív egészségére vonatkozó programok mindegyike kifinomult rendszereket fejlesztett ki a lakosság érintettségének monitorozására (78). Ezeknél a programoknál az érintettséget különböző módszerekkel vizsgálták, köztük a speciálisan megtervezett kontaktkártyákkal, amelyeket minden beavatkozásban részt vevő személy kitöltött. Az így nyert adatokat arra használták, hogy a résztvevők demográfiai profilját meghatározzák, minden résztvevő beavatkozás általi összes érintettségének számát feljegyezzék, pontosítsák a beavatkozás programjait, nyomon kö-

vetés által megvizsgálják a beavatkozás azonnali és hosszú távú hatásait, és a teljes beavatkozásról hiteles feljegyzéseket készítsenek.

A programok általi érintettséget vizsgáló más tanulmányok a beavatkozásokkal kapcsolatos tudatosságot mutattak ki a lakosság célcsoportjainál, a programok kapuőreinél (79) (például tanároknál, háziorvosoknál) és szervezetek, például iskolák vagy munkahelyek esetében (80, 81).

5.2. A program elfogadottsága: elfogadható-e a program a célcsoport számára?

Annak ellenére, hogy egy program eléri a célközönségét, nem biztosított a lakosság programra adott válasza. Jelentős hányadát alkotják a folyamatértékelésnek azok a tanulmányok, amelyek a programok elfogadhatóságát vizsgálják, valamint azt, hogy a célcsoport és/vagy a „kapuőrök” (tanárok, egészségügyi dolgozók, menedzserek, politikusok) mennyire érzik „sajátjuknak” a programot (82). Különböző vetületei léteznek annak a kérdésnek, amely arra keresi a választ, hogy az emberek mennyire érzik magukat a program részeseinek, mennyire érzik képesnek magukat a program menetének és eredményének befolyásolására. Ezek közé tartoznak a program és az emberek szükségleteinek és legfontosabb problémáinak összefüggései és a program által javasolt tevékenységek megvalósíthatóságával kapcsolatos vélemények.

A program „kapuőreivel” foglalkozó tanulmányok a program végrehajtásával kapcsolatos tapasztalataikat, a különböző programtevékenységek elfogadhatóságát, a projektek észlelt hatásait és a javasolt módosításokat vizsgálják. Ilyen vizsgálatokat például szakmai csoportokkal, különösen tanárokkal, illetve orvosokkal végeztek (83, 84, 85). A megjelent beszámolók között ritkábbak a közösségek véleményét és tapasztalatait számba vevő értékelések.

5.3. A program intergritása: a tervezettek szerint valósult-e meg a program?

Végül az egészségmegőrzési eredményekben bekövetkezett változások teljes megértése érdekében elengedhetetlenül fontos annak rögzítése, hogy a program megvalósítása mennyire történt a tervek szerint. A meghatározott programcélok elérésének kudarca a nem megfelelő beavatkozás, vagy a nem megfelelően végrehajtott beavatkozás következménye lehet. A való élet színterein nem feltétlenül jól megvalósíthatók és fenntarthatók az erősen motivált önkéntesekkel közösen dolgozó, hasonlóan motivált kutatók csoportja által hatékonyan értékelt beavatkozások (86).

A legegyszerűbb módszer a tevékenységek megfigyelése és rögzítése. A program teljességének vizsgálatára kifinomultabb módszer lehet egy meghatározott

közösségben az „események láncolatának” lejegyzése, ez a hasonló kérdéseknek a programba történt befektetések gyengüléseként vagy eltorzulásaként való meghatározását jelenti (87). Ezt a megközelítést a közösségi alapú programok esetében használják a beavatkozás végrehajtási dinamikájának megértésére, meghatározott társadalmi vagy szakmai hálózatokon vagy jellegzetes színtereken, például iskolákban (88, 90, 91).

Az átfogó folyamatértékelés egyik legkifinomultabb példája a CATCH (Gyermekek és fiatalok szív- és érrendszeri egészségének vizsgálata) által használt módszer (91). Ennek célja a „program végrehajtásának, a minőségellenőrzésnek és a monitorozásnak a leírása, valamint a program hatásainak magyarázata” (92). Ezek a szándékok összefoglalják a megfelelő folyamatértékelésnek mint az alapvetően az eredmények mérésére irányuló tudományos értékelés kiegészítő feladatának a célját. Egy bizonyos szinten a folyamatértékelés támogathatja és elmélyítheti a tanulmányok ok-okozati következtetéseit. Egy másik szinten megnyitja azt az utat, amelyen keresztül az alapvető kísérleti tanulmányok megisméltése, pontosítása és széles körű elterjesztése lehetővé válik a program-célok elérésének sikerességéhez szükséges feltételek meghatározása által. Így a folyamatértékelés a szakpolitikák meghatározói és végrehajtói számára különösen fontossá válik.

6. Összefoglaló megjegyzések: értékelés összetett környezetben

Az egészségmegőrzési folyamatok, programok értékelése összetett vállalkozás, amelyet gyakran nem megfelelően hajtanak végre. Az egészségmegőrzési tevékenységeket értékelni szándékozó szakemberek által észlelt számos probléma a tevékenységgel és az értékeléssel szembeni túlzott elvárásokból ered. Az egészségmegőrzés összetett terület. A közösségi beavatkozástól a társadalmi és egészségeredmények hosszú távú megváltozásáig tartó oksági láncolat nyomon követése tele van nehézségekkel, és a legtöbb program esetében ennek kivitelezése nem is várható el. Az egészségmegőrzési beavatkozásokkal kapcsolatban sokkal inkább jogos az az elvárás, hogy – a tevékenységnek leginkább megfelelő értékelési módszer segítségével – a meghatározott egészségmegőrzési eredmények elérése alapján ítéljék meg sikerességüket. Ez a nézőpont nem mindig egyezik az egészségügy és az orvostársadalom korábbi nézeteivel azzal kapcsolatban, hogy mi elég „szigorú” módszer, illetve „kemény” bizonyíték.

Jelen elemzésből négy kulcsfontosságú feladat állapítható meg:

a. A kutatási bizonyítékok módszeresebb használata a tevékenységek tervezése során. Az egészségmegőrzési tevékenységeket támogató kutatások száma jelentősen megnőtt az elmúlt húsz év során, fontos ezeket a jelenlegi egészségmegőrzési gyakorlatban alkalmazni. Különösen fontos ezeket a kuta-

tási eredményeket a 92. oldali ábrán bemutatott eredmények különböző szintjei közötti kapcsolat összetettségére vonatkozó megértés javítására, valamint az orvosolandó problémák és az ezekhez szükséges beavatkozások meghatározásával kapcsolatban a jobb megértés biztosítására kreatív formában felhasználni. Szükséges a kutatási bizonyítékok széles sorát módszeresen beépíteni a tevékenységek tervezésébe.

b. Az eredmény meghatározásának és mérésének fejlesztése. A program célkitűzéseinek rossz meghatározása – akár értékes folyamatokban, akár értékes eredményekben – gyakran vezet alaptalan elvárásokhoz az értékeléssel és elszámolhatósággal kapcsolatban. A jövőre nézve elengedhetetlen, hogy a program célkitűzéseit világosabban határozzák meg, és hogy az e célkitűzések elérésében mutatkozó előrehaladást megfelelő és érzékeny módszerekkel kísérleljék meg megbecsülni. Ez az egészségmegőrzési eredmények – különösképpen a társadalmi mobilizáció, a közpolitikák és a szervezeti gyakorlat vonatkozásában – értékes és megbízható indikátorainak módszeres kidolgozását és használatát követeli meg.

c. Az értékelés megfelelő intenzitása. Nem minden programot szükséges egyenlő intenzitással és ugyanazon értékelési módszerek használatával értékelni. Az értékelésre vonatkozó kérdés a program előrehaladtával változik, és a valóban újító, első alkalommal esetleg költséges, ellentmondásos vagy más szempontból kockázatos beavatkozási formák zárt vizsgálatokat és átfogó megközelítésű értékelést igényelnek. Az elszámolhatóság és minőségellenőrzés érdekében azonban szerényebb értékelés is elegendő azoknál a programoknál, amelyek korábbi tapasztalatok alapján változó körülmények között is képesek működni, vagyis az alacsony költségű és alacsony kockázatú programok esetében.

d. Megfelelő értékelési eljárás alkalmazása. Az orvosi kutatásokhoz kifejlesztett kísérleti kutatási módszerek használatával szemben ésszerűtlen elvárások fogalmazódtak meg. Ez több okból is kifogásolható. Először is, az ilyen kísérleti módszerek által javasolt beavatkozási stratégiák kényszerei szemmel láthatóan lehetetlenné teszik a legértékesebbnek, leghatékonybbnak tartott közösségi alapú megközelítések használatát. Másodszor, a kísérleti módszerek alkalmatlannak bizonyultak az összetett, többdimenziós tevékenységek értékelésére. Harmadszor, a véletlenszerű mintavételre alapuló kontrollvizsgálatok – mivel igen erőteljes és meggyőző tudományos eszközök – felülmúlni látszanak az eredményértékelés más kutatási módszereinek, különösen a kvalitatív módszereknek, továbbá a változási folyamat értékelésének értékét és alkalmaságát.

A jövőre nézve fontos olyan megvalósítható értékelési módszerek kidolgozása és továbbfejlesztése, amelyek különböző kvalitatív és kvantitatív kutatási mód-

szereket ötvöznek. Az adatok és információforrások eltérő sorainak létrehozása és használata általában a hatásokat jobban megvilágító, lényegesebb és érzékenyebb bizonyítékokkal szolgál, mint egyetlen „döntő” tanulmány. A folyamatértékelés nemcsak arról ad értékes információt, hogy a program milyen módon kerül végrehajtásra, milyen tevékenységek keretében és milyen feltételekkel, ki által és milyen szintű erőfeszítésekkel, hanem azt is lehetővé teszi, hogy a meghatározott eredmények elérésének sikere vagy kudarca több tanulsággal szolgáljon. Ezáltal lehetséges meghatározni a sikeres eredmények eléréséhez szükséges feltételeket. Az értékeléseket az egyes programok körülményeinek és tevékenységeinek megfelelően kell kialakítani – nem létezik egyetlen „helyes”, minden programra alkalmazható módszer.

Hivatkozások és jegyzetek

1. World Health Organisation; 1986; Ottawa Charter for Health Promotion, World Health Organisation, Geneva
2. Weir RD; 1991; Research in Public Health: who says; who does; and who cares; Journal of Public Health Medicine; 13.3, 151-57
3. Viney R; 1996; Health Promotion, Economics, Priority Setting, Resource Allocation and Outcomes at the Margin; Health Promotion Journal of Australia; 6.2, 9-14
4. Green LW; 1987; Three Ways Research Influences Practice: The Public's Right to Know and the Scientist's Responsibility to Educate; Health Education; 4. 44-49
5. Holman CDJ, Donovan RJ, Corti B; 1993; Evaluating projects funded by the West Australian Health Promotion Foundation: A systematic approach; Health Promotion International; 8.3, 199-208
6. Sanderson C, Haglund B; Tillgren P et al; 1996; Effect and stage models in community intervention programs: and the development of the Model for Management of Intervention Program Preparation; Health Promotion International; 11.2, 143-1 54
7. Windsor RA, Baranowski T, Clark N, Cutter G; 1984; Evaluation of Health Promotion and Health Education Programs; Mayfield; Palo Alto, Calif.
8. Green LW, Lewis FM; 1986; Measurement and Evaluation in Health Education and Health Promotion; Mayfield, Palo Alto Calif.
9. Hawe P, Degeling D, Hall J; 1990; Evaluating Health Promotion: A Health Workers Guide; MacLennan and Petty, Sydney
10. Nutbeam D; 1996; Achieving “best practice” in health promotion: improving the fit between research and practice; Health Education Research; 11.3, 317-326

11. Lásd Green L and Lewis FM; 1 986; op cit P.5-6
12. Epstein AM; 1990; The outcomes movement - will it get us where we want to go?; *New England Journal of Medicine*; 323, 266-70
13. Sheill A; 1997; Health Outcomes are about choices and values: an economic perspective on the health outcomes movement; *Health Policy*; 39, 5-15
14. Tones K; 1992; Measuring Success in Health Promotion: Selecting indicators of performance; *Hygie*; 11, 10-14
15. King L; 1996; An outcomes hierarchy for health promotion: A tool for policy, planning and evaluation; *Health Promotion Journal of Australia*; 6.2, 50-51
16. MacDonald G, Veen C, Tones K; 1996; Evidence for Success in Health Promotion: Suggestions for Improvement; *Health Education Research*: 1 1.3, 367-76
17. Nutbeam D; 1996; Health Outcomes and Health Promotion: Defining success in health promotion; *Health Promotion Journal of Australia*; 6.2, 58-60
18. Abelin T, Brzezinski ZJ, Carstairs VDL; 1987; Measurement in health promotion and protection; WHO Regional Publications, European series No.22; Copenhagen
19. Badura B, Kickbusch I; 1991; Health promotion research: Towards a new social epidemiology; WHO Regional Publications European series No.37; Copenhagen
20. Noack H; 1988; Measuring Health behaviour and Health: Towards new health promotion indicators; *Health Promotion*; 3.1, 5-12. (Editorial) This edition of the Journal (3.1) was devoted to health promotion indicators.
21. De Vellis RF, Alfieri WS, Ahluwalia G; 1995; The importance of careful measurement in health education research, theory and practice; *Health Education Research*; 10.1 (Editorial). This edition of the Journal (10.1) was a special issue on measurement in health education.
22. Kar SB, Colman W, Bertolli J, Berkanovic E; 1988; Indicators of individual and community action for health promotion; *Health Promotion International*; 3.1, 59-66
23. Cheadle A; 1992; Environmental indicators: a tool for evaluating community-based health promotion programs; *American Journal of Preventive Medicine*; 8, 345-50
24. Schultz AJ, Israel B, Zimmerman MA, Checkoway BN; 1995; Empowerment as a multi-level construct: perceived control at the individual, organizational and community levels; *Health Education research*; 10, 309-27

25. Paine AL, Fawcett SB; 1993; A methodology for monitoring and evaluating community health coalitions; *Health Education Research*; 8.3, 403-16
26. Schwarz R, Goodman R, Steckler A; 1995; Policy advocacy interventions for health promotion and education: Advancing the state of practice; *Health Education Quarterly*; 22.4, 421-6 (Editorial)
27. Goodman R, McLeroy KR, Steckler AB, Hoyle RH; 1993; Development of Level of Institutionalisation Scales for health promotion programs; *Health Education Quarterly*; 20, 161-78
28. Nutbeam D, Smith C, Catford J; 1990; Evaluation in health education, progress, problems and possibilities; *Journal of Epidemiology and Community Health*
29. Hawe P, Degeling D, Hall J; 1990; op cit; Chapt 3.
30. Flay B; 1986; Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health education programs; *Preventive Medicine*; 15, 451-74
31. Sanson-Fisher R, Redman S, Hancock L et al; 1996; Developing methodologies for evaluating community-wide health promotion; *Health Promotion International*; 11.3, 227-36
32. Oldenburg B, Hardcastle D, French M; 1996; How does research contribute to evidence-based practice in health promotion?; *Health Promotion Journal of Australia*; 6.2, 15-20
33. Cohen D; 1994; Health promotion and cost-effectiveness; *Health Promotion International*; 9.4, 281-87
34. Jackson C, Fortmann SP, Flora JA et al; 1994; The capacity-building approach to intervention maintenance implemented by the Stanford Heart Disease Prevention Project; *Health Education Research*; , 9, 385-96
35. Rissel C, Finnegan J, Bracht N; 1995; Evaluating quality and sustainability: issues and insights from the Minnesota Heart Health Program; *Health Promotion International*; 10, 199-207
36. Hawe P, Noort M, King L, Jordens C; 1997; Multiplying Health Gains: the critical role of capacity building within health promotion programs; *Health Policy*; 39, 29-42
37. Goodman RM, Steckler AB; 1987; A model for institutionalisation of health promotion programs; *Family and Community Health*; 11, 63-78
38. Allensworth DD; 1994; The Research Base for Innovative Practices in School Health Education at the Secondary Level, *Journal of School Health*; 64.5, 180-187
39. Orlandi M; 1986; The Diffusion and Adoption of Worksite Health promotion Innovations: An analysis of Barriers, *Preventive Medicine*; 15, 522-536

40. Parcel GS, Taylor WC, Brink SG et al; 1989; Translating theory into practice: intervention strategies for the diffusion of a health promotion innovation; *Family and Community Health*; 12.3; 1-13
41. Rychetnik L, Nutbeam D, Hawe P; 1997; Lessons from a review of publications in health promotion journals 1989-94; *Health Education Research*; in press
42. Van Driel WG, Keijsers JF; 1997; An instrument for reviewing the effectiveness of health education and health promotion; *Patient Education and Counselling*; 30, 7-17
43. Catford JC; 1993; Auditing health promotion: What are the vital signs of quality?; *Health Promotion International*; 8, 67-8 (Editorial)
44. Coppel S, King L, Stoker L et al; 1994; Program Management Guidelines for Health Promotion; NSW Health Department, Sydney
45. Syme SL; 1996; Rethinking disease: Where do we go from here?; *Annals of Epidemiology*; 6, 463-8
46. Chapman S; 1993; Unravelling gossamer with boxing gloves: problems in explaining the decline in smoking; *British Medical Journal*; 307: 429-32
47. Kaplan GA, Pamuk ER, Lynch JW, et al; 1996; Inequality in income and mortality in the US: analysis of mortality and potential pathways; *British Medical Journal*; 312, 999-1003
48. Evans RG, Barer ML, Marmor TR (Eds); 1994; Why are some people healthy and others not? The determinants of health in populations; Walter de Gruyter, New York
49. Windsor RA, Baranowski TS, Clark N, Cutter G; 1986 op cit p.198
50. Allison KR, Rootman I; 1996; Scientific rigour and community participation in health promotion research: are they compatible?; *Health Promotion International*; 11.4, 333-340
51. Mullen PD, Green LW, Persinger G; 1985; Clinical trials of patient education for chronic conditions: a comparative meta-analysis; *Preventive Medicine*; 14, 753-81
52. Kotte T, Battista R, DeFreise G, Brekke M; 1988; Attributes of successful smoking interventions in medical practice: a meta analysis of 39 controlled trials; *Journal of the American Medical Association*; 259, 2888-9
53. Mullen PD, Mains DA, Velez R; 1992; A meta-analysis of controlled trials in cardiac patient education; *Patient Education and Counselling*; 14, 143-62
54. Bruvold WH; 1993; A meta-analysis of adolescent smoking prevention programs; *American Journal of Public Health*; 86.3, 872-80
55. Black N; 1996; Why we need observational studies to evaluate the effectiveness of health care; *British Medical Journal*; 312, 1215-1218
56. Green LW, Lewis FM, 1986, op cit

57. Rose G; 1985; Sick individuals and sick populations; *International Journal of Epidemiology*; 14, 32-8
58. Shea S, Basch CE; 1990; A review of five major community-based cardiovascular disease prevention programs: Part II: Intervention strategies, evaluation methods and results; *American Journal of Health Promotion*; 4.4, 279-87
59. Jacobs DR, Leupker RV, Mittelmark M et al; 1986; Community-wide prevention strategies: Evaluation design of the Minnesota Heart Health Program; *Journal of Chronic Disease*; 39, 775-88
60. COMMIT Research Group; 1995; Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT): I. Cohort results from a four year community intervention; *American Journal of Public Health*; 85, 183-92
61. Grosskurth H, Mosha F, Todd J et al; 1995; Impact of improved STDs on HIV infection in rural Tanzania; *Lancet*; 346, 530-6
62. Murray DM; 1995; Design and Analysis of Community Trials: Lessons from the Minnesota Heart Health Program; *American Journal of Epidemiology*; 142.6, 569-75
63. Mittelmark MB, Hunt MK, Heath GW, Schmid TL; 1993; Realistic Outcomes: Lessons from community-based research and demonstration programs for the prevention of cardiovascular diseases; *Journal of Public Health Policy*; 14, 455-462
64. Susser M; 1995; The Tribulations of Trials: Intervention in communities; *American Journal of Public Health*; 85.2, p158
65. Fisher EB; 1995; The Results of the COMMIT Trial; *American Journal of Public Health*; 85.2, 159-60
66. Susser M; 1995; op cit P. 156
67. Nutbeam Smith C, Murphy S, Catford J.; 1993; Maintaining evaluation designs in long-term community based health promotion programs; *Journal of Epidemiology and Community Health*; 47, 123-7
68. Tsouros AG; 1995; The WHO Healthy Cities Project: state of the art and future plans; *Health Promotion International*; 10.2, 133-41
69. Baum F, Brown V; 1989; Healthy Cities (Australia) Project: Issues of evaluation for the new public health; *Community Health Studies*; 8.2, 140-9
70. Allison KR, Rootman I; 1996; op cit
71. Stevenson M, Burke M; 1991; Bureaucratic logic in new social movement clothing: the limits of health promotion research; *Health Promotion International*; 6.4; 281-289
72. Denzin NK, Lincoln Y (eds); 1994; *Handbook of qualitative research*; Sage, Thousand Oaks, Calif.

73. De Vries H, Weijts W, Dijkstra M, Kok G; 1992; The Utilisation of Qualitative and Quantitative Data for Health Education Program Planning, Implementation and evaluation: A Spiral Approach; *Health Education Quarterly*; 19.1, 101-15
74. Baum F; 1995; Researching Public Health: Beyond the Qualitative-Quantitative Method Debate; *Social Science and Medicine*; 55.4, 459-68
75. Steckler A, McLeroy KR, Goodman RM; 1992; Towards Integrating Qualitative and Quantitative Methods: An Introduction; *Health Education Quarterly*; 19.1; 1-8 (Editorial). This edition of the journal was devoted to examining issues concerning the use of qualitative and quantitative research in health education.
76. Gifford S; 1996; Qualitative Research: The soft option?; *Health Promotion Journal of Australia*; 6(1): 58-61
77. Cumming MR, Sciandra R, Davis S, Rimer B; 1989; Response to anti-smoking campaign aimed at mothers with young children; *Health Education Research*; 4.4, 429-37
78. Flora JA, Lefebvre RC, Murray DM et al; 1993; A community education monitoring system: Methods from the Stanford Five-Cities Program, the Minnesota Heart Health Program, and the Pawtucket Heart Health Program; *Health Education Research*; 8.1, 81-95
79. Perhats C, Oh K, Levy S et al; 1996; Role differences and gatekeeper perceptions of school-based drug and sexuality education programs; *Health Education Research*; 11.1, 11-27
80. Smith C, Nutbeam D, Roberts C, Macdonald G; 1993; The health promoting school: Progress and future challenges in Welsh secondary schools; *Health Promotion International*; 7.3, 171-79
81. Fielding JE; 1990; Worksite health promotion programs in the United States: Progress, lessons and challenges; *Health Promotion International*; 5, 75-84
82. Bracht N, Finnegan JR, Rissel C et al; 1994; Community ownership and program continuation following a health demonstration project; *Health Education Research*; 9, 243-55
83. Arbeit ML, Serpas DC, Johnson CC; 1991; The implementation of a cardiovascular school health promotion program: Utilisation and impact of a school health advisory committee: The Heartstart program; *Health Education Research*; 6.4, 423-40
84. Newman R, Nutbeam D; 1989; Teachers views of the Family Smoking Education Project; *Health Education Journal*; 48.1, 9-13
85. Murphy S, Smith C; 1993; Crutches, confetti or useful tools: Professional views on and uses of health education leaflets; *Health Education Research*; 8.2, 205-15

86. Nutbeam D, Macaskill P, Smith C et al; 1993; Evaluation of two school smoking education programs under normal classroom conditions; *British Medical Journal*; 306, 102-7
87. Scheirer MA, Shediach MC, Cassady CE; 1995; Measuring the implementation of health promotion programs: the case of the Breast and Cervical Cancer Program in Maryland; *Health Education Research*; 10.1, 11-25
88. Sobol DF, Rorhbach LA, Dent CW et al; 1989; The integrity of smoking prevention curriculum delivery; *Health Education Research*; 4.1, 59-67
89. Perry CL, Murray DM, Griffen G; 1990; Evaluating statewide dissemination of smoking prevention curricula: Factors in teacher compliance; *Journal of School Health*; 60, 501-504
90. Russos S, Hovell M, Keating K; 1997; Clinician compliance with primary prevention of tobacco use: the impact of social contingencies; *Preventive Medicine*; 26.1, 44-52
91. McGraw S, Stone E, Osganian SK et al; 1994; Design of Process evaluation within the Child and Adolescent Trial for Cardiovascular health (CATCH); *Health Education Quarterly*; S2, S5-26
92. Stone E; 1994; Foreword to Special Supplement on the Process Evaluation in the Multicenter Child and Adolescent Trial for Cardiovascular health (CATCH); *Health Education Quarterly*; S2, S3-4

