

## Expanzió! 14 – 11 – 197 – 5522

### Expansion! 14 – 11 – 197 – 5522

Mit takar ez a számsor? Nem egy új matematikai rejtvényt adunk közre, hanem az Egészségfejlesztés folyóirat fejlődését jelző számokat.

Az Egészségfejlesztés szerkesztősége az elektronikus folyóirat kétévi, „alapozó”, intenzív szakasza után expanzióba kezdett, melynek lényege az olvasók és a szerzők körének kiszélesítése, valamennyi, az egészségfejlesztésben szerepet vállaló szakember megszólítása és szakmai támogatása.

Ehhez meg kellett erősítenünk szakmai hátterünket: a szerkesztőség létszáma 14-re növekedett, továbbá már 11 fős tanácsadó testület segíti munkánkat. A létszámnövelésen túl a lap megkeresett számos felsőoktatási intézményt, szakmai szervezetet, folyóiratot, hogy közvetlen kommunikációs csatornát építsen ki az oktatók és a hallgatók felé. A partnerekkel való együttműködés első eredménye – egyes egészségfejlesztésben tevékenykedő szervezetek bemutatkozása – a 2018/1. lapszámban már megtalálható.

A szélesebb olvasói kör érdeklődésére számítva, a 2018. évi négy reguláris lapszám mellé a szerkesztőség két pluszszámot is tervez. A közelgő tavaszi különszám témája egyes országok világszerte elismert népegészségügyi rendszerének bemutatása lesz, az őszi különszámunk pedig a „Család éve 2018” programsorozat részeként fog megjelenni. Olvasóink egy újonnan elindított rovatban tematikus válogatásokból tallózhatnak, amelyeket korábbi cikkeinkből állítottunk össze. A válogatások folyamatosan bővülnek, illetve újabb tematikus összeállítások is várhatók. A megújulást szerkesztőségünk a folyóirat arculatának megváltoztatásával is jelezni kívánta, ezért találkoznak az olvasók új színekkel és betűtípusokkal a honlapunkon. Folyóiratunk facebook oldala [itt](#) elérhető.

Az „expanziótól” szerkesztőségünk azt reméli, hogy a folyóirat szakmai körökben egyre ismertebb és elismertebb lesz, napi átlagos (197) és a havi összes látogatottsága (5522) pedig további jelentős emelkedést mutat.

## Képzeld el!

### Imagine!

Nemrég jelent meg egy cikk, amelynek a bevezető sorait idézzük most fel. Kedves Olvasó, ön is tapasztalhatja, hogy ezek a képsorok milyen erősen hatnak a fantáziájára:

„Képzeld el, hogy egyik délután egyszer csak szűrni kezd az oldala, majd egyre fokozódik a fájdalom, már felegyenesedni is alig tud. Megijedve attól, hogy talán vakbélgyulladásra van, mentőt hív, amely 10 perc múlva már csönget is önnél. A kedves mentőápoló besegíti önt a korszerű járműbe, negyed óra múlva már a közeli kórház a Vészhelyzet sorozatból ismert színvonalú sürgősségi osztályán várakozik, ahol pár percen belül meg is vizsgálja a kipihent és felkészült orvoscsapat. Azonnali diagnosztikai vizsgálatok sora után kiderül, nem akut a helyzet, de azért jobb lesz kivenni a vakbelét. A betegápoló a tiszta, modern, szállodakörülményekkel vetekedő kórterembe kíséri, a mosolygós nővér mindenről tájékoztatja, megnyugtatta önt, hogy teljesen felesleges azon aggódnia, van-e önnél szappan, kéztörölő és WC-papír, hiszen az minden kórteremben alapfelszerelés. Bár ön már nem ehét reggelig, egyetlen szobatársa vacsoráját látva összefolyik a nyál a szájában, sebj, reggel már meg is műtötték, mire felébred, éttermi minőségi ebéd várja a kisasztalon. Kiszáratva az önt operáló orvos megérkezik, részletesen tájékoztatja a műtétről, minden kérdésére válaszol, a későbbiekben pedig még többször benéz, hogy jól van-e. Másfél nap múlva, amikor hazamehet, csak köszönnie kell a még mindig mosolygós dolgozóknak. Nem, borítékra egyáltalán nem lesz szüksége: a hálapénz eszükbe sem jut, hiszen nagyon jól keresnek, örülnek, hogy segíthettek önön.

Nos, megcsípni nem tudjuk, de felébredhet. Ugyan bizonyára rájött, hogy ez nem a valóság, de nem is álom...” ([Az ígéretek földje – hogy húznák ki a pártok a gödörből az egészségügyet?](#) 2018 02 17. hvg.hu)

### LAZULJON EL!

Kedves Olvasó, maradjon még egy kicsit az álom és a valóság határmezsgyéjén! Az Egészségfejlesztés folyóirat szerkesztői szabadjára engedték fantáziájukat: most az általuk megálmodott „hétköznapi ember” számol be önnek egy pihenőnapjáról.

Képzeld el - így szól -, nemhogy nem szúr az oldalam, hanem inkább bizsergést érzek! Mozognom kellene! Egy pillanatig mérlegelem a szombat reggeli programot: az önkormányzat sportpályáján fussak pár kört, az közel van, használjam az edzőtermet, vagy kocogjak a tó körül, a parkban? Az utóbbi mellett döntök. Az idő éppen jó a futáshoz, és szeretem a zöldet, a vizet. A gyerekek még alszanak, legalábbis a nagyok: az iskolai dekatlonon töltötték a fél éjszakát, hadd pihenjenek! Nem úgy a legkisebb, ő már a közösségi ház kakaókoncertjén csápol a nagyival, míg a párom zöldségek és halak tisztogatása közben a mediterrán étrend előnyei mellett sorolja az érveket a közösségi tankonyhában.

A futás felfrissített, jöhet a reggeli. Délelőtt a környéken összegyűjtött használt ruhákat csomagoljuk a templomban a többi önkéntes segítővel. A használsruha-gyűjtés mellett a közösség minden tavasszal jótékonyági futást rendez, amire a résztvevők a rászorulóknak szánt ajándécsomagokkal neveznek. Hazafelé sétálva felhívom falun élő bátyámat; fontos a család, de csak ritkán találkozhatunk személyesen. „Szia, tesó, a focipályán vagyunk a *Mozdulj meg!* versenyen – lihegi a telefonba. – A múlt héten 15 ezer lépéssel rávertünk a szomszéd falura! Ha nyerünk, a falu minden lakosa ingyenes éves uszoda- és élményfürdőbérletet kap. Bocs, mennem kell!” És egyébként hogy vagytok? – kérdezném még, de minek, hallhatóan jól.

Az ebédhez a szomszédos téren szombatonként megjelenő *Mozgó piac* sátraiban veszi meg a párom

a zöldséget és a gyümölcsöt. A közeli kertgazdaságok terményeit a mozgó piacot üzemeltető vállalkozás gyűjti be, és naponta a város különböző pontjain felállított sátraiban kínálja frissen. A vállalkozás sikeréhez az is hozzátesz, hogy főzéshez előkészített zöldséget és gyümölcsöket szállítanak a közétkeztető cégeknek.

Otthon már mindenki a konyhában sürgölődik, készül az ebéd, persze „mediterrán”, azt mind szeretjük. Az öt éves az asztalt teríti, ahogy az oviban tanulták, a kamaszok az iskolában begyakorolt salátával virítanak, párom a tűzhelynél varázsol, nekem csak a tálalás marad. A családi ebéd a lazítás ideje. Senki sem pattog, ha leesik egy villa vagy kiborul a pohár, arcizmunk se rándul, ha az abroszra cseppen az olajos dresszing. Evés közben esik a legjobban a beszélgetés, és nálunk egymás szavába vágni is ér.

Délután elmegyek a közösségi házba, egy tévés beszélgetésre hívtak meg, ahol a Kertvárosi Közösséget képviselem. A beszélgetésre a polgármestert és a régiós egészségügy vezetőjét is meghívták, ugyanis az országos adatgyűjtés alapján a mi városunk nyert el a háromévente megítélt „A régió legegészségesebb települése” vándorserleget. Nemcsak a lakosság egészsége javult a városban a többiekéhez képest kiemelkedően, hanem a települési boldogságmutató értéke is jócskán megelőzi a versenytársakét – tájékoztat a régiós vendég. Elmondja még, hogy országos kampányban fogják a város példáját bemutatni, és megígéri, a díjjal járó komoly összeg a napokban megérkezik a városháza számlájára. A riporter kérdésére válaszolva a polgármester arról beszél, hogy egyelőre nem tudja, mire fogja a város a pénzt elkölteni, hiszen erről az Egészségügyi fórum hozza meg a döntést. A valamennyi ágazatot képviselő szervezet feladata volt eddig is olyan intézkedéseket kezdeményezni, melyek e szép sikerhez vezettek. Jelentőségénél fogva elsőként említi a gyermekek és fiatalok egészségfejlesztését, amibe nemcsak a pedagógusokat és a szülőket sikerült bevonni, hanem sok vállalkozás is támogatást nyújtott iskolán kívüli programok, sport- és kulturális rendezvény megvalósításához. Az önkormányzat például úgy vette ki a részét, hogy az iskolák 500 méteres körzetéből kitiltotta a cigaretta, az alkohol, az üdítők és más egészségtelen ételek-italok árusítását. Ezenkívül a gyalogos és kerékpáros

forgalom növelése érdekében közlekedéscsillapító és biztonsági fejlesztéseket valósított meg az iskolákhoz vezető közutakon. Azután beszél még a gyermeket tervező és nevelő családok egészség-szempon-tú támogatásáról, a lakosság fizikai aktivitását és egészséges táplálkozását elősegítő fejlesztésekről, a helyi szabályozásról. A riporter ezután engem kérdez: „Mit tehet a lakosság a saját egészsége javításáért?” „A város lakosai családjukban, lakóhelyükön és munkahelyükön egyaránt tehetnek a maguk és a körülöttük élők egészségéért: példát mutathatnak, támogathatnak másokat, gondoskodhatnak az arra rászorulókról. Mindezt tehetik szomszédként, munkatársként, főnökként, de akár önkéntesként egy közösségi szervezetben is.”

A nap hátralévő része nyugalmasan telik: a nagy a szenior zumba óráról hazafelé jövet beadja a délelőtt nála felejtett plüssnyulat; a két nagy a tóhoz ment baráti körben romantikázni, de gyanítom, hogy közben meggondolták magukat, és egyiküknél a garázsban közös e-sportba kezdtek. Az este valahogy mindig felpörög; a plüssnyúl gazdijával tánclépést gyakorolva négyszer meghallgatjuk a Rock and roll csigát, utoljára már a fürdőszobában. A kád szélén fürdőhabos pudingok és legóautók sorakoznak, még nevetünk egy kicsit, aztán ideje csendesedni. Egy darabig kettesben maradunk.

### ÜDVÖZÖLJÜK A VALÓSÁGBAN!

Kedves Olvasó, most rázza meg magát kissé, és huppanjon vissza a székére. Vagyis inkább ellenkezőleg! Pattanjon fel, és kezdjen járkalni a szobában! Mi volt ez a képtelenség az előbb? Melyik évtized? Melyik ország? Ez valami a Mátrixból? Hívja fel a barátját, a kollégáját, és mesélje el a nem hétköznapi látomást! Nem, ez túl szép, túlidealizált. Vagy nem? Valamit meg lehetne valósítani belőle? Persze nem egymagunkban. Az egészséges életmódhoz szükséges képességek, motiváció és a támogató életkörülmények előmozdítása ugyanis elsősorban a népegészségügy feladata. E feladatok ellátásához azonban nem nélkülözhető az alapellátás és a szakellátás támogató tevékenysége, ahogy más szektorok, szakterületek részvétele sem. Az egészség társadalmi beágyazottsága miatt sokszereplős, összehangolt cselekvésre van szükség helyben, regionálisan és országosan is.

## Legnépszerűbb közleményeink

## Our most popular articles

doi: 10.24365/ef.v59i1.261

Az Egészségfejlesztés olvasottságának stabil növekedése mellett a szerkesztőség bízik az olvasói bázis bővülésében is. Folyamatosan értékeljük a két évvel ezelőtti elektronikus megjelenésre áttértől publikált közlemények népszerűségét, hogy ezzel is kövessük olvasóink érdeklődését. TOP 10-es rangsort készítettünk a leggyakrabban megtekintett összefoglalókról, a legtöbbször letöltött teljes köz-

leményekről és a legérdekesebbnek bizonyult cikkekről. Ez utóbbi sorrendet a megtekintések száma és a megjelenés óta eltelt napok száma hányadosa alapján kalkulált „érdekességmutatóval” mérjük, amely az egy napra eső látogatók mértékét mutatja.

Az alábbi táblázat foglalja össze az utóbbi 2 évfolyam 8 lapszámában megjelent cikkek fenti szempontok szerinti sorrendjét.

Megtekintések száma	Közlemény címe	Szerzők	Lapszám
<b>ÖSSZEFOGLALÓ</b>			
473	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
390	A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) alapján	Csányi T, Kaj M	2017. 4.
289	Új hazai egészségmonitorozási koncepció	Varsányi P et al.	2016. 1.
286	A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban	Koltai J, Kun E	2016. 3.
277	Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I. – Felnőtt felmérés	Balku E, Vitrai J	2016. 2.
261	Az egészségműveltség definíciói	Csizmadia P	2016. 3.
238	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása	Járomi É, Vitrai J	2017. 1.
222	Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés	Zsiros E, Balku E, Vitrai J	2016. 3.
220	Miért van szükségünk közösségalapú egészségfejlesztésre?	Benyó B	2017. 4.
206	A nem fertőző betegségek: definíció újratöltve	szerkesztőség	2017. 4.
<b>TELJES KÖZLEMÉNY</b>			
2405	A csecsemőkori allergia-megelőzés korszerű irányelvei és lehetőségei	Réthy A	2017. 1.
555	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
515	Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban	Járomi É, Szilágyi K, Vitrai J	2016. 1.
335	OKOSTÁNYÉR® – új táplálkozási ajánlás a hazai felnőtt lakosság számára	Szűcs Zs	2016. 4.
259	Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása	Járomi É, Vitrai J	2017. 1.
200	Beszélgetés a folyóiratról Dr. Surján Orsolya főigazgatóval	szerkesztőség	2017. 1.
195	A korai iskolaelhagyás csökkentését célzó szakpolitika - ismertető	Solymossy J	2016. 4.
168	Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében	Szabó K, Pikó B	2017. 2.
165	Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségeinek vizsgálata az akut miokardiális infarktus okozta halálozás adatainak felhasználásával	Uzzoli A, Vitrai J, Tóth G	2017. 3.
163	Amerikai Táplálkozási Ajánlás 2015-2020 - rövid ismertetés	Fekete K, Henter I	2016. 2.

"ÉRDEKESSÉG"			
1,67	Hazai egészség-pillanatkép, 2017	Vitrai J, Bakacs M, Varsányi P	2017. 4.
1,60	A HPV-oltás és a szülői egészségértés – kanyargós út az oltásig	Kun E	2017. 4.
1,53	A nem fertőző betegségek: definíció újrátöltve	szerkesztőség	2017. 4.
1,32	Miért van szükségünk közösségalapú egészségfejlesztésre?	Benyó B	2017. 4.
1,12	A 2015/2016. tanév országos fittségmérési eredményei a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) alapján	Csányi T, Kaj M	2017. 4.
1,12	Egészpályás letámadás a kövérség ellen - Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására	Vitrai J, Bakacs M	2017. 4.
1,00	A leggyakoribb nemi betegségekre vonatkozó ismeretek középiskolai pedagógusok számára I. rész	Burián K, Spengler G	2017. 3.
0,95	A környezeti tényezők hatása a testmozgási és étkezési szokásokra - a közösségi szintű fellépések lehetőségei	Veress R	2017. 4.
0,83	Egészségfejlesztési Irodák hálózata	Bezzegh P	2016. 1.
0,82	Olvasóink véleménye a hazai egészségfejlesztés színvonalának emeléséről	szerkesztőség	2017. 4.

# Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében – Szisztematikus áttekintés

Health promotion among children and adolescents by peer education in the Hungarian and international literature – Systematic review

Szerzők: Lukács J. Ágnes<sup>a</sup> ✉, Mészárosné Darvai Sarolta<sup>b</sup>, Soósné Kiss Zsuzsanna<sup>c</sup>, Füzi Rita<sup>d</sup>, Bihariné Krekó Ilona<sup>b</sup>, Gradwohl Edina<sup>a</sup>, Kolosai Nedda<sup>e</sup>, Falus András<sup>f,g</sup>, Feith Helga Judit<sup>a</sup>

*a: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék, Budapest;*

*b: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Tanító- és Óvóképző Kar, Természettudományi Tanszék, Budapest;*

*c: Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségtudományi Klinikai Tanszék, Budapest;*

*d: BFKH II. Kerületi Hivatala, Népegészségügyi Osztály, Budapest;*

*e: Eötvös Loránd Tudományegyetem, Tanító- és Óvóképző Kar, Neveléstudományi Tanszék, Budapest;*

*f: Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Intézet, Budapest;*

*g: Eduvital Alapítvány, Budapest*

Beküldve: 2017. 12. 03.

doi: 10.24365/ef.v59i1.215

## Összefoglaló

**Bevezetés:** A gyermekek, fiatalok körében megvalósuló kortárs egészségfejlesztő programokra egyre nagyobb az igény, és ezzel együtt növekvő népszerűséget mutatnak mind nemzetközi, mind hazai viszonylatban. Szakirodalom-kutatásunk célja a kortárs egészségfejlesztéssel foglalkozó tanulmányok és programok feltérképezése, valamint bemutatása előre meghatározott szempontrendszer alapján. Tudomásunk szerint jelen tanulmány az eddig közölt legszélesebb szakirodalmi áttekintésen alapuló kritikai elemzés.

**Módszertan:** Kutatócsoportunk 87, előzetesen kiválasztott, a témához kapcsolódó angol, német és magyar nyelvű tudományos folyóiratban (pl. Health Education Research, Journal of Adolescent Health, Egészségfejlesztés, Lege Artis Medicinae, Orvosi Hetilap, Új Diéta), valamint a PubMed és a ScienceDirect adatbázisokban a „kortársoktatás”, illetve az „egészségfejlesztés” és/vagy „fiatalok/gyermekek” kulcsszavak alapján építette fel a szakirodalmi adatbázist (mindösszesen 101 folyóirat alapján az 1986 és 2017 közötti időszakra kiterjedően). Összesen 173 tanulmányt dolgoztunk fel előre meghatározott szempontok alapján, melyet az elemzés egy pontján kiegészítettünk 21 hazai, tudományos lapban nem publikált, fiatalok, gyermekek körében megvalósuló kortárs egészségfejlesztési program vizsgálatával.

**Eredmények:** Szakirodalom-kutatásunk tapasztalatait összegezve, a kortársoktatás fogalmi keretei rendkívül széles spektrumot ölelnek fel mind a téma, a kortársoktatók, a célcsoport, a megvalósítás keretei, mind pedig az alkalmazott pedagógiai módszertant illetően. A feldolgozott tanulmányok legnagyobb hiányosságának egyrészt az alkalmazott pedagógiai módszertan pontos leírása, másrészt az egészségfejlesztési programok valid, tudományos hatékonyságmérése bizonyult. A magyar kortárs egészségnevelő kezdeményezések különösen nagy hátrányban vannak a precíz eredményességmérés szempontjából.

**Következtetések:** Az ifjúsági egészségfejlesztési programokban fokozott és kiemelt hangsúlyt szükséges fektetni az alkalmazott pedagógiai módszerek pontos ismertetésére, valamint a program precíz, tudományos hatékonyságmérésére, különösen a hazai programok esetében.

**Kulcsszavak:** egészségfejlesztés, egészségnevelés, kortárs csoport, fiatalok egészsége, gyermekek egészsége

### Summary

**Introduction:** Peer education programs become more and more expected and popular in the field of health promotion among children and adolescents both at an international and a national level. In our literature review, we explore and describe studies and programs related to health promotion and peer education in different aspects. Based on our best knowledge this critical analysis is the broadest overview on the bibliography, so far.

**Methodology:** The research group built the database using the keywords “peer education” and “health promotion” or “adolescent/children” in PubMed and ScienceDirect databases and in 87 preselected scientific journals (e.g. Health Education Research, Journal of Adolescent Health, Egészségfejlesztés, Lege Artis Medicinae, Orvosi Hetilap, Új Diéta), in English, German, and Hungarian (101 journals altogether, between 1986 and 2017). 173 studies were analysed by predetermined variables, which data was supplemented with 21 Hungarian, non-published peer educational programs in health promotion among children and adolescents.

**Results:** Summarizing the results of our literature review, the definitions of the concepts in peer education are still very elusive in terms of the topic, peer educators, target group, program design, and the pedagogical methods. One of the main shortcomings of the analysed studies is the lack of a precise description of the applied pedagogical methods; another one is the lack of a valid, scientific measurement of the efficiency of health promotion programs. Hungarian peer educational initiations show a major hiatus about scientific measurement of the efficiency.

**Conclusions:** In various health promotion programs for a much more a precise description and emphasized attention of the applied pedagogical methods and a valid, scientific measurement of the efficacy of the programs are required, especially in the case of the Hungarian practice.

**Keywords:** health promotion, health education, peer group, adolescent health, child health

## BEVEZETÉS

A gyermekek, fiatalok körében megvalósuló kortárs egészségfejlesztő programok egyre nagyobb népszerűségnek örvendenek nemzetközi és hazai viszonylatban egyaránt. Miután ezeket a programokat a kortársoktatás szellemisége hatja át, sokkal inkább képesek megszólítani a fiatal generációkat, szemben a hagyományos, frontális oktatásra épülő programokkal. Ezek a kezdeményezések rendkívül sokszínűek mind a kortársoktatók meghatározását, szerepét, mind a kortársoktatás keretein belül alkalmazott módszereket illetően, de a célcsoport vonatkozásában is. A széleskörű alkalmazás ellenére a kortársoktatás súlyos definíciós hiátussal küzd.<sup>1,2</sup> Tanulmányunkban nem célunk a kortársoktatás fogalmának, történeti vonatkozásainak, valamint elméleti hátterének vizsgálata, a már publikált

egészségfejlesztési programok elemzésére koncentrálnunk. Hiánypótló tanulmányunkban hazai és nemzetközi, a fiatalok és gyermekek számára kidolgozott kortárs egészségfejlesztési programokat mutatunk be szisztematikus szakirodalom-kutatásunk eredményei alapján. A kiválasztott tanulmányok és programok feldolgozását előre meghatározott szempontrendszer alapján végeztük, elsősorban a kortárs egészségfejlesztési projektek megvalósulásának kereteire fókuszálva.

Szakirodalmi kutatásunk motivációját saját egészségfejlesztési kezdeményezésünk, a Magyar Tudományos Akadémia Tantárgy-pedagógiai Kutatási Program keretein belül megvalósuló TANTUdSZ (Tanulj, tanítsd, tudd!) Ifjúsági Egészségnevelési Program megalapozása adta.<sup>3</sup> Célunk az volt, hogy áttekintsük a hazai és nemzetközi, fiatalok, gyermekek egészségfejlesztésével

foglalkozó kortárs programok tapasztalatait és bevált megvalósítását.

Mielőtt kutatásunkat bemutatjuk, reflektálnunk kell az „egészségnevelés” vs. „egészségfejlesztés” kifejezésekre. A két fogalom egymáshoz való viszonyáról a mai napig nincs konszenzus a nemzetközi és a hazai szakirodalomban.<sup>4,5</sup> Szakirodalmi kutatásunkban és tanulmányunkban egyaránt az „egészségfejlesztés” kifejezést használjuk, értve alatta a nem csupán tudásátadásra, egyéni készségek fejlesztésére irányuló programokat, hanem az egészségmagatartásra, attitűdformálásra, az egészséget támogató környezet kialakítására fókuszáló komplexebb kezdeményezéseket.

### MÓDSZERTAN

Kutatócsoportunk 2016 őszétől 2017 őszéig 87, előzetesen kiválasztott, a témához kapcsolódó, főként egészségfejlesztési, egészség tudományi és pedagó-

giai, angol, német és magyar nyelvű tudományos folyóiratban (pl. Health Education Research, Journal of Adolescent Health, Egészségfejlesztés, Lege Artis Medicinae, Orvosi Hetilap, Új Diéta), valamint a PubMed, a ScienceDirect adatbázisokban a „kortársoktatás”, illetve az „egészségfejlesztés” és/vagy „fiatalok/gyermek” kulcsszavak alapján építette fel a szakirodalmi adatbázist. Adatbázisunkba kifejezetten azokat az egészségfejlesztéssel foglalkozó, kortársoktatást alkalmazó programokat feldolgozó tanulmányokat emeltük be, amelyek célcsoportját a gyermekek, fiatalok (3-25 éves korosztály) jelentették. Elemzésünkben kizártuk azokat a tanulmányokat, amelyek nem feleltek meg a fenti három kritériumnak, valamint a review cikkeket sem dolgoztuk fel [1. ábra].

Összesen 101 folyóirat tanulmányai közül válogattunk, amelyek 60%-a egészség tudományi, egynegyede egészségfejlesztési, 13 folyóirat pedig pedagógiai, pszichológiai, és társadalomtudományi profilú.

1. ábra: Szakirodalmi adatbázisunk kialakításának folyamata



Forrás: saját szerkesztés



Kutatásunk kizárólag a digitalizált publikációkra terjedt ki, így a korábban, nyomtatott formában megjelent szakirodalmat nem vizsgáltuk. Összesen 173 tanulmányt [1. táblázat] dolgoztunk fel, előre meghatározott elemzési szempontok alapján.

Az elemzés során vizsgáltuk:

- a kortárs egészségfejlesztési program tematikáját;
- a kortársoktatók és a célcsoport életkorát;
- a megvalósítás évét és helyét (ország);
- a kivitelezés formális-informális voltát (volt-e intézményesült felkészítés a kortársoktatók számára);
- a megvalósítás kereteit (iskolai, vagy egyéb);
- a program hosszát, rendszerességét (egy alkalommal, hosszabb ideig és/vagy ismétlődő jelleggel);
- az alkalmazott speciális pedagógiai módszertant;
- a hatékonyság mérésének jellemzőit (módszer, indikátorok).

Az említett főbb dimenziók leírása mellett kíváncsiak voltunk egyrészt, hogy kirajzolódnak-e időben bizonyos tendenciák, másrészt, hogy az egyes vizsgálati szempontok alapján kimutathatók-e eltérések. Adatbázisunkat SPSS statisztikai programmal elemeztük, a leíró statisztikák mellett keresztábra-elemzést és Chi<sup>2</sup>-próbát alkalmaztunk.

Szakirodalmi áttekintésünkben mindenképpen szerettük volna megismerni a hazai gyakorlatokat, ugyanakkor mindössze hét olyan publikációt

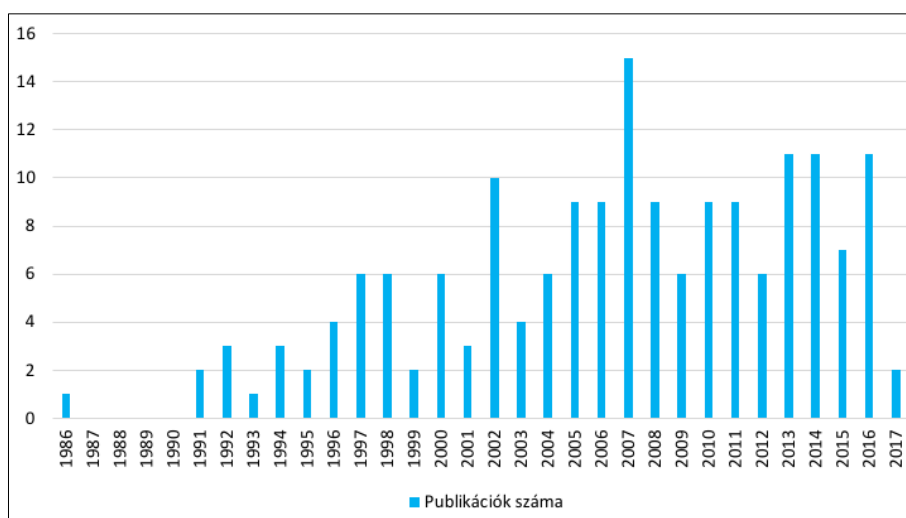
találtunk, amely megfelelt a kritériumainknak (két nemzetközi, öt hazai folyóiratban publikált tanulmány). Ezeket kiegészítettük 21 hazai, gyermekek, fiatalok számára kidolgozott, kortárs egészségfejlesztéssel foglalkozó kezdeményezés tapasztalataival. Ezekre a kezdeményezésekre a Google böngészőben kerestünk rá a „kortársoktatás”, „kortársképzés”, „kortársprogramok” kulcsszavak segítségével, és az így talált, tudományos lapban nem publikált programok interneten elérhető leírását dolgoztuk fel.

## EREDMÉNYEK

A tudományos folyóiratokban megjelent, javarészt nemzetközi publikációk elemzése után a hazai kezdeményezéseket jellemezzük a nemzetközi kortárs egészségfejlesztési programok tükrében.

A gyermekek, fiatalok körében végzett kortárs egészségneveléssel foglalkozó publikációk száma az utóbbi két évtizedben jelentősen megnövekedett [2. ábra]. A megadott kulcsszavak alapján, a digitalizáltan megjelent forrásokból felépített adatbázis legkorábbi tanulmánya 1986-ban jelent meg, ugyanakkor ismeretes, hogy a kortársoktatás a '70-es években már nagy népszerűségnek örvendett az egészségnevelés területén.<sup>6,7</sup> A vizsgálatba bevont tanulmányok által feldolgozott kortárs egészségfejlesztési programok többsége a '90-es évek közepe és 2010 között valósult meg.

2. ábra: Gyermekek-fiatalok körében megvalósuló kortárs egészségfejlesztési programokat feldolgozó, vizsgálatba bevont publikációk (n=173)



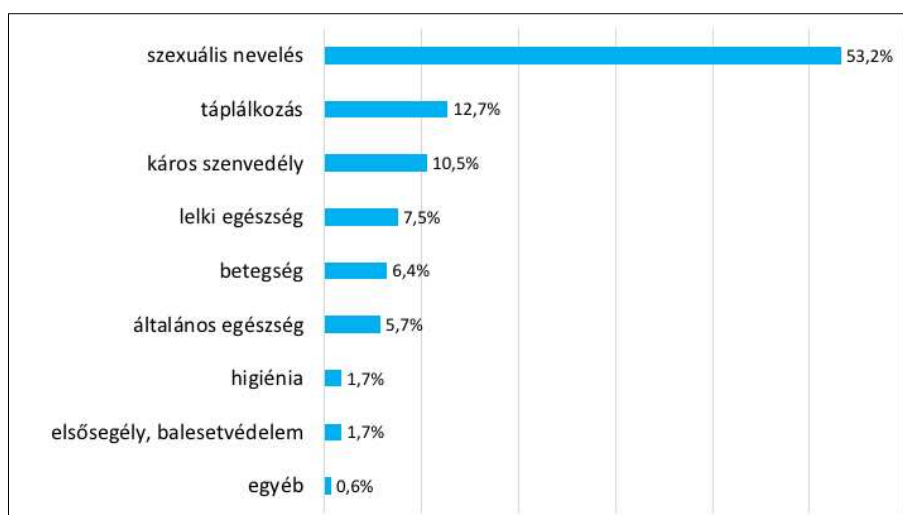
Forrás: saját szerkesztés

A projektek több mint fele szexuális neveléssel foglalkozott, ezen belül is a legtöbb a HIV-prevencióra koncentrált. A táplálkozásra fókuszáló programok szintén népszerűek (13%), ahogy a káros szenvedélyekkel (drogprevenció, dohányzás) dolgozó kezdeményezések is (11%). [3. ábra]

A vizsgálatunkba bevont tanulmányok 40%-a észak-amerikai (ezen belül is jellemzően az Egyesült Államokból származó) projekteket dolgozott fel, 21% pedig európai, leginkább Egyesült Királyság-beli kortárs egészségnevelő projektekről írt. Mindezek mellett számottevő arányban található afrikai (18%), valamint ázsiai (17%) kortárs egészségfejlesztő kezdeményezések a szakirodalmi adatbázisban.

Vizsgáltuk azt is, hogy a gyermekek, fiatalok körében végzett kortárs egészségfejlesztő programok pontosan milyen életkori csoportokat céloztak meg. Összesen 109 program esetében tudtuk meg a kortársoktatók korát, és 142 olyan publikált kezdeményezés volt, amely pontosan leírta a célcsoport életkorát. A 15-18 éves korcsoportból került ki a kortársoktatók csaknem kétharmada, de az egyes programok nagy arányban (közel 36%) dolgoznak 19 éves vagy idősebb kortársoktatókkal. [4. ábra] A kortárs egészségfejlesztési kezdeményezések 17%-ában egyszerre több korcsoportból verbuválnak kortársoktatókat, legnagyobb részük (11%) középiskolásokkal és egyetemista kortársoktatókkal dolgozik.

3. ábra: Gyermekek-fiatalok körében végzett kortárs egészségfejlesztési programok témái (n=173)



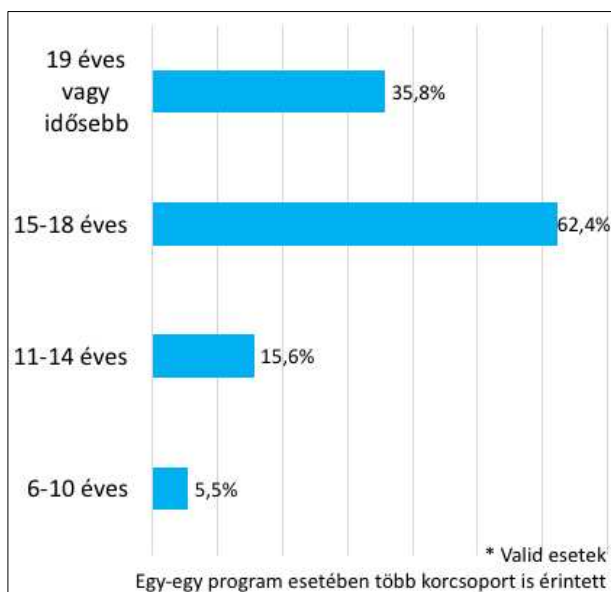
Forrás: saját szerkesztés

A 15-18 éves korcsoport jelentette a kortárs egészségfejlesztő programok fő célcsoportját, de a 11-14 éves korosztály számára is nagy arányban tartottak foglalkozásokat. Érdekesként tapasztaltuk, hogy 13,4%-ban előfordultak ennél fiatalabb korosztály, 3-10 évesek számára szervezett programok is. [5. ábra] Az egészségfejlesztési kezdeményezések harmada vegyes életkori csoportokra koncentrált, 12%-ukat 11-18 évesek számára fejlesztették ki, másik 12%-uk a középiskolás és idősebb fiatalokkal dolgozik. Az általunk vizsgált 142 publikált program közül egyetlen egy olyat sem találtunk, amely összevonná a gyermekeket a kisiskolás korosztálytól egészen az egyetemistáig.

A kortársoktatók és a célcsoport életkori csoportja

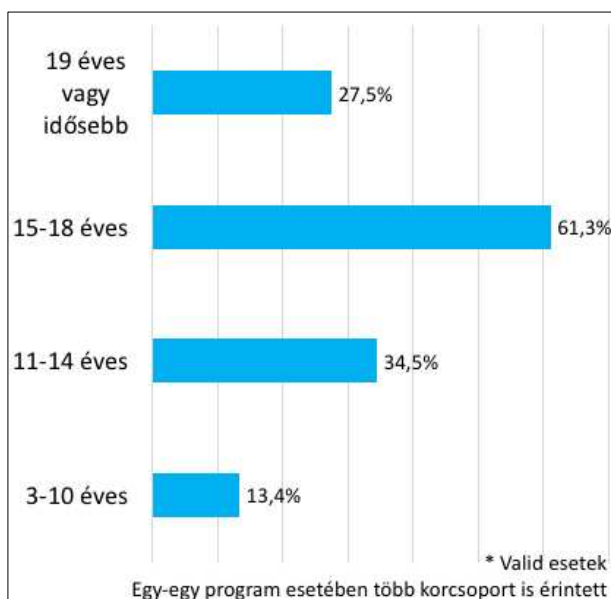
az esetek háromnegyedében átfedést mutatott, illetve megegyezett, a programok 19%-ában pedig a kortársoktatók átlagosan 4-5 évvel voltak idősebbek a célcsoportnál. Adataink alapján a kisiskolások és felső tagozatosok esetében jellemzőbb az idősebb kortársoktatók részvétele (Chi<sup>2</sup>-teszt p<0,001). A kortárs egészségfejlesztés témája differenciálja a célcsoportot is: a nemi neveléssel kapcsolatos programok 74%-a, a káros szenvedélyek megelőzésével foglalkozó kezdeményezések 72%-a középiskolásokat céloztak meg (Chi<sup>2</sup>-teszt p=0,005). A higiénével, valamint az balesetmegelőzéssel, elsősegélynyújtással foglalkozó programok kétharmada a 3-10 éves korosztály körében szerveződött (Chi<sup>2</sup>-teszt p<0,001).

4. ábra: Az egészségfejlesztési programokban részt vevő kortársoktatók korcsoportja szerint (n=109\*)



Forrás: saját szerkesztés

5. ábra: A kortárs egészségfejlesztési programok célcsoportjai életkor szerint (n=142\*)



Forrás: saját szerkesztés

Ahogy a módszertani fejezetben kifejtettük, kutatásunk során mindenképpen szeretnénk megismerni a hazai, gyermekek, fiatalok körében megvalósuló kortárs egészségfejlesztési gyakorlatokat, ugyanakkor nagyon kevés tudományos publikációt találtunk a témában. Elemzésünket ezért kiegészítettük 21, tudományos lapban nem publikált magyar kezdeményezés vizsgálatával. A magyar kortárs egészségfejlesztő programok – gyűjtésünk

alapján – a '90-es évektől kezdtek népszerűvé válni. A hazai projektek tematikájában nagyobb hangsúlyval jelennek meg a mentális egészséggel (személyiségfejlesztés, közösségfejlesztés, tanácsadás), valamint a szerhasználat és dohányzás megelőzésére épülő kezdeményezések a nemzetközi példákhoz viszonyítva (Chi<sup>2</sup>-teszt p<0,001). A hazai kortárs egészségfejlesztő programok többségében az egyetemista korosztályból kerülnek ki a kortársoktatók (Chi<sup>2</sup>-teszt p<0,001). Ugyanígy, a célcsoport esetében is felülreprezentált módon jelennek meg a 18 évnél idősebb fiatalok a nemzetközi programokhoz képest (Chi<sup>2</sup>-teszt p=0,002). Talán ezzel függ össze, hogy a magyar kortárs egészségnevelő projektek sokkal kevésbé kötődnek oktatási intézményekhez, túlnyomó többségük iskolán kívüli tevékenység keretei között valósul meg (Chi<sup>2</sup>-teszt p<0,001). Eredményeink alapján a hazai kezdeményezések között magasabb arányban jelennek meg a rendszeres, ismétlődő kortárs egészségfejlesztő programok a nemzetközi gyakorlathoz képest (Chi<sup>2</sup>-teszt p=0,024). Ezzel együtt, a magyar projektek alig több mint felében mérik a kortársoktatás eredményességét, amíg ez az arány a külföldi programok esetében 90% feletti (Chi<sup>2</sup>-teszt p<0,001).

## MEGBESZÉLÉS

A gyermekek, fiatalok körében végzett kortárs egészségfejlesztő programokra egyre nagyobb az igény, és ezzel együtt növekvő népszerűsége mutatnak mind nemzetközi, mind hazai viszonylatban. A magyar társadalom jelenlegi egészségi állapota és távlati kilátásai minden felelősen gondolkodó számára kötelező feladatokat jelölnek ki. Ebben az egészségtudatosságra való évtizedes stratégiával megalapozott egészségnevelés kulcsszerepet játszik. Megfelelő eredmény elérése csak a hazai és nemzetközi tapasztalatok ismeretében lehetséges. Szisztematikus és a lehető legnagyobb teljességre törekvő szakirodalmi kutatásunk alapján elmondható, hogy ezek a programok rendkívül széles horizonton mozognak mind a tematikát, mind a kortársoktatók és a célcsoport életkorát illetően. Az egyes projektek megvalósításának keretei ugyancsak sokszínűsége mutatnak akár a programok időtartamában, helyszínében, de a kortársoktatók felkészítésében is. Lényeges hiányt jelent a kortársoktatással foglalkozó tanulmányok esetében

az alkalmazott pedagógiai módszertan pontos leírása. Ez az a probléma, amelyre a szakirodalom a kortársoktatás „fekete dobozaként” hivatkozik, hiszen anélkül, hogy tudnánk, pontosan milyen pedagógiai módszerek kerülnek alkalmazásra egy-egy kortársoktatási foglalkozás keretein belül, az egyes programok eredményességének értelmezése sem lehetséges.<sup>14</sup> Ugyan a kortársoktatás eredményességét a legtöbb program méri, de a hatásvizsgálat pontos módszertani keretei (elő- és utómérés, kontrollcsoport) nem minden esetben tisztázottak, ahogy ezt több nemzetközi összefoglaló cikk is kiemeli.<sup>15,16</sup>

A magyar kortárs egészségnevelő kezdeményezések különösen nagy hátrányban vannak a precíz eredményességmérés szempontjából.<sup>17</sup> Irodalomkutatásunk arra is rámutatott, hogy a hazai, iskolai keretek között megvalósuló, egyszersmind publikált egészségnevelési programok száma sajnálatosan messze elmarad más országok programjainak számától és hatékonyságának méréstől is. Ez talán a koncepciózus felépített és a hatékonyságot tudományosan mérő programok alacsony számával magyarázható.

Szakirodalmi kutatásunk tapasztalatait összegezve a kortársoktatás fogalmi keretei rendkívül széles

spektrumot ölelnek fel mind a téma, mind a kortársoktatók, a célcsoport, a megvalósítás keretei, mind pedig az alkalmazott pedagógiai módszertan vonatkozásában. A feldolgozott tanulmányok túlnyomó többsége egyrészt az alkalmazott pedagógiai módszertan pontos leírásával, másrészt az egészségfejlesztési programok valid, tudományos hatékonyságmérésével maradnak adósak.

### Anyagi támogatás

A kutatás a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával, a Tantárgy-pedagógiai Kutatási Program keretein belül valósult meg.<sup>18</sup>

### Köszönetnyilvánítás

Szeretnénk köszönetet mondani kutatócsoportunk azon tagjainak, akik a tanulmány alapját képező szakirodalom-kutatásban részt vettek: Ábrám Boróka, Berta Kata, Bihariné dr. Krekó Ilona, Deák Alexandra, Dr. Feith Helga Judit, Dr. Fűzi Rita, Lovas Krisztina, Lukács J. Ágnes, Mészárosné Dr. habil. Darvai Sarolta, Soósné Dr. habil. Kiss Zsuzsanna, Szőke Andrea.

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> Milburn K. A Critical Review of Peer Education with Young People with Special Reference to Sexual Health. *Health Educ Res.* 1995;10(4):407–420.

<sup>2</sup> Shiner M. Defining Peer Education. *J Adolesc.* 1999;22:555–566. doi:10.1006/jado.1999.0248

<sup>3</sup> Feith HJ, Melicher D, Falus A. Utószó helyett a TANTUdSZ programról. In: Falus A, Melicher D. (szerk.) *Sokszínű egészségtudatosság, Értsd, csináld, szeresd!* SpringMed Kiadó, Budapest, 2015. pp. 293–297.

<sup>4</sup> Kósa K. Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés? *Népegészségügy.* 2010;88(1):3–10.

<sup>5</sup> Hills M, Carroll S. Health Promotion, Health Education and the Public Health. In *Oxford Textbook of Public Health* (5.ed.), Detels R, Beaglehole R, Lansang MA, et al. (eds.) Oxford University Press, Oxford, 2009. pp. 17–69.

<sup>6</sup> Sloane BC, Zimmer CG. The Power of Peer Health Education. *J. Am. Coll. Health.* 1993;41(6):241–245. doi:10.1080/07448481.1993.9936334

<sup>7</sup> Turner G, Shepherd J. A Method in Search of a Theory: Peer Education and Health Promotion. *Health Educ Res.* 1999;14(2):235–247.

<sup>8</sup> Sheehan K, DiCara JA, LeBailly S. et al. Adapting the Gang Model: Peer Mentoring for Violence Prevention. *Pediatrics.* 1999;104(1 Pt 1):50–4. doi:10.1542/peds.104.1.50

<sup>9</sup> Ebreo A, Feist-Price S, Siewe Y. et al. Effects of Peer Education on the Peer Educators in a School-Based HIV Prevention Program: Where Should Peer Education Research Go From Here? *Health Educ. Behav.* 2002;29(4):411–423. doi:10.1177/109019810202900402

<sup>10</sup> Pbert L, Fletcher KE, Flint AJ. et al. Smoking Prevention and Cessation Intervention Delivery by Pediatric Providers, as Assessed with Patient Exit Interviews. *Pediatrics.* 2006;118(3):e810–24. doi:10.1542/peds.2005-2869

- <sup>11</sup> Stock S, Miranda C, Evans S. et al. Healthy Buddies: A Novel, Peer-Led Health Promotion Program for the Prevention of Obesity and Eating Disorders in Children in Elementary School. *Pediatrics*. 2007;120(4):e1059–68. doi:10.1542/peds.2006-3003
- <sup>12</sup> Al-sheyab N, Gallagher R, Crips J. et al. Peer-led Education for Adolescents with Asthma in Jordan: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*. 2012;129(1):e106–12. doi:10.1542/peds.2011-0346
- <sup>13</sup> Sharif Ishak SI, Chin YS, Mohd Taib MN. et al. School-based Intervention to Prevent Overweight and Disordered Eating in Secondary School Malaysian Adolescents: A Study Protocol. *BMC Public Health*. 2016;16(1):1101.
- <sup>14</sup> Southgate E, Aggleton P. Peer Education: From Enduring Problematics to Pedagogical Potential. *Health Educ J*. 2016;76(1):1–12. doi:10.1177/0017896916641459
- <sup>15</sup> Mellanby AR, Rees JB, Tripp JH. Peer-led and Adult-led School Health Education: a Critical Review of Available Comparative Research. *Health Educ Res*. 2000;15(5):533–545.
- <sup>16</sup> Tolli MV. Effectiveness of Peer Education Interventions for HIV Prevention, Adolescent Pregnancy Prevention and Sexual Health Promotion for Young People: A Systematic Review of European Studies. *Health Educ Res*. 2012;27(5):904–913. doi:10.1093/her/cys055
- <sup>17</sup> Tóth G, Formanek-Balku E. Támpontok az egészségfejlesztéssel kapcsolatos kutatásokhoz. Következtetések a 2015-ös Egészségfejlesztés folyóiratban ismertetett kutatások áttekintése alapján. *Egészségfejlesztés*. 2016;57(4):47–54.
- <sup>18</sup> Magyar Tudományos Akadémia Tantárgy-pedagógiai Kutatási Program <http://mta.hu/tantargy-pedagogiai-kutatasi-program> (Elérve: 2018.02.06.)

MELLÉKLET

1. táblázat: A kutatás által feldolgozott tanulmányok és programok

	Citáció	Téma	Kontinens
1	Perry CL, Klepp KI, Halper A, et al. A process evaluation study of peer leaders in health education. J Sch Health. 1986;56(2):62-7.	káros szenvedély	Észak-Amerika
2	Wiist WH, Snider G. Peer education in friendship cliques: prevention of adolescent smoking. Health Educ Res. 1991;6(1):101-108.	káros szenvedély	Észak-Amerika
3	Slap GB, Plotkin SL, Khalid, N et al. A human immunodeficiency virus peer education program for adolescent females. J Adolesc Health. 1991;12(6):434-442.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
4	Fork HE, Wagner RF, Wagner KD. The Texas peer education sun awareness project for children: primary prevention of malignant melanoma and nonmelanocytic skin cancers. Cutis. 1992;50(5):363-364.	betegség	Észak-Amerika
5	Aids Peer Education Exchange. Health Educ Q. 1992;19(4):425.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
6	The Initiation of HIV/AIDS Peer Education in a Rural College Setting. Health Educ Q. 1992;19(4):426-427.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
7	Florida teenagers learn about AIDS, teach others. Netw Res Triangle Park N C. 1993;13(4):12-5.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
8	Richie ND, Getty A. Did an AIDS peer education program change first-year college students' behaviors? J Am Coll Health. 1994;42(4):163-5.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
9	Klein NA, et al. Understanding volunteer peer health educators' motivations: applying social learning theory. J Am Coll Health. 1994;43(3):126-30.	általános egészség	Észak-Amerika
10	Giuliano JD. A peer education program to promote the use of conflict resolution skills among at-risk school age males. Public Health Rep. 1994;109(2):158-161.	lelki egészség	Észak-Amerika
11	Matsumoto S. Sex education and sexual behaviour of adolescents in Japan. Ann Acad Med Singapore. 1995;24(5):696-699.	szexuális nevelés	Ázsia
12	Reding DJ, Fischer V, Gunderson P, et al. Skin cancer prevention: a peer education model. Wis Med J. 1995;94(2):77-81.	betegség	Észak-Amerika
13	Dadian M. Peer education helps Jamaican youth choose less risky behaviors. AIDSlink. 1996;(41):7.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
14	Wiist WH, Jackson RH, Jackson KW. Peer and community leader education to prevent youth violence. Am J Prev Med. 1996;12(5 Suppl):56-64.	lelki egészség	Észak-Amerika
15	McAleavy G, McCrystal P, Kelly G. Peer education: a strategy for improving health education in disadvantaged areas in Belfast. Public Health. 1996;110(1):31-36.	káros szenvedély	Európa
16	O'hara P, Messick BJ, Fichtner RR, et al. A peer-led AIDS prevention program for students in an alternative school. J Sch Health. 1996;66(5):176-182.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
17	Kauffman C, Hue L. Sustaining youth peer HIV / STD prevention education. AIDS STD Health Promot Exch. 1997;(3):3-7.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
18	Maurer F. A peer education model for teaching breast self-examination to undergraduate college women. Cancer Nurs. 1997;20(1):49-61.	betegség	Észak-Amerika

19	Shaw RA, Rosati MJ, Salzman P, et al. Effects on adolescent ATOD behaviors and attitudes of a 5-year community partnership. Evaluation and Program Planning. 1997;20(3):307-313. doi: <a href="https://doi.org/10.1016/S0149-7189(97)00010-4">https://doi.org/10.1016/S0149-7189(97)00010-4</a>	káros szenvedély	Észak-Amerika
20	Haignere CS, Freudenberg N, Silver DR, et al. One method for assessing HIV/AIDS peer-education programs. J Adolesc Health. 1997;21(2):76-79	szexuális nevelés	Észak-Amerika
21	Sawyer RG, Pinciaro P, Bedwell, D. How peer education changed peer sexuality educators' self-esteem, personal development, and sexual behavior. J Am Coll Health. 1997;45(5):211-217.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
22	Kerr RNM, MacDonald TH. Project 2000 student nurses' creative approach to peer education. Nurse Educ Today. 1997;17(3):247-254. doi: <a href="https://doi.org/10.1016/S0260-6917(97)80140-2">https://doi.org/10.1016/S0260-6917(97)80140-2</a>	szexuális nevelés	Észak-Amerika
23	Telleria T. Peer education in Portugal. Adolescent health/sex education. Entre Nous Cph Den. 1998;(38):13.	szexuális nevelés	Európa
24	Early E, Battle K, Cantwell E, et al. Effect of several interventions on the frequency of handwashing among elementary public school children. Am J Infect Control. 1998;26(3):263-269.	higiénia	Észak-Amerika
25	Woods ER, Samples CL, Melchiono MW, et al. Boston HAPPENS Program A model of health care for HIV-positive, homeless, and at-risk youth. J Adolesc Health. 1998;23(2 Suppl.):37-48.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
26	Wright ER, Gonzalez C, Werner JN, et al. Indiana Youth Access Project: A model for responding to the HIV risk behaviors of gay, lesbian, and bisexual youth in the Heartland. J Adolesc Health. 1998;23(2):83-95.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
27	Hymel MS, Greenberg BL. The Walden House Young Adult HIV project: Meeting the needs of multidagnosed youth. J Adolesc Health. 1998;23(2):122-131.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
28	Tydén T, Bergholm M, Hallén A, et al. Evaluation of an STD-prevention program for Swedish university students. J Am Coll Health. 1998;47(2):70-75.	szexuális nevelés	Európa
29	A sure thing, not just a fad: youth-to-youth approach to health and sexuality issues. Adolesc Educ Newsl. 1999;2(2):19-20.	szexuális nevelés	Ázsia
30	Sheehan K, DiCara JA, LeBailly S. et al. Adapting the Gang Model: Peer Mentoring for Violence Prevention. Pediatrics. 1999; 104(1 Pt 1):50-4. doi:10.1542/peds.104.1.50	lelki egészség	Észak-Amerika
31	Yanda K. Teenagers educating teenagers about reproductive health and their rights to confidential care. Fam Plann Perspect. 2000;32(5):256-257.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
32	Backett-Milburn K, Wilson S. Understanding peer education: insights from a process evaluation. Health Educ Res. 2000;15(1):85-96.	szexuális nevelés	Európa
33	Wolf RC, Tawfik LA, Bond KC. Peer promotion programs and social networks in Ghana: methods for monitoring and evaluating AIDS prevention and reproductive health programs among adolescents and young adults. J Health Commun. 2000;(5 Suppl):61-80.	szexuális nevelés	Afrika
34	Rosenfield SL, Keenan PM, Fox DJ, et al. Youth perceptions of comprehensive adolescent health services through the Boston HAPPENS program. J Pediatr Health Care. 2000;14(2):60-67.	általános egészség	Észak-Amerika
35	Fox R. Tanzanian AIDS project works towards "good things for young people". Lancet. 2000;355(9216):1703.	szexuális nevelés	Afrika
36	Streng N. A student health advocate program. J Sch Nurs. 2000;16(5):50-53.	általános egészség	Észak-Amerika
37	Brieger WR, Delano GE, Lane CG, et al. West African youth initiative: outcome of a reproductive health education program. J Adolesc Health. 2001;29(6):436-446.	szexuális nevelés	Afrika
38	Gao Y, Lu ZZ, Shi R, et al. AIDS and sex education for young people in China. Reprod Fert Dev. 2001;13(7-8):729-737.	szexuális nevelés	Ázsia

39	Speizer IS, Tamashe BO, Tegang SP. An evaluation of the "Entre Nous Jeunes" peer-educator program for adolescents in Cameroon. <i>Stud Fam Plann.</i> 2001;32(4):339-351.	szexuális nevelés	Afrika
40	Campbell C, MacPhail C. Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. <i>Soc Sci Med.</i> 2002;55(2):331-345.	szexuális nevelés	Afrika
41	Wolf RC, Bond KC. Exploring similarity between peer educators and their contacts and AIDS-protective behaviours in reproductive health programmes for adolescents and young adults in Ghana. <i>AIDS Care.</i> 2002;14(3):361-373.	szexuális nevelés	Afrika
42	Szilágyi T. Peer education of tobacco issues in Hungarian communities of Roma and socially disadvantaged children. <i>Cent Eur J Public Health.</i> 2002;10(3):117-120.	káros szenvedély	Európa (Magyarország)
43	Ebreo A, Feist-Price S, Siewe Y. et al. Effects of Peer Education on the Peer Educators in a School-Based HIV Prevention Program: Where Should Peer Education Research Go From Here? <i>Health Educ. Behav.</i> 2002;29(4):411-423. doi:10.1177/109019810202900402	szexuális nevelés	Észak-Amerika
44	Strange V, Forrest S, Oakley A. What influences peer-led sex education in the classroom? A view from the peer educators. <i>Health Educ Res.</i> 2002;17(3):339-349. doi:https://doi.org/10.1093/her/17.3.339	szexuális nevelés	Európa
45	Strange V, Forrest S, Oakley A, et al. Peer-led sex education—characteristics of peer educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme. <i>Health Educ Res.</i> 2002;17(3):327-337. doi:https://doi.org/10.1093/her/17.3.327	szexuális nevelés	Európa
46	Pearlman DN, Camberg L, Wallace LJ, et al. Tapping youth as agents for change: evaluation of a peer leadership HIV/AIDS intervention. <i>Journal of Adolescent Health.</i> 2002;31(1):31-39.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
47	Woods DV. The Effect of Video-Based Peer Education on the Social Acceptability of Adults With Tourette's Syndrome. <i>J Dev Phys Disabil.</i> 2002;14(1):51-62. doi:https://doi.org/10.1023/A:1013563713146	lelki egészség	Észak-Amerika
48	Campbell C, MacPhail C. Peer education, gender and the development of critical consciousness: participatory HIV prevention by South African youth. <i>Soc Sci Med.</i> 2002;55(2):331-345.	szexuális nevelés	Afrika
49	Story M, Lytle LA, Bimbaum AS, et al. Peer-led, school-based nutrition education for young adolescents: feasibility and process evaluation of the TEENS study. <i>J Sch Health.</i> 2002;72(3):121-127.	táplálkozás	Észak-Amerika
50	Marick J. HIV/AIDS peer education: a rural health project. <i>J Sch Nurs.</i> 2002;18(1):41-47. doi:10.1177/10598405020180010801	szexuális nevelés	Észak-Amerika
51	Perez F, Dabis F. HIV prevention in Latin America: reaching youth in Colombia. <i>AIDS Care.</i> 2003;15(1):77-87. doi:10.1080/0954012021000039789	szexuális nevelés	Dél-Amerika
52	Ott MA, Evans NL, Halpem-Feisher BL, et al. Differences in altruistic roles and HIV risk perception among staff, peer educators, and students in an adolescent peer education program. <i>AIDS Educ Prev.</i> 2003;15(2):159-171.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
53	Pérez-Rodrigo C, Aranceta J. Nutrition education in schools: experiences and challenges, <i>Eur J Clin Nutr.</i> 2003;57(Suppl 1):S82-S85. doi:10.1038/sj.ejcn.1601824	táplálkozás	Európa
54	Okonofua FE, Copian P, Collins S, et al. Impact of an intervention to improve treatment-seeking behavior and prevent sexually transmitted diseases among Nigerian youths. <i>Int J Infect Dis.</i> 2003;7(1):61-73.	szexuális nevelés	Afrika
55	Özcebe H, Akin L. Effects of peer education on reproductive health knowledge for adolescents living in rural areas of Turkey. <i>J Adolesc Health.</i> 2003;33(4):217-218.	szexuális nevelés	Ázsia
56	Caron F, Godin G, Otis J, et al. Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school. <i>Health Educ Res.</i> 2004;19(2):185-197. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyg017	szexuális nevelés	Észak-Amerika



57	Kinsler J, Sneed CD, Morisky DE, et al. Evaluation of a school-based intervention for HIV/AIDS prevention among Belizean adolescents. <i>Health Educ Res.</i> 2004;19(6):730-738. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyg091	szexuális nevelés	Dél-Amerika
58	Ajoko DC, Salami KK, Brieger WR. The process of involving high school students in developing reproductive health education materials in Ibadan, Nigeria. <i>Int Q Community Health Educ.</i> 2004;22(3):167-187.	szexuális nevelés	Afrika
59	Agha S, Van Rossem R. Impact of a school-based peer sexual health intervention on normative beliefs, risk perceptions, and sexual behavior of Zambian adolescents. <i>J Adolesc Health.</i> 2004;34(5):441-452.	szexuális nevelés	Afrika
60	Özcebe H, Akin L, Aslan D. A peer education example on HIV/AIDS at a high school in Ankara. <i>Turk J Pediatr.</i> 2004;45(1):54-59.	szexuális nevelés	Ázsia
61	Sevil U, Atan SU, Kiris H, et al. Peer education project on breast self-examination in Izmir, Turkey. <i>Asian Pac J Cancer Prev.</i> 2005;6(1):29-32.	betegség	Ázsia
62	Taylor JP, Mckenna M, Evers S. Determinants of healthy eating in children and youth, <i>Can J Public Health.</i> 2005;96(Suppl.3):S20-26.	táplálkozás	Észak-Amerika
63	Ergene T, Cok F, Tüner A, et al. A controlled-study of preventive effects of peer education and single-session lectures on HIV/AIDS knowledge and attitudes among university students in Turkey. <i>AIDS Educ Prev.</i> 2005;17(3):268-278. doi:10.1521/aeap.17.4.268.66533	szexuális nevelés	Ázsia
64	Mikhailovich K, Arabena K. Evaluating an indigenous sexual health peer education project. <i>Health Promot J Austr.</i> 2005;16(3):189-193.	szexuális nevelés	Ausztrália
65	Delp L, Brown M, Domenzain A. Fostering youth leadership to address workplace and community environmental health issues: a university-school-community partnership. <i>Health Promot Pract.</i> 2005;6(3):270-285. doi:10.1177/1524839904266515	általános egészség	Észak-Amerika
66	Parwej S, Kumar R, Walia I, et al. Reproductive health education intervention trial. <i>Indian J Pediatr.</i> 2005;72(4):287-291.	szexuális nevelés	Ázsia
67	Borgia P, Marinacci C, Schifano P, et al. Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial. <i>J Adolesc Health.</i> 2005;36(6):508-516. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.03.005	szexuális nevelés	Európa
68	Rampersaud GC, Metz J, Pereira M, et al. Breakfast Habits, Nutritional Status, Body Weight, and Academic Performance in Children and Adolescents, <i>J Am Diet Assoc.</i> 2005;105(5):743-760. doi:10.1016/j.jada.2005.02.007	táplálkozás	Észak-Amerika
69	Campbell S. Using peer education projects to prevent HIV/AIDS in young people. <i>Nurs Stand.</i> 2005;20(10):50-55. doi:10.7748/ns2005.11.20.10.50.c4005	szexuális nevelés	Afrika
70	Merakou K, Kourea-Kremastinou J. Peer education in HIV prevention: an evaluation in schools. <i>Eur J Public Health.</i> 2006;16(2):128-132. doi:10.1093/eurpub/cki162	szexuális nevelés	Európa
71	Audrey S, Holliday J, Parry-Langdon N, et al. Meeting the challenges of implementing process evaluation within randomized controlled trials: the example of ASSIST (A Stop Smoking in Schools Trial). <i>Health Educ Res.</i> 2006;21(3):366-377. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyl029	káros szenvedély	Európa
72	Frederick K, Barlow J. The Citizenship Safety Project: a pilot study. <i>Health Educ Res.</i> 2006;21(1):87-96. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyh046	elsősegély, baleset	Európa
73	Cartagena RG, Veugelers PJ, Kipp W, et al. Effectiveness of an HIV Prevention Program for Secondary School Students in Mongolia. <i>J Adolesc Health.</i> 2006;39(6):925.e9-925.e16	szexuális nevelés	Ázsia
74	Erulkar AS, Mekbib TA, Simie N, et al. Differential use of adolescent reproductive health programs in Addis Ababa, Ethiopia. <i>J Adolesc Health.</i> 2006;38(3):253-260. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.03.026	szexuális nevelés	Afrika
75	Evans DL, Tripp JH. Sex education: The case for primary prevention and peer education. <i>Current Paediatrics.</i> 2006;16(2):95-99. doi:https://doi.org/10.1016/j.cupe.2005.12.007	szexuális nevelés	Európa

76	Pbert L, Fletcher KE, Flint AJ, et al. Smoking Prevention and Cessation Intervention Delivery by Pediatric Providers, as Assessed with Patient Exit Interviews. <i>Pediatrics</i> . 2006;118(3):e810–24. doi:10.1542/peds.2005-2869	káros szenvedély	Észak-Amerika
77	Audrey S, Holliday J, Campbell R. It's good to talk: adolescent perspectives of an informal, peer-led intervention to reduce smoking. <i>Soc Sci Med</i> . 2006;63(2):320-334. doi:10.1016/j.socscimed.2005.12.010	káros szenvedély	Európa
78	Ajuwon AJ, Brieger WR. Evaluation of a school-based reproductive health education program in rural South Western, Nigeria. <i>Afr J Reprod Health</i> . 2007;11(2):47-59.	szexuális nevelés	Afrika
79	Valente TW, Okamoto J, Pumpuang P, et al. Differences in Perceived Implementation of a Standard Versus Peer-led Interactive Substance Abuse Prevention Program. <i>Am J Health Behav</i> . 2007;31(3):297-311. doi:10.5555/ajhb.2007.31.3.297.	káros szenvedély	Észak-Amerika
80	Roblyn L. Childhood obesity: Food, nutrient, and eating-habit trends and influences. <i>Appl Physiol Nutr Metab</i> . 2007;32(4):635–645. doi:10.1139/H07-046	táplálkozás	Észak-Amerika
81	Malak AT, Dicle A. Assessing the efficacy of a peer education model in teaching breast self-examination to university students. <i>Asian Pac J Cancer Prev</i> . 2007;8(4):481-484.	betegség	Ázsia
82	Ozer EJ, Weinstein RS, Maslach C, et al. Adolescent AIDS prevention in context: the impact of peer educator qualities and classroom environments on intervention efficacy. <i>Am J Community Psychol</i> . 1997;25(3):289-323.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
83	Plummer ML, Wight D, Obasi AI, et al. A process evaluation of a school-based adolescent sexual health intervention in rural Tanzania: the MEMA kwa Vijana programme. <i>Health Educ Res</i> . 2007;22(4):500-512. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyl103	szexuális nevelés	Afrika
84	Jodati AR, Nourabadi GR, Hassanzadeh S, et al. Impact of education in promoting the knowledge of and attitude to HIV/AIDS prevention: a trial on 17,000 Iranian students. <i>Int J STD AIDS</i> . 2007;18(6):407-409. doi:10.1258/095646207781024829	szexuális nevelés	Ázsia
85	Clark HR, Goyder E, Bissell P, et al. How do parents' child-feeding behaviours influence child weight? Implications for childhood obesity policy. <i>J Publ Health</i> . 2007;29(2):132–141. doi:10.1093/pubmed/fdm012	táplálkozás	Európa
86	Fongkaew W, Fongkaew K, Suchaxaya, P. Early Adolescent Peer Leader Development in HIV Prevention Using Youth-Adult Partnership With Schools Approach. <i>J Assoc Nurses AIDS Care</i> . 2007;18(2):60-71. doi:10.1016/j.jana.2007.01.005	szexuális nevelés	Ázsia
87	Stock S, Miranda C, Evans S. et al. Healthy Buddies: A Novel, Peer-Led Health Promotion Program for the Prevention of Obesity and Eating Disorders in Children in Elementary School. <i>Pediatrics</i> . 2007;120(4):e1059–68. doi:10.1542/peds.2006-3003	táplálkozás	Észak-Amerika
88	Aslan D, Sahin A. Adolescent peers and anti-smoking activities. <i>Promot Educ</i> . 2007;14(1):36-40.	káros szenvedély	Ázsia
89	Visser MJ. HIV/AIDS prevention through peer education and support in secondary schools in South Africa. <i>SAHARA J</i> . 2007;4(3):678-694.	szexuális nevelés	Afrika
90	Fenn J, Rosales C, Logue C. "Sir insulin monk versus the evil Diana betes": a program addressing type 2 diabetes education and prevention in youth. <i>Diabetes Educ</i> . 2007;33(3):455-456. doi:10.1177/0145721707301910	táplálkozás	Észak-Amerika
91	Streng NJ. A follow-up study of former student health advocates. <i>J Sch Nurs</i> . 2007;23(6):353-358. doi:10.1177/10598405070230060901	általános egészség	Észak-Amerika
92	Mahat G, Scoloveno Ma, De Leon T, et al. Preliminary Evidence of an Adolescent HIV/AIDS Peer Education Program. <i>J Pediatr Nurs</i> . 2007;23(5):358-363. doi:10.1016/j.pedn.2007.12.007	szexuális nevelés	Észak-Amerika
93	Mevsim V, Guldal D, Ozcarar, N. et al. What was retained? The assessment of the training for the peer trainers' course on short and long term basis. <i>BMC Public Health</i> . 2008;(8):24. doi:10.1186/1471-2458-8-24.	szexuális nevelés	Ázsia

94	McWhirther J, McCann D, Coleman H, et al. Can schools promote the health of children with asthma? <i>Health Educ Res.</i> 2008;23(6):917-930. doi:https://doi.org/10.1093/her/cym081	betegség	Európa
95	Cebotarencu N, Bush PJ. Reducing antibiotics for colds and flu: a student-taught program. <i>Health Educ Res.</i> 2008;23(1):146-157. doi:https://doi.org/10.1093/her/cym008	betegség	Európa
96	Shen LX, Hong H, Cai Y, et al. Effectiveness of peer education in HIV/STD prevention at different types of senior high schools in Shanghai, People's Republic of China. <i>Int J STD AIDS.</i> 2008;19(11):761-767. doi:10.1258/ijsa.2008.008053	szexuális nevelés	Ázsia
97	Cai Y, Hong H, Shi R, et al. Long-term follow-up study on peer-led school-based HIV/AIDS prevention among youths in Shanghai. <i>Int J STD AIDS.</i> 2008;19(12):848-50. doi:10.1258/ijsa.2008.008129	szexuális nevelés	Ázsia
98	Miller AN, Mutungi M, Facchini E, et al. An outcome assessment of an ABC-based HIV peer education intervention among Kenyan university students. <i>J Health Commun.</i> 2008;13(4):345-56. doi:10.1080/10810730802063470	szexuális nevelés	Afrika
99	Lo E, Coles R, Humber ML, et al. Beverage intake improvement by high school students in Saskatchewan, Canada. <i>Nutr Res.</i> 2008;28(3):144-150. doi:10.1016/j.nutres.2008.01.005	táplálkozás	Észak-Amerika
100	Klatt C, Berg CJ, Thomas JL, et al. The role of peer e-mail support as part of a college smoking-cessation website. <i>Am J Prev Med.</i> 2008;35(6 Suppl):S471-8. doi:10.1016/j.amepre.2008.09.001.	káros szenvedély	Észak-Amerika
101	Pbert L, Flint AJ, Fletcher KE, et al. Effect of a Pediatric Practice-Based Smoking Prevention and Cessation Intervention for Adolescents: A Randomized, Controlled Trial. <i>Pediatrics.</i> 2008;121(4):e738-47. doi:10.1542/peds.2007-1029	káros szenvedély	Észak-Amerika
102	Posner J, Kayastha P, Davis D, et al. Development of leadership self-efficacy and collective efficacy: adolescent girls across castes as peer educators in Nepal. <i>Glob Public Health.</i> 2009;4(3):284-302. doi:10.1080/17441690902783157	szexuális nevelés	Ázsia
103	van der Maas F, Otte WM. Evaluation of HIV/AIDS secondary school peer education in rural Nigeria. <i>Health Educ Res.</i> 2009;24(4):547-557. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyn056	szexuális nevelés	Afrika
104	Starkey F, Audrey S, Holliday, J, et al. Identifying influential young people to undertake effective peer-led health promotion: the example of A Stop Smoking In Schools Trial (ASSIST). <i>Health Educ Res.</i> 2009;24(6):977-988. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyp045	káros szenvedély	Európa
105	Li LP, Chow KW, Griffiths S, et al. University Based Peer Health Education in China: The Shantou Experience. <i>J Am Coll Health.</i> 2009;57(5):549-551. doi:10.3200/JACH.57.5.549-552	általános egészség	Ázsia
106	Groes-Green C. Safe sex pioneers: class identity, peer education and emerging masculinities among youth in Mozambique. <i>Sex Health.</i> 2009;6(3):233-240. doi:10.1071/SH09021	szexuális nevelés	Afrika
107	McCrerary LL, Kaponda CP, Kafulafula UK, et al. Process evaluation of HIV prevention peer groups in Malawi: a look inside the black box. <i>Health Educ Res.</i> 2010;25(6):965-978. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyq049	szexuális nevelés	Afrika
108	Lotean LM, Dijk F, Mesters I, et al. Evaluation of a peer-led smoking prevention programme for Romanian adolescents. <i>Health Educ Res.</i> 2010;25(5):803-814. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyq034	káros szenvedély	Európa
109	Al-Iryani B, Al-Sakkaf K, Basaleem H, et al. Process evaluation of a three-year community-based peer education intervention for HIV prevention among Yemeni young people. <i>Int Q Community Health Educ.</i> 2010;31(2):133-54. doi:10.2190/IQ.31.2.c	szexuális nevelés	Ázsia
110	Li S, Huang H, Cai Y, et al. Evaluation of a school-based HIV/AIDS peer-led prevention programme: the first intervention trial for children of migrant workers in China. <i>Int J STD AIDS.</i> 2010;21(2):82-6. doi:10.1258/ijsa.2009.008514	szexuális nevelés	Ázsia
111	Balaji M, Andrews T, Andrew G, et al. The Acceptability, Feasibility, and Effectiveness of a Population-based Intervention to Promote Youth Health: An Exploratory Study in Goa, India. <i>J Adolesc Health.</i> 2010;48(5):453-460. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.07.029	általános egészség	Ázsia

112	Puskar KR, Stark KH, Northcut T, et al. Teaching kids to cope with anger: Peer education. <i>J Child Health Care.</i> 2010;15(1):5-13. doi:10.1177/1367493510382932	lelki egészség	Észak-Amerika
113	Arevian M. Training trainees, young activists, to conduct awareness campaigns about prevention of substance abuse among Lebanese/Armenian young people. <i>J Interprof Care.</i> 2010;24(2):173-182. doi:10.1080/13561820903078157	káros szenvedély	Ázsia
114	Elledge LC, Cavell TA, Ogle NT, et al. Newgent School-Based Mentoring as Selective Prevention for Bullied Children: A Preliminary Test <i>J Primary Prevent.</i> 2010;(31):171-187. doi:10.1007/s10935-010-0215-7	lelki egészség	Észak-Amerika
115	Horváth DA, Dombi AZS, Fésűs SZ, et al. HuMánia – Önkéntes kortársképzés a jövő orvosiért. <i>LAM.</i> 2010;20(3-4):252-255.	lelki egészség	Európa (Magyarország)
116	Okanlawon FA, Asuzu MC. Effect of peer education intervention on secondary school adolescents' reproductive health knowledge Saki, Nigeria. <i>Afr J Med Med Sci.</i> 2011;40(4):353-360.	szexuális nevelés	Afrika
117	Scaglioni S, Arrizza C, Vecchi F, et al. Determinants of children's eating behavior. <i>Am J Clin Nutr.</i> 2011;94(suppl):2006S-2011S. doi:10.3945/ajcn.110.001685	táplálkozás	Európa
118	Al-Iryani B, Basaleem H, Al-Sakkaf K, et al. (2011) Evaluation of a school-based HIV prevention intervention among Yemeni adolescents. <i>BMC Public Health.</i> 2011;(11):279. doi:10.1186/1471-2458-11-279	szexuális nevelés	Ázsia
119	Kernsmith PD, Hernandez-Jozefowicz DM. A Gender-Sensitive Peer Education Program for Sexual Assault Prevention in the Schools. <i>Children &amp; Schools.</i> 2011;33(3):146-157.	szexuális nevelés	Észak-Amerika
120	Mason-Jones AJ, Flisher AJ, Mathews C. Who are the peer educators? HIV prevention in South African schools. <i>Health Educ Res.</i> 2011;26(3):563-571. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyq064	szexuális nevelés	Afrika
121	Coleman KJ, Clark AY, Shordon M, et al. Teen Peer Educators and Diabetes Knowledge of Low-Income Fifth Grade Students. <i>J Community Health.</i> 2011;(36):23-26. doi:10.1007/s10900-010-9276-z	táplálkozás	Észak-Amerika
122	Faith MA, Fiala SE, Cavell, TA, et al. Mentoring Highly Aggressive Children: Pre-Post Changes in Mentors' Attitudes, Personality, and Attachment Tendencies. <i>J Prim Prev.</i> 2011;32(5):253-270. doi:10.1007/s10935-011-0254-8	lelki egészség	Észak-Amerika
123	Mahat G, Scoloveno MA, Ayres C. HIV/AIDS knowledge and self-efficacy among Nepalese adolescents: a peer education program. <i>Res Theory Nurs Pract.</i> 2011;25(4):271-283.	szexuális nevelés	Ázsia
124	Acemoglu H, Palanci Y, Set T, et al. An intervention study for viral hepatitis. Peer-led health education among high school students. <i>Saudi Med J.</i> 2011;32(2):183-187.	higiénia	Ázsia
125	Michielsen K, Beauclair R, Delva W, et al. Effectiveness of a peer-led HIV prevention intervention in secondary schools in Rwanda: results from a non-randomized controlled trial. <i>BMC Public Health.</i> 2012;12:729. doi:10.1186/1471-2458-12-729	szexuális nevelés	Afrika
126	Denison JA, Tsui S, Bratt J, et al. Do peer educators make a difference? An evaluation of a youth-led HIV prevention model in Zambian Schools. <i>Health Educ Res.</i> 2012;27(2):237-247. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyr093	szexuális nevelés	Afrika
127	Párduczné Szöllősi A. A kortársoktatás szerepe az egészségnevelésben. <i>Egészségfejlesztés.</i> 2012;8(5-6):10-13.	általános egészség	Európa (Magyarország)
128	Rosta E, Almási Zs, Karácsony I, et al. Orvostanhallgatók egészség-magatartása. Mentálhigiénés készségfejlesztés a hazai orvostudományban. <i>Orv. Hetil.</i> 2012;(153):1153-1157. doi:10.1556/OH.2012.29374	lelki egészség	Európa (Magyarország)

129	Al-sheyab N, Gallagher R, Crips J. et al. Peer-led Education for Adolescents with Asthma in Jordan: A Cluster-Randomized Controlled Trial. <i>Pediatrics</i> . 2012;129(1):e106–12. doi:10.1542/peds.2011-0346	betegség	Ázsia
130	Swartz S, Deutsch C, Makoae M, et al. Measuring change in vulnerable adolescents: findings from a peer education evaluation in South Africa. <i>SAHARA J</i> . 2012;9(4):242-54. doi:10.1080/17290376.2012.745696	szexuális nevelés	Afrika
131	Lardoux S, N'bouke A. Reaching adolescents and youth in Burkina Faso, Guinea-Bissau and Mauritania. <i>Afr J Reprod Health</i> . 2013;17(1):73-84.	szexuális nevelés	Afrika
132	Mackesi-Amiti M, Finnegan L, Ouellet LJ, et al. Peer-education intervention to reduce injection risk behaviors benefits high-risk young injection drug users: a latent transition analysis of the CIDUS 3/DUIT study. <i>AIDS Behav</i> . 2013;17(6):2075-2083. doi:10.1007/s10461-012-0373-0	káros szenvedély	Észak-Amerika
133	Waterlander WE, de Boer MR, Schuit AJ, et al. Price discounts significantly enhance fruit and vegetable purchases. <i>Am J Clin Nutr</i> . 2013;97:886–895. doi:10.3945/ajcn.112.041632	táplálkozás	Európa
134	Keeler LA, Clifford DE, August B, et al. Examination of a Peer-Led, Non-Diet Nutrition and Exercise Adherence Pilot Program on a College Campus: FitU. <i>Calif J Health Promot</i> . 2013;11(1):84-96.	táplálkozás	Észak-Amerika
135	Gittlesohn J, Dennisuk LA, Christiansen K, et al. Development and implementation of Baltimore Healthy Eating Zones: a youth-targeted intervention to improve the urban food environment. <i>Health Educ Res</i> . 2013;28(4):732-744. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyt066	táplálkozás	Észak-Amerika
136	Kime N, McKenna J, Webster L. Young people's participation in the development of a self-care intervention—a multi-site formative research study. <i>Health Educ Res</i> . 2013;28(3):552-562. doi:https://doi.org/10.1093/her/cys107	betegség	Európa
137	Woodbury MG, Botros M, Kuhnke JL, et al. Evaluation of a peer-led self-management education programme PEP Talk: Diabetes, Healthy Feet and You. <i>Int Wound J</i> . 2013;10(6):703-11. doi:10.1111/iwj.12188	táplálkozás	Észak-Amerika
138	Mason-Jones AJ, Flisher AJ, Mathews C. Peer education training for sexual health and well-being in public high schools in South Africa: Is it enough to change peer educators themselves? <i>J Child Adolesc Ment Health</i> . 2013;25(1):35-42. doi:10.2989/17280583.2012.730998	szexuális nevelés	Afrika
139	Al-Iryani B, Basaleem H, Al-Sakkaf K, et al. Process evaluation of school-based peer education for HIV prevention among Yemeni adolescents. <i>SAHARA J</i> . 2013;10(1):55-64. doi:10.1080/17290376.2012.745294	szexuális nevelés	Ázsia
140	Tebbetts C, Redwine D. Beyond the clinic walls: empowering young people through Youth Peer Provider programmes in Ecuador and Nicaragua. <i>Reprod Health Matters</i> . 2013;21(41):143-53. doi:10.1016/S0968-8080(13)41693-2	szexuális nevelés	Dél-Amerika
141	Strack Neves GC, Nasr A, Abreau-Reis P, et al. Peer health education for injury prevention: a cost-effective measure that can spread medical knowledge amongst children and youths. <i>Scand J Trauma Resusc Emerg Med</i> . 2013;21(Suppl. 1):S23. doi:10.1186/1757-7241-21-S1-S23	elsősegély, baleset	Dél-Amerika
142	Holsen I, Larsen T, Tjomsland HE, et al. Exploring the importance of peers as leaders in the Dream School Program: from the perspectives of peer leaders, teachers and principals. <i>Adv Sch Ment Health Promot</i> . 2014;8(1):4-16. doi:10.1080/1754730X.2014.978550	lelki egészség	Európa
143	Aarø LE, Mathews C, Kaaya S, et al. Promoting sexual and reproductive health among adolescents in southern and eastern Africa (PREPARE): project design and conceptual framework. <i>BMC Public Health</i> . 2014;(14):54. doi:10.1186/1471-2458-14-54	szexuális nevelés	Afrika
144	Jemmott LS, Jemott JB, Ngwane Z, et al. 'Let Us Protect Our Future' a culturally congruent evidenced-based HIV/STD risk-reduction intervention for young South African adolescents. <i>Health Educ Res</i> . 2014;29(1):166-181. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyt072	szexuális nevelés	Afrika

145	Jennings JM, Howard S, Perotte CL. Effects of a school-based sexuality education program on peer educators: the Teen PEP model. <i>Health Educ Res.</i> 2014;29(2):319-329. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyt153	szexuális nevelés	Észak-Amerika
146	Calloway DS, Long-White DN, Corbin DE. Reducing the risk of HIV/AIDS in African American college students: an exploratory investigation of the efficacy of a peer educator approach. <i>Health Promot Pract.</i> 2014;15(2):181-8. doi:10.1177/1524839913504757	szexuális nevelés	Észak-Amerika
147	McCrystal P, McAleavy G. Addressing health care in Northern Ireland through collaborative peer education. <i>Int J Health Promot Educ.</i> 2014;38(3):76-85. doi:https://doi.org/10.1080/14635240.2000.10806154	általános egészség	Európa
148	Layzer C, Rosapep L, Barr S. A Peer Education Program: Delivering Highly Reliable Sexual Health Promotion Messages in Schools. <i>J Adolesc Health.</i> 2014;54(3):S70-S77. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.12.023	szexuális nevelés	Észak-Amerika
149	Ayaz S, Acil D. Comparison of Peer Education and the Classic Training Method for School Aged Children Regarding Smoking and its Dangers. <i>J Pediatr Nurs.</i> 2014;30(3):e3-e12. doi:10.1016/j.pedn.2014.11.009	káros szenvedély	Ázsia
150	McKinney C, Bishop V, Cabrera K, et al. NuFit: nutrition and fitness CBPR program evaluation. <i>J Prev Interv Community.</i> 2014;42(2):112-24. doi:10.1080/10852352.2014.881180	táplálkozás	Észak-Amerika
151	Eskicioglu P, Halas J, Sénéchal M, et al. Peer Mentoring for Type 2 Diabetes Prevention in First Nations Children. <i>Pediatrics.</i> 2014;133(6):e1624-31. doi:10.1542/peds.2013-2621	táplálkozás	Észak-Amerika
152	Di Noia J, Orr L, Byrd-Bredbenner C. Residential Summer Camp Intervention Improves Camp Food Environment. <i>Am J Health Behav.</i> 2014;38(4):631-640. doi:10.5993/AJHB.38.4.17	táplálkozás	Észak-Amerika
153	Morales A, Espada JP, Orgilés M, et al. The short-term impact of peers as co-facilitators of an HIV prevention programme for adolescents: a cluster randomised controlled trial. <i>Eur J Contracept Reprod Health Care.</i> 2014;19(5):379-391. doi:10.3109/13625187.2014.919445	szexuális nevelés	Európa
154	McMahon S, Winter SC, Palmer JE, et al. A randomized controlled trial of a multi-dose bystander intervention program using peer education theater. <i>Health Educ Res.</i> 2015;30(4):554-568. doi:https://doi.org/10.1093/her/cyv022	lelki egészség	Észak-Amerika
155	Davis R, Loescher LJ, Rogers J, et al. Evaluation of Project Students are Sun Safe (SASS): A University Student-Delivered Skin Cancer Prevention Program for Schools. <i>J Cancer Educ.</i> 2015;30(4):736-42. doi:10.1007/s13187-014-0742-7	betegség	Észak-Amerika
156	Williams B, Hardy K, McKenna L. Near-Peer Teaching in Paramedic Education: Results from 2011 to 2013. <i>Medical Science Educator.</i> 2015;25(2):149-156.	egyéb	Ausztrália
157	Menna T, Ali A, Worku A. Effects of peer education intervention on HIV/AIDS related sexual behaviors of secondary school students in Addis Ababa, Ethiopia: a quasi-experimental study. <i>Reprod Health.</i> 2015;(12):84. doi:10.1186/s12978-015-0077-9	szexuális nevelés	Afrika
158	Beck S, Issleib M, Daubmann A, et al. Peer education for BLS-training in schools? Results of a randomized-controlled, noninferiority trial. <i>Resuscitation.</i> 2015;(94):85-90. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.06.026.	elsősegély, baleset	Európa
159	Kovács DÁ, Mihály S, Rajczy K, et al. Gerundium: A comprehensive public educational program on organ donation and transplantation and civil law in Hungary. <i>Transplant Proc.</i> 2015;47(7):2186-8. doi:10.1016/j.transproceed.2015.07.028.	betegség	Európa (Magyarország)
160	Ross HM, Deraing JA, Rollins AL. Oklahoma's youth-driven tobacco policy campaigns: assessment of impacts and lessons learned. <i>Am J Prev Med.</i> 2015;48(1 Suppl 1):S36-43. doi:10.1016/j.amepre.2014.10.001	káros szenvedély	Észak-Amerika
161	Benni E, Sacco S, Bianchi L, et al. Evaluation outcomes of a sex education strategy in high schools of Pavia (Italy). <i>Glob Health Promot.</i> 2016;23(2):15-29. doi:10.1177/1757975914558309	szexuális nevelés	Európa
162	O'Reilly A, Barry J, Neary ML, et al. An evaluation of participation in a schools-based youth mental health peer education training programme. <i>Advances In School Mental Health Promotion.</i> 2016;9(2):107-118. doi:doi.org/10.1080/1754730X.2016.1154794	lelki egészség	Európa

163	Swartz S, Deutsch C, Moolman B, et al. Ensuring an optimal environment for peer education in South African schools: Goals, systems, standards and policy options for effective learning. <i>Afr J AIDS Res.</i> 2016;15(4):359–366. doi:10.2989/16085906.2016.1251474	szexuális nevelés	Afrika
164	Palladino BE, Nocentini A, Menesini E, et al. Evidence-based intervention against bullying and cyberbullying: Evaluation of the NoTrap! program in two independent trials. <i>Aggress Behav.</i> 2016;42(2):194-206. doi:10.1002/ab.21636.	lelki egészség	Európa
165	Sharif Ishak SI, Chin YS, Mohd Taib MN, et al. School-based intervention to prevent overweight and disordered eating in secondary school Malaysian adolescents: A study protocol. <i>BMC Public Health.</i> 2016;16(1):1101. doi:doi.org/10.1186/s12889-016-3773-7	táplálkozás	Ázsia
166	Bühler A, Thurl J, Strüber E, et al. Cluster-randomized trial of a German leisure-based alcohol peer education measure. <i>Health Promot Int.</i> 2016;31(2):385–395. doi:10.1093/heapro/dav007	táplálkozás	Európa
167	de Menezes S, Premnath D. Near-peer education: a novel teaching program. <i>Int J Med Educ.</i> 2016;30(7):160-7. doi:10.5116/ijme.5738.3c28.	általános egészség	Ausztrália
168	Devosa I, Kozinszky Z, Vanya M, et al. Szegedi egyetemi hallgatók ismeretei a megbízható fogamzásgátlásról és a szexuális úton terjedő betegségekről. <i>Orv. Hetil.</i> 2016;157(14):539–546. doi:https://doi.org/10.1556/650.2015.30356	szexuális nevelés	Európa (Magyarország)
169	Bogart LM, Elliott MN, Cowgill BO, et al. Two-year BMI outcomes from a school-based intervention for nutrition and exercise: A randomized trial. <i>Pediatrics.</i> 2016;137(5):e20152493. doi:10.1542/peds.2015-2493	táplálkozás	Észak-Amerika
170	Taggart T, Taboada A, Stein JA, et al. A cross-site analysis of the effects of a theater-based intervention on adolescent awareness, attitudes, and knowledge about HIV. <i>Prev Sci.</i> 2016;17(5):544–53. doi:10.1007/s11221-016-0645-4	szexuális nevelés	Észak-Amerika
171	Szombathelyi D., Horváth Z. Középiskolások táplálkozási szokásai. <i>Új Diéta.</i> 2016/5;15(5):7–10.	táplálkozás	Európa (Magyarország)
172	Vu L, Burnett-Zieman B, Banura C, et al. Increasing uptake of HIV, sexually transmitted infection, and family planning services, and reducing HIV-related risk behaviors among youth living with HIV in Uganda. <i>J Adolesc Health.</i> 2017;60(2):S22–S28. doi:doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.09.007	szexuális nevelés	Afrika
173	Young VL, Cole A, Lecky DM, et al. A mixed-method evaluation of peer-education workshops for school-aged children to teach about antibiotics, microbes and hygiene. <i>J Antimicrob Chemother.</i> 2017;72(7):2119–2126. doi:10.1093/jac/dkx083	higiénia	Európa
174	Debreceni Orvostanhallgatók Egyesülete. <a href="http://doe.dote.hu/">http://doe.dote.hu/</a>	általános egészség	Európa (Magyarország)
175	Szegedi Orvostanhallgatók Egyesülete. <a href="http://szeged.humsirc.hu/">http://szeged.humsirc.hu/</a> <a href="http://szeged.humsirc.hu/oldalak/magyar/fejlec.php?id=egyesulet_kozhaszn">http://szeged.humsirc.hu/oldalak/magyar/fejlec.php?id=egyesulet_kozhaszn</a>	általános egészség	Európa (Magyarország)
176	Budapesti Orvostanhallgatók Kortársoktató Alapítványa. <a href="http://www.madasz.hu/oda/html/07102.html">http://www.madasz.hu/oda/html/07102.html</a>	általános egészség	Európa (Magyarország)
177	Nemzeti Együttműködési Alap – Ifjúsági Szolgáltatók Országos Szövetsége. Borsos László Kortársoktatás-segítés, mint egészségnevelési módszer. <a href="http://www.iszosz.org/downloads/NEA_Kortarsoktat%C3%A1s_segites.pdf">http://www.iszosz.org/downloads/NEA_Kortarsoktat%C3%A1s_segites.pdf</a>	szexuális nevelés	Európa (Magyarország)
178	Kompánia Alapítvány. <a href="http://www.kompania.hu">www.kompania.hu</a>	lelki egészség	Európa (Magyarország)
179	Debreceni Egyetem Mentálhigiénés és Esélyegyenlőségi Központ. <a href="http://www.lelki-ero.unideb.hu/">http://www.lelki-ero.unideb.hu/</a>	lelki egészség	Európa (Magyarország)
180	ELTE Kortárs Segítő Csoport. <a href="http://kortars.elte.hu/">http://kortars.elte.hu/</a>	lelki egészség	Európa (Magyarország)
181	Passz Kortárs Segítő Csoport. <a href="http://www.passz.eoldal.hu/">http://www.passz.eoldal.hu/</a>	lelki egészség	Európa (Magyarország)
182	Kortárs Segítő Műhely Alapítvány. <a href="http://www.ksma.hu/">http://www.ksma.hu/</a>	lelki egészség	Európa (Magyarország)

183	Kortársoktatók Pécsi Egyesülete. <a href="http://www.madaszsz.hu/oda/html/06004.html">http://www.madaszsz.hu/oda/html/06004.html</a>	lelki egészség	Európa (Magyarország)
184	Együttható Közösségépítő Egyesület. <a href="http://www.egyutthato.eu/">http://www.egyutthato.eu/</a>	lelki egészség	Európa (Magyarország)
185	Agóra Családsegítő Alapítvány. <a href="http://agora.non-profit.hu/">http://agora.non-profit.hu/</a>	lelki egészség	Európa (Magyarország)
186	AGORA – LOGO Ifjúsági Szolgálat. Kortársképzés. <a href="http://www.agorasavaria.hu/programok/eloadas-tanc-kiallitas/kortars-kepzes">http://www.agorasavaria.hu/programok/eloadas-tanc-kiallitas/kortars-kepzes</a>	káros szenvedély	Európa (Magyarország)
187	Miskolci Önkormányzat és helyi iskolák. Kortársképzés. <a href="http://minap.hu/cikkek/legyeneszed-hogy-eszed-legyen-drogprevenacios-kortarskepzes">http://minap.hu/cikkek/legyeneszed-hogy-eszed-legyen-drogprevenacios-kortarskepzes</a>	káros szenvedély	Európa (Magyarország)
188	Vasi Ifjúságért Egyesület. <a href="http://www.vasifjusagert.hu/">http://www.vasifjusagert.hu/</a>	káros szenvedély	Európa (Magyarország)
189	Szegedi Tini-telefon Lelkiségegysegyszolgálat Egyesület. <a href="http://www.tizentul.hu/">http://www.tizentul.hu/</a>	káros szenvedély	Európa (Magyarország)
190	Magyar Vöröskereszt Nógrád megyei Szervezete, Salgótarján. <a href="http://voroskereszt.hu/">http://voroskereszt.hu/</a>	káros szenvedély	Európa (Magyarország)
191	LOGO Ifjúsági Szolgálat – Vas Megyei Ifjúsági Szakmai Módszertani Központ – helyi Kábítószerügyi Egyeztető Fórum. <a href="http://www.vasvili.hu/kortars-klub/kortassegito-kepzes">http://www.vasvili.hu/kortars-klub/kortassegito-kepzes</a>	káros szenvedély	Európa (Magyarország)
192	„Egészséged testben, lélekedben”. <a href="http://www.tiszavasvari.hu/files/jobboszlop/KEF/Aktualis/drogmegelőzo_program.doc">http://www.tiszavasvari.hu/files/jobboszlop/KEF/Aktualis/drogmegelőzo_program.doc</a>	káros szenvedély	Európa (Magyarország)
193	Esély Csoport. ELTE BTK – ELTE PPK. <a href="http://kortars.elte.hu/">http://kortars.elte.hu/</a>	egyéb	Európa (Magyarország)
194	Palotás Ifjúsági Vöröskereszt. <a href="http://www.palotas.hu/gylato/voroskereszt_main.html">http://www.palotas.hu/gylato/voroskereszt_main.html</a>	betegség	Európa (Magyarország)



# A Szociális Jogok Európai Pilléréről

## On European Pillar of Social Rights

Szerző: Andor Csaba ✉  
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2018. 02. 02.  
doi: 10.24365/ef.v59i1.232

**Kulcsszavak:** szociális pillér, Európai Unió, szociális eredménytábla, egészségpolitika

**Keywords:** social Pillar, European Union, social scoreboard, health policy

### BEVEZETÉS

A Szociális Jogok Európai Pillére (szociális pillér, pillér) létrehozásának tervét – eredetileg az euró-övezeten belüli országokra – Jean-Claude Juncker bizottsági elnök jelentette be 2015 szeptemberében. A 2016 decemberében lezárult nyilvános konzultáció után az Európai Bizottság 2017. április 26-án tette közzé a pillér létrehozását célzó végleges javaslatcsomagját. A kezdeményezés alapvetően a munkaerőpiac és a szociális jóléti rendszerek működtetését célzó lényeges jogokat, alapelveket kívánja megerősíteni és továbbfejleszteni három témában húsz szakpolitikai területen. Az egyes területeken az előrehaladást az ún. szociális eredménytáblával méri.

A pillér alapját a három uniós jogalkotó intézmény (Európai Parlament, Tanács, Bizottság) által 2017. november 17-én, Göteborgban ünnepélyesen kihirdetett politikai dokumentum, egy ún. intézményközi proklamáció képezi, amely ugyan jogi kötőerővel nem bír, de a vele egyetértő tagállamok elfogadják céljait és az alapelveket mint politikai prioritásokat. Tehát politikai kötelezettségvállalásról van szó, amely egyfajta keretet ad az Európai Unió szociális pillérét alkotó munkajogi és szociális vívmányok (*acquis*) továbbfejlesztésére; a keretet az egyes tagállamok maguk töltik meg tartalommal.

A pillér jogi mintájául szolgáló Alapjogi Chartáról az Európai Tanács döntött az 1999-es kölni csúcson, kihirdetése a 2000. december 7-i nizzai csúcson történt. Az elfogadásakor jogi kötőerővel nem bíró Alapjogi Charta a Lisszaboni Szerződés 2009. december 1-jén történt hatályba lépésével az elsődleges uniós jogforrás része lett. Ez alapján vélelmezhető, hogy a pillért kihirdető és kötelező jogi erővel nem bíró intézményközi proklamáció is a jövőben a szerződések részévé válik. S annak ellenére, hogy az Alapjogi Charta 2000 és 2009 között nem bírt kötelező jogi erővel, az Európai Bíróság számos ítéletében azt segítségül hívta értelmezte az uniós jogot.

### ELŐZMÉNYEK ÉS A KÖZÖS TÁRSADALOMPOLITIKA JELENE AZ EU-BAN

A pillér szakpolitikai elődjéül több korábbi kezdeményezés is megemlíthető. Ilyen a szociális beruházási csomag, a 2010-ben elfogadott Európa 2020 Stratégia és céljai (köztük kiemelten a szegénység vagy társadalmi kirekesztettség kockázatának kitettek száma csökkentése), de persze maga a szociális Európa gondolata jóval korábban megjelent. Nyugat-Európa jóléti rendszerei számos közös vonással rendelkeztek már a 20. század során (pl. a

jóléti kiadások aránya és szerkezete, a társadalombiztosítás lefedettsége), amelyek egyes vélemények szerint olyan jelentősek voltak, hogy lehetővé vált egységes európai szociális modellről beszélni, ahogy ez meg is történt az 1980-as évek közepétől. Ezt az ismert dán szociológus, Gøsta Esping-Andersen tipológiája is alátámasztja, amely szerint a kontinentális Nyugat-Európa egésze a konzervatív-korporatista típusba tartozott, és csupán három skandináv ország került a szociáldemokrata és két angolszász ország a liberális modellbe, vagyis az akkori EU lakosságának kevesebb mint negyede tartozott ezekhez. Ráadásul az 1980-as évektől a konvergencia igen nagymértékű volt az országok között (sőt mára már szupranacionális jelleget öltött), miközben a jóléti megoldások igencsak eltértek más fejlett országok, illetve régiók (USA, Japán, Ausztrália, Délkelet-Ázsia) jóléti rendszereitől. A szociálpolitika ugyan mindmáig nemzetállami hatáskörbe tartozik, de bizonyos, a foglalkoztatáshoz kapcsolódó szociális területeken már a Római Szerződés is egységes szabályozást vezetett be, az 1990-es évektől kezdve pedig a szociális törvénykezés egységesítése – például a nyitott koordináció és a szociális teljesítmény egységes mérése révén – új lendületet kapott.

A szociális dimenzió még hangsúlyosabbá tétele a Gazdasági és Monetáris Unió (GMU) mélyítése keretében merült fel először 2012-13-ban, egyik első kezdeményezője Herman van Rompuy, az Európai Tanács elnöke volt. Megjelent a GMU szociális dimenziójának megerősítéséről szóló bizottsági közlemény, és az Európai Tanács is többször tárgyalta a GMU mélyítését, amelynek teljes mértékben összhangban kell lennie az egységes piaccal. A háttérbeli viták, az egyet nem értés – és közben a görög válság – után 2015-ben az öt elnök (az Európai Bizottság, az Európai Parlament, az Európai Tanács, az Európai Központi Bank és az Eurócsoport elnökei) jelentése nyomán ismét előtérbe került a téma: a foglalkoztatási és szociális kérdéseknek nagyobb szerepet kell kapniuk az európai szemeszterben, és jól működő munkaerőpiacokra van szükség. A jelentés egyben egy föderatív irányba történő elmozdulást is javasolt.

A szociális dimenzió előtérbe kerülése annak a nézetnek az erősödését is jelzi, hogy a szociális szempontok önmagukban is érvényesítendő célokat jelentenek.

A Római Szerződés aláírásának 60. évfordulója alkalmából az állam- és kormányfők által 2017. március 25-én elfogadott, ún. Római Nyilatkozatnak az EU jövőjére vonatkozó egyik pontja szerint olyan Unióra van szükség, amely a fenntartható fejlődés alapjain nyugszik, és amely előmozdítja a gazdasági és társadalmi fejlődést, a kohéziót és a konvergenciát, ugyanakkor megőrzi a belső piac integritását.

## A PILLÉR TARTALMA

A szociális pillérben foglalt 20 alapelv és jog a következő három fő dimenzióba sorolható:

- esélyegyenlőség és munkavállalási jog (cél a foglalkoztatási lehetőségek növelése, a különböző foglalkoztatási státuszok közötti átmenet megkönnyítése és az egyének foglalkoztathatósága javítása):
  1. oktatás, képzés és egész életen át tartó tanulás,
  2. nemek közötti egyenlőség,
  3. esélyegyenlőség,
  4. a foglalkoztatás aktív támogatása;
- tisztességes munkafeltételek (a jogok és kötelezettségek megfelelő egyensúlya, biztosítja a rugalmasság és a biztonság közötti egyenlőséget a munkahelyteremtés, a munkahelyteremtés és a vállalatok alkalmazkodóképességének megkönnyítése, valamint a társadalmi párbeszéd előmozdítása érdekében):
  5. biztonságos és rugalmas foglalkoztatás,
  6. megfelelő bérek,
  7. tájékoztatás a munkaviszony feltételeiről és elbocsátás esetén védelem,
  8. szociális párbeszéd és munkavállalói részvétel,
  9. a munka és magánélet közötti egyensúly,
  10. egészséges, biztonságos és megfelelően kialakított munkakörnyezet és adatvédelem;
- a szociális védelem és a társadalmi befogadás (cél a szociális védelmi juttatásokhoz és a magas színvonalú közszolgáltatásokhoz való hozzáférés biztosítása, amelyek elengedhetetlenek az emberhez méltó élethez és a munkaerőpiacon és általában, a társadalmi életben való részvételhez):

11. gyermekgondozás és a gyermekek támogatása,
12. szociális védelem,
13. munkanélküli ellátás,
14. minimumjövedelem,
15. időskori jövedelem és nyugdíjak,
16. egészségügyi ellátás,
17. a fogyatékossgal élő személyek társadalmi befogadása,
18. tartós ápolás-gondozás,
19. lakhatás és segítségnyújtás a hajléktalanok számára,
20. alapvető szolgáltatásokhoz való hozzáférés.

Amint látható, a jelenlegi uniós szerződések értelmében a pillért alkotó számos alapelv, illetve jog tekintetében az Európai Uniónak nincs hatásköre az Európai Bizottság által javasolt tartalmú egyéni jogok meghatározására, mivel ezek a szabályozási területek alapvetően tagállami hatáskörbe tartoznak, és csak az ún. nyitott koordináció (*open method of coordination*, OMC) keretében valamint természetes piaci folyamatok mentén (például az árak és bérek folyamatos közeledése, jó gyakorlatok alkalmazása) történik konvergencia ezen területeken. Ilyen az összes szociális védelemre és társadalmi befogadásra vonatkozó elv.

## MÉRÉS, A SZOCIÁLIS EREDMÉNYTÁBLA

A pillérben történt előrehaladást az ún. szociális eredménytáblával méri az Európai Bizottság, amelynek első, ideiglenes változata a 2018. évi Közös foglalkoztatási jelentésben (*Joint Employment Report*, JER) kerül felhasználásra, és egyelőre 14 kulcs- (*headline*) indikátort tartalmaz. (A hivatalos indikátortábla a <http://ec.europa.eu/eurostat/web/european-pillar-of-social-rights/indicators/scoreboard> helyen olvasható.) Az Európai Bizottság eredeti javaslata még 14 kulcs- és 21 másodlagos indikátort, valamint bontásaikat tartalmazta, de az utóbbiak változó minősége – és a tagállamok tiltakozása – miatt a tervezett másodlagos indikátorokat egyelőre nem használja az értékelésekben. Az indikátorok két kivétellel (bérek, aktív munkaerőpiaci eszközök) a már meglévő és alkalmazott értékelési eszköztárak – a foglalkoztatási teljesítmény monito-

rozása (EPM, 3 indikátor), a szociális védelmi teljesítmény monitorozása (SPPM, 6), közös értékelési keretrendszer (JAF, 3) – részei.

A kulcsindikátorok dimenzióként a következők:

- esélyegyenlőség és munkavállalás:
  - o korai iskolaelhagyás,
  - o nők és férfiak foglalkoztatása közti különbség,
  - o jövedelmi egyenlőtlenség,
  - o szegénység vagy társadalmi kirekesztettség kockázatának kitettek száma (AROE),
  - o nem dolgozó, nem tanuló fiatalok aránya (NEET);
- tisztességes munkafeltételek:
  - o foglalkoztatási szint,
  - o munkanélküliségi ráta,
  - o munkaerőpiaci aktivációs intézkedések (a legfrissebb információk szerint nem lesz része a JER-beli értékelésnek),
  - o háztartási bruttó jövedelem,
  - o bérek és bérjellegű juttatások (a legfrissebb információk szerint nem lesz része a JER-beli értékelésnek);
- szociális védelem és a társadalmi befogadás:
  - o a szociális védelmi kiadások (nyugdíjak kivételével) szegénységcsökkentő hatása,
  - o 3 évnél fiatalabbak bölcsődei részvétele,
  - o ki nem elégített egészségügyi szolgáltatási szükséglet,
  - o digitális készségek szintje.

Amint látszik, a 20 cél nem mindegyikéhez létezik kulcsindikátor (7, 8, 10, 18), és közelebbről is megnézve az is nyilvánvaló, hogy az egyes kulcsindikátorok nem fedik le teljesen az adott célt, azaz csupán korlátozott relevanciával bírnak az adott cél tekintetében; néhányan azonban több célt is mérnek. Néhány indikátor értelmezése (pl. aktív munkaerőpiaci eszközökben való részvétel) nem egyértelmű, azaz nem biztos, hogy a magasabb vagy az alacsonyabb érték jelenti a valóban jó teljesítményt, hiszen figyelembe kell venni az adott ország egyéb körülményeit (pl. a közszolgáltatások kiterjedtsége és jellegzetességei, a gazdaság szerkezete, párhuzamos eszközök alkalmazása stb.) is. Több indikátor esetében korlátozott az összehasonlíthatóság és a statisztikai megbízhatóság, míg néhány ország esetében nem áll rendelkezésre minden mérőszám.

Az Európai Bizottság az értékelés során – egyelőre – nem állít fel referenciaértékeket, amelyekhez viszonyítaná az országok teljesítményét. Az országok nyílt összehasonlítása se történik meg, hanem a tagországokat – a JER elfogadott módszertana alapján – 7 csoportba (kritikus; figyelendő; gyenge, de javuló; átlagos/semleges; jó, de figyelendő; átlagnál jobb; legjobban teljesítő) sorolják az egyes mérőszámok tekintetében, és figyelik az éves változásokat is. Egy előzetes, csak a 14 indikátoron végzett értékelés szerint Magyarország kevés indikátort tekintve van a kritikus helyzetben lévők között, de a legjobbak csoportjában is csak egy indikátorral – a sokat vitatott aktív munkaerőpiaci eszközökben való részvétel tekintetében – szerepel.

### Az egészség megjelenése a pillérben

A tág értelemben vett egészség témája több helyen is megjelenik a pillér célkitűzései között. Az egészséges, biztonságos és megfelelően kialakított munkakörnyezet (10. cél, de ehhez nincs kulcsindikátor), a megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog (16.), a megfelelő tartós ápolás-gondozás (18., ehhez sincs kulcsindikátor) közvetlenül, míg a fogyatékossgal élő személyek társadalmi befogadása (17.) és az alapvető szolgáltatásokhoz való hozzáférés (20.) közvetve szól az egészségről is. Az ezekhez tartozó egyetlen kulcsindikátor, a ki nem elégített egészségügyi szolgáltatási szükséglet időbeli alakulását az 1. táblázat mutatja.

Ezzel az indikátorral Magyarország viszonylag jó eredményt tud felmutatni, de ez nem jelenti azt, hogy hazánkban abszolút értelemben jó minőségű lenne az egészségügyi ellátás. Az összehasonlítás további korlátját jelenti, hogy az adatok több esetben elég megbízhatatlanok, ugyanakkor nagy vonalakban tükrözik a vélelmezett valóságot. A pillér egészségre és egészségügyi ellátásra vonatkozó megállapításai nem helyettesítik sem a JAF Health indikátorrendszer alapján végzett kísérleti országelemzést, sem a már ismert és bejáratott országelemzéseket (OECD, European Observatory on Health Systems and Policies).

Az Európai Bizottság eredeti javaslatában még szerepelt a „készpénzes egészségügyi kiadások aránya” indikátor is, ez azonban egyelőre – lévén inkább strukturális mérő – a többi másodlagos indikátorral együtt elutasításra került.

Amint látható, az egészségi jogok nem elsősorban a jó egészségi állapotot (és annak eredményét, pl. az egészségben eltöltött éveket), hanem az ehhez szükséges szolgáltatásokhoz való hozzáférést jelentik. Szintén hiányzik a megfelelő környezetre, valamint a prevencióra való utalás.

### A pillér Magyarország szempontjából

Magyarország szempontjából némiképp hátrányos, hogy a társadalmi kohézió megteremtése érdekében a szociális pillér ugyan támogatható lesz uniós forrásokból, azonban a kohéziós politika keretében a prioritás nem a legkevésbé fejlett régiók (Közép-Kelet-Európa) segítése lesz, hanem a legnagyobb szociális problémákkal küzdő tagállamok (főleg Dél-Európa) kiemelt támogatása. Aggályos továbbá a szociális sztenderdek felé történő konvergencia lehetséges kikényszeríthetősége az európai szemeszterbe való fokozatos beágyazás által, amit az Európai Bizottság elnöke 2017 őszén megerősített, de általános döntés még nem született róla. Ezzel párhuzamosan látható, hogy a szemeszter, amely eddig elsősorban a gazdaságpolitikai koordinációnak adott terepet, egyre inkább magába foglal szociális kérdéseket is, amelyek eddig leginkább a gazdaságpolitikának alávetetten szerepeltek, és úgy tekintettek rájuk, mint amelyek hátrányosan érintik a gazdasági versenyképességet.

### Várható hatások, a pillér jövője

Amint látszik, számos kérdés tisztázatlan még a pillérrel kapcsolatban. Meghatározó lesz, ahogy az Európai Bíróság, illetve más jogalanyok hivatkoznak majd rá. Szintén nem végleges még az előrehaladást mérő és mutató szociális eredménytábla, amelynek jelenlegi változata számos hiányosságot és kompromisszumot hordoz. Mindezek alapján várhatóan szükség lesz az Európai Unió statisztikai rendszerének továbbfejlesztésére. Az is kérdéses, hogy a mutatószámok bizonyos (negatív) alakulása milyen következményekkel jár, például milyen mélységben szerepelnek majd hivatkozási alapul az Európai Szemeszterben. További kérdéseket vet fel a pillérrel ugyan egyet nem értő, de azt elutasítani mégsem akaró országok tényleges magatartása.

A pillér tényleges hasznosulása tehát csak a gyakorlat ismeretében dönthető el.

1. táblázat: A megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog és az alapvető szolgáltatásokhoz való hozzáférés a ki nem elégített egészségügyi szolgáltatási szükséglet (túl drága, messze van, vagy hosszú várakozási lista; 16 éves vagy idősebb népesség, %) indikátorral mérve

ország / év	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Belgium	0,5	0,6	0,4	1,5	1,7	1,9	2,5	2,4	2,4
Bulgária	15,3	10,3	10,5	9,8	8,3	8,9	5,6	4,7	2,8
Csehország	0,7	0,6	1,0	1,1	1,0	1,0	1,1	0,8	0,7
Dánia	0,6	1,5	1,1	0,9	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3
Németország	2,2	2,1	1,8	1,7	1,6	1,6	1,6	0,5	0,3
Észtország	7,3	4,3	4,8	7,3	8,3	8,4	11,3	12,7	15,3
Írország	1,8	2,0	2,1	2,2	3,4	3,3	3,7	2,8	2,6
Görögország	5,4	5,5	5,5	7,5	8,0	9,0	10,9	12,3	13,1
Spanyolország	0,4	0,5	0,3	0,6	0,7	0,8	0,6	0,6	0,5
Franciaország	1,9	1,9	1,9	2,3	2,2	2,6	2,8	1,2	1,3
Horvátország	:	:	6,3	5,1	3,5	3,3	3,3	1,9	1,7
Olaszország	5,2	5,4	5,2	5,9	5,7	7,0	7,0	7,2	5,5
Ciprus	2,8	3,4	4,1	4,4	3,5	4,4	4,7	1,5	0,6
Lettország	9,9	9,9	15,1	16,1	12,4	13,8	12,5	8,4	8,2
Litvánia	5,7	3,1	2,6	2,8	2,3	3,2	3,7	2,9	3,1
Luxemburg	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,9	0,8	0,9	0,4
Magyarország	3,4	2,1	1,7	2,7	2,9	2,6	2,5	2,6	1,3
Málta	0,7	1,4	1,6	1,1	1,2	0,9	1,1	0,8	1,0
Hollandia	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	0,4	0,5	0,1	0,2
Ausztria	0,7	0,5	0,6	0,4	0,3	0,4	0,1	0,1	0,2
Lengyelország	6,0	7,6	8,3	7,9	9,0	8,8	7,8	7,3	6,6
Portugália	1,1	3,3	2,0	1,4	3,3	3,0	3,5	3,0	2,4
Románia	11,1	8,9	11,1	12,2	11,5	10,9	9,8	9,4	6,5
Szlovénia	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,4
Szlovákia	1,3	1,7	1,7	2,2	2,2	1,9	2,1	2,1	2,3
Finnország	0,8	3,7	3,9	4,4	4,6	4,3	3,3	4,3	4,1
Svédország	2,4	2,0	1,8	1,4	1,4	1,9	1,5	1,3	1,6
Egyesült Királyság	1,0	1,2	1,0	1,2	1,4	1,6	2,1	2,8	1,0

Forrás: [http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth\\_silc\\_08&lang=en](http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_silc_08&lang=en)

# Kábítószerügyi helyzetkép - Magyarország 2017 kiadványajánló

## Drug Overview – Hungary 2017 Issue Proposal

Szerző: Cseh-Szatmári Dóra ✉  
Nemzeti Drog Fókuszpont

Beküldve: 2018. 02. 20.  
doi: 10.24365/ef.v59i1.241

**Kulcsszavak:** drog; kábítószer-helyzet; Magyarország; éves jelentés

**Keywords:** drug; drug-situation; Hungary; annual report

2017 decemberében jelent meg a Nemzeti Drog Fókuszpont kiadványa, a *Kábítószerügyi helyzetkép - Magyarország 2017* címmel.<sup>1</sup> A kábítószer-helyzet monitorozásáért felelős fókuszpont minden évben elkészíti Éves jelentését a Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (*EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) számára a magyarországi droghelyzet aktualitásairól, a kiadást megelőző év statisztikai adatai alapján. Az Éves jelentés rendkívül részletes, főleg szakemberek számára készül. A nemrég megjelent tájékoztató kiadvány közreadásának célja, ezen Éves jelentés rövidített és közérthetőbb bemutatása.

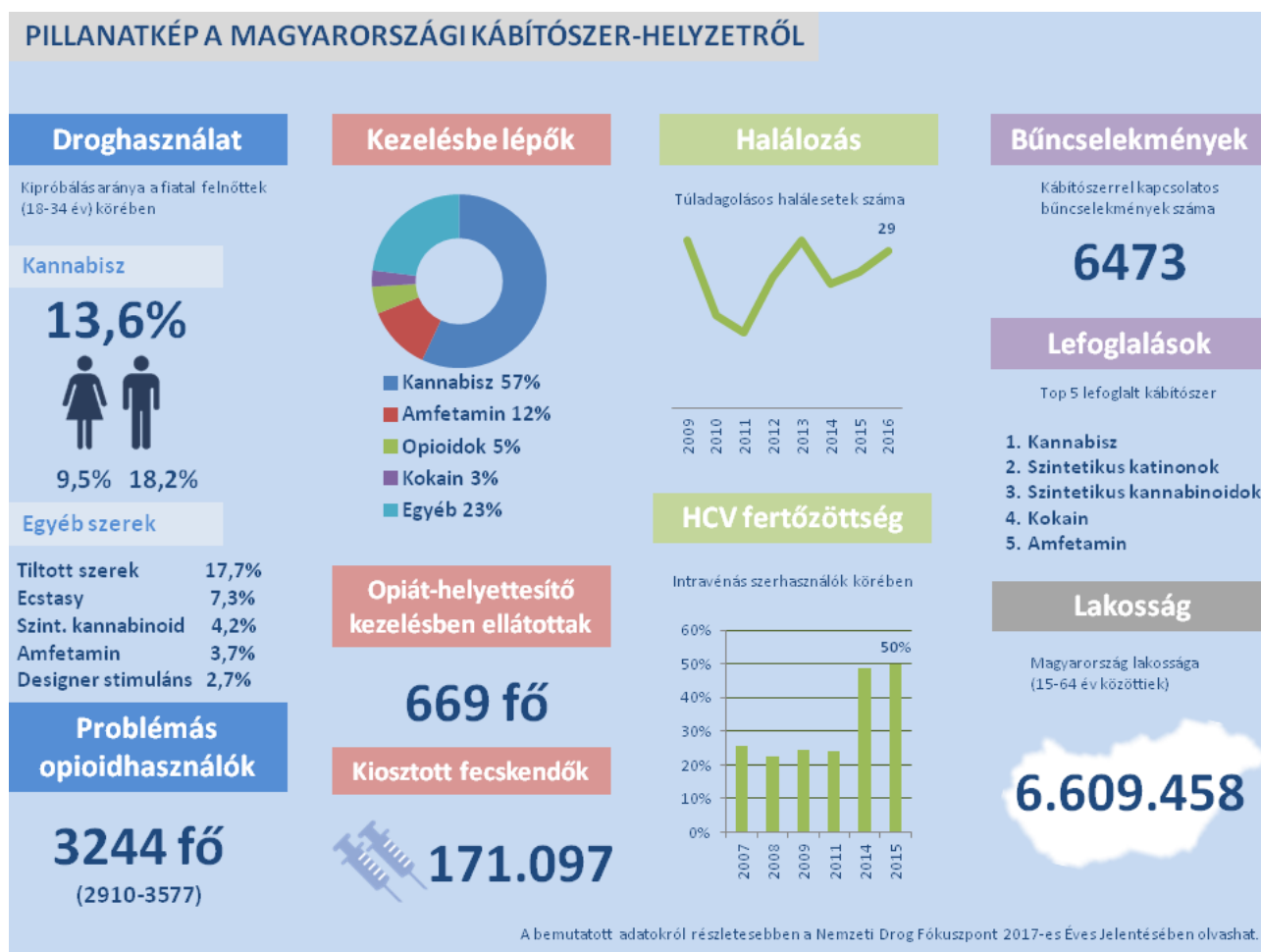
A kötet elején infografikák emelik ki az alapvető információkat a hazai statisztikákról és Magyarország Európai Unión belüli kábítószer-használati adatairól. A kiadvány végén részletesebb statisztikai táblák segítik a mélyebb tájékozódást.

Az 1. ábrából (Horváth et al., 2017) pillanatképet kapunk a magyarországi kábítószer-helyzetről, és a kiadványban bemutatott témákról, adatokról.

Az öt nagyobb tartalmi egységre osztott könyv a Nemzeti Drogellenes Stratégia és Szakpolitikai Program bemutatásával indul, melyben az aktuális nemzeti drogellenes stratégiát és szakpolitikai programot, az új pszichoaktív anyagokkal

kapcsolatos jogi szabályozási kereteket, valamint a Korai Jelzőrendszer működését és az elítéltek számát ismertetjük. A következő tartalmi egységben a hazai kábítószer-kínálatról és piacról összegyűjtött információkat tekintjük át. Összefoglaljuk a legfrissebb kábítószer-kereskedelmi adatokat a lefoglalástól a szállításon át, az utcai áráig, és a kábítószerrel kapcsolatos bűncselekmények számáig. A harmadik nagyobb egységben bemutatjuk a szerhasználati mintázatokat az általános népességben, ezen belül a felnőtt- és az iskoláskorúak körében, továbbá a problémás szerhasználat jellemzőin túl, a kezelési válaszleléseket is. A kábítószer-fogyasztással összefüggő ártalmak ismertetésével zárjuk a fejezetet, úgy mint a fertőző betegségek, kockázati magatartások és halálesetek adatai. A negyedik részben összefoglaljuk a drogprevenációs és ártalomcsökkentő beavatkozások aktuális helyzetét, bemutatjuk a hazai kábítószer-használók járóbeteg- és fekvőbeteg ellátórendszerét. Az ötödik fejezet a börtön, mint speciális kábítószer-használati tér jellemzőit és szakmai válaszait tárja fel. A kiadvány a Nemzeti Drog Fókuszpont munkásságának bemutatásával zárul. Az olvasó megismerheti feladatainkat, honlapunkat, korábbi kiadványainkat és partnereinket.

1. ábra: Pillanatkép a magyarországi kábítószer-helyzetről



Forrás: Horváth et al., 2017

Az utóbbi években jelentősen átalakult a hazai és európai kábítószer-helyzet, ami az új pszichoaktív anyagok megjelenésének köszönhető. A változás nem csak a kábítószer-fogyasztás jellemzőiben, hanem a megjelenő ártalmakban is mérhető. Az újonnan felbukkanó anyagok kiemelt fontosságúvá tették a monitorozási, és a kockázatértékelési

rendszert, továbbá az új jogi keretek bevezetését. Mindez hatással van a kábítószerpiacra és a bűnügyi adatokra is. A kiadvány bemutatja, hogyan alakultak ezen változások 2016-ban Magyarországon. A kiadvány letölthető a Nemzeti Drog Fókuszpont honlapjáról: [www.drogfokuszpont.hu](http://www.drogfokuszpont.hu)

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> Horváth G. C., Zsuzsa K., Anna P., Ágnes P. (2017). Kábítószerügyi helyzetkép - Magyarország 2017. Budapest: Nemzeti Drog Fókuszpont.

# Tartui felhívás az egészséges életmódért Közös fellépés az egészséges életmód előmozdításáért

Tartu call for a healthy lifestyle; Joint actions to promote healthy lifestyles

Szerző: Veress Réka ✉  
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2017. 01. 26.  
doi: 10.24365/ef.v59i1.227

**Kulcsszavak:** egészséges életmód, testmozgás; táplálkozás; HEPA

**Keywords:** health, physical activity; nutrition; HEPA

2017. szeptember 23-án, az Európai Sporthét nyitónapján fontos szakpolitikai kezdeményezés született az Európai Unióban, amelynek célja az egészséges életmód előmozdítása. Az ész EU elnökség alatt Tartuban 3 uniós biztos aláírta az úgynevezett Tartui Felhívást az Egészséges Életmódért (*Tartu Call for a Healthy Lifestyle*). Navracsics Tibor, oktatásért, kultúráért, ifjúságért és sportért, Vytenis Andriukaitis, egészségügyért és élelmiszerbiztonságért és Phil Hogan, mezőgazdaságért és vidékfejlesztésért felelős uniós biztosok az egészségügyi, a sport, az oktatási és az élelmiszerral kapcsolatos politikák közötti fokozottabb együttműködés mellett kötelezték el magukat.

A felhívás 15 pontban mutatja be a 3 uniós biztos portfólióját érintő célkitűzéseket és vállalásokat, amelyek megvalósítását 2019 második félévében értékelik. A dokumentum cselekvési tervként is értékelhető, hiszen a megfogalmazott vállalások többsége konkrét akció, nem elméleti célkitűzés.

## A felhívás alapfelvetése:

„A mozgáshiány, az ülő életforma és az egészségtelen táplálkozás jelentős társadalmi probléma

Európában, amelynek kedvezőtlen hatásai az európaiak egészségi állapota, jólléte, illetve a gazdaság és az egészségügyi rendszerek terén egyaránt megmutatkoznak.”

A közös fellépés illeszkedik az Európai Unió egészségfejlesztő testmozgás (*health-enhancing physical activity - HEPA*) terén megfogalmazott célkitűzéseihez, ahol hangsúlyosan megjelenik az igény az ágazatok közötti együttműködésre. A dokumentumban szereplő intézkedések közül több már megvalósult, illetve folyamatban van. 2017. december 4-5-én az Európai Bizottság Brüsszelben rendezte az első HEPA klaszter találkozót, amely nagy sikerrel zajlott, egy fórumba tömörítve az egészségfejlesztő testmozgás területén illetékes kormányzati és nem kormányzati szervezetek képviselőit.

A felhívásban szereplő egészségfejlesztő testmozgásra vonatkozó ország adatlapokat 2018 során frissítik a HEPA nemzeti kapcsolattartók hálózatán keresztül.

*A Felhívás szövege – hivatalos magyar fordítás – a mellékletben olvasható.*



## Tartui felhívás az egészséges életmódról

Közös fellépés az egészséges életmód előmozdításáért

### I. Navracsics Tibor, Vytenis Andriukaitis és Phil Hogan biztosok elismerik, hogy:

- A mozgáshiány, az ülő életforma és az egészségtelen táplálkozás jelentős társadalmi probléma Európában, amelynek kedvezőtlen hatásai az európaiak egészségi állapota, jólléte, illetve a gazdaság és az egészségügyi rendszerek terén egyaránt megmutatkoznak.
- Tudományosan bizonyított tény, hogy a rendszeres testmozgás kedvező hatással van az egészségre és a jóllétre, míg hiánya az egészségi állapot romlásához vezet, főként a későbbi életszakaszokban. A kutatások ugyanakkor kimutatták azt is, hogy a sport jelentősen kihat a tanulási eredményekre, illetve később a munkaerőpiacon való sikeres boldogulásra.
- Napjainkban a túlsúlyosság<sup>i</sup>, különösen pedig a gyermekkori elhízás egyre növekvő méreteket ölt. E probléma legfőbb kiváltó oka az egészségtelen étrend és a mozgáshiány.
- A rossz egészségi állapot és a túlsúlyosság<sup>i</sup> negatív hatásai felnőttkorban mutatkoznak meg, jelentős terhet róva mind az egyénre, mind pedig a társadalom egészére. A statisztikák szerint az érintett felnőttek általában kevesebbet keresnek, nagyobb nehézségek árán találnak munkát, és jobban ki vannak téve a társadalmi kirekesztettség kockázatának.
- Fontos tehát, hogy a gyermekekben és fiatal felnőttekben tudatosítsuk az egészséges és kiegyensúlyozott étrend, valamint a megfelelő testmozgás fontosságát, ami egészséges életmód kialakítására és egészségük megővására ösztönzi őket.
- Népszerűsíteni kell az egészséges ételkészleteket, egyúttal biztosítva a biztonságos, fenntartható és megbízható ételkészletellátást.
- Az egészségtelen étrend és a mozgáshiány – a dohányzás és a túlzott alkoholfogyasztás

mellett – szélesebb körben elterjedt a társadalom hátrányosabb helyzetű rétegeiben. A célzott szakpolitikáknak és fellépéseknek tehát el kell érniük és be kell vonniuk e csoportokat is. Ily módon hozzájárulhatnak a társadalmi kirekesztés visszaszorításához és egy igazságosabb társadalom megerősítéséhez.

- Az egészséges táplálkozás és a testmozgás népszerűsítéséhez elengedhetetlen az egészségügyi, a sport-, az oktatási és az élelmiszerrel kapcsolatos politikák közötti fokozottabb együttműködés.

### II. Navracsics Tibor, Vytenis Andriukaitis és Phil Hogan biztosok ezért az alábbi közös fellépéseket irányozzák elő a következő két évre:

1. A testmozgást népszerűsítő projektekre elkülönített források növelése az Erasmus+ program „sport” fejezeténél, adott esetben egyes konkrét területek, pl. az iskolai projektek előtérbe helyezésével.
2. Az Európai Innovációs és Technológiai Intézet (EIT) által támogatott tudományos és innovációs társulások, az EIT-Egészség és az EIT-Élelmiszer ösztönzése az egészséges életforma népszerűsítését és tudatosítását szolgáló innovatív koncepciók fejlesztésére és támogatására.
3. Az európai sporthét felhasználása az egészséges életforma népszerűsítésére, különös tekintettel a gyermekekre, az idősekre és a hátrányos helyzetű népességre.
4. Az egészséges életforma népszerűsítése a gyermekek és fiatalok körében, ezen belül az iskolák és sportegyesületek támogatása partnerségek kialakításában és fejlesztésében.
5. A 2017 augusztusában indult uniós iskolagyümölcs-, iskolazöldség- és iskolatej-program népszerűsítése, amely mezőgazdasági termékek iskolai kiosztásával, valamint számos kísérő pedagógiai anyag, pl. tanári oktatócsoomag segítségével járul hozzá az egészségesebb étrendek kialakításához.
6. Az egészséges táplálkozási szokásokat, valamint a gyümölcs- és zöldségfogyasztást

<sup>i</sup> Az eredeti dokumentumban az "obesity" kifejezés szerepel, amelynek a magyar megfelelője az „elhízás” (a szerk.).

- népszerűsítő kampányok (pl. „Zöldséget, gyümölcsöt naponta ötször” kampány) támogatása a mezőgazdasági termékek promóciójára irányuló éves felhívások révén.
7. Az egészséges életformát népszerűsítő tevékenységek és a hozzájuk rendelt források koordinálása terén az érintett bizottsági szolgálatok között kialakult együttműködés folytatása.
  8. Az egészségügyi és sporthálózatok közötti párbeszéd erősítése a testmozgást népszerűsítő nemzeti kapcsolattartó pontok hálózata és a táplálkozással és a testmozgással foglalkozó magas szintű munkacsoport közös ülései révén, illetve a többi érintett bizottsági szolgálat ösztönzése az ezen erőfeszítésekben való részvételre.
  9. Az egészséges életmód népszerűsítése a Bizottság által szervezett események és konferenciák, pl. az európai sporthét, a sportra vonatkozó uniós munkaterv (2011–2014) keretében az egészségfejlesztő testmozgásról rendezendő klasztertalálkozó, az európai uniós sportforum, a berlini Nemzetközi Zöld Hét vagy a párizsi Nemzetközi Mezőgazdasági Szalon révén.
  10. A testmozgás beemelése a táplálkozással és a testmozgással foglalkozó magas szintű munkacsoport, illetve a Táplálkozás, Testmozgás és Egészség Európai Unió Platform prioritásai közé.
  11. Rendszeres párbeszéd fenntartása az egészséges életvezetésről az Európai Parlamenttel, nevezetesen a Kulturális és Oktatási Bizottsággal, a Környezetvédelmi, Közegészségügyi és Élelmiszer-biztonsági Bizottsággal és a sporttal foglalkozó frakcióközi munkacsoporttal.
  12. Az egészségügyi mutatókhoz, illetve a főként a testmozgással, az egészséges táplálkozással, az elhízással és az egészségügy terén elért eredményekkel kapcsolatos szakpolitikai fellépésekhez és tevékenységekhez kapcsolódó adatgyűjtés minőségének javítására szolgáló megfelelő mechanizmusok azonosítása az illetékes bizottsági fórumokon belül.
  13. Mélyrehatóbb kutatások és új tudás felhalmozása az európai polgárok egészséggel kapcsolatos felfogásáról és szokásairól, illetve életmóddal kapcsolatos döntéseik mozgatórugóiról, valamint arról, hogy e döntések hogyan befolyásolják a különböző társadalmi-gazdasági csoportok társadalmi eredményeit.
  14. Az egészségfejlesztő testmozgásra vonatkozó naprakész országadatlapok közzétételének, illetve a bevált gyakorlatok gyűjtésének, megosztásának és alkalmazásának támogatása (pl. olyan kezdeményezések, amelyek segítik és ösztönzik a háziorvosokat, hogy pácienseik számára rendszeres testmozgást írjanak elő). A költséghatékony egészségnevelési és betegségmegelőzési (a mozgáshiányt kezelő) intézkedések bevált gyakorlatainak azonosítása, illetve ezen információk továbbadása az egészségfejlesztéssel, a betegségmegelőzéssel és a nem fertőző betegségek kezelésével foglalkozó irányítócsoporthoz, továbbá a tagállamok segítése e gyakorlatok végrehajtásában.
  15. Egy tanulmány elkészítése a munkahelyi testmozgásról, a munkahelyi egészségmegőrzés támogatására.

### III. Navracsics Tibor, Vytenis Andriukaitis és Phil Hogan biztosok az alábbi útitervben állapodtak meg:

- A 2017-es európai sporthét nyitányaként az észtországi Tartuban az egészséges életmódról rendezendő szeminárium kulcsfontosságú lesz a különböző szakpolitikai területek között a Bizottságon belül megvalósuló együttműködés erősítése szempontjából, melynek célja nevezetesen az egészségtelen életmód, különösen pedig a mozgáshiány jelentette társadalmi, egészségügyi és gazdasági kihívások kezelése.
- A *Tartu Call for a Healthy Lifestyle* (Tartui felhívás az egészséges életmódról) című dokumentum az egészségfejlesztő testmozgásról 2017 decemberében tartandó szakértői találkozó alkalmával kerül ismertetésre a sporttal foglalkozó szervezetek körében.

- A következő, 2018 és 2019 tavaszán megrendezendő európai uniós sportfórumokon az egészséges életmódoknak szentelt műhelytalálkozók kerülnek megrendezésre.
- A vállalások megvalósítása terén elért előrelépés értékelésére az egészséges életmódról 2019 második félévében megrendezendő szeminárium keretében kerül sor.

Tartui felhívás az egészséges életmódról angol nyelvű elérhetősége: [https://ec.europa.eu/sport/sites/sport/files/ewos-tartu-call\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/sport/sites/sport/files/ewos-tartu-call_en.pdf)

Navracsics Tibor  
Oktatásért, kultúráért, ifjúságért és sportért felelős  
uniós biztos

Vytenis Andriukaitis  
Egészségügyért és élelmiszer-biztonságért felelős  
uniós biztos

Phil Hogan  
Mezőgazdaságért és vidékfejlesztésért felelős uniós  
biztos

## A gyógytestnevelés jelentősége a szekunder rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában – A megújulás szükségessége és irányai

Significance, reorientation, need for renewal of adapted physical education in the secondary rehabilitation and health development process

Szerzők: Simon István Ágoston ✉, Kajtár Gabriella

*Soproni Egyetem Benedek Elek Pedagógiai Kar, Művészeti és Sporttudományi Intézet*

Beküldve: 2017. 12. 15.

doi: 10.24365/ef.v59i1.222

**Összefoglaló:** Örvendetes, hogy Magyarországon egyre nagyobb publicitást kap az egészség megőrzésével, fejlesztésével kapcsolatos tevékenységek jelentőségének hangsúlyozása. Hazánkban a fiatal, a felnőtt és az idős lakosság egészségi állapotának minősége még nem éri el a kívánt szintet, ezért szükség van olyan tevékenységek propagálására, amelyek elősegítik a lakosság egészségének minél magasabb szintre emelését. Ezek közé tartozik a gyógytestnevelés is, amely Európában egyedülálló módon – a problémák ellenére is – magas szintű szervezethez és megfelelő hatékonysággal valósítja meg az iskolai rehabilitációt, és segíti a tanulók egészségfejlesztését. A több mint 100 éve szervezett formában megvalósuló gyógytestnevelést napjainkban számos probléma és új körülmény övezi, amelyek részben negatívan befolyásolják hatékonyságát, ugyanakkor új lehetőséget mutatnak. Szükségessé vált a gyógytestnevelés fogalmának, céljainak, feladatainak újradefiniálása, a rehabilitáció és az egészségfejlesztés folyamatában betöltött szerepének meghatározása, a fejlesztés irányainak kijelölése.

**Kulcsszavak:** gyógytestnevelés, szekunder rehabilitáció, megújulás

**Summary:** It is encouraging that in Hungary the significance of activities in connection with health preservation and development are publicised more and more widely. The quality of health condition of the young, adult and older population has not still achieved the required level in our country for that reason there is a need for promoting activities that encourage upgrading the health of Hungary's population. These activities include adapted physical education, which, uniquely in Europe – and despite the problems – pursues school rehabilitation and health development in an adequate and effective manner and with an appropriate degree of organization. Although adapted physical education has been functioning in an organized way for more than 100 years, it has to face several problems and new circumstances, which have a negative impact on its efficiency, but on the other hand, provide new opportunities as well. The new situation makes it necessary to redefine the concept, objectives and tasks of adapted physical education as well as to define the frames of development and its role in the rehabilitation and health development process.

**Keywords:** adapted physical education, secondary rehabilitation, renewal

A rendszeres testedzés egészség-helyreállító, megtartó és fejlesztő hatását már az ókorban is felismerték és kihasználták. A terápiás céllal összeállított mozgásprogramok, a gyógygimnasztikák a XIX.

században kezdtek terjedni szélesebb körben a világon, köztük Magyarországon. A II. világháború előtti Magyarországon számos neves személyiség, orvos (pl. Schöpf-Mérei Ágoston, Batizfalvy Sámuel,

Dr. Dollinger Béla) állt ki a gyógygimnasztika jelentősége és fontossága mellett.<sup>1,2</sup> Ennek következménye lett a gyógytestnevelés elválása a gyógytornától, és iskolai bevezetése 1915-ben, majd egyre szélesebb körben való elterjesztése a későbbi években. A robbanásszerű fejlődés az 1950-es évektől számolható, aminek következtében számos szakirodalom jelent meg a Testnevelési Főiskola tanárai jóvoltából, akiknek köszönhetjük a magyarországi gyógytestnevelés magas színvonalú megjelenését. Dr. Csider Tibor, Dr. Nemessúri Mihály, Gárdos Magda, Dr. Mónus András: az ő szakmai útmutatójukból, tankönyveiből dolgozik nagyrészt még ma is a gyógytestnevelés szakma. Kijelenthetjük, hogy a *gyógytestnevelés érték*, amely Európában már csak Magyarországon van jelen ebben a szerterágazó és – minden kritikai megjegyzés ellenére - hatékony formában. Az európai szinten nem tudják definiálni a gyógytestnevelést, mert az iskolai rehabilitáció ilyen mérvű

szerevezettsége nem ismert az európai országokban. Szinte azt mondhatjuk, a gyógytestnevelés „hungarikum”<sup>i</sup>. Mindezen pozitívumok ellenére a gyógytestnevelés jelenleg számos problémával küzd. Nem a gyógytestnevelő tanárok elhivatottsága, szakmai igényessége és a gyermekek iránti odaadása csökkent, hanem a gyógytestnevelést körülvevő közeg, a törvényi szabályozás megváltoztatása és az egészség helyreállításáért, fejlesztéséért, megőrzéséért tevő szakmák közti koordináció hiánya okozza a felmerülő problémákat. A gyógytestnevelésnek szükségszerűen meg kell újulnia, szerkezetileg, szakmailag. A fentiek érdekében újra kell definiálni a gyógytestnevelés fogalmát, céljait, feladatait, hogy egyértelműen, megalapozottan meg tudjuk határozni területeit, szerepét a rehabilitáció és egészségfejlesztés folyamatában, helyét a nevelés-oktatás rendszerében. A fiatal és felnőtt lakosság egészségi állapotának javítása Magyarországon fontos feladat, amelyben a gyógytestnevelésnek, mint speciális nevelési területnek meghatározó szerepet kell betöltenie. A szakemberek szakmai, pedagógiai felkészültsége, szemlélete, elhivatottsága az egészség-helyreállítás és -fejlesztés területén indokoltá teszi, hogy a gyógytestnevelés ne csak az iskolás korosztály számára váljék elérhe-

tővé, hanem a felnőtt, az idős lakosság és a sportolók számára is.

Tanulmányunkban a gyógytestnevelés helyzetének rövid elemzése után fogalmának, céljainak, feladatainak, rehabilitációban betöltött szerepének újra-definiálásán keresztül szeretnénk meghatározni a gyógytestnevelés helyét, szerepét és jövőképét az iskolás korosztály, illetve a felnőtt, idős lakosság és a sportolók egészség helyreállítása és fejlesztése területén. Az előzőekben leírtak elengedhetetlen feltételei a megújulásnak, az elfogadottságnak, és útmutatóul szolgálhatnak a döntéshozóknak és a gyógytestnevelő tanár társadalomnak az elkövetkező időszak munkájához.

## A GYÓGYTESTNEVELÉS HELYZETE NAPJAINKBAN

Az 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról lehetőséget adott a gyógytestnevelés több megjelenési formájára. A gyógytestnevelést lehetett szervezni iskolában, szakszolgálati rendszerben és kistérségi társulás keretében. A különböző megjelenési formák révén az ellátandó tanulók egy kijelölt központi helyen vagy saját iskolájukban vehettek részt a gyógytestnevelés órán. Minden esetben a helyi adottságoknak megfelelően a legjobb megjelenési forma valósulhatott meg. A gyógytestnevelő tanárok a tanulókkal közvetlen viszonyt, jó munkakapcsolatot tudtak kialakítani a napi rendszerességgel létrejövő találkozások révén. A rendszerben voltak hibák, de alapvetően jól működött. Ezt az állapotot változtatta meg negatív irányba a Nemzeti Köznevelésről szóló 2011. évi CXC. törvény és a 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről, amikor a pedagógiai szakszolgálatok körébe sorolta a gyógytestnevelést, és így az kikerült a közismereti tantárgyak közül. A törvényi változások következtében a gyógytestnevelő tanárok kikerültek az iskola kötelékéből, és az eddig meglévő jó tanár-tanuló kapcsolatrendszer negatívan megváltozott. A szakszolgálati rendszerben tevékenykedő „utazó” gyógytestnevelő tanárok sok esetben – mivel nincsenek naponta jelen az intézményben – nem tudnak kialakítani megfelelő pedagógiai kapcsolatot a tanulókkal, ami alapfelté-

<sup>i</sup> Dr. Gunda András a Testnevelési Egyetem gyógytestnevelés képzésért évtizedekig felelős oktatója határozta így meg a gyógytestnevelést több alkalommal.

tele a sikeres rehabilitációs tevékenységnek. Az előbb vázolt helyzetet súlyosbítja, hogy az egészségügy, nem ismerve a gyógytestnevelés céljait, feladatait, szemléletformálásban és a rehabilitációs folyamatban betöltött meghatározó szerepét, nem együttműködő partnerként, hanem néhány területen (helytelenül) „versenytársként” tekint a gyógytestnevelésre. A változásoknak azonban vannak pozitív eredményei is. A szakszolgálati rendszer lehetőséget ad a gyógytestnevelő szakma összefogására, és ezáltal az új szakmai ismeretek minél gyorsabb eljuttatására a gyógytestnevelő tanárokhoz, szakmai munkaközösségek létrehozására, az ellátás minél szélesebb körű megszervezésére, de a gyermekek személyiségformálására, egészség-tudatos nevelésére teljes mértékig nem alkalmas. Összegezve elmondható, hogy az iskolai gyógytestnevelés jelenlegi helyzete nehéz, de az alapvető szakmai kritériumok – mint a gyógytestnevelő tanárok szakmai, pedagógiai felkészültsége,<sup>3</sup> elhivatottsága, az ellátás szervezettsége, a szakmai továbbképzési rendszer – stabilan jelen vannak. Ezek alapot adnak a pozitív jövőkép kialakításához és annak megvalósításához.

### A GYÓGYTESTNEVELÉS JÖVŐJÉT ÉS SZEREPÉT BEFOLYÁSOLÓ ÚJ TÉNYEZŐK

A magyarországi felnőtt társadalom egészségi állapota az egyik legrosszabb az EU-ban, a vezető halálokok közt megtalálhatjuk a szív- és érrendszeri, daganatos betegségeket, illetve magas az életminőséget negatívan befolyásoló mozgásszervi elváltozások aránya is. Ezek a tények komoly terhet rónak az államra, azon belül az egészségügyi ellátórendszerre. Tovább nehezíti a helyzetet, hogy a felnőtt lakosság várható élettartama kitolódik, a 65 év feletti korosztály aránya 2030-ra elérheti a 21,5%-ot is.<sup>4</sup> A várható élettartam Magyarországon 2015-ben 78,61 év volt,<sup>5</sup> és sajnos elmondható, hogy a 65 év fölötti korosztály a legérintettebb a krónikus betegségek szempontjából, ami nagy anyagi terhet ró a társadalomra. Szükséges olyan prevenciók, rehabilitációs tevékenységeket előtérbe helyezni, amelyek elősegítik a felnőtt lakosság egészségi állapotának pozitív irányú megváltozását.

Az oktatásirányítás döntése alapján a felsőoktatási képzésben 2013 szeptemberétől felmenő rendszerben hozzárendelték az egészségfejlesztés tanár szakot a gyógytestnevelő tanár szakhoz, ennek

révén a gyógytestnevelő tanárnak lehetősége nyílik az iskolás és felnőtt lakosság egészségfejlesztési tevékenységének szervezésére, irányítására, elősegítve a lakosság egészségi állapotának pozitív változását.

A mindennapos testnevelés bevezetése, a sportakadémiák létrejötte a pozitív hatások mellett számos sportsérülést is eredményezhet. A sportrehabilitáció jelenleg az utánpótlásképzés területén nem teljesen megoldott. A primer rehabilitáció (gyógytorna) után a szekunder rehabilitációt általában nem alkalmazzák, holott a versenysportba történő minél gyorsabb visszatérés, az eredeti teljesítmény visszaállítása elvárás a versenyzők és a sportvezetés részéről is. A gyógytestnevelés ezen a területen is meghatározó szerepet tölthet be, ennek indokait a későbbiekben fejtjük ki.

### A GYÓGYTESTNEVELÉS FOGALMA, CÉLJA, FELADATA, HELYE A REHABILITÁCIÓS FOLYAMATBAN

A gyógytestnevelés fogalmát az eddigi meghatározások<sup>7,8</sup> leszűkítették az iskoláskorúak gyógytestnevelésére,<sup>6,7,8</sup> miközben az előzőekben leírt hatások következtében a gyógytestnevelés több, mint az iskoláskorúak intézményesített rehabilitációja. A gyógytestnevelés fejlődésének gátja lehet, ha csak az iskolai szekunder rehabilitációra, prevencióra szűkítjük le a tevékenységet, miközben egyre nagyobb igény merül fel más területeken e speciális testedzési forma végzésére.

*A gyógytestnevelés tágabb értelemben (adaptált testedzés) olyan rendszeres testedzés és szemléletformálás, amely a sport és a nevelés eszközeit, módszereit adaptált módon felhasználva segítséget nyújt az egészségi állapot és a teljesítőképesség minél nagyobb mértékű helyreállításában.*<sup>2</sup>

A tágabb értelmezés felöleli az iskolai gyógytestnevelés mellett a felnőttek (idősek), a sportolók és a fogyatékkal élők szekunder rehabilitációs tevékenységét is.

*Szűkebb értelmezésben a gyógytestnevelés (adaptált testnevelés) olyan oktatási-nevelési folyamat, amely az egyéni sajátosságok maximális figyelembevételével a testnevelés és a sport azon eszközeit, módszereit használja fel, amelyek az egészségi állapot és a teljesítőképesség minél nagyobb mértékű helyreállításához és az esélyegyenlőség megteremtéséhez nyújt segítséget.*<sup>2</sup>

Az eddigi meghatározásokhoz képest új elem az egyéni sajátosságok figyelembevétele és a teljesítőképesség helyreállítása, amelyek az adaptált fizikai aktivitástól és a kórházi *gyógytornától való egyértelmű elkülönítést* szolgálják.

A gyógytestnevelés célja kettős: egyrészt a testnevelés céljait figyelembe véve a megváltozott egészségi állapotú tanulók (egyének) teljesítőképességének és egészségi állapotának minél nagyobb százalékban történő helyreállítása; másrészt a nevelési folyamat eredményeként a rendszeres testedzés megszerettetése, az egészséges életmódra fogékony pozitív szemlélet kialakítása és a tanulók, felnőttek felkészítése arra, hogy életük során képesek legyenek elváltozásuknak, betegségüknek megfelelő testedzési formát megválasztani és végezni.

A gyógytorna Csermely<sup>9</sup> szerint speciális mozgásterápia, amely a megbetegedett szerv vagy testrész funkciójának helyreállítására irányuló gyakorlatokat tartalmaz, mindig figyelembe véve az egész testet. A gyógytorna célja a mozgás és egyéb funkciók (vérkeringés, légzés, idegműködés) helyreállítása, javítása.

A két rehabilitációs tevékenység számos jól meghatározható ponton különbözik egymástól [1. táblázat]. Itt szeretnénk kiemelni a legjelentősebb különbséget: a nevelést. A gyógytestnevelő

tanár munkájának nagy részét teszi ki az egyének nevelés általi személyiségformálása. A gyógytestnevelés csak akkor lehet sikeres, ha fiziológias változások mellett az egyénben az egészséges életmód iránti igény is kialakul. A tudatos életvezetésnek része a betegséghez, elváltozáshoz igazított testedzési formák végzése és a helyes táplálkozás, életvitel kialakítása. A gyógytestnevelésen részt vevőknél csak tudatosan felépített nevelési folyamat eredményeként tudjuk elérni az előzőekben leírtakat, amelynek kidolgozására és megvalósítására a pedagógiailag és szakmailag jól felkészült gyógytestnevelő a legmegfelelőbb személy. Az összehasonlítás során jól látható, hogy a gyógytestnevelés és a gyógytorna nem egymás ellen ható, hanem a rehabilitációs folyamatban egymásra épülő tevékenységek, amelyeknek összehangoltan kell működniük.

Az előzőekből következik, hogy a gyógytestnevelés a rehabilitációs folyamat meghatározó eleme, amely nélkül nem valósulhat meg az egyén egészségének és munkavégző képességének lehető legnagyobb mértékű helyreállítása. E tény szükségessé teszi a gyógytestnevelés szoros kapcsolatát az egészségtudományokkal (anatómia, élettan, gyógytorna stb.), de az egészségi állapot és a teljesítőképesség sikeres helyreállításához és fenntartásához állandó kapcsolatot kell kialakítani a pedagógiával is.

1. táblázat: A gyógytestnevelés és a gyógytorna összehasonlítása<sup>2</sup>

Gyógytestnevelés	Gyógytorna
<b>Azonosság</b>	
Egészség helyreállítása, megőrzése	Egészség helyreállítása, megőrzése
Másodlagos prevenció	Másodlagos prevenció
<b>Különbség</b>	
Cél a teljesítőképesség helyreállítása	Cél a funkció helyreállítása
Oktatási feladat	Egészségügyi feladat
5-16 fős csoportokban dolgoznak	1-5 fős csoportokban dolgoznak
Enyhébb elváltozások korrekciója	Súlyosabb elváltozások korrekciója
Általános és célirányos izomfejlesztés	Célirányos izomfejlesztés
Nevel, személyiséget formál	Csak a gyógyításra koncentrálnak
Az egész személyt nézi, fejleszti	A betegség oldaláról közelít

A gyógytestnevelés az elsődleges rehabilitáció (gyógytorna) és az egészség helyreállása, fenntartása között mintegy katalizátor jelenik meg. A gyógytorna korrekciós gyakorlatait, a betegség gyógyítására koncentrálnó szemléletét egészíti ki a sport és a testnevelés testgyakorlataival, a pedagógia bevonásával pedig az ember teljességének szemléletével. E tényezők megjelenése felgyorsítja a rehabilitációs folyamatot, míg hiánya nagymértékben lelassítja, vagy több esetben visszafordítja az egészségi állapot javulását. A gyógytestnevelés ugyanakkor felkészíti a testgyakorlatok és a személyiségformálás révén a rehabilitáció harmadik, végső szakaszára, az egészség fenntartására, fejlesztésére, amelynek megvalósítási formái a rekreációs célú testedzések, a sportolás (mozgásos rekreáció). A gyógytestnevelés nem csak a korrekcióra koncentrálna, és így több, mint korrekciós gyakorlatok összessége. A gyógytestnevelés komplex terápiás folyamat, amely a testgyakorlatok révén nevel és személyiséget formál.

A fent leírtakból következően a gyógytestnevelés területeit két szempont alapján lehet csoportosítani:

- Betegségtípusok szerint:
  - A tartó-és mozgatórendszer gyógytestnevelése,
  - A belgyógyászati betegségek gyógytestnevelése,
  - A fogyatékkal élők gyógytestnevelése,
  - A mentális betegségben szenvedők gyógytestnevelése.
- Célcsoportok szerint:
  - A 18 év alatti korosztály gyógytestnevelése (adaptált testnevelése),
  - A felnőtt és idős korosztály gyógytestnevelése (adaptált sport vagy adaptált testedzés),
  - A sportolók szekunder rehabilitációja (sportrehabilitáció).

## A GYÓGYTESTNEVELÉS ÉS A GYÓGYTESTNEVELŐ TANÁRI MUNKA MEGÚJULÁSÁNAK TERÜLETEI

### Szakmai, tartalmi megújulás

A magyar lakosság aggasztó egészségi állapota szükségessé teszi a népegészségügy területén a rend-

szerszintű megoldási javaslatok kidolgozását. A kidolgozás során elsődlegesen figyelembe kell venni a gyermek- és ifjúsági korosztályt, de nem lehet figyelmen kívül hagyni a felnőtt, munkaképes és a nyugdíjas lakosságot sem. Az eredményes munka érdekében össze kell hangolni a prevenció (szűrések, rekreációs tevékenységek támogatása stb.), a primer rehabilitáció (gyógytorna), a szekunder rehabilitáció (gyógytestnevelés) és az egészségfejlesztés irányítását, amelyben a gyógytestnevelő tanárnak meghatározó szerepet kell kapnia. Egyértelműen (nem élesen) el kell különíteni a prevenció és a rehabilitáció különböző szintjeinek céljait, a szinteken végzendő feladatokat, tevékenységeket úgy, hogy az egymást követő szintek között bizonyos mértékű átfedések lehetőségét fenntartsuk. Jelenleg a gyógytestnevelés az óvodás és iskolás korosztály egészségének a helyreállításában fejti ki szervezett tevékenységét, az állami szerepvállalásnak köszönhetően. A felnőtt, idős korosztály, illetve a sportolók önfinanszírozással tudják megoldani a szekunder rehabilitációt, ami jelenleg a lehetőség minimális kihasználását eredményezi. Az állami finanszírozás kiterjesztése mellett szükséges a gyógytestnevelés tartalmi megújítása is, amelynek első lépése a szemléletváltás.

### Szemléletváltás

Jelenleg a gyógytestnevelés területén dolgozó pedagógusok azon munkálkodnak, hogy az egészségi állapotot és a teljesítőképességet minél rövidebb idő alatt helyreállítsák, és többségük a gyógytorna szemléletéhez közelítve, kiemelten alkalmazza a korrekciós gyakorlatokat, ezzel csökkentve a gyógytestnevelés hosszan tartó hatásait. A szakemberek másik csoportja a különböző sportágak adaptációját felhasználva végzi a rehabilitációs tevékenységet. A jelenlegi gyógytestnevelési munkában csak részben valósul meg az egyik fontos távlati cél: a tanulókat képessé tenni arra, hogy a felnőtt korukban végezhető, az elváltozásuk, betegségük javítását, tünetmentességét és egészségük fejlesztését szolgáló mozgásformákat, edzésformákat ki tudják választani. A szemléletváltás eredményeként a gyógytestnevelés minden tevékenységét az előzőekben említett célnak kell alárendelni. A nevelésnek, a felkészítésnek hangsúlyosabban kell megjeleníteni a gyógytestnevelői munkában, ami nem jelenti a jelenlegi tevékenységek gyökeres megvál-



toztatását, a korrekciós gyakorlatok száműzését. Az új szemlélet tudatosabb tervezést, munkát igényel a gyógytestnevelő tanártól. Felül kell vizsgálnia, hogy az eddig felhasznált testgyakorlatok, oktatási és nevelési módszerek, eljárások megfelelnek-e a távlati céloknak, és ezek szerint kell megújítani a tantervet, a tanmeneteket. Az új tantervekben megfelelő egyensúlyban kell megjeleníteni a korrekciós gyakorlatoknak, a sportjátékoknak, a különböző sportági ismereteknek és nem utolsósorban a testnevelési játékoknak, de meg kell jelenniük azoknak a szabadidős tevékenységeknek is, amelyek végzése elősegíti az egészség fenntartását és fejlesztését. Az előzőekben felsoroltakat kiválóan szolgálja a mindennapos testnevelés bevezetése. A heti öt gyógytestnevelés óra lehetőséget biztosít minden terület megfelelő idejű fejlesztésére.

A szakmai megújulás tárgyalásakor nem kerülhetjük meg a nevelői felfogás adaptálását a mai kor fiataljához, emberéhez. Napjaink gyógytestnevelő tanára a tekintélyelvű pedagógiával nem végezhet eredményes munkát. Empatikus, megértő tanárként meg kell nyernie a feladatoknak a tanulókat, és facilitátorként végeznie a munkáját. Kutatásaink is bizonyították, hogy ennek a szerepnek a gyógytestnevelő tanárok legnagyobb része megfelel.<sup>3,10</sup> Ezen a területen elsősorban a megerősítés szükséges a gyógytestnevelő tanárok számára, hogy korszerű és megfelelő felfogással közelítenek a tanulókhöz. Új elem lehet a szülőkkel való kommunikációs technikák elsajátítása, az ő támogatásuk nélkül a gyógytestnevelő tanár kiszolgáltatottá válik a rehabilitációs folyamatban.

### Sportrehabilitáció

Az utánpótlássport fejlesztése, a sportági akadémiák számának növekedése, a versenysport utánpótlásában megvalósuló teljesítménycentrikus felfogás elterjedése, valamint a nem minden vonatkozásban körültekintő felkészítés következtében az utánpótláskorú versenyzők körében megnőtt a súlyos sportsérülések száma, amely nem megfelelő kezelés esetén a sportoló karrierjébe is kerülhet. Jelenleg az utánpótlás-egyesületek esetében nem fordítanak megfelelő figyelmet a fiatal sportolók szakszerű rehabilitációjára. Minél fiatalabb egy versenyző, annál kevésbé törődnek az egészség és a teljesítőképeség nagyarányú, gyors és szakszerű helyreállításával. Sok esetben az erőnléti edző,

személyi edző vállalja fel a rehabilitációt annak ellenére, hogy nincs erre a területre szóló szakirányú végzettsége. A tanulmány elején már említett rehabilitációs folyamat fokozatainak (gyógytorna, gyógytestnevelés, rekreáció) a versenysportban is meg kell jelenniük. A gyógytornász szakma, mint az elsődleges rehabilitáció megvalósítója, felismerte a versenysport igényét a szakszerű rehabilitáció iránt, és mester-, illetve szakirányú képzésekben részesíti a szakembereket. A szekunder rehabilitációt végző gyógytestnevelő tanároknak is be kell kapcsolódniuk a sportrehabilitáció folyamatába, hiszen pedagógiai, edzéselméleti, sportágismereti és mozgásterápiás felkészültségük, egészségcentrikus szemléletük alkalmassá teszi őket a sportrehabilitáció második szakaszába való bekapcsolódásra. A képző intézmények feladata, hogy a gyógytestnevelő tanárok képzésébe, illetve továbbképzésébe beépítse a sportrehabilitációs szakemberek képzését, ezzel megteremtve a szakma számára a lehetőséget a sportrehabilitáció területén való tevékenységre. A sportegészségügy feladata pedig, hogy a sportorvosi hálózatra építve ezen a területen is egy sportrehabilitációs munkacsoportot hozzon létre, amelyben a sportorvos mellett gyógytornász, gyógytestnevelő és teljesítménydiagnosztikával foglalkozó szakember végzi a preventív, rehabilitációs munkát kooperatív együttműködés keretében, a rehabilitációs folyamatot egymás munkájára építve.

### A felnőtt és idős lakosság rehabilitációja, egészségfejlesztése

A nyugdíjas korú lakosság száma, és így arányszáma is világszerte növekvő tendenciát mutat.<sup>11</sup> A XXI. századi nyugdíjas már nem csak 5-10 évre tervezhető, hanem jóval hosszabb időszakokra. A meghosszabbodott élettartam sok esetben fizikailag inaktív életmóddal párosul, ami számos betegség megjelenésével jár együtt, köztük a vezető helyen szereplő szív- és érrendszeri, valamint a mozgató szervrendszeri betegségekkel. A rendszeres fizikai és szellemi aktivitás meghatározó tényezője a betegségek megelőzésének, és nagymértékben lassítja a szellemi és a fizikai leépülés folyamatát. A 60 év feletti korosztály egy része (még nem elegendően) már felismerte a rendszeres, testmozgás, testedzés jelentőségét a betegségek és negatív mentális állapotok megelőzésében, az öregedési folyamatok lassításában és a fizikai cselekvőképesség fenntartásában.<sup>12, 13</sup>

A sérülésekből, balesetekből, illetve a helytelen életmódból fakadó betegségek szekunder rehabilitációja jelenleg nem megoldott a felnőtt, illetve az idős korosztály körében. A felgyorsult, munkacentrikus világunkban jelentősége van annak, hogy az egyén milyen gyorsan és milyen mértékben tudja visszanyerni munkavégző-képességét. Az elsődleges rehabilitációval, a gyógytornával és a különböző fizioterápiás kezelésekkel elért eredmények legtöbb esetben nem biztosítják a teljes munkavégző-képesség, illetve teljesítőképesség visszaszerzését. Az elsődleges rehabilitációnak ez nem is célja és nem is feladata. A szekunder rehabilitációnak, így a gyógytestnevelésnek (adaptív testedzésnek) a célja és feladata teljesítőképesség minél nagyobb arányú helyreállítása. A gyógytestnevelő a mentális, a fizikai és az egészségi állapothoz igazított testedzéssel, a terhelés egyéni sajátosságok (életkor, sportelőélet, betegségtípus stb.) figyelembevételével képes a rehabilitációs folyamat nagymértékű rövidítését elérni. A gyógytestnevelők egészséges mértékben teljesítménycentrikus, egészségközpontú, a személyeket középpontba helyező, holisztikus szemlélete alkalmassá teszi őket a felnőtt és az idős korosztály szekunder rehabilitációjában, prevenciójában való sikeres munkára. Az alkalmasság, illetve rendszeresen szervezett különböző egyéni és csoportos programok segítségével a gyógytestnevelő sokat tehet a felnőtt- és idős korosztály egészségfenntartása és -fejlesztése, a munkavégző-képesség és a cselekvőképesség helyreállítása és fenntartása érdekében.

### Szerkezeti megújulás

#### „Utazó” és iskolai gyógytestnevelők

A 2011. évi CXC törvény a nemzeti köznevelésről,<sup>14</sup> illetve az azt követő 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet megváltoztatta a gyógytestnevelés szerkezeti megjelenését.<sup>15</sup> Az addig rugalmasan, jó hatásfokkal működő rendszert, amelyben a tanuló elsősorban saját iskolájában, az iskolájában dolgozó gyógytestnevelő tanár munkájának eredményeként juthatott ellátáshoz, és csak kisebb mértékben látta el a feladatot a pedagógiai szakszolgálat (a gyógytestnevelő tanár hiánya, illetve a fenntartói döntés következtében), felváltotta az iskolától sok tekintetben független, kisebb hatásfokkal működő rendszer. A régi, vegyes rendszer révén jól működött az ellátás, mert a legjobb személyi és tárgyi

feltételekkel rendelkező szervezeti formában valósult meg a rehabilitáció. Ennek legfőbb nyertese a gyermek volt. Az új szerkezeti rendszerben sok gyógytestnevelő tanárnak választania kellett a testnevelés és a gyógytestnevelés tanítása között,<sup>16</sup> és többen a testnevelés tanítását választották, így sok jól képzett gyógytestnevelő tanár került ki a rendszerből. Az utazó gyógytestnevelő (a pedagógiai szakszolgálatok nagyrészt így oldják meg az ellátást) tanár csak az órán találkozik a diákkal, és ez az idő kevés a célok teljes mértékű megvalósítására, a tanulók megismerésére.

Fontos, hogy a gyógytestnevelő tanár elsősorban a saját iskolájában lássa el a feladatát, ahol a tanórán kívül is rendszeresen találkozhat a tanulóival, ami hozzásegíti a felmerülő problémák gyorsabb megoldásához, és így összességében hatékonyabban tudja végezni a munkáját. Azokban az iskolában, ahol nincsenek meg a személyi feltételek, ott a pedagógiai szakszolgálat lássa el a feladatot. A vegyes rendszer a leghatékonyabb, mivel az adott iskolában a lehetőségek szerint a legjobb ellátási forma valósulhat meg. A jövő feladata lesz, hogy különböző fórumokon a döntéshozókat meggyőzzük a vegyes forma hatékonyságáról, és visszavezetésének szükségességéről. A készülő új Nemzeti Alaptanterv egyike lehet azon fórumoknak, ahol ezt a munkát elvégezhetik a szakma érdekképviselőit ellátó szervezetek.

#### Egészségügyi munkacsoportok felállítása az iskolákban

A szerkezeti megújulás másik lényeges területe a szűrés és az egészségfejlesztés irányítása. Jelenleg a szűrésért felelős egészségügyi rendszer, benne az iskolaorvosi rendszer, illetve az ellátást végző oktatási rendszer, benne a gyógytestnevelő tanár összehangolt munkája nem valósul meg. Kivételekkel találkozhatunk, de ezek nem a rendszer jó működéséből fakadnak, hanem a részt vevő személyek elhivatottságából. Szükséges felállítani iskolánként egy egészségügyi munkacsoportot, amelyet az iskolaorvos, a gyógytestnevelő tanár, a testnevelő tanár (amennyiben a gyógytestnevelő tanár nem az iskolában dolgozó testnevelő tanár) a védőnő és lehetőség szerint az iskolapszichológus (mentális egészség) alkot.

A feladatot függetlenített iskolaorvos, védőnő, pszichológus és az iskola tantestületébe tartozó gyógytestnevelő tanár látná el. A munkacsoport legfontosabb feladata a tanulók megfelelő kategóriába sorolása. A kategóriába sorolást jelenleg az

iskolaorvos végzi a szakorvos által megadott diagnózis alapján, és sok esetben nem veszi figyelembe a tanulók mentális állapotát, képességeit, a test-edzéssel kapcsolatos attitűdjét. A gyógytestnevelő tanár (testnevelő tanár) bevonása a döntési folyamatba, nagyban elősegíti a tanuló fejlődése szempontjából a legjobb besorolási kategóriába sorolást. Sok esetben előfordul, hogy az orvosi diagnózis alapján a tanuló könnyített testnevelésen vehetne részt, de számára a gyógytestnevelés hatékonyabb, adekvátabb forma lenne az egészségi állapotának és a teljesítőképeségének a helyreállítása szempontjából. Az egészségügyi munkacsoport több szempont figyelembe vételével hozza meg a döntését, amely a tanuló motoros fejlődésén túl a személyiségfejlődését is elősegíti. Ez biztosítja a hosszú távú célok elérését. A munkacsoport másik nagy feladata az iskolai egészségfejlesztés tervezése, szervezése és irányítása, amelyben a gyógytestnevelő-egészségfejlesztő tanárnak meghatározó szerepet kell szánni.

## ÖSSZEGZÉS

A gyógytestnevelés több mint 100 éves múltra tekint vissza, és Európában csak hazánkban valósul meg ebben a szervezett formában. A múlt és a szakmában dolgozók elhivatottsága a gyógytestnevelésért tenni akaró embereket arra kötelezi, hogy a szakma megújításával, időszakonként új célok és feladatok kijelölésével elősegítsék a gyógytestnevelés folyamatos fejlődését, szakmai elismertségének növelését. A gyógytestnevelés megújulása ma nagyon időszerű. A társadalmi változások szükségszerűvé tették új célok és feladatok kijelölését, amelyek egyértelműen meghatározzák a gyógytestnevelés helyét és szerepét a rehabilitációs folyamatban. Ebben a gyógytestnevelés meghatározó szerepet tölt be, és a sikerhez fontos a rehabilitáció különböző szintjein dolgozók együttműködése. Kiemelt feladatnak tartjuk, hogy a meglévő értékek megtartása mellett a gyógytestnevelés szemléletében, tartalmában megújuljon, alkalmazkodva napjaink kihívásaihoz.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Zaletnyik Z, Repiszky T (szerk.). A gyógyító mozgás művésze, Madzsar Alice emlékének. Budapest, Semmelweis Kiadó, 2012.
- <sup>2</sup> Simon I. A gyógytestnevelés elmélete és módszertana. Szombathely, Nyugat-magyarországi Egyetem SEK, 2015.
- <sup>3</sup> Simon IÁ, Kajtár G. A gyógytestnevelés órán alkalmazott sajátos gyógytestnevelő tanári módszerek. Magyar Sporttudományi Szemle. 2016;17(66):58.
- <sup>4</sup> Kopkáné Plachi J. A rendszeres fizikai aktivitás hatása az idős kori függetlenség megőrzésére 60 év fölötti nők esetében: randomizált kontrollált kísérlet. Doktori dolgozat, Testnevelési Egyetem, 2014.
- <sup>5</sup> KSH (2016) [http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_wdsd008.html](http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_wdsd008.html) Elérve: 2017. 03. 19.
- <sup>6</sup> Punyi AC. Kvoproszu o psihologiceszkih osnovah lecsebnjoj fiziceszkoj kulture. Fizkultura i Szport. 1959;27:25.
- <sup>7</sup> Nemessúri M. Gyógytestnevelés. Budapest, Tankönyvkiadó, 1965., p. 25
- <sup>8</sup> Gárdos M, Mónus A. Gyógytestnevelés. Budapest, Testnevelési Főiskola, 1991.
- <sup>9</sup> Csermely M. Fizioerápia. Budapest, Medicina Kiadó, 2009.
- <sup>10</sup> Simon IÁ, Kajtár G. A gyógytestnevelő tanár nevelői, szakmai attitűdje. Magyar Sporttudományi Szemle. 2015;62(2):60.
- <sup>11</sup> Molnár E. Az időskorú népesség jellemzői és életkörülményei, Budapest, KSH 2004.
- <sup>12</sup> Herpainé Lakó J, Olvasztóné Balogh Zs. Nagyszülők és unokák testedzésének aktuális kérdései az egészségfejlesztés tükrében. Egészségfejlesztés. 2007;48(1-2):14-6.
- <sup>13</sup> Olvasztóné Balogh Zs, Herpainé Lakó J, Bognár J, et al. Idős emberek életkörülményeinek és egészségmagatartásának vizsgálata. Egészségfejlesztés. 2011;52(5-6):24-30.
- <sup>14</sup> 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről
- <sup>15</sup> 15/2013. (II. 26.) EMMI rendelet a pedagógiai szakszolgálati intézmények működéséről
- <sup>16</sup> Vezér K, Pánger A, Farkas A, Bosnyák E, Simon IÁ. A gyógytestnevelő tanár helyzete és jövőképe napjaink köznevelési rendszerében. In: 47. Mozgásbiológiai Konferencia program és előadás kivonatok. 2017. p. 32-3.

# Kísérlet az egészség fogalmának újradefiniálására A Meikirch modell

A new approach to define health. The Meikirch modell

Szerző: Csizmadia Péter ✉  
*Emberi Erőforrások Minisztériuma*

Beküldve: 2018. 02. 13.  
doi: 10.24365/ef.v59i1.239

**Összefoglalás:** Az ENSZ által megfogalmazott millenniumi fejlesztési célok (MFC) segítettek abban, hogy globális szinten fokozottabb figyelem jut az egészségfejlesztésre, és a fenntartható társadalmi-gazdasági fejlődésre. Felismerve ezt a kihívást a globális közösség integrálni igyekszik a közös erőfeszítéseket az egészségi állapot javítás érdekében. Ezeknek az erőfeszítéseknek eredménye a Meikirch modell, amely egy új egészségdefiníciót alkotott meg. A modell szerint az egészség fő alkotóelemei: az egyéni tényezők, amelyek magukba foglalják az életút során keletkező szükségleteket és kihívásokat, az egyéni biológiai potenciálját; valamint az egészség társadalmi és környezeti tényezőit. Ezek a komponensek egymással kölcsönhatásban vannak, befolyásolhatják a kihívásokra adott megfelelő válaszokat és potenciálokat. A most bemutatott egészségmodell egy komplex gondolkodás terméke, amely egyesíti a különböző egészségfogalmak elemeit, valamint a szubjektív, tehát az egyénközpontú és a társadalmi-közösségi megközelítést is magába foglalja. Jó alapot nyújthat integratív, multiszektoriális, átgondolt egészségfejlesztési beavatkozások számára.

**Kulcsszavak:** egészség, egészségdefiníció, egészségmodell

**Abstract:** The Millennium Development Goals (MDGs) mobilized global commitments to promote health, socioeconomic, and sustainable development. Trends indicate that the health MDGs may not be achieved by 2015, in part because of insufficient coordination across related health, socioeconomic, and environmental initiatives. The Meikirch Model of Health posits that: Health is a state of wellbeing emergent from conducive interactions between individuals' potentials, life's demands, and social and environmental determinants. Health results throughout the life course when individuals' potentials – and social and environmental determinants – suffice to respond satisfactorily to the demands of life. Life's demands can be physiological, psychosocial, or environmental, and vary across contexts, but in every case unsatisfactory responses lead to disease. This conceptualization of the integrative nature of health could contribute to ongoing efforts to strengthen cooperation across actors and sectors to improve individual and population health.

**Keywords:** health, definition of health, modelling oh health

## BEVEZETÉS

Kevés olyan fogalom van, amelyet a szakemberek annyian, annyiszor mutattak be, elemeztek, vitáltak meg, rendszereztek, alkottak újra és újra, mint

az egészségét és a betegségét. Olyan fogalmakat, melyeket az emberek többsége nagyon is egyszerűnek vél, azokat e témákkal foglalkozó szakemberek

nagyon is bonyolultnak, sokdimenziósnek, klasszikus módon szinte definiálhatatlannak tartanak.

Lehet, hogy emiatt, de számos egészségfogalom létezik és születnek időről-időre újabbak. Jelen cikkben egy viszonylag új keletű egészségmeghatározást mutatunk be, amelyet a szerzője, Meikirch modellnek nevez.<sup>1</sup>

Ami biztosan állítható: az egészség, és ennek megfelelően a betegség fogalma követi a különböző történeti, társadalmi korok, kultúrák, hatalmi struktúrák változásait, az orvosi- és egészségtudományok fejlődését, szakmai preferenciáit, a gyógyításhoz kapcsolódó szolgáltatások gazdasági, piaci érdekeit. Bizonyos értelemben az emberiség történetének speciális olvasata is felfedezhető e fogalom változásainak megismerésével, ezért nem meglepő, hogy a szakirodalomban számos egészségdefiníció lelhető fel. Hazánkban több tanulmány jelent meg, amelyek az egészségfogalmakat nagy alaposággal számba vették, illetve különböző ismérvek szerint csoportosították, ezért csak néhány elméletet ismertetünk röviden, amelyek a Meikirch modell megszületését elősegítették.<sup>2,3</sup>

Először azonban egy rövid tudománytörténeti kitérő következik, ugyanis az ókori Hellász gondolkodói voltak az elsők, akik a „Mi az egészség?” kérdésre teoretikus választ igyekeztek adni.

### Ókori előzmények

A Kr. e. 6. században tevékenykedő görög filozófusok kapcsolták össze első ízben a filozófiát és az orvostudományt. Számos korai filozófus-orvost ismerünk, akik a gyógyítás mellett a dolgok természetét is tanulmányozták.

Alkmaion úgy gondolta, hogy az egészség bizonyos ellentétek egyensúlya, *iszonomiája*, míg a betegség az ellentétek valamelyikének túlsúlya, *monarkhiája*.

Philisztión szintén egyesítette magában a természetfilozófiát és az orvost. Azt a felfogást képviselte, hogy a négy elem harmóniájától függ az egészség. Az élet fő eleme szerinte a *pneuma*, amely mozgatja és élteti a testet. Ha ennek működését kóros nedvek befolyásolják, a szervezet megbetegszik, sőt el is pusztulhat.

Hippokratész „Az ember természetéről” című művében előadja a négy testnedvről szóló tanítá-

sát, mely szerint a négy nedv, a vér (*sanguis*), a sárga epe (*chole*), a fekete epe (*melaina chole*) és a nyálka (*phlegma*) tökéletes keveredése (*kraszisz*) szükséges az egészséghoz. A betegség a nedvek arányába beálló zavar.<sup>4</sup>

### Modern egészségdefiníciók

A modern kor egyik legismertebb (és egyben legvitatottabb) egészségdefinícióját az Egészségügyi Világszervezet alkotta meg, közvetlenül a második világháborút követően. Alkotmányának előszavában szerepel: „Az egészség a testi, szellemi és szociális teljes jólétnek állapota és nemcsak betegség vagy fogyatékoság hiányából áll.”<sup>5</sup>

Bár ez az egészségmeghatározás az Alkotmány aláírása (1948) óta nem változott, s vitathatatlanul a legtöbbet idézett gondolat, teljes az egyetértés abban, hogy ez a definíció sokkal inkább idealisztikus, mintsem a mindennapos népegészségügyi tevékenység – akár egyéni, akár közösségi szinten – elérendő vagy elérhető célja.

Az Ottawai Karta szerint a jó egészség alapvető forrása a társadalmi, gazdasági és egyéni fejlődésnek, és fontos dimenziója az élet minőségének. A politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális, környezeti, viselkedési és biológiai tényezők mind az egészség javára vagy kárára lehetnek.

Stokes és munkatársainak (1982) meghatározása az egészség alábbi elemeit ötvözi:

- anatómiai, fiziológiai és pszichológiai integritás,
- alkalmasság az egyén által hasznosnak tartott szerep betöltésére a családban, a munkahelyen és a társadalomban,
- alkalmasság a fizikai, biológiai és szociális stresszhelyzetek feldolgozására,
- a jóllét érzése,
- mentesség a megbetegedés és az idő előtti halálozás fenyegetésétől.<sup>6</sup>

Leegyszerűsítve, az egészség, a funkcionalitás egyén számára megfelelőnek ítélt szintje. Tekintettel arra a körülményre, hogy tökéletes egészség a gyakorlatban nem létezik, döntő tényező az egyén egészségérzete, azaz milyen mértékben elégedett fizikai, szellemi és szociális állapotával, általában funkcionalitásával. Az objektív mutatókkal jellemzett egészségi állapot gyakran nincs összhangban az egyén egészségérzetével – az ún. pozitív gon-

dolkodás pozitív viszonyulást jelenthet egészség-problémáihoz is, s azok funkcionális állapotában kevésbé jelentenek gátló tényezőt, míg máskor a fizikálisan

és mentálisan viszonylag jó egészségi állapotát is kedvezőtlennek ítéli meg az egyén, nyomasztó szociális-gazdasági gondjai közepette.<sup>7</sup>

Boorse 1975-ben felismerte az értéksemleges betegségfogalom megalapozásának fontosságát, ezért törekedett a definíció egzakt, tudományos tisztázására.<sup>8</sup> Amellett érvel, hogy az egészség a szervezet valamennyi alrendszerének funkcionális működése. Az alrendszer fogalmán belül érthetünk egy szervet (szív) vagy szervrendszert (idegrendszer), és az elme memóriáért vagy nyelvért felelős központját is. Boorse értelmezésében ez a következőképpen fest. Elsőként ki kell jelölni egy referenciaosztályt, ami viszonyítási alapul szolgál az egészség és a betegség fogalmainak elhatárolásához. Ennek fényében a betegség nem más, mint a megfelelő

referenciaosztálytól (csoport, faj, populáció) való funkcionális eltérés, nem több, mint deviancia és diszfunkció. Boorse szerint azok a funkciók, amelyek az ember relatív fitneszt növelik egészségesek (funkcionálisak), amelyek hátráltatják, kórosak (diszfunkcionálisak).

Boorse naturalista, értékizáró értelmezése a betegséget a természetes funkciók (*natural function*) interferenciájaként határozza meg, ami akkor következik be, ha a fajra jellemző funkcionalitásban eltérés (*deviation*) tapasztalható (Boorse, 1975). Az embólia ennek fényében például betegséggé értelmezhető, hiszen az érelzáródás a keringési rendszer diszfunkciója. Boorse szerint az ember összességében akkor egészséges, ha minden alrendszer elvégzi tipikus működését. Az egészség tehát ebben a kontextusban tisztán funkcionális meghatározású.

Statisztikai határértékek meghatározását javasolta minden lehetséges élettani funkció esetére. Az értékek, ha 95%-os tartományon belül esnek normál egészséget jelenthetnek, az ezen kívül eső eredmények betegségre utalnak. Ezt a megközelítést mérhetőnek értékelték, amely nem függ az értékítéletektől. Természetesen ez a megközelítésmód is elsősorban a merevsége miatt sok kritikát kapott.

Az egészség fogalmának jelenleg az egyik legkidolgozottabb megközelítése Lennart Nordenfelt definíciója. Nordenfelt szerint az egészség az egyén arra vonatkozó képessége, hogy standard körülmények között elérje az életcéljait, amelyek szükségesek és együttesen elégségesek a minimális boldogság eléréséhez.<sup>9</sup>

Nordenfelt definíciója azonban némiképp problematikus, hiszen a standard környezet fogalma azt a környezetet jelenti, amellyel egy adott társadalomban a legtöbb ember találkozik. A jelenlegi társadalomban ehhez hozzátartoznak az adott társadalom normái, intézményei, ideológiái is. Ez a meghatározás azonban kérdéseket is felvet: minden esetben betegnek tekinthető-e az, aki a normákhoz nem tud alkalmazkodni, szélsőséges ideológiai körülmények között nem tud minimális boldogságot elérni?

Betegnek tekinthetők-e azok, akik egy diktatórikus társadalom normáihoz nem tudtak alkalmazkodni? Ezért Nordenfelt gondolatait módosítva úgy fogalmazhatnánk, hogy egészséges az, aki ésszerű társadalmi normákhoz úgy képes alkalmazkodni, hogy minimális boldogsága lehetségessé váljon.<sup>10</sup>

David Seedhouse 1998-as egészségmeghatározása alapján az egészség optimális állapota egyenlő azon feltételek összességével, amelyek megléte esetén az egyén kibontakoztathatja a számára adott lehetőségek összességét.<sup>11</sup>

Ez a meghatározás lehetőséget ad arra, hogy egyénileg mást és mást tartsunk egészségesnek, de szükséges a feltételek figyelembevétele is. (A feltételek közé tartozik, hogy az egyén megfelelő táplálékhoz jusson, az időjárás viszontagságaitól védve legyen, hogy hozzáférjen minden olyan információhoz, amelynek hatása van az életére, hogy megértse:

közösségi lényként csak addig mehet a kibontakozással, amíg azzal másokat ugyanebben nem gátol.)

## A MEIKIRCH MODELL KÖZVETLEN ELŐZMÉNYEI

A nemrégiben kidolgozott Meikirch modell a felsorolt egészségdefiníciók mellett a globális egészség és a fejlődés nézőpontjából is sokat merített.<sup>12</sup> Az ENSZ által megfogalmazott millenniumi fejlesztés-

tési célok segítettek abban, hogy globális szinten addig nem látott források és figyelem jutott az egészségfejlesztésre és a társadalmi-gazdasági fejlődésre.

A 2000 szeptemberében megtartott Millenniumi Csúcstalálkozón fogadták el az ENSZ Millenniumi Nyilatkozatát, amely elköteleződött egy új globális partnerség mellett a mélyszegénység csökkentésére, számos dimenziójának, például, a kereseti szegénység, éhínség, betegségek és a kirekesztés kezelésére, közben előmozdítva a nemek közötti egyenlőséget, az oktatást és a környezeti fenntarthatóságot.

A célok közül számosat, különösen azokat, amelyek az egészséghez kötődnek, nem sikerült megvalósítani. A kudarc oka többek között az lehetett, hogy az összetett problémákat egymástól elkülönítve igyekeztek megoldani. Ezért 2015-ben 193 ország egyhangúan elfogadott 17 fenntartható fejlődési célt (*Sustainable Development Goals*), elismerve, hogy a millenniumi fejlesztési céloknak nem sikerült összeegyeztetni a fenntartható fejlődés gazdasági, társadalmi és környezeti szempontjait.

Az új célkitűzések mind a fejlődő, mind a fejlett országokat cselekvésre szólítják fel, ahogyan az egyéneket is, hogy véget vessenek a szegénységnek, kezeljék az egyenlőtlenségeket és megbirkózzanak a klímaváltozással 2030-ig, továbbá, hogy biztosítsák az egészséges életet, illetve előmozdítsák a jólétet mindenki számára, minden korosztályban.

A dokumentumok azt tükrözik, hogy az egészségügy és a fejlesztés területén dolgozók belátták, a különböző szektorok egymástól elszigetelten dolgoznak annak ellenére, hogy a problémák közösek. Felismerve ezt a kihívást, a globális közösség integrálni igyekszik a közös erőfeszítéseket a befogadó gazdasági

és társadalmi fejlődés, környezeti

fenntarthatóság, béke és biztonság érdekében. A közös erőfeszítések középpontjában az egyének és a lakosság egészségének kell állnia, hiszen mint a Lancet által felkért bizottság a „Befektetés az egészségügybe” című munkájában bemutatta, az egészségesebb emberek nagyobb mértékben járulhatnak hozzá egy ország gazdasági teljesítményéhez, egy befogadó, méltányos társadalom valamint fenntartható környezet kialakításához.<sup>13</sup>

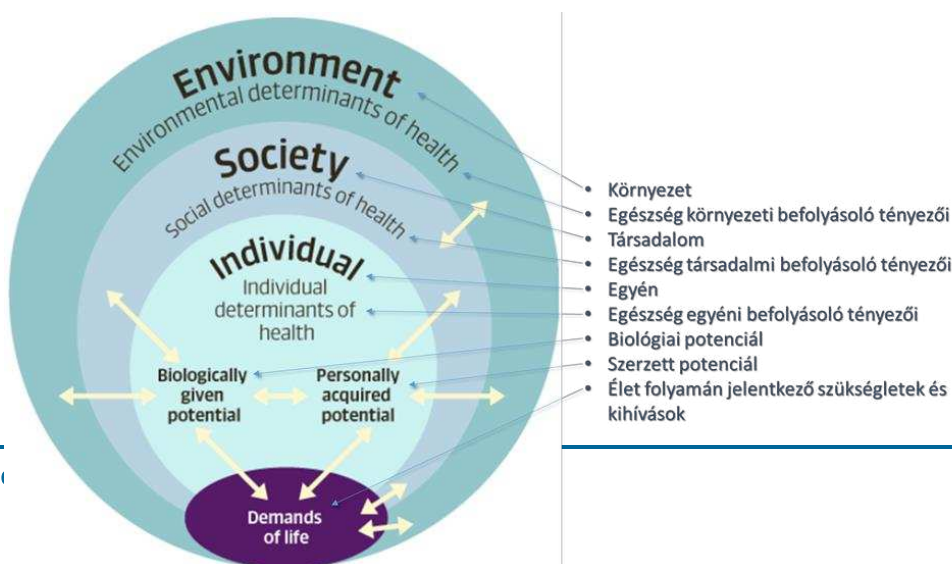
Az ENSZ által kitűzött célok szükségessé tettek egy olyan integratív megközelítést, amely nemcsak a fejlesztési célok szempontjából fontos, hanem amelyben az emberi jogok, beleértve az elérhető legjobb egészségi állapotot, az oktatást és a gazdasági, társadalmi kulturális részvételt, függetlenek és elválaszthatatlanok egymástól.

Az emberi jogok és a fejlődési célok elismerése miatt szükséges a marginalizált és az egészségügyi-szociális ellátás szempontjából legrosszabb helyzetben lévő egyénekre és csoportokra fókuszálni, főleg a legalacsonyabb jövedelmű közösségekben élő nőkre és gyerekekre. Az egészség természetére és az egészségi állapotot meghatározó tényezőkre vonatkozó közös tudás hozzájárulhatnak a jövőbeni erőfeszítések sikeréhez.

### A MEIKIRCH MODELL

A Meikirch modell szerint az egészség a jóllét állapota, amely az egyéni képességek, az életút során keletkező kihívások, valamint a társadalmi és környezeti befolyásoló tényezők közötti kölcsönhatások eredménye.<sup>14</sup>

1. ábra: A Meikirch egészségmodell



Forrás: Bircher J Shyama Kuruvilla S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. *Journal of Public Health Policy* Vol. 35, 3, 363–386

A modell szerint egészségről akkor beszélhetünk, ha az egyén képességei, a társadalmi és környezeti tényezők egyensúlyba kerülnek az életút során keletkező kihívásokkal.

Ezek a kihívások lehetnek élettani, pszichoszociális, vagy környezeti vonatkozásúak; az egyén helyzetétől és a körülményektől függenek, de minden esetben az egyensúly megbomlása az egészség megromlásához vezet.

Az első ábra grafikusán ábrázolja a modellt, amely szerint az egészség alkotóelemei a következők:

1. a személyes meghatározó tényezők, amelyek magukba foglalják az élet folyamán jelentkező szükségleteket és kihívásokat; az egyén biológiai potenciálját, amelyek az előbb említett kihívásokra adott válaszok;
2. az egészség társadalmi meghatározó tényezői;
3. a környezeti meghatározók.

Ezek a tényezők egymással kölcsönhatásban vannak, befolyásolhatják a kihívásokra adott megfelelő válaszokat és potenciálokat.

A modell összetevőit az alábbiakban igyekszünk részletesebben is bemutatni.

### Az első összetevő: Az élet folyamán jelentkező szükségletek és kihívások<sup>1</sup>

Minden élőlénynek választ kell adni az élete során jelentkező kihívásokra. Ezek a kihívások biológiai, pszichoszociális és környezeti elemeket foglalnak magukban.

A biológiai szükségletek és kihívások közé tartozik a tiszta vízhez való hozzáférés és a megfelelő mennyiségű táplálék. Emellett megfelelő higiénia, a

hideggel, nedvességgel és természeti katasztrófákkal szembeni védelemre van szükség.

A család, az iskola és a munkakörülmények kiemelkedően fontosak.

A pszichoszociális igények és kihívások kifejezésében foglal minden hatást, amelyek befolyásolják az egyén és társadalom viszonyát. Ezek az anyagyermek kapcsolattal kezdődnek, és magukban foglalják a családot, amelyben a gyermek felnő, az iskolákat, a munkahelyet, a társas viszonyokat és a szabadidős tevékenységeket.

A család, az iskola és a munkakörülmények kiemelkedően fontosak.

A környezeti kihívások közé tartoznak többek között az ivóvíz minősége, a levegőszennyezés, a környezeti mérgek, kártevők és a természeti katasztrófák.

### A második összetevő: A biológiai potenciál

A kihívásokra adandó válaszokhoz erőforrások szükségesek. Mindenki számára kétféle erőforrás áll rendelkezésre: a biológiailag meghatározott és a szerzett potenciál. A Meikirch modellben a forrásokat potenciálnak nevezik, mert nemcsak a jelenben fontosak, hanem a jövőben is rendelkezésre kell

állniuk. Ez azt jelenti, hogy a források fenntartását és további fejlődését a jövőbe való befektetésnek kell tekinteni.

Születéskor a biológiai potenciál a természet ajándéka, azonban gondoskodni kell róla. Kezdetben ez a felelősség a szülőké. Idővel egyre több felelősséget vállal az egyén. Ez a felelősség megnyilvánul a kiegyensúlyozott táplálkozásban, higiéniaiban, az egész életen át tartó tanulásban, a megfelelő testmozgásban, az egészséges életmódban, vala-

<sup>1</sup> Az eredeti szövegben a demands of life kifejezés szerepel, amely véleményünk szerint a környezeti hatások, illetve az egyéni szükségletek egymással való kölcsönhatását igyekszik megragadni.



mint a dohányzás, az alkohol és a kábítószer fogyasztástól való tartózkodásban.

Az öröklött tulajdonságok képviselik az élet biológiai alapját, mely függ a genetikai anyagból származó értéktől és a terheesség minőségétől.

Az öröklött tulajdonságokat a magzati korban ért epigenetikai hatások is befolyásolják. Születés után az öröklött tulajdonságok szerepe csökken, és a halál időpontjában eléri a nulla értéket.

Minden szomatikus betegség, sérülés csökkenti a biológiailag adott potenciált, akár átmenetileg, akár tartósan. Tovább gyengíthetik a betegségek és a kedvezőtlen környezeti feltételek. Ez nem jelenti azt, hogy egy ilyen embert betegnek kell tekinteni, hiszen az egyéb összetevők kompenzálhatják a potenciál csökkenését.

A modell más elemei, a szerzett potenciál vagy a társadalmi és környezeti determinánsok lehetővé teszik a csökkent biológiai adottságú személy számára, hogy kielégítően reagáljon az élet igényeire, ebben az esetben őt egészségesnek tekinthetjük. Egyes bennulós betegségekben szenvedők lenyűgöző példát mutatnak. Sokan közülük képesek az önálló életre, képesek a munkavállalásra, egészségesnek mondhatjuk őket.

### A harmadik összetevő: A szerzett potenciál

A szerzett képességek hangsúlyozása a Meikirch modell sajátossága. Minden ember képes saját személyiségének alakítására, és részese saját fejlődésének. A jól fejlett megszerzett képességek támogatják az egészséget.

Minden ember felelős az alábbiakért:

- hogyan használja a biológiai potenciált,
- mekkora gondot fordít a személyes potenciál fejlesztésére,
- hogyan reagál a kihívásokra,
- hogyan kezeli az emberi kapcsolatait,
- hogyan vesz részt a társadalom életében,
- hogyan viszonyul a természeti környezethez.

Azok a személyek, akik biológiai hátrányokkal élnek, nagymértékben kiegyenlíthetik korlátozottságaikat a képességeik fejlesztésével. Ezzel sok ember képes megfelelő választ adni egy jelentkező kihívásra, és - a Meikirch modell szellemében - egészségesen élni.

### A negyedik összetevő: A társadalmi meghatározó tényezők

A társadalmi meghatározók magukban foglalják az egyes emberek közvetlen társadalmi környezetét, valamint a szélesebb társadalmi kontextust, amely befolyásolja az egyén életét.

Egy személy társadalmi pozíciója magában foglalja a családot, barátait, ismerőseit, iskoláit, munkáltatóit, beleértve a politikai intézményeket is. A jó családi kapcsolatok és a pozitív családi környezet elősegítik az egészség megőrzését, ezzel szemben a

kapcsolatok veszélyeztethetik az egészséget.

Kiemelhetjük a jogi környezet hatását, amely az egészségügyben, az oktatás, a munkaerő piac, az üzleti élet és a közlekedés területén is meghatározó társadalmi alrendszer.

A társadalmi meghatározó tényezők között kiemelésre került az a tény, hogy a közösségek életében (család, a szomszédság és egyéb közösségek) való aktív részvétel segítheti az egészséget.

A Meikirch modell egyrésztől kihangsúlyozza a társadalom felelősségét az egyéni egészség megteremtésében, másrésztől azt állítja, hogy az egészség a társadalom és az egyének közös erőfeszítéseinek az eredménye.

### Az ötödik összetevő: A környezeti tényezők

A környezeti tényezők közé tartozik az egész bioszféra, különösen a táplálkozás és rekreáció szempontjából elengedhetetlen környezet, de ide tartozik a víz, a levegő és a talaj minősége is. A Meikirch modell szerint a környezetvédelem elengedhetetlen feltétele az egészségnek. Például a

természetes vizek jó minőségének megóvására, valamint a zaj és a kipufogógázok kibocsátásának csökkentése irányuló intézkedések pozitív hatást gyakorolnak az egészségre.

## ZÁRSÓ

A most bemutatott egészségmodell egy komplex gondolkodás terméke, amely egyesíti a különböző egészségfogalmak elemeit, valamint ötvözi az egyénközpontú és a társadalmi-közösségi megkö-

zelistést. E modell jó alapot nyújthat integratív, multiszektoriális, átgondolt, rendszerszintű egés-

zségfejlesztési beavatkozások számára, hozzájárulva ezzel az egészségkultúra fejlesztéséhez.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Bircher J Shyama Kuruvilla S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. *Journal of Public Health Policy* Vol. 35, 3, 363–386
- <sup>2</sup> Dr. Jóna György (2014). Bevezetés az egészség-szociológiába. Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar
- <sup>3</sup> Fűzesi Zs, Varga J. Egészség- és betegség-koncepciók. Ábrahám H. et al. Emberi életfolyamatok idegi szabályozása – a neurontól a viselkedésig. Interdiszciplináris tananyag az idegrendszer felépítése, működése és klinikuma témáiban orvostanhallgatók, egészség- és élettudományi képzésben résztvevők számára Magyarországon. Pécsi Tudományegyetem; Dialóg Campus Kiadó-Nordex Kft. 2016.
- <sup>4</sup> Szabó Mária: Filozófia és orvostudomány a Hippokratészi Gyűjteményben. Bevezetés A levegőről című íráshoz. 69. old. In: Ókor 2007. VI. évfolyam. 4. szám.
- <sup>5</sup> 1948. évi XII. törvény az Egészségügyi Világszervezet Alkotmányának becikkelyezéséről. Kihirdetve: 1948. II. 17.
- <sup>6</sup> Stokes J. Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine *J Community Health* 1982;8:33-41
- <sup>7</sup> Megelőző orvostan és népegészségtan Róza, Ádány (2011) Medicina Könyvkiadó Zrt.
- <sup>8</sup> Tari Gergely. A „mentális zavar” fogalom definíciós nehézségei. *Századvég*.135-152. Új folyam 76. Szám 2015. 2.
- <sup>9</sup> Sridhar Venkatapuram HEALTH, VITAL GOALS, AND CENTRAL HUMAN CAPABILITIES. *Bioethics*. 2013 Jun; 27(5): 271–279. Published online 2012 Mar 16. doi: 10.1111/j.1467-8519.2011.01953.x. PMID: PMC3709132
- <sup>10</sup> Dr. Kovács József: A pszichiátriai betegségfogalom filozófiai kérdései. *Valóság* 2004/4 (XLVII. évf. 4. szám) 2004. április. (p. 1-20.)
- <sup>11</sup> Lampek Kinga. Az egészségfogalom változásai és az egészség-szociológia tartalma. [www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/Szociologia/egszovbev.ppt](http://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/Szociologia/egszovbev.ppt)
- <sup>12</sup> Bircher J Shyama Kuruvilla S. Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: New opportunities for health care and public health. *Journal of Public Health Policy* Vol. 35, 3, 363–386.
- <sup>13</sup> Jamison, D. et al (2013) Global health 2035: A world converging within a generation. *The Lancet* 382(9908): 1898–1955.

## Hozzászólás az Egésszpályás letámadás a kövérség ellen – Komplex beavatkozásokkal az elhízás visszaszorítására című közleményhez

Comment on 'Fullback tactics against obesity. Complex interventions to control obesity'

Szerző: Kovács Anna Viktória ✉

*Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet*

Beküldve: 2018. 01. 05.

doi: 10.24365/ef.v59i1.223

**Kulcsszavak:** elhízás; komplex beavatkozás; egészség-magatartás, környezet

**Keywords:** obesity; complex intervention; health behavior; environment

Az elhízás kialakulásának háttérében kockázati tényezők bonyolult hálózata áll. Ha ezt a komplexitást nem vesszük figyelembe a megelőzés, illetve a kezelés terén, nem leszünk sikeresek, legalábbis hosszú távon biztosan nem. Ez a hozzáállás nélkülözhetetlen mind a beavatkozásokat előkészítő kutatások, mind a beavatkozások és azok értékelése során.<sup>1</sup> Ha ugyanis rossz kutatási kérdéseket teszünk fel és azokra keressük a válaszokat, nem fogunk olyan összetett népegészségügyi problémákra megfelelő megoldásokat találni, mint az elhízás.

Szerencsére komplex rendszerekkel való munka terén számos jó példa áll előttünk más tudományterületekről, ilyenek például a gazdasági kutatások vagy a klímaváltozás. Emellett a népegészségügy háza táján is látunk sikeres gyakorlatokat összetett problémák megoldására, például a dohányzás visszaszorítására, ahogy a közlemény is említi.

Az elhízás megelőzése területén számos jó gyakorlat áll rendelkezésre az egyes rizikófaktorok vonatkozásában. Ezek a gyakorlatok általában egy bizonyos kockázati tényezőt céloznak meg, mint például a cukros üdítőitalok fogyasztása vagy a testmozgás hiánya, amelyeket a cikk is említi. Ritkán találkozunk olyan beavatkozással azonban, ami egyszerre több fronton is támad és a teljes életkorspektrumot

figyelembe veszi. 2017-ben az Egészségügyi Világszervezet (WHO) lengyel irodája kérésére készítettem egy beszámolót, ami más országok számára is jó példa lehet annak vonatkozásában, hogy hogyan lehet egyszerre több ponton ható intervenciót tervezni.<sup>2</sup> A riport a Commission on Ending Childhood Obesity ajánlásait ültette át a gyakorlatba, figyelembe véve egy konkrét ország jogi környezetét, kultúráját és lehetőségeit.<sup>3</sup> Tanulva a lengyel gyakorlatból, első lépésként nélkülözhetetlen, hogy legyen egy elhízásra vonatkozó cselekvési tervünk, hiszen már a szerzők is számos példát hoznak arra, hogy Magyarországon milyen sok intervenció, illetve jogszabály fut jelenleg is, azonban hiányzik a koordináció és egy összehangolt stratégia, ami mind a humán, mind a pénzügyi erőforrások jobb elosztását is szolgálná.

Az elhízás kezelése terén sokkal rosszabb a helyzet.<sup>4</sup> Ezen a téren sem az infrastruktúra, sem a betegutak, sem a finanszírozás, sem a diagnosztikai, illetve kezelési protokoll vonatkozásában nincs egységes módszertan hazánkban. Nem kell nagyon szegényeknünk, ez a jelenség viszonylag általános Európában, illetve világviszonylatban is kevés a jó gyakorlat, amit átvehetnénk. Kezelés terén elsősorban az alapellátásra, illetve gyermekeknél a védőnői

hálózatra lehetne támaszkodni, ám jelenleg sem a háziorvosok, sem a védőnők nem rendelkeznek a szükséges tudással és képesítésekkel, ami a kezeléshez szükséges lenne. Alapvető lenne legalább a diagnózis felállítása, de az esetek nagy százalékában a viziteknél nem kerül sor a tápláltsági állapot meghatározására, illetve túlsúly esetén az esetleges szövődmények fennállásának vizsgálatára.<sup>5</sup> Ha felállításra is kerül a diagnózis, protokollok, illetve egyértelmű betegutak nélkül és a kezeléshez szükséges

munkacsoportok vagy centrumok hiányában a sikeresség minimális.

Bár az elhízás gazdasági vonatkozásai már most is jelentősek, tekintettel arra, hogy a legutóbbi adatok szerint az elmúlt negyven évben a gyermekkori túlsúly és elhízás előfordulása tízszeresére nőtt,<sup>6</sup> a legnagyobb terhet a mostani generáció felnövésékor fogjuk érzékelni, ha mindaddig nem teszünk ellene.

## HIVATKOZÁSOK

---

<sup>1</sup> Rutter H, Savona N, Glonti K, et al. The need for a complex systems model of evidence for public health. *Lancet*. 2017 Dec 9;390: 2602-4. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31267-9.

<sup>2</sup> Reducing childhood obesity in Poland by effective policies. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/350030/Reducing-childhood-obesity-in-Poland\\_final\\_WEB.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/350030/Reducing-childhood-obesity-in-Poland_final_WEB.pdf?ua=1) Elérve: 2018. 01. 22.

<sup>3</sup> Report of the commission on ending childhood obesity. Geneva: World Health Organization; 2016. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf?ua=1) Elérve: 2018. 01. 22.

<sup>4</sup> <https://janpa-toolbox.eu/index.php> Elérve: 2018. 01. 22.

<sup>5</sup> Kuhle S, Doucette R, Piccinini-Vallis H, et al. Successful childhood obesity management in primary care in Canada: what are the odds? *Peer J*. 2015;3:e1327.

<sup>6</sup> Abarca-Gómez L, Abdeen ZA, Hamid ZA, et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet*. 2017 Oct 11;390:2627-42.

# Nem fertőző betegségek versus társadalmi hatásokhoz kapcsolódó betegségek elnevezés

Non-communicable diseases versus socially transmitted conditions term

Szerző: Vokó Zoltán ✉

ELTE TáTK Egészségpolitika és Egészség-gazdaságtan Tanszék

Beküldve: 2018. 02. 14.

doi: 10.24365/ef.v59i1.240

**Kulcsszavak:** nem fertőző betegségek, társadalmi hatások, szakkifejezés

**Keywords:** non-communicable diseases, social effects, term

Az Egészségfejlesztés folyóirat LVIII. évfolyam, 2017. 4. számának közleményében a szerkesztőség javaslatot tett egy, a The Lancetben megjelent cikk nyomán arra, hogy a jövőben a „nem fertőző betegségek” elnevezés helyett használjuk a „társadalmi hatásokhoz kapcsolódó betegségek” elnevezést. <sup>(1,2,3)</sup>

A The Lancet-beli cikkben felsorakoztatott főbb érvek a névváltoztatás mellett:

- „a betegségcsoport „elhanyagolásában” szerepet játszhat a fogalom negatív csengése, melyet a „nem” szó idéz elő”;
- „számos nem fertőző megbetegedés részben vagy teljes egészében fertőző tulajdonsággal is bír”;
- „a nem fertőző betegségek visszaszorításához elsősorban az egyéni egészségtényezők megváltoztatását (pl. a dohányzásról való leszokást) szokás célul kitűzni a populációs szakpolitikák megváltoztatására irányuló intézkedések helyett”.

A The Lancet közleményének szerzői szerint a nem fertőző betegségek hatékonyabb visszaszorítása érdekében, azért, hogy „jelentős változás következzen be, először is a nem fertőző betegségek nevének és tartalmának újragondolása szükséges. A cél olyan elnevezés megfogalmazása, mely pontosabban kifejezi a csoportba tartozó betegségeket, illetve „marketing” szempontból is „jobban eladható”.

Két észrevételt szeretnék tenni a javaslattal kapcsolatban:

Egyrészt sem a Lancet-közlemény szerzői, sem az Egészségfejlesztés folyóirat szerkesztői nem szolgáltatnak semmiféle bizonyítékot arra vonatkozóan, hogy a betegségcsoport elhanyagolásában a névnek bármilyen szerepe lenne. Már önmagában az elhanyagolás is kérdéses és viszonylagos, amikor a HIV-AIDS járvány mellett az egyetlen egészségproblema, amelyet az ENSZ Közgyűlése napirendjére tűzött a nem fertőző megbetegedések visszaszorítása volt. <sup>(4)</sup> Azóta számos cselekvési program született, valamint egy globális monitorozási keret került elfogadásra és megvalósításra az előrehaladás követésére és értékelésére. <sup>(5,6)</sup> Az összes jelentős nemzetközi egészségstratégia fontos eleme ez a terület (lásd pl. a WHO Egészség 2020 stratégiáját!), és számos ország népegészségügyi programjának fontos eleme, ahogy hazaiaknak is az volt már a Kertai Program óta. <sup>(7,8)</sup> Ez persze még nem jelenti azt, hogy megfelelő léptékben és eredményességgel folynának a nem fertőző betegségek visszaszorítására irányuló programok világszerte, de elhanyagolásról ma már nem beszélhetünk.

Másrészt, ahogy a Lancet-közlemény szerzői maguk is elismerik, „nincs egyedüli jellemző, amely minden nem fertőző betegségre igaz lenne és teljesen elválasztaná őket a klasszikus fertőző betegségektől.”<sup>3</sup> Valóban, a fertőző megbetegedések és a nem

fertőző betegség elnevezések sem tökéletesen diszkriminálnak a két betegségcsoport között, mert egyes nem fertőző betegségek etiológiájában fertőző ágensek szerepet játszanak, még ha e betegségek nem is felelnek meg a Koch-féle posztulátumoknak. Véleményem szerint ennek ellenére még mindig ez a nevezéktan különíti el a két betegségcsoportot a legjobban, de legalábbis feltétlenül jobban, mint a javasolt új név, hiszen a fertőző betegségek legalább annyira társadalmi hatásokhoz kapcsolódó betegségek, mint a nem fertőzők, gondoljunk csak a járványok kialakulásának fő tényezőire vagy kontrolljukra!

A név ugyan marketingkommunikációs szempontból fontos, de véleményem szerint a szerzők túlértékelik a jelentőségét abban, hogy mennyiben járulhat hozzá a nem fertőző betegségek vissza-

rításához a név megváltoztatása. Ugyanakkor a névváltoztatási javaslat iránti motivációnak a névválasztásban tükröződő fontos eleme az a vélemény, hogy nem kellően ismert a nem fertőző betegségek társadalmi meghatározottsága sem a közvélemény számára, sem a döntéshozók körében, sem az orvostársadalomban. A javasolt névváltoztatás azonban szerintem a fenti érvek miatt nem jó eszköz arra, hogy felhívjuk a figyelmet erre a hiányosságra. Helyette hatékony egészségkommunikációt kellene folytatni erről a kérdésről, annak érdekében, hogy tudatosodjon a döntéshozókban és a közvéleményben, hogy melyek a nem fertőző betegségek meghatározó tényezői, és milyen módon lehet ezeket kedvező irányba befolyásolni. Ez az első lépése annak, hogy ösztársadalmi méretekben a szükséges intézkedések, programok meg is valósuljanak.

- 
- <sup>1</sup> Szerkesztőségi közlemény. A nem fertőző betegségek: definíció újratöltve. Non-communicable diseases: definition reloaded. Egészségfejlesztés. 2017. <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v58i4.214>
  - <sup>2</sup> Luke N Allen, Andrea B Feigl: What's in a name? A call to reframe non-communicable diseases. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30001-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30001-3)
  - <sup>3</sup> Luke N Allen, Andrea B Feigl: Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30200-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30200-0)
  - <sup>4</sup> UN General Assembly Resolution on Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases (A/RES/66/2). 2012. [http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/political\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration_en.pdf?ua=1) Elérve: 2018. 03. 05.
  - <sup>5</sup> 66th World Health Assembly Resolution 10 on Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. 2013. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_R10-en.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf?ua=1) Elérve: 2018. 03. 05.
  - <sup>6</sup> WHO Regional Office for Europe. Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in the WHO European Region. 2016. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/346328/NCD-ActionPlan-GB.pdf?ua=1) Elérve: 2018. 03. 05.
  - <sup>7</sup> WHO Regional Office for Europe. Health 2020 policy framework and strategy. 2012. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/169803/RC62wd09-Eng.pdf) Elérve: 2018. 03. 05.
  - <sup>8</sup> 1030/1994. (IV. 29.) Korm. határozat a hosszú távú egészségfejlesztési politika alapelveiről

# A komplexitás értelmezése a kontextusban és a megvalósításban: a komplex beavatkozások kontextusának és megvalósításának (CICI) keretrendszere - ismertetés

Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework

Ismertetik: Kaposvári Csilla<sup>a,b</sup> ✉, Járomi Éva<sup>c</sup>, Vitrai József<sup>d</sup>  
*a: Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Doktori Iskola, b: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet, c: Országos Közegészségügyi Intézet, d: Emberi Erőforrások Minisztériuma*

Megjelenés: Pfadenhauer et al. Implementation Science (2017) 12:21 doi: 10.1186/s13012-017-0552-5

Beküldve: 2018. 01. 27.  
doi: 10.24365/ef.v59i1.228

**Kulcsszavak:** kontextus, komplex beavatkozás, megvalósítás, egészségügyi technológia értékelés, népegészségügy

**Keywords:** context, complex intervention, implementation, health technology assessment, public health

## HÁTTÉR

A komplex beavatkozások több olyan intézkedésből, komponensből állnak, melyek önállóan vagy kölcsönhatásban is működhetnek egy program során. Gyakran nehéz pontosan elkülöníteni az egyes beavatkozásokat, azok megvalósítását, valamint a környezeti tényezőket és együttes kölcsönhatásukat. Ezáltal nehéz meghatározni, vagy értékelni, hogy melyek a valóban aktív "komponensek" egy komplex népegészségügyi programban. Az összetett beavatkozások hatékonyságát és azt, hogy mennyire képesek elérni az összes célcsoportot, nagymértékben befolyásolja az adott kontextusban történő megvalósításuk. Valójában egy komplex beavatkozás során a hatékonyság, a végrehajtás és a kontextus elválaszthatatlanul kapcsolódnak

egymáshoz. Hogy egy beavatkozás valóban képes-e változást előmozdítani, annak a rendszeren belüli fogalmi meghatározása, valamint a kontextus és a megvalósítás megfelelő értékelése szükséges. A kontextus és a megvalósítás elégtelen értelmezése a kutatás és gyakorlat között általában meglévő szakadékhöz járul hozzá. Ezzel a kihívással mind a döntéshozók, mind pedig a gyakorlati szakemberek gyakran szembesülnek komplex intervenciók kivitelezésekor és értékelésekor.

A szerzők szerint a jelenlegi fogalmi keretek, modellek és elméletek nem képesek a „kontextus” és a „megvalósítás” integratív módon történő azonosítására. Rámutatnak, a két fogalom és azok használata sem egységes a szakirodalomban. A kontextus fogalmát gyakran szinonimaként a színtér és a

környezet fogalmával azonosítják, amelyeknek statikus (pl. fizikai környezet) és dinamikus jellemzői vannak (pl. kapcsolatok, hálózatok); de a beavatkozás és annak megvalósítását alátámasztó elmélet kifejezésére is alkalmazzák. A „megvalósítás” szó alatt a szakirodalomban gyakran egy folyamatot, folyamat együttest, vagy egy beavatkozás alakítását, használatát értik, adott szervezetben vagy színtéren. A szerzők kiemelik, hogy a jelenleg ismert keretrendszerek és modellek inkább specifikusak, mint általánosak; többségében elvontak és nem tartalmaznak útmutatást a gyakorlati alkalmazásukhoz. Ezáltal kevésbé általánosíthatók különféle egészséggel kapcsolatos beavatkozásokra, és kevésbé használhatók szisztematikus szakirodalmi áttekintés vagy egészségügyi technológiai értékelések során.

### „KOMPLEX BEAVATKOZÁSOK KONTEXTUSÁNAK ÉS MEGVALÓSÍTÁSÁNAK KERETRENDSZERE” (THE CONTEXT AND IMPLEMENTATION OF COMPLEX INTERVENTIONS = CICI)

A szerzők célja a fentiek ismeretében egy olyan keretrendszer kialakítása volt, amely megkönnyíti az egészséggel kapcsolatos komplex beavatkozások kontextusának és megvalósításának strukturált és átfogó megértését és értékelését. Bár a cikkben ismertetett CICI keretrendszer a szisztematikus szakirodalmi áttekintésekhez és az egészségügyi technológia értékelésekhez (*health technology assessment*, továbbiakban: HTA) készült, feltehetően ugyanolyan fontos lehet az alap kutatások számára is, mivel az alap kutatások, a bizonyítékok szintézise, valamint a bizonyítékokon alapuló intézkedések és gyakorlatok elválaszthatatlanul kapcsolódnak egymáshoz.

### A CICI KERETRENDSZER KIDOLGOZÁSÁNAK MÓDSZERTANA

A CICI keretrendszert az INTEGRATE-HTA nevű Európai Unió projekt keretében fejlesztették egy többkörös folyamat során, amelyben széleskörű alkalmazási teszteken ment keresztül. A szakirodalmi áttekintés alapján kialakított kiindulási keret-

rendszer gyors értékelésének eredményeként az alapfogalmak tisztázása történt meg, majd a kontextus és a megvalósítás további fogalmi pontosítása céljából egy ún. pragmatikus alkalmazhatósági fogalmi elemzést végeztek. Az eredmények alapján a keretrendszert átdolgozták, majd több szisztematikus áttekintés és egy HTA során alkalmazták, valamint hasznosíthatóságát értékelték különböző komplex beavatkozásoknál. A tesztalkalmazások során és a szakértői értékelésből levont tanulságok beépítésével jött létre a CICI keretrendszer.

### A CICI KERETRENDSZER FELÉPÍTÉSE

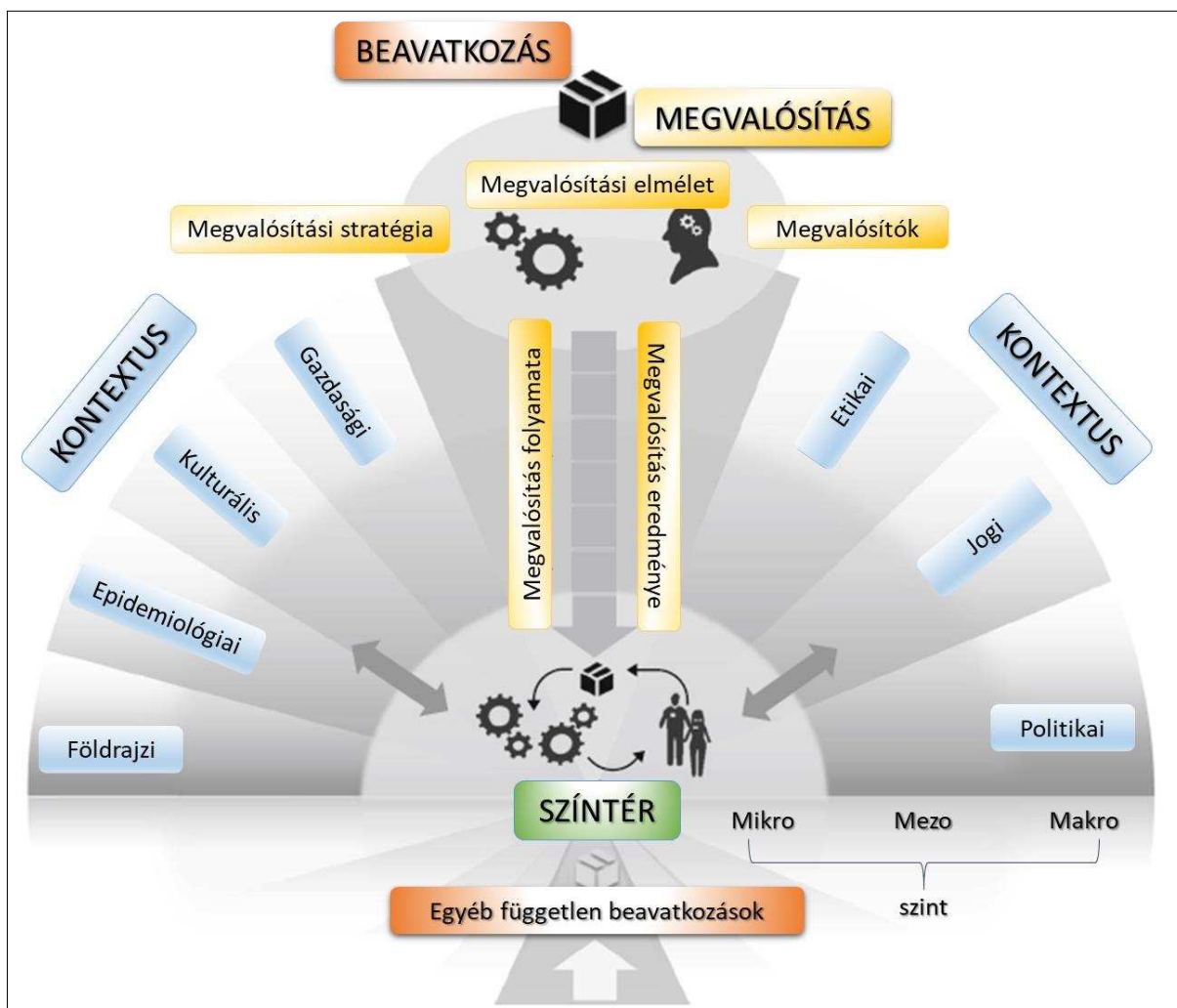
A CICI keretrendszer három dimenziót foglal magában: megvalósítás, kontextus és színtér. [1. ábra] A megvalósítás dimenzióknak öt területe van: megvalósítási elmélet, megvalósítási stratégia, megvalósítók, megvalósítási folyamat és eredmények. A kontextus dimenzióknak hét területe van: földrajzi, epidemiológiai, kulturális, gazdasági, etikai, jogi és politikai. A színtér arra az adott fizikai környezetre vonatkozik, amelyben a beavatkozás megvalósul. A színtér dimenzióban a kontextus, a megvalósítás és a beavatkozás egymással kölcsönhatásban van és gyakran együtt fejlődnek az idő előrehaladtával.

A beavatkozás maga a kulcselem, amelynek három dimenziója van: elmélet, tervezés, kivitelezés (lásd az 1. táblázat). A CICI keretrendszer erre épít, ugyanakkor a megvalósítás, a kontextus és a színtér gyakorlati meghatározására fókuszál.

A beavatkozás, a megvalósítás és a kontextus közötti kölcsönhatások egy adott színtéren makro, mezo és mikro szinten egyaránt érvényesülhetnek a beavatkozás természetétől függően. Makro szinten egy egészségügyi rendszert vagy régiót, országot, vagy akár nemzetközi szakpolitikákat és szabályozást értenek a szakemberek. Mezo szint például egy adott település kórházát vagy népegészségügyi intézményeit jelenti, míg a mikro szint a család vagy az egyén szintjét. Komplex beavatkozások esetén az egyes beavatkozási elemek a különböző színtereken és szinteken párhuzamosan valósulnak meg. Azt, hogy melyik szinten érdemes a CICI keretrendszerre épülő elemzést elvégezni, függ az adott intézkedéstől és attól a rendszertől, amelyben megvalósul.



1. ábra: A CICI keretrendszer elemei



Forrás: Az eredeti cikk 2. ábrája alapján

1. táblázat: A beavatkozás dimenziói és területei

Dimenzió	Definíció	Jellemzők
Beavatkozás elmélete	Implicit és explicit elképzelések arról, hogyan működik egy beavatkozás, és mi a beavatkozás átfogó célja	- Beavatkozási elmélet - A beavatkozás célja
Beavatkozási terv	A „Mit” leírása	- Beavatkozás elemei <ul style="list-style-type: none"> <li>• Technológia és infrastruktúra</li> <li>• Oktatás</li> <li>• Szakpolitika és szabályozás</li> </ul> - Kivitelezés <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ütemterv</li> <li>• Dózis és intenzitás</li> </ul>
Kivitelezés	A „Hogyan”, „Ki”, és „Hol” leírása	- Kivitelezési folyamatok - Megvalósítók

Forrás: Az eredeti cikk 4. táblázata alapján

A CICI keretrendszer gyakorlati alkalmazásának előmozdítására egy általános ellenőrző lista is készült, amelyet egy adott szinten, adott beavatkozáshoz, valamint attól függően lehet és kellene adaptálni, attól függően, hogy alapkutatásról, bizonyítékszintézisről vagy bizonyítékokra épülő szakpolitikáról

vagy gyakorlatról van szó. [2. táblázat] Az ellenőrző lista kérdéseket tartalmaz arra vonatkozóan, hogy a dimenziók (kontextus, megvalósítás, szintér) mely komponense hat, és e hatás hogyan befolyásolja a megvalósítás sikerét és a beavatkozás hatékonyságát.

2. táblázat: A CICI keretrendszer általános ellenőrző lista

Intervenció	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A beavatkozás mely dimenziói kerülnek kölcsönhatásba a szintérrel, a kontextussal és a megvalósítással?</li> <li>• Ezek a beavatkozási dimenziók milyen kölcsönhatásban vannak a szintérrel, a kontextussal és a megvalósítással?</li> </ul>
Kontextus	
A vizsgált beavatkozástól függően, a kontextus mind a hét területét vagy ezek egy csoportját érdemes megvizsgálni (földrajzi, epidemiológiai, szociokulturális, társadalmi-gazdasági, etikai, jogi és politikai).	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A kontextus mely területei kerülnek kölcsönhatásba a beavatkozás megvalósítása során?</li> <li>• Ezek a kontextuális területek hogyan hatnak a beavatkozásra?</li> <li>• Ezek a kontextuális területek hogyan hatnak a megvalósításra?</li> </ul>
Megvalósítás	
Megvalósítási elmélet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mely elméleti háttér segíti a megvalósítást?</li> <li>• Ez az elméleti háttér hogyan hat a szintérre és a kontextusra?</li> <li>• Hogyan hat ez az elméleti háttér a beavatkozásra?</li> </ul>
Megvalósítási folyamat	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A megvalósítás során mely megvalósítási szakaszok valósulnak meg?</li> <li>• Ez hogyan hat a szintérre és a kontextusra?</li> <li>• A megvalósítási folyamat hogyan hat a beavatkozásra?</li> </ul>
Megvalósítási stratégia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Milyen stratégia mentén történik a beavatkozás megvalósítása?</li> <li>• Ezek a megvalósítási stratégiák hogyan hatnak a szintérre és a kontextusra?</li> <li>• Hogyan hatnak a beavatkozásra?</li> </ul>
Megvalósítók	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mely szereplők vesznek részt a megvalósításban?</li> <li>• Milyen kölcsönhatás van a megvalósítók, a szintér és a kontextus között?</li> <li>• Milyen kölcsönhatás van a megvalósítók és a beavatkozás között?</li> </ul>
Megvalósítás eredményei	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Milyen eredményeket mérnek?</li> <li>• Milyen a kölcsönhatás a megvalósítás és a beavatkozás eredményei között?</li> </ul>
Szintér	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A szintér mely aspektusai kerülnek kölcsönhatásba a beavatkozással?</li> <li>• Hogyan hat a szintér a beavatkozásra?</li> <li>• Hogyan hat a szintér a kontextusra?</li> <li>• Hogyan hat a szintér a megvalósításra?</li> </ul>

Forrás: Az eredeti cikk 5. táblázata alapján

## TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Érdemes felhívni a figyelmet, hogy a CICI keretrendszer átfogó módon értékeli a komplex népegészségügyi beavatkozások megvalósítását, színterét és kontextusát. Alkalmazása a komplexitást leegyszerűsíti és strukturálja annak érdekében, hogy megértsük, a beavatkozások működőképese-e, és ha igen, hogyan működnek, annak figyelembe vételével, hogy lehetetlen minden tényezőt azonosítani és megismerni.

A CICI keretrendszer rávilágít arra, hogy komplex beavatkozások tervezésénél és értékelésénél fontos a megvalósítás, a színtér és az általában gyakran figyelmen kívül hagyott kontextus megértése. A CICI keretrendszer mint a „meghatározó tényezők értelmezési kerete” alkalmazható a gyakorlatban, amely segít beazonosítani, megérteni és leírni a kimenetekre ható összetett tényezőket. E mellett alkalmazható „értékelési keretként” is, amely irányítja a kontextus, színtér és megvalósítás tényezőinek megértését a megvalósítás sikerének vagy hiányának vizsgálatakor. Az így szerzett ismeretek hozzájárulnak annak feltérképezéséhez is, hogy egy-egy komplex beavatkozást vagy „jó gyakorlatot” hogyan lehetne más szinten, színtéren, vagy akár egy másik országban megvalósítani.

# A mentális egészség újradefiniálásának irányába - cikkismertetés

## Toward a new definition of mental health - paper review

Ismerteti: Maczali Katalin ✉  
Állami Egészségügyi Ellátó Központ

Szerzők: Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, et al  
Megjelenés: World Psychiatry. 2015 Jun; 14(2): 231–233.  
doi: 10.1002/wps.20231

Beküldve: 2018. 02. 01.  
doi: 10.24365/ef.v59i1.230

**Kulcsszavak:** mentális egészség, definíció

**Keywords:** mental health, definition

A bemutatott tanulmány céljaként tűzte ki a mentális egészség egy új fogalmának kialakítását, melyhez számos definíció tanulmányozásán keresztül vezetett az út.

Az első és legáltalánosabb mentális egészség definíciót a WHO alkotta meg, mely így szól:

„a jóllét olyan foka, amelyen az egyén megvalósítja képességeit, meg tud küzdeni az élet mindennapos nehézségeivel, eredménnyel és gyümölcsözően képes dolgozni, valamint hozzá tud járulni saját közösségéhez.”

A mentális egészséget gyakran a „jólléttel”, pozitív faktorokkal határozzák meg, azonban a jó mentális egészségben élő egyének is élhetnek meg negatív érzéseket. Ezekkel a *hedonikus*<sup>i</sup> és *eudaimonikus*<sup>ii</sup> megközelítésekkel azonban felmerül a kockázata annak, hogy a nehezebb élethelyzetben lévő, akár csak a stresszhelyzetet megélő kamaszokat is kizárja a mentális egészség definíciójából.

Szintén kockázatot jelent a hatékony munkavégzést

kulcsfaktorként megjelölni, hiszen így azon egyének, akik fizikai állapotuk vagy épp diszkrimináció miatt nem képesek elhelyezkedni, esetleg nem számíthatnak mentálisan egészségesnek.

Ezeknek az elméleteknek a tanulmányozását követően, egy olyan fogalmi keret felvázolását tűzték ki célul a szakértők, mely lehetőséget ad egyes érzelmi állapotok „nem tökéletes funkcionálásának”.

Így a következő definíció született:

„A mentális egészség a belső egyensúly dinamikus állapota, mely lehetővé teszi az egyéneknek, hogy képességeiket a társadalom univerzális értékeivel összhangban használják. Alapvető kognitív és társadalmi készségek: a képesség, hogy felismerje, kifejezze és szabályozza az egyén az érzéseit, és hogy együtt érezzen másokkal; rugalmasság és megküzdési képesség váratlan élethelyzetekkel és

<sup>i</sup> Hedonizmus: Olyan filozófiai irányzat, mely alapelve a boldogságkeresés, és a boldogságot az élvezetekkel azonosítja.

<sup>ii</sup> Eudaimonia: Olyan filozófiai irányzat, mely alapelve a boldogságkeresés, azonban a boldogságot az erények gyakorlásával azonosítja.

funkcionálás a társadalmi szerepekben; valamint a harmonikus kapcsolat a test és lélek között fontos részei a mentális egészségnek, melyek különböző mértékben hozzájárulnak a belső egyensúly állapotához.”

A mentális egészség fogalma gyakran változik az adott ország kultúrájának hatására, azonban a fenti meghatározás magába foglalja a társadalom

univerzális értékeit, melyek kultúrától függetlenek (pl. mások és önmagunk szabadságának tisztelete). A koncepció elfogadja az esetleges negatív érzelmek megélését, és a belső egyensúly által a felvázolt komponenseknek nem szükséges egyenlő mértékben hozzájárulni a mentális egészség eléréséhez, pusztán úgy kell kiegészíteniük egymás gyengeségeit, hogy az egy egyensúlyi állapotot eredményezzen.

### TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

Jelenleg hazánkban a legáltalánosabban elfogadott mentális egészség fogalom a WHO által jegyzett definíció, ami jelentős fejlődés a korábban elfogadott megfogalmazásokhoz képest (ezek a mentális egészséget a mentális betegség hiányaként értelmezték). Szükség van azonban itthon is az új definíciók adaptálásra, melyek rugalmasabban, nem túl szigorú keretek és kulcsfaktorok közé sorolják a mentális egészség állapotát.

# Hogyan kellene az egészségkultúrát megváltoztatni? - cikkismertetés

## How should we change the culture of health? -paper review

Ismerteti: Vitrai József ✉  
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Megjelenés: J Public Health (2017). <https://doi.org/10.1007/s10389-017-0878-0>

Beküldve: 2018. 01. 07.  
doi: 10.24365/ef.v59i1.224

**Kulcsszavak:** egészségkultúra; viselkedésváltoztatás; népegészségügy; iskolai egészségfejlesztés

**Keywords:** culture of health; behavior change; public health; school health promotion

### BEVEZETÉS

Ahelyett, hogy javítgatnánk a jelenlegi népegészségügyi gyakorlatunkat (amikor a kormány különféle programokkal próbálja az egészségtelen életmódot megváltoztatni), inkább az egészséges életmódhoz vezető viselkedést kellene ösztönözni, vagyis egészségkultúrát létrehozni. Ezt javasolta nemrégiben a népegészségügy 5. hullámáról írt vitacikkében Sally Davies, Anglia tisztifőorvosa.<sup>1</sup> „A lakosság egészségének javulása olyan, egészséget támogató kultúrától függ – érvelt, – amelyben az egészséges életmód a norma, és amelyben a társadalmi és fizikai környezet támogatja az egészség választását.” Néhány kivételtől eltekintve felvetése nem váltott ki reakciót.<sup>2,3</sup>

Ebben a közleményben a szerző öt különböző, de önmagukban elégtelen gondolati szálon vezeti végig az olvasót. Érvelése szerint a szálak összefonva alkalmasak lehetnek a népegészségügyi beavatkozások eredményességét javító egészségkultúra kialakítására.

### 1. SZÁL: VISELKEDÉSVÁLTOZTATÁS

Davies szerint az egészség-magatartás az egészségkultúra központi eleme. A viselkedépszichológia korszerű elmélete segít megérteni, hogyan módosítható az egészség-magatartás. A viselkedés három tényezővel áll interaktív kapcsolatban, ezek a képesség (*capacity*), a motiváció (*motivation*) és a környezet (*opportunity*):

„A képesség az egyén pszichológiai és fizikai kapacitása; ebben benne van a tudása, a készsége, hogy részt vegyen egy cselekvésben. A motiváció az agy tevékenysége, amelylyel beindítja és irányítja a viselkedést. Ide nemcsak a célokat, tudatos döntéseket kell számítani, hanem a szokásokat, az érzelmi reakciókat is. A környezetet képviselik mindazok az egyénen kívüli tényezők, amelyek lehetővé tesznek vagy kiváltanak egy-egy viselkedést.”<sup>4</sup>

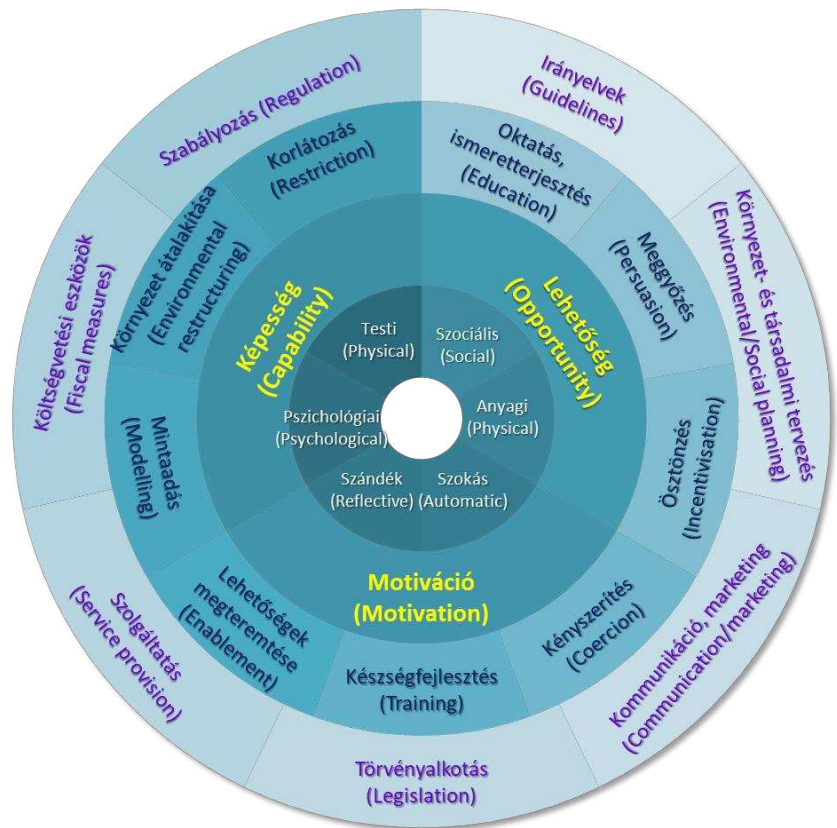
Az elemek kezdőbetűi alapján elnevezett COM-B rendszer köré tudományos bizonyítékok alapján hatásos beavatkozási irányokat és szakpolitikákat kapcsolnak, amelyek együtt a viselkedésváltoztatás kerékként ábrázolt modelljét (*Behavioral Change Wheel*) alkotják. [1. ábra]

Ahhoz például, hogy valaki sikeresen leszokjon a dohányzásról (viselkedésváltozás), ismernie kell a leszokáshoz vezető lépéseket (képesség), a lépések megtételéhez elegendően motiválnak kell lennie (motiváció), és családjának, barátainak támogatniuk kell a leszokáshoz vezető nehéz úton, és végül hozzáférése kell, hogy legyen a leszokást támogató nikotinos tapaszhoz és/vagy segítő csoporthoz (környezet).

Bár a viselkedésváltoztatás kerékképpje utat mutat a beavatkozások felé, egy-egy konkrét probléma megoldásához túlságosan elnagyolt ez a megközelítés. Helyi szinten történő beavatkozások támogatása volt a cél a viselkedésváltoztatás golyómodelljének (*Behavior Change Ball*) kifejlesztésével.<sup>5</sup> Ebben a beavatkozásokat megvalósító szervezetek viselkedésének megváltoztatásához olyan elemeket illesztettek be, mint kérdések napirendre tűzése, szakpolitika alakítása, rugalmas irányítás, hálózatépítés, innováció, csoportmunka és megvalósítás. Az 1. szíjat vizsgálva megállapítható, hogy önmagában ez a megközelítés nem kínál a valós problémákra megoldást, nem ad választ arra a kérdésre, mitől lesz az egészséges életmód általánosan követett norma.

1. ábra: A viselkedésváltoztatás kerékképpje. A közepén található COM-B rendszert a beavatkozások gyűrűje és legkívül az szakpolitikai eszközök gyűrűje veszi körül. A viselkedés tartós megváltoztatásához a COM-B rendszer valamennyi elemére ható, a beavatkozás

Viselkedés meghatározói
Beavatkozás típusa
Szakpolitikai eszköz



Forrás: Forrás: Michie et al. 2011<sup>4</sup>

## 2. SZÁL: ÖKOLÓGIAI MEGKÖZELÍTÉS

Az ökológia kifejezés itt az egyének vagy közösségek egymással, illetve a környezetükkel való viszonyrendszerük egységben történő vizsgálatára, értelmezésére utal.

A viselkedés megváltoztatása összetett feladat, állította Hanlon<sup>6</sup> 2012-ben:

„Nyilvánvaló, hogy az elhízásjárványt csakis olyan hatalmas társadalmi változások tudják megállítani, amelyek a nagy energiafogyasztó ágazatokat, mint a mezőgazdaságot, az élelmiszeripart vagy az autóközlekedést másodlagossá teszik. Erre csak a kőolajfüggőség vagy a szénalapú globális gazdaság visszaszorítása lehet valós megoldás. Ilyen változások eredményeképpen a legtöbb társadalomban nem a gazdasági növekedés lesz az elsődleges cél.”

Nancy Krieger ökoszociális elmélete segít megérteni, hogyan terjednek időben és térben a betegségek, mik az egyenlőtlenségek okai.<sup>7</sup> Az ökoszociális elmélet magyarázatot kínál arra, hogy az egyének biológiai tulajdonságait hogyan változtatják meg a fizikai és társadalmi környezet hatásai, és hogyan alakítják ki az egészség, a jóllét és a betegség ismert mintázatait. Az elmélet időben és térben összegződő kölcsönhatást feltételez a kockázati tényezők, az érzékenység, az ellenálló képesség, az elszámoltathatóság és a cselekvőképesség között.

Az ökoszociális elmélet magyarázatot ad arra is, miért nehéz leszokni a dohányzásról. Először is a viselkedésváltozást nehezíti a nikotinfüggőség biológiai folyamata. Másodszor, a dohányzás szinte mindig más, megszokott viselkedéshez kötött, például a kávézáshoz, buszra várakozáshoz, vagy olyan társas eseményekhez kapcsolódik, mint megbeszélni a meccs eredményeit a munka szünetében, vagy együtt inni barátokkal egy bárban. Ezek a helyzetek azután kulcsingerként ismételtelen felébresztik a vágyat a rágyújtásra még a leszokás fázisában is, és nemritkán visszaesést okoznak.

A 2. gondolati szál önmagában nem teszi lehetővé, hogy a viselkedési problémákat kvantitatív vizsgálá-

latnak vethessünk alá, például előzetesen megbecsülhessük egy viselkedésváltoztatást célzó beavatkozás várható eredményességét. Az ökoszociális megközelítés – hasonlóan az 1. szálhoz – túlságosan elnagyolt modellt nyújt a valóságban jelentkező problémák megértéséhez, kezeléséhez.

## 3. SZÁL: KOMPLEX RENDSZEREK

A komplex rendszereket az alábbi tulajdonságok jellemzik:

- nagyszámú, egymással kölcsönhatásban álló, különféle elemből áll,
- olyan tulajdonságokkal rendelkezik, amelyek az egyes elemekkel nem magyarázhatók,
- hosszabb ideig fennáll,
- alkalmazkodik a változó környezethez.

A dohányzók számát befolyásoló tényezők például komplex rendszerként vizsgálhatók. [2. ábra]

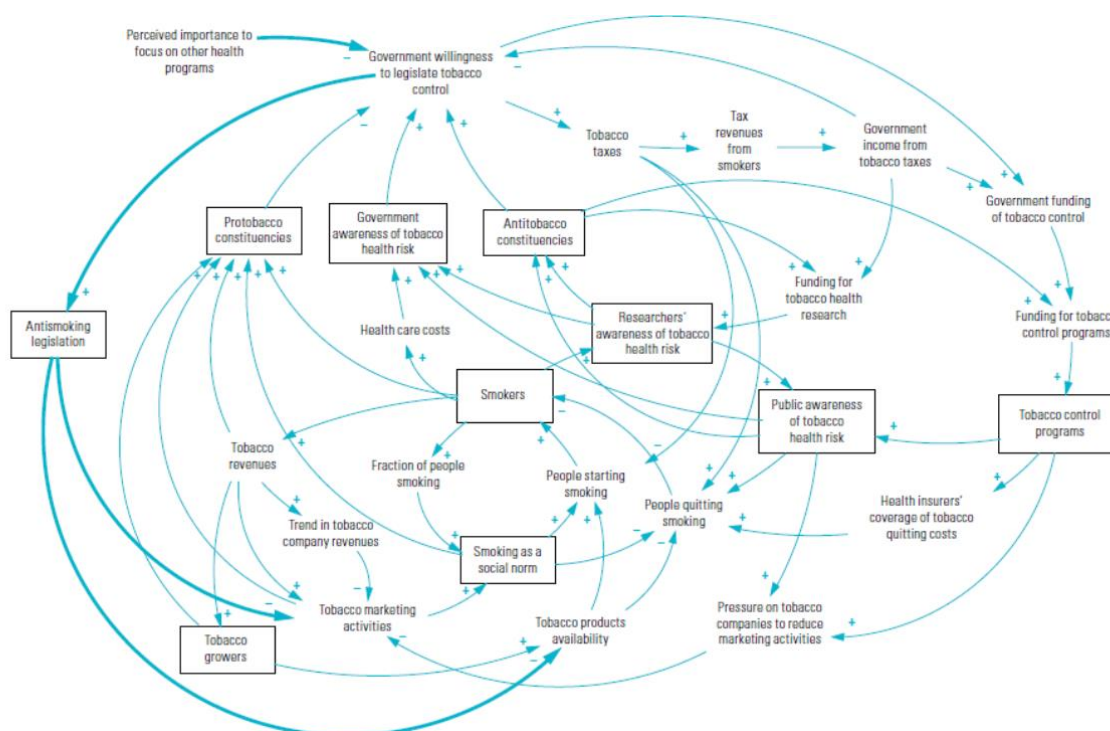
Amikor a dohányzók száma emelkedik, növekszik a gyártók és forgalmazók jövedelme. Ebből növelhetik a forgalmazást és a dohánytermékek marketingjét, amitől a dohányzás még inkább vonzóvá és elfogadottá válik, azaz zárul egy öngerjesztő ciklus. Az ábrán jól követhető, hogy a komplex rendszer biológiai, viselkedési és környezeti elemei egymás hatását hogyan erősítik, illetve gyengítik.

A komplex rendszerek vizsgálatára a rendszertudományi megközelítés olyan elemzési módszereket kínál, mint például a rendszerdinamikai vagy az egyésegalapú (*agent-based*) modellezés, a hálózatelemzés, amelyeket már sikerrel alkalmaztak a népegészségügyben.<sup>8</sup> Az elmúlt 10 évben már számos tanulmányban számoltak be rendszertudományi elemzésekről a népegészségügy területén, de egy egész sor rendszertudományi eszköz nem került még alkalmazásra.<sup>9</sup> Önmagában ez a megközelítés olyan ördögi kört jelentő (*wicked*) problémák<sup>10,11</sup> megragadására alkalmas, amelyek a hagyományos megközelítések során minduntalan „kicsúsznak a kutatók kezei közül”.

<sup>i</sup> Az ilyen, hagyományos értelemben megoldhatatlan problémákkal elsőként Rittel és Webber foglalkozott, az elnevezés is tőlük származik (Rittel és Webber 1973), az egészséggel kapcsolatban erről részletesebben a WHO Health2020 dokumentumban írnak. (WHO 2013)



2. ábra: Dohányzók számát meghatározó komplex rendszer



Forrás: National Cancer Institute 2007<sup>12</sup>

#### 4. SZÁL: TÁRSADALMI SZEREPLŐK ÉS KULTÚRA

Az Egyesült Nemzetek Nevelésügyi, Tudományos és Kulturális Szervezete (UNESCO) szerint a kultúra „egy társadalom vagy egy csoport különböző spirituális, anyagi, szellemi és érzelmi jellegzetességeinek összessége, amely a művészeteken, irodalmon túl magába foglalja az életstílust, az együttélés módját, az értékeket, a hagyományokat és vélekedéseket is”.<sup>13</sup> A kultúra befolyásolja, hogy milyennek látjuk a világot, mit tartunk normálisnak, mit nem, célt és értelmet ad életünknek, megszabja a kereteket, amelyek között megválasztjuk viselkedésünket a családban, a közösségekben, a munkahelyen.<sup>3</sup>

Az ökoszociális megközelítést a kultúrára alkalmazva még az is megállapítható, hogy a kultúra nemcsak időben változik, de befolyásolja azt a hely (mint a lakó- és munkahely, a szomszédság, a település és régió, ország és kontinens), valamint a társas kapcsolatok hálóját is (vagyis a családot, barátokat, munkatársakat és ismerősöket); mindkettő hierarchikus, egymás feletti rétegekbe szerveződve.<sup>14</sup>

Az előzőekből következik, hogy a viselkedés tartós megváltoztatásához több társadalmi szereplő együttműködése révén kialakított, a változást támogató kultúra szükséges. Az egészségkultúrát alakító kulcsszereplők a következők: a központi és helyi kormányzat, a privát és állami intézmények, nonprofit szervezetek (különösen az oktatás, a kutatás és a kultúra területén) és olyan vállalkozások, amelyek az egészséget közvetlenül érintő termékeket, szolgáltatásokat árulnak (pl. élelmiszeripari, dohánycégek, vendéglátóhelyek), végül, de nem utolsónak a média.

De felmerül a kérdés, hogyan vehetjük rá e szereplőket az egészséges életmód támogatására, miközben az ő viselkedésüket a jelenlegi – az egészséget nemigen támogató – kultúra befolyásolja. Hát, ez az igazi 22-es csapdája, egy ördögi kör! Paradigmaváltás szükséges a WHO szerint <sup>Hiba! A könyvjelző nem létezik.</sup> „... eltávolodni az egyszerű, lineáris, ok-okozati modellektől olyan megközelítés felé, amely azt kutatja, hogyan változtatja pillanatról pillanatra a rendszer a folyamatokat és azok eredményeit”, vélik Rutter és

munkatársai.<sup>15</sup> Véleményük szerint „... amíg a kutatók többsége a komplex rendszerekre vonatkozó ismereteket nem alkalmazza megfelelően, addig sok komoly népegészségügyi probléma – mint az újonnan felbukkanó fertőző betegségek vagy a nem fertőző betegségek – megoldatlan marad”.

## 5. SZÁL: ISKOLAI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Az iskolai egészségfejlesztés tűnik leginkább alkalmasnak az egészségkultúrával kapcsolatos ördögkör feloldására több okból is:

- Először is, a személyiségfejlődés korai szakaszában járó iskolások viselkedése a felnőttkénél jobban alakítható. Eccles szerint „... ekkor formálják személyiségüket, önképüket és a teljesítményhez való viszonyukat, ami komoly szerepet fog játszani az iskolai, a munkahelyi és az élet más területén elérendő sikerükben”.<sup>16</sup>
- Másodsor, ahogy a gyermekek felnőnek, egészség-magatartásuk általánosan elfogadottá válik. Gyermekeiket magukhoz hasonlóvá nevelik, és mintájuk lassan szétterjed az egész társadalomban.
- Harmadsor, a gyermekek az iskolában könnyen elérhetők, és viselkedésük magasan képzett humán erőforrás (pedagógus, orvos, védőnő) segítségével alakítható.

1987 és 2014 között a „Koordinált iskolai egészség”, majd az „Egész iskola, egész közösség, egész gyermek” elnevezésű modell alapján szerveződött az iskolai egészségfejlesztés az USA-ban.<sup>17</sup> A WHO, követve az amerikai példát, 1995-ben indította a „Globális kezdeményezés az iskolai egészségért” című programját.<sup>18</sup> Ma már az iskolai egészségfejlesztést többirányú beavatkozásként értelmezik, amely megváltoztatja az iskolában a szociális és fizikai környezetet.<sup>19</sup> Meglepő, hogy bár az iskolai egészségfejlesztés története 25 évre nyúlik vissza, alig találni olyan tanulmányt, amely az eredményességét módszertanilag megbízhatóan elemzi, és ezek közül is csupán egy-két vizsgálatnak sikerült pozitív hatást kimutatnia.<sup>20,21</sup>

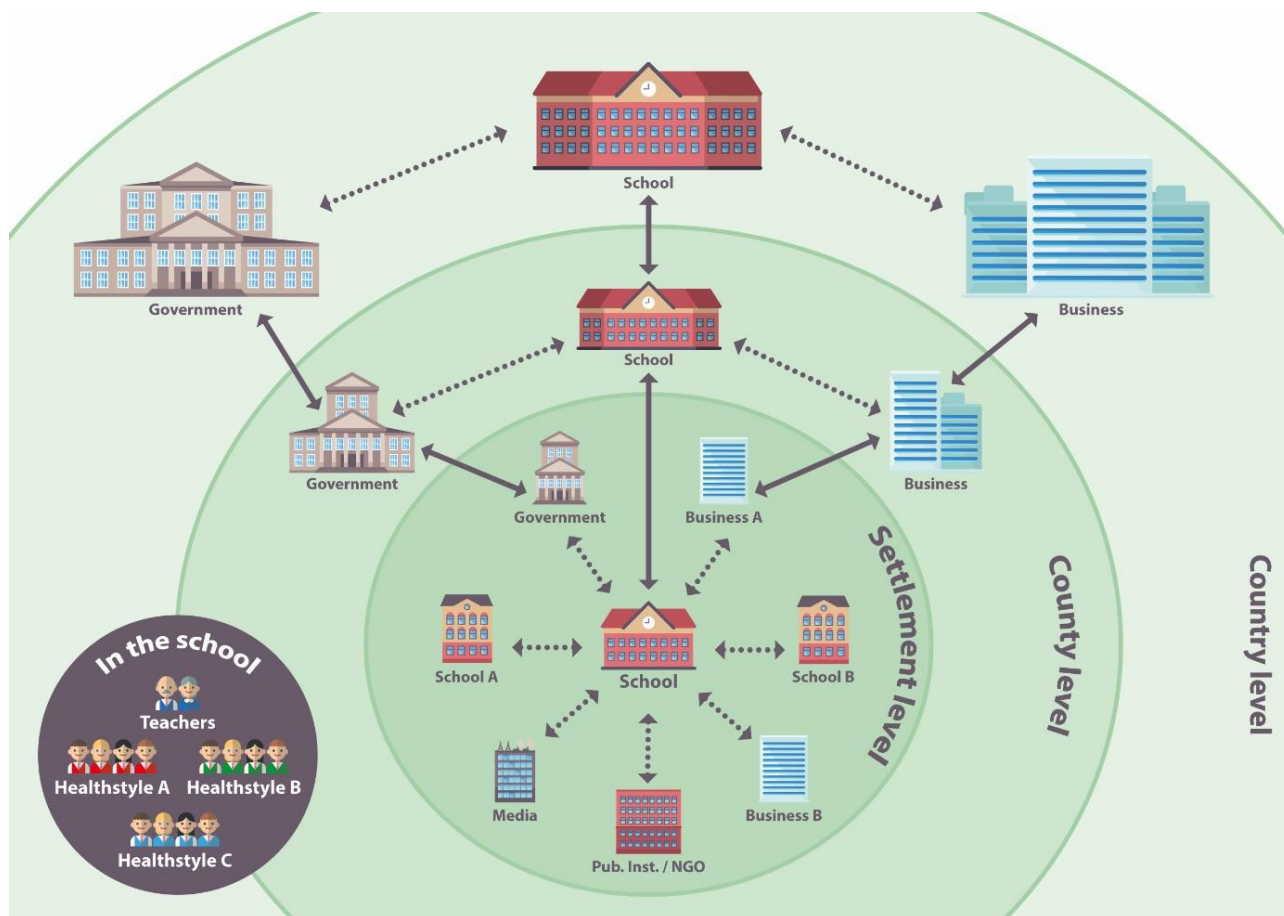
## EGY LEHETSÉGES MEGOLDÁS: KOMPLEX ISKOLAI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS

Az előzőekben bemutatott gondolati szálakat összefonva olyan iskolai egészségfejlesztés víziója tűnik elő, amely (1) az iskolát egy komplex rendszer részeként értelmezi, (2) bevonja a társadalmi kulcsszereplőket, (3) figyelembe veszi a földrajzi/szervezeti többszintűséget és a társas hálózatokat, továbbá (4) a COM-B rendszer alapján az iskolások hasonló viselkedésű, képességű, motiváltságú és helyzetű (azaz egészségstílusú) csoportjaira szabott beavatkozásokat alkalmaz.<sup>22</sup> **[Hiba! A hivatkozási forrás nem található.]**

A dohányzás példájánál maradva, a komplex iskolai egészségfejlesztés megvalósítása a következőket jelenti:

- A gyerekek az órákon ismerik meg a dohányzás kockázatait és a leszokás lehetőségeit. Mivel az iskolában tilos a dohányzás, az iskolai nemdohányzó dolgozók jó példával szolgálnak. Az iskola tanításon kívüli rendezvényei alacsony kockázatú szabadidős alternatívákat kínálnak a gyerekek számára (1. szál).
- Az iskolai kultúra, amely a praktikus és esztétikus fizikai környezettől az ünnepegekig, a versenyekig és valamennyi iskolai projektig terjed, azt az üzenetet közvetíti a tanulók és a dolgozók felé, hogy a dohányzás elítélendő és kerülendő tevékenység (1.,2.,3.,4.,5.szál).
- Az iskola környezetében nehéz dohánytermékekhez jutni; a média (közösségi is), továbbá a valamennyi korosztályba tartozó véleményvezérek („celebek”) erősítik a dohányzásellenes attitűdöt(1.,2.,3.,4.,5. szál).
- A komplex iskolai egészségfejlesztés kiterjed a magasabb földrajzi/szervezeti szintek szereplőinek viselkedését befolyásoló kultúra megváltoztatására is, mert a gyerekek és az iskolai dolgozók viselkedését közvetlenül meghatározó, iskolán belüli és kívüli tényezők hatása a magasabb szintek függvénye. Másrészt, olyan tevékenységeket is magába kell foglalnia, amelyek ezt az összetett, hierarchikus rendszert a rászakás megelőzésére, illetve a leszokás támogatása felé mozdítja el (2., 3., 4., 5. szál).

3. ábra: A COM-B rendszeren, az ökoszociális modellen, a rendszertudományi megközelítésen és az egészségkultúrán alapuló komplex iskolai egészségfejlesztés sémája. A település, a megye illetve az országos szinten működő oktatási és más szervezetek kapcsolatrendszere is hatással van a tanárok és tanulók viselkedésére.



Forrás: Vitrai 2017<sup>23</sup>

Természetesen a komplex iskolai egészségfejlesztés csupán az egyik megoldási lehetőség. A bemutatott öt gondolati szál más módon is összefonható, és az újabb megoldási lehetőségek utáni kutatás során a fonat akár kiegészíthető más szálakkal is. Bízunk abban a felismerésben, hogy csakis különböző

tudományok szakembereinek diskurzusa járulhat hozzá a népegészségügyi beavatkozások eredményességének növeléséhez!<sup>24</sup> Az interdiszciplináris megközelítés valósíthatja meg Davies 5. hullámát, azt a kultúrát, amely az egészséges viselkedést teszi normává.

## HIVATKOZÁSOK

- <sup>1</sup> Davies SC, Winpenny E, Ball S, et al. For debate: A new wave in public health improvement. *Lancet*. 2014;384:1889–1895. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62341-7.
- <sup>2</sup> Chandra A, Acosta J, Carman KG, et al. Building a National Culture of Health: Background, Action Framework, Measures, and Next Steps. RAND Corporation. Santa Monica, California, 2016.
- <sup>3</sup> Napier AD, Depledge M, Knipper M, et al. Culture matters: using a cultural contexts of health approach to enhance policy-making. *Cultural Contexts of Health and Well-being*. Policy brief, No. 1. World Health Organization. 2017
- <sup>4</sup> Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci*. 2011;6:42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42
- <sup>5</sup> Hendriks AM, Jansen MW, Gubbels JS, et al. Proposing a conceptual framework for integrated local public health policy, applied to childhood obesity - the behavior change ball. *Implement Sci*. 2013;8:46. doi: 10.1186/1748-5908-8-46
- <sup>6</sup> Hanlon P, Carlisle S, Hannah M, et al. A perspective on the future public health: an integrative and ecological framework. *Perspect Public Health*. 2012;132(6):313-9. doi:10.1177/1757913912440781
- <sup>7</sup> Krieger N. *Epidemiology and the People's Health*. Oxford University Press, 2011
- <sup>8</sup> Luke DA., Stamatakis KA. Systems Science Methods in Public Health: Dynamics, Networks, and Agents. *Annu Rev Public Health*. 2012;33:357-76. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101222
- <sup>9</sup> Carey G, Malbon E, Carey N, Joyce A, Crammond B, Carey A. Systems science and systems thinking for public health: a systematic review of the field. *BMJ Open*. 2015;5:e009002. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009002
- <sup>10</sup> Rittel H, Webber M. Dilemmas in a general theory of planning. *Policy Sciences*. 1973;4:155-69.
- <sup>11</sup> World Health Organization. *Health 2020: a European policy framework and strategy for the 21st century*. 2013. p. 58. Elérve: 2018. 01. 18.
- <sup>12</sup> National Cancer Institute. *Greater Than the Sum: Systems Thinking in Tobacco Control*. Tobacco Control Monograph No. 18. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. NIH Pub. No. 06-6085, April 2007.
- <sup>13</sup> UNESCO (2001) UNESCO Universal Declaration on Cultural Diversity. In: website. [http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL\\_%0AID=13179&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_%0AID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html). Elérve: 2017. 02. 13.
- <sup>14</sup> Ravasz E, Barabási AL. Hierarchical organization in complex networks. *Phys Rev E*. 2003;67:26112. doi: 10.1103/PhysRevE.67.026112
- <sup>15</sup> Rutter H, Savona N, Glonti K, et al. The need for a complex systems model of evidence for public health. *Lancet*. 2017;6736:9–11. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31267-9
- <sup>16</sup> Eccles J. The Development of Children Ages 6 to 14. *Futur Child* 1999;9:30-44. doi: 10.2307/1602703
- <sup>17</sup> Allensworth DD, Kolbe LJ. The Comprehensive School Health Program: Exploring an Expanded Concept. *J Sch Health*. 1987;57:409-12. doi: 10.1111/j.1746-1561.1987.tb03183.x
- <sup>18</sup> Global school health initiative. WHO. [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/gshi/en/](http://www.who.int/school_youth_health/gshi/en/) Elérve: 2018. 01. 05.
- <sup>19</sup> Mclsaac JL, Hernandez K, Kirk S, et al. Interventions to Support System-level Implementation of Health Promoting Schools: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13:200. doi: 10.3390/ijerph13020200
- <sup>20</sup> Busch V, De Leeuw JRJ, Zuithoff NPA, et al. A Controlled Health Promoting School Study in the Netherlands. *Health Promot Pract*. 2015;16:592-600. doi: 10.1177/1524839914566272
- <sup>21</sup> Grillich L, Kien C, Takuya Y, Weber M, Gartlehner G. Effectiveness evaluation of a health promotion programme in primary schools: a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2016;16:679. doi: 10.1186/s12889-016-3330-4
- <sup>22</sup> Balku E, Tóth G, Nárai E, et al. Methodology for identification of healthstyles for developing effective behavior change interventions. *J Public Health*. 2017;25:387-400. doi: 10.1007/s10389-017-0799-y
- <sup>23</sup> Vitrai J. How should we change the culture of health? A note on the margin of an outstanding debate. *J Public Health*. 2017. doi: 10.1007/s10389-017-0878-0
- <sup>24</sup> Bachrach C, Daley D. Shaping a New Field: Three Key Challenges for Population Health Science. *Am J Public Health*. 2017;107:251-2. doi: doi/abs/10.2105/AJPH.2016.303580

## Kapcsolat a szénhidrát-, és a zsírbevitel valamint a szív- és érrendszeri betegségek és mortalitásuk között, öt kontinens 18 országában (PURE): prospektív kohorszvizsgálat ismertetése - cikkismertetés

Associations of fats and carbohydrate intake with cardiovascular disease and mortality in 18 countries from five continents (PURE): a prospective cohort study - paper review

Ismerteti: Erdei Gergő ✉  
Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

Szerzők: Mahshid Dehghan, Andrew Mente, Xiaohe Zhang et al.  
Megjelenés: Lancet  
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32252-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32252-3)

Beküldve: 2018. 02. 06.  
doi: 10.24365/ef.v59i1.236

**Kulcsszavak:** zsír, szénhidrát, szív- és érrendszeri betegségek, mortalitás, stroke

**Keywords:** fat, carbohydrate, cardiovascular disease, mortality, stroke

A „*The Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE)*” vizsgálat egy nagy epidemiológiai kohorsz tanulmány, 35-70 éves személyek részvételével. A vizsgálat 18 országban valósult meg (bevonási időszak 2003-2013), az utánkövetés mediánja 7,4 év (IQR 5,3-9,3). A vizsgálatban 135 335 fő étel- és ital-fogyasztási gyakoriság kérdőívének eredményét elemezték. A tanulmány elsődleges célja, hogy értékelje a zsír-, (teljes, telített és telítetlen) és a szénhidrátbevitel, valamint a szív- és érrendszeri megbetegedések közötti összefüggést. A másodlagos cél az volt, hogy megvizsgálják a kapcsolatot a tápanyagok

és az szív- és érrendszeri betegségek valamint a nem kardiovaszkuláris megbetegedések mortalitása között.

Az eredmények alapján a nagy szénhidrátbevitel magas mortalitási kockázattal járt, míg a teljes zsírbevitel és a telített, valamint a telítetlen zsírbevitel alacsonyabb mortalitási kockázatot jelentett a szénhidrátbevitelhez képest. A teljes zsírbevitel és a telített, valamint a telítetlen zsírok bevitel nem mutatott összefüggést a szív- és érrendszeri betegségek, myocardialis infarktus vagy cardiovascularis betegség mortalitásával.

### TANULSÁGOK A HAZAI SZAKEMBEREK SZÁMÁRA

A nagy szénhidrátbevitel magasabb mortalitási kockázattal jár, mint a teljes zsírbevitel. A szerzők szerint, ezen megállapítások, valamint a témában készült más vizsgálatok eredményei alapján a globális táplálkozási irányelvek újragondolása szükséges.

## Elhunyt Dési Illés emeritus professzor (1931–2018)



Életének 87. évében, 2018. január 3-án elhunyt Dr. Dési Illés emeritus professzor, a Szegedi Tudományegyetem Népegészségtani Intézetének egykori tanszékvezető egyetemi tanára.

Budapesten született 1931-ben, szülei mindketten orvosok voltak. Középiskolai tanulmányait a Berzsenyi Dániel Gimnáziumban, 1950-ben kitüntetéses érettségivel fejezte be. Orvosi diplomáját 1956-ban a Budapesti Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán „summa cum laude” minősítéssel vehette át. Pályafutása Budapesten, az egyetem Kórélettani Intézetében kezdődött, ahol már demonstrátorként is tevékenykedett.

Szakmai fejlődését elősegítette, hogy WHO-ösztöndíjasként hosszú időt töltött a University College London élettani intézetének EEG-laboratóriumában. Kandidátusi disszertációja, amelyet 1965-ben védett meg, a neurotoxikológiai témakörben végzett kísérleteinek eredményeit tartalmazta. 1969-ben az Országos Közegészségügyi Intézet Toxikológiai és DDD Osztályának, majd 1971-ben a Higiénés-Biológiai Főosztályának lett a vezetője. Tudományos munkája a környezetben előforduló szennyező anyagok – elsősorban peszticidek és műanyagok – kis mennyiségei okozta korai idegrendszeri és immunológiai károsító hatásokra irányult, amelyeket neurotoxikológiai, valamint immuntoxikológiai módszerekkel vizsgált. E tárgykörben írt akadémiai doktori disszertációját 1979-ben védte meg. Munkája szakmai színvonalának elismeréseként a főosztály az International Programme of Chemical Safety Collaborating Centre hálózat tagjává vált. (Ez a WHO-kapcsolat a későbbiekben áttevődött a szegedi tanszékre.)

1984. július 1-től 65. évének eléréséig a Szegedi Orvostudományi Egyetem Közegészségtani és Járványtani Intézetének (jelenleg Népegészségtani Intézet) tanszékvezető egyetemi tanára, majd 70 éves korától emeritus professzora volt. Vezetésével az intézet korábbi kísérletes toxikológiai profilja kiszélesedett, néhány év alatt jól felszerelt neuro- és magatartás-toxikológiai laboratórium kialakítására került sor. Irányításával kezdődött a nyolcvanas évek végén a népegészségügy tantárgy angol nyelvű oktatása a külföldi hallgatók számára. Oktató- és kutatómunkája mellett folyamatosan részt vett a szakmai közéletben is. Számos hazai és külföldi társaságnak volt elnökségi, vezetőségi tagja, több külföldi folyóirat szerkesztőbizottságában is tevékenykedett. Az IPCS (International Programme on Chemical Safety) és az UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) szakértőjeként is dolgozott. Szerkesztője volt az orvostanhallgatók részére írt, több kiadásban is megjelent „Népegészségtan”, valamint a több kar képzési formáiban használt „Környezet-egészségtan” tankönyveknek. Az „A titokzatos agy” című könyvét német és cseh nyelven is megjelentették. Munkássága elismeréseként több MTA-pályadíjat nyert el, továbbá a Magyar Higiénikusok Társasága Fodor József-emlékérmét vehette át. Személyének emlékét és gazdag munkásságának eredményeit megőrizzük!

Dr. Paulik Edit tanszékvezető egyetemi docens, Dr. Nagymajtényi László professor emeritus Szegedi Tudományegyetem, Népegészségtani Intézet

# A védőoltások szerepe a betegségek megelőzésében: Osztrák Védőoltási Nap (Österreichischer Impftag), 2018

The role of vaccines in the prevention of diseases:  
Austrian Vaccination's Day (2018)

Szerző: Schmidt Péter ✉  
Egyetemi Oktató Gyermekorvosi Rendelő, Győr

Beküldve: 2018. 01. 19.  
doi: 10.24365/ef.v59i1.226

**Kulcsszavak:** kötelező és ajánlott védőoltások, utazási megbetegedések, költség/haszon elemzések az átoltottság során, indikátorok, tudásmegosztás

**Keywords:** compulsory and recommended vaccinations, travel illnesses, cost/benefit analyses during the vaccination coverage, indicators, knowledge sharing

A nagy hagyományokkal rendelkező, évente megrendezett Osztrák (Védő) oltási Napot (*Österreichischer Impftag*) idén január 13-án tartották az osztrák fővárosban.

A nemzetközi konferencián a résztvevők száma 700 fő felett volt. A hallgatóság sok szakterületet képviselt: többségben orvosok – közülük is főként gyermekorvosok és iskolaorvosok –, továbbá egészségnevelési szakemberek, nagy számban gyógyszerészek, a közegészségügyi higiénés intézetek munkatársai, valamint osztrák- és nemzetközi gyógyszerkutató intézetek vezetői és előadói voltak jelen.

Ausztrián kívül Németországból, Franciaországból, Angliából és Svájcban is érkeztek résztvevők. Magyarországot e sorok írója képviselte, aki egyben az Osztrák Gyermekorvosok Társaságának is rendes tagja.

A konferencia a következő témákat érintette: Mag. Beate Hartinger Klein Miniszter asszony, Egészség-

ügyi és Családügyi Minisztérium (*Bundesministerium für Gesundheit und Frauen*); nagy ívű megnyitó beszédében kiemelte a legfrissebb hazai eredményeket, melyeknek következtében Ausztriában újabb oltóanyagok váltak térítésmentessé. Részletesen ismertette az osztrák oltási séma szerinti kötelező és ajánlott oltásokat. Ausztriában nincsen BCG oltás, de térítésmentesen biztosított a diftéria-szamárköhögés-tetanusz, a járványos gyermekbénulás, a *Haemophilus influenzae*, a *Pneumococcus*, a Hepatitis „B” és a kanyaró-rózsahimlő-mumpsz elleni oltások, továbbá a Rotavírus elleni oltóanyag is. Ezen túlmenően serdülő korban a *meningococcus ACWY* elleni oltás, valamint a *Humán Papilloma Vírus* (HPV) elleni oltás – nem csak a lányoknak, hanem a fiúknak is – hozzáférhető.<sup>1</sup>

Prof. Dr. Ursula Wiedermann-Schmidt, Specifikus és Trópusi Megbetegedések Megelőzése Intézet, Bécs (*Institut für Spezifische Prophylaxe und Tropenme-*

<sup>1</sup> BCG – gümőkór (tbc) ellen, *Haemophilus influenzae* és *Pneumococcus* – ezen kórokozók okozta invazív betegségek ellen, Hepatitis B – B vírus okozta fertőző májgyulladás ellen, *meningococcus ACWY* – ezen kórokozók okozta gennyes agyhártyagyulladás ellen

dizin, Wien); a nemzetközi konferencia szakmai igazgatója elmondta, komoly gondot jelent a migránsok esetében, hogy számos olyan fertőző betegséget hozhatnak be Ausztriába, melyek évtizedek óta eltűntek (pl. járványos gyermekbénulás). Ezért széles körben, mindenre kiterjedő felvilágosító, prevenció munkát indítottak, hogy növeljék az átoltottságot. E mellett az új oltási rend alapján már 10 hónapos korra előrehozták a kanyaró-rózsahimlő-mumpsz elleni védőoltás beadásának javasolt idejét, hogy minél előbb biztosítsák a védettséget. Gondot az jelenthet, hogy számos szülő nem él a lehetőséggel, hogy gyermekét beoltassa, ezért az átoltottság lényegesen alacsonyabb, mint Európa számos más országában (pl. Magyarországon). Ausztriában az egyik legfontosabb feladat, hogy egészségmegőrző és egészségnevelési programokkal hívják fel a szülők figyelmét a védőoltások fontosságára.

Prof. Dr. Ursula Kunze, Bécsi Orvosi Egyetem, Társadalomrostani Intézet, Egészségfejlesztési Centrum (*Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität, Wien*); arról számolt be, hogy a kötelező védőoltások mellett az ajánlott oltásokat is támogatja az osztrák állam.

Részleges térítés mellett ajánlott a *meningococcus* „B” és „C”<sup>ii</sup>, a bányahimlő, az influenza, a *hepatitis* „A” és a kullancs terjesztette agyvelőgyulladás elleni védőoltás. Ez utóbbi igen népszerű. A szülők a gyógyszertárakban megvásárolt vagy az orvosok által felírt oltóanyagot kiváltják, és az oltás beadását követően a *Krankenkasse* (Betegségbiztosítási Intézet) a kullancsfertőzés elleni védőoltás árának jelentős részét visszatéríti a szülőknek.

Univ.- Prof. Dr. Ingomar Mutz, Tartományi Kórház Leoben/Eisenerz, Stájerország; (*Landeskrankenhaus, Leoben/Eisenerz, Steiermark*) az oltást ellenzők problémakörét illetően hangsúlyozta a szülők felelősségét is, hiszen egy nem beoltott gyermek közösségbe kerülve nagyon sok társát fertőzheti meg. Mind szélesebb körben alkalmazandó egészségnevelési és egészségügyi felvilágosító munka szükséges ahhoz, hogy egyre kevesebb szülő legyen, akik megtagadja gyermeke számára az oltás beadását. Kimutatása szerint évente 3,5 millió védőoltást adnak be Ausztriában, és 30 esetben fordult elő, hogy panaszt tettek súlyos oltási mellékhatások miatt. A vizsgálatok során kiderült, hogy ebből a 30 esetből is mindössze három eset felelt meg a védőoltás okozta kóros elváltozásnak.

1. ábra: Csoportkép az Osztrák Védőoltási Napon



Forrás: Az esemény fotógalériája

<sup>ii</sup> meningococcus B és C okozta gennyes agyhártyagyulladás ellen



Dr. Monika Redlberger–Fritz, Orvosi Egyetem, Virologiai Központ, Bécs (*Zentrum Virologie, Medizinische Universität, Wien*); véleménye szerint további fontos teendő, hogy Ausztriában mind több ajánlott védőoltás is térítésmentes lehessen. Erre példa lehet az influenza elleni védőoltás – különös tekintettel az influenzajárványok megakadályozására –, hiszen ennek sikeres megvalósítására Ausztriában az anyagi fedezet megvan. Az előadó költség/haszon vizsgálatok eredményeivel igazolta, hogy mind nagyobb mértékű az influenza elleni oltások száma, annak eredményként az influenza okozta megbetegedések időszakában (átlagosan 3-4 hét időtartam) lényegesen kevesebb beteg jelenik meg a rendeléseken. Tehát az influenzaoltások beadása következtében az orvoshoz fordulás aránya jelentősen csökkenhet.

Univ.- Prof. Dr. Hartmut Hengel, Egyetemi Klinika, Virologiai Intézet, Freiburg (*Institut Virologie, Universitätsklinikum, Freiburg*); Németországban és Franciaországban, valamint Ausztriában végzett kutatómunkája alapján hangsúlyozta, a jól felépített oltási programok mind indirekt, mind direkt módon – a fertőző betegségek megakadályozásával –

csökkentik azok kezelésére szolgáló összegeket, a fekvő beteg intézményekbe történő beutalást, ezzel összhangban a kórházban eltöltött napok számát, valamint a szülőknek gyermekük otthoni ápolása miatti munkából való kiesését. Az előadó részletesen beszámolt a 2005-2006-ban megkezdett kutatás eredményeiről, melyek a *Herpes-zoster* elleni vakcina kidolgozását biztosítják. Elismeréssel szolt japán kutatók vizsgálati eredményeiről a főként az idős korosztály – különös tekintettel a 65 év felettiiek – *Herpes-zoster* elleni védelmét segítő készítmény kifejlesztéséről.

Univ.- Prof. Dr. Robert Steffen, Zürichi Egyetem, Belgyógyászat és Utazási Betegségek és a WHO Együttműködési Központ igazgatója (*FMH für Innere Medizin, Reisemedizin an der Universität Zürich, Schweiz und Direktor des WHO Collaborating Centre for Traveller's*); az utazási megbetegedésekkel kapcsolatosan az elmúlt 30 évben végzett gyakorlati tapasztalatairól számolt be. Kronológiai sorrendben kitért a malária megbetegedés, a *dengue-láz*, illetve a *Zika-vírus* okozta fertőzések terápiás lehetőségeire, illetve ezen betegségek elleni oltóanyagok kutatására és alkalmazására.

2. ábra: Előadás az Osztrák Védőoltási Nap eseményen



Forrás: Az esemény fotógalériája

Még mindig több százezres nagyságú az évente máliában, illetve *dengue-lázban* elhunytak száma a világban, bár az elmúlt évtizedben mindkét betegség esetében csökkent a mortalitás. A *Zika-vírus* okozta megbetegedésekkel kapcsolatosan a kutatók jelenleg is folynak, a 2017-ben elsőként alkalmazott oltóanyag alkalmazásától a kutatók kedvező eredményeket várnak. Az eddigi visszajelzések egy hatékony terápia adatairól tanúskodnak. Az utazási megbetegedésekkel kapcsolatban az előadó kitért arra is, a fejlett nyugati országokban folyamatosan felhívják a fiatal házaspárokat arra, hogy – amennyiben lehetséges – ne tervezzenek nászutat olyan távoli országokba, mind például Egyiptom, vagy a Távol-Kelet, Dél-Amerika egyes veszélyeztetett országai (pl. Brazília, Chile), ahol a fent említett fertőző betegségek aránya még mindig nagyon magas. Ugyanis egy fertőzött szúnyog csípése is végzetes lehet a családalapítást illetően, mivel magzati károsodást, értelmi képességek zavarásával járó, kóros kisfejlődést (*microcephalia*) okoz.

Prof. Dr. Schmidt Péter, jelen beszámoló szerzője előadásában részletesen kitért a magyarországi védőoltással kapcsolatos indikátorokra. Ismertette: Magyarországon igen magas a kötelező védőoltások átoltottsága, az ausztriai 68-70%-kal szemben hazánkban közel 97-99%-os. Mindez köszönhető a kiváló magyar – évtizedek óta hatékonyan és precíz nyilvántartással működő – oltási rendszernek.<sup>iii</sup> A kötelező gyermekkori védőoltások - állami támogatással - ingyenesek. Az ajánlott oltások ára Magyarországon a családi jövedelmekhez viszonyítva egyelőre aránytalanul magas, de 2016 óta komoly törekvések vannak arra nézve, hogy mind több ajánlott oltás is térítésmentes legyen, vagy legalábbis kedvezménytel lehessen azokat kiváltani. Ugyancsak komoly eredmény, és hatékonyan működik az általános iskolákban egyes meghatározott korcsoportokban térítésmentesen adható *Hepatitis „B”* elleni oltás, továbbá a HPV elleni oltás lányok számára, ugyanakkor fontos cél lehet ezen oltás támogatottságának a kiterjesztése a fiúk számára is. A bécsi konferencia kiemelkedő módon megfelelt a tudásmegosztás nemzetközi követelményeinek.

A tudományos előadásokat követően a résztvevők okostelefonjaik segítségével tesztvizsgát tettek. Az egyes kérdések felvetítése után megtárgyalták az előadások anyagát, majd 4-5 tesztkérdés közül kellett kiválasztani a helyes választ, melyet komoly szakmai konzultáció követett. Előfordult ugyanis, hogy egyes kérdéseknél akár több helyes megoldást is elfogadtak, így a vitafórum hasznos konszenzussal zárult.

### Összefoglaló

A kiválóan megszervezett 2018. évi Osztrák Oltási Nap tudományos szimpóziumán a résztvevők naprakész információt kaphattak a legújabb oltási rendszerekről. A magas szintű szakmai előadások anyagát elsajátítva a kollégák napi munkájukban eredményesen tudják alkalmazni és felhasználni az elmondottakat.

### Köszönetnyilvánítás

Az „*Österreichischer Impftag 2018. Wien*” nemzetközi konferencián való részvételemért és az előadásra történő felkérésért hálás köszönettel tartozom az Osztrák Gyermekorvosok Társaságának, (*Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde*), és külön a szervezet elnökének, Dr. Wolfgang Sperl professzornak (Salzburg) a hivatalos bécsi meghívásért, valamint Michael Kunze professzornak, Bécsi Orvosi Egyetem, Társadalom- orvostani Intézet, Egészségfejlesztési Centrum *Institut für Sozialmedizin, Zentrum für Public Health, Medizinische Universität, Wien*); aki már közel 20 év óta biztosít számomra szakmai együttműködést osztrák egészségügyi intézményekkel (Osztrák Szövetségi Egészségügyi Intézet, Bécs (*Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien*); a Bécsi Orvostudományi Egyetem (*Medizinische Universität, Wien*). A szervezésben való kimagasló munkáért – az előző évekhez hasonlóan – Mag. Margot Tschank asszonynak, az Osztrák Védőoltási Nap (*Österreichischer Impftag*) 2018 szervezési bizottság munkatársának tartozom hálás köszönettel.

<sup>iii</sup> Magyarországon a kötelező védőoltásokat a 18/1998.(VI.3) NM rendelet 5.§. határozza meg. A védőoltási tevékenységgel kapcsolatos információkat, beleértve az ajánlott oltásokat is az évente kiadott Módszertani Levél tartalmazza. Az utolsó (2017. évi) elérhetősége: [https://www.antsz.hu/data/cms83440/VML2017\\_EMMI.pdf](https://www.antsz.hu/data/cms83440/VML2017_EMMI.pdf)

### AJÁNLOTT TOVÁBBI IRODALOM

- Boda Domokos - Bartyik Katalin - Szüts Péter - Turi Sándor: Varicella elleni aktív védőoltások subcutan és intracutan alkalmazott gyengített élővírus vakcinával kórházi fertőzéseknek kitett gyermekeken. *ORVOSI HETILAP*, 126, 1985
- Budai József – Nyerges Gábor: Védőoltások. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2004
- Budai József: Fontos változások a gyermekek kötelező, korhoz kötött védőoltásaiban. *HIPPOCRATES*, VIII/1. 2006. január-február, 36.
- Mészner Zsófia (szerk.): Felnőttkori védőoltások kézikönyve - Gyakorlati útmutató orvosoknak. Medicina Könyvkiadó, 2015
- Schmidt P. Minőségi indikátorok szerepe a hazai védőoltási rendszer elmúlt negyedszázados történetében - *GAZDASÁG ÉS TÁRSADALOM* (2) pp. 7-33. (2005)
- Schmidt P. Az egészségmegőrzés és egészségnevelés kiemelt szerepe a hazai korszerűsített védőoltási rendszerben. *EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS* 47:(1-2) pp. 38-49. (2006)
- Schmidt P. Terhesség alatt pertussis ellen oltott anyák koraszülöttjeinek pertussisellenes antitesttiter-koncentrációja. *ORVOSI HETILAP* 158:(17) p. 679. (2017)

# Bemutatózik a Budapesti Orvostanhallgatók Egyesülete

## On the Budapest Medical Students' Association



Szerzők: Rakonczai Marcell Kristóf ✉, Kerkovits Nóra Melinda  
*Semmelweis Egyetem*

Beküldve: 2018. 02. 20.  
doi: 10.24365/ef.v59i1.243

Kulcsszavak: orvostanhallgatók, prevenció, egészségnevelés

Keywords: medical students, prevention, health education

A Budapesti Orvostanhallgatók Egyesülete (BOE) a Semmelweis Egyetemen működő legnagyobb non-profit civil szervezet, mely közel hatszáz orvostanhallgatót fog össze. Az egyesület elkötelezett a magyar laikus populáció egészségtudatosságának és egészségértésének fejlesztése iránt. Tevékenysége során a BOE kiemelt figyelmet fordít a 14-19 éves korosztály egészségnevelésére, melyet kortársoktatással valósít meg a középiskolákban. Ezen alkalmak során a leggyakoribb hazai halálóki tényezőkről való ismeretek átadása mellett az egészség megőrzéséről és a betegségek megelőzésének mikéntjéről is beszélnek az orvostanhallgatók. A 2016/2017-es tanévben 750 prevenció óra megtartásával körülbelül 15000 diákot sikerült közvetlenül, személyes találkozással elérnünk. Prevenció tevékenységünk kiemelt témakörei:

- szív- és érrendszeri betegségek megelőzése,
- szexuális felvilágosítás,
- drog-, alkohol- és dohányzás prevenció,
- tumorprevenció,
- egészségtudatos táplálkozás és evészavarok,
- elsősegélynyújtás, újraélesztés,
- véradás, vérátömlesztés és szervtranszplantációs felvilágosítás,
- védőoltások és antimikrobiális rezisztencia.

Az óratartás mellett számos, többségében egészségügyi világnapokhoz kapcsolódó programot, rendezvényt szervez az egyesület, melyek során lehetőség van az egészségvédelemmel kapcsolatos információk átadására szélesebb körben, korosztálytól függetlenül. Azt utóbbi években többek között az AIDS nap, a Szívünk napja, vagy a Melanoma világnap lebonyolításában vettünk részt. [1. ábra]

1. ábra: A Melanoma világnap BOE-s csapata a Dunai Regatta eseményén, 2017. május 6-án



Forrás: Budapesti Orvostanhallgatók Egyesülete

Ezek az eseményeken a figyelemfelkeltés mellett a szűrési prevencióra is nagy hangsúlyt fektettünk. 2017 őszén az Egészségügyi Világszervezet gondozásában meghirdetett „Világ Antibiotikum Tudatosság” Világhetére is készültünk programsorozattal, melyet a Világszervezet honlapján is bemutattunk (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/news/news/2017/12/hungary-engages-people-of-all-ages-in-world-antibiotic-awareness-week>)

Egyik fő büszkeségünk a Semmelweis Egészségverseny, melyet idén harmadik alkalommal rendezünk meg. [2. ábra] A verseny évről évre egyre növekvő népszerűségnek örvend a középiskolások körében. Míg az első alkalommal 600 versenyző jelentkezett, addig idén már közel 1800 diák nevezett a megmérettetésre. A többfordulós versenyre 5 fős csapatokkal jelentkezhetnek a diákok, akiknek a prevenció témákkal kapcsolatos feladatokon keresztül vezethet útjuk a verseny nagyszabású döntőjébe. Nem csak a középiskolások számára készülünk programokkal: az apróbbakkal a Teddy Maci Kórház keretében találkozunk. A Teddy Maci foglalkozások célja a 3-6 éves korosztály orvosoktól, kórházi ellátástól való félelmének csökkentése. Az óvodások ilyenkor plüssállatokat diagnosztizálhatnak, gyógyíthatnak, és megismerkedhetnek különböző orvosi műszerekkel is. [3. ábra]

Amellett, hogy az Egyesület kiemelt szerepet vállal primer prevenció tevékenységével a lakosság egészségnevelésében, működésünk célja az orvostanhallgatók szakmai és erkölcsi fejlődésének segítése, valamint:

- hozzájárulni széles látókörű, modern szemléletű, értékes hazai és nemzetközi tapasztalatokkal rendelkező orvosok képzéséhez a magyar egészségügy színvonalának emelése érdekében;
- tevékenyen részt venni nemzetközi együttműködések kialakításában;
- támogatni, ösztönözni az orvostanhallgatók nyelvtanulását és nyelvgyakorlását szakmai témákban, hazai és nemzetközi fórumokon;
- lehetőséget biztosítani elméleti és kutatómunkával foglalkozó hallgatók tudományos tapasztalatcseréjére, hazai és nemzetközi szinten egyaránt;

- igényt kialakítani a felnövekvő orvos generációban a magasabb színvonalú, hazai és nemzetközi ismereteket szintetizáló egészségügyi ellátás iránt.

2. ábra: A II. Semmelweis Egészségverseny döntőjének résztvevői és segítői a Semmelweis Egyetem Elméleti Orvostudományi Központjában, 2017. március 25-én



Forrás: Budapesti Orvostanhallgatók Egyesülete

3. ábra: Pillanatkép egy Teddy Maci foglalkozásról



Forrás: Budapesti Orvostanhallgatók Egyesülete

A BOE az imént felsoroltak érdekében évente több, mint 100 orvostanhallgató számára biztosít lehetőséget klinikai- és tudományos cseregyakorlatban való részvételre. Hasonló számban érkeznek Budapestre külföldi orvostanhallgatók, akiknek színvonalas szakmai-, kulturális-, és szabadidős programokat biztosítunk, ezzel próbálván öregbíteni a Semmelweis Egyetem hírnevét.

2017 szeptemberében Egyesületünk rendezte meg a *European Medical Students' Association (EMSA)* Őszi Közgyűlését. A 220 fős konferencián Európa 20 országából érkeztek a résztvevők, hogy részt vegyenek a magyar és külföldi szakértők előadásain a globális egészségügyi problémát jelentő antimikrobiális rezisztencia témakörben.

A prevenció és a nemzetközi aktivitásunk mellett az egyesület harmadik pillére az emberi jogi, karitatív tevékenység. Egy külön szekciónk működik azzal a céllal, hogy az emberi jogok maradéktalan alkalmazásának fontosságára és a mentális egészségre

felhívja a figyelmet. Ezen kívül a tavalyi évben többek közt az *Age of Hope* gyermekvédelmi szervezet számára gyűjtöttünk adományt.

Az elmúlt évek tendenciái - melyek a BOE határozott fejlődését mutatják, mind a tagok száma és aktivitása, mind az általunk szervezett programok mennyisége és minősége alapján - arra biztatnak minket, hogy a jövőben kísérletet tegyünk tevékenységünk kiszélesítésére, így például tervezzük a későbbiekben a felnőttek egészségnevelésére is hangsúlyt fektetni.

# Bemutatkozik a Magyar Gyógyszerészi Kamara

## On the Hungarian Chamber of Pharmacists

Szerzők: Hankó Zoltán ✉

*Magyar Gyógyszerészeti Kamara*

Beküldve: 2018. 03. 09.

doi: 10.24365/ef.v59i1.252

**Kulcsszavak:** gyógyszerészet, kamara

**Keywords:** pharmacists, chamber

### TÖRTÉNETE

A Magyar Gyógyszerészi Kamara 1989 nyarán alakult a gyógyszerésztársadalom önkéntes elhatározásával. Az akkor hatályos egyesületi jogról szóló törvény alapján létrehozott szakmai érdekvédelmi szervezet a gyógyszerészet szakmai, erkölcsi és anyagi rehabilitációját tűzte ki célul, amely közel ötezer fős önkéntes tagságával hamarosan a magyar gyógyszerészet legnagyobb taglétszámú szervezetévé vált. A kamara részt vett a gyógyszerészet rendszerváltó törvényeinek előkészítésében, szorgalmazta a gyógyszertárak privatizációját, és etikai normákat határozott meg a gyakorló gyógyszerészeknek.

A kamara köztestületként 1994 óta működik, amikor az Országgyűlés törvényt alkotott a Magyar Gyógyszerész Kamaráról (1994. évi LI. törvény). A törvény rögzítette a kamara szervezetének és működésének legfontosabb paramétereit, nevesítette szakmai érdekvédelmi jogköreit, elismerte a gyógyszerészek jogát a szakmai önkormányzat működtetésére, felhatalmazta a kamarát a hivatás-etikai szabályozás megalkotására és a szakmai/etikai normák betartatása érdekében valamennyi gyógyszerésznek előírta a kötelező kamarai tagságot. Ebben az időben – a nyugdíjasokkal együtt – a szervezet létszáma elérte a 8200 főt.

A gyógyszerellátás liberalizálásával párhuzamosan az Országgyűlés 2006-ban – az orvosi kamaráról és egészségügyi szakdolgozói kamaráról szóló törvénnyel együtt – hatálytalanította a Magyar Gyógyszerész Kamaráról szóló 1994. évi LI. sz. törvényt és új jogszabályt alkotott az egészségügyben működő szakmai kamarákról (2006. évi XCVII. tv). Ez a törvény együtt szabályozza az orvosi, a szakdolgozói és a gyógyszerészi kamara működését. Az új szabályozás kiüresítette a kamara köztestületi jogköreit: megszüntette a kötelező kamarai tagságot, elvette a kamara hatósági jogköreit és visszavonta a kamara gyógyszertár-létesítésben és -működtetésben, valamint személyi jog adományozásban korábban betöltött feladatkörét. A kötelező tagság megszüntetése, a kamara etikai szerepkörét is gátolta.

A kamara tudatos ellehetetlenítése és a gyógyszerpiaci liberalizáció között egyértelmű összefüggés volt, amely hatására néhány éven belül súlyos gazdasági, szakmai és morális válság alakult ki. Ezért a kamara teljes joggal, konkrét célként fogalmazta meg a patikaliberalizáció leállítását, a gyógyszertárak gazdasági működőképességének biztosítását, a gyógyszerészi kompetenciák helyreállítását és fejlesztését, valamint „köztestületiségének” visszaállítását. A kamarai jogkörök megvonása, a liberalizációval járó nehézségek és a gazdasági válság ellenére a kamara önkéntes tagjainak a száma 2010 elején is elérte a 4500 főt.

A 2010-es kormányváltást követően az új kormányzat szakított elődje politikájával és a kamarával együttműködve korrigálta a lakossági gyógyszerellátás szabályozását. Ennek eredményeként a gyógyszerárak létesítésének szabályozásában újra érvényesül a szükségleti elv, a gyógyszertárak működtetésében a személyes felelősség elve, 2017. január 1-től minden gyógyszertárat működtető gazdasági társaságban többségi gyógyszerészi tulajdont kell biztosítani. Bár sok vitával járt a gyógyszerellátás strukturális alapjainak rendezése, egy kötelezettségszegési eljárás végén 2017-ben az Európai Unió bírósága is jóváhagyta a hazai szabályozás új elveit.

### A JELEN

Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény átfogó módosításával sikerült helyreállítani a kamara köztestületiségét: az új szabályozás értelmében ismét kötelező a kamarai tagság az egészségügyi szolgáltatóknál működő gyógyszerészeknek. E mellett az érdekvédelmi testület megkapta a felhatalmazást egy egységes szakmai-etikai kódex létrehozására is. A kamarai törvény módosítása 2011. április 1-jétől hatályos. Miközben a jelenlegi szabályozás alapján a kötelező tagsági viszony kb. 5900 gyógyszerészt érint, jelenleg a létszám meghaladja a 8900 főt. Az önkéntes tagok nagy száma azt jelzi, a gyógyszerészek fontosnak tartják a kamarát.

A kamara, tagjaival az Országos Hivatal közreműködésével és megyei szervezetein keresztül aktív kapcsolatot tart. Konferenciákat és továbbképzéseket szervez, az aktuális szakmapolitikai problémák feltárására és megoldására miniszimpóziumokat tart. 1989-től megjelenő havi folyóirat, a *Gyógyszerészi Hírlap* mellett, 2009-től minden második héten elektronikus Hírlevélben kapnak tájékoztatást a tagok a gyógyszerészetet érintő aktuális hírekről és a tevékenységéről. A kamara honlapot is működtet, melynek zárt része csak tagjai számára teszi elérhető. A gyógyszerészek és a betegek közötti kommunikációt segíti a kamara többségi tulajdonában működő Galenus kiadó által megjelentetett, patikai terjesztésű ingyenes *Patika Magazin*.

A kamara a közpolitika kormányzati, hatósági és önkormányzati irányítóival kiegyensúlyozott munkakapcsolatot ápol. Politikai pártoktól független, de valamennyi politikai erővel együttműködésre kész az egészségügy és a gyógyszerellátás zavartalan működési feltételeinek biztosításáért.

A kamara szorosan összedolgozik az egészségügyben működő más szakmai kamarákkal, együttműködésre törekszik valamennyi gyógyszerészi szakmatudományos és érdekvédelmi szervezettel és élő kapcsolatot tart fenn a gyógyszerészképző egyetemekkel. A kamara alapító tagja a Magyar Szakmai Kamarák Szövetségének, tagot delegál a NEAK (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) gyógyszerbefogadásokat elbíráló bizottságába. Egyik alapítója a Gyógyszerészi Gondozás Szakmai Bizottságnak. A kamara széleskörű kapcsolatokat ápol nemzetközi gyógyszerészeti szervezetekkel (pl. *Pharmaceutical Group of the European Union*) és a környező országok gyógyszerész kamaráival.

A kamara a jogszabályokat, szakmai előírásokat és etikai normákat működése során betartja és ezt a tagjaitól is elvárja. Elkötelezett a biztonságos, minőségi és költséghatékony gyógyszerellátás mellett, fontosnak tartja a betegek érdekeinek érvényesülését. Fontos, hogy az Európai Közösség Bíróságának gyógyszerészettel kapcsolatos 2009. május 19-i határozataiban és a 2011. január 1-én életbe lépett hazai szabályozásban megfogalmazott elvek a gyógyszerellátásban minél teljesebb körűen valósuljanak meg. A kamara alapvető célkitűzéseit a kamara alapszabályának Célok és feladatok c. fejezete foglalja össze ([http://mgyk.hu/ad-min/data/file/4999\\_20160402-alapszabaly\\_ell.pdf](http://mgyk.hu/ad-min/data/file/4999_20160402-alapszabaly_ell.pdf)).

A fentebb említett strukturális rendszerváltás lezárását követően a kamara feladatai közé tartozik, a lakossági gyógyszerellátásban a szakmai rendszerváltás végig vitele. Álláspontunk szerint a gyógyszerellátás biztonságának, minőségének és hatékonyságának legfőbb garanciája a jól felkészült és a hivatásetikai szabályokat a munkájában érvényesítő, szakmailag és egzisztenciálisan független gyógyszerész. Ezért is fontos a gyógyszerészekkel szemben támasztott társadalmi elvárások érvénye-



sítéséhez szükséges feltételek megteremtése és a jogos elvárásokhoz szükséges gyógyszerészi kompetenciák biztosítása. Úgyszintén fontos célkitűzés a fekvőbeteg-ellátásban a gyógyszerészi szolgáltatások megújítása, továbbá a gyógyszeriparban a gyógyszerészek speciális felkészültségének megfelelő foglalkoztatási körülmények kialakítása. A kamara törekvése, hogy köztisztviselői jogosítványait visszakapva a gyógyszerészek önkormányzataként működhessen, szakmai érdekképviseleti munkáját a betegérdekek figyelembe vételével végezze és a gyógyszerészi tevékenység etikai őre legyen.

### A KAMARA EDDIGI ELNÖKEI

1989-1990: Prof. dr. Vincze Zoltán  
1990-1998: Dr. Szabó Sándor  
1998-2006: Hávelné dr. Szatmári Katalin  
2006-2011: Dr. Horváth Tamás  
2011- : Dr. Hankó Zoltán

*További részletek a Kamara honlapján:*  
<http://mgyk.hu/>

# Bemutatkozik az EDUVITAL: egy hazai ifjúsági egészség tudatossági és -nevelési program

On the EDUVITAL: A Hungarian youth health awareness and education program

Szerző: Falus András ✉

*Semmelweis Egyetem, Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Intézet*

Beküldve: 2018. 02. 11.

doi: 10.24365/ef.v59i1.238

**Kulcsszavak:** egészség tudatosság, epigenetika, életmód, komplex egészségnevelés, kortársoktatás

**Keywords:** health awareness, epigenetics, way of life complex health education, peer education

2012 januárja óta működik az EDUVITAL Nonprofit Egészségnevelési Társaság. A szerveződés szakértői csapata az egészségre (= EGÉSZ-SÉG) vonatkozó sokoldalú oktatási-nevelési programokat kutat és fejleszt, elsősorban az ifjúságra közvetlenül ható szakemberek (pedagógusok, pszichológusok, házi orvosok, szociológusok, védőnők, lelkipásztorok, szociális munkások) és szülők számára. A nonprofit szervezetet néhai Kopp Mária professzorasszony és Falus András professzor alapították.

## BEVEZETÉS

A magyar társadalom jelenlegi egészségi állapota és távlati kilátásai korántsem mondhatóak felhőtlennek. Kopp Mária és Skrabski Árpád tanulmányai (Hungarostudy sorozat és egyebek) erre már korábban is felhívták a figyelmet. Az azóta tovább romló helyzet minden felelősen gondolkodó szakember számára azonnali, kötelező és hosszú távú feladatokat jelöl ki. Ennek felismerése is hozzájárult az EDUVITAL kezdeményezés sikeréhez.

Hat éve, több hazai állami és egyházi fenntartású egyetem részvételével, az MTA Elnöki Oktatási Bizottságának és a Tudományos Ismeretterjesztő Társaságnak a támogatásával orvosok, pedagógusok, biológusok, pszichológusok, lelkészek, szociológusok, bioetikusok és egészség tudományi szakemberek életre hívták az EDUVITAL Nonprofit

Egészségnevelési Társaságot ([www.eduvital.net](http://www.eduvital.net)), amely ma már Alapítvány formájában is működik. Az „alulról kezdeményezett” szervezet megalapítását különleges multidiszciplináris összefogás eredményezte, amelyhez azóta nagyon sokan, nagyon sokféle háttérrel csatlakoztak.

Nézeteink szerint az egészség tudatosság-egészségfejlesztés jelentős mértékben függ a korszerű, sokoldalú pszichoszociális-, szociológiai- és orvosbiológiai tudás széles körű hozzáférhetőségétől, valamint ezzel együtt a társadalom tagjainak személyes motivációjától is. Ezért közös feladat és felelősség, hogy a prevenció, egészségnevelési feladatok sokkal markánsabb részt kapjanak. Ebből következik a pedagógiai, házi orvosi, iskola-, foglalkozás- és környezet-egészségügyi ellátás prevenció szemléletű átalakításának még hangsúlyosabbá tétele.

A proaktív interakció a szakember és az egyén között minden korosztályban lényeges, de az egészséges életvitel jövőbeli mintázatának alakítása és az elért eredmények fenntarthatósága szempontjából különös figyelmet érdemel a jövő nemzedék, a gyermekek és a fiatal korosztály.

## AZ EDUVITAL MOZGALOM CÉLJA ÉS TEVÉKENYSÉGE

Az egyre szélesebb körben ismert EDUVITAL mozgalom célja, hogy komplex, átfogó és a gyakorlati

munkában, tanácsadásban jól használható, felelősségteljes információkat és alkalmazható pedagógiai technikákat dolgozzon ki és terjesszen az egészségnevelés- és fejlesztés területén.

Az EDUVITAL tevékenysége kiterjed a tudományosan alapuló, alapvető orvosbiológiai, epigenetikai, táplálkozásbiológiai, mozgási, mentális és fizikai higiéniai, szenedélybetegségekre vonatkozó, pszichológiai, esztétikai és szociológiai ismeretekre. A célcsoport, az x, y és z generáció digitális motiváltsága miatt az írott formák mellett, a multimédiás és internetes (például: webinarok, honlapok, Facebook stb.) formátumú oktatási anyagok létrehozására, optimalizálására és széles körű terjesztésére van szükség. A jelenkori korszerűtlen hazai oktatáspolitikai egyik súlyos, és a magyar társadalom jövőjére nézve tragikusan ható hiányosságának tartjuk a túlzásfolt, lexikális tudásra alapozó közoktatási koncepcióban az egészségnevelés és a primer prevenció szemlélet markáns hiányát, illetve leglátványosabban a szakképzésben brutálisan érvényesülő kapkodó és voluntarista fűnyíró szemléletet. Központi oktatáspolitikai kérdésnek tartjuk, és minden tevékenységi formában aktívan teszünk azért, hogy kiemelt szerepet kapjanak az alap- és középszintű oktatásban a lelki-testi egészség, a mentálhigiénia, a pszichoszomatikus kórképek kérdései, a család és a bioetika legfőbb elemei is. Ennek alapján az EDUVITAL állandó nemzetközi kitekintéssel nyilvános szakmai, interdiszciplináris dialógust kezdeményezett és teszi ezt folyamatosan az orvosi-, viselkedésgenetikai-, pszichológiai és szociológiai tudományok fejlődésével kapcsolatos dilemmákról, a hagyományos egészségnevelést és orvoslást ebben a keretrendszerben megújítani kívánó szakmai kezdeményezésekről.

### **AZ EDUVITAL EDDIGI LEGNAGYOBB VÁLLALKOZÁSA: EGÉSZSÉGNEVELÉS KORTÁRSOKTATÁSSAL - TANULJ, TANÍTSD, TUDD (TANTUDSZ) (MTA PÁLYÁZAT)**

Az EDUVITAL elnyerte az MTA által 2015-ben, majd 2016-ban meghirdetett egy-, illetve négyéves Szakmódszertani (Tantárgyfejlesztési) kutatási pályázatot. A jelenleg hat középiskola és tíz közoktatásban résztvevő pedagógus bevonásával zajló egészségnevelési-pedagógiai kutatási munkában két egyetemi Kar, a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi

Karának és az ELTE Tanító- és Óvóképző Karának oktatói, tanárai egymás tudását és motivációját kiegészítő módon közösen vesznek részt. A projekt új pedagógiai innovációkkal olyan hallgatók képzését dolgozza ki, akik az elsajátított egészségfejlesztési és egészségpedagógiai ismeretek, készségek és képességek birtokában alkalmasak középiskolai tanulók körében kortárs segítő feladatok ellátására. A képzési modell része az is, hogy felkészítsenek és irányítsanak pedagógus, illetve egészségtudományok képzésében résztvevő felsőoktatási hallgatókkal együtt középiskolai tanulókat – folyamatos szakmai kontroll mellett – óvodás, általános- és középiskolás (3-20 éves) gyermekek, tanulók körében végzendő, korosztályszerű és innovatív egészségfejlesztő tevékenységekre. A kortárs program az egészséges táplálkozáshoz és mozgáshoz, a megfelelő higiénés magatartáshoz, valamint a lelki egészséghez kapcsolódó ismeretek és attitűdök fejlesztési területeihez kapcsolódik. Az első év során 46 TANTUDSZ munkatársunk dolgozott a projektben és mintegy 630 közoktatásban résztvevő hallgató körében végeztünk kézhigiéniai, folyadékfogyasztási és újraélesztési képzést. A TANTUDSZ tematika hamarosan kiegészül drogprevenció, stresszoldási és testmozgás projektekkel.

### **SZÉLES SPEKTRUMÚ SZAKEMBERGÁRDA EGYÜTTMŰKÖDÉSE AZ EGÉSZSÉGNEVELÉS FOLYAMATÁBAN**

Közismert és többszörösen bizonyított tény, hogy az epigenetikai hatások sokfélesége (táplálkozás, mozgás, dohányzás, alvásmennyiség, stressz, pszichoszociális családi-, környezeti-közösségi ingerek) és ezek együttese számos tudatosan befolyásolható elemet tartalmaz.

Ennek megfelelően a tudatos döntéseinken alapuló életmód- és annak befolyásolható változtatása, komplex mentális epigenetikai spektrumot jelent, ami sokszínű szakmai összefogást és átgondolt, szakmailag megalapozott koordinációt kíván a szakemberektől.

Nagyon lényeges alapelv a komplexitás, hiszen a fizikai és mentális higiénia kérdései elválaszthatatlanok a környezet megóvása és a stresszkezelés kérdéseitől. Kiemelt jelentősége van a táplálkozási és mozgási kultúra mellett a művészeteknek az egészség (azaz, egészség) megőrzésében és teljessé

tételében. Mindezek megismertetése és „átélhetővé tétele” – különösen a fiatal generációk számára – minden kétséget kizáróan kulcskérdés a magyar társadalom jövőjét, versenyképességét és mentális kultúráját illetően.

Éppen ezért az EDUVITAL, nonprofit alapon, a testi-lelki egészségkultúra elterjesztésében érzi elhivatottnak magát. Szakembereink emberi elkötelezettsége egyidejűleg jelent biztosítékot a rangos tudományos színvonalra, valamint az empatikus, értékközpontú felelősségtudatra a jövő iránt.

### KAPCSOLÓDÁSI PONTOK

Az EDUVITAL tevékenységét 2016-ig a Tudományos Ismeretterjesztő Társaság támogatta. Egyik lapjában, az Élet és Tudományban az EDUVITAL 2013 januárjától külön rovatban (Egészség–Egész-ség) hetente jelentkezett új, egészségbiológiai, egészségpszichológiai közleménnyel.

A változatos, különböző célcsoportoknak szóló programok, az írott és multimédiás anyagok az EDUVITAL honlapján ([www.eduvital.net](http://www.eduvital.net)) és Facebook oldalán napról napra frissülve mindenki számára hozzáférhetők.

Az EDUVITAL NET és Alapítvány pályázatokból és szponzorok támogatásából szervezi programjait, állami támogatásban nem részesül.

### AZ EDUVITAL EDDIGI FŐBB TEVÉKENYSÉGEINEK RÖVID ÖSSZEFOGLALÁSA

(részletek: [www.eduvital.net](http://www.eduvital.net))

- Az EDUVITAL felnőttképzési akkreditációt szerzett.
- A Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Karán ETK–EDUVITAL előadássorozat kilencedik (kreditpontos) szemeszterét tartjuk.
- Az ELTE Tanító- és Óvóképző karán több éve egészségnevelési stúdiumokat tartunk.
- Az egyházi felsőoktatási intézményekben az EDUVITAL rendszeres oktatási és továbbképzési tevékenységet végez.
- Az Élet és Tudományban 2013-tól négy éven át működött az Egészség=Egész-ség rovat, mely-

ben kb. 200 cikk jelent meg az EDUVITAL gondozásában. A cikkek ma is letölthetők és olvashatók a [www.eduvital.net](http://www.eduvital.net) honlapon.

- A MR1 „Közlelről” című műsorának keretében 2013 óta folyamatosan, minden héten elhangzik egy EDUVITAL interjú, korábban néhai Vízzy Dóra, jelenleg Bak Anita újságíró részvételével.
- Az EDUVITAL szülői- és diák fórumokat szervez többek között hátrányos helyzetű és roma településeken, tájékoztató előadásokat, egészségórákat tartanak szakembereink diákoknak.
- Az EDUVITAL együttműködik, valamint közös hazai és nemzetközi szimpóziumokat tart az Amerikai Magyar Orvosszövetséggel.
- Együttműködik a Tudományos Újságírók Klubjával.
- 2015-ben, majd 2016-2020 között az EDUVITAL csapat elnyerte az MTA Tantárgypedagógiai pályázati kiírásán belül az Egészségnevelés Kortársoktatással - Tanulj, Tanítsd, Tudd (TAN-TUDSZ) c. pályázatát.

### KÖNYVKIADÁS

Az EDUVITAL Művek sorozat keretében eddig három könyvet adtak ki:

- Sokszínű egészségtudatosság. Értsd, Csináld, Szeresd (SpringMed, 2015, szerk. Falus András és Melicher Dóra)
- Zene és egészségnevelés. Új utak a zene megközelítéséhez. Módszertani segédlet pedagógusoknak interaktív zenés foglalkozások szervezéséhez (EDUVITAL, Székely Csilla Imola, 2015)
- Zene és Egészség (Kossuth Kiadó, szerk. Falus András, 2016)

Az EDUVITAL egyre szélesebb körből érkező résztvevőinek egységes véleménye, hogy az egyszerre több tudományterületet felölelő tájékozottság megannyi új gondolatot, ötletet, megvalósítási javaslatot szül, ezért is buzdít minden érdeklődőt, tanárt, egyetemi hallgatót és diákot egyaránt, hogy kapcsolódjon az EDUVITAL meggyőződésünk szerint jövőépítő tevékenységéhez.

# EUPASMOS projektismertető

## EUPASMOS project information

Szerző: Veress Réka ✉  
Emberi Erőforrások Minisztériuma

Beküldve: 2018. 01. 30.  
doi: 10.24365/ef.v59i1.229

**Kulcsszavak:** testmozgás, monitoring rendszer, eupasmos

**Keywords:** physical activity, monitoring system, eupasmos

Fontos kutatás-módszertani uniós projekt indult 2018 januárjában, amely az „Európai Unió testmozgás és sport monitoring rendszere” (*European Union Physical Activity and Sport Monitoring System - EUPASMOS*) címet viseli. Az Erasmus + programból támogatott 2 éves projekt a felnőtt európai lakosság testmozgási és sportolási szokásait vizsgálja. A kezdeményezés célja, hogy egy közös, integrált testmozgási- és sportmonitoring rendszert vezessen be a résztvevő EU tagállamokban és hosszabb távon az egész Európai Unióban. A kezdeményezés keretében a jelenleg használatos, testmozgási szokásokra vonatkozó nemzetközi kérdőívek (*Eurobarometer*, Európai lakossági egészségfelmérés, *International Physical Activity Questionnaire – IPAQ*, *Global Physical Activity Questionnaire - GPAQ*) eredményeit összevetik egymással és egy objektív mérőműszer (akcelerométer) mérési adataival, ezáltal megismerve, mely módszer a legalkalmasabb a testmozgási szokások mérésére.

Az összehasonlítható, megbízható adatok fontos bázisát képezik az egészségvédő-testmozgásra vonatkozó, tényeken alapuló szakpolitika-alkotásnak. Az eredetileg 9 ország részvételével (Portugália-projektvezető, Szlovénia, Hollandia, Svédország,

Lettország, Olaszország, Ciprus, Franciaország, Magyarország) zajló kutatást az Egészségügyi Világszervezet állandó szakemberekkel támogatja, és további kiemelt nem-kormányzati szervezetek is segítik a munkát (pl. *International Sport and Culture Association - ISCA*, *The Association For International Sport for All - TAFISA*). A vizsgálatban hazai partnerként a Magyar Szabadidősport Szövetség (MSZSZ) vesz részt.

A projekt nyitóeseményére az MSZSZ szervezésében Budapesten került sor idén év elején. Január 18-19-én a budapesti Benczúr Hotelben ülésezett az uniós konzorcium, amely a hivatalos partnerszervezetek mellett önkéntes tagállamokkal (Bulgária, Spanyolország kormányzati képviselői) is kiegészült. [1. ábra] A kezdeményezés fontosságát hangsúlyozza, hogy az esemény második napján dr. Navracsics Tibor, oktatásért, kultúráért, ifjúságért és sportért felelős uniós biztos is beszédet mondott. [2. ábra] A konferenciát köszöntötte továbbá Joao Paulo Rebelo, a portugál sportért és ifjúságért felelős államtitkár, Sárfalvi Péter utánpótlás nevelésért felelős helyettes államtitkár, valamint Balogh Gábor a Nemzeti Diák-, Hallgatói és Szabadidősport Szövetség elnöke is.

1. ábra: EUPASMOS projekt team



Forrás: eupasmos.com

Az uniós partnerség képviselői első szakmai megbeszélésükön fontos részleteket tisztáztak a jövőbeli munkamegosztás és projektmegvalósítás tekintetében. A vizsgálat keretében létre kívánnak hozni egy olyan módszertani kézikönyvet, amely alapján a résztvevő intézmények és tagállamok lefolytathatják a testmozgási szokások felmérését, ami összehasonlítható adatokat eredményez uniós szinten is. A kutatás célja, hogy a résztvevő tagállamokban statisztikailag reprezentatív eredmények szülessenek. Ideális esetben ez országosan reprezentatív

mintát jelentene, amelyhez azonban további erőforrások bevonása szükséges.

A projekt részeredményeit várhatóan már 2019 során meg lehet ismerni, az évközbéli fejlemények pedig a [www.eupasmos.com](http://www.eupasmos.com) honlapon nyomon követhetők.

A nyitóülésről szóló sajtóközlemény, benne Dr. Navracsecs Tibor videóinterjújával az alábbi linkre kattintva olvasható: <http://sportazelet.com/tenyeken-alapulo-jovotervezes/>.

2. ábra: Dr. Navracsecs Tibor előadása az EUPASMOS projektülésen Budapesten



Forrás: eupasmos.com

## Tematikus cikkválogatás az iskolai egészségfejlesztés területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2017 lapszámaiból az iskolai egészségfejlesztés területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése](#)

[Depression and Violence in Adolescence and Young Adults: Findings From Three Longitudinal Cohorts]  
Járomi Éva

[Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenciók megközelítései](#)

[Possible prevention approaches for complex health promotion interventions]  
Járomi Éva, Kimmel Zsófia

[Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása](#)

[Introduction of the national and international school health promotion approaches]  
Járomi Éva, Vitrai József

[Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

[Planning behavior change interventions tailored to healthstyles]  
Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

[Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban](#)

[Health behavior studies in Hungarian schools]  
Járomi Éva, Szilágyi Kristóf, Vitrai József

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

[Results of the School Health Communication Survey I. – Student Survey]  
Zsiros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

[Van-e bizonyítható, egészségre gyakorolt pozitív hatása az iskolakertnek? Válaszkeresés a review módszer segítségével](#)

[Is the positive health impact of school gardens evidence-based? Possible answers deriving from the review method]  
Kovács Piroska, Solymosy József Bonifác

[A teljes körű iskolai egészségfejlesztés koncepciója](#)

[Whole school health promotion concept]  
Solymosy József Bonifác

[SZEMLE: Egy kontrollált Egészségfejlesztő Iskola vizsgálat Hollandiában: hatások a beavatkozás után 1 és 2 évvel](#)

[A Controlled Health Promoting School Study in the Netherlands: Effects After 1 and 2 Years of Intervention]  
Maczali Katalin

## Tematikus cikkválogatás a társadalomtudomány területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2017 lapszámaiból a társadalomtudomány területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[Kábítószer-probléma Magyarországon az elmúlt 10 évben](#)

[Drug problems in Hungary in the last 10 years]

Nyírády Adrienn

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei I.–Felnőtt felmérés](#)

[Results of the Health Communication Survey I. – Adult Survey]

Balku Eszter, Vitrai József

[Testi és társadalmi nem, szexuális orientáció](#)

[Body and gender identity, sexual orientation]

Vitrai Sára

[Egészségkommunikációs Felmérés Eredményei II. – Iskolai felmérés](#)

[Results of the School Health Communication Survey I. – Student Survey]

Zsiros Emese, Balku Eszter, Vitrai József

[Hálózat kutatás a népegészségügy területén - áttekintő közlemény](#)

[Network analysis in the field of public health - review]

Varsányi Péter, Vokó Zoltán

[Az egészség egyenlőtlenségek csökkentésének nehézségei](#)

[Problems in reducing health inequalities]

Csizmadia Péter

[Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: Az egészség kulturális beágyazottsága](#)

[How does culture affect health and well-being? Part I: Cultural Contexts of Health and Well-being]

Vitrai József

[Miért van szükségünk közösség alapú egészségfejlesztésre?](#)

[Why do we need community-based health promotion?]

Benyó Béla

[Everett Rogers innovációs elmélete és annak felhasználási lehetőségei az egészségfejlesztésben](#)

[The Diffusion of Innovations theory and its relevance to health promotion]

Csizmadia Péter

[Hazai egészség-pillanatkép, 2017](#)

[Hungarian health at a glance, 2017]

Vitrai József, Bakacs Márta, Varsányi Péter

[Hogyan fejlesszük egy ország egészségkultúráját? A RAND Corporation jelentésének ismertetése](#)

[Building a National Culture of Health. Review of the RAND Corporation report]

Kaposvári Csilla, Vitrai József



## Tematikus cikkválogatás a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területéről

Az alábbi válogatás az Egészségfejlesztés folyóirat 2016-2017 lapszámaiból a viselkedés, az egészségmagatartás és a mentális egészség területén hasznosítható közlemények linkjeit tartalmazza.

[A fiatalok kockázati viselkedésének és mentális egészségének szűrése - a YouthCHAT program](#)

[Screening for risky behaviour and mental health in young people: the YouthCHAT programme]

Maczali Katalin

[Hatékony viselkedésmódosító technikák a testmozgás és az egészséges táplálkozás elősegítésére túlsúlyos és elhízott felnőtteknél; szakirodalmi áttekintés és meta-regressziós elemzések](#)

[Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eat-ing in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses]

Nagy Barbara

[Egészségstílusokhoz illesztett, viselkedésváltozást célzó beavatkozások tervezése](#)

[Planning behavior change interventions tailored to healthstyles]

Járomi Éva, Szűcs Erzsébet, Vitrai József

[Viselkedésértés - A magatartástudomány eredményeinek hasznosítása a szakpolitika alkotásban](#)

[Behaviour insights - Applying the results of behaviour sciences to policy making]

Taller Ágnes, Csizmadia Péter

[A mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarok okozta betegségteher kezelése: a Megbetegedések elleni küzdelem prioritásainak \(Disease Control Priorities\) kulcsüzenetei, 3. kiadás – ismertetés](#)

[Addressing the burden of mental, neurological and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition – summary]

Kis Nóra

[Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és pszichológiai jellemzőkkel középiskolások körében](#)

[The correlation of eating behavior with food preference motivation and personality related factors among adolescents]

Szabó Katalin, Pikó Bettina

[Az épített környezet hatása az egészségmagatartásra workshop](#)

[Workshop on the effects of built environment on health behaviour]

Csizmadia Péter

[A kortársbántalmazás \(bullying\) mint népegészségügyi probléma](#)

[Bullying as a public health issue]

Várnai Dóra, Zsíros Emese, Németh Ágnes

[Új, gyermekbántalmazás elleni irányelv egészségügyi szakemberek számára – összefoglalás](#)

[New Guideline against Child abuse for Health Professionals - Summary]

Scheiber Dóra, Katonáné Pehr Erika, Bíróiné Asbóth Katalin, Tománé Mészáros Andrea, Várnai Dóra, Kovács Zsuzsanna, Mészner Zsófia

### [Megjelent az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása kutatás legújabb felmérésének nemzetközi jelentése](#)

[The latest report about the international study Health Behaviour in School-aged Children]

Németh Ágnes

### [SZEMLE: Iskola-alapú tanterv a depresszió-műveltség fejlesztésére amerikai középiskolás diákok számára: egy randomizált hatásosság-vizsgálat](#)

[School-Based Curriculum to Improve Depression Literacy Among US Secondary School Students: A Randomized Effectiveness Trial]

Maczali Katalin

### [SZEMLE: Depresszió és az erőszak a serdülőkorúak és a fiatal felnőttek körében: három longitudinális kohorsz vizsgálat eredményeinek ismertetése](#)

[Depression and Violence in Adolescence and Young Adults: Findings From Three Longitudinal Cohorts]

Járomi Éva

### [SZEMLE: Az újonnan kialakított ellenállóképesség-fokozó program hatása a szülők és tanárok által észlelt ellenállás-támogató környezetre a hongkongi Egészségfejlesztő Iskolákban](#)

[The impact of a newly designed resilience-enhancing programme on parent- and teacher-perceived resilience environment among Health Promoting Schools in Hong Kong]

Maczali Katalin

### [SZEMLE](#)

- Bizonyíték a mentális egészséggel kapcsolatos stigma és diszkrimináció elleni hatékony beavatkozásokra
- Egészség és boldogság
- Az inaktivitás és fizikai aktivitás objektív mérése és a vélt egészségi állapot összefüggései a 7-14 éves finn gyerekek körében
- Fit for School: 10 héten keresztül zajló, általános iskolai tanulók egészséges testsúlyának elérését célzó iskolai pilot beavatkozás eredményei
- Élelmiszer, egészség és komplexitás: úton az együttműködésen alapuló népegészségügyi intézkedések fogalmi keretének megértése felé
- A kerékpározási jártasság tréning hatása, a kerékpározáshoz köthető viselkedésre és balesetekre a serdülők körében: megállapítások Alspac-ból, Egyesült Királyság, longitudinális kohorsz

### [SZEMLE](#)

- Ott vagyunk már? – Integrált Népegészségügyi Szakpolitikák koncepciójának operacionalizálása
- Szerhasználat egy hátrányos helyzetű járás szegregátumaiban
- A koherenciaérzés és az azt meghatározó tényezők vizsgálata kínai egyetemisták körében: keresztmetszeti kutatás
- Evidenciák irodalmi áttekintése - Egyenrangúbb társadalmak teremtése. Mi működik?

### [SZEMLE](#)

- Mi tarthatja távol a fiatalokat az alkoholtól és a cigarettától? Megállapítások az Egyesült Királyság Háztartási követéses vizsgálatából
- A szülők viselkedése meghatározza-e, hogy a gyermek eleget alszik, vagy sem? Keresztmetszeti vizsgálat eredményei.
- A kockázati tényezők hozzájárulása a többlet halálozáshoz az izolált és magányos egyének esetében: az adatok elemzése az Egyesült Királyság Biobank kohorsz vizsgálatából

## Pályázati felhívás tudományos közlemény írására mesterképzéses hallgatóknak

Az Egészségfejlesztés folyóirat szerkesztősége pályázatot hirdet mesterképzésben résztvevő hallgatók számára egészségfejlesztés vagy népegészségügy témakörben tudományos közlemény írására. A pályázat célja a tudományos közlésben való jártasság megszerzésének támogatása.

A benyújtott pályázat lehet:

- idegen nyelvű közlemény részletes ismertetése,
- saját kutatási eredmények bemutatása,
- diplomamunka /TDK pályamunka összefoglalása vagy
- egy meghatározott témában részletes irodalmi áttekintés.

Pályázni máshova közlésre be nem küldött írással, magyar nyelvű kézirattal lehet. A közleményt a szerzőinknek szóló "Útmutató" figyelembe vételével kell elkészíteni, mely a [folyoirat.nefi.hu](http://folyoirat.nefi.hu) honlapon érhető el.

A pályamunkákat elektronikus úton, a folyóirat honlapján ([folyoirat.nefi.hu](http://folyoirat.nefi.hu)), az Open Journal System használatával lehet benyújtani, a kézirat beküldéséhez előzetes regisztráció szükséges. A feltöltés során a megjegyzés rovatban kérjük, tüntessék fel: "Pályamunka"!

A pályázatok benyújtásának határideje:

2018. május 31.

A pályázatok elbírálása:

- Minden pályamű szakbírálaton esik át, melynek eredményéről részletes tájékoztatást kapnak a pályázók. A beküldött közleményekről, a formai és a tudományos követelményeknek való megfelelésről építő jellegű kritika megfogalmazásával kívánja a szerkesztőség elősegíteni a fiatalok tudományos publikálását.
- A pályaműveket az Egészségfejlesztés folyóirat szerkesztősége és a szerkesztőség által felkért szakemberek bírálják el.

Díjazás:

A pályázat 1-3. helyezettjének cikke az Egészségfejlesztés folyóiratban megjelenik.

A pályázattal kapcsolatban a [folyoirat@nefi.hu](mailto:folyoirat@nefi.hu) címen kérhet felvilágosítást.

Egyúttal ajánljuk mind a pályázók, mind hallgatótársaik figyelmébe a folyóirat eddig megjelent számait, cikkeit, és várjuk esetleges észrevételeiket a közleményekkel kapcsolatban.

Egészségfejlesztés szerkesztősége