

# NÉPEGÉSZSÉGÜGY

A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÉPZŐ- ÉS KUTATÓHELYEK ORSZÁGOS EGYESÜLETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA  
PUBLIC HEALTH RESEARCH JOURNAL OF THE HUNGARIAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH TRAINING AND RESEARCH INSTITUTIONS



100. ÉVFOLYAM 1. SZÁM

2023

VOLUME 100. NO.1.

**NKE**



# NÉPEGÉSZSÉGÜGY

A NÉPEGÉSZSÉGÜGYI KÉPZŐ- ÉS KUTATÓHELYEK ORSZÁGOS EGYESÜLETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA  
PUBLIC HEALTH RESEARCH JOURNAL OF THE HUNGARIAN ASSOCIATION OF PUBLIC HEALTH TRAINING AND RESEARCH INSTITUTIONS

100. évfolyam 1. szám

2023

Volume 100. No. 1.

## TARTALOM – CONTENTS

Köszöntő .....	3
Új utakon az egészségfejlesztés: a fenntartható fejlődés és a jólléti politika szolgálatában .....	5
<i>Health promotion on new paths: supporting sustainable development and well-being policies</i> Kökény Mihály	
A teljeskörű intézményi egészségfejlesztés (TIE) múltja, jelene és jövője .....	11
<i>Holistic health promotion (HHP) in educational institutions: past, present and future</i> Somhegyi Annamária	
Iskolai egészségfejlesztő szakemberképzés az 1990-es évektől napjainkig .....	20
<i>Education of school health promotion professionals from the 1990s to the present</i> Tarkó Klára, Lippai László Lajos	
A Boldogságóra Programmal kapcsolatos pedagógusi tapasztalatok bemutatása .....	28
<i>Presenting teacher's experiences of the Happiness Program for preschool and school children</i> Bagdi Bella, Nótin Ágnes, Török Regina	
Négy év, négy tételben... A TANTUdSZ Ifjúsági Egészségnevelési Program konceptiója és eredményei .....	39
<i>Four years in four movement... Concept and results of the TANTUdSZ Youth Health Education Programme</i> Feith Helga Judit, Lukács J. Ágnes, Darvay Sarolta, Falus András	
A megelőzés nem játék? Innováció és játékosítás a drogpreevenció területén .....	51
<i>Prevention is not a game? Innovation and gamification in the field of drug prevention</i> Kapitány-Fövény Máté	
Komplex gyermekegészség-fejlesztési program a Budakörnyéki régióban 2018–2021 .....	58
<i>Complex health program for children in Buda Region 2018-2021</i> Rákosi Zsuzsa, Bogos Krisztina, Cselkó Zsuzsa	

ALAPÍTÁS ÉVE:  
1920

FŐSZERKESZTŐ:  
Vokó Zoltán

MEGHÍVOTT SZERKESZTŐ:  
Bíró Éva

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG:  
Ádány Róza  
Betlehem József  
Bíró Klára  
Csathó Árpád  
Inceffy István  
Jávorné Erdei Renáta  
Kelemen Oguz  
Kiss István  
Kiss-Tóth Emőke  
Kolozsvári László Róbert  
Kósa Karolina  
Oroszi Beatrix  
Pándics Tamás  
Paulik Edit  
Rucska Andrea  
Sándor János  
Sántha Ágnes  
Sárváry Attila  
Somhegyi Annamária  
Szentiványi Máttyás  
Takács Péter  
Tarkó Klára  
Tobak Orsolya  
Ujváriné Siket Adrienn  
Ungvári Zoltán  
Veres-Balajti Ilona  
Wilhelm Márta

FELELŐS KIADÓ:  
Vokó Zoltán

SZERKESZTŐSÉG:  
Simmelweis Egyetem  
Egészségügyi Technológiaértékelő  
és Elemzési Központ  
1091 Budapest, Üllői út 25.

TELEFON:  
+36 (20) 670 1878

E-MAIL:  
nepegeszsegugy@sph.unideb.hu

HONLAP:  
<https://nepegeszsegugyi-egyesulet.hu>

SZERKESZTŐ:  
Oraveczi Attila

Megjelenik negyedévente.

HU-ISSN 0369-3805



## Tisztelt Olvasó!

Remélem, hogy olyan nagy érdeklődéssel fogja olvasni az ebben a tematikus lapszámban megjelent közleményeket, mint amilyen lelkesedéssel állítottuk össze annak tartalmát. Ennek az iskolai egészségfejlesztéssel foglalkozó lapszámnak a célja egyfelől az elmúlt időszakban itthon megvalósult programok és kezdeményezések ismertségének növelése az olvasók körében, másfelől pedig az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakemberek munkájának támogatása, együttműködések kialakulásához való hozzájárulás egymás tevékenységeinek megismerésével.

Az egészségfejlesztésen belül számtalan területtel foglalkozhattunk volna részletesebben e lapszám keretein belül. A témaválasztást indokolhatják részben az iskoláskorúakra vonatkozó kutatások eredményei, így pl. a Health Behaviour in School-aged Children (HBSC, Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása) nemzetközi kutatás legfrissebb elérhető adatai alapján más országokban élő hasonló korú társaikhoz viszonyítva a magyar fiatalok közül kevesebben reggeliznek, illetve fogyasztanak gyümölcsöt és zöldséget naponta, ugyanakkor gyakoribb az édesség és cukrozott üdítőitalok fogyasztása. A dohányzás és alkoholfogyasztás gyakorisága a 15 éves korosztályban kimagasló mindkét esetben, több mutató esetében is a legmagasabb prevalencia értékekkel jellemezhető öt országba tartozunk. Kevesebben értékelik egészségi állapotukat kitűnőnek, valamint arányaiban több a túlsúlyos és az elhízott a magyar iskoláskorúak között. A fentiek értelmében mindenképpen fontos célcsoportjai az egészségfejlesztési intervencióknak a gyerekek. Ezen beavatkozások potenciális helyszínei lehetnek az iskolák, amelyek fontos szerepet töltenek be ennek a korosztálynak az életében, részben a szocializáció szempontjából, részben amiatt, mert idejük jelentős részét töltik ott el a diákok, ezzel lehetőséget biztosítva az egészségi állapotukat befolyásoló tényezők javítására.

Ezt a törekvést támogatják az Egészségügyi Világszervezet nemzetközi egészségfejlesztési konferenciáinak záradokumentumai is, melyek közül a Genfi Jóléti Karta a legutolsó. Ahogyan az első közleményből kiderül, a Kartában megfogalmazottak szerint az egészségfejlesztésnek a jóléti társadalmak megteremtését és a fenntartható fejlődést kell szolgálnia, többek között az emberek egészségértésének javítása és az oktatás, valamint az egyes szintereken – így az iskolában is – az egészségdeterminánsok befolyásolása révén.

Az iskolai egészségfejlesztés tevékenységei az egészséget befolyásoló különböző tényezők javítását célozzák, amelyek a tanulókon kívül a tanárookra, az iskola további dolgozóira és a szülőkre is irányulnak, azaz teljeskörűek. Ez a teljeskörű intézményi egészségfejlesztés (TIE) koncepció adja a hazai iskolai egészségfejlesztés keretét, amelynek megszületését, jelenlegi helyzetét és a jövőbeni teendőkre vonatkozó javaslatokat foglalja össze a lapszám második közleménye.

A TIE tevékenységei több szakember részvételével valósulhatnak meg, melyek közül kétségtelenül kiemelkedő szerepet töltenek be a pedagógusok, akik a TIE feladatok és a nemzeti alaptanterv által megfogalmazott egészségnevelési célok megvalósítására egyaránt hivatottak. A harmadik közlemény szerzői az iskolai egészségfejlesztési feladatok ellátására felkészített szaktanárok képzésére szolgáló felsőoktatási programokat tekintik át az 1990-es évektől napjainkig, kiemelve a képzés sajátosságait és az aktuális problémákat.

Szerencsére hazánkban számos olyan példaértékű projekt és kezdeményezés valósult meg az elmúlt időszakban, amely támogatja a TIE törekvéseit és az elért eredmények alapján a jó gyakorlatok körébe tartozhat. Ezek közül kerül bemutatásra néhány, a korszerű egészségnevelési megközelítésre épülő példa. Ezen programok közös elemének tekinthető, hogy az egészség többdimenziós – nemcsak a fizikai – felfogására, valamint pozitív egészségképre építenek, figyelembe veszik az ismeret, attitűd és magatartás között fennálló komplex kapcsolatot. A Jobb Veled a Világ Alapítvány gondozásában indult el a Boldogságórák fejlesztése az óvodás és iskolás korosztály számára, a közleményből megismerhető e komplex egészségfejlesztő program elméleti háttere, módszertana és a megvalósító pedagógusok által összegyűjtött tapasztalatok. A TANTUdSZ Program fő célkitűzése a gyermekek egészségmagatartásának javítása a kortársoktatás módszerével. Ebben a közleményben a kézhigiéne, egészséges folyadékbevitel, alapszintű újraélesztés, valamint az internetbiztonsággal és cyberbullyinggal foglalkozó intervenciók programok által elért eredmények összefoglalása olvasható. Végül pedig az addiktológiai prevenció terén a játékosítás elemeit bevonó három hazai drogprevenció projekt – VoltEgySzer mobilalkalmazás, Tudat-törő szabadulószoza, Missing 10 hours VR projekt – fontosabb tapasztalatainak összegzését ismerheti meg.

A tematikus szám utolsó közleményében pedig egy komplex gyermekegészség-fejlesztési program bemutatására kerül sor. A program különlegességét az adja,

hogy partnerségen alapuló, komplex népegészségügyi programok példája alapján szerveződött az alábbi négy pillér mentén: egészséget támogató lakókörnyezet kialakítása, egészségügyi ellátások bővítése és fejlesztése, továbbá felnőttekre és gyermekekre irányuló egészségfejlesztési tevékenység. Utóbbiak vonatkozásában a dohányzás és elhízás megelőzéssel kapcsolatos elemek kerülnek bemutatásra.

Ezúton is köszönöm a kollégáknak, hogy az általuk végzett munka bemutatásával segítették e lapszám megszületését. Szeretnék köszönetet mondani azoknak is, akik önzetlenül szakbírálóként támogatták a megjele-

nést, nélkülük egyetlen tudományos folyóirat sem tud működni. Hálásak vagyunk, amiért véleményük megosztásával emelték a folyóiratban megjelent közlemények színvonalát. Végezetül köszönöm a megtisztelő felkérést és a szerkesztőség tagjainak, valamint a kiadványszerkesztő kollégának a támogatást. Nélkülük ez a tematikus szám nem jöhetett volna létre.

*Tisztelettel:*

*Bíró Éva*  
*meghívott szerkesztő*

KÖKÉNY MIHÁLY

## Új utakon az egészségfejlesztés: a fenntartható fejlődés és a jólléti politika szolgálatában

### Health promotion on new paths: supporting sustainable development and well-being policies

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Népegészség- és Járványtani Intézet – 4028 Debrecen, Kassai út 26.  
E-mail: mihaly.kokeny88@gmail.com

**Összefoglalás:** A XX. század döntő részében uralkodó medikalizált betegségmegelőzési szemléletet az Ottawai Karta (1986) holisztikus egészségfejlesztési felfogása váltotta. Az ebben a dokumentumban szereplő alapelvek és cselekvési területek időtállóknak bizonyultak, de az elmúlt években globális és politikai dimenziókkal bővültek. A 2021 végén, a COVID-19 pandémia okozta népegészségügyi, gazdasági válságban elfogadott Genfi Jólléti Karta szerint az egészségfejlesztésnek – többek között az emberek egészségértésének javítása révén – a jólléti társadalmak megteremtését és a fenntartható fejlődést kell szolgálnia. Az új koncepció érvényesülését elősegítő forgatókönyvek és programok világszerte még váratnak magukra. A Genfi Jólléti Karta kihívást jelent a hazai iskolai egészségfejlesztés számára is.

**Kulcsszavak:** egészségfejlesztés, fenntarthatóság, jólléti gazdaság és társadalom

**Summary:** The medicalized approach to disease prevention prevailing in the last part of the 20th century was replaced by the holistic health promotion approach of the Ottawa Charter (1986). The principles and action areas contained in this document have proven to be timeless, but in recent years they have been extended with global and political dimensions. According to the Geneva Charter for Well-being, which was adopted at the end of 2021, in the midst of the public health and economic crises caused by the COVID-19 pandemic, health promotion should serve the creation of well-being societies and sustainable development, among others through improving health literacy. Scenarios and programs assisting the implementation of the new concept are still to be elaborated worldwide. The Geneva Charter for Well-being is also a challenge for health promotion at schools in Hungary.

**Keywords:** health promotion, sustainability, well-being economy and society

2021 decemberében az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) 10. Globális Egészségfejlesztési Konferenciáján elfogadták a Genfi Jólléti Kartát (The Geneva Charter for Well-being). Ez a dokumentum a népegészségügyi forradalom kezdetének is tartott és napjainkban is időszzerű Ottawai Egészségfejlesztési Kartára és az elmúlt 35 évben az egészségfejlesztéssel foglalkozó kilenc globális konferencia (Ottawa, 1986; Adelaide, 1988; Sundsvall, 1991; Jakarta, 1997; Mexikóváros, 2000; Bangkok, 2005; Nairobi, 2009; Helsinki, 2013; Sanghaj, 2016) örökségére épül, de a XXI. század kihívásaira új megközelítéseket, innovatív irányokat ajánl a döntéshozók számára. Magyar nyelven az Ottawában elfogadott nyilatkozat más iránymutatásokkal együtt 2004-ben az azóta megszűnt Országos Egészségfejlesztési Intézet kiadványában jelent meg [1], míg a Genfi Jólléti Kartát Vitrai

József fordításában az Egészségfejlesztés című elektronikus folyóirat közölte [2].

Ez a közlemény felvázolja az EVSZ irányváltásához vezető utat, a Genfi Jólléti Karta előzményeit, áttekinti tartalmi jellemzőit és tanulságokat fogalmaz meg a hazai egészségfejlesztés számára.

#### OTTAWÁTÓL GENFIG

Túlzás nélkül állítható, hogy az Ottawai Karta azért hozott áttörést a népegészségügyben, mert szerencsésen ötvözte az egészség társadalmi determinánsai iránti figyelem felkeltését a közösségi cselekvés iránti elkötelezettséggel. Szakított az addig uralkodó medikális megközelítéssel és az öt cselekvési terület közül csak egyet

szentelt az egészségügyi rendszernek, amelynek gyökere áthangolását javasolta [3]. Olyan akkor radikálisnak vélt kérdést tett fel, hogy hol keletkezik az egészség? S a válasz („Az egészséget az ember teremti és éli meg mindennapi élete színterein, ott, ahol tanul, dolgozik, játszik és szeret.”) feldühített konzervatív egészségpolitikusokat, akik egyrészt a gyógyításra szánt pénzeszközöket féltették, másrészt elutasították az AIDS-re tett finom hivatkozást.

Ottawa óta elfogadott, hogy az egészségfejlesztés elidegeníthetetlen eleme az egészséget értéknek tekintő közpolitika (healthy public policy), ezért az egészségfejlesztést több országban egyfajta egészség-orientált társadalompolitikaként értelmezik, amelynek figyelme kiterjed az egészség egyenlőtlenségekre is. Ugyanakkor az egészségtudományban, a felsőoktatásban az egészségfejlesztés a népegészségügy elemeként jelenik meg. A szakpolitikai felfogás gyakori változása mellett ez a terminológiai bizonytalanság tükröződik az egészségfejlesztési irányítás pozicionálásában Magyarországon: az elmúlt négy évtizedben volt, amikor ágazatközi, máskor szakminisztériumi szervezethez tartozott, jelenleg a Nemzeti Népegészségügyi Központ hatásköre az egészségfejlesztés koordinálása.

Az Ottawai Karta folyamatként tekintett az egészségfejlesztésre. A meghatározás élethossziglan tartó tanulást feltételez, hiszen ehhez a fogalomhoz tartozik mindaz, ami „módot ad az embereknek, közösségeknek, egészségük fokozottabb kézbe tartására és tökéletesítésére.”

Az Ottawai Karta alkotói az egészséget a mindennapi élet erőforrásaként, nem pedig életcélként értelmezték. Az egészség javításának alapvető követelményei közé sorolták többek között az olyan fontos feltételeket és forrásokat, mint a béke, a lakhatás, az oktatás, a megfelelő jövedelem, a stabil ökoszisztéma, a társadalmi igazságosság és méltányosság. Egyik garانتálása sem várható az egészségügyi ágazattól: megteremtésük kormányokat és társadalmakat átfogó feladat. Az öt jól ismert cselekvési terület (egészségbarát közpolitika, egészséget támogató környezet, közösségi akciók, személyes képességek fejlesztése, az egészségügyi rendszer átalakítása) mellett három stratégiai irányt (érdekérvényesítés, lehetőségteremtés, közvetítés) is ajánlottak az egészségfejlesztés szakmai és civil szereplőinek [4].

Ottawa valóságos cunamit indított: gombamódra szaporodtak az egészségfejlesztés egyetemi intézetei, szakkönyvek jelentek meg és civil egyesületek alakultak. Erősödött az ún. színtereken végzett munka, létrejöttek az

Egészséges Városok, Egészséges Iskolák és Egészséges Munkahelyek mozgalmi.

Az 1990-es évek végére az egészségfejlesztés holisztikus és a hagyományos gyógyító-megelőző orvoslás modelljei közötti éles szembenállás megszűnt. A biomedikális szemlélet ugyan nem eléggé szorult vissza, a klinikusok jelentős része változatlanul inkább a betegséget, mint a beteget kezeli, de az új gyógyszerek és technológiák hozzáférhetővé válása felértékelte az egészségügy szerepét az egészségdeterminánsok között. Előtérbe kerültek a betegjogok, s a kórházon kívüli ellátási formák, amelyek építettek az egészséges életmód népszerűsítésére is. Kutatások igazolták, hogy az egészségügyi ráfordítások mértéke a korábban gondolthoz képest sokkal nagyobb szerepet játszik a születéskor várható átlagos élettartam növelésében [5].

Az új évezredre egyre nyilvánvalóbbá vált, hogy a globalizáció okainak és következményeinek megértéséhez az egészséget meghatározó tényezők világos megértése szükséges. Új lehetőségek, például a közösségi média és új kihívások, mint az éghajlatváltozás bukkantak fel, olyanok, amelyek az Ottawai Konferencia idején nem voltak előre láthatóak. Az „érdekérvényesítés, az egészséges választást lehetővé tevő képességek fejlesztése és a közvetítés” eredeti terminológiája egy átfogóbb, összekapcsoltabb és kölcsönösen függő világban kezdett érvényesülni.

Az EVSZ az ottawai követően 9 globális konferenciát rendezett az egészségfejlesztésről. Valamennyi megerősítette az első tanácskozás záródokumentumát, de újabb és újabb elemekkel bővítette, illetve az egyes ottawai cselekvési sávok hangsúlyain változtatott. Az elmúlt 15 esztendő népegészségügyi, migrációs és pénzügyi válságai, az EVSZ aggodalmát is kiváltó, s egyre erőteljesebb jövedelmi és hatalmi különbségeken alapuló, növekvő egészség egyenlőtlenségek [6] az egészségfejlesztés számára új dimenziókat nyitottak.

Kickbusch már 2008-ban figyelmeztetett arra, hogy az egészség politikai választás kérdése és fejlesztése globális összefogást igényel [7]. 2012-ben javaslatot tett a 21. század egészségdeterminánsainak meghatározására (fenntarthatatlan életmód és fogyasztás, felgyorsult mobilitás stb.), illetve úgy fogalmazott, hogy körünk egészségvitáit három tényező köré érdemes csoportosítani: jóllét, fenntarthatóság és társadalmi befektetés [8]. 2015-ben az Egyesült Nemzetek Szervezete (ENSZ) közzétette Fenntartható Fejlődési Célkitűzéseit, amelyek az egészség meghatározóinak széles körét felölelték [9]. Nem meglepő, hogy a 2016-ban, a 9. Sang-



haji Globális Egészségfejlesztési Konferencia nem csupán a politikának, a nemzeti és globális vezetőknek üzent, hanem sürgette az egészségkárosító befektetési és kereskedelmi tevékenységek szabályozásának szigorítását fiskális, adózási és pénzügypolitikai eszközökkel [10]. 2019-ben az ENSZ a mindenki számára elérhető egészségügyi ellátásról rendezett állami vezetői ülésszakot. Az egészségfejlesztés fontosságát jelzi, hogy a zárónyilatkozatban szerepel az alábbi mondat: „jó kormányzás révén az egészségügyi rendszerek, az oktatás, az egészségkommunikáció, valamint a biztonságos, egészséges és válságálló települések tegyék lehetővé, hogy... az emberek megfelelő ismeretekkel rendelkezzenek az egészségükkel kapcsolatos megalapozott döntések meghozatalához” [11]. Három és fél évtized alatt a globális egészségkormányzásban az egészségfejlesztés prioritássá vált, de ez a nemzeti egészségpolitikák többségére, így a magyar szakpolitikára sem érvényes. A prevenció és az egészségfejlesztés előirányzata rendszerint a megszorítások első áldozata, s abban sincs konszenzus, hogy az egészségügyi költségvetések mekkora hányadát kellene ezen a területen elkölteni.

Ezek a fejlemények néhány országot arra készítettek, hogy vizsgálják felül azt a gazdaságpolitikai stratégiát, amely a bruttó hazai össztermék (GDP) mértékét tekintti a társadalmi haladás fokmérőjének. Európában pl. Finnország és Skócia, a Közel-Keleten az Egyesült Arab Emírátsok és Bhután, továbbá a nyugat csendes óceáni régióban Új Zéland – korábbi tudományos eredményekre, gondolati keretekre, elsősorban Amartya Sen és Mahbub ul Haq munkásságára [12, 13] támaszkodva – felismerték, hogy a méltánytalanságok kiküszöbölésére a társadalmaknak új rendezőelvre van szükségük. Olyanra, amely az egészséget, a szolidáris közösségeket és az általános jóllétet támogató feltételekre összpontosítva képzelel el és méri a haladást. Így alakítottak ki jólléti politikai és gazdasági programokat, amelyek nem a profitorientált növekedésre fókuszálnak, hanem a jövő generációi és a bolygó egészsége iránti felelősséggel gondoskodnak az emberi szükségletek kielégítéséről, a minőségi közszolgáltatásokhoz, ezen belül az egészségfejlesztéshez történő egyenlő hozzáféréstől [14]. Az évszázad eddigi legnagyobb világjárványa lelassította ezt a paradigmaváltást, ugyanakkor a megélhetés bizonytalansága azokat a véleményeket erősítette, miszerint nem lehet visszatérni a COVID-19 előtti forgatókönyvekhez. Közvéleménykutatások szerint az emberek többsége egészségközpontú szilárd jólléti gazdaságfilozófiát vár a politikai osztálytól [15]. Magyarországon Kopp

Mária és Martos Tamás tett javaslatokat a gazdasági növekedés mérőszámainak változtatására, az életminőség figyelembevételére [16].

A jólléti gazdaság és politika elfogadását nehezíti, hogy kialakulatlan a monitorozás rendszere. A jóllét mérése – bár abban konszenzus van a legtöbb szerző között, hogy elengedhetetlen része a korszerű közpolitikai mérési rendszereknek – továbbra is viták kereszttüzében áll. A jólléthez kapcsolódó elméleti megfontolások és ilyen módon a lehetséges mérési módszerek tekintetében ugyanis heterogén megközelítések léteznek egymás mellett a politikatudományban, szociológiában, pszichológiában, egészségtudományokban és más érintett tudományágak művelői körében. Az egészségfejlesztésre vonatkozó indikátorok meghatározása az EVSZ szakértőire vár.

## EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS A COVID-19 PANDÉMIA KONTEXTUSÁBAN

Számos nemzetközi elemzés, az EVSZ által felkért munkacsoportok jelentései egybehangzóan kimutatták, hogy a koronavírus járvány felkészületlenül érte mind az egészségügyi rendszereket, mind a nemzetközi közösséget [17]. Bebizonyosodott, hogy az egészségértés (-műveltség) mértéke és a széleskörű, bizalmat ébresztő kommunikáció, a transzparens adatszolgáltatás befolyásolja a lakosság együttműködését a védekezésben és ebben a tekintetben világszerte jelentős hiányosságokat lehetett tapasztalni. Egyebek között súlyos kockázatot hordozott a hamis hírek, az összeesküvés-elméletek terjedése és a túlpolitizált járványkezelés (a szakemberek, a bizonyítékok lebecsülése). Hiba volt, hogy sok helyen leállítottak népegészségügyi szűrővizsgálatokat, utóbb indokolatlannak minősülő korlátozásokat vezettek be az ellátásban, ami hozzájárult az idő előtti halálozás növekedéséhez, illetve több országban a születéskor várható élettartam csökkenéséhez [18].

A pandémia megakasztotta a Fenntartható Fejlődési Célok teljesítésének ütemét, igazolta a szaporodó emberek és az állatok közötti interakciók veszélyét, ami a klímaváltozás hatásai lebecsülésének, a felelőtlen földhasználat és erdőirtás következménye. Növelte a szociális és jövedelmi egyenlőtlenségeket, nagyobb mértékben és súlyosabb következményekkel sújtva a társadalmakon belüli legsebezhetőbb, kirekesztett csoportokat.

Ezekre a kihívásokra válaszul egyre több ország ismeri fel, hogy a gazdasági prosperitás nem lehet öncél,

csupán eszköz egy társadalmilag összetartó, művelt és egészségtudatos társadalom létrehozására, amely képes felülkerekedni igazságtalanságain és egyenlőtlenségein. A jóllét-központú kormányzás és a fenntartható gazdaságpolitikák kialakítására irányuló erőfeszítések vízióként és gyakorlati intézkedéscsomagként értékesebbé váltak. Nyilvánvaló, hogy az egészségfejlesztés, az Ottawai Kartában megfogalmazott elvek alapján, kiemelt szerepet kap ebben az új típusú politikai kultúrában. Ehhez ad biztatást az EVSZ 75. közgyűlésén elfogadott határozat is [19].

## A GENFI JÓLLÉTI KARTA ÉS UTÓÉLETE

A Genfi Jólléti Karta az EVSZ 2021. december 13. és 15. között megrendezett 10. Egészségfejlesztési Globális Konferenciájának eredménye. Erre a tanácskozássra a COVID-19 negyedik hullámának árnyékában, virtuális részvétellel került sor. A záródokumentum kompromisszumos szöveg [1], amelyet számos diplomáciai és szakértői egyeztetés csiszolt és magán viseli a járvány kiváltotta népegészségügyi, s az ennek következtében kialakult gazdasági, geopolitikai és morális válságok hatását. Érthető, hogy óvatosan fogalmaz, nem jellemzi az egészségfejlesztés korábbi felhívásainak szókimondása. Emiatt érte kritika is [20].

Positívum, hogy a „fenntartható jólléti társadalmak” kifejezés első ízben jelent meg mértékadó egészségfejlesztési dolgozatban. A felhívás első mondata ugyanis így hangzik: „A Genfi Karta a jólléért olyan fenntartható jólléti társadalmak létrehozását sürgeti, amelyek úgy biztosítják a mostani és a jövő nemzedékek számára a méltányos egészséget, hogy nem sértik meg az ökológiai korlátokat”. Ez új irány, nyitás a planetáris egészség és általában környezetvédők felé, bár az egészségfejlesztés dinamizmusán van javítani való.

A Genfi Karta öt, részben a korábnál átfogóbb cselekvési területre sűrítette az egészségfejlesztés 21. századi teendőit, amelyek közül csak néhányat emelünk ki:

- A Föld és ökoszisztémáinak megbecsülése, tisztelése és ápolása: Egyebek mellett következetesebben és jobban kell figyelembe venni a környezetet érintő politikai és gazdasági döntések egészséghatásait. A Karta szerint „a jólléti társadalmak prioritásként kezelik az alacsony széndioxid-kibocsátású gazdaságra való gyors és igazságos átállást, hogy a hőmérséklet-emelkedés ebben az évszázadban 1,5 Celsius-fok alatt maradjon”, azaz megerősítik a párizsi klímaegyezményben foglaltakat [21].
- Olyan gazdaság kialakítása, mely az emberi fejlődést szolgálja a planetáris és a helyi ökoszisztéma sajátosságainak megfelelően: Javasolt, hogy a nemzetállamok fektessenek be a megújuló energiatípusok piacára, továbbá támogassák azokat az új technológiákat, amelyek csökkentik a környezetszennyezést és viszonylag kevés erőforrást igényelnek. Korlátozni szükséges az egészségre kedvezőtlen hatású termékek és szolgáltatások előállítását és kereskedelmét, mint például a fosszilis tüzelőanyagok vagy a dohány. Utóbbira az EVSZ Dohányzá ellenőrzési Keretegyezménye is kötelezi a részes feleket [22]. Figyelni érdemes az „okos városok” és az őslakos közösségek tapasztalataira. Érdekesség, hogy a fegyveripar- és kereskedelem elszámoltatását is kilátásba helyezik.
- Egészséges közpolitika kialakítása a közjó érdekében: Ez a gondolatkör már az Ottawai Kartában is megjelent. Azóta az egészségfejlesztés tudománya és gyakorlata rengeteg tudást gyűjtött össze a közjót szolgáló „egészséges közpolitikákról”. Van tapasztalat arról, hogyan kell kidolgozni a jó kormányzás kereteit – olyan kereteket, amelyek egy adott közösség javait kezelik, biztosítják az összes érintett részvételét, és iránytűt adnak a közpolitikához. Ismert, hogyan kell az egészség jogi eszközeit felhasználni az egészségfejlesztés értékeinek, céljainak és alapelveinek megvalósítására és hogyan kell ágazatközi mechanizmusokat létrehozni [23]. A Genfi Jólléti Karta kiemeli a nem-kormányzati, civil szervezetekkel való együttműködés fontosságát, a társadalmi szolidaritás feltételeként (ebben a tekintetben a EVSZ-nek is van adóssága).
- Egyetemes egészségügyi ellátás mindenki számára: Jólléti társadalmakban az egyetemes egészségügyi ellátás a szociális védelem és a társadalmi stabilitás központi eleme – fogalmaz a dokumentum. Szorgalmazza az egészségügyi rendszerek radikális orientációját az alapellátás megerősítése érdekében. Ügyelni kell a mentális egészség védelmére. Követelmény, hogy az egészségügyi szektor maga is betartsa a környezetvédelmi előírásokat, s szolgáltatói legyenek jó munkáltatók, akik tiszteletben tartják az emberek egészséghez való jogát, beleértve a pénzügyi védelmet is.
- A digitális átalakulás hatásainak kezelése: A Karta szerint „a technológiai változások új lehetőségeket

teremthetnek a kapcsolatteremtés, az egészségműveltség, a tudásmegosztás, valamint a hatékonyabb és eredményesebb szolgáltatásnyújtás számára”.

A digitális eszközök sokunk életét radikálisan átalakították, de tisztában kell lenni alkalmazásuk kockázataival is.

A Kartát azért is bírálják, mert nem tartalmaz explicit álláspontot a Fenntartható Fejlődési Célokkal való összhangról és több új fogalmat sem definiál. Utóbbi észrevétel nem megalapozott, mert a jubileumi konferenciára új egészségfejlesztési szótár jelent meg, amelyet magyarra is fordítottak [24].

Jogos viszont az a megjegyzés, hogy a Karta nem említi a COVID-19-et, és csak röviden utal a járványokra és a fertőző betegségekre. Ugyanakkor tény, hogy a konferencián több szimpózium is foglalkozott az egészségfejlesztés felelősségével, amely mind a felkészülés során (egészségértés javításában), mind a járványkommunikációban érvényesítendő, hogy garantálható legyen a közösségek bevonása a védekezésbe. Azért is hiányérzetünk lehet, mert a dokumentum keveset és áttekintően szól a kapacitásépítésről, az egészségfejlesztés szakembereinek képzéséről.

Összességében a Karta – az előző globális konferenciák nyilatkozataihoz viszonyítva – szolid, több ponton közhelyes nyelvezetűre sikeredett. Nem akart politikai kockázatokat vállalni egy érzékeny és kiszámíthatatlan, számos geopolitikai konfliktussal terhelt időszakban. Talán ezzel magyarázható, hogy az elfogadása óta eltelt egy esztendőben keveset hivatkoztak rá, s késik egy robosztus végrehajtási folyamat elindítása. Az Egyesült Arab Emírátsok próbálkozott azzal, hogy a Kartát az EVSZ vezetői testületei elé terjessze, de csupán azt sikerült elérnie, hogy az egészségfejlesztés új (a jólléti gazdaság építésével összefüggő) feladatairól – a Kartára való hivatkozás nélkül – közgyűlési határozat szülessen [19].

Az elmúlt hónapokban a EVSZ-t lefoglalta a még mindig velünk élő COVID-19, az Ebola és más fertőző betegségek felbukkanása, valamint a sokasodó fegyveres konfliktusok (Ukrajna, Jemen, Etiópia stb.) és természeti katasztrófák (Haiti, Pakisztán) áldozatainak nyújtott humanitárius segítség szervezése. A világszervezetnek nem maradt energiája új stratégiák meghirdetésére, jóllehet a Nemzetközi Egészségnevelési és Egészségfejlesztési Unió és más szakmai szervezetek, sőt az Európai Unió összejövetelein kimerítően tárgyalták az egészségfejlesztés és jóllét összefüggéseit, az egészségbarát társadalompolitika esélyeit. Reményelt, hogy az EVSZ

második ciklusára újraválasztott főigazgatója, Tedros Adhanom Ghebreyesus kiemelt feladatának tekinti az egészségfejlesztés ügyének képviseletét [25] és elkezdődött a megújított, a fenntarthatóságot és a jólléti víziót magában foglaló koncepció keretprogramjának kidolgozása.

## TANULSÁGOK AZ ISKOLAI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS SZÁMÁRA MAGYARORSZÁGON

A hazai egészségfejlesztés története az elszalasztott esélyekről is szól [4]. A 2002-ben elfogadott Egészség Évtizede népegészségügyi program [26] és a 2011. évi Semmelweis Terv [27] egyaránt célul tűzte, hogy minden óvodában, általános és középiskolában az integrált egészségfejlesztés valósuljon meg, azaz épüljön be az egészségfejlesztés ismeretanyaga a tantárgyakba, s maga az oktatási intézmény – a tanórákon kívül is – az egészséges életmódot közvetítse. Sajnos a közoktatásban történő befektetések elmaradása és általában az egészségfejlesztés leértékelődése miatt a tervek nem valósultak meg, s még a megfelelő egyetemi képzésben résztvevő pedagógusok is csak elvétve figyelnek tanítványaik egészségműveltségének formálására. Így a fiatalok nagy része nem válik képessé a mindennapi életben az egészséges megoldás választására. Megszűnt az Egészségesebb Iskolákért Egyesület és az EU-s forrásokból 2012-ben létrejött egészségfejlesztési irodák sem feltétlenül tekintik feladatuknak az iskolai egészségnevelés támogatását. Ez annál is inkább elszomorító, mert a Genfi Karta kitüntetett figyelmet szentel a kora gyermekkori fejlődés segítésének, az iskolázottság növelésének. Az egészségfejlesztés jelen tanulmányban elemzett új nemzetközi trendjei szerint az egyéni egészség megőrzésével kapcsolatos tudást össze kellene kapcsolni a bolygó egészségéről, a környezetre leselkedő veszélyekről, a fenntartható fejlődésről és általában az egészség determinánsairól rendelkezésre álló ismeretanyaggal. Az iskolai egészségfejlesztés elhanyagolása nyomot hagyhat a pályakezdők egészségmagatartásán és viselkedéskultúráján is, s végső soron kedvezőtlenül befolyásolhatja a lakossági egészség kockázatokat.

Megjegyzés a korrektúránál

Az EVSZ 2023. májusi közgyűlése az alábbi címmel fogadta el új egészségfejlesztési keretprogramját: A jóllét elérése: Globális keret-

rendszer a jólléti koncepció integrációjához a népegészségügybe, egészségfejlesztési megközelítéssel.

[Achieving well-being: A global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/framework4wellbeing-\(draft\).pdf?sfvrsn=c602e78f\\_8&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-promotion/framework4wellbeing-(draft).pdf?sfvrsn=c602e78f_8&download=true)]

Ez a terjedelmes útmutató gyakorlati ajánlásokat fogalmaz meg a Genfi Jólléti Kartán alapuló nemzeti egészségfejlesztési politikák kidolgozásához anélkül, hogy a Karta szövegét idézné. Egyes tagállamok ugyanis ellenzik a jólléti gazdaság, a planetáris egészség és hasonló kifejezések használatát hivatalos EVSZ dokumentumban.

## IRODALOM

1. Az Ottawai Egészségfejlesztési Karta. In: Kishegyi, J., Makara, P. (szerk.): *Az egészségfejlesztés alapelvei. Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest, 9-14, 2004*  
<https://mek.oszk.hu/08100/08107/08107.pdf>
2. Vitrai, J. (ford.): *Genfi Nyilatkozat a Jólléért. Egészségfejlesztés, 63: 39-42, 2022*  
<https://ojs.mtak.hu/index.php/egfejl/article/view/7842/6763>
3. Kökény, M.: *Ottawa revisited: „enable, mediate and advocate”.* *Health Promotion International, 26 (Suppl 2): ii180 - ii182, 2011*  
[https://academic.oup.com/heapro/article/26/suppl\\_2/ii180/580320](https://academic.oup.com/heapro/article/26/suppl_2/ii180/580320)
4. Kökény, M.: *Az egészségfejlesztés három évtizede Magyarországon a globális kihívások és a politikai változások tükrében. Egyetemi doktori (PhD.) értekezés. Debreceni Egyetem, Egészségtudományok Doktori Iskola, 2015*  
<https://dea.lib.unideb.hu/server/api/core/bitstreams/48fb49c7-be38-4a36-9841-682c35342955/content>
5. James, C., Devaux, M. and Sassi, F.: *Inclusive growth and health. OECD Health Working Papers, No. 103, OECD, Paris, 14-15, 2017*  
<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/93d52bcd-en.pdf?expires=1667312240&id=id&acname=guest&checksum=D0FA001A2ED14169B2726766EC9CBC73>
6. *Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health, WHO, Geneva, 2008*  
[http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf)
7. Kickbusch, I.: *Healthy Societies: Addressing 21st Century Health Challenges. Government of South Australia, 2008*  
<https://apo.org.au/sites/default/files/resource-files/2008-05/apo-nid962.pdf>
8. Kickbusch, I.: *21st century determinants of health and well-being: a new challenge for health promotion. Global Health Promotion, 19 (3): 5-7, 2012*  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1757975912454783>
9. *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations, 2015. Elérhető angol nyelven: https://sdgs.un.org/2030agenda Magyar fordítás: https://ensz.kormany.hu/download/7/06/22000/Vil%C3%A1gunk%20%C3%A1talak%C3%ADt%C3%A1sa%20Fenntart%C3%B3%20Fej%C5%91d%C3%A9si%20Keretrendszer%202030.pdf*
10. *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development, 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai, 21-24 November 2016. WHO, 2016*  
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-17.5>
11. *Political Declaration of the High-level Meeting on Universal Health Coverage: “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”.* *United Nations, 2019*  
<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>
12. Sen, A. K.: *Commodities and capabilities.* *Oxford University Press, 1987*
13. *Mahbub ul Haq: Reflections on Human Development. Oxford University Press, 1995*
14. Corbin, H., Abdelaziz, F. B., Sorensen, K., Kökény, M., Krech, R.: *Wellbeing as a policy framework for health promotion and sustainable development. Health Promotion International, 36 (Suppl 1), i64 - i69, 2021*  
[https://academic.oup.com/heapro/article/36/Supplement\\_1/i64/6460417](https://academic.oup.com/heapro/article/36/Supplement_1/i64/6460417)
15. Trebeck, K.: *A wellbeing economy agenda to help shape the post-coronavirus economy. Eurohealth, 26 (3): 6-9, 2020*  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338915/Eurohealth-26-3-6-9-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
16. Kopp, M., Martos, T.: *A magyarországi gazdasági növekedés és a társadalmi jóllét, életminőség viszonya. A jövő nemzedékek országgyűlési biztosának megbízásából készített tanulmány, 2011*  
[http://beszamolo2010.jno.hu/cd/fuggelekek/2\\_kutatasok\\_eredmenyei/kopp\\_gazdasagi\\_novekedes.pdf](http://beszamolo2010.jno.hu/cd/fuggelekek/2_kutatasok_eredmenyei/kopp_gazdasagi_novekedes.pdf)
17. Sachs, J. D., Karim, S. S. A., Akin, L. et al.: *The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. The Lancet, 400: 1224-1280, 2022*  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01585-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01585-9/fulltext)
18. Schöley, J., Aburto, J. M., Kashnitsky I. et al.: *Life expectancy changes since COVID-19. Nat. Hum. Behav. Published online: 17 October 2022*  
<https://doi.org/10.1038/s41562-022-01450-3>
19. *Well-being and health promotion. Seventy-Fifth World Health Assembly. WHA75.19. 28 May 2022*  
[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA75/A75\\_R19-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_R19-en.pdf)
20. Laverack, G.: *Critiquing the Geneva Charter for Well-being. Health: an interdisciplinary journal - Dors – Piemonte, Italy. January 2022*  
[https://www.researchgate.net/publication/358105999\\_Critiquing\\_the\\_Geneva\\_Charter\\_for\\_Well-being](https://www.researchgate.net/publication/358105999_Critiquing_the_Geneva_Charter_for_Well-being)
21. *2016. évi L. törvény az ENSZ Éghajlatváltozási Keretegyezményben Részes Felelők 21. Konferenciáján elfogadott Párizsi Megállapodás kihirdetéséről*  
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1600050.TV>
22. *A 2005. évi III. törvény az Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzési Keretegyezményének kihirdetéséről*  
[https://fokuszpont.dohanyzasviszaszoritasa.hu/sites/default/files/2005\\_III\\_torveny\\_EVSZ\\_DK\\_kihirdetesrol.pdf](https://fokuszpont.dohanyzasviszaszoritasa.hu/sites/default/files/2005_III_torveny_EVSZ_DK_kihirdetesrol.pdf)
23. Kickbusch, I., Gleicher D.: *Governance for health in the 21st century. WHO, 2012*  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326429/9789289002745-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. *Health promotion glossary of terms 2021. WHO, 2021*  
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>  
*Magyar fordítás (Vitrai J., Borenszki-Gutási É): Egészségfejlesztés 63(2):2022*  
<https://ojs.mtak.hu/index.php/egfejl/article/view/8321/6957>
25. *Address by Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director-General. 75th World Health Assembly. 26 May 2022*  
[https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA75/A75\\_3-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_3-en.pdf)
26. *46/2003. (IV. 16.) OGY határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról*  
<https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a03h0046.OGY>
27. *Újraélesztett egészségügy. Semmelweis Terv az egészségügy megmentésére. Szakmai koncepció. Nemzeti Erőforrás Minisztérium, Egészségügyért Felelős Államtitkárság, 2011. május 11*  
<https://2010-2014.kormany.hu/download/5/e7/30000/Semmelweis%20Terv%2520az%2520eg%25C3%25A9szs%25C3%25A9g%25C3%25BCgy%2520megment%25C3%25A9%25C3%25A9re%2520-%2520Szakmai%2520koncepci%25C3%25B3.pdf>

## A teljeskörű intézményi egészségfejlesztés (TIE) múltja, jelene és jövője

### Holistic health promotion (HHP) in educational institutions: past, present and future

Országos Gerincgyógyászati Központ – 1126 Budapest, Királyhágó u. 1-3. – E-mail: annamaria.somhegyi@bhc.hu

**Összefoglalás:** A hazai iskolai egészségfejlesztés keretét a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság döntése nyomán 2003-ban történt kormányzati ágazatközi megtervezés, majd a 2012-ben létrejött jogszabályi előírás alapján a teljeskörű intézményi egészségfejlesztés (TIE) adja. Ezért minden olyan szereplőnek, aki az iskolák egészségfejlesztési tevékenységeit segíteni kívánja, azt a TIE talaján állva érdemes tennie és kommunikálnia. A közlemény a TIE tervezésétől jogszabályi előírásán és kormányzati, valamint különböző projektekben történt támogatásán keresztül mutatja be a jelen folyamatait és hívja fel a figyelmet a jövőben szükséges tennivalókra, fontos szempontokra. A szerző e közleményben az iskolákra összpontosít: mivel a köznevelés további intézményei, az óvodák és kollégiumok esetében a támogató odafigyelés eddig hiányzott, ott nincs miről beszámolni. Az olvasónak célszerű a TIE népegészségügyi segítéséről szóló korábbi közleményt, valamint a TIE hivatalos linkjét ismernie, mivel ezekből itt csak egyes részek említése szerepel.

**Kulcsszavak:** teljeskörű iskolai egészségfejlesztés, köznevelés, népegészségügyi szakemberek, népegészségügyi intézmények

**Summary:** Holistic health promotion (HHP) being prescription for all public educational institutions since 2012 in Hungary gives the framework for all, who want to help schools in their health promoting tasks. The paper gives a wide overview of HHP: how its governal plan was born, how it became a prescription and how it was supported by governmental and European projects for schools. The present proceedings and required future actions are shown, too. This paper concentrates on schools, as for other educational institutions – kindergartens and boarding schools – supportive attention has been lacking so far, so it is nothing to report in their regard. Readers are advised to know the antecedent publication on how to give help to schools in HHP from the side of public health actors and the official link of HHP, too.

**Keywords:** holistic school health promotion, public education, public health experts, institutions of public health

#### A TIE MEGSZÜLETÉSE, ELŐÍRÁSA ÉS ÁGAZATKÖZI KORMÁNYZATI, ILLETVE EURÓPAI UNIÓS FORRÁSOKON ALAPULÓ TÁMOGATÁSA AZ ISKOLÁK RÉSZÉRE 2018-IG

A Népegészségügy hasábjain 2012-ben [1] beszámoltam arról, hogy a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvényben hogyan jelentek meg a TIE országos megvalósítását segítő elemek, majd 2018-ban [2] arról, hogy a TIE 2012 óta jogszabályi előírás minden köznevelési intézmény részére, az iskolák segítésére milyen nagy projektek, illetve kormányzati ágazatközi együttműködések valósultak meg, továbbá milyen feladatai le-

hetnek a népegészségügy intézményeinek és szereplőinek abban, hogy a pedagógusokat mindennapi TIE-munkájuk egyre jobb végzésében segítsék. Minderről, valamint az újabb ágazatközi történésekről az alábbi rövid összefoglalásból lehet tájékozódni.

#### 1. A TIE tervezésétől az előírásáig

A TIE terve a Népegészségügyi Tárcaközi Bizottság megfelelő döntései nyomán az egészségügyi, oktatási, ifjúsági és sportminisztérium, valamint a legszélesebb szakmai közösség együttműködésében született 2003-ban. E tervező munka előzménye, hogy a 2001-ben „Egész-

séges Nemzetért Népegészségügyi Program” néven kormányhatározattal elindított, majd a 2002-ben „Az Egészség Évtizedének Nemzeti Programja” néven országgyűlési határozattal folytatott, struktúrájában továbbfejlesztett népegészségügyi programok mindegyike nagy hangsúlyt helyezett a gyermekek és fiatalok egészségi állapotára, és a TIE tervezését követően néhány előremutató ajánlás, illetve jogszabály is született („büfé-ajánlás”, a közoktatási törvényben egészségnevelési program előírása az iskolai helyi pedagógiai program részeként, valamint az ehhez 2004-ben készült Segédlet). A TIE legrövidebb lényege egy közleményben [2], valamint a TIE ajánlásban [3] és a TIE összefoglalóban [4] olvasható, de az alábbi szövegdoz is mutatja. Teljeskörűsége az „egész iskola”, illetve a „holisztikus” megközelítést takarja: mindegyik egészségkockázati tényezőre, minden tanulóra, a teljes tantestületre vonatkozik az iskola mindennapjaiba építve, intézményesülve, a szülők és az iskola környezetének bevonásával.

„A teljeskörű iskolai egészségfejlesztés az alábbi négy egészségfejlesztési alapfeladat rendszeres végzését jelenti az iskola mindennapjaiban – minden tanulóval, a teljes tantestület és alkalmazotti közösség, az iskolaegészségügyi szolgálat szakemberei, a szülők és az iskola környezetének bevonásával, szakmai segítség és ellenőrzés mellett:

- I. Egészséges táplálkozás megvalósítása (lehetőleg a helyi termelés – helyi fogyasztás összekapcsolásával);
- II. Mindennapos testnevelés minden tanulónak az egészségfejlesztési kritériumok teljesítésével, és az azt kiegészítő egyéb testmozgás;
- III. A lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek és a művészetek személyiségfejlesztő hatékonyságú alkalmazása (énekek, tánc, rajz, mesemondás, népi játékok és népi rítusjátékok, kézművesség stb.);
- IV. Egészségismeretek széles köre készség szintű elsajátításának, más szóval az egészségműveltségnek az elősegítése – a részletes témalistát ld. a TIE ajánlásban [3].

A terv megvalósítása akkor még nem tudott elindulni. Eredményes szakmai lobbitevékenységnek köszönhetően 2011-ben a gyermekek, tanulók jobb egészsége egyik központi eleme lett a köznevelési törvénynek, amely a mindennapos testnevelést konkrétan is előírta. A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012 (VIII. 31.) Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) rendelet 129-131. §. pedig minden közneve-

lési intézmény (óvoda, iskola, kollégium) részére előírta a TIE végzését. A TIE tervezése és előírása mögött az a szakmai megközelítés áll, hogy minden működő köznevelési intézménynek a saját körülményei és viszonyai közt lehet és kell a gyermekek, tanulók jobb egészségét elősegítenie. Pl. a mindennapos testnevelés célja, hogy a tanulók minden nap mozogjanak a testnevelési órán, és ez akkor is jól hat a tanulókra, ha nem tartják mindegyik testnevelési órát minden osztály részére minden nap a tornateremben. A példánál maradván természetesen szükséges és üdvözlendő, hogy az iskolák fejlesztése kiterjed a tornatermek és tanuszodák építésére és felszerelésük fejlesztésére. A gyermekek, tanulók egészséghez fűződő joga és egyúttal az ehhez fűződő társadalmi érdek miatt nem fogadható el, hogy bármely köznevelési intézmény esetleg arra hivatkozva ne végezze a TIE-tevékenységeket, hogy akár tárgyi, akár személyi feltételei nem ideálisak. Azt is fontos leszögezni, hogy a TIE előírása nem veszi el az intézmények saját tervezése elől a teret: a TIE a keret, amit az iskolák, köznevelési intézmények saját maguk töltenek meg tartalommal, hiszen ők maguk készítik el saját egészségfejlesztési programjukat. Így hazánkban a „fentről-lefelé” és a „lentől-felfelé” megközelítés is érvényesül.

## 2. A TIE megvalósítását az iskolák részére 2012–2015 között három nagy projekt támogatta

E három projekt eredményeinek rövid leírása másutt olvasható [2], itt álljanak csak a projekt-nevek:

- TÁMOP-6.1.1.-12/1-213-001 „Egészségfejlesztési szakmai hálózat kialakítása” kiemelt projekt köznevelési alprojekt;
- TÁMOP-6.1.2.A-14/1-2014-0001 „Komplex intézményi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az általános iskolákban, többcélú intézményekben, valamint szabadidős közösségi mozgásprogramok és kapcsolódó egészségfejlesztési alprogramok megvalósítása az iskolán kívüli szereplők bevonásával” kiemelt projekt;
- TÁMOP-3.1.13-12-2013-0001 „A testnevelés új stratégiájának és fizikai állapot mérési rendszerének kialakítása és az önkéntes részvétel ösztönzése a komplex iskolai testmozgásprogramok szervezésében” kiemelt projekt.

### 3. Kormányzati ágazatközi segítség az iskolák részére

2016-ban a köznevelési államtitkárság javaslatára az egészségügyi és a köznevelési államtitkársággal közösen készítettük el a TIE ajánlást [3]. Az ajánlásnak a köznevelési intézmény-hálózatban történt terjesztése és annak következményei megismerhetők egy korábbi közleményből [2] és a TIE összefoglalásból [4].

## A TIE ÁGAZATKÖZI SEGÍTÉSE 2018–2022 KÖZÖTT

### 1. Részvétel az európai iskolai egészségfejlesztési hálózatban

Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) Európai Régiójának és az Európai Uniónak a közös kezdeményezéseként alakult meg 1991-ben a „European Network of Health Promoting Schools” (ENHPS) 43 európai ország, köztük hazánk részvételével. Ennek a hálózatnak a mai neve „Schools for Health in Europe Network Foundation” (SHE), mely most 40 tagországgal működik. 2018 júliusa óta az Emberi Erőforrás Minisztérium által kinevezett magyar nemzeti koordinátor útján hazánk újra részt vesz az EVSZ SHE hálózatának munkájában [5].

A SHE hálózat célja, hogy az EVSZ európai régiójának országaiban minél több egészségfejlesztő iskola működését, ezáltal minél több iskolás gyerek jobb egészségét és tanulási eredményességét segítse elő. Ennek érdekében működik a SHE központja és az egész európai hálózat különböző formájú szakmai segítség nyújtásával. A SHE-ben 2018 óta végzett munka legfontosabb tapasztalata az, hogy bár mindenkinek az a célja, hogy minden iskola egészségfejlesztő iskola legyen, mégis hazánkon kívül csak Portugáliában tették ezt kötelezővé a köznevelésükben [6]. A többi országban más módokon közelítik meg a kérdést, illetve a megoldást. A hazai iskolai egészségfejlesztési tapasztalatok alapján megállapítható, hogy nálunk a kötelező előírás mindenképpen szükséges volt, mert enélkül az iskolák csak esetlegesen foglalkoztak egészségfejlesztési tennivalókkal. Az ország-példák alapján ugyanakkor az is feltételezhető, hogy ez a megoldás más országokban is elősegítené a kívánt cél elérését.

A „SHE School Manual 2019” készítésekor magyar javaslatra bekerült a TIE négy egészségfejlesztési alap-

tevékenysége, amint az is, hogy a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek alkalmazása minden tanórán szükséges, nemcsak az egészséggel foglalkozókon [7]. 2019-ben a magyar fél részvételével készült a „SHE Mapping report 2019” [6], 2020-ban a „SHE Monitoring report 2020: Country specific results of Hungary” [8], a „SHE European standards and indicators for Health Promoting Schools (HPS) 2019” felülvizsgálata [9], 2021-ben a „SHE School Manual 2019” magyar fordítása [10], valamint a SHE felkérésére 2019-ben a magyar fél részt vett az EVSZ/UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) által összeállított „Global standards and indicators for HPS” készítésében [11].

### 2. Országos online kérdőív a TIE ajánlásban foglaltak nyomonkövetésére

2020. február 7-én az Oktatási Hivatal (OH) minden iskolaigazgatónak kiküldte a TIE nyomonkövetését szolgáló, a két illetékes államtitkárság által készített online kérdőívet a hozzá tartozó államtitkári tájékoztatással és két fontos mellékletével, ezek elérhetők a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) honlapján [3, 4]. A megadott 2 hetes időszakban a kérdőívet 3290 iskola töltötte ki (az eredmény részletes közzélése sajnálatosan még várat magára). A válaszokból egyértelműen látszik, hogy az iskolákat mind a négy egészségfejlesztési alaptervekenységükben segítenünk kell.

### 3. A TIE rendelet pontosítása

A TIE előírását tartalmazó rendelet, vagyis a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012 (VI-II. 31.) EMMI rendelet 128-131. §. sok éven át pontatlan volt, ezek javítása 2015 óta napirenden volt a köznevelési államtitkárságnál. Végül 2020. szeptembertől, majd 2021. szeptembertől hatályba léptek a szükséges pontosítások [14]: többek között jól látható benne a pedagógusok mindennapi munkájában megjelenő, megvalósítandó négy alapvető egészségfejlesztési tennivaló, emellett fontos gyakorlati újdonság, hogy az egészség-ismeretek készséggé váló átadásához esetleg szükséges külső egészségügyi szakembert az iskolaorvos meghívhatja az iskolába.

#### 4. A pedagógusoknak nyújtott számos segítség néhány fontos példája a négy egészségfejlesztési alaptévékenység szerinti bontásban

A TIE hivatalos honlap-helyén olvasható az az összefoglalás, melyet a TIE online kérdőívének kiküldésekor az államtitkári kíséreléssel mellékleteként minden iskolaigazgató megkapott 2020 év elején [15].

#### 5. Partneri Együttműködés az EVSZ és az EMMI kezdeményezésére

2019. szeptember 25-én az EVSZ az EMMI-vel együttműködésben workshopot rendezett, melynek célja a magyar népegészségügyi Partneri Együttműködés létrehozása, elindítása volt. Ez a projekt a COVID-19 világjárvány körülményei között némileg korlátozottan működött, s egyik fontos cselekvési területe a köznevelési intézmények TIE-munkájának segítése volt. A projekt részeként 2021-ben született Útmutatóban az iskolát környező civil szereplők, valamint egészségfejlesztők részére szerepelnek fontos javaslatok, amennyiben az iskolai TIE-munkát kívánják segíteni [20].

#### 6. A pedagógusképzés kimeneti és képzési követelményeinek módosítása

Mivel a TIE minden köznevelési intézmény részére elvárás, ezért az óvó- és tanítóképzésben és a tanárképzésben is meg kell jelennie a TIE tevékenységeire történő felkészítésnek. A felsőoktatással történő sokéves együttműködés nyomán a 2016-ban módosult óvó- és tanítóképzés, majd a 2021-ben módosult tanárképzés kimeneti és képzési követelményeibe bekerült a teljeskörű intézményi egészségfejlesztésre történő felkészítés, így ez a vonatkozó rendeletekben végre szerepel [21, 22].

#### 7. Nemzetközi érdeklődés a TIE iránt

2021-ben a munkahelyi egészséggel és biztonsággal foglalkozó európai szervezet, a European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) és a hasonló célokkal működő civil szerveződés, a European Network Education and Training in Occupational Safety and Health (ENETOSH) a munkahelyi mozgásszervi betegségek megelőzésével foglalkozó 2 éves kampányban az iskolai megelőzésre is ráirányította a figyelmet, ezért érdeklődtek a hazánkban e téren 1995 óta folyó

munka iránt. Ahogyan tudomást szereztek a TIE-ről, az is érdekelte őket, az EU-OSHA mindkét témában cikket kért a nyilvánosság részére működő „wiki”-honlapjára [23] és hivatalos honlapjára [24], valamint az ENETOSH 2021. évi hírlevelébe [25].

### TIE A JÖVŐBEN: LEGFONTOSABB TENNIVALÓINK

A TIE 2003-ban kezdődött életét végig követve a következő legfontosabb tennivalók és szempontok láthatók.

#### 1. A TIE jogszabályi előírásának biztos tudatában forduljunk a köznevelési intézményekhez

Általános tapasztalat, hogy azok az egészségfejlesztők, akik az iskolai egészségfejlesztést segíteni akarják, úgy közelítik meg a feladatot, hogy közben nem vagy nem elég jól támaszkodnak a TIE 2012-ben született jogszabályi előírására. Így a pedagógusok azt hiszik, hogy „már megint jönnek és kezdik előlről”, vagy azt mondják, hogy „erre nincs időnk”. Tehát azoknak, akik az iskolák egészségfejlesztését támogatni szeretnék, úgy célszerű ezt artikulálniuk, hogy ők segítséget nyújtanak a pedagógusoknak a részükre előírt TIE-beli tennivalókhöz, és mutassák be, hogy a TIE melyik részéhez nyújtanak segítséget.

A balesetmegelőzési céllal készült „Közlekedj okosan” című munkafüzetet sokáig nem sikerült a köznevelésben elfogadtatni, mint kötelező oktatási anyagot, ugyanakkor úgy artikulálva, mint a TIE részét képező balesetmegelőzés oktatási segédanyaga, amely az iskoláknak nyújt segítséget, ez minden bizonnyal korábban megtörtént volna, hiszen a balesetmegelőzés a TIE része (ld. a TIE ajánlásban a TIE. IV. egészségfejlesztési alaptévékenységéhez tartozó egészség-ismereti témalístit). Végül a köznevelésben mégis előrelépés várható a közlekedési tudás átadásában.

Jó példa, hogy a Magyarország Átfogó Egészségügyi Szűrőprogramja (MÁESZ) gyermekprevenciós törekvését a TIE-hez illesztette. Így a köznevelés vezetői megértették és az állami fenntartó maga szervezi a tanulókat (tanévente 75 000 tanulót) a különböző helyszínekre országszerte [15].



## 2. A TIE népegészségügyi és köznevelés-irányítási segítése

A pedagógusok TIE-munkájában az iskolák első számú segítõje az iskolaegészségügyi szolgálat: az iskolaorvos és a védõnõ. A védõnõk elérését az utóbbi idõben nagyban javította az Országos Kórház Fõigazgatóság (OKFÕ) által felállított mentor-védõnõi hálózat, melynek szervezésében éppen most zajlik részükre országsszerte továbbképzés többek közt a TIE-rõl is, mivel õk többnyire nem tudtak errõl a köznevelésben elõírt népegészségügyi beavatkozásról. Az iskolaorvosok, illetve az ilyen funkciót is ellátó házi orvosok, házi gyermekorvosok elérése azonban elég esetlegesen sikerült, pedig nekik is jobban kellene tudniuk a TIE-rõl, sõt a 2021-es évi TIE-rendelet módosításáról is, hiszen most egyértelmûen az õ kezükben van annak lehetõsége, hogy külsõ egészségügyi szakembert hívjanak meg az iskolába egyes egészség-témák feldolgozásához. További segítõ szakember a dietetikus és a gyógytornász: elõbbi az egészséges táplálkozás megszerettetése és megvalósítása érdekében mehet az iskolába, utóbbi pedig a testnevelõ pedagógusoknak megtaníthatja a hatékony tartáskorrekciót, majd segítheti a bevezetését. Az Egészségfejlesztési Irodákban (EFI) gyakran dolgozik e két szakember, ami azt jelentheti, hogy e munkájuk finanszírozása biztosított. Hasonlóan segíthetnek a praxisközösségek is, ha részükre biztosítják e szakemberek bérét: ez azért is fontos, mert nekik a felnõtt lakossággal is foglalkozniuk kellene az alapellátás keretein belül. A mindennapos testnevelés szakmai segítségével arra is ki kellene terjednie, hogy a testnevelõk eredményesebbek lehessenek a mozgás, a testnevelés megszerettetésében, valamint arra is, hogy a testnevelés órákat az iskolák valóban naponta tartsák meg, azaz ne vonják össze. A lelki egészséget elõsegítõ pedagógiai módszerek és a mûvészetek hasonló célú alkalmazásának térhódítását a népegészségügy szereplõi csak áttételesen segíthetik (megfelelõ egészségkommunikációval, illetve a pedagógusok hivatás-személyiségének gondozásával), de a köznevelés irányítás szintjén ez igen fontos megteendõ lépés. Az egészségismeretek készséggé váló átadásának segítését a népegészségügy intézményei, illetve szereplõi által rendszerszerûen szükséges megszervezni és mûködtetni, ez még megoldásra váró feladat. Az egészségfejlesztésben képzett pedagógusok szerepeltetése is lehetséges megoldás, ez esetben azonban e pedagógus-réteg tudásának és módszereinek naprakészen tartásáról is gondoskodnunk kell, hiszen min-

dig újabb kockázati magatartásformák jelennek meg és befolyásolják a gyermekeket, fiatalokat. A TIE ajánlás [3] elkészítése óta eltelt évek ugyanezért azt is indokolttá teszik, hogy a két államtitkárság együttmûködésében készüljön el e dokumentum felújítása.

Megjegyzendõ, hogy a TIE végzésének szakmai segítése és ellenõrzése a köznevelés rendjében is szerepeltethetõ, ennek az eddigieknél jobb megoldása is elõtünk álló feladat.

Hasonlóan hasznos munka lenne, ha az orvosegyetemek kutatásokat végeznének a köznevelési intézmények körében a TIE megvalósulásának helyzetérõl, annak segítõ és akadályozó tényezõirõl, hogy ez is megalapozhassa a további kormányzati segítõ lépéseket. Az orvosegyetemek a TIE megvalósulását illetõen pedagógusképzõ felsõoktatási intézményekkel is együttmûködhetnének, hogy közös odafigyelésükkel legalább a környezetükben mûködõ köznevelési intézmények pedagógusait jobban ösztönözzék.

A népegészségügyi szakemberek az iskolai környezet megfelelõ formálásában is szerepet játszhatnak, pl. az egészséget szolgáló iskolai székek beszerzésében. Az iskolai székek cseréjekor olyan új székeket lenne szükséges beszerezni, melyek a különbözõ testméretû tanulók esetében is jól támasztják a derekat és ezzel a helyes ülésre nevelést segítik, amivel hozzájárulnak a mozgásszervi betegségek okozta globális terhek mérsékléséhez [26]. 2018 óta a köznevelés irányítás figyelme erre megfelelõen kiterjed [27] és jelenleg az várható, hogy az ilyen szempontnak megfelelõ székek vásárlását a jogszabályi környezet elkerülhetetlenné fogja tenni, ún. felmenõ rendszerben.

## 3. A TIE rendszeres nyomonkövetése

A TIE nyomonkövetését szolgáló – 2020 februárjában használt – országos online kérdõív a TIE ajánlásban foglaltakról kérdezte az iskolaigazgatókat a TIE mind a négy egészségfejlesztési alaptervékenységéhez kapcsolódva. A TIE egyes tevékenységeinek nyomonkövetésére léteznek rendszerbe építve alkalmazott eszközeink, bár vannak hiányterületek is.

Az egészséges táplálkozás megvalósulását áttételesen méri a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT), amikor a testsúlyt és testsírszázalékot méri, az iskolaegészségügyi vizsgálat szintén a testsúly mérésével tájékozódik, de ezek mellett tudományos igényû, reprezentatív kutatás is zajlik hazánkban visszatérõ idõközönként: a Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI).

A mindennapos testnevelés és egyéb testmozgás megvalósulását méri a NETFIT, és mérhetné az iskolaegészségügyi vizsgálat is, ha pl. megfigyelné, hogy a tanulók be tudják-e állítani a medencéjüket a középhelyzetbe: ez mutatná, hogy a testnevelésben végzik-e velük a hatékony tartáskorrekció gyakorlatait. Azt a nagyon lényeges tényezőt azonban egyelőre nem mérjük, hogy a tanulók megszerették-e a mindennapos testnevelést – holott enélkül nem várhatjuk, hogy pl. a fittségi állapotban az életkorral nemzetközileg is jellemző romlás tendenciája megforduljon [28].

A lelki egészséget valamelyest méri az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” kutatás (Health Behaviour of School-aged Children, HBSC) és az „Európai Iskolavizsgálat a fiatalok alkohol és egyéb drogfogyasztási szokásairól” (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs, ESPAD), de ezen időszakonként megismételt, reprezentatív kutatások mellől hiányzik az iskolánként történő rendszeres mérés (mint ahogyan a NETFIT és az iskolaegészségügyi vizsgálat működik). Ha mérnénk, hogy egy-egy iskolában a tanulók összességének a lelki egészsége hogyan alakul, akkor akár ösztönözhetnénk is a tantestületeket a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszerek rendszeres tanórai alkalmazására, vagy a művészetek lelki egészséget fejlesztő alkalmazására (ez esetben a művészettel foglalkozás „szelídíti meg” a tanulók lelkét, csak időt kell rá hagyni).

Az egészségismeretek készséggé válását, más szóval az egészségműveltséget, egészségértést egyelőre nem mérjük, mert ehhez eszközünk sincs. Történt ugyan néhány mérés, de ezek egyike sem alkalmas az általános, vagy a tudományos igényű reprezentatív mérésre. A szege-di próba-mérés példamutató volt [29], bizonyára ehhez hasonlóan kellene fejleszteni, kifejleszteni egy általánosan használható mérőeszközt, míg a nemzetközi kérdőív hazai adaptációja [30] inkább arra mutat rá, hogy – a legjobb nemzetközi törekvésekkel egyetértve – magunk készítsünk inkább magyar mérőeszközt. A HBSC részét képező egészségértést mérő kérdéssort [31] nem tartom elég informatívnak, elég gyakorlatiasnak. A hiányzó mérőeszköz köznevelési ágazattal együttműködésben történő elkészítése még előttünk álló feladat, melyben véleményem szerint az orvostudományi egyetemeknek kellene vezető szerepet vállalniuk.

Az egészségmagatartás alakulását a HBSC [32] időszakosan ismétlődő országos reprezentatív kutatása vizsgálja, azonban az iskolák részére ösztönzőbb lenne, ha iskolánkénti alkalmazását tudnánk megoldani.

#### 4. Óvodák, kollégiumok eddig hiányzó segítése

A TIE ajánlásban szerepel, hogy az abban foglaltakat az óvodai, illetve a kollégiumi szintre „fordítsák le” ezen szinterek pedagógusai, hiszen az ő célcsoportjuk és viszonyaik mások – miközben az alapvető tennivalók ott is ugyanazok. Ezen túl azonban semmi külön szakmai segítséget nem nyújtott ezen pedagógusoknak sem az egészségügy, sem a köznevelés – ezen változtatni szükséges. Az egyes épületek és berendezések felújítása az egészségesebb környezet kialakítását is szolgálja, ami a TIE kiegészítő tevékenységeinek része [3].

#### 5. Elméleti terhelés

Tapasztalataim szerint a hazai pedagógus-társadalom gyermekekkel (tehát nem elmélettel) foglalkozó része konkrét gyakorlati tennivalókkal terhelhető. Meggyőződésem, hogy a TIE egészségfejlesztési alaptevékenységeinek egyre jobb végzése fontosabb, mint az elméleti-tudományos megközelítés alkalmazásaként pl. 200 kérdésből álló önértékelés kitöltése. A köznevelés irányítói is hasonlóan látják ezt, érthető módon. Ezért látom úgy, hogy a jövőben is úgy célszerű a TIE segítségét végezni, hogy annak gyakorlati kivitelezhetőségét a köznevelési vezetőkkel egyeztetjük.

Példa erre: az OH nem küldte ki néhány éve azt a kb. 200, majd rövidítve kb. 100 kérdésből álló kérdőívet az iskolaigazgatóknak, melyet az országos népegészségügyi szervezet készített, azonban 2016-ban szívesen kiküldte volna azt a 16 gyakorlatias kérdéssort, mely a TIE négy alapvető egészségfejlesztési tevékenységéről kérdezett. A kiküldés akadálya az volt, hogy az online formába öntés a népegészségügyi intézményrendszer akkori átalakítása miatt elmaradt. (Végül e rövid és gyakorlatias kérdőív kiegészítésével született meg a 2020-ban használt, az OH által minden iskolaigazgatónak kiküldött TIE online nyomonkövetési kérdőív [15].)

#### 6. Pedagógusok ösztönzése a TIE III. egészségfejlesztési alaptevékenységének egyre jobb megvalósítására

A TIE III. egészségfejlesztési alaptevékenységét a köznevelés saját projektjei és programjai széleskörűen támogatják. Mégis az a tapasztalat, hogy a pedagógusoknak sok kiváló, a lelki egészséget elősegítő pedagógiai módszert tanítanak a legkülönbözőbb Európai Unió

projekteken, azonban azt már nem ösztönzik pénzzel, hogy saját tantárgyának tanításakor a pedagógus dobja ki a régi módszereit és a régen elkészített tanóravázlatok helyett most csináljon és kezdjen használni újakat. Márpedig ez a csere nagyon nagy munka. Ezért mérnünk és eredményes alkalmazás esetén pénzzel elismernünk kellene a pedagógusok munkájának eredményességét a tanulók lelki egészségének fejlődése szempontjából is (tehát végre nemcsak a tanulmányi és sportversenyek eredményeinek, valamint különböző képzettségi-végzettségi papíroknak kellene latba esniük).

### 7. TIE-re történő felkészítés a pedagógusképzésben

A Magyar Rektori Konferencia Pedagógus Bizottságának elnöke 2022 nyarán levelet írt minden illetékes rektornak arról, hogy a TIE szerepel a pedagógusképzés kimeneti és képzési követelményei közt, ezért a képzők képzésének megszervezése várható, amennyiben részletes információk lesznek, azokat megosztja a rektorokkal. Időközben elindult a Népegészségügyi Stratégia 2017-ben készült első változatának felújítása, s ebben a javasolt beavatkozások közt szerepel a képzők felkészítése a TIE témára. Így várható, hogy megfelelő egyetemi színvonalú tananyag és felkészítés tud majd megvalósulni.

### 8. Létező jó történések „sztárolása”

Számos kiváló projekt és kezdeményezés, történet valósul, illetve valósult meg úgy, hogy a laikus közönség, de még az egészségfejlesztéssel foglalkozók sem értesültek a kitűnő eredményekről. Ezen változtatni lenne szükséges. A kommunikáció javításába beleértendőnek tartom azt is, hogy a társadalom egésze (köztük a szülők és pedagógusok) előtt hozzuk divatba, „sztároljuk” a jó kezdeményezéseket.

Például szolgálhat a Komplex Alapprogram nevű köznevelési projekt esete, melynek célja a köznevelés módszertani megújítása, központban a tanulók komplex személyiség-fejlesztésével, társas kapcsolati készségeik javításával [16]. A projekt mérésekkel kiválóan adatolt kitűnő hatásai és 1500 iskolában történt megvalósulása ellenére lényegében ismeretlen maradt mind a szakmai, mind a laikus társadalom előtt. Pedig nemhogy tudnunk, hanem minden létező eszközzel felhangosítanunk kellene ezt az eredményt: a szülők vágyódnának arra, hogy a gyerekeik ilyen iskolában tanulhassanak. Vagyis váljon divattá az így működő iskola, az így megvalósuló tanulás-szervezés.

### 9. Korábbi segítő projektek eredményei elérhetőségének folyamatos biztosítása

A TIE-t segítő mindegyik nagy projektre igaz, hogy számos kiváló elméleti és gyakorlati anyag, segítség készült el, azonban több projekt esetében ezek elérhetősége a honlapokon részben vagy egészben megszűnt. Külön kiemelendő az EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 Népegészségügyi ellátórendszer és szolgáltatások fejlesztése alprojekt „A/III” munkacsoportja által megvalósított projekt, melyben tanóravázlatokig és tanulói eszközökig terjedő kitűnő anyagok készültek el a pedagógusok munkájának segítésére [17] – de sajnos e projekt linkjén sem található meg minden eredmény.

### 10. Köznevelési vezetők TIE-értése

A köznevelés irányítói 2010 óta kitűnően értik a TIE-t, amit jól fémjелеz az, hogy nem elégedtek meg csupán TIE-projektek létrehozásával, hanem minden köznevelési intézmény részére előírásá tették: hiszen számukra is egyértelmű, hogy abban minden tanulónak részvételnie kell, nemcsak azon szerencséseknek, akiknek az iskolája egészségfejlesztővé válik. Azt is jól látják, hogy a TIE végzésében minden iskolát kell segíteni, nem pedig néhány kiemelt, jó iskolát, ahogyan azt is, hogy az egészségfejlesztő iskolák részére valamilyen díj létrehozása fölösleges, hiszen pl. az öko-iskolák elismerési rendszere nem vezetett el oda, hogy minden iskola ökoiskola legyen, pedig ez lenne a kívánatos.

### 11. Következetesség a TIE elnevezéssel kapcsolatban

Mivel nagy érték, hogy a köznevelés irányítói már kiválóan értik a TIE-t, ezért fontos, hogy indokolatlanul ne változtatgassuk az elnevezését. Példa ezzel kapcsolatban, hogy volt olyan év, amikor az egészségügyi államtitkárságon a TIE helyett a KIE elnevezést kezdték használni (komplex iskolai egészségfejlesztés), mert azt óhajtották elérni, hogy jobb helyi ágazatközi együttműködés révén az iskolát jobban támogató környezet jöjjön létre, ezt értették a komplex szón. Végül ez a névváltoztatási törekvés szerencsére elhalt. Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy az iskolát jobban támogató környezet kialakításának segítése igen fontos ágazatközi feladat országosan is, de főleg helyi szinten.

## 12. „Egészségfejlesztő iskola” kifejezés használata

Gyakran fordul elő, hogy a nemzetközi szakirodalomnak megfelelni akarva nálunk is egészségfejlesztő iskolának neveznek egyes iskolákat azok, akik egyébként segíteni kívánják őket. Ez a hazai helyzet helytelen értékelését mutatja: mivel nálunk előírás a TIE, így mindegyik iskola egészségfejlesztő iskola. A TIE az „egészségfejlesztés magyar megnevezése (ld. TIE ajánlás [3]), a négy egészségfejlesztési alaptevékenységnek az iskola mindennapi életében történő megvalósítása, valamint a TIE ajánlásban közzétett kiegészítő tennivalók magukban foglalják mindazt, ami az egészségfejlesztő iskola ismérve.

### A TELJESKÖRŰ INTÉZMÉNYI EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS (TIE) A NEMZETKÖZI SZAKMAI TÖREKVÉSEK TÜKRÉBEN

A TIE tervezésekor a hazai és nemzetközi szakirodalmat, illetve tapasztalatokat vettük alapul, aminek lényege az volt, hogy nem elég egy-egy egészségfejlesztési akció vagy program valamelyik egészség-probléma csökkentésére, hanem az egészségfejlesztésnek minden fő egészség-kockázati tényezőre hatnia kell és intézményesülnie szükséges. A nemzetközi szinten ennek ellenére ritkaságnak számít a hazai út: mi a TIE kötelezővé tételével biztosítottuk a teljeskörű egészségfejlesztés intézményesülését. Az utóbbi évek nemzetközi szakmai törekvései közül kiemelkedőnek tartom, hogy – ahogyan pl. az International School Health Network (ISHN) 2018-ban született tervezete és az azóta születő újabb anyagai mutatják – az UNESCO és más nemzetközi szereplők is azt igyekeznek elérni, hogy az iskolai egészségfejlesztés ne versenytársa legyen más, a társadalom jövője szempontjából hasonlóan fontos törekvések iskolai megvalósításának, hanem ezeket a törekvéseket mindet foglalják magukban az iskolák jobbítását célzó nemzeti fejlesztések [33]. A SHE 2019-es Moszkvai nyilatkozata is hangsúlyozza, hogy az iskolai egészségfejlesztés céljai és tevékenységei azonosak a fenntartható fejlődésért, a környezet- és klímavédelemért szükségesekkel [34].

Az EVSZ és az UNESCO közösen készítette és tette közzé 2021-ben az egészségfejlesztő iskolák globális standardjait és indikátorait [11], hogy ezzel is elősegítse vi-

lágyszerbe az egészségfejlesztő iskolák elterjedését. Az EVSZ-UNESCO megközelítésében a cél az, hogy minden iskola egészségfejlesztő iskola legyen, ahogyan a SHE deklarált célja is ez [5]. Mindegyikük anyagaiban, javasla- taiban alapvető az is, hogy az országos, illetve a regionális, helyi politika elkötelezett legyen az ügy iránt. A globális standardok hazánkban teljesülnek azáltal, hogy tartalmuk az iskolák részére előírás, illetve elvárás.

Nálunk más nehézségen kell úrrá lennünk: minden eszközzel és módon segítenünk kell a pedagógusokat a TIE mind a négy egészségfejlesztési alaptevékenysége egyre jobb végzésében, ahogyan erre a TIE országos online nyomonkövetése és más, fentebb felsorolt mérések is rámutatnak. Szükség lenne mind a négy tevékenységben az elért eredmények iskolánkénti ösztönző mérésére: javuló eredmények esetén a tantestület egésze kapjon több fizetést.

### IRODALOM

1. A nemzeti köznevelésről szóló, 2011. évi CXC törvény ([www.net.jogtar.hu](http://www.net.jogtar.hu))
2. Somhegyi A: A népegészségügyi szakemberek és intézmények feladatai a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés szakmai segítségével. *Népegészségügy* 96:69-76, 2018
3. Az egészség a TIE-d is! A teljeskörű iskolai egészségfejlesztés tevékenységei. Ajánlás a pedagógusok részére. <https://egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-min-dennapokban.html>
4. A TIE rövid összefoglalása. <https://egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-min-dennapokban.html>
5. Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE) honlapja <https://www.schoolsforhealth.org/>
6. SHE mapping report. Lessons learnt from policies and practices of SHE member countries (2019) <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/she-mapping-report-final.pdf>
7. SHE School Manual 2.0 (2019) [https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/health-promoting-school/she\\_school\\_manual\\_2.0.pdf](https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/health-promoting-school/she_school_manual_2.0.pdf)
8. SHE monitoring report 2020: Country-specific results of Hungary <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/mapping/hungary-monitoring-2020.pdf>
9. SHE: European Standards and Indicators for Health Promoting Schools 2.0 (2021) [https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/standards\\_and\\_indicators\\_2.pdf](https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/standards_and_indicators_2.pdf)
10. EIE Iskolai kézikönyv 2.0 (2019) <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/health-promoting-school/hungarian-she-school-manual2-0.pdf>

11. WHO/UNESCO: *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems*. Genf, Licence: CC BY\_NC\_SA 3.0 IGO., 2021
12. Az OGYÉI egészséges közétkeztetést és az egészséges táplálkozást segítő iskolai programja: <https://merokanal.hu/egeszsegorzoiskola/>
13. Kaj, M., Hernádi, Á., Király, A. és mtsai: *Kutatási eredmények a NETFIT 2015-2019 közötti országos mérései alapján a mindennapos testnevelés bevezetésével összefüggésben*. Magyar Diáksport Szövetség, Budapest, 2021
14. A nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról szóló 20/2012 (VIII. 31.) EMMI rendelet 129-131. §.
15. A TIE országos online nyomonkövetési kérdőívét kiküldő államtitkári levél és két melléklete <https://egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-min dennapokban.html>
16. A köznevelés módszertani megújítása a végzettség nélküli iskolaelhagyás csökkentése céljából. EFOP-3.1.2-16-2016-00001 <https://www.oktatas.hu/kozneveles/projektek/efop312> <https://www.komplexalaprogram.hu/>
17. EFOP-1.8.0-VEKOP-17-2017-00001 projekt népegészségügyi alprojekt AIII. része <https://efop180.antsz.hu/jatszoter/>
18. „Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja” (MÁESZ): *Egészség könyv 2019 / Általános iskolásoknak*. Szentendre, 2019
19. „Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja” (MÁESZ): *Egészség könyv 2019 / Középiskolásoknak*. Szentendre, 2019
20. Pipicz, M., Terebessy, A., Vitrai, J. (szerk.): *Útmutató a gyermekek egészségének javítására megalakuló partneri együttműködés számára*. Nemzeti Egészségmegőrző Központ, Budapest, 2021
21. 63/2021. (XII.29.) ITM rendelet a pedagógusképzés képzési terület egyes szakjainak képzési és kimeneti követelményeiről. 1. melléklet, 4.: Óvodapedagógus alapképzés szak, 1. melléklet. 6.: Tanító alapképzés szak.
22. 64/2021. (XII.29.) ITM rendelet a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I.30.) EMMI rendelet, valamint egyes kapcsolódó miniszteri rendeletek módosításáról
23. Somhegyi, A.: *Daily physical education as part of holistic health promotion in Hungarian schools*. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) „wiki”-honlapja, 2021 [https://oshwiki.eu/wiki/Daily\\_physical\\_education\\_as\\_part\\_of\\_holistic\\_health\\_promotion\\_in\\_Hungarian\\_schools](https://oshwiki.eu/wiki/Daily_physical_education_as_part_of_holistic_health_promotion_in_Hungarian_schools)
24. Somhegyi, A.: *Posture correction as part of holistic health promotion in Hungarian schools*. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) honlapja, 2022 <https://healthy-workplaces.eu/en/media-centre/news/four-countries-share-practical-ways-increase-physical-activity-schools-reducing-musculoskeletal-risks-future-workers> <https://healthy-workplaces.eu/en/publications/better-schools-promoting-musculoskeletal-health> (40, 41. oldal)
25. Somhegyi, A.: *Holistic health promotion (HHP) in Hungarian schools*. European Network Education and Training in Occupational Safety and Health (ENETOSH), Newsletter, 2021
26. WHO on musculoskeletal conditions, 14. July 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions>
27. Somhegyi, A.: *Az iskolai székek gerincvédő képességének javítása*. Országos Gerincgyógyászati Központ honlapja, 2019 <https://ogk.hu/tevekenyseg/prevencio/gerincbetegsegek-megelozese/iskolai-szekek-javitasa>
28. Somhegyi, A.: *Recenzió. Népegészségügy*, 98:225-227, 2021
29. Nagy, L., Korom, E., Hódi, Á., B. Németh, M.: *Az egészségműveltség online mérése*. In: Csapó, B. és Zsolnai, A. (szerk.): *Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában*. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Budapest, 147-177, 2015
30. Horváth, C., Csányi, T., Révész, L.: *Serdülők egészségműveltségét mérő kérdőív hazai adaptációja*. *Egészségfejlesztés*, 62 (4), 2021
31. Pakkari, L., Inchley, J., Schulz, A. et al: *Addressing health literacy in schools in the WHO European Region*. *Public Health Panorama*, Vol 5, 2-3: 186-190, 2019
32. „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása (HBSC)” nemzetközi kutatás <https://hbsc.ppk.elte.hu/content/publikaciok.t.24637?m=7143>
33. *A new paradigm for school health promotion in the 21st century*. Draft, International School Health Network (ISHN), Draft, 18.01.2018 <https://drive.google.com/file/d/0B76Y7Zl6A-eBa3VVQTlEZFJfVjA/view>
34. *The Moscow Statement on Health Promoting Schools: Health, wellbeing and education: building a sustainable future*. The 5th European conference on health promoting schools, Moscow, 2019 <https://www.schoolsforhealth.org/resources/conference-statements/moscow-statement>

TARKÓ KLÁRA<sup>1,2</sup>  
LIPPAI LÁSZLÓ LAJOS<sup>1,2</sup>

## Iskolai egészségfejlesztő szakemberképzés az 1990-es évektől napjainkig

### Education of school health promotion professionals from the 1990s to the present

<sup>1</sup> Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézet  
6725 Szeged, Boldogasszony sgt. 6. – Tel.: (62) 544 737 – E-mail: tarko.klara@szte.hu

<sup>2</sup> MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport

**Összefoglalás:** Az Egészségügyi Világszervezet globális egészségfejlesztő iskolai standardjaival összhangban, a teljeskörű intézményi/iskolai egészségfejlesztési feladatok és a nemzeti alaptanterv által megfogalmazott egészségnevelési célok megvalósítására az iskolai szinten a célzottan e feladatok ellátására felkészített szaktanárok lennének leginkább hivatottak. A szerzők áttekintik az iskolai egészségfejlesztési feladatok ellátására felkészített szaktanárok képzésére szolgáló felsőoktatási programokat az 1990-es évektől napjainkig, ismertetik a képzések sajátosságait, valamint megnevezik azokat a magyarországi egyetemeket, amelyek e szakemberek képzése folyt. A szerzők rámutatnak továbbá arra, hogy mára a tanárképzésről rendelkező kormányrendeletből kikerült a pedagógiában és az egészségfejlesztésben is egyaránt jártas egészségfejlesztő szakemberek képzése, amely ellenében hat a hatályos Nemzeti alaptanterv (2020) és a teljeskörű intézményi/iskolai egészségfejlesztés törekvéseinek.

**Kulcsszavak:** egészség-tanár, egészségfejlesztés tanár, intézményi/iskolai egészségfejlesztés

**Summary:** In line with the World Health Organization global standards for health promoting schools, teachers who are specifically trained to carry out these tasks would be best placed to implement the full range of institutional/school health promotion tasks and health education objectives set out in the national core curriculum. The authors provide an overview of the excellent higher education programmes for the training of school health promotion teachers from the 1990s to the present, describe the specific features of the training programmes and identify the universities in Hungary that have trained these professionals. The authors also point out that the training of health promotion professionals, who are skilled in both pedagogy and health promotion, has now been removed from the governmental decree on teacher training, which runs counter to the current National Core Curriculum (2020) and the drive for comprehensive institutional/school health promotion.

**Keywords:** health sciences teacher, health promotion teacher, comprehensive institutional/school health promotion

## BEVEZETÉS

Az Egészségügyi Világszervezet (EVSz) az egészségfejlesztő iskola fogalma alatt azt az egész iskolára kiterjedő, folyamatos szervezeti törekvést érti, mely révén az iskola biztonságosabb és egészségesebb színtérre válhat. Az egészségfejlesztő iskola magában foglalja az egészségnevelést is, ami alatt az egészséges életmódhoz, az egészség kockázatokhoz, és az egészségműveltséghez kapcsolódó tudást közvetítő tanulási tapasztala-

latok rendszerét értjük. Az egészségnevelésben megfogalmazódó individuális tanulási eredmények mellett azonban az iskolai egészségfejlesztés az olyan szervezeti körülmények, folyamatok és szokások kialakítására is kiterjed, amelyek biztosítják a holisztikus értelemben vett egészséget és jóllétet a teljes iskolai közösség számára [1, 2, 3].

A magyar Nemzeti alaptanterveket (NAT) 1995-től 2020-ig vizsgálva azt láthatjuk, hogy az 1995-ben, a 2003-ban, a 2007-ben és a 2012-ben kiadott Nemzeti alap-

tantervekben az egészségfejlesztés a biológia és egészségfejlesztés műveltségi terület keretében jelent meg önálló óraszámmal, egészségtan tantárgy néven, 6. és 8. osztályban. Emellett a testnevelés és sport, valamint az életvitel és gyakorlat műveltségi területek foglalkoztak érintőlegesen a kérdéssel. A 2018-as tervezetben és a jelenleg hatályos 2020-as Nemzeti alaptantervben az egészséggel kapcsolatos ismeretek a biológia, testnevelés és egészségfejlesztés, technika és életvitel, fizika, kémia, állampolgári ismeretek, etika/hit és erkölcs tanulási területek keretében jelennek meg [4, 5]. Az elvi hangsúly nagy, a tényleges megvalósulás a kerettanterveket áttanulmányozva kevés [6]. A Testnevelés kerettanterveket áttekintve elvi szinten hangsúlyos a testnevelés tantárgy hozzájárulása az egészséges testi fejlődéshez, egészségfejlesztéshez, ám a megjelölt témakörök már csak a testi fejlődést helyezik előtérbe, a komplex, holisztikus egészségfogalomnak megfelelő mentális, érzelmi, spirituális, társas és társadalmi összetevők hiányoznak. Mindez nem meglepő, hiszen a 8/2013. (I. 30.) Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) rendelet a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről általános tanári kompetenciaként, tudáselemként kezeli a teljes körű egészségfejlesztés módszereinek ismeretét, képesség, attitűd, felelősség/autonómia szinten már nem jelzi azt, a tanárképzés pedig nem készíti fel a tanárokat erre a feladatra [7]. A testnevelés és egészségfejlesztés tanulási terület feladatainak ellátására hivatott testnevelő tanár osztatlan tanárszak képzési és kimeneti követelményeiben pusztán annyi szerepel, hogy képes az egészségfejlesztésre, elkötelezett iránta, ismeri a terminológiáját, ismeri a vonatkozó kerettantervet, tanórai, tanórán kívüli és az iskolán kívüli lehetőségeit, színtereit és felelősséget vállal érte.

Magyarországon a 20/2012 (VIII. 31.) EMMI rendelet X. fejezete [8] előírja, hogy a tanulók egészsége és biztonsága kapcsán az óvodáknak, iskoláknak és kollégiumoknak olyan pedagógiai programmal kell rendelkezniük, melynek részét képezi a teljeskörű intézményi/iskolai egészségfejlesztés.

Megítélésünk szerint, összhangban az EVSz globális egészségfejlesztő iskolai standardjaival [1], az egészségfejlesztési feladatok megvalósítására az iskolai szinten a célzottan e feladatok ellátására felkészített szaktanárok lennének leginkább hivatottak. Benkő Zsuzsanna 2011-ben megjelent írásában az alábbiakban foglalja össze az akkor még egészségtan-tanár elnevezéssel képzett iskolai egészségfejlesztő szakemberek kompe-

tenciáit: „Az egészségtan-tanár a teljes iskolában gondolkodik és cselekszik az egészség értékei, tevékenységei mentén (egészségfejlesztő iskola). Egyedül képes az egészségtan tantárgy egészségfejlesztő szemléletű tanítására. Emellett tudása, módszertani felkészültsége jól hasznosítható tematikus egészségfejlesztő osztályfőnöki órák tartására, szakkörök vezetésére, iskolai egészségterv, projekt készítésére, koordinálására, motivált pedagógus kollégák bevonására. Az egészségfejlesztő iskola – e szakemberek vezetésével – integrálja a szülőket, az iskola többi pedagógusát, az iskolával kapcsolatban álló más szakembereket, intézményeket (családsegítő, nevelési tanácsadó, pályaválasztási tanácsadó, drogambulancia, gyermekvédelem, gyámügy stb.). Az egészségtanár képes az iskola szereplői számára egyéni és csoportos életmódtanácsadásra, konfliktusok kezelésére.” [9]

Annak ellenére, hogy az iskolai egészségfejlesztés feladataira felkészített tanárok képzése az 1990-es évektől kezdve több szinten és helyszínen [pl. 9, 10], folyik Magyarországon, e pedagógus szakembergárda „helyzetbe hozására”, fejlesztésére a teljeskörű intézményi/iskolai egészségfejlesztésben kísérlet sem történik. A jelen írásunkban a célzott szaktanárképzést tekintjük át, azonban megjegyezzük, hogy a már pedagógus végzettséggel rendelkező szakemberek szakirányú továbbképzések és pedagógus szakvizsga programok, valamint pedagógus továbbképzések formájában is szert tehetnek egészségfejlesztő kompetenciákra [9, 11, 12, 13, 14, 15].

## TANÁRKÉPZÉS

A magyarországi tanárképzés rendszere folyamatosan változik, így nem meglepő, hogy ennek megfelelően az iskolai egészségfejlesztésre képzett tanárok képe- sítése is először osztatlan, majd 2006-tól osztott, majd 2012 óta ismét osztatlan formában történik.

## FŐISKOLAI ÉS EGYETEMI SZINTŰ EGÉSZSÉGTANTANÁR SZAK – OSZTATLAN TANÁRKÉPZÉS

A Kormány a felsőoktatásról szóló 1993. évi LXXX. törvény 72. §-ának d) pontjában foglalt felhatalmazás alapján rendelte el a főiskolai és az egyetemi szintű egészségtanár szakokon szakképzettség megszerzésének

lehetőségét [16], melynek nyomán a Kormány 160/1997. (IX. 26.) sz. rendeletének 1. és 2. sz. melléklete tartalmazza a fenti két szak képesítési követelményeit [17].

A kétszintű egészségтанári szakképzés céljában megfogalmazottak szinte kizárólag célcsoportjukban – főiskolai szintű: 5–10. évfolyam, egyetemi szintű: 5–12. (13.) évfolyam – térnek el, minden másban egységes célokat fogalmaznak meg. Az alábbi ismertetésben az egyetemi szintű képzésre vonatkozó információkat ferdén szedve jelöljük.

„Olyan tanárok képzése, akik

- a testi, lelki, szociális egészség fogalomra alapozott egészségtani, egészségmegőrző és mentálhigiénés ismeretekkel rendelkeznek;
- felkészültek arra, hogy a hazai általános képzést folytató oktatási-nevelési intézményekben az 5–10.

évfolyamokon (5–12. (13.)), valamint a szakképzésben és az iskolarendszeren kívüli képzésben szakképzettségüknek megfelelően tanári oktató-nevelő munkát végezzenek;

- akik az egészséges életmódot, a test- és egészségkultúrát modellként alkalmazzák és közvetítik, illetve egészségügyi és egészségpedagógiai szakismereteik rendszerezésével és alkalmazásával képesek a mentálhigiénés szemlélet kialakítására, tudományterületük alkotó művelésére és továbbfejlesztésre (és eredményeik közlésére).” [17]

A következőkben táblázatos formában vetjük össze az egészségtanár képzés két szintjének képzési és kimeneti követelményekben megfogalmazott jellemzőit annak illusztrálására, hogy a jogalkotók milyen további ismeretek meglétét írták elő az egyetemi szinten kép-

I. táblázat  
A főiskolai és az egyetemi szintű egészségtanár szak képzési és kimeneteli követelményekben megfogalmazott jellemzőinek összevetése

	Főiskolai szintű képzés	Egyetemi szintű képzés
Oklevélben szereplő szakképzettség	egészségtanár	okleveles egészségtanár
Képzési idő	8 félév, legalább 2 300 tanóra	10 félév, legalább 2 600 tanóra
Általánosan művelő, értelmiségképző terület	filozófia, etika, szociológia, számítástechnika, informatika, közgazdaságtan, politológia, logika	+ egyetememes művelődéstörténet, retorika
Alapozó elméleti képzési modul	medicinális alapismeretek (anatómia, élettan, biokémia, humán-genetika), egészségmegőrzés, biometria	+ egészségtudomány, kutatáselmélet, kutatómódszertan
Egészség-társadalom- környezet modul	egészségszociológia, bioetika, népegészségtan, családszociológia, addiktológia, környezetvédelem, szociálpolitika, egészségügyi jog, egészségbiztosítás-politika, kommunikáció, management	+ egészségügyi management
Lelki egészségvédelem modul	pszichológia, mentálhigiéné, konfliktuskezelési és kommunikációs készségfejlesztés, személyiségfejlesztés	+ egészségpszichológia
Prevenció és rehabilitáció modul	egészségnevelés módszertana, krónikus betegségek megelőzése és házi ápolása, balesetvédelem és elsősegélynyújtás, családtervezés és szexuális kultúra, rehabilitációs, gyógypedagógiai, gyógytestnevelési, természetgyógyászati alapismeretek, a relaxáció módszertani alapjai	+ a tanácsadás módszertani alapjai
Rekreációs modul	rekreáció elmélete és módszertana, kötelezően választható speciális kollégium valamely rekreációs tevékenység alapismereiből	
Elmélet és gyakorlat aránya a szakterületi képzésben	40%–60%	60%–40%
Tanári képesítés	a tanári képesítés követelményeiről szóló külön jogszabályban foglaltak az irányadók	
Kötelező szigorlatok	3 szigorlat: pszichológia, egészségpszichológia, népegészségtan	4 szigorlat: + egészségtudomány
További kötelező elemek	szakdolgozat, záróvizsga	

Forrás: [17] alapján saját szerkesztés



zódó szakemberek számára. Az egyetemi szintű képzés képzési moduljai tartalmazzák a főiskolai szintű képzés moduljainak minden követelményét és azokat egészítik ki, ezért az egyetemi szintű képzésnél + jellel kapcsolva csak a kiegészítéseket tüntetjük fel (I. táblázat).

A főiskolai és az egyetemi szintű egészség-tanár szakok képesítési követelményeiről szóló 160/1997. (IX. 26.) Korm. rendelet hatályát veszítette a 44/2002. (III. 21.) Korm. rendelet a testkulturális felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről című dokumentum [18] megjelenésével és hatályba lépésével. Az új rendelet értelmében a 2002–2003-as tanévtől kezdődően a testkulturális felsőoktatásban volt megszerezhető alapképzésben az egyetemi és főiskolai szintű egészség-tanár végzettség. A képzési idő a főiskolai képzésben 6 félévre és 2 250 tanóra (180 kredit), az egyetemi képzésben 8 félévre és 3 000 tanóra (240 kredit) csökkent. Egyebekben a képzések felépítése megmaradt, lényegi változás, hogy a testkulturális felsőoktatás alapképzési szakjainak általános képesítési követelményeit is szükséges volt figyelembe venni.

A II. táblázatban tüntettük fel a Felsőoktatási Információs Rendszer nyilvántartásában (FIRGráf) [19] szereplő adatok alapján azoknak a magyarországi felsőoktatási intézményeknek a listáját, amelyekben az egészség-tanár szakos képzés folyt, nappali és levelező munkarendben egyaránt, a hatályosság kezdetének és végének megjelenítésével (II. táblázat).

A II. táblázatból jól látszik, hogy egyedül a Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar,

Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézete és jogelődjei folytatott mindkét Kormányrendelet szerint főiskolai és egyetemi szintű egészség-tanár képzést. Ugyanitt volt az országban egyedül arra is lehetőség, hogy a már főiskolai végzettséget szerzett szakemberek 4 féléves, 120 kredites egészség-tanár kiegészítő képzésben vegyenek részt és megszerezzék az egyetemi szintű végzettséget is [20]. A Szegedi Tudományegyetemen összesen 887 fő szerzett főiskolai, vagy egyetemi, vagy kiegészítő képzésben egészség-tanár szakos végzettséget. A leggyakrabban választott szakpárok a testnevelés, a biológia, az informatikus könyvtáros, a magyar, az angol, a francia, a német, a gyógypedagógia, a tanító, a művelődésszervező, a számítástechnika és a kommunikáció voltak.

## EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS TANÁR – OSZTOTT TANÁRKÉPZÉS

A 289/2005. (XII. 22.) Korm. rendelet a felsőoktatási alap- és mesterképzésről, valamint a szakindítás eljárási rendjéről című dokumentum 3. sz. melléklete tartalmazza a tanári szakképzettséget adó mesterképzési szakon a ciklusokra bontott, osztott képzés alapképzési szakjaira épülően szerezhető első és második tanári szakképzettségeket [21]. Ebben a nevelés-oktatás testnevelés és sport területén megszerezhető első közismereti tanári szakképzettségként jelenik meg az egészségfejlesztés-tanár mesterszak. Ezzel a 160/1997. (IX. 26.)

II. táblázat

### Egészségtanár képzést folytatott magyarországi felsőoktatási intézmények

Intézmény	Főiskolai szintű	Egyetemi szintű
Szegedi Tudományegyetem (Szeged)	1993. 09. 01 – 2016. 08. 31.	1993. 09. 01 – 2016. 08. 31.
Berzsényi Dániel Főiskola (Szombathely)	2002. 08. 01 – 2007. 12. 31.	–
Berzsényi Dániel Tanárképző Főiskola (Szombathely)	2002. 08. 01 – 2007. 12. 31.	–
Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem (Budapest)	–	2014. 09. 01 – 2016. 08. 31.
Nyugat-magyarországi Egyetem (Szombathely)	2008. 01. 01 – 2016. 08. 31.	–
Pécsi Tudományegyetem (Pécs)	2002. 08. 01 – 2016. 08. 31.	–
Semmelweis Egyetem (Budapest)	–	1993. 09. 01 – 2014. 08. 31.
Soproni Egyetem (Szombathely)	2008. 01. 01 – 2016. 08. 31.	–

Korm. rendelet a főiskolai és az egyetemi szintű egészség-tanár szakok képesítési követelményeiről hatályát veszítette. Az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről kiadott 15/2006. (IV. 3.) Oktatási Minisztérium (OM) rendelet tartalmazza a mesterszintű, okleveles egészségfejlesztés-tanár szak-képzettséget adó, kétszakos képzésben végezhető 5 féléves, 150 kredites szak képzési és kimeneti követelményeit [22].

A tanári szak szakterületi általános ismereteken túl a következő sajátos ismeretkörök (szakterületi ismeretek) közvetítését írja elő a rendelet:

- Az egészségfejlesztés célja, fogalma, tárgya, értékei, az egészség (mint elméleti tudományág és gyakorlati diszciplína) oktatásának nemzetközi és hazai helyzete az iskolai és iskolán kívüli egészségfejlesztési foglalkozások sajátosságai, az egészséggel kapcsolatos döntések és kívánatos viselkedések, az egészségfejlesztés-tanár feladatai a tudatos egészségmagatartás kialakítása érdekében.
- Az iskola-egészségügy, az egészségnevelés, egészségfejlesztés, mentálhigiéné általános kérdései, a fogyatékkal élők, az idősek, a leszakadók, más kisebbségek, a hajléktalanok sajátos problémái, azok kezelési technikái, az egész életen át való tanulás és a rendszeres szabadidős aktivitás mentálhigiénés és makrotársadalmi hatásai, a munkahelyi egészségvédelem (work site health promotion) gazdasági és humán aspektusai, a tudományos kutatás, a terepen végezhető (tudományos) felmérések szabályai, azok eredményeinek felvilágosító és tudományos célú bemutatása.
- Az addiktológia, a drogprevenció, a magatartástudomány, a biológia, a pedagógia, a pszichológia, a sporttudomány, a szociológia, a szociális munka egészségre és egészségtudományra vonatkozó elmélete és gyakorlata, oktatási és kutatási módszerei, eredményei.

Szaktudományi ismeretek:

- A Nemzeti alaptantervben, az érettségi vizsgakövetelményekben, illetve a közoktatási törvényben az egészséges életmódra nevelés területére vonatkozó iskolai egészségfejlesztési, egészségnevelési, készségfejlesztési, mentálhigiénés preventív feladatok, követelmények és módszerek.
- A tanítási-tanulási folyamat sajátosságai a különböző típusú egészségfejlesztő foglalkozásokon a különböző korosztályok (óvodáskorúak, kisiskolások, általános és középiskolai tanulók, ifjú- és felnőtt

korúak) szerint, az egészségtanórán és a szakképzés alapozó szakmai tárgyaiban alkalmazható eljárások és módszerek, az elsősegélynyújtás gyakorlata és oktatási módszerei.

- A pozitív beállítódás, magatartás, a stabil és rugalmasan alkalmazkodó szokásrend megteremtésének módszertana.
- A dohányzással, az alkoholfogyasztással, a droghasználattal, a szexuális magatartással, a fizikai aktivitással, az obezitás megelőzésével, a védőeszközök használatával, a stresszel és más felmerülő egészségügyi kockázati tényezővel kapcsolatos ismeretek, a szükségletek felmérése, komplex iskolai preventív programok, projektek kialakítása, implementálása, a programok eredményességének értékelése, a szükséges szakterületek tanárainak vagy más szakemberek (pl. védőnő, iskolaorvos, iskola-pszichológus), valamint a szülők bevonásával kapcsolatos ismeretek.
- A helyes önismeretre való nevelés módszertana.
- A függőségekre NEM-et mondás gyakorlatának, a helyes döntések kialakításának módszertana.
- A balesetmentes társas együttélés, közlekedés gyakorlatai, a prevenció módszertana.
- A veszélyes anyagok, eszközök (petárda, tűzijáték, kisgépek stb.) épséget veszélyeztető használata megelőzéséhez szükséges módszerek.
- Az egészséges iskolai környezet kialakításához szükséges eljárások gyakorlata.

Sajátos kompetenciák:

- A személyes tanácsadásban, a kooperatív módszerek, a teammunka alkalmazásában való jártasság.
- Az egészségtábor, a felvilágosító és rekreációs csoportfoglalkozások szervezési, lebonyolítási feladatai, hagyományos és új módszerei.
- Elsősegélynyújtási rutinok (sebellátás, sérültekről való gondoskodás, újraélesztési technikák stb.) [22].

A III. táblázatban tüntettük fel azokat a magyarországi felsőoktatási intézményeket, amelyek a FIRGráf tanúsága szerint folytattak egészségfejlesztés-tanár mesterképzést [19]. A képzés nappali és levelező munkarendben egyaránt folyt, a meghirdetés kezdetét és végét is megjelöltük a táblázatban (III. táblázat).

A Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Környezeti Nevelés Intézete és jogelődjei az Egészségfejlesztés-tanár képzésben ugyancsak élen jártak [20]. A rendelkezésre álló 8 év alatt 109 fő szerzett egészségfejlesztés-tanár diplomát. A szakot a leggyakrabban a követ-

## III. táblázat

## Egészségfejlesztés-tanár mesterképzést folytatott magyarországi felsőoktatási intézmények

Intézmény	Meghirdetés kezdete és vége
Szegedi Tudományegyetem (Szeged)	2008. 08. 01 – 2016. 12. 31.
Nyugat-magyarországi Egyetem (Szombathely)	2008. 08. 01 – 2016. 12. 31.
Soproni Egyetem (Szombathely)	2008. 08. 01 – 2016. 12. 31.
Semmelweis Egyetem (Budapest)	2008. 08. 01 – 2014. 08. 31.
Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem (Budapest)	2014. 09. 01 – 2016. 12. 31.

kező tanárszakokkal párosításban végezték el: testnevelő-tanár, tanulási- és pálya-tanácsadási tanár, andragógus tanár, multikulturális nevelés tanára, minőségfejlesztés-tanár, könyvtárpedagógia-tanár, kollégiumi nevelőtanár, vizuális- és környezetkultúra-tanár, tantervfejlesztő tanár, pedagógiai értékelés és mérés tanára, magyartanár, biológiatanár.

### GYÓGYTESTNEVELŐ-EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ TANÁR, MAJD GYÓGYTESTNEVELŐ TANÁR – OSZTATLAN TANÁRKÉPZÉS

A 283/2012. (X. 4.) számú, a tanárképzés rendszeréről, a szakosodás rendjéről és a tanárszakok jegyzékéről című kormányrendelet értelmében az egészségfejlesztés területén szaktanári végzettség a továbbiakban a 4+1 éves gyógytestnevelő-egészségfejlesztő tanár szak elvégzésével szerezhető meg, mely szak csak a testnevelés tanár szakkal párosítható [23].

A tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet [7] tartalmazza a Gyógytestnevelő-egészségfejlesztő tanár osztatlan képzésben folytatandó szak képzési és kimeneti követelményeit. Tartalmában, követelményeiben a fenti komplex tanárszak egészségfejlesztésre vonatkozó követelményrendszer a korábbi egészségfejlesztés-tanár mesterszak továbbélése.

A NAT 2012 [24] koncepciója az egészségnevelési, egészségfejlesztési feladatokat önálló tantárgy helyett az egyes közismereti tantárgyak körébe utalta, melyben a testnevelés óráknak is kiemelt szerep jutott. Ugyancsak megszűnt a gyógytestnevelés, mint önálló tantárgy, így ezek a feladatok leginkább a testnevelő tanárok kompetenciakörét gazdagították. Továbbá a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés és a mindennapos testnevelés előírásával a közoktatási intézmények a gyógytestne-

velő-egészségfejlesztő tanár szakpárral rendelkező szakembereket tudták a legszélesebb körben hasznosítani.

A 283/2012. (X. 4.) Korm. rendelet a tanárképzés rendszeréről, a szakosodás rendjéről és a tanárszakok jegyzékéről 3. Záró rendelkezések 12. § (3) pontja értelmében „A felsőoktatási intézmény, a középiskolai tanárszakokat és az 1. melléklet szerinti – az angol nyelv és kultúra tanára, valamint a német és a nemzetiségi német nyelv és kultúra tanára tanárszakokon kívüli – nyelv és kultúra tanára szakokat kivéve, jogosulttá válik e rendeletben meghatározott osztatlan képzésben folyó tanárszakok szakindításának nyilvántartásba vételére, ha az adott közismereti tanárszakok vagy szakmai tanárszakok, szakirányok indítását osztatlan képzésben az Oktatási Hivatal korábban nyilvántartásba vette. Az intézményi bejelentés alapján az Oktatási Hivatal nyilvántartásba veszi az osztatlan képzést.” [23]

Automatikus indítással csak a Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem tudta indítani az új tanárszakot a 2013–2014-es tanévben, mivel egyedül ott volt jelen már osztatlan képzésben is mindkét szakterületi tanárképzés. Minden más képző intézmény esetében új akkreditációs eljárásra volt szükség (IV. táblázat) [19].

A Nyugat-magyarországi Egyetem (Szombathely) és a Soproni Egyetem (Szombathely) esetében a FIRGráf csak 2016. 08. 20–2017. 01. 31. időszakra szóló hatályosságot jelez, a meghirdetés kezdete és vége rubrikák üresek [19]. A Szegedi Tudományegyetem a szakot a jelen írásban nem részletezendő okok miatt nem tudta elindítani.

A Gyógytestnevelő-egészségfejlesztő tanár szak szinte csak egy képzési ciklust élt meg, nem sok évfolyam indulhatott el és újabb módosítás történt. A 283/2012. (X. 4.) Korm. rendelet a tanárképzés rendszeréről, a szakosodás rendjéről és a tanárszakok jegyzékéről című dokumentum 2021.IX.16.-ától hatályos módosított változata [23] a testnevelés és egészségfejlesztés tanulási területhez sorolva kizárólag a testnevelő tanárral pá-

## IV. táblázat

## Gyógytestnevelő-egészségfejlesztő osztatlan tanári képzést folytató magyarországi felsőoktatási intézmények

Intézmény	Meghirdetés kezdete és vége
Debreceni Egyetem	2019. 08. 01 – 2022. 06. 30.
Eötvös Loránd Tudományegyetem	2017. 08. 01 – 2022. 06. 30.
Testnevelési Egyetem (Budapest)	2017. 08. 01 – 2022. 06. 30.
Magyar Testnevelési és Sporttudományi Egyetem (Budapest)	2017. 08. 01 – 2022. 06. 30.

rosítva már csak Gyógytestnevelő tanár szakot határoz meg, ami azt jelenti, hogy 2022. 06. 30. után nem indítható a Testnevelő tanárral párosítható Gyógytestnevelő-egészségfejlesztő tanárszak, a felsőoktatásban néhány évig már csak a kifutó évfolyamok hallgatóival találkozhatunk, de utánpótlásképzés nem történik. Így eljutott a tanárképzés odáig, hogy amíg a NAT 2020 [25] nevesíti az egészségfejlesztést, a teljeskörű intézményi/iskolai egészségfejlesztést (TIE) a 20/2012. (VI-II. 31.) EMMI rendelet X. fejezete [8] előírja, addig a tanárképzésből teljesen kikerült a nevesítetlen egészségfejlesztő tanárok képzése.

## KÖVETKEZTETÉS

Az EVSZ [1] iskolai egészségfejlesztésre vonatkozó aktuális koncepciója a „Tegyünk minden iskolát egészségfejlesztő iskolává” címet viseli, ami egyúttal egy impozáns nemzetközi célkitűzést is képvisel: azt, hogy az egészségfejlesztő óvoda, iskola vagy kollégium nem egy speciális, „kísérleti” intézmény, hanem végső soron minden köznevelési intézménynek ilyené kellene válnia. Az iskolai egészségfejlesztés paradoxona az, hogy hiteles műveléséhez a pedagógiában és az egészségfejlesztésben is egyaránt jártas szakemberekre van szükség.

Hiába igaz az az állítás, hogy „A TIE 4 alaptevékenységének rendszeres, az iskola mindennapjaiba beépülő megvalósításában a pedagógusoké a fő szerep, hiszen ők foglalkoznak a tanulókkal nap mint nap.” [26]. Ha a pedagógusok az egészségfejlesztő szemléletmód értő ismerete nélkül kerülnek e helyzetekbe, akkor „csak” pedagógiai célkitűzéseik megvalósítására tudnak törekedni a továbbiakban is.

Másfelől, hiába igaz az az állítás, hogy „az iskolaegészségügy segítő szerepe elsődleges, hiszen rendszeresen jelen van az intézményben, ott jogszabály szerinti feladatokat végez, szakértelmével a tanulóknak és a pedagógusoknak is segíteni tud az egyes egészségs-

mereti témák feldolgozásában, miközben a tanulókkal is személyes kapcsolatban áll” [26]. E segítő szerep sajnos csak korlátozottan tud érvényesülni, mert az óvodai, iskolai és kollégiumi élet szervezeti és közösségi vonatkozásaira, valamint a pedagógus mesterség érték-közvetítő és nevelési aspektusaira az iskolaegészségügyi szakemberek munkája csak részben terjed ki, ezért rálátásuk is korlátozott ezekre a kérdésekre.

Egy kiképzett egészség-tanár/egészségfejlesztés-tanár a pedagógiában és az egészségfejlesztésben is egyaránt jártas szakember. Abban tudja segíteni pedagógus kollégáit, hogy azok felismerjék: az egészségfejlesztő iskolákban nem orvosná, nővérré, gyógyszerészé, dietetikussá vagy edzővé kell válniuk, „csupán” azt kell felismerniük, hogy pedagógusi tevékenységük és az iskolai miliő hogyan képes alakítani az egyes nemzedékek egészségmagatartását és egészségséelyeit.

Ezért gond, hogy maga a közoktatási rendszerünk is mostohán bánik a korábban már kiképzett egészség-tanár-egészségfejlesztés tanárokkal. Hová lett ez az elmúlt majd 30 évben kiképzett több ezer szakember és miért nem szervesültek az iskolákban?

Jelenleg így a teljeskörű intézményi/iskolai egészségfejlesztés iránt elkötelezett pedagógusok szakirányú továbbképzési szakok, pedagógus szakvizsga programok és pedagógus továbbképzések keretében kaphatnak e feladatok korszerű és szakszerű ellátására vonatkozó felkészítést [20, 27].

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

*A tanulmány elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-Fejlesztési Kutatási Programja támogatta.*

## IRODALOM

1. *Making every school a health-promoting school: global standards and indicators for health-promoting schools and systems.* Geneva: World Health Organization and the United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059> (accessed 30 Nov 2022)
2. Vilaça, T., Darlington, E., Velasco, M. J. M., Martinis, O., Masson, J.: *EIE ISKOLAI KÉZIKÖNYV 2.0 -Módszertani útmutató az egészségfejlesztő iskolává váláshoz, Egészséges Iskolák Európában Hálózat Alapítvány (EIE), Haderslev, Dánia.* 2019 <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/health-promoting-school/hungarian-she-school-manual2-0.pdf> (accessed 28 March 2023)
3. Járomi, É., Vitrai, J. *Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása, Egészségfejlesztés, LVIII(1): 36-48, 2017* [https://epa.oszk.hu/02900/02987/00005/pdf/EPA02987\\_egeszsegfejlesztes\\_2017\\_1\\_036-048.pdf](https://epa.oszk.hu/02900/02987/00005/pdf/EPA02987_egeszsegfejlesztes_2017_1_036-048.pdf) (accessed 28 March 2023)
4. Lipták, Z. M.; Tarkó, K.: *Hétköznapi egészségfogalom — Tévhitiek, naiv elméletek, mítoszok vagy laikus értelmezések, Magyar Pedagógia, 120(1): 33-46, 2020*
5. Lipták, Z., Tarkó, K.: *Az egészség megjelenése a Nemzeti Alaptantervekben (1995–2020).* In Molnár, Gy., Tóth, E. (szerk.): *A neveléstudomány válaszai a jövő kihívásaira: XXI. Országos Neveléstudományi Konferencia Szeged, 2021. november 18-20.: program, előadás összefoglalók.* MTA Pedagógiai Tudományos Bizottság, SZTE BTK Neveléstudományi Intézet. 265. 2021
6. Oktatási Hivatal: *A 2020-as NAT-hoz illeszkedő tartalmi szabályozók* [https://www.oktatas.hu/koznevel/kerettantervek/2020\\_nat](https://www.oktatas.hu/koznevel/kerettantervek/2020_nat) (accessed 25 Nov 2022)
7. 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet - a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1300008.emm> (accessed 25 Nov 2022)
8. 20/2012 (VIII. 31.) EMMI rendelet X. fejezet: *A gyermek, a tanuló egészségének, biztonságának védelmével kapcsolatos feladatok, a feladatokban közreműködőkre vonatkozó szabályok a nevelési-oktatási intézményben* <https://egeszseg.hu/teljeskoru-iskolai-egeszsegfejlesztes-a-min-dennapokban/20-2012-viii-31-emmi-rendelet-x-fejezete.html> (accessed 25 Nov 2022)
9. Benkő, Zs.: *Az egészségfejlesztő szakemberek a magyar közoktatásban. A felsőoktatás válasza. Egészségfejlesztés, 52(3): 21-26, 2011*
10. Pusztafalvi, H.: *Egészségtanár képzés a Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Karán* In: Kurucz, Rózsa (szerk.) *A pedagógusképzés évszázadai a Kárpát-medencében, Szekszárd, Magyarország: Pécsi Tudományegyetem Kultúrátudományi, Pedagógusképző és Vidékfejlesztési Kar, Pécs, 117-125., 2017*
11. Benkő, Zs., Lippai, L.: *Teljességigény egy egészségműhelyben. Egészségfejlesztő mentálhigiénikus képzési spektrum a szegedi egyetemen. Új Pedagógiai Szemle, 51(5): 36-53, 2001*
12. Benkő, Zs., Erdei, K.: *Egészségfejlesztés felsőfokon. Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged, 2003*
13. Benkő, Zs., Erdei, K.: *Az országos egészségfejlesztő mentálhigiénés felsőoktatási hálózat egy évtizedes tapasztalatai. Egészségfejlesztés, 46(1-2): 3-7, 2005*
14. Benkő, Zs.: *Egészségfejlesztés a közoktatásban és a tanárképzésben. Népegészségügy, 88(1): 37-42, 2010*
15. Tarkó, K.: *Egészségfejlesztés továbbra is felsőfokon* In Tarkó, K., Lippai, L. (szerk.): *„Gyümölcs? A fa beváltja azt, amit virágával ígért.”. Tanulmányok Benkő Zsuzsanna 60. születésnapjára. SZTE JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet, Szeged, 13-38, 2013*
16. 1993. évi LXXX. törvény a felsőoktatásról. <https://mkogy.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99300080.TV> (accessed 25 Nov 2022)
17. 160/1997. (IX. 26.) Korm. rendelet a főiskolai és az egyetemi szintű egészség-tanár szakok képesítési követelményeiről. <http://www.jogiportal.hu/index.php?id=qnresqdc4fhc3vua&state=20051230&menu=view> (accessed 25 Nov 2022)
18. 44/2002. (III. 21.) Korm. rendelet a testkulturális felsőoktatás alapképzési szakjainak képesítési követelményeiről. <http://jogszabalyfigyelo.hu/index.php?id=kf54wmu5kbbdzuup8&state=20051230&menu=view> (accessed 25 Nov 2022)
19. Felsőoktatási Információs Rendszer (FIRGráf), FIR Törzsadatok. <https://firgraf.oh.gov.hu/> (accessed 28 March 2023)
20. Benkő, Zs., Tarkó, K.: *Hagyomány és modernitás innovációja egy tradicionális felsőoktatási intézményben: 25 éves az Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet (2020. szeptember 1.). Egészségfejlesztés, 61(3): 29-38, 2020*
21. 289/2005. (XII. 22.) Korm. rendelet a felsőoktatási alap- és mesterképzésről, valamint a szakindítás eljárási rendjéről. [http://www.nefmi.gov.hu/letolt/felsoo/289\\_kormrend\\_bologna.pdf](http://www.nefmi.gov.hu/letolt/felsoo/289_kormrend_bologna.pdf) (accessed 25 Nov 2022)
22. 15/2006. (IV. 3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről. <https://njt.hu/jogszabaly/2006-15-20-45> (accessed 25 Nov 2022)
23. 283/2012. (X. 4.) Korm. rendelet a tanárképzés rendszeréről, a szakosodás rendjéről és a tanárszakok jegyzékéről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200283.kor> (accessed 25 Nov 2022)
24. 110/2012. (VI. 4.) Korm. rendelet a Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200110.kor> (accessed 30 Nov 2022)
25. A Kormány 5/2020. (I. 31.) Korm. rendelete a Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról szóló 110/2012. (VI. 4.) Korm. rendelet módosításáról. *Magyar Közlöny, 17: 290-446*
26. EMMI Egészségügyért Felelős Államtitkársága és EMMI Oktatásért Felelős Államtitkársága. *„Az egészség a TIED is!”*. A teljes körű iskolai egészségfejlesztés tevékenységei. Ajánlás a pedagógusok részére. <https://prodbhccmsblob.blob.core.windows.net/bhc/TIE/prevcio-tie-ajanlas.pdf> (accessed 8 Aug 2022) 2016
27. Benkő, Zs., Lippai, L., Tarkó, K. (szerk.): *Az egészség az életünk tartópillére: Egészségtanácsadási kézikönyv Szegedi Egyetemi Kiadó – Juhász Gyula Felsőoktatási Kiadó, Szeged, 2019*

BAGDI BELLA<sup>1,2</sup>  
NÓTIN ÁGNES<sup>1</sup>  
TÖRÖK REGINA<sup>1,2</sup>

## A Boldogságóra Programmal kapcsolatos pedagógusi tapasztalatok bemutatása

### Presenting teacher's experiences of the Happiness Program for preschool and school children

<sup>1</sup> *Jobb Veled a Világ Alapítvány – 1147 Budapest, Miskolci utca 56. fszt. 2. – E-mail: bella@jobbveledavilag.hu*

<sup>2</sup> *Eötvös Loránd Tudományegyetem Pszichológiai Doktori Iskola, Budapest*

#### Összefoglalás:

A Jobb Veled a Világ Alapítvány gondozásában indult el a boldogságórák fejlesztése az óvodás és iskolás korosztály számára. Tanulmányunkban röviden bemutatjuk e komplex egészségfejlesztő program elméleti hátterét, módszertanát és a megvalósítás során összegyűlt tapasztalatokat. Legfőbb célunk a gyerekek jólétének rendszerszintű támogatása, amely során a pozitív életszemléletet, a boldogságra való képességet fejlesztjük. A jelen tanulmány fókuszában a megvalósító pedagógusok által összegyűjtött tapasztalatok állnak. A boldogságórák a gyerekekre, a pedagógusokra és a közösségekre egyaránt pozitív hatást gyakorolnak, ami kiterjed az intézményi légkörre. A foglalkozások hatására fejlődnek az érzelmi és a társas kompetenciák, javul a stresszel való megküzdés képessége, és a pszichológiai jóllét.

**Kulcsszavak:** Boldogságóra Program, pozitív pszichológia, iskolai jóllét, tapasztalatok

**Summary:** The development of Happiness Program for preschool and school age groups was started under the auspices of the Jobb Veled a Világ Foundation. In our study, we briefly present the theoretical background and methodology of this complex health promotion program and the experiences gathered during its implementation. Our main goal is the systemic support of children's well-being, during which we develop a positive outlook on life and the ability to be happy. The focus of this study is on the experiences collected by the implementing teachers. The Happiness Program have a positive effect on children, teachers and communities alike, which extends to the institutional atmosphere. As a result of the sessions, emotional and social competences develop, the ability to cope with stress and psychological well-being improve.

**Keywords:** Happiness Program for preschool and school, positive psychology, school well-being, teacher's experiences

#### BEVEZETÉS

Gyerekkorban a testi és lelki egészség feltételeinek megteremtése elengedhetetlen része az optimális személyiségfejlődésnek, az alkalmazkodásnak és a teljesítőképesnek. Az egészségfejlesztés fontos színterének tekinthetjük az óvodát és az iskolát, hiszen a gyerekek szervezett keretek között, ott töltik az idejük legnagyobb részét. Az ott szerzett pozitív érzelmi tapasztalatok alapozzák meg a jóllétüket és a boldogság-szintjüket. Ahhoz, hogy jó élményeket szerezzenek, olyan eszközök és módszerek szükségesek, amelyeket a pedagógusok eredményesen tudnak alkalmazni a gyerekeknél [1].

A teljeskörű iskolai és intézményi egészségfejlesztés (TIE) olyan beavatkozási módokat foglal magában, amelyek hazánkban 2012 óta a köznevelésre vonatkozó jogszabályokban előírásként szerepelnek a gyerekek egészségének megőrzése és fejlesztése érdekében. Ennek része az egészséggel kapcsolatos ismeretek és készségek átadása, beleértve többek között a helyes táplálkozás, a mindennapi testnevelés és a betegségek megelőzésének témáját. A TIE kiemelt helyen kezeli a lelki egészséget fejlesztő pedagógiai módszereket és gyakorlatokat, köztük a művészetekkel való kapcsolatot is. Ennek szellemiségében mutatjuk be azokat a pozitív pedagógiai és pszichológiai szempontokat, amelyek az általunk

kidolgozott és működtetett Boldogságóra Program szakmai és módszertani hátterét nyújtja [2].

A boldogság elérésével a pszichológia tudományában szisztematikusan Martin Seligman foglalkozott először. Munkáiban azt hangsúlyozta, hogy a mentális nehézségek és betegségek kezelése mellett foglalkoznunk kell a jólléttel, a tartós boldogsággal és azok fokozásával [2]. Erről Sonja Lyubomirsky úgy vélekedik, hogy a boldogság nem más, mint az átélt öröm, továbbá az elégedettség vagy pozitív jóllét élménye, amely összekapcsolódik azzal az érzéssel, hogy az élet jó, értékes és értelmes [3]. Boldognak tekinthető az olyan ember, aki mentális és fizikai szinten egyaránt jól működik [4].

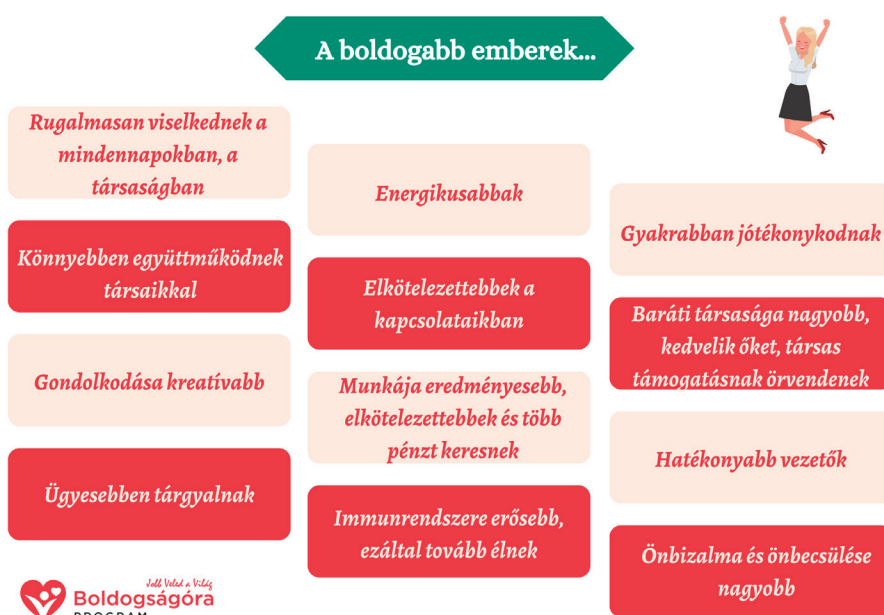
A mentális egészség fogalma összefonódik a pszichológiai, biológiai, spirituális és szociális jólléttel. Seligman egy későbbi munkájában kifejtette, hogy a jóllét túlmutat a boldogságon, mivel több összetevőből áll, amelyek a következők: a pozitív érzelmek, az elmélyülés, a kapcsolatok, az értelem és a teljesítmény [5]. Ebből kiindulva Vargha András és munkatársai szerint a jóllét a pozitív állapotok megélésének és fenntartásának a képességét jelenti, amelynek része a stresszel való hatékony megküzdés, a savoring, a reziliencia és a dinamikus önszabályozás [6].

Lyubomirsky [3] a boldogságot befolyásoló tényezőket három kategóriába sorolja. Az egyik a genetikai örökségünk, amely 50%-ban határozza meg, hogy mennyire vagyunk boldogok. A második csoportba az élet-

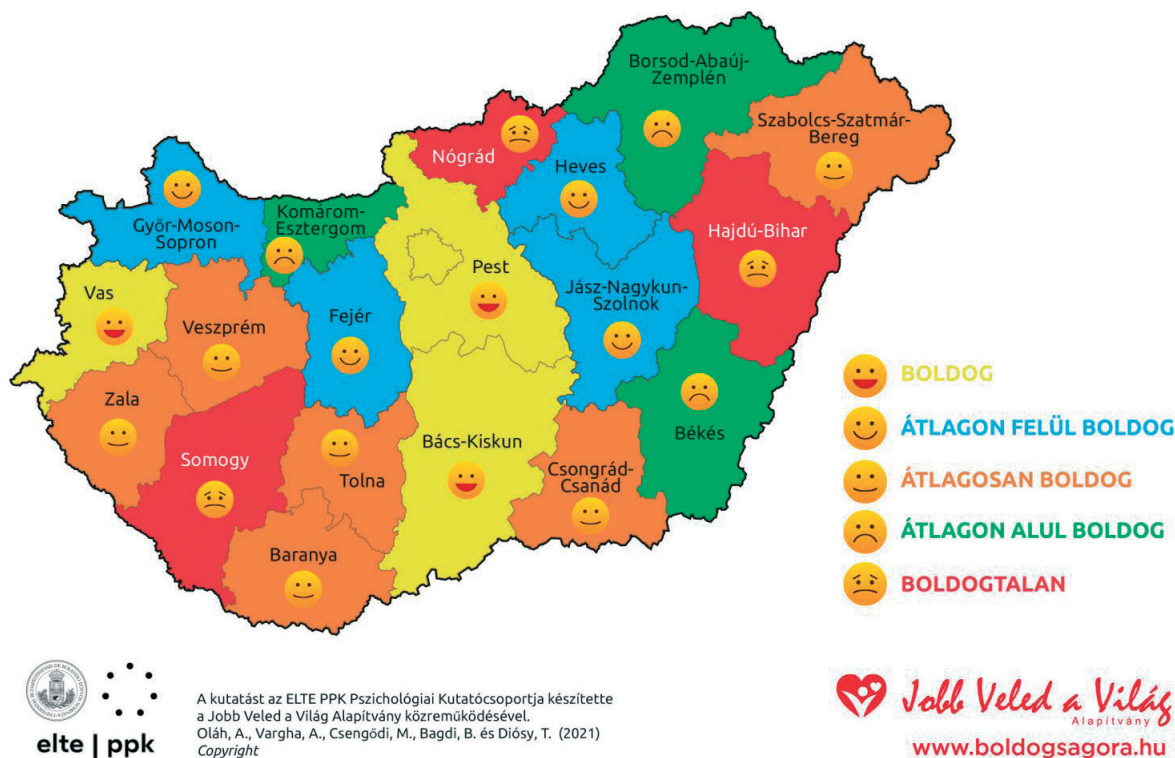
körülményeink tartoznak, amelyek 10%-ot fednek le (pl. kultúra, anyagi helyzet). A harmadik pedig mindaz, amit mi magunk tehetünk érte, ami 40%-ban járul hozzá a boldogságérzésünkhöz. Eszerint érdemes megkérdeznünk, hogy a jóllétünk érdekében tett lépéseket hogyan tudjuk megtanítani a gyerekeknek is (1. ábra).

Mint azt tudjuk, az egészséges emberek legfőbb jellemzői az öröme és az önkifejezésre való képesség, a boldogság és az élet értelmességének megélése [6]. A pszichológiai jóllét Carol Ryff [7] megfogalmazása szerint magában foglalja az önfogadást, az autonómia és a kontroll érzését, a másokkal való jó kapcsolatok ápolását, az életcélok megfogalmazását és a személyes fejlődés lehetőségét. Nemzetközi összehasonlításokban a magyar emberek élettel való elégedettsége kifejezetten alacsonynak számít. Az Eurostat felmérésében 32 ország közül Magyarország csupán Bulgáriát és Szerbiát előzte meg, és egy szinten volt Ciprussal és Görögországgal [8]. A Központi Statisztikai Hivatal friss adatbázisa szerint a tendencia megmaradt: 34 európai ország közül csak Bulgáriát, Görögországot, Észak-Macedóniát, Szerbiát és Törökországot előztük meg a rangsorban. Ezek az eredmények azt bizonyítják, hogy fontos foglalkozni a magyar emberek boldogságszintjének és jóllétének növelésével, a gazdasági helyzettől (jóléttől) függetlenül [9].

Az Eötvös Lóránd Tudományegyetem kutatócsoportja online felmérés keretein belül több alkalommal is el-



1. ábra  
A boldogság átélésének pozitív következményei  
Lyubomirsky „Hogyan legyünk boldogok” c. könyve alapján [3]



2. ábra

**Boldogságtérkép a magyar lakosság szubjektív jóllétének, mentális egészségének és pszichológiai immunitásának tükrében**

készítette Magyarország boldogságtérképét. Legutóbb 2020–2021-ben gyűjtöttek adatokat országszerte (2. ábra). Standard kérdőívekkel vizsgálták a magyar lakosság jóllét szintjét, mentális egészségét és pszichológiai immunitását. A legutóbbi adatfelvétel a COVID-19 világjárvány idején zajlott. A 18–25 éves korosztály értékei szignifikáns csökkenést mutattak a 2019-es eredményekhez képest.

Az óvodai és iskolai egészségfejlesztés szempontjából szükséges célzottan foglalkozni a gyerekek mentális jóllétével, fizikai egészségével, illetve rizikómagatartásával [10].

A tanulói jóllét és az iskolai jóllét fogalma elkülöníthető, hiszen azok két eltérő szintjét jelentik a gyerekek megéléseinek. A tanulói jóllét konstruktuma tágabb értelemben kezeli azokat a kognitív, pszichológiai, szociális, fizikai és anyagi tényezőket, amelyek meghatározzák a jóllét szintjét. Az iskolai jóllét multidimenzionális modellje pedig célzottan a tanulási környezetben releváns pszichológiai, szociális és kognitív jellemzőket vizsgálja [11].

A különböző egyéni és társas készségek fejlesztése révén erősödik a stresszel való aktív megküzdés képessége, a kihívások sikeres teljesítése, és az iskola és a ta-

nulás iránti érdeklődés [11–15]. Mindezek hozzájárulnak az önbecsülés növekedéséhez, a pozitív és optimista jövőkép kialakulásához, a belső kontroll érzéséhez és a pszichés egészség támogatásához. Ezáltal fokozódik az alkalmazkodóképesség, ami kapcsolódik az érzelmi intelligencia és az együttműködési készség fejlődéséhez, a sikerességhez és az étellel való elégedettséghez [11, 16]. Amennyiben magasabb az iskolai jóllét szintje, az arra utal, hogy a gyerekek tanulás és iskola iránt attitűdjei pozitívabbak, emellett motiváltabbak, nyitottabbak, optimista beállítódással rendelkeznek, és ritkábban jelennek meg a saját egészségüket veszélyeztető magatartásformák [12].

Akkor beszélhetünk szubjektív jóllétről, ha a pozitív érzelmek túlsúlyban vannak, gyakoribbak, dominánsabbak és tartósabbak a negatív érzelmekhez képest. Ennek eredményeként a tanulók kiegyensúlyozottabbak, könnyebben elérik a céljaikat, magasabb az étellel való elégedettségük, és a mindennapokban többször élnek át pozitív érzelmeket. Amennyiben magas a tanulók önértékelése, abban az esetben hatékonyabban meg tudnak küzdeni a stresszel és pozitívan alakul a mentális és fizikai egészségi állapotuk [17].



Tobia, Greci, Steca és Marzocchi [17] 3–8. osztályos gyerekeket vizsgálva (N=1038) megállapították, hogy a fiatalabb tanulók iskolai jólléte magasabb, mint az idősebbeké. Más kutatások is bizonyították, hogy az iskolába lépést követően az évek előrehaladtával folyamatosan csökken az iskolához való pozitív viszonyulás mértéke, miközben növekszik a szorongás és a félelem érzése a gyerekekben [18]. Ez a hatás serdülőkorra felerősödik és negatívan befolyásolja az iskolai jóllétet [17]. Felsősnél és a középiskolásoknál az érzelmek negatív színezetet kapnak: kiábrándultak, csalódottak, szomorúak és fáradtak [12].

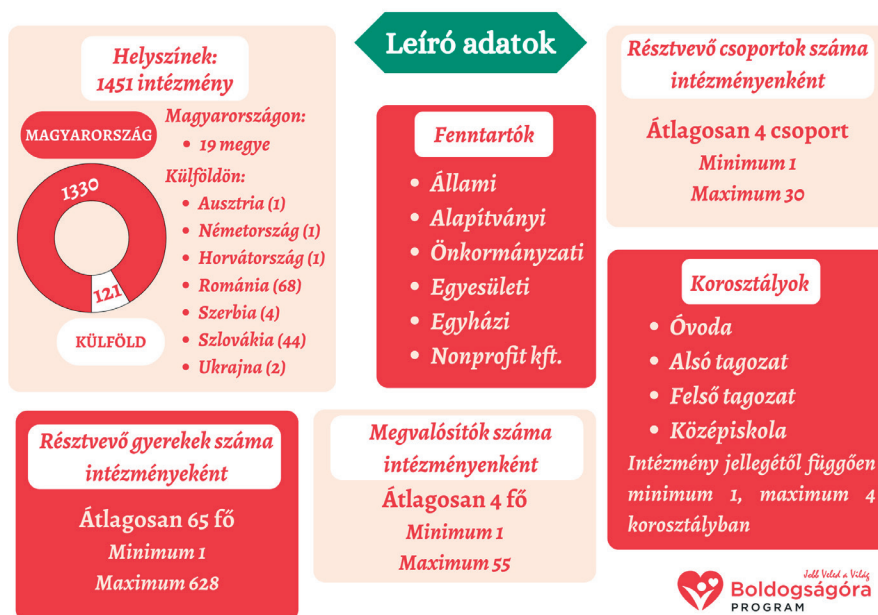
Zsolnai, Kinyó és Jámbori [19] szerint a 9–14 éves magyar gyerekek negatív módon gondolkodnak önmagukról, kevésbé kiegyensúlyozottak, megfontoltak és határozottak, és sokkal inkább a gyengeségeik mentén értékelik magukat, semmint az erősségeik tükrében. A 14–18 évesek alacsony önértékeléssel és konfliktusos kapcsolódással rendelkeznek; az pedig, hogy az önismertük milyen szinten áll, összefüggött a család szocio-ökonomiai státuszával.

Egy 2018-ban végzett vizsgálat során 9. évfolyamos diákok (N=164) iskolai jóllétének pozitív és negatív dimenzióit mérték fel. Azt találták, hogy azok a tanulók, akik pozitív önértékeléssel rendelkeztek szignifikánsan pozitívabb attitűdökkel fordultak az iskola felé, pozitívabb volt az iskolai énképük, kevesebb testi panaszról és kevesebb kortársakkal való konfliktusról számoltak

be, emellett kevésbé aggodalmaskodtak és jobb iskolai teljesítményt nyújtottak, mint a társaik. Ezzel szemben a negatív önértékelést mutató gyerekek szignifikánsan több testi panaszt, több konfliktust és erősebb aggodalmat éltek át az iskolában [18].

Józsa, Molnár és Zsolnai [20] szerint a különböző affektív tényezők, úgy mint az attitűdök, az érdeklődés, a motiváció és a társas viselkedés döntő szerepet játszanak a tanulmányi eredményességben. Az iskolai és osztálytermi légkör alakulásában ezeknek, illetve az érzelmszabályozási képességnek kiemelt szerep jut. Akik hatékonyan kezelik a stresszt, jobbak a társas kapcsolataik, szimpatikusabbnak tartják őket, jobb játszótársak, és az előforduló konfliktusokat is jobban oldják meg a társaiknál. Akik alacsonyabb szinten szabályozzák az érzelmeiket, náluk nagyobb valószínűséggel van jelen valamilyen problémás viselkedés (pl. zaklatás, agresszivitás stb.) [12].

Felmérések szerint az iskolában végzett fejlesztő célú beavatkozások pozitív eredményeket hoznak [10]: csökkentik a depressziós tüneteket, növelik az iskola iránti elköteleződést és fokozzák az erősségeket. A gyerekek érzelmi és társas kompetenciáinak fejlesztése akkor a leghatékonyabb, ha azt az óvodában és az iskolában a napi pedagógiai rutinba ágyazottan végzik a pedagógusok. Fontosak és szükségesek azok a programok, amelyek célzottan támogatják a pedagógusok ezen munkáját. Emellett fontos feladatuk a pozitív osztálytermi



3. ábra  
A Boldogságóra Programban résztvevő intézményekre, a megvalósítókra és a tanulói csoportokra vonatkozó leíró adatok (2022)

léggör kialakítása, amelyben az elfogadás, a támogatás és a feladatorientáltság dominál [19].

Jelen tanulmányunk legfőbb célkitűzése a boldogságóra program bemutatása és olyan tapasztalatok áttekintése, amelyet a boldogságórákat tartó pedagógusok gyűjtöttek az elmúlt években. Úgy véljük, hogy ezen keresztül tudjuk bemutatni azokat a pozitív hatásokat, amelyeket a programunk nyújthat az óvodás és iskoláskorú gyerekek mentális egészségének fejlesztése terén.

## A BOLDOGSÁGÓRA PROGRAM BEMUTATÁSA

Az elmúlt évtizedekben a gyerekek jóllétének szisztematikus támogatása céljából egyre több országban tartanak boldogságórákat, és ebbe az áramlatba csatlakoztunk be a saját programunkkal. Magyarországon a 2012-ben alapított Jobb Veled a Világ Alapítvány gondozásában működik az egészségfejlesztő fókuszú Boldogságóra Program. Az induláskor önkéntes szakemberek segítségével alakult ki hónapról hónapra a 10 egység-

ből álló tematika gyerekekhez illeszkedő változata. Az első évben már több száz pedagógus regisztrált, és használta a csoportjában a módszert. Mostanra 7 500-nál több boldogságóra-csoport működik, ezáltal közel 100 000 gyerek jóllétéhez járulunk hozzá országsszerte és az országhatáron túl is. A pontos adatokat a 3. ábra tartalmazza.

A Boldogságóra Program a széles körben elfogadott és kutatási eredményekkel bizonyított [2–3] pozitív pszichológiai és pedagógiai ismeretekre épül, és célja, hogy megerősítse a diákok önbecsülését, és elősegítse a boldogságukat. A célunk természetesen nem az, hogy problémamentes életmodellt állítsunk a fiatalok elé, hanem az, hogy vezérfonalat adjunk a kihívásokkal való szembenézéshez és a megküzdéshez, valamint a testi-lelki egészségmegtartás tényezőinek fejlesztéséhez [21].

A programunk egyedisége abban áll, hogy az intézmény jellegétől függetlenül, önkéntes módon bárki csatlakozhat hozzánk. Minden korosztály számára találunk a pedagógusok olyan gyakorlati csomagot, amely támogatja a gyerekek optimális fejlődését. Másik sajátossá-



4. ábra  
A boldogságórák témakörei az iskolai tanév 1. félévében



5. ábra  
A boldogságórák témakörei az iskolai tanév 2. félévében

ga, hogy egy iskolai tanévben hónapról hónapra haladnak végig a kifejezetten boldogságfokozó célú gyakorlatokon (10 témakör), pl. szeptember a hála hónapja, a február a megküzdésé. A felkínált feladatok mind egyike pozitív pszichológiai szemléletet tükröz: arra fókuszál, hogy milyen erősségei, lehetőségei és fejlődési útjai lehetnek a fiataloknak.

A Boldogságóra Programba való bekerülés egyik feltétele az általunk meghirdetett pályázat beadása, amelyben a pedagógus egy fotóval igazolni tudja, hogy az intézményében legalább egy csoport már részt vett az aktuális tanévben egy boldogságórán. A másik elvárás, hogy az intézményvezető szándéknyilatkozatában vállalja, hogy az intézmény pedagógiai programjában és munkatervében legkésőbb az aktuális tanév szeptember 30-áig szerepelni fog a Boldogságóra Program. A munkatervben pedig megjelenik a tízhónapos program tematikájának megfelelő ütemezés, a felelősök, a megvalósítási határidők és a tantestület, illetve a szülők bevonásának tervezete. Emellett a programban való részvételt a pályázó intézmény a honlapján is közzéteszi a cím elnyerése után.

Az intézmények részvételére vonatkozó részletes tájékoztatás a <https://boldogsagora.hu/> oldalon került feltüntetésre.

További feltételként megjelenik a programunkban, hogy amennyiben az intézményben még nincs olyan pedagógus, aki korábban elvégezte nálunk a 30 órás boldogságóra akkreditált képzést, akkor az intézményvezető vállalja, hogy az adott tanévben legalább egy pedagógus elvégzi azt. A képzésen a pedagógusok szakmai segítséget kapnak a Boldogságóra Program hatékony megvalósításához, elsajátítják a pozitív pedagógiai szemlélet alapelveit, illetve saját élményt és tapasztalatot szereznek a módszertanból, miközben szakmai szempontból fejlődnek. A képzésen változatos és játékos módszereket tanulnak a pedagógusok (pl. egyéni munka, projektmunka, művészeti eszközök alkalmazása stb.), amelyek biztosítják, hogy a gyerekek a pedagógus által vezetett foglalkozásokon pozitív élményeket szereznek. A boldogságórákon a gyerekek a saját szintjükön, gyakorlatias formában megismerhetik a boldogság fokozásának módszereit [21]. A 4. és 5. ábrán mutatjuk be azokat a témaköröket, amelyek mentén a pedagógusok megtartják a foglalkozásokat.

Az eszköztárunk sokrétű, amely az egyéni és a csoportos tanulást változatosan támogatja. Az órák alapja a bátorító, megerősítő pedagógiai attitűd, a foglalkozásokon pedig helyet kap a feszültségoldás, a relaxá-

ció, a meditáció, a saját tapasztalatok, élmények felidézése éppúgy, mint a közös gondolkodás vagy az új tudás élményalapú konstruálása. Ezért a boldogságórákon szerepet kap a mozgás, a zene, az ének, a rajzolás, a dramatikus játékok, a fotózás, a videofilm készítés, és számos más alkotótevékenység.

## A BOLDOGSÁGÓRA PROGRAMMAL KAPCSOLATOS PEDAGÓGUSI VÉLEMÉNYEK BEMUTATÁSA

A boldogságórákat megvalósító 1451 intézményt levélben kerestük fel 2022. szeptember és október hónapban, hogy felmérést készítsünk a boldogságórákat tartó, aktív pedagógusok tapasztalatairól. Az általunk küldött felhívásra vélhetően részben az adatgyűjtési idő rövidsége miatt 13 intézményből kaptunk választ az alábbi kérdésekre vonatkozóan:

- *Mióta tartanak boldogságórákat az intézményekben?*
- *Mi vagy ki motiválta arra őket, hogy belépjenek a programba?*
- *Milyen korcsoportokban alkalmazzák a gyakorlatokat?*
- *Kiket és milyen módon vonnak be a munkába és mekkora sikerrel?*
- *Milyen szakmai anyagokat, eszközöket használnak az általunk összeállított, életkor specifikus csomagból?*
- *Hogyan alkalmazzák a feladatokat, játékokat, hogy azok illeszkedjenek a gyerekcsoportokhoz?*
- *Milyen változásokat figyeltek meg a gyerekeken és önmagukon?*
- *Hogyan hatott ki a program az intézményi kultúrára és légkörre?*

Feltételeztük, hogy az aktív megvalósító pedagógusok pozitív tapasztalatokat szereznek a boldogságórák rendszeres tartása révén. Mindez vonatkozik a gyerekek mentális egészségére és jóllétére, a pedagógus saját szakmai és személyes fejlődésére, továbbá a program szélesebb körű hatásaira (pl. az intézményre, a családra, a közösségre). A válaszadók között 4 óvoda, 4 általános iskola, 2 középiskola, 1 középiskolai kollégium, 1 tanulásban akadályozottakat nevelő iskola és 1 pedagógiai szakszolgálat volt.



**6. ábra**  
**A Boldogságóra Program 2022 őszén végzett kutatásában résztvevő intézményi szinterek és életkori csoportok**

Az adatok feldolgozásához és elemzéséhez több szempont mentén, kvalitatív tartalomelemzési módszert használtunk [22].

A legtöbb intézményben kezdetben egy csoportban, illetve osztályban indult el a Boldogságóra Program, majd rövid időn belül több csoport bevonása is megtörtént. A programban résztvevő 15 pedagógus az alábbi korosztályoknál alkalmazza a játékokat, gyakorlatokat (6. ábra).

A tartalmi feldolgozás során azt találtuk, hogy két intézményben egy-egy pedagógus tartja a boldogságórákat. Vannak olyan intézmények, ahol a programot elsőként megvalósító pedagógus után egy vagy több (min: 3, max: 7 fő) kollégát sikerült megnyerni az ügynek, és azóta együtt alkotnak egy kisebb közösséget az óvodájukban, iskolájukban. Egy intézményben a vezető felkérésére egyszerre három nevelő végezte el az akkreditált boldogságóra továbbképzést, akik egymást támogatva építették be a gyakorlatukba a megszerzett tudást. További egy olyan intézménytől kaptunk visszajelzést, ahol a tantestület 70%-a elvégezte (több mint 30 fő) a képzést. A válaszadók közül (N=15) többen is említették, hogy annak ellenére, hogy egyedül ők vettek részt a képzésen, a gyerekek lelkesedését és pozitív irányú változásait látva (pl. magatartásproblémák csökkenése, együttműködési készség fejlődése stb.) a kollégáik néhány gyakorlatot átvettek tőlük.

A válaszadók a 2014/2015. és a 2020/2021. tanév között csatlakoztak a Boldogságóra Programhoz. Azt érdemes külön megemlíteni, hogy a válaszadó pedagógusok közül többen a COVID-19 világjárvány kezdetén végezték el a képzést. Emiatt a foglalkozásokat csak később kezdték el tartani; mások viszont úgy döntöttek, hogy az online oktatás ideje alatt használják a tanultakat, illetve az általunk fejlesztett eszközöket, játékokat. Minden esetben a boldogságóra képzést elvégző pedagógusok a saját csoportjukban, illetve osztályukban kezdték el a foglalkozásokat tartani, és idővel bevitték más csoportokba, osztályokba az intézményükben.

A kezdeti motiváció kapcsán többen említették, hogy az alapító, Bagdi Bella gyermekdalai és koncertjei keltették fel a figyelmüket, majd ezután mélyültek el a program részleteiben. Minden esetben megjelent a belső motiváció hangsúlyozása (15 fő), vagyis a pedagógusok személyes vagy szakmai – akár mindkét – indíttatásból kezdtek el módszertani újdonságok után kutatni. Olyan válaszadó is volt a felmérésünkben, aki egy másik pedagógus kolléga javaslatára, a Boldogságóra Program online felületének megismerése révén, vagy más, online forrásokból tájékozódva kereste a csatlakozás lehetőségét.

Leginkább a gyerekek fejlesztésének igénye volt a meghatározó szempont, ami miatt elvégezték az akkredi-

tált továbbképzést (10 fő). A legtöbben a gyerekek személyiségének kibontakoztatását és a pozitív életszemlélet kialakítását említették meg fő motivációként. Olyan pedagógusok is szerepelnek a mintánkban (5 fő), akiket az intézményvezetőjük bízott meg azzal, hogy vegyenek részt a boldogságóra képzésen. Mindannyian kiemelték, hogy összhangban volt a külső és a belső motivációjuk. Néhányan azt tapasztalták, hogy a boldogságóra megvalósítása után lassan kialakult a vezetők és a kollégák támogató attitűdje, miután észlelték a gyerekekre gyakorolt pozitív hatást.

A program irányelvei szerint minimum havi egy foglalkozás megtartása kötelező, de többen úgy alakítják a tanmenetet, hogy abba hetente vagy kéthetente beleférjen a boldogságóra (pl. tanórai keretben, szakköri formában stb.). Mások változó gyakorisággal alkalmazzák a feladatokat attól függően, hogy például milyen a gyerekek aktuális lelkiállapota vagy a tanmenetben mikor vannak kapcsolódási pontok a 10 témakörrel. A felmérésbe való bekerülésnek az volt a feltétele, hogy a válaszadó a 2022/2023. tanévben aktív „boldogságóra” pedagógus legyen, aki legalább egy csoportban vagy osztályban tartja a foglalkozásokat.

A megkérdezett pedagógusok (11 fő) szívesen használják a Boldogságóra Program szakmai anyagait, amelyeket az életkori sajátosságoknak megfelelően állítottunk össze. Ez azt jelenti, hogy külön-külön csomagjaink vannak az óvodásokat (3-6 évesek), az alsó tagozatosokat (6-10 évesek), a felső tagozatosokat (10-14 évesek) és a középiskolásokat (14-20 évesek) nevelők számára. Alapvető segédleteink a boldogságóra kézikönyvek, amelyek az egyes témakörök elméleti és gyakorlati vonatkozásait mutatják be részletesen, ezzel segítve a foglalkozások megtartását. Ehhez kapcsolódóan készültek munkafüzetek, amelyet szintén alkalmazhatnak a pedagógusok az órákon (2 fő). A legtöbb pedagógus (9 fő) folyamatosan keresi a letölthető segédanyagokat és hasznosnak tartják a boldogságóra tervezésében és megújításában.

A fejlesztőjátékok közül a társasjátékokat (pl. Pozitívity) és a kártyákat (pl. Pozitív gyerek vagyok) előszeretettel alkalmazzák a különböző életkori csoportokban. Sokszor használják a boldogságóra egyes témaköreinél, emellett más tanórák vagy tanórán kívüli foglalkozások tartásához is előveszik (a társasjátékokat 3 fő, a kártyákat 5 fő). Van, aki a kártyákat a tanteremben jól látható helyre kiteszi, ezzel inspirálva a gyereket; egy másik esetben az online oktatás alatt arra használták, hogy tájékozódjanak a tanulók mentális ál-

lapotáról. Az óvodás és kisiskolás gyerekeket nevelők arról számoltak be (5 fő), hogy gyakran hallgatnak gyerekdalokat a boldogságórákon és azon kívül is, például CD-ről, YouTube-ról.

Arra is kíváncsiak voltunk, hogy a boldogságóra tartásához az általunk összeállított anyagokon kívül milyen további forrásokból merítenek ötleteket a pedagógusok. Gyakran keresnek a havi témához különböző gyakorlatokat a megvalósító kollégák által feltöltött anyagokból, pedagógus portfóliókban lévő óratervekből, szakdolgozatokból, releváns szakirodalomból, internetes szakmai oldalokról, illetve más szakmai-módszertani képzések tananyagából, amelyen részt vesznek (9 fő). Többen rendelkeznek (7 fő) olyan szakmai anyagokkal, kreatív ötletekkel és játékokkal, amelyeket ők maguk készítettek, akár célzottan a boldogságórákhoz, akár más kezdeti indítatásból (pl. záródolgozat, portfólió, saját érdeklődés stb.). Az alábbi idézet az egyik válaszadó véleményét tükrözi.

*„Célul tűztem ki, hogy összeállítok belőlük egy játékgyűjteményt, mely a személyiségfejlesztés, énerősítés, önbizalom növelés mellett olyan képességek fejlesztését is szolgálja, amik szükségesek tanulóink esetében az önálló életvezetés, a társadalmi integráció megkönnyítésére. A pedagógusok és szülők számára egyaránt hozzáférhető, áttekinthető formában. Nem korosztályok, hanem képességek szerint csoportosított fejlesztő játékok gyűjteménye lesz, melynek mellékletében nyomtatható formában letölthetőek az eszközök, így el is tudják készíteni.” (tanulásban akadályozottakat tanító pedagógus)*

A pedagógusok figyelembe veszik az életkori sajátosságokat (6 fő), amelyet mi is szem előtt tartunk az oktatási segédanyagok fejlesztése során. A másik szempont a csoport összetétele és a sajátos fejlődési szükségleteik (5 fő), mint például egy periférián lévő gyerek integrálása a csoportba. A harmadik szempont az egyedi sajátosságokhoz igazított feladatok, például tehetség, sajátos élethelyzet (10 fő).

A megkérdezettek kivétel nélkül úgy látják, hogy fél-egy év távlatában a gyerekek képességei és készségei láthatóan fejlődnek a foglalkozások révén (15 fő). Pozitív irányú változásokat leginkább a társas és érzelmi kompetenciákban, a kognitív képességekben, az észlelésben, a figyelmi funkciókban és a magatartásban tapasztalnak. Ezeket a hatásokat két példával illusztráljuk.

*„Többször kaptunk visszajelzéseket a diákoktól arról, hogy a boldogságórákon tanult gyakorlatokat (hála, optimizmus, jó cselekedetek, segítség másokon, rendszeres*

mozgás stb.) hogyan próbálják beépíteni az életükbe, ezért mi a boldogságórákat sikeresnek érezzük.” (középiskolai tanár)

„Eredmények: több szorongó gyermek megnyílt, sokkal közlékenyebb, bátrabb lett a mindennapokban is. A magatartási problémák mérséklődtek. A gyerekek empátiás készsége, érzelmi intelligenciája fejlődött. Több szülőt is sikeresen bevontunk a témák feldolgozásába. Otthon végzhető feladatnak szoktuk ajánlani az órán begyakorolt egyszerű gyakorlatok ismétlését.” (pedagógiai szakágazatnál dolgozó pedagógus)

A fentebb említett változásokat a szülők is észlelik és megerősítik, ezáltal visszajelzést kap a pedagógus a munkája eredményességéről, motivált a rábizott gyerekek további fejlesztésére, illetve fenntartja a szülőkkel való jó kapcsolatot. Bemutatunk egy példát a pedagógusok és a szülők által észlelt komplex hatásról.

„Hagyományná vált a decemberi adományozás rászorulóknak, már előre kérdezik: Mikor gyűjtünk a szegényeknek? Hihetetlen odaadással mondanak le játékaikról, vagy hoznak akár élelmiszert, és teszik a kosárba. A szülők teljes mértékben támogatnak, szeretik a programot, látják a mentális fejlődést, meg tudják fogalmazni csemetéik az érzelmeiket.” (óvodapedagógus)

A foglalkozások során egyrészt sokkal jobban megismerik az egyes gyerekeket és a csoportok dinamikáját (4 fő), másrészt erősödik a tanár-diák kapcsolat (8 fő), amelyben mindenki jól érzi magát, kreatív légkör alakul ki és a tanulás értékévé válik a gyerekek szemében. Azt is észrevették a pedagógusok (5 fő), hogy a boldogságórák pozitívan hatnak az óvodai és iskolai munkaközösségükre, és sokszor az egész tantestületre. Vagyis olyan pozitív légkör alakul ki, ahol eredményes az együttműködés, érzelmi támaszt nyújtanak egymásnak, optimisták és hálásak.

A pedagógusok a saját személyes és/vagy szakmai fejlődésüket intenzíven érzékelik a Boldogságóra Program hatására (10 fő). Amellett, hogy folyamatosan bővül a módszertani repertoárjuk, hatékonyan érzik magukat és sikerélményekkel gazdagodnak a tanítási helyzetekben. A mindennapokban több pozitív érzelmet élnek át, optimistán szemlélik az életüket és fejlődik az érzelmi intelligenciájuk (pl. türelmesebbek, empatikusabbak lettek). Az alábbi idézet jól szemlélteti a megállapításainkat.

„Tanári pályám kezdetétől éreztem, hogy valami hiányzik az óráimról. A program segítségével rájöttem, hogy a pozitív töltet volt az. Sokat koncentráltam a tárgyi tudásra és kevesebbet az élményszerű megtapasztalásra.

A boldogságórák pozitív hatással voltak a személyes fejlődésekre, a jó kapcsolatok kiépítésére, mint a diákokkal, úgy a munkatársaimmal is. A szülőkkel is jobban tudok kapcsolatot tartani és nagyobb megértéssel és szeretettel fordulni feléjük.” (középiskolai tanár)

Arra is kitértek, hogy a foglalkozások hatására kialakuló pozitív osztálytermi légkör hogyan hat másokra. A tapasztalatok szerint javul az óvodai, iskolai légkör (10 fő). Ezt leginkább a többi csoport, illetve osztály bevonásával, intézményi közösségi programok szervezésével és szakköri foglalkozások tartásával érik el. Ugyanilyen hangsúlyt kap a harmonikus gyerek–pedagógus–szülő viszony, amit a szülők aktív bevonásával érnek el (11 fő). A gyakorlatban leginkább az óvodás és kisiskolás gyerekeket nevelő családokat tudják ezzel megszólítani. Számukra különböző programokat szerveznek (pl. nyílt napok, szülő klub), továbbá csatlakoznak a szülők pozitív kezdeményezésekhez (pl. adománygyűjtés) és a gyerekek otthoni fejlesztéséhez. A következő példák erre vonatkozó tanári tapasztalatokat reprezentálnak.

„Igyekszünk óvodánk többi csoportját is bevonni Boldogságóra Programunkba. A Föld napján, több mint 100 kisgyermek és felnőtt dalolt az „Énekelj a Földért” című kezdeményezésbe kapcsolódva. A fenntarthatóság és továbbadás jegyében videoklipet készítettünk „Jobb veled a világ” zenéjére, mely során hat csoport gyermekei, óvodapedagógusai és technikai dolgozói mozdultak meg egyszerre a szeretet, összefogás jegyében.” (óvodapedagógus)

„Aulánkban elhelyeztünk egy falitűjságot – Boldogovi vagyunk felirattal –, melyet épületünk összes csoportja, szülők, hozzánk látogató vendégek láthatnak. Az adott téma rövid leírása, motivációs idézetek, ötletek szülőknek és gyermeki alkotások találhatóak. Emellett apró játékokba is bevonjuk őket. A Hála világnapján minden szülőt megajándékoztunk egy családi élménynaptárral, melyet a Boldogságóra Program csapatától kaptunk. A program bemutatását bővítettük azáltal, hogy óvodánk Facebook oldalán „Napi mosoly” címen a boldogságóra csoportok videókkal, képekkel és szívet melengető történetekkel mutatkoznak be heti rendszerességgel. Büszkeség, hogy a mosolyra fakasztó „gyerekszáj” történetekből a Pozitív Pedagógia és Nevelés Program oldalán több is látható.” (óvodapedagógus)

További pozitív hatásnak számít, hogy karácsonyi műsort szerveznek a gyerekekkel a helyi időseknek, vagy megnyernek példaképek számító vendégeket, hogy meglátogassák a gyerekeket a boldogságóra egy-egy témaköre kapcsán. Más kollégákat és szakembereket is elér-

nek a megvalósító pedagógusok különböző konferenciákon, fórumokon (15 fő). Egyéb tantestületek továbbképzéseiben, pedagógus szakmai napokon és mentorálás közben rengeteg tapasztalatot osztanak meg a foglalkozásokról. Az online terekben pedig az órák élményeiről fotókat és játékokat töltenek fel, bejegyzéseket készítenek stb. Ezáltal megosztják, hogy milyen egészségfejlesztő és boldogság-fokozó hatással van a résztvevőkre a programunk. Két példával támasztjuk alá a megállapításainkat.

„A legmeghatóbb azonban a karácsony előtti időszak, amikor a faluban egyedül élő idős emberekhez látogatunk el az ünnephez kapcsolódó versekkel, dalokkal. Ez a program már hagyománnyá vált. Nagyon szívbe markoló, mikor egy-egy nyugdíjas egyedülálló megkönyezve mondja a gyerekeknek, hogy ez a műsor volt nekik a karácsonyi ajándékuk. Tanítványaimmal azóta minden évben erre készülünk, s látják milyen kicsi dolgokkal is mekkora örömet lehet szerezni.” (alsó tagozatos tanár)

„Minden egyes témakörhöz kapcsolódóan olyan embereket hívtam meg az osztályhoz, akiknek az élete és foglalkozása jó példa lehetett a gyerekeknek – ez volt a „Példa értékű élet” sorozat... Minden vendégtől kértem előzetesen bemutatkozó önéletrajzot, amelyből három gyermek készült fel, és találtak ki kérdéseket a vendéghez. Mindig körben rendeztük be a termet, és interjú formájában kérdezték az adott példa értékű embertől. Az óra második részében a többiek is feltették kérdéseiket. Az interaktív óráknak mindig nagy sikere volt.” (felső tagozatos tanár)

Értékesnek tartják, hogy a Boldogságóra Program szakmai fejlesztő csapatával folyamatosan kapcsolatot tartanak. Úgy érzik, hogy támogatjuk és motiváljuk őket abban, hogy kitartóan folytassák a megkezdett munkát. Azért is hálásak, hogy kapnak visszacsatolást a munkájukról, mint például a Hónap pedagógusa vagy a Hónap csoportja cím elnyerése. Mivel a témakörökhöz havi rendszerességgel új oktatási segédanyagokat bocsátunk rendelkezésükre, a saját anyagaikat pedig megoszthatják velünk és a pedagógus kollégákkal, képesek folyamatosan fejlődni. Továbbá különféle továbbképzéseket biztosítunk számukra, szakmai napokat és olyan konferencia előadásokat, ahol a pozitív pszichológia és pedagógia jeles képviselőit és legfrissebb kutatási eredményeit ismerhetik meg.

A tapasztalatok szerint a Boldogságóra Program hatására fejlődik a gyerekek problémamegoldó készsége, szélesedik a látókörük és gondolkodásmódjuk, továbbá testi, lelki, szellemi és társas erőforrásokat építenek

fel. A programelemek ellensúlyozzák a negatív érzelmeket és támogatják a pozitív érzelmek átélését, emiatt csökken az agresszió, kevesebb a konfliktusok száma a közösségben. Emellett sok esetben javulás figyelhető meg a tanulmányi eredményekben. Miközben a gyerekek fejlődnek, úgy a pedagógus maga is pozitív irányban változik a program által [21].

## MEGBESZÉLÉS

Mint azt a vizsgálati eredményeinken keresztül láthattuk, a tanulók boldogságra való képessége fejleszthető, és az ahhoz szükséges készségek óvodai és iskolai szinten taníthatóak. A pedagógusok maguk is érzik, hogy egyre fontosabb a gyerekek egészséges személyiségfejlődésének támogatása olyan módszerek révén, melyekben érdeklődéssel és örömmel vonódnak be az óvodások, iskolások. Emellett a pedagógusok mélyebben megismerték az egyes tanulókat, illetve az osztályközösséget, ami lehetővé teszi a sikeres együttműködést és a pozitív légkör kialakulását, ami jótékonyan hathat az iskolai klímára. A megvalósító pedagógusok a szakmai identitásukban és az önismeretükben egyaránt sokat fejlődnek, és pozitív hatást gyakorolnak a kollégáik, a munkaközösség működésére. A boldogságórák gyakorlata révén hatékonyan el lehet juttatni a szeretetet, a tolerancia és a szubjektív jóllét üzenetét a gyerekekhez. Mindez hozzájárul a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés megvalósításához.

A rövid felmérésünkről a kis elemszám miatt általános érvényű következtetéseket levonni nem lehetséges. Mindemellett a résztvevők a nagyobb motivációval rendelkező, programot aktívan követő és megvalósító pedagógusok. Szintén limitációnak tekinthetjük, hogy a kutatási kérdések nem tértek ki a program minden elemére, esetlegesen a jövőben érdemes ezeket bővíteni. Ám összességében elmondhatjuk, hogy a 10 éves Jobb Veled a Világ Alapítvány munkája a lelki egészség fejlesztése terén jelentős munkát végez, és pozitív hatást gyakorol a résztvevő gyerekekre és pedagógusokra. Ennek útja a nyitott végű, kreativitásra építő játékokba való aktív bevonódás, ahol megmutathatják önmagukat és örömmel kapcsolódhatnak a társaikhoz, illetve a pedagógushoz.

## KÖVETKEZTETÉS

Fontosnak tartjuk, hogy a múlt és a jelen tapasztalataira építve egy pozitívabb jövő felé orientálódjunk. Ennek érdekében újabb fejlesztéseket teszünk hozzáférhetővé az óvodák és iskolák számára. A beavatkozás célcsoportjai egyrészt pedagógusok, és terveink között szerepel a szülők, illetve az intézmény egészének bevonása a pozitív óvodai, iskolai kultúra formálódása érdekében. Többszintű és strukturált rendszerben gondolkodunk, amelyben minden résztvevő csoportot megcélzunk a hozzájuk illeszkedő edukációs anyagokkal, programokkal és továbbképzésekkel. Ilyen például az Erősségközpontú Oktatási Programunk (EKOP), ami a személyiség pozitív erőforrásaival, a karakterosségekkel foglalkozik. Az erre épülő speciális oktatási programunk intenzíven hozzájárul a gyerekek egészségmagtartásának fejlesztéséhez.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetünket fejezzük ki a szakértői tevékenységben és a pszichológiai mérések lebonyolításában való részvételért Oláh Attilának, az Eötvös Lóránd Tudományegyetem Pozitív Pszichológia Kutatócsoport vezetőjének, valamint Vargha Andrásnak, a Károli Gáspár Református Egyetem Benda Kálmán Bölcsész- és Társadalomtudományi Szakkollégium Pszichológia Műhely vezetőjének. Továbbá minden befogadó intézménynek és pedagógus kollégának köszönjük a munkáját, akik aktívan részt vesznek a boldogságórák megvalósításában.

## IRODALOM

- Emberi Erőforrások Minisztériuma: „Az egészség a TIE-d is” – A teljeskörű iskolai egészségfejlesztés tevékenységei. Ajánlás a pedagógusok részére. Budapest, 2016
- Seligman, M. E. P.: *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Atria Books, 336, 2002
- Lyubormirsky, S.: *Hogyan lehetünk boldogok? – Életünk átalakításának újtjai tudományos megközelítésben*. Budapest, Ursus Libris, 444, 2008
- Oláh, A., Kapitány-Fövény, M.: *A pozitív pszichológia tíz éve - Ten years of positive psychology*. Magyar Pszichológiai Szemle, 67(1): 19-45
- Seligman, M. E. P.: *Flourish – élj boldogan! – A boldogság és a jóllét radikálisan új megközelítése*, Budapest, Akadémiai Kiadó, 362, 2016
- Vargha, A., Török, R., Diósi, K., Oláh, A.: *Boldogságmérés az iskolában*. Magyar Pszichológiai Szemle, 74(3-4): 327-346, 2019  
doi: 10.1556/0016.2019.74.3.4
- Nagy L., Barabás K.: *Az egészségműveltség és egészségmagtartás diagnosztikus mérésének lehetőségei*. In: Csapó B., Zsolnai A. (szerk.): *Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában*. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó, 173-224, 2011
- Ryff, C. D.: *Happiness is everything, or is it? Explorations on the meanings of psychological well-being*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6): 1069-1081, 1989
- Központi Statisztikai Hivatal: *A szubjektív jóllét vizsgálatának eredményei nemzetközi összehasonlításban*. Statisztikai Tükör, 39:6, 2015  
[http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/jollet\\_nemzetkozi.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/jollet_nemzetkozi.pdf)
- Központi Statisztikai Hivatal: *Elégedettség ország, országcsoport szerint [átlagérték]*. 2018  
[https://www.ksh.hu/stadat\\_files/ele/hu/ele0031.html](https://www.ksh.hu/stadat_files/ele/hu/ele0031.html)
- Róbert, P., Szabó, L., Széll, K.: *A gyermekjóllét aspektusai. Nemzetközi összehasonlítás egy iskolai kutatás alapján*. In: Kolosi T., Szelényi I., Gy. Tóth I. (szerk.): *Társadalmi Riport 2020*. Budapest: TÁRKI Társadalomkutatási Intézet Zrt., 281-306, 2020
- D. Nagy, K.: *Az iskolai jóllét értelmezésének és modellezésének lehetőségei*. *Magyar Pedagógia*, 120(2): 123-148, 2020  
doi: 10.17670/MPed.2020.2.123
- Oláh, A.: *Mi a pozitívuma a pozitív pszichológiának? Iskolkultúra*, 14(11): 39-47, 2004
- Hamvai, Cs., Pikó, B.: *Pozitív pszichológiai szempontok az iskola világában: A pozitív pedagógia kihívása*. *Magyar Pedagógia*, 108(1): 71-92, 2008
- Bredács, A.: *A pozitív pszichológia pedagógiai és művészetpedagógiai aspektusai és a pozitív irányzat mozgalommá válása az oktatásban*. *Iskolakultúra*, 27(1-2): 3-22, 2018  
doi: 10.17543/ISKKULT.2018.1-2.3
- Jámbori, Sz., Körösy, J., Szabó, É.: *A reziliencia, az érzékenységi és az iskolai kötődés szerepe a szándékos önszabályozás folyamatában*. *Magyar Pedagógia*, 119(1): 75-94, 2019  
doi: 10.17670/MPed.2019.1.75
- Tobia, V., Greci, A., Steca, P., Marzocchi, G. M.: *Children's wellbeing at school: A multidimensional and multi-informant approach*. *Journal of Happiness Studies*, 20(3): 841-861, 2018  
doi: 10.1007/s10902-018-9974-2
- Nagy, K., Gál, Z., Jámbori, Sz., Kasik, L., Fejes, J. B.: *A tanulói jóllét és az önértékelés jellemzőinek feltárása középiskolások és egyetemisták körében*. *Iskolakultúra*, 29(6): 3-17, 2019  
doi: 10.14232/ISKKULT.2019.6.3
- Zsolnai, A., Kinyó, L., Jámbori Sz.: *Szocializáció, szociális viselkedés, személyiségfejlődés*. In: Csapó B. (szerk.) *Mérlegen a magyar iskola*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 327-365, 2012
- Józsa, K., D. Molnár, É., Zsolnai, A.: *Az iskola affektív és szociális jelenségvilágának kutatása*. *Magyar Tudomány*, 181(1): 47-55, 2020  
doi: 10.1556/2065.181.2020.1.5
- Bagdi, B., Bagdy, E.: *Boldogságóra kézikönyv pedagógusoknak és szülőknek – Személyiségfejlesztő foglalkozások a pozitív pszichológia eszközeivel*. Mental Focus Kiadó, Budapest. 272, 2017
- Vicsek, L.: *Fókuszcsoport*. Osiris Kiadó, Budapest. 404, 2006



FEITH HELGA JUDIT<sup>1</sup>  
 LUKÁCS J. ÁGNES<sup>1</sup>  
 DARVAY SAROLTA<sup>2</sup>  
 FALUS ANDRÁS<sup>3</sup>

## Négy év, négy tételben... A TANTUdSZ Ifjúsági Egészségnevelési Program koncepciója és eredményei

### Four years in four movement... Concept and results of the TANTUdSZ Youth Health Education Programme

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Társadalomtudományi Tanszék – 1088 Budapest, Vas utca 17. Tel: (1) 486 4910  
 E-mail: feith.helga@semmelweis.hu

<sup>2</sup> Selye János Egyetem, Tanárképző Kar, Biológia Tanszék – Bratislavská cesta 3322, SK-94501 Komárno

<sup>3</sup> Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Intézet – EDUVITAL Alapítvány  
 1089 Budapest, Nagyváradi tér 4.

**Összefoglalás:** A TANTUdSZ Program fő célkitűzése a gyermekek egészségmagatartásának helyes irányba történő javítása a kortársoktatás módszerével. Mindegyik programelem esetében három időpontban történt önkitöltős, anonim, kérdőíves felmérés, ezek a mérések – az egészségfejlesztési témától függően – fizikális és megfigyeléses vizsgálatokkal egészültek ki a program hatékonyságának értékelése céljából. A bemutatott programok eredményei 187–536 fő közötti minták vizsgálatával történtek. Megállapítható, hogy a kortársoktatás rövidtávon mindegyik témában hatásos volt, azonban az életkor, az adott téma, a gyermekek szocioökonómiai értelemben vett különbözősége, az intervenciók program hossza jelentősen befolyásolhatja a hosszútávú eredményességet. Tekintettel a gyermekek csoportjának diverzitására, a hatékony és témához kötött, kiscsoportspecifikus egészségfejlesztési irány pontos meghatározásához elkerülhetetlen egy új egészségfejlesztési mérőeszköz bevezetése.

**Kulcsszavak:** egészségfejlesztés, kortársoktatás, hatékonyságvizsgálat

**Summary:** The main objective of the TANTUdSZ Programme is to improve children's health behaviour through peer education. For each part of the programmes – depending on the health promotion subject – self-completed anonymous questionnaires were carried out at three time points, supplemented by physical and observational assessments to evaluate the effectiveness of the programme. The results of the programmes presented were obtained by examining samples of between 187 and 536 participants. It can be concluded that the peer education was effective in the short term for each of the subjects, but the age, the specification of the subject, the socioeconomic diversity of the children, the length of the intervention programme can significantly influence the long-term effectiveness. Given the diversity of the children's group, the introduction of a new health promotion measurement tool is inevitable to accurately determine an effective and thematic small group specific health promotion direction.

**Keywords:** health promotion, peer education, effectiveness evaluation

## BEVEZETÉS

Az EDUVITAL Nonprofit Egészségnevelési Társaság 2015-ben hozta létre a Tanulj, Tanítsd, Tudd! (TANTUdSZ) Ifjúsági Egészségnevelési Programot (továb-

biakban TANTUdSZ Program), melynek fő célkitűzése az óvodások, valamint az alap- és középfokú oktatásban tanuló gyermekek és fiatalok egészségmagatartásának helyes irányba történő formálása. Pedagógiai módszere az évezredek múlta visszavezethető kortárs-

oktatás, [1] melynek egy újabb koncepcióját [2] dolgozta ki a munkacsoport<sup>1</sup>, az ún. high-status peer model [3] keretében. Ennek lényege, hogy az egészségtudományi és a pedagógusképző felsőoktatási intézményekben tanuló hallgatók közös, kreditszerző felkészülési program keretében sajátítják el a szükséges ismereteket az adott egészségnevelési témában és folyamatos szakmai tutorálás mellett készülnek fel arra, hogy korosztályspecifikus kortársoktatói programot tartssanak gyermekeknek óvodákban és/vagy iskolákban, középiskolás kortárssegítőket bevonva a munkába. Ilyen formán tehát a TANTUdSZ Program egyfajta hidat képez a pedagógiai és egészségügyi felsőoktatás, valamint középiskolák között, hiszen a kortársoktatók képzése, de az iskolai egészségfejlesztési programok kivitelezése is együttesen történik. Maga a képzés, de a célpopulációnak tartott egészségfejlesztési program is interaktív, eltávolodik a hagyományos, tanárközpontú tudásátadástól, [2] miközben különböző tudományos mérőeszközök bevonásával teszteli az egyes kortársoktatási programok hatékonyságát, hogy az ezen a területen megmutatkozó módszertani hiátust pótolja [4].

Miután a pedagógusok az oktatás különböző szintjein, az egészségügyi dolgozók pedig az egészségügy különböző szakterületein és ellátási szintjein az egészségfejlesztés kiemelt szereplői, emiatt a TANTUdSZ Program törekszik arra, hogy hasznos és a hallgatók által területi gyakorlat formájában kipróbált egészségfejlesztési ismeretek, készségek épüljenek be a pedagógiai, valamint az orvos- és egészségtudományi képzésekbe.

2017–2019 között a TANTUdSZ Programban négy alprogram valósult meg.

### I. Megfelelő kézhigiéné

Ma már közhelynek számít a kézmosás és a különböző fertőzések előfordulása közötti összefüggés. Bár a kézmosás egyszerű és hatékony módszer a fertőző betegségek kockázatának csökkentésére, számos korábbi tanulmány bizonyította az ajánlott kézmosási protokollok viszonylag alacsony betartási szintjét, [5–7] illetve azt is, hogy a felnőtt lakosság körében a minden kézterületre kiterjedő kézmosás sok esetben elmarad (így pl. jobbkezeseknél a jobb kéz dorzális területe) [8–9].

A gyermekek körében végzett kutatások szerint viszont azok a diákok, akik betartják a megfelelő kézhigiéniai szabályokat, kevesebb iskolai órát mulasztanak betegség miatt [10–13].

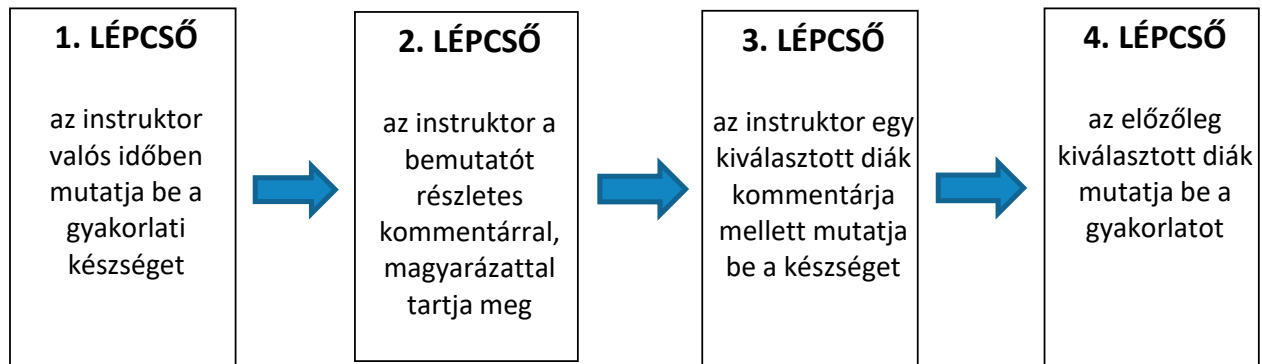
A TANTUdSZ kézhigiéné programok célja az volt, hogy négy- vagy nyolcórás iskolai programok keretében megtanítsa az óvodáskorú, valamint a 6–18 éves diákoknak a hatlépéses, bizonyítottan hatékony Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, továbbiakban WHO) által javasolt kézmosási technikát, [14–15] és fejlessze a kézhigiéniával kapcsolatos egészségtudatos magatartásukat.

### II. Folyadékfogyasztás

Gyermekeknél a nem elégséges folyadékbevitel csökkentheti a kognitív képességeket és növelheti a kiszáradás kockázatát [16]. Gyermekek, fiatalok körében végzett kutatások szerint ennek a korosztálynak a nagyobb hányada nem fogyaszt elegendő folyadékot [17–19], miközben a folyadék minősége sem megfelelő, hiszen nagyobb arányban jelenik meg az egészségtelen (így például a fölösleges kalóriát tartalmazó cukros) italok fogyasztása, mely számos betegség kialakulásához vezethet [20–23]. Az elhízott iskolás gyermekek száma az utóbbi évtizedekben drámaian növekedett [24–25]. Nagyon fontos ebben az életszakaszban a családi minta, mely szoros összefüggést mutat a szülők iskolai végzettségi szintjével. A felsőfokú végzettségű szülők gyermekeire inkább jellemző az, hogy nagyobb mennyiségben fogyasztanak zöldséget és gyümölcsöt, miközben kisebb energiatartalmú étrendet követnek [26]. Tekintettel a téma fontosságára, elengedhetetlen a gyermekek folyadékfogyasztásának tanulmányozása, az ehhez kapcsolódó egészségfejlesztési programok számának növelése [27–31].

Az egészséges folyadékbevitellel összefüggő kérdéseket bemutató négy tanórás TANTUdSZ program óvodáskorú gyermekek, valamint általános iskolás diákok körében tesztelte a folyadékfogyasztással összefüggő ismeretek, attitűdök, valamint folyadékbeviteli szokások változását a kortársoktatási program hatására.

<sup>1</sup> 2016–2020 között a TANTUdSZ munkacsoport tagjai voltak (a teljes időszakban vagy részlegesen): Bihariné Dr. Krekó Ilona, Dr. Falus András, Dr. Feith Helga Judit, Dr. Fritúz Gábor, Dr. Fűzi Rita Andrea, Dr. Gézsi András, Dr. Némethné Dr. Gradwohl Edina, Horváth Zsolt, Dr. Kapitány-Fővény Máté, Karacs Zsuzsanna, Kitzinger István, Dr. Kolossai Nedda, Kőrösiné Dr. Molnár Andrea, Kukovecz Györgyné, Dr. Lehotsky Ákos, Dr. Lukács J. Ágnes, Mészárosné Dr. Darvai Sarolta, Nagyné Horváth Emília, Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna, Szalainé Tóth Tünde Magdolna, Dr. Takács Johanna, Zombori Judit.



1. ábra

A néglépcsős készségátadási módszer folyamatábrája [42\*]

\* Megjelent az Orvosi Hetilap 2019. év 46. számában. Utánközlés a kiadó engedélyével.

### III. Alapszintű újraélesztés

A szív- és érrendszeri, valamint a daganatos betegségek után a kórházon kívüli halálozás harmadik leggyakoribb oka a hirtelen szívmegállás. Európában és az Egyesült Államokban évente közel 700 000 ember hal meg emiatt [32–34]. A statisztikák szerint világszerte 5 millió ember szenved hirtelen szívmegállásban és csak 7%-uk éli túl [35]. Hazánkban becslések szerint évente 26 ezer ember hal meg ennek következtében [36]. Számos tanulmány bizonyította, hogy az azonnali beavatkozás a szakszerű személyzet megérkezése előtt 2–4-szeresére növeli a túlélést [37–38]. Becslések szerint a helyszíni segítség évente 200 ezer életet menthet meg világszerte [39]. Emiatt kiemelten fontos, hogy a laikusok egyre nagyobb számban ismerjék meg és tudják alkalmazni az alapszintű újraélesztés technikáját, különösen érdemes ezt már gyermekkorban bevezetni [40].

Az alapszintű újraélesztés (továbbiakban BLS) – néglépcsős készségátadási módszer [41] szerint végrehajtott (1. ábra) – TANTUDSZ kortársoktatási program legfontosabb célja az volt, hogy hetedik és kilencedik évfolyamokon tanuló iskolások körében növelje a BLS valós élethelyzetekben történő alkalmazásával kapcsolatos ismereteket és készségeket, valamint a segítségnyújtás iránti hajlandóságot (továbbiakban attitűd). További cél egy olyan kérdőív kidolgozása volt, mely képes mindezek változását hatékonyan mérni.

### IV. Internetbiztonság és cyberbullying

Napjainkban a gyermekek egyre fiatalabb életkorban és egyre szélesebb körben férnek hozzá a digitális tech-

nológiához és a közösségi médiához, ezzel együtt nagyobb arányban válhatnak érintetté cyberbullying szituációban [43]. Ezekre a folyamatokra reagálva számos, fiatalokra szabott, internetbiztonsággal és cyberbullyinggal foglalkozó intervenciós program született és valósult meg [44–46], hazai viszonylatban is [47–49]. Annak ellenére, hogy a digitalizáció egyre fiatalabb korosztályt érint, az intervenciós programok többsége felső tagozatosokra, vagy középiskolásokra koncentrál [50].

Az internetbiztonság és cyberbullying program elsődleges célja az volt, hogy felhívja a figyelmet az internethasználat veszélyeire alsó és felső tagozatos gyermekek körében [51]. A 4 tanórás intervenció során a kortársoktatók a játékos, dramatikus, interaktív feladatokon keresztül dolgozták fel a résztvevőkkel az internetbiztonság, internet-függőség, valamint a cyberbullying témáit. A program a résztvevők érzékenyítésén keresztül szeretne volna mérsékelni a cyberbullying következményeit a résztvevők körében három módon:

- 1) az áldozatokat segítségkérésre biztatni (ehhez kapcsolódóan tudásukat szélesíteni a segítséget nyújtó szervezetek megismertetésével);
- 2) a megfigyelőket aktív, proszociális közbeavatkozásra bírni;
- 3) az elkövetők esetében pedig attitűdjük megváltozását elérni [52–54]. A korábbi kutatási eredmények alapján különös figyelmet fordítottunk annak vizsgálatára, [55–56] hogy a nem, [57–58] az iskolai osztály (alsó/felső tagozat), [59–60] valamint a cyberbullying érintettség (érintett: áldozat/elkövető/áldozat-elkövető/szemtanú, nem érintett) [61] milyen összefüggést mutat a program eredményességével.

Jelen közlemény célkitűzése a TANTUdSZ iskolai egészségfejlesztési programok legfontosabb eredményeinek és következtetéseinek összefoglaló bemutatása.

## MÓDSZER ÉS MINTA

A TANTUdSZ Programokban a célpopuláció körében saját fejlesztésű kérdőívekkel és készségfelméréssel történt meg a tudás, az egészségmagatartás/készségek és az attitűdvizsgálat. A kutatás a megfelelő beleegyező szülői nyilatkozatokat tartalmazó ETT TUKEB engedély (a kézhigiéné és folyadékbevitel programok esetében ETT TUKEB No18240-2/2017/EKU), valamint a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásügyi Bizottság (az alapszintű újraélesztés program esetében 230/2017; az internetbiztonság és cyberbullying program esetében SE RKEB 63/2019) engedélyei alapján került kivitelezésre. A vonatkozó szakirodalom szerint az iskolai egészségfejlesztési programok nagy hányadánál sajnálatos módon a módszeres hatékonyságvizsgálat elmarad, vagy csak részben valósul meg [4].

A mérések lebonyolítása az intervenciót megelőzően, majd közvetlenül az egészségfejlesztési programot

követően, valamint programtól függően 3–4 vagy 6 hónap elteltével zajlik [2].

Az alábbi I. táblázat strukturáltan mutatja be a négy program kutatási módszereit, valamint a minta jellemzőit.

Az adatok statisztikai elemzése az SPSS 22.0 Statistics for Windows, valamint a kézhigiéné program esetében részben az R (3.6.3 verzió) statisztikai szoftvercsomaggal készült. Minden esetben a leíró statisztikai elemzések mellett kapcsolatvizsgálatokat (keresztábra-elemzés Pearson-féle khi-négyzet próba) alkalmaztunk. A kézhigiéné programban a kézszenkelés hibapontszámainak, illetve a különböző időszakok közötti attitűdpontszámoknak a változását Student-féle t-próba felhasználásával értékeltük. Az egy adott csoport tagjainak értékében bekövetkezett változások esetén páros t-próbát, míg két csoport összehasonlításakor kétmintás t-próbát alkalmaztunk. Az internetbiztonság és cyberbullying program esetében pluszban különbségvizsgálatok (kétmintás t-próba, hatásnagyság: Cohen d) kerültek elemzésre.

Minden esetben a  $p < 0,05$  értéket tekintettük szignifikáns különbségnek.

I. táblázat  
A TANTUdSZ Programok kutatási módszerei, mintái

Program elnevezése (korcsoport)	Vizsgálati módszer	Minta elemszáma
Négy- és nyolcórás kézhigiéné program (alap- és középfokú oktatásban résztvevő gyermekek)	1) önkitöltős és strukturált kérdőív 2) bal és a jobb kézterület 20–20 részének kézszenkelése*	224
Négyórás folyadékbevitel program (alapfokú oktatásban résztvevő gyermekek)	önkitöltős és strukturált kérdőív**	326
Négyórás alapszintű újraélesztés program (7. és 9. évfolyamokon tanuló diákok)	önkitöltős és strukturált kérdőív és szimulált helyzetben készségek felmérése***	187
Internetbiztonság és cyberbullying program (alapfokú oktatásban résztvevő gyermekek)	önkitöltős és strukturált kérdőív****	536

\* A fizikai mérésen alapuló kutatási eszköz a Semmelweis Scanner (HandinScan Kft. 2018, Budapest) volt, amellyel a kézmosási technika hatékonyságának objektív értékelése történt.

\*\* A TANTUdSZ Program kvantitatív, kérdőíves pilot felmérését tudatosan egy budai (magasabb szocioökonómiai családi háttérű) és egy pesti (alacsonyabb szocioökonómiai családi háttérű) általános iskolában végeztük.

\*\*\* A kutatócsoport által összeállított és validált kérdőív újraélesztési ismereteket, szituációs helyzeteket és attitűdöket tartalmazó tételekből áll. Az alapszintű újraélesztés készségek felmérése szimulált helyzetben, két független instruktor párhuzamos megfigyelésével zajlik, előre meghatározott kérdéssor, szempontrendszer mentén.

\*\*\*\* Az internetfogyasztási szokások mellett a kérdőív tartalmazta a Problémás Internethasználat Kérdőív (PIUQ) itemeit, valamint az Impulzivitás, Kockázatvállalás, Empátia kérdőív (IVE-7) impulzivitás alszáját. A cyberbullyinggal kapcsolatos kérdések kitértek a cyberbullying érintettségére (3 szituációban), a segítségkérésre (tudás és hajlandóság), az áldozatokkal való azonosulásra (empátiás törődés), valamint az aktív-védelmező szerepvállalásra (3 fiktív helyzetben).

Forrás: saját szerkesztés

## EREDMÉNYEK

### 1. tétel – Megfelelő kézhigiéné

A kézhigiénével összefüggő elméleti tudásváltozás (mivel, hogyan, mennyi ideig) tekintetében az intervenció programok egyértelműen hatásosnak bizonyultak. A megfelelő szappan használatra, kézzárítási módra, valamint a kézmosás hosszára vonatkozó kérdések esetében jelentősen megnőtt a helyes válaszokat adó gyermekek száma ( $p < 0,001$ ). A kortársoktatás hosszútávú eredményességével kapcsolatban elmondható, hogy bár a kézhigiéné tudás mindenütt romlott, de az intervenció előtti eredményekhez képest mindenütt magasabb volt a helyes választ adók aránya [62–63].

A kézmosási készség gyakorlati vizsgálatánál (vagyis a kézzelmosások esetében) az intervenciót megelőzően nagyszámú hibapont volt detektálható a hüvelykujjnál és az ujjhegyeknél, ami összhangban van a szakirodalommal, de a vizsgált gyermekpopulációban a laterális dorzumot a kisujj magasabb hibapontszámmal megelőzte a jobb és a bal dorzális területeken is. A bal kézháton lévő mutatóujj szintén magasabb hibapontszámmal megelőzte az oldalsó dorzumot. Ugyanakkor a hibapontok száma mindkét tényéren elhanyagolható volt [62].

A kézmosási készséghez kapcsolódóan felmérések történtek arról is, hogy vajon a vizsgálati alanyok mennyire tudják azt, hogy mely kézterületek a leggyakrabban kihagyott területek (továbbiakban kihagyott kézterületek elméleti ismerete). A 2. ábra jól mutatja, hogy míg a kihagyott kézterületek elméleti ismerete nagyjából követi a kézhigiénéhez kapcsolódó tudásváltozást

hosszú távon (vagyis az intervenció hatására megnövekedett eredményesség lecsökken hosszú távon), addig a megszerzett valódi gyakorlati készség (vagyis a megfelelő kézmosás) nem változik, sőt hosszabb távon még csökkenést is mutatnak a hibapontszámok.

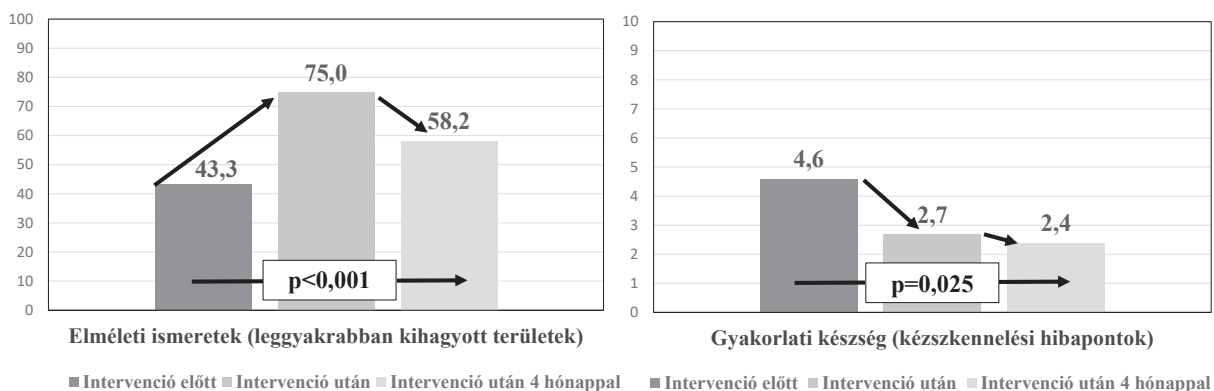
Az intervenció előtti kézzelmosás eredményeit nem befolyásolta a kihagyott kézterületek elméleti ismereti szintje ( $p = 0,962$ ), valamint a gyermek neme ( $p = 0,526$ ), azonban a gyermekek életkora szignifikáns összefüggést mutatott ( $p = 0,034$ ): minden egyes életév 0,02-vel növeli a hibázás arányát, azaz meglepő módon az életkor növekedésével egyre inkább jellemző, hogy a kérdéses területeken hibáznak a diákok [62].

S végül, eredményeink azt mutatják, hogy kisiskolás korban a nyolcórás program egyértelműen nagyobb hatékonysággal bír a kézhigiéné készségek javulására, hiszen a hibapontszámok csökkenése közötti átlagos eltérés a 8 vs. 4 óra oktatás esetében 1,76 (95%-os megbízhatósági tartomány: 0,19–3,33,  $p = 0,030$ ) volt [64].

### 2. tétel – Egészséges folyadékbevitel

A vizsgálatban résztvevő alsó tagozatos általános iskolások ( $n = 110$ ) kétharmada és a felső tagozatosok ( $n = 216$ ) majdnem fele nem tudta, hogy mi az ajánlott napi folyadékbevitel mennyisége. A folyadékfogyasztáshoz kapcsolódó ismereteket illetően ugyanakkor a kutatási alanyok több mint 90%-a tudta, hogy

- 1) nem csak akkor kell inni, ha szomjasak vagyunk,
- 2) a napi legnagyobb mennyiségű folyadékfogyasztásnak a víznek kell lennie, valamint
- 3) a nem megfelelő folyadékbevitel fejfájást és szájszárazságot okozhat. Az alsó tagozatosok mind-



2. ábra  
Kihagyott kézterületek elméletben (%) és gyakorlatban (hibapontok) (N=224)

Forrás: saját szerkesztés

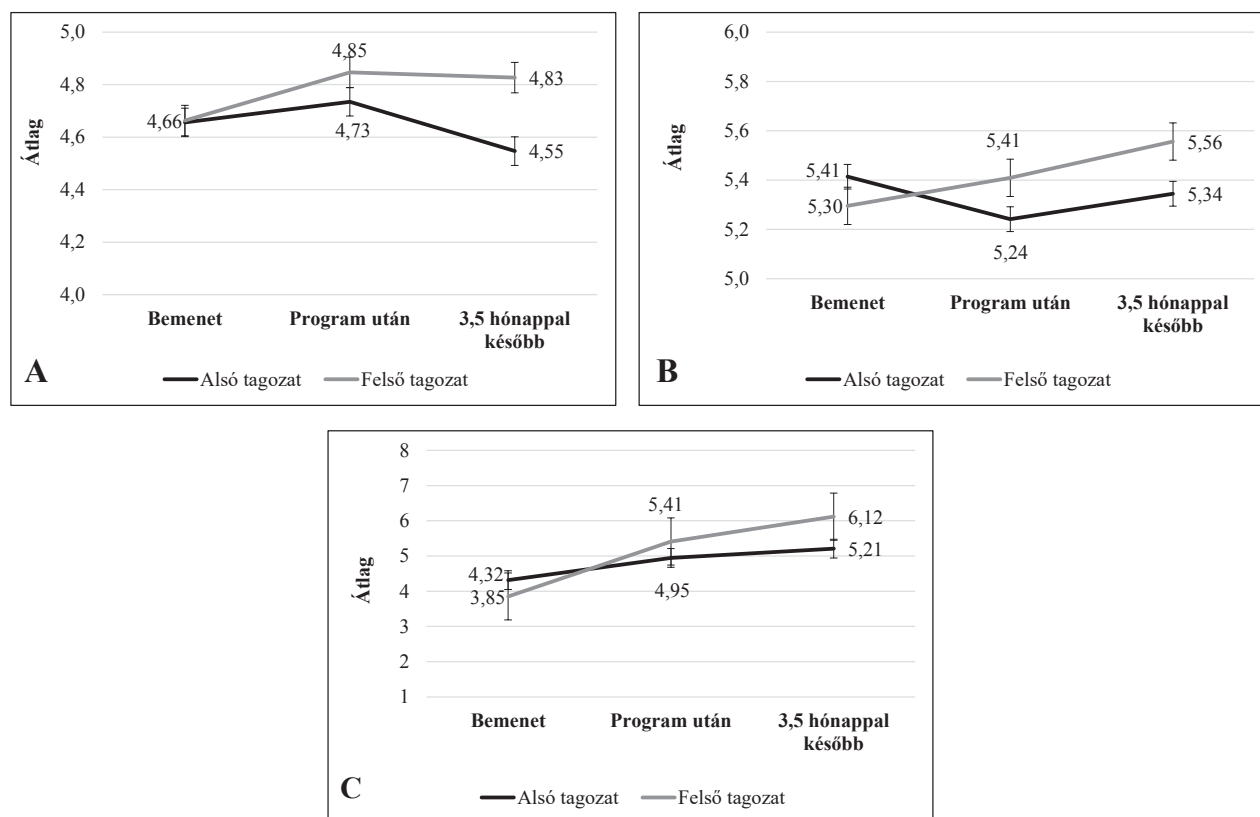
össze 17,6%-a, a felső tagozatosok 27,1%-a nem tudta, hogy a nem megfelelő folyadékbevitel sőtét vizeletürítést okozhat. A víz, a szénsavas és szénsavmentes ásványvíz, a jeges tea és a gyümölcsle ajánlott napi fogyasztási mennyiségére vonatkozó kérdésekre mindkét csoportban a tanulók több mint fele nem adott helyes választ, és sok alsó tagozatos általános iskolás hibás választ adott a tej ajánlott mennyiségére vonatkozóan is [65].

Meglepő módon az alsó tagozatosok a felső tagozatos gyerekekhez hasonló ismeretszinttel rendelkeztek az intervenciót megelőzően. Ugyanakkor a kortársoktatás hatására az alsó tagozatos gyermekeknél – az ajánlott napi folyadékbevitel kivételével – sem rövid, sem hosszú távon nem mutatkozott statisztikailag bizonyítható változás az ismeretekben, vélhetően a tanított ismeretek mennyisége túlságosan sok volt ennél a korosztálynál. Felső tagozatos általános iskolások körében

azonban egy területet – a nem megfelelő folyadékbevitel tüneteit – leszámítva, rövid és hosszabb távon egyértelműen kimutathatók voltak a TANTUdSZ Program pozitív hatásai ( $p < 0,001$ ) (3. ábra) [65].

Megvizsgálva a két iskola kisiskolás tanulói csoportjainak intervenció előtti válaszait statisztikailag bizonyítható különbség volt detektálható: az alacsonyabb szocioökonómiai családi háttérű iskola diákjai jellemzően kedvezőtlenebb válaszokat adtak, ugyanakkor az intervenciót követő 3,5 hónappal későbbi válaszadásakor ezek a különbségek már eltűntek. Ezzel összecsengenek a II. táblázatban található egészséggel és egészséges folyadékbevitellel kapcsolatos állításokra adott válaszok is, ahol a magasabb szocioökonómiai családi háttérű iskola diákjai inkább egyetértettek a kedvezőbb állításokkal az intervenció előtt.

Az egyes folyadékfajták fogyasztásának tekintetében hosszabb távon nőtt az alsó tagozatos gyermekek naponta többszöri csapvíz (67,0–75,6%) és frissen készí-



3. ábra

(A) Folyadékfogyasztás, (B) A nem megfelelő folyadékbevitel tünetei, és (C) A víz és a különböző italok ajánlott napi bevitel a bemenetkor (program előtt) – közvetlenül a program után – 3,5 hónappal későbbi időszakban alsó tagozatosok és felső tagozatosok körében [65]

\* Mindhárom ábrán a hibaszáv: standard hiba; fekete vonal: alsó tagozatosok, szürke vonal: felső tagozatosok.

## II. táblázat

A két iskolai almintában az egészséggel és egészséges folyadékbevitellel kapcsolatos állításokkal való egyetértésre vonatkozó statisztikai különbség és az idő függvényében bekövetkezett változás (N=80-110) [66\*]

Állítás	Statisztikai különbség a két iskolai almintá között (p-érték)	
	Intervenció előtt	3,5 hónappal később
Mindegy mit iszom, csak finom legyen.	0,012	0,738
Igyekszem, hogy napi rendszerességgel ne igyak egészségtelen innivalókat (például cukros üdítőket, kólát).	<0,001	0,137
Én tehetek a legtöbbet a saját egészségemért.	0,004	0,315

\* Megjelent az Új Diéta 2019. év 4. számban. Utánközlés a kiadó engedélyével.

tett gyümölcsle (31,3–36,3%) fogyasztása, ugyanakkor csökkent a dobozos gyümölcsle (20,2–15,4%) és a szén-savmentes víz (68,0–66,2%) ivása. Legalább napi egyszer tejet fogyasztott a gyermekek 62,4%-a, vagyis ez is egy kissé csökkent a 64,9%-ról. Az intervenciót megelőzően nagyon erős statisztikai különbséget találtunk a két iskola tanulói között a kóla fogyasztásában ( $p < 0,001$ ). Míg a budai kisiskolások 71,7%-a egyáltalán nem fogyasztott kólát, illetve nem fordult elő a napi szintű fogyasztás sem, addig a pesti kisiskolásoknál mindössze 15,2% nem ivott kólát, miközben megközelítőleg minden ötödik gyermek (19,5%) napi rendszerességgel fogyasztotta azt. A TANTUDSZ program egyik pozitív és hosszabb távú hatása szerint csökkent a bevallott kóla-fogyasztás a pesti iskola tanulói között, ugyanis már csak 11,7% számolt be arról, hogy napi rendszerességgel fogyaszt ilyen üdítőt. Ennek ellenére továbbra is – statisztikailag igazolható – különbség volt a két iskolai almintá válaszai között ( $p=0,007$ ) [66].

A pilot kutatásunkban résztvevő középiskolás diákok ( $n=50$ ) egy budai intézményből kerültek ki, és többségében magas társadalmi státuszú családokból származtak. Ezt azért fontos hangsúlyozni, mert a diákok már a bemeneti méréskor magas tudásszinttel és egészségtudatos attitűddel bírtak, azonban ezt a TANTUDSZ Program során sikerült még emelni. A programban résztvevő diákok önbevalláson alapuló folyadékfogyasztása kedvezően alakult: amíg a bemeneti méréskor a diákok 74%-a fogyasztott megfelelő mennyiségű folyadékot, a négy tanórás intervenció után ez az arány 80%-

ra ( $p < 0,001$ ), újabb négy tanórát követően 81%-ra, 3,5 hónappal később pedig 83%-ra nőtt. A „Fontos számomra, hogy kerüljem az egészségtelen italokat (pl. cukros üdítő, energiatalok)” állítást 1-től 5-ig tartó skálán a diákok átlagosan 3,06-ra értékelték, amely a négy tanórás program után 3,36-ra, újabb 4 órát követően 3,29-re, 3,5 hónappal később pedig 3,23-ra ( $p=0,030$ ) változott.

### 3. tétel – Alapszintű újraélesztés

A BLS kortársoktatói programot megelőzően a diákok BLS-sel kapcsolatos tudás terén átlagosan 39,1%-os teljesítményt mutattak a megszerezhető maximális tudáspontszámot 100%-nak véve, ez közvetlenül az intervenciót követően jelentős javulást (94,5%) mutatott. A négy hónappal későbbi visszaméréskor a BLS programban részt vett diákok teljesítménye 72,9%-ra csökkent, de az átlagpontszám még mindig magasabb volt, mint a programot megelőzően. A BLS-hez kapcsolódó attitűdök tekintetében már a bemeneti értékek is magasak voltak (átlagosan 83,8%-ot értek el a teljes pontszámból), így a kortársoktatói program hatásának mértéke itt volt a legalacsonyabb (III. táblázat).

Egy kisebb almintán ( $n=91$ ) elvégzett vizsgálat eredményei szerint azok a diákok, akik korábban vettek már részt BLS-képzésen (25,2%), nem adtak statisztikailag bizonyíthatóan nagyobb arányban helyes választ a BLS tudást mérő kérdésekre. Ugyanakkor egy konkrét szituációhoz kötött segítségnyújtásra<sup>2</sup> (BLS megkezdésére) vonatkozó kérdésben az intervenciót megelőzően a ko-

<sup>2</sup> Egy vasárnap délelőtt útban vagy gyalogosan egy barátodhoz. Az egyik üres utcában azt veszed észre, hogy tőled kb. 10 méternyire egy 30 év körüli férfi megáll, öklével a mellkasához kap, majd összeesik, a földre rogyik, elfekszik és nem mozdul. Ebben a helyzetben, ha szükséges, megkezdened-e a férfi újraélesztését (azaz alkalmaznál-e nála mellkasi nyomásokat)?

III. táblázat  
Tudás, készség, attitűd változása az alapszintű újraélesztés (BLS) program hatására  
(a százalékok az elért átlagpontszámok a megszerzhető maximális pontszámhoz  
képest kifejezett arányát jelentik) (N=187)

Mért változók	BLS program hatása		
	Intervenciót megelőzően	Intervenció után közvetlenül	Intervenció után négy hónappal
Tudás	39,1%	94,5%	72,9%
Készség	.*	82,0%	54,6%
Attitűd	83,8%	89,5%	89,2%

Forrás: saját szerkesztés

\* Előzetesen nem mért változó.

rábban már újraélesztés oktatáson részt vettek 73,1%-a, míg az ilyen tapasztalattal nem bírók csupán 52,6%-a válaszolt pozitívan, bár az eredmény ebben az esetben sem volt szignifikáns ( $p=0,132$ ) [42].

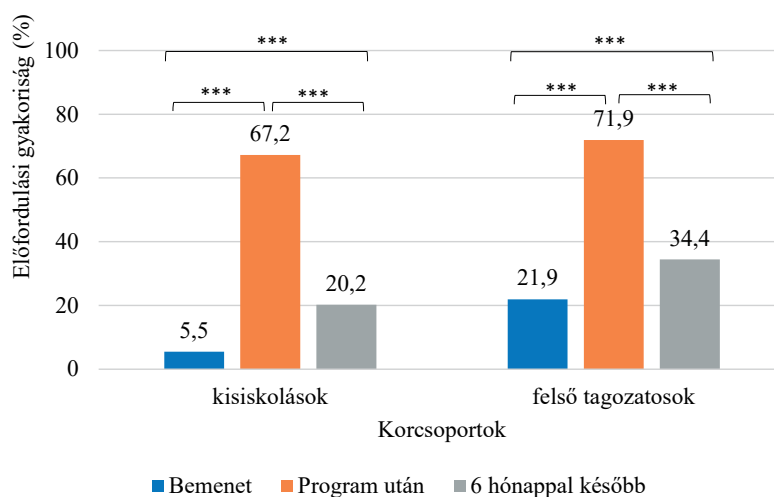
#### 4. tétel – Internetbiztonság és cyberbullying

A résztvevők összességében pozitív változást mutatnak a program után a segítségkéréssel kapcsolatos tudás (4. ábra) és hajlandóság, illetve az aktív-védelmező szerepvállalás dimenziójában, azonban ez a hatás a 6 hónappal későbbi utánkövetéses vizsgálat idejére elhalványult. [51, 55, 56] Fontos eredmény, hogy az alsó tagozatos diákok ( $n=195$ ) körében jelentősebb és stabi-

labb változást tapasztaltunk minden vizsgált dimenzióban, többek között a segélyszolgálatok (olyan honlapok, telefonos szolgálatok, amelyekhez interneten elkövetett bántalmazás esetén fordulni lehet) ismeretében is (4. ábra).

Eredményeink alapján a nem leginkább a segélyszervezetekkel kapcsolatos tudás, az empátiás törődés, valamint az online veszélyek észlelésének változásával mutatott összefüggést a lányok javára [55].

A cyberbullying érintettség, illetve a cyberbullying szerepek terén is tapasztaltunk különbséget, például az áldozatokkal szemben álló elkövető gyermekek áldozattal való azonosulásában, vagyis empátiás törődésében szignifikáns növekedés látható az intervenció után köz-

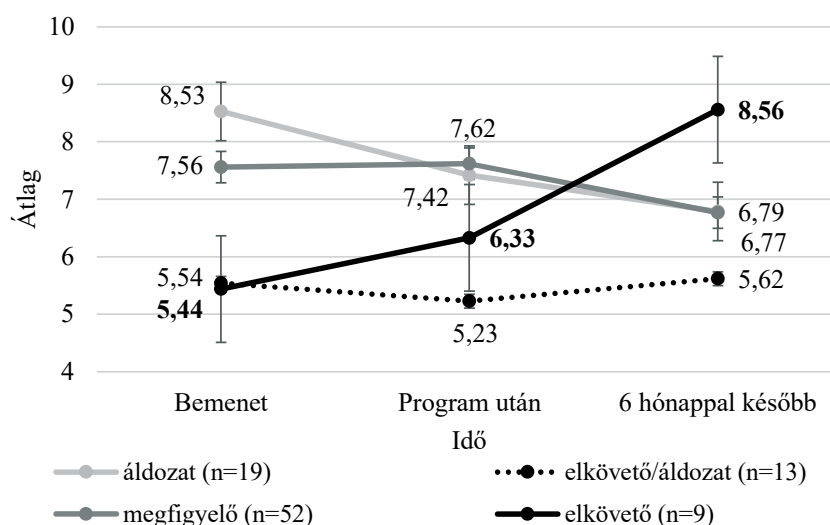


\*\*\* $p<0,001$

4. ábra  
Segélyszolgálatokat ismerő gyerekek aránya a program mérései során korcsoportok szerint [51:46]

Megjelent az Új Pedagógiai Szemle 2021. év 1-2. számában. Utánközlés a kiadó engedélyével.





5. ábra

Változás az empátiás törődésben (áldozatokkal való azonosulás) cyberbullying szerepek szerint a felső tagozatos résztvevők körében (hibasávok: standard hiba) [56:11]

vetlenül ( $p < 0,001$ ), és 6 hónappal később is ( $p = 0,027$ ) a felső tagozatos diákok ( $n = 341$ ) körében (5. ábra) [56].

## MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉS

Megállapítható, hogy a kézhigiéne kortársoktatás egyértelműen hatékonynak bizonyult rövid- és hosszútávon egyaránt. Bár négy hónap elteltével az elméleti ismeretek terén csökkenés tapasztalható, de az eredmények még mindig jobbák voltak, mint az intervenciót megelőzően mért értékek. A készségfejlesztés azonban hosszú távon is nagyon hatékonynak bizonyult, a gyermekek – az elméleti tudással szemben – sokkal fogékonyabbak voltak a kézmosási készségek elsajátítására. A kézmosás során kimaradt területeket vizsgálva, figyelembe véve a szakirodalmat, [8, 9] látható, hogy a tanulók legtöbb kimaradt területe csak részben azonos a felnőttek körében kimaradt területekkel, ami arra utal, hogy a gyermekek kézmosási szokásai eltérőek lehetnek. Ugyanakkor az életkor előre haladtával a gyermekek által kihagyott kézterületek egyre inkább egybeesnek a felnőttek által kihagyott területekkel. S bár megállapítható, hogy a kialakult helyes készségek fennmaradnak az elméleti ismeretek csökkenésével is, azonban elengedhetetlen ezeknek a programoknak ismétlése életkor-specifikus módon. Másrészt azonban az oktatásban az elméleti ismeretek átadását időről időre ismételni szükséges, hiszen a járulékos kérdések (így a megfelelő szappan használata, valamint a helyes kéztörletési/kézzárítási mód) is legalább olyan fontosak.

Bár a TANTUdSZ Programban résztvevő diákok igen nagy hányada (különösen igaz ez a megállapítás a magasabb szocioökonómiai helyzetben lévő gyermekekre) már az intervenció előtt is tisztában volt a nem megfelelő mértékű és minőségű folyadékbevitellel, azonban ez az egészségmagatartásukra kevésbé hatott. A TANTUdSZ Program hatékonyságát egyértelműen determinálta a gyermekek életkora, valamint a gyermekek tanulási helyszíne. Ebből következően a jövőbeni egészségfejlesztési programokban erre nagy figyelmet kell fordítani. A folyadékfogyasztási témában egy egyszeri, négy tanórán át tartó beavatkozás nem elegendő kisiskolások számára, a négy tanóránál hosszabb, egybefüggő intervenció azonban nem ajánlott ebben az életkorban, vagyis többszöri alkalom szükséges ahhoz, hogy hosszabb távon is eredményes legyen az intervenció, ahogyan azt más kutatások is megerősítették [67]. Ugyanakkor az is lehetséges, hogy a kortársképzés hatékonyabb az általános iskola felső tagozatában, mivel kisebb a kor-különbség a célpopuláció és a kortársképzők között, ennek vizsgálatára további kutatások szükségesek. A középiskolás diákok számára elegendő volt a négy tanórás intervenció ebben a témában, az újabb négy tanóra már nem járult hozzá statisztikailag igazolható módon tudásuk, egészségmagatartásuk és attitűdjük változásához.

Fontos kiemelni, hogy az újraélesztési készségek terén a TANTUdSZ Program rövid és hosszú távon is viszonylag nagy hatást eredményezett, bár ennek a hatásnak a mértéke kisebb volt az elméleti BLS ismeretszerzés tekintetében. Ugyanakkor az is megállapítha-

tó, hogy a korábbi BLS-tapasztalat pozitív hatással van az újraélesztés megkezdésére vonatkozó attitűdre, amely amiatt fontos, mert a segítségnyújtási hajlandóság, beleértve az újraélesztést is, világszerte meglehetősen alacsony, bár különböző mértékben [68].

Az anti-cyberbullying programokkal foglalkozó összegző tanulmányok nem egységesek abban, milyen hosszúságú intervenció szükséges a hosszútávú eredményességhez [46, 50]. Eredményeink egyértelműen mutatják, hogy az egy alkalmas intervenciók csak rövidtávú eredményességet biztosítanak, ezért mindenképpen ismétlődő, hosszabb programok szükségesek a hosszútávú eredményességhez [45]. Elemzéseink mindemellett felhívják a figyelmet arra, hogy az internetbiztonság és cyberbullying programok tervezésénél fontos figyelembe venni a résztvevők nemét, cyberbullying érzékenységet, valamint életkorát (iskolai osztályát). Kiemelendő, hogy az alsó tagozatos résztvevők nagyobb nyitottságot mutattak a program iránt, emellett nagyobb és valamelyest tartósabb változást tapasztaltunk körükben a felső tagozatosokhoz viszonyítva.

## ZÁRÓGONDOLATOK ÉS A JÖVŐ

Négy év alatt 32 hazai és erdélyi közoktatási helyszínen, az óvodaskortól a középiskolás korosztállyal bezárólag megközelítőleg 3000 gyermek/ fiatal vett részt a TANTUdSZ programokon. 125 egyetemista és 36 középiskolás segítette kortársoktatóként, kortárssegítőként az óvodai és iskolai egészségfejlesztési programok megvalósulását. A témafelelős szakértői csoportok összesen 34 kérdőívet dolgoztak ki, illetve dolgoztak át mentközben.

Olyan konkrét egészségfejlesztési témák választása történt meg a TANTUdSZ Programban, melyre a közoktatásban már a COVID-19 járványt megelőzően is növekvő figyelem irányult, a pandémia globális válsága, s az arra érkezett ajánlások azonban egyértelművé tették az ebből a szempontból is szerencsésnek mondható témaválasztások (így pl. a kézhigiéniái vagy internetbiztonság és cyberbullying program) aktualitását.

Meggyőződésünk, hogy a fiatalok egymással való proaktív és helyes irányban történő kommunikációja, annak segítése pl. kortársak vagy kortárssegítők által, hatalmas erőforrásokat szabadíthat fel a társadalom szerveződésének optimális irányba történő eltolódása szempontjából. Hiszünk abban, hogy a leendő pedagógusok, diplomás egészségügyi dolgozók téma iránti érze-

kenítése, kortársoktatóként történő megjelenésük a közoktatás színterein egy újfajta motivációs scenáriót eredményez mindkét irányban. Növeli az idősebbek felelősségtudatát, az ifjabbak számára pedig a befogadható, játékos elemekkel tarkított programokkal az iskolai élményt fokozza, miközben a TANTUdSZ Program a felsőoktatási képzésekben, az egészségfejlesztés területén érzékelt területi gyakorlat hiátusát, kisebb jelenlétét igyekszik javítani.

A TANTUdSZ Program eredményei rávilágítottak arra, hogy az iskolai egészségfejlesztés tanítási/tanulási folyamataihoz elengedhetetlen egy fontos előkészítő elem, vagyis a hatékony, témához kötött egészségfejlesztési irány pontos meghatározása kiscsoport (vagy iskolai osztály) specifikusan. Tekintettel az iskolai környezetre, a célcsoport diverzitására, nem lehet hatékonyan egy egységes metodikát, tudástartalmat közvetíteni az egészségfejlesztési programokban. Különösen igaz ez a magas egészségügyi kockázatú fiatalok csoportjaira, akik

- 1) eleve korlátozottan férnek hozzá az egészséggel kapcsolatos ismeretekhez, sőt az egészségfejlesztési forrásokhoz,
- 2) a szociális környezetük által determináltan kevésbé nyitottak az ilyen programok iránt, és az előzőekből következően
- 3) összetettebb egészségfejlesztési programra van szükségük.

Vagyis a TANTUdSZ Program szerves folytatásaként célunk, hogy a kutatócsoport által bevezetni kívánt új modell, az ún. E-TiPP csomag [69] segítségével lehetőség nyíljon a tizenévesek egészségmagatartása és az ahhoz kapcsolódó attitűdjeik és egészségműveltségük közti komplex összefüggések mérésére.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

*A TANTUdSZ Program a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával, a Tantárgy-pedagógiai Kutatási Program keretein belül valósult meg.*

*Köszönetünket szeretnénk kifejezni a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, valamint az Eötvös Lóránd Tudományegyetem Tanító- és Óvóképző Kar programban résztvevő kortársoktató hallgatóinak, az egészségfejlesztési programok helyszínéül szolgáló közoktatási intézmények vezetőinek és pedagógusainak, valamint köszönetet mondunk a HandInScan Zrt.-nek és az Ecolab-Hygiene Kft.-nek a támogatásukért.*

## IRODALOM

1. Gradwohl, E., Németh, Gy.: Kortárs segítők az ókori világban. In: Falus A., Feith H.J. (szerk.): Egészségfejlesztés és nevelés. Egy lehetséges pedagógiai módszer elméletben és gyakorlatban. Akadémiai Kiadó, Budapest, 94–99, 2019
2. Feith, H.J., Lukács J., Á., Gradwohl, E. et al.: Health Education – Responsibility – Changing Attitude. A new pedagogical and methodological concept of peer education... *Acta Univ. Sapientiae, Social Analysis*, 8: 55–74, 2018
3. McCoy, M.K., Englander, E.K., Parti, K.: A model for providing bullying prevention programs to K-12 education while training future educators. In: Campbell, M., Bauman, S. (eds.), *Reducing cyberbullying in schools: International evidence-based best practices*, Elsevier Academic Press, 109–124, 2017
4. Lukács J., Á., Mészárosné Darvas, S., Soósé Kiss, Z., és mtsai.: Kortárs egészségfejlesztési programok gyermekek és fiatalok körében a hazai és a nemzetközi szakirodalom tükrében - Szisztematikusan áttekintés. *Egészségfejlesztés*, 1: 6–24, 2018
5. Ali, M., Verrill, L., Zhang, Y.: Self-reported hand washing behaviors and foodborne illness: A propensity score matching approach. *J. Food Prot*, 77: 352–358, 2014
6. Sakihama, T., Honda, H., Saint, S. et al.: Hand Hygiene Adherence Among Health Care Workers at Japanese Hospitals: A Multicenter Observational Study in Japan. *J Patient Saf*, 1: 11–7, 2016
7. Løyland, Bb, Peveri, A.M., Hessevaagbakke, E. et al.: Students' observations of hand hygiene in nursing homes using the five moments of hand hygiene. *J. Clin. Nurs*, 5-6: 821–830, 2020
8. Szilágyi, L., Haidegger, T., Lehotsky, A., et al.: A large-scale assessment of hand hygiene quality and the effectiveness of the "WHO6-steps". *BMC Infect Dis*, 13: 54–63, 2013
9. Vanyolos E, Peto K, Viszlai A, et al. Usage of Ultraviolet Test Method for Monitoring the Efficacy of Surgical Hand Rub Technique Among Medical Students. *J Surg Educ*, 3: 530–535, 2015
10. Nandrup-Bus I. Comparative studies of hand disinfection and handwashing procedures as tested by pupils in intervention programs. *Am J Infect Control*, 6: 450–455, 2011
11. Randle, J., Metcalfe, H., Webb, J.C.A. et al.: Impact of an educational intervention upon the hand hygiene compliance of children. *J Hosp Infect*, 85: 220–225, 2013
12. Willmott, M., Nicholson, A., Busse, H. et al.: Effectiveness of Hand Hygiene Interventions in Reducing Illness Absence Among Children in Educational Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arch Dis Child*, 1: 42–50, 2016
13. Wang, Z., Lapinski, M., Quilliam, E. et al.: The effect of hand-hygiene interventions on infectious disease-associated absenteeism in elementary schools: A systematic literature review. *Am J Infect Control*, 45: 682–689, 2017
14. Feith, H.J., Lehotsky, Á., Lukács J., Á. et al.: Methodological approach to follow the effectiveness of a hand hygiene peer education training programme at Hungarian schools. *DHS*, 2: 39–43, 2018
15. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906\\_eng.pdf;jsessionid=B6523C32C4B955DB54808691EDBD1FEB?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=B6523C32C4B955DB54808691EDBD1FEB?sequence=1)
16. D'Anci, K.E., Constant, F., Rosenberg, I.H.: Hydration and cognitive function in children. *Nutr Rev*, 10: 457–464, 2006
17. Duffey, K.J.: Beverage consumption among European adolescents in the HELENA Study. *Eur J C Nutr*, 2: 244–252, 2012
18. Iglesia, I., Guelinckx, I., De Miguel-Etayo, P.M. et al.: Total fluid intake of children and adolescents: cross-sectional surveys in 13 countries worldwide. *Eur J Nutr*, 2: 57–67, 2015
19. Kaushik, A., Mullee, M.A., Bryant, T.N. et al.: A study of the association between children's access to drinking water in primary schools and their fluid intake: can water be 'cool' in school? *Child Health Care Dev*, 4: 409–415, 2007
20. Németh, Á., Arnold, P., Kökönyei, G., és mtsai.: Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014. Budapest. <http://mek.oszk.hu/16100/16119/16119.pdf>. (accessed 30 Nov 2022)
21. Yang, Y.C., Bleich, S.N., Gortmaker, S.L.: Increasing contribution from sugar-sweetened beverages and 100% fruit juices among US children and adolescents, 1988–2004. *Pediatrics*, 6: e1604–1614, 2008
22. Levy, D.T., Friend, K.B., Wang, Y.C.: Forum on child obesity interventions. A review of the literature on policies directed at the youth consumption of sugar sweetened beverages 1–3. *Adv Nutr*, 2: 182S–200S, 2011
23. Hu, F.B.: Resolved: there is sufficient scientific evidence that decreasing sugar-sweetened beverage consumption will reduce the prevalence of obesity and obesity-related diseases. *Obesity Reviews*, 8: 606–619, 2013
24. Skinner, A.C., Ravanbakht, S.N., Skelton, J.A. et al.: Prevalence of obesity and server obesity in US Children, 1999–2016. *Pediatrics*, 3: e20181916, 2018
25. UNICEF-WHO-World Bank: Levels and Trend in Child Malnutrition: UNICEF-WHO-World Bank Joint Child Malnutrition Estimates. UNICEF, New York; WHO, Geneva; World Bank, Washington DC, 2018
26. Finger, J.D., Varnaccia, G., Tylleskär, T. et al.: Dietary behaviour and parental socioeconomic position among adolescents: The German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents 2003–2006 (KiGGS). *BMC Public Health*, 1: 1–13, 2015
27. Coppinger, T., Howells, K.: International comparison of children's knowledge, barriers and reported fluid intake across the school day. *Int J Nutr*, 1: 1–9, 2019
28. Fernández-Alvira, J.M., Iglesia, I., Ferreira-Pêgo, C., et al.: Fluid intake in Spanish children and adolescents; a cross-sectional study. *Nutr Hosp*, 5: 1163–1170, 2014
29. Mantziki, K., Renders, C.M., Seidell, J.C.: Water consumption in European children: Associations with intake of fruit juices, soft drinks and related parenting practices. *Int J Environ Res Public Health*, 6: 583, 2017
30. Piernas, C., Barquera, S., Popkin, B.M. Current patterns of water and beverage consumption among Mexican children and adolescents aged 1–18 years: analysis of the Mexican National Health and Nutrition survey 2012. *Public Health Nutr*, 10: 2166–2175, 2014
31. Vieux, F., Maillot, M., Constant, F. et al.: Water and beverage consumption patterns among 4 to 13-year-old children in the United Kingdom. *BMC Public Health*, 1: 4–12, 2017
32. Kuvaki, B., Özbilgin Ş.: School Children Save Lives. *Turk J Anaesthesiol Reanim*, 3: 170–175, 2018
33. Go, A.S., Mozaffarian, D., Roger, V.L., et al.: Heart disease and stroke statistics - 2014 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 3: e28–e292, 2014
34. Hasselqvist-Ax, I., Riva, G., Herlitz, J. et al.: Early CPR in Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *N Eng J Med*, 16: 1573–1574, 2015
35. Song, J., Guo, W., Lu, X. et al.: The effect of bystander cardiopulmonary resuscitation on the survival of out-of-hospital cardiac arrests: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 1: 86, 2018

36. Bánfai, B., Pandur, A., Pék, E., és mtsai.: Hány éves kortól képesek a gyermekek újraéleszteni? – A hatékonyság felmérése általános iskolás gyermekek körében *Orvosi Hetilap*, 4: 147–152, 2017
37. Nolan, J.P., Perkins, G.D., Soar, J.: Improving survival after out-of-hospital cardiac arrest. *BMJ (Clinical research ed.)*, 351: h4989, 2015
38. Wissenberg, M., Lippert, F.K., Folke, F. et al.: Association of national initiatives to improve cardiac arrest management with rates of bystander intervention and patient survival after out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA*, 13: 1377–1384, 2013
39. Böttiger, B.W., Van Aken, H.: Training children in cardiopulmonary resuscitation worldwide. *Lancet (London, England)*, 9985: 2353, 2015
40. De Buck, E., Van Remoortel, H., Dieltjens, T. et al.: Evidence-based educational pathway for the integration of first aid training in school curricula. *Resuscitation*, 94: 8–22, 2015
41. Raffay, V., Reiner, W., Greif, R. et al. (eds): *BLS Instructor Course Manual. ERC Guidelines 2015 edition*, European Resuscitation Council, 23–27, 2015
42. Fritúz, G., Gradwohl, E., Feith, H.J. és mtsai.: Egy lehetséges iskolai „jógyakorlat” az újraélesztés kortársoktatásában: Egy egészségfejlesztési program első tapasztalatai. *Orvosi Hetilap*, 46: 1816–1820, 2019
43. Ey, L-A., Taddeo, C., Spears, B.: *Cyberbullying and Primary-School Aged Children: The Psychological Literature and the Challenge for Sociology*, Societies, 2: 492–514, 2015
44. Hutson, E., Kelly, S., Militello, L.K.: Systematic Review of Cyberbullying Interventions for Youth and Parents with Implications for Evidence-Based Practice. *Worldviews Evid Based Nurs*, 1: 72–79, 2018
45. Gaffney, H., Farrington, D., Espelage, D. et al.: Are cyberbullying intervention and prevention programs effective? A systematic and meta-analytical review. *Aggress Violent Behav*, 45: 134–153, 2019
46. Ng, E.D., Chua, J., Shorey, S.: The Effectiveness of Educational Interventions on Traditional Bullying and Cyberbullying Among Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence Abuse*, 1: 132–151, 2022
47. Fülöp, M., Sebestyén, N., Almeida, A. és mtsai.: Anti-cyberbullying programok áttekintő elemzése 27 ország tükrében. In: Ollé, J. (szerk.): 4. Oktatás-informatikai konferencia: Tanulmánykötet, Eötvös Kiadó, Budapest, 120–125, 2012
48. Parti, K., Schmidt, A., Néray, B. et al.: TABBY in Internet: The Assessment of the Volume of Cyberbullying Among Students, and School Mentor Training in Hungary (2011–2014). In: Zhao, B. (ed.): *Toward Scientific Criminal Law Theories: CCLS Tenth Anniversary Anthology of papers from International Academic Partners*. Law Press China, Beijing, 840–850, 2015
49. Hajnal Á.: Az internetes zaklatás megelőzését segítő iskolai programok sikertényezői. *Köz-gazdaság*, 3: 225–242, 2020
50. Cantone, E., Piras, A.P., Vellante, M. et al.: Interventions on bullying and cyberbullying in schools: A systematic review. *Clin Pract Epidemiology Ment Health*, 1: 58–76, 2015
51. Lukács J., Á., Takács, J., Kitzinger, I. és mtsai.: Iskolai cyberbullying-intervenció rövid- és hosszútávú eredményessége a segítségkérés és a programmal való elégedettség dimenziójában – A TANTUdSZ ifjúsági egészségnevelési program tapasztalatai általános iskolások körében. *ÚPSZ*, 71: 37–55, 2021
52. Dooley, J.J., Gradinger, P., Strohmeier, D. et al.: Cyber-victimisation: the association between help-seeking behaviours and self-reported emotional symptoms in Australia and Austria. *Aust J Guid Couns*, 2: 194–209, 2010
53. Zych, I., Baldry, A., Farrington, D. et al.: Are children involved in cyberbullying low on empathy? A systematic review and meta-analysis of research on empathy versus different cyberbullying roles. *Aggress Viol Behav*, 45: 83–97, 2019
54. Pozzoli, T., Gini, G.: Active defending and passive bystanding behavior in bullying: The role of personal characteristics and perceived peer pressure. *J Abnorm Child Psychol*, 6: 815–827, 2010
55. Kapitány-Fövény, M., Lukács J., Á., Takács, J. et al.: Gender-specific pathways regarding the outcomes of a cyberbullying youth education program. *Pers Individ Differ*, 186, 2022
56. Lukács J., Á., Takács, J., Soósné Kiss, Z. et al. *The Effects of a Cyberbullying Intervention Programme Among Primary School Students*. *Child Youth Care Forum*, 2022
57. Van der Graaff, J., Carlo, G., Crocetti, E., et al.: Prosocial behavior in adolescence: Gender differences in development and links with empathy. *J Youth Adolesc*, 5: 1086–1099, 2018
58. Zsila, Á., Urbán, R., Griffiths, M.D. et al.: Gender Differences in the Association Between Cyberbullying Victimization and Perpetration: The Role of Anger Rumination and Traditional Bullying Experiences. *Int J Ment Health Addiction*, 17: 1252–1267, 2019
59. Smith, P.K.: Bullying in primary and secondary schools: psychological and organizational comparisons. In: Jimerson, S.R., Swearer, S.M., Espelage, D.L. (eds.), *Handbook of bullying in schools: An international perspective*, Routledge, New York, 137–150, 2009
60. Salmivalli, C., Poskiparta, E.: KiVa Antibullying Program: Overview of Evaluation Studies Based on a Randomized Controlled Trial and National Rollout in Finland. *Int J Confl Viol*, 6: 293–301, 2012
61. Völlink, T., Bolman, C.A., Dehue, F. et al.: Coping with Cyberbullying: Differences Between Victims, Bully-victims and Children not Involved in Bullying. *J Community Appl Soc Psychol*, 23: 7–24, 2013
62. Molnár, ZS., Varga, L., Gyenes, G. et al.: Effectiveness of a Hungarian peer education handwashing programme in primary and secondary schools. *DHS*, 3: 58–64, 2020
63. Feith, H.J., Lehotsky, Á., Füzi, A.R. és mtsai.: Egy iskolai kézhigiénés egészségnevelési program hatásvizsgálatának tanulságai - az első pilot eredmények. *IME*, 2: 18–23, 2018
64. Feith, H.J., Lehotsky, Á., Gézsi, A. és mtsai.: Egészségpedagógiai tapasztalatok a gyermekek kézművészetének oktatásában; higiénés nevelés a világhírűben. *Orvosi Hetilap*, 46: 1842–1847, 2021
65. Soósné Kiss, Zs., Takács, J., Lukács J., Á. et al.: School health peer education program in fluid consumption and its effectiveness in knowledge transfer and retention (kézirat)
66. Szőke, A., Benke, F.E., Ábrám, B. és mtsai.: TANTUdSZ iskolai kortárs egészségfejlesztési program folyadékfogyasztás témában III.: A kortársoktatás elége-(dettsége)? Egy hazai kutatás tanulságai. *Új Diéta: A magyar dietetikusok lapja*, 4: 9–12, 2019
67. Vargas-Garcia, E.J., Evans, C.E.L., Prestwich, A. et al.: Interventions to reduce consumption of sugar-sweetened beverages or increase water intake: evidence from a systematic review and meta-analysis. *Obesity Prevention*, 11: 1350–1363, 2017
68. Tannvik, T.D., Bakke, H.K., Wisborg, T.: A systematic literature review on first aid provided by laypeople to trauma victims. *Acta Anaesthesiol Scand*, 10: 1222–1227, 2012
69. Nagy É., Gradwohl E., Dobos A. és mtsai.: Covid19 előtt és után... Az Egészségműveltség és egészség-magatartás méréseinek lehetősége tizenévesek körében. *Magyar Tudomány*, 10: 1325–1337, 2022

## A megelőzés nem játék? Innováció és játékosítás a drogprevenció területén

### Prevention is not a game? Innovation and gamification in the field of drug prevention

<sup>1</sup> Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Addiktológia Tanszék – 1088 Budapest, Vas utca 17.  
Tel.: (1) 486 4919 – Fax: (1) 486 4912 – E-mail: m.gabrilovics@gmail.com

<sup>2</sup> Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet – Nyírő Gyula Kórház

**Összefoglalás:** Az addiktológiai prevenció terén az elmúlt években mind a hazai, mind a nemzetközi gyakorlatban megnőtt az automatizált, valamint a játékosítás elemeit bevonó projektek száma. Jelen tanulmány első lépésként áttekinti a hatékony prevenció és egészségfejlesztés néhány főbb feltételét – ideértve például a személyes tapasztalás és az érzelmekre hatás jelentőségét –, majd ezek szemléltetéseként összegzi három hazai drogprevenció projekt (VoltEgySzer mobilalkalmazás, Tudat-törő szabadulószoza, Missing 10 hours VR projekt) fontosabb tapasztalatait. Ezen tapasztalatok között kiemelhető az audiovizuális és játékosított tartalmak, a multidiszciplinaritás, az interaktivitás, valamint a technológiai immerzió jelentőségének felismerése, lévén, hogy ezen elemek hozzájárulhatnak a célpopuláció bevonódásához és a viselkedésváltozáshoz szükséges belső motiváció megjelenéséhez.

**Kulcsszavak:** játékosítás; drogprevenció; automatizáció; telemedicina

**Summary:** In the field of addiction prevention, the number of automated and gamified projects has increased in both national and international practice in recent years. As a first step, this study reviews some of the main conditions for effective prevention and health promotion – including, for example, the importance of personal experience and the impact posed on emotions – and then summarizes three national drug prevention projects (Once Upon a High mobile application, Mind-breaker escape room, Missing 10 hours VR project) as an illustration of these experiences. Among these experiences, the recognition of the importance of audiovisual and gamified content, multidisciplinary, interactivity, and technological immersion can be highlighted, as these elements can contribute to the involvement of the target population and the emergence of intrinsic motivation for behaviour change.

**Keywords:** gamification; drug prevention; automatization; telemedicine

## BEVEZETÉS

A szenvedélybetegségek korunk legelterjedtebb mentális problémái közé tartoznak, olyan mértékű egészségügyi és gazdasági terhet róva a társadalomra, melyek miatt népegészségügyi szinten is kiemelt figyelmet érdemelnek. Megkülönböztethetünk kémiai és viselkedési addikciókat, ezek tünettana azonban jelentős átfedést mutat, mint ahogyan a függőségek e két nagy családja között a komorbiditás mértéke sem elhanyagolható. Az alábbiakban (epidemiológiai szempontból) áttekintett addikciók között akadnak olyanok, melyeket elsősorban az irányukban megfigyelhető pszichiátriai és klinikai pszichológiai kutatási érdeklődés, valamint

a magas prevalenciaértékek és nem feltétlenül a klaszifikációs rendszerek általi jegyzettség okán említünk meg.

A globális prevalencia tekintetében egyértelműen a különféle digitális (javarészt az online jelenléthez köthető) addikciók emelkednek ki. Egy friss szisztematikus áttekintő tanulmány és meta-analízis értelmében [1] ezek globális összevont élettartam prevalenciaértéke az alábbiak szerint alakul a felnőtt lakosság körében: okostelefonfüggőség (26,99%), közösségi média addikció (17,42%), internetfüggőség (14,22%), cyberszexfüggőség (8,23%), videójátékfüggőség (6,04%). A szerhasználati zavarok esetén ugyanezen világszinten megfigyelt prevalenciaértékek a következő sorrendben írhatóak le:

az alkoholhasználati zavar esetén a legmagasabb (1,5%), az egyéb pszichoaktív szerek közül a kannabiszhasználati zavar (0,32%), majd az opioidhasználati zavar (0,29%) vezeti a listát [2]. Tegyük azonban hozzá, hogy a viselkedéses addikciók és a szerhasználati zavarok előfordulási mintázata egyaránt heterogén képet mutat, melyben a kultúrközi különbségeken túl egyéb szociodemográfiai jellemzők (pl. nemi és életkori eloszlás, szocio-ökonomiai státusz, iskolai végzettség) is szerepet játszanak. Az a tény például, hogy az opioidhasználati zavar a droghasználati problémák közül az összesített prevalencia tekintetében második helyen áll, elsősorban az Egyesült Államokban és Kanadában az 1990-es évek óta kibontakozóban lévő, majd a 2000-es évektől kezdve rohamos terjedést mutató opioid krízisnek köszönhető [3], miközben hazánkban az általános populációban például a heroinhasználat élettartam prevalenciája mindössze 0,4% volt 2019-ben [4]. És hasonlóképpen, miközben az alkoholhasználati zavar 1,5%-os éves szintű prevalenciaértéke a fent idézett tanulmány adatai alapján első ránézésre eltörpül például a digitális addikciók gyakoriságához képest, más becslések ennél sokkalta magasabb, akár a 10%-ot is megközelítő globális értékeket feltételeznek (pl. a Global Burden of Disease kutatás) [5]. Érdemes tehát kellő mértéktartással értelmezni egy-egy epidemiológiai vizsgálat eredményeit, még akkor is, ha azok adott esetben szisztematikus jellegű adatgyűjtésen alapulnak.

A függőség kialakulásával egyre inkább elmarad az addiktív magatartás kezdeti jutalmazó hatása, és helyébe – a receptorok számának és érzékenységének csökkenése, valamint a metabolizációs adaptáció révén kialakuló tolerancia, majd a megvonási tünetek megjelenésével – a kényszer, a negatív tünetek elől való menekülés lép [6]. Minél hamarabb kerül tehát felismerésre az addiktív magatartás, annál nagyobb eséllyel előzhető meg a zavar súlyosbodása. Éppen ezért kiemelt feladat a preventív programok tervezése, implementációja és hatékonyságvizsgálata. A prevenció szintjeinek értelmezésekor az addiktológia területén is leginkább a Gordon- [7] és a Caplan-féle [8] tipológiákat szokás alapul venni, megkülönböztetve tehát primer, szekunder és terciér, valamint univerzális, szelektív és indikált preventív szinteket és hozzájuk tartozó beavatkozási formákat. A prevenció különböző szintjein tehát eltérő technikák alkalmazása ajánlott. A primer prevenció szintjén például a készségfejlesztés, a pszichoedukáció vagy az érzelmi nevelés tekinthető adekvát technikának. A szekunder prevenció szintjén már

sokkal inkább a szűrés, a problémabecslés és korai intervenció válik indokolttá. A terciér prevenció szintjén pedig a terápia, a rehabilitáció és a reszocializáció és a relapszus prevenció eszköztárából érdemes válogatni. A célpopuláció tekintetében univerzális prevenció esetén (pl. az általános populációt megcélzó projekteknel) gyakoriak a tömegkommunikációs és egészségfejlesztő kampányok, a szelektív prevencióra a rendszerszintű (pl. családot célzó) intervenciók és mentorprogramok jellemzőek leginkább, míg indikált prevenció esetén az addikciós értelemben vulnabilitást mutató személyek specifikus igényeire reflektáló beavatkozásokat emelhetjük ki. Az addiktológiai prevenciók munka hagyományos színterei közé tartoznak az iskolák, preventív központok, bevásárló központok, lakótelepek, gyermekotthonok, táncos szórakozóhelyek vagy éppen a túcsere programok helyszínei. Az addikciós zavarokkal érintettek magas aránya, illetve a preventív és terápiás intézmények limitált kapacitása egyre inkább szükségessé tették az automatizált beavatkozások fejlesztését. Mint azt hamarosan látni fogjuk, a telemedicina gyors fejlődésével a beavatkozások színtere így jelentősen kibővült (illetve helyszíntfüggetlenné vált). Napjainkban már számtalan olyan preventív alkalmazás és web-alapú program érhető el, melyek a nap huszonegy órájában rendelkezésre állnak. További előnyük, hogy személyre szabott módon, interaktív jelleggel, audiovizuális tartalmak segítségével képesek korszerű, a célpopuláció bevonódását fokozó preventív hatást elérni.

## SZEMÉLYES TAPASZTALATOK ÉS ÉRZELMI HATÁSOK

Mint egészséggel kapcsolatos döntéseink esetén, az addiktív magatartásokra vonatkozó elhatározásainkra is igaz, hogy az esetek egy részében ezeket a döntéseket sokkal inkább érzelmi, semmint racionális alapon hozzuk meg, illetve, hogy hátterükben a korábbi személyes tapasztalatok legalább olyan jelentős szerepet játszhatnak, mint a szakemberektől érkező információk [9]. Hogy milyen információt fogadunk el egyáltalán, illetve, hogy ezek mennyiben vezetnek aztán tényleges viselkedésváltozáshoz, azt is több tényező befolyásolja. Sharot és Sunstein [10] három ilyen alapvető tényezőt különböztet meg:

- 1) a megszerzett információ facilitálja-e a viselkedést, akár pozitív, akár negatív értelemben (vagy-

is a tudásnak ilyen értelemben van-e instrumentális értéke);

- 2) az adott információ pozitív és negatív érzelmekeket egyaránt kiválthat (hedonikus érték), az emberek pedig jellemzően hajlamosak elkerülni minden olyan információt, amely negatív affektust idéz elő;
- 3) az információ abban az esetben képes megismerési folyamatainkra hatást gyakorolni, amennyiben a világról korábban kialakított mentális modellünk valamely "csomópontjához" tud kapcsolódni (kognitív érték). Másként fogalmazva: ha a prevenció során szerzett új ismeret asszociatív módon képes egy korábbi tapasztalathoz kötődni, sokkal nagyobb eséllyel rögzül is, illetve válik a mentális modell szerves részévé. Vagyis akkor fokozható egy-egy prevenció program hatékonysága, ha az adott beavatkozás az érzelmekekre hatva, a már eleve rendelkezésre álló ismeretanyaghoz kapcsolódva képes facilitálni a viselkedést, de természetesen ez sem garantálja mindenképpen a viselkedésváltozáshoz szükséges belső igény megszületését.

A drogprevenció programok hatékonyságvizsgálatainak meta-analízisei is alátámasztják e feltevéseket. Tobler és Stratton [11] például megállapították, hogy elsősorban az interaktív (a célcsoport tagjait aktívan bevonó), alacsony intenzitású (jellemzően 1–9 órás program), kortársak (pl. e célra kiképzett egyetemi hallgatók) által vezetett prevenció projektek tekinthetőek eredményesnek az átadott ismeretek befogadása, a szerhasználattal kapcsolatos attitűdök és értékek alakulása, a szerhasználati gyakoriság csökkenése, a döntéshozatali, aszszertivitáshoz és önértékeléshez köthető készségek fejlődése, valamint a szerhasználathoz direkt vagy indirekt módon kapcsolható egyéb viselkedéses mutatók (pl. rendőrségi ügy, baleset elszívódása, iskolai jegyek, iskolai órák látogatása stb.) szempontjából. Foxcroft és Tsertsvadze [12], illetve Espada és munkatársai [13] emellett felhívták a figyelmet arra, hogy a prevencióban megjelenő beszélgetés, csoportos diszkusszió, audiovizuális segédanyagok, illetve játékelemek bevonása tovább növeli a programok hatékonyságát. Az áttekintett programok hatásméretét a megtartott alkalmak száma és időtartama nem befolyásolta jelentősen, ugyanakkor azon programok bizonyultak rövid- és hosszútávon is a legeredményesebbnek (a szerhasználattal kapcsolatos tudás, attitűd, szándék és tényleges viselkedés változói mentén), ahol a programot prevenció szakember és tanár közösen tartotta.

## JÁTÉKOSÍTÁS ÉS DIGITALIZÁCIÓ AZ ADDIKTOLÓGIAI PREVENCIÓBAN

A fentiekben már említett telemedicina fejlődésével az elmúlt években hazánkban és világszerte egyaránt megugrott az addiktológiai prevencióval foglalkozó mobilalkalmazások és web-alapú projektek száma. Ezen programok legnagyobb érdemei között említhetjük, hogy a fizikai/geográfiai és időbeli határok leküzdésével képesek maximalizálni a célcsoport elérését, biztosítják az anonimitást, segíthetnek a hatékonysági mutatók operacionalizálásában (hiszen teljességgel rögzített struktúra mentén kerülnek alkalmazásra), passzív befogadó helyett a folyamat aktív részesének tekintik a célcsoport tagjait, költséghatékonyak, a fiatalabb korosztály számára is ismerős, vizuálisan izgalmas tartalmakat közvetítenek, és személyre szabottak [14]. Emellett messzemenően képesek arra is, hogy játékelemeket ik-tassanak be a prevenció munkába.

E programok hatékonysága akkor növelhető igazán, ha az alábbi szempontok érvényesülnek tervezésükben és implementációjukban [15, 16]:

- 1) egyénre szabott visszajelzéseket nyújtanak a felhasználóknak;
- 2) rendszeres beavatkozással járnak (pl. hetente többször sms-üzenetek, email-es emlékeztetők, újabb elérhető modulok formájában);
- 3) a program elemei egymásra épülnek, ezáltal biztosítva az építkezés és fejlődés megélését;
- 4) kombinálják az automatizált tartalmakat és a valódi szakember bevonásával végzett szinkronikus interakciókat (pl. távkonzultáció formájában);
- 5) növelik a felhasználók énhatékonyság érzetét és felelősségtudatát.

A nemzetközi gyakorlatból példaként hozható a CAN-reduce névre keresztelt, automatizált, de szakemberrel történő online kommunikációt is biztosító web-alapú intervenció, mely nyolc modulon keresztül, a motivációs interjú és a kognitív viselkedésterápia elemeit felhasználva célozza meg a kannabiszhasználat visszaszorítását [17]. A hazai prevenció szintjén a későbbiekben ismertetett VoltEgySzer játékosított drogprevenció alkalmazás mellett például a Yoozan nevű applikáció említhető példaként, mely az alkoholfogyasztás csökkentését tűzi ki célul interaktív, az önmonitorozást és súlyosságbecslést segítő elemek alkalmazásával [18].

A *játékosítás*, mely definícióját tekintve játékelemek bevonását jelenti nem játékos tevékenységekbe (pl. oktatás, marketing, egészségfejlesztés) [19], ilyen érte-

lemben is remek lehetőséget teremt, ugyanis növeli a célpopuláció bevonódását, belső motivációját, programmal kapcsolatos elköteleződését, illetve személyes tapasztalást, valamint érzelmekre ható élményt biztosít. Minthogy a játékosított programok jellemzően önrányított jelleggel működnek, mindezen túlmenően az észlelt énhatékonyság, valamint a felelősségvállalás (empowerment) fokát is növelhetik.

Milyen játékelemek alkalmazására gondolhatunk az egészségfejlesztés (ideértve az addiktológiai prevenció) terén? Némiképp leegyszerűsítve a videójátékok világából átvett, vagy azok analógiájának tekinthető technikákról van szó, melyek között megtalálhatjuk a szintlépés lehetőségét, a pontozási rendszer bevezetését, a különböző belső jutalmakat, a narratív elemek megjelenését, a testre szabható avatárok alkalmazását, a többi felhasználóval való felügyelt interakciók lehetőségeit (pl. fórumok a prevenció projektben belül), a küldetések és kvíz-játékok beiktatását, a kompetíció és kooperáció helyzeteit, vagy akár a felfedezés élmények biztosítását [20]. Egy játékosított drogprevenció program esetén a fenti elemek megjelenhetnek például a drogmentes napok számának jegyzett növekedésében (fejlődés), szerhasználók által készített videointerjúk elérhetővé tételében (élet-történeti, narratív szál) vagy éppen a folytonos önmonitorozás technikáiban (pl. naplózás).

## **SAJÁT PREVENCIÓS PROGRAMJAINKAL KAPCSOLATOS TAPASZTALATAINK**

Az elmúlt években az Országos Mentális, Ideggyógyászati és Idegsebészeti Intézet Drogbeteg Gondozó és Prevenció Központjának munkacsoportja több hasonló jellegű, játékosított, illetve digitalizált prevenció programot dolgozott ki, felismerve többek között az elsődleges célpopuláció (14–18 év közöttiek) interaktivitásra és vizualitásra vonatkozó igényeit. Az alábbiakban az ezekkel kapcsolatos főbb tapasztalatainkat foglalom össze.

### **Drogprevenció mobilalkalmazás**

2010-ben, Magyarországon elsőként, a Kék Pont Alapítvány hozott létre web-alapú drogprevenció felületet, KannabiszPont néven ([www.kannabiszpont.hu](http://www.kannabiszpont.hu)). Az ezt követő években hazánkban hasonló kezdeményezésre nem volt példa. 2015-ben aztán – egy kábító-szer-prevenció támogatási forrásból (KAB-ME-15-C

témaszámon) – a Moholy-Nagy Művészeti Egyetem (MOME) TechLab munkatársaival közösen alkottuk meg a VoltEgySzer névre keresztelt interaktív drogprevenció mobilalkalmazást. Az ingyenes applikáció hat modulon keresztül segíti a 14–18 évesek célpopulációjában végzett prevenció célok (pszichoaktív szerekkel kapcsolatos tudásátadás, szerhasználattal kapcsolatos attitűdök formálása, szerhasználati gyakoriság csökkentése) elérését:

- 1) Felépülés képregények: két fiú és két lány szerhasználati zavarból történő felépüléstörténete animált képregény stílusban, ahol a felhasználó a szereplőkre bökve tudja irányítani a szöveg- és gondolatbuborék formájában közvetített történeteket. Mindegyik történet végén egy-egy, az addiktológiai populációban a korábbi empirikus tapasztalatok alapján hatékony terápiás forma bemutatására kerül sor (egyéni és közösségi terápia, önszorongó csoport, művészetterápia, állat-asszisztált terápia), a történetekben megismert fiktív karakterek példáján keresztül.
- 2) Kvíz-játék: a szerhasználattal kapcsolatos gyakori tévhitek eloszlatását, illetve a játékos információátadást célzó modul 100%-os eredmény esetén ingyenes rekreációs programokat kínál fel a felhasználónak (pl. falmászás, paintball, laser tag, harcművészet, tánc stb.).
- 3) Interaktív dialógus: a modul célja, hogy a felhasználó a segítő szerepkörébe átlépve beszélgetést folytasson egy fiktív szerhasználóval. A program közben szöveges üzenetek és tanácsok formájában visszajelzéseket nyújt a szenvedélybetegekkel folytatott hatékony kommunikáció sajátosságairól (pl. ellenállás feloldása, diszkrépancia kialakítása), valamint az ábrázolt jelenet (szobában ücsörgő karakter) fényerejének változásai révén: amennyiben a beszélgetés során a fiktív szereplő a viselkedésváltozás irányába mozdul el, a szobában egyre világosabb lesz.
- 4) Szer-tár: a leggyakrabban használt régebbi és újabb drogok információs gyűjtőoldala, melyben a felhasználó információt szerez ezen drogok hatóanyagáról, kívánt és negatív hatásairól, valamint az adott szer történetéről, annak érdekében, hogy a célpopuláció tagjai jobban megértsék az ezen szerek használatára vonatkozó motivációkat, valamint a használat negatív következményeit.



5) Szerek hatásai: régebbi és új drogok (új pszichoaktív szerként kategorizáltuk a hazánkban 2008 után megjelenő szintetikus kannabinoid és kationoszarmazékokat) azonnali, rövidtávú és hosszútávú hatásainak szemléltetése, egy sematikus test meghatározott pontjain ábrázolva a kiválasztott szer pszichés és szomatikus hatásait.

6) Ellátóhelyek: az országos szinten elérhető addiktológiai ellátóhelyek listája.

Az alkalmazáshoz weboldal is tartozik, ahol a tizenéveseken kívül a szülőket és pedagógusokat is megszólítjuk (pl. hozzátartozói csoportok, pszichoedukatív tartalmak), segítve a tizenéveskor főbb biológiai, pszichés és interperszonális jellegű változásainak felismerését, illetve a szerhasználat családszerkezeti és családdinamikai jellemzőinek megértését.

A projekt utánkövetéses hatékonyságvizsgálatában [21] összesen 386, szakközépiskolába vagy gimnáziumba járó tizenéves vett részt, akiket a klaszter-randomizáció módszerével két csoportba soroltunk: az applikációt letöltő és azt nem letöltő diákok csoportjaiba. A kutatás során a beavatkozástól (T0) számított 1 hónap elteltével (T1) vettünk fel utánkövetéses adatokat. Eredményeink szerint az elmúlt havi alkohol- és energiatalfogyasztás terén az applikációt letöltők csoportjában szignifikánsan nagyobb arányban csökkent a használati gyakoriság. A vizsgálatban résztvevők további visszajelzései alapján azok a modulok vezettek nagyobb fokú bevonódáshoz és az alkalmazás használatával kapcsolatos belső motivációhoz, ahol a játékosítás tisztábban megjelent (kvíz-játék és interaktív dialógusjáték). A projekt során további fontos tapasztalatunk volt, hogy az ún. co-design módszer alkalmazása (a célcsoportot jelentő tizenévesek tesztcsoportjának bevonása a fejlesztés időszakában) segíthet a programot közelebb hozni a serdülők korosztályához.

### Drogprevenciós szabadulószoza

Második – hasonló megközelítésű – projektünk egy drogprevenciós szabadulószoza kialakítása volt 2017-ben [22], szintén prevenciós pályázati forrásból (téma-szám: KAB-ME-16-C). A szobának a Tudat-törő nevet adtuk, ugyanis a játék színtere egy szerhasználó tudatát szimbolizálja, az 5–6 fős csapatok (az iskolai osztályokból érkező, a diákok egyéni érdeklődése mentén a tanárok által szelektált tizenévesek számára a XIII. Kerületi Prevenciós Központban található szoba látogatása ingyenes) pedig kooperatív feladatok megoldá-

sával ismerik meg a fiktív hős életútját, a magzatléttől a tizenéveskorig, miközben céljuk, hogy a 45 perces játék végére az addikció fogságából kiszabaduljanak. A szoba ilyen értelemben nem csak interaktív, játékos módon végez pszichoedukációt és ismeretátadást a különféle függőségekkel kapcsolatban, de másodlagos céljaként destigmatizációs hatást kíván elérni: a szerhasználókat a nehezen feldolgozható érzelmekkel és traumákkal küzdő, krónikus neurobiológiai zavarban szenvedő emberekként – és nem akaratgyenge vagy bűncselekményt elkövető deviánsként – állítva be. A játékot 20–30 perces, a Prevenciós Központ munkatársai által moderált csoportos diskuszió követi, melynek során a tizenévesek is megfogalmazhatják a szobával kapcsolatos benyomásaikat, illetve elmélyíthetik a játék során megszerzett ismereteiket. A szoba személyes, érzelmekre ható élményt kínál, és többek között az alábbi témák jelennek meg benne: kortárs-hatás a szerhasználatban, diszfunkcionális családi háttér szerepe, a függőség genetikai és epigenetikai háttere. A szabadulószozát kipróbáló tizenévesek visszajelzései alapján az élettörténeti-narratív megközelítés (a szoba fiktív főszereplőjének/narrátorának hangja többször is megszólal a játék során) a játékot követő diskuszióra való ráhangolódásban is segített nekik.

### Virtuális valóság alkalmazása a járókelő-effektus csökkentésében

A MOME és a korábbi Színház- és Filmművészeti Egyetem (SZFE) munkatársainak 'Missing 10 hours' címet viselő projektjében (lásd: <https://www.missing10hours.com/>) külső szakértőként vettem részt. A virtuális valóság (VR) szemüveggel kivitelezett program egy este történetét meséli el, melynek során egy fiatal lány italába GHB-t csempésznek. A GHB (gamma-hidroxi-butirát) leginkább randidrogként híresült el, annak ellenére is, hogy a valóságban jelentősebb a rekreációs célú használata. A virtuális térbe belépő játékos az elkövető barátjának szerepébe kerül, akinek lehetősége nyílik arra, hogy közbelépve megakadályozza a bűncselekmény elkövetését, vagyis megmenteni az egyre kábultabb lányt az abúzus elszívésétől. Fontos tehát, hogy a történet több pontján interaktív helyzetek állnak elő, amikor a játékos egy-egy döntése megváltoztathatja a cselekmény alakulását. A szociálpszichológiában már régóta jegyzett járókelő-effektus (bystander-effect) lényege, hogy az emberek gyakran válnak passzív megfigyelővé olyan szituációkban is, melyek meg-

előzésében aktív szerepet is játszhatnak. Ide sorolhatjuk a szerhasználattal kapcsolatos veszélyeztető helyzetek bagatellizálását vagy figyelmen kívül hagyását is, amennyiben egy másik ember intoxikációjáról van szó [23]. A Missing 10 hours fő célja, hogy a tizenévesek és fiatal felnőttek korosztályában attitűdformálást végezve hasson a járókelő-hatás ellen. A projekt tesztfázisában gyűjtött visszajelzések alapján a VR technológia immerszív sajátossága kiemelt jelentőségűnek bizonyult, lévén, hogy a programot kipróbálók erre vonatkozóan azt fogalmazták meg, hogy az élmény virtuális térben történő „tényleges” átélése fokozza az érzelmi reakciók intenzitását, illetve a felhasználók bevonódását.

## MEGBESZÉLÉS

E tanulmány kísérletet tett arra, hogy összegezze az addiktológiai prevencióban alkalmazható hatékony innovatív és digitalizált módszerek főbb jellemzőit, illetve általánosságban a prevenció beavatkozások eredményességének néhány feltételét. Az általunk fejlesztett programok hatékonyságvizsgálatai, illetve a tesztcsoportok szubjektív visszajelzései alapján az érzelmekre ható, személyes élmények (lásd: technológia immerszív jellege, fiktív szerhasználóval történő kommunikáció, játékosított tartalmak) olyan elemei lehetnek a drogprevenció alkalmazásoknak és web-alapú kezdeményezéseknek, melyeket a jövőbeli hasonló projektek esetén is érdemes beemelni a programba. Ilyen értelemben a tizenéveseket célzó addiktológiai prevenció projekteknek a jövőben mind inkább multidiszciplinárisá kell válnia, illetve érdemes kihasználni a technológiában rejlő igen gazdag lehetőségeket is.

## KÖVETKEZTETÉS

Az elmúlt években az addiktológiai prevenció terén is megfigyelhető paradigmaváltás következtében a jövőben várhatóan ezen a területen is tovább nő majd az automatizáció, a személyre szabottság és a játékosítás fogalomköreinek, illetve a hozzájuk kapcsolódó módszerek jelentősége. Ez természetesen nem jelentheti azt, hogy a személyes jelleggel kivitelezett prevenció beavatkozások elvesztik jelentőségüket. A digitalizált programokat célszerű a személyes beavatkozások kiegészítéseként felfogni. A már meglévő vagy új, automatizált vagy részben automatizált prevenció programok ter-

vezésekor, illetve azok továbbfejlesztése kapcsán érdemes figyelembe venni az Európai Unió által finanszírozott „Click for Support” névre keresztelt projekt irányelvének alábbi ajánlásait [24]:

- 1) szükségletfelmérés: a program fejlesztése előtt célszerű a célpopulációt képviselő teszt/fókuszcsoportok segítségével felmérni az igényeket, szükségleteket, majd költségkalkulációt végezni, illetve eldönteni, hogy a beavatkozás milyen elméleti alapokon nyugodjon (pl. motivációs interjú, kognitív viselkedésterápia, társas tanulás elmélet stb.);
- 2) interaktivitás: olyan elemekkel tudjuk elérni, hogy a felhasználó aktív irányítója legyen a prevenció folyamatnak, mint az önjellemzős teszt/kvíz, a videók/animációk használata, egyéni változási terv megfogalmazása, beágyazott edukatív mini-játékok vagy a szerhasználati/addiktív magatartási napló;
- 3) motiváció: a programban maradás, a prevenció munkával kapcsolatos belső motiváció fenntartásának hatékony eszköze lehet az állandó visszajelzés biztosítása, valamint a prevenció tevékenységgel történő, legalább heti egyszeri foglalkozás, ugyanakkor a beavatkozás vizuális megjelenése, tartalma, kommunikációs stílusa, átláthatósága és felhasználói élménye egytől-egyig fontos elemei a programból való kiesés megelőzésének;
- 4) design, co-design: a program designjának tervezésébe és megvalósításába javasolt web designereket, illetve grafikusokat is bevonni, valamint ajánlott a co-design módszer alkalmazása is, vagyis a célcsoportot reprezentáló személyek bevonása a design és a felhasználói élmény megtervezésébe;
- 5) tartalmi kérdések: az átadott ismeretek mindig támaszkodjanak megbízható, magas tudományos bizonyítékot nyújtó empirikus eredményekre, az információkat továbbá többféle módon (pl. ne csak szöveges formában, hanem animációk, videók, tesztek és játékok alkalmazásával egyaránt) adjuk át;
- 6) szakértők bevonása: a program hatékonysága akkor a legnagyobb, ha az automatizált elemek mellett lehetővé tesszük, hogy a résztvevők legalább hetente egyszer egy szakemberrel is konzultálhassanak (ez lehet aszinkronikus kommunikáció is: pl. sms, email formájában);
- 7) adherencia: a valós szakemberrel történő konzultáció biztosítása mellett a moderátorral működő online fórumok is biztosíthatják az adherencia fokozódását;

8) hatékonyságvizsgálat: rendkívül fontos, hogy a program megvalósítása során folyamat- és célértékelést is végezzünk, illetve már a tervezés szakaszában érdemes eldönteni, hogy milyen kimeneti változók mentén kívánjuk majd mérni a beavatkozás rövid- és hosszútávú eredményességét.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A szerző köszönetét fejezi ki a Magyar Tudományos Akadémia Bolyai János kutatói ösztöndíjprogram támogatásáért.

## IRODALOM

- Meng, S.Q., Cheng, J.L., Li, Y.Y., és mtsai.: Global prevalence of digital addiction in general population: A systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 92: 102128, 2022
- Castaldelli-Maia, J.M., Bhugra, D.: Analysis of global prevalence of mental and substance use disorders within countries: focus on sociodemographic characteristics and income levels. *Int. Rev. Psychiatry.* 34: 6-15, 2022
- Ayoo, K., Mikhaeil, J., Huang, A., Wąsowicz, M.: The opioid crisis in North America: facts and future lessons for Europe. *Anaesthesiol. Intensive. Ther.* 52: 139-147, 2020
- Paksi, B., Pillók, P., Magi, A., Demetrovics, Zs., Felvinczi, K.: Az Országos Lakossági Adatfelvétel az Addiktológiai Problémákról 2019 (OLAAP) reprezentatív lakossági felmérés módszertana. *Neuropsychopharmacol. Hung.* 23: 184-207, 2021
- Rehm, J., Shield, K.D.: Global Burden of Disease and the Impact of Mental and Addictive Disorders. *Curr. Psychiatry. Rep.* 21: 10, 2019
- Volkow, N.D., Michaelides, M., Baler, R.: The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. *Physiol Rev.* 99: 2115-2140, 2019
- Gordon, R.: An operational classification of disease prevention. *Public. Health. Rep.* 98: 107-109, 1983
- Caplan, G.: *Principles of Prevention Psychiatry.* Basic Books, Oxford, 1964
- Kapitány-Fővény, M.: Seeing is believing? The pivotal role of personal experience in contemporary health behaviour: A narrative review. *DHS.* 4: 69-76, 2021
- Sharot, T., Sunstein, C. R.: How people decide what they want to know. *Nat. Hum. Behav.* 4: 1-6, 2020
- Tobler, N.S., Stratton, H. H.: Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *J. Prim. Prev.* 18: 71-128, 1997
- Foxcroft, D. R., Tsertsvadze, A.: Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane. Database. Syst. Rev.* 5: CD009113, 2011
- Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Lloret, D., Guillén-Riquelme, A.: Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema.* 27: 5-12, 2015
- Kapitány-Fővény, M.: Automatizált intervenciók az addiktológia területén In: Felvinczi, K., Eisinger, A. (szerk.): *Addiktológia, XVII, Supplementum: A Magyar Addiktológiai Társaság XIII. Országos Kongresszusa – Előadáskivonatok*, 52, 2022
- Granja, C., Janssen, W., Johansen, M.A.: Factors Determining the Success and Failure of eHealth Interventions: Systematic Review of the Literature. *J. Med. Internet. Res.* 20: e10235, 2018
- Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P.: Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PloS. Med.* 15: e1002714, 2018
- Schaub, M.P., Wenger, A., Berg, O., Beck, T., Stark, L., Buehler, E., Haug, S.: A Web-Based Self-Help Intervention With and Without Chat Counseling to Reduce Cannabis Use in Problematic Cannabis Users: Three-Arm Randomized Controlled Trial. *J. Med. Internet. Res.* 17: e232, 2015
- File, D., Bóthe, B., Kapitány-Fővény, M., Demetrovics, Z.: Efficacy of a complex smartphone application for reducing hazardous alcohol consumption: Study protocol for a randomized controlled trial with analysis of in-app user behavior in relation to outcome. *Int. J. Methods. Psychiatr. Res.* 29: 1-10, 2020
- Deterding, S., Sicart, M., Nacke, L., O'Hara, K., Dixon, D.: Gamification: Using Game-design elements in non-gaming contexts. In *CHI'11 Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems, CHI EA'11 (New York, NY: ACM)*, 2425-2428.
- Cheng, V.W.S., Davenport, T., Johnson, D., Vella, K., Hickie, I. B.: Gamification in Apps and Technologies for Improving Mental Health and Well-Being: Systematic Review. *JMIR. Ment. Health.* 6: e13717, 2019
- Kapitány-Fővény, M., Vagdalt, E., Ruttkay, Z., Urbán, R., Richman, M.J., Demetrovics, Z.: Potential of an Interactive Drug Prevention Mobile Phone App (Once Upon a High): Questionnaire Study Among Students. *JMIR. Serious. Games.* 6: e19, 2018
- Kapitány-Fővény, M., Gilbert, A., Szedmak, E.: Játékelemek alkalmazása az egészségfejlesztés területén: egy preventációs szabadulószoftver bemutatása. In: Feith, H. J., Falus, A. (szerk.): *Egészségfejlesztés és nevelés.* Akadémiai Kiadó, Budapest, 147-150, 2019
- Krieger, H., Serrano, S., Neighbors, C.: The Role of Self-Efficacy for Bystander Helping Behaviors in Risky Alcohol Situations. *J. Coll. Stud. Dev.* 58: 451-456, 2017
- LWL (Landschaftsverband Westfalen-Lippe). Guideline for web-based interventions in selective drug prevention. LWL, Münster, 2015  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_242379\\_EN\\_INT18\\_Guideline.ClickforSupportENG.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_242379_EN_INT18_Guideline.ClickforSupportENG.pdf)

RÁKOSY ZSUZSA<sup>1,2,3</sup>  
 BOGOS KRISZTINA<sup>1</sup>  
 CSELKÓ ZSUZSA<sup>1</sup>

## Komplex gyermekegészség-fejlesztési program a Budakörnyéki régióban 2018–2021

### Complex health program for children in Buda Region 2018-2021

<sup>1</sup> Országos Korányi Pulmonológiai Intézet – 1122 Budapest, Korányi Frigyes út. 1. – E-mail: zsuzsa.rakosy@aok.pte.hu

<sup>2</sup> MTA-PTE Innovatív Egészségpedagógia Kutatócsoport, 7624 Pécs, Szigeti út 12.

<sup>3</sup> Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet – 7624 Pécs, Szigeti út 12.

**Összefoglalás:** A Budakörnyéki régióban megvalósuló komplex gyermekegészség-fejlesztési program a Budakörnyéki Önkormányzati Társulás és az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet együttműködésében 2018-ban indult partnerségen alapuló népegészségügyi program részét képezte. A program kiemelten fókuszált a gyermekek körében a szenvedélybetegségek, ezen belül is hangsúlyosan a dohányzás, megelőzésére. A program másik fő célja volt a gyermekkori elhízás megelőzése az egészséges táplálkozás népszerűsítésével és a fizikai aktivitás ösztönzésével. A jelen közlemény a program felépítését és tapasztalatait ismerteti, továbbá a program más régiókban történő megvalósításához szükséges feltételeket mutatja be.

**Kulcsszavak:** gyermekegészség-fejlesztés, kistérségi népegészségügyi program, partnerség, iskolai egészségfejlesztés

**Summary:** The complex health program for children in Buda Region was part of a partnership-based public health programme launched in 2018 in cooperation between the Local Governments' Association of the Buda Region and the National Korányi Institute of Pulmonology. Addiction prevention among children was one of the major pillars of the Programme, emphasizing smoking prevention. The other major priority of the program was tackling and preventing childhood obesity by promoting healthy diet and encouraging physical activity. This article describes the program's structure and experience and presents the conditions for its transferability.

**Keywords:** promotion of children's health, micro-regional public health program, partnership, school health promotion

## BEVEZETÉS

A Budakörnyéki Egészségprogram (BEP) 2018 májusában indult a Budakörnyéki Önkormányzati Társulás (BÖT) és az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet (OKPI) együttműködési megállapodása keretében. A BEP felépítését tekintve partnerségen alapuló, komplex népegészségügyi programok [1] példája alapján szerveződött, és 2018-2021 között az Egészségügyi Világszervezet (WHO) Európai Iroda és az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) Egészségügyi Államtitkársága (EÜÁT) „Towards a Coalition of Partners for Improving Public Health Services in Hungary” című közös programjának pilotjaként működött, gyakorlati tapasztalatokat és evidenciákat szolgáltatva a későbbi komp-

lex, részvételalapú népegészségügyi beavatkozások számára.

A partneri együttműködés olyan határozott időszakra létrehozott szervezetet jelent, amelyben egyenrangú résztvevők közös célért, az erőforrásukat egyesítve közösen, összehangolt módon cselekszenek [2]. A partneri együttműködésen alapuló népegészségügyi beavatkozások a résztvevők között sinergiát hoznak létre, és az egészség javításához, valamint az egészség egyenlőtlenségek csökkentéséhez az egészséget meghatározó szélesebb körű társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti tényezők együttes megszólítását teszik lehetővé. A program sikere a releváns partnerek bevonásán túl, a partnerek közötti bizalom megteremtésén, a közös cél megtalálásán, a célközönség sikeres megszólí-

tásán és bevonásán, a megfelelő források és kapacitások biztosításán és a program helyi politikai, valamint országos szakpolitikai kontextusba való illeszkedésén múlik [2]. Számos nemzetközi tanulmány igazolja, hogy az ilyen módon felépített program képes reflektálni az egészséget meghatározó tényezők komplexitására és sikeresen alkalmazható különböző közösségek egészségi állapotának és egészségmagatartásának javítására [3].

### **Az egészségprogram struktúrája**

A BÖT a budapesti agglomerációban található, 12 településből áll, lakossága közel 60 000 fő. A Budakörnyéki települések az ország egyik legversenyképesebb régiójába tartoznak, magas a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aránya és alacsony a munkanélküliségi ráta [4]. Az OKPI a BÖT határában fekvő országos egészségügyi intézet, amely a tüdőbetegek számára nyújtott gyógyító tevékenység mellett, a dohányzásról való leszokástámogatás országos módszertani központjaként is működik. Az intézmény dohányzás visszaszorítást célzó prevenció tevékenysége bővült és diverzifikálódott a Budakörnyéki régió átfogó népegészségügyi programjának megtervezésével és koordinálásával az elkerülhető halálozás csökkentése, valamint a BÖT lakosság egészségmagatartásának és egészségtudatosságának javítása érdekében.

A program az egészséget meghatározó tényezők komplexitásából kiindulva [5] négy pillér mentén szerveződött. Az egészséget támogató lakókörnyezet kialakítása, formálása a BÖT hatáskörébe tartozott. Az egészségügyi ellátások, szakrendelések bővítését és fejlesztését a Budakeszi Egészségközpont végezte, a felnőtt és gyermek egészségfejlesztési tevékenység tervezéséért és koordinálásáért az OKPI felelt. A programok implementációja a cikk végén feltüntetett, helyi és országos szervezetekkel, intézményekkel együttműködésben valósult meg. A program cselekvési terve kiemelten fókuszált a gyermekek egészségének komplex fejlesztésére. A jelen közlemény a BEP keretében a 2018–2021 időszakban lezajlott, OKPI által koordinált gyermekegészséget támogató tevékenységet mutatja be, amely 2020-ban az Európai Bizottság Egészségdíját nyerte el a város kategóriában [6].

### **AZ INTERVENCIÓK ALAPJÁUL SZOLGÁLÓ MÓDSZERTAN**

A programok tervezésekor fő szempont volt a fenntarthatóságra való törekvés és a már meglévő hazai és külföldi tudományos bizonyítékokon alapuló jó gyakorlatok térségi megvalósítása. Olyan partnereket kerestünk, akiknek a feladatai közé tartozik a gyermekek egészségének fejlesztése és a program legtöbb eleme különösebb anyagi ráfordítás nélkül is integrálható, vagy már eleve integrálva volt a szervezet/intézmény működésébe. A BEP különlegessége abban állt, hogy az OKPI Módszertani Osztályának szakmai irányításával és menedzsmentjével keretet és know-how-t biztosított a partnerek számára a hatékony együttműködéshez, egymás profiljának kiegészítéséhez, szinergiák megteremtéséhez a gyermekek egészségfejlesztése terén.

### **Az iskolákkal való együttműködés kialakítása**

A program ténylegesen 2019-ben indult, kidolgozásához az ún. fejlesztési tervre épülő kutatás (design based research, DBR) [7] megközelítést és a viselkedépszichológiai elméletek közül a COM-B modellt (a képesség (capability), lehetőség (opportunity), motiváció (motivation) és viselkedés (behaviour) szavak angol megfelelőiből kialakított akroníma) alkalmaztuk [8], amely egy általános és gyakorlatias keretet ad a tanulási aktivitások tervezésére, fejlesztésére, megvalósítására és értékelésére. A program indítása előtt közel fél évig zajlott a tervezési folyamat, amely magában foglalta az igények felmérését, az igényekre reflektáló program kidolgozását és a személyes kapcsolati hálózat kialakítását, a partnerek közötti bizalom megteremtését. Ez utóbbi különösen az iskolák program iránti elköteleződésében bizonyult meghatározó lépésnek. A programban résztvevő iskolák listája a cikk végén található.

### **A program prioritásai**

A program két fő prioritása a gyermekek egészséges testsúlyának elősegítése és a függőségek megelőzése volt.

Világviszonylatban a gyermekkori elhízás drámaian növekvő trendje jelentős népegészségügyi kihívást jelent [9]. A hazai Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) és Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT) adatok a túlsúlyos és elhízott gyermekek növekvő arányára hívják fel a figyelmet. A COSI felmérés alapján minden ötödik kisiskolás gyermek túlsúlyos vagy

I. táblázat  
Gyermekek egészségés testsúlyának elősegítését célzó programok

Programok	Megvalósító partnerek	Résztevők
<b>Egészségismeretek, egészségműveltség fejlesztése</b> Oktatási segédanyagok az iskolai egészségfejlesztéshez Interaktív dietetikai órák Egészségismeretek fejlesztése szabad levegőn - „Tiszta Lélek-zet” meseösvény	MDOSZ, OGYÉI, NÉBIH, EFI  BEK, OGYÉI, EFI Budakeszi Önkormányzat, Pilisi Parkerdő Zrt, OKPI, ELTE TÓK	Pedagógusok, szülők (12 iskola)  Alsótagozatos gyermekek (3 iskola)  Lakóközösség
<b>Egészséges táplálkozást ösztönző iskola</b>	OGYÉI	Pedagógusok, gyermekek, szülők (8 iskola)
<b>Testnevelő tanárok módszertani tárházának gazdagítása</b> Magyar Diáksport Szövetség TESI 2.0. projekt Mozgásban a tanulás	MDSZ  ISCA, REGY	Pedagógusok (12 iskola)  Pedagógusok (12 iskola)
<b>Egészséges testsúly elősegítése a rendszeres testmozgás ösztönzésével</b> „Mindenki lehet győztes” sportversenyek „Lépéssel nyerhetsz kihívás”	MDSZ, helyi sport klubok, OKPI, BÖT  MASPORT, EFI, OKPI	Gyermekek (12 iskola)  Gyermekek, pedagógusok lakóközösség (10 iskola)
<b>Az elhízott gyermekek támogatása az egészséges testsúly elérésében</b>	BEK, EFI, OKPI, OGYÉI	Alsótagozatos gyermekek (3 iskola)
<b>Sportolási lehetőségek bővítése</b> Uszoda, futópálya, kosárlabda pálya, kerékpárút létesítése, korszerűsítése	BÖT	Lakóközösség
<b>Praxisközösség fejlesztése, gyermek szakrendelések bővítése</b>	BEK	Gyermekek

MDOSZ: Magyar Dietetikusok Országos Szövetsége, OGYÉI: Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet, NÉBIH: Nemzeti Élelmiszerlánc-biztonsági Hivatal, EFI: Biatorbágyi Egészségfejlesztési Iroda, BEK: Budakeszi Egészségközpont, MDSZ: Magyar Diáksport Szövetség, ISCA: International Sport and Culture Association (Nemzetközi Sport és Kulturális Szövetség), REGY: Reményt a Gyermekeknek Közhasznú Egyesület, OKPI: Országos Korányi Pulmonológiai Intézet, ELTE TÓK: Eötvös Lóránd Tudományegyetem Tanító- és Óvóképző Kar, MASPORT: Magyar Szabadidősport Szövetség, BÖT: Budakörnyéki Önkormányzati Társulás

elhízott [10], a BÖT adatai meghaladták ezt; 17% volt a túlsúlyos és 11% volt az elhízott gyermekek aránya az első és második évfolyamos tanulók körében a 2019-es felmérésben.

A szer- és viselkedésfüggőségek szintén egyre nagyobb problémát jelentenek a gyermekek és serdülők körében világszerte. A dohányzás, az e-cigaretta-használat és az alkoholfogyasztás jelentős aggodalomra ad okot Magyarországon, ahol a prevalenciaráta az európai átlag felett vannak [11-12]. A BÖT tanulói, a 2019-es bemeneti felmérés alapján, a rizikómagatartások közül a dohányzás tekintetében mutattak rosszabb eredményt az országos adatokhoz képest. A Health Behaviour in

School-aged Children (HBSC) 2017/2018-as országos adatai alapján a 7. osztályos tanulók 2,5%-a számolt be napi dohányzásról, a BÖT iskolákban ez az érték 6,5% volt. A további rizikómagatartások prevalencia értékei az országos átlagtól nem tértek el számottevően.

#### Az intervenciók ismertetése

A gyermekkori elhízás megelőzésére irányuló programokat az I. táblázat foglalja össze. A megvalósító partnerek munkáját az OKPI koordinálta.

## 1. Az egészségismeretek, egészségműveltség fejlesztése

- 1.1. Szakmai szervezetek által kidolgozott módszertani anyagok kerültek kijánlásra az iskolák számára az egészséges táplálkozással kapcsolatos iskolai neveléshez.

<http://www.okostanyer.hu/>

<http://www.ogyei.gov.hu/happy/>

<https://merokanal.hu>

<http://eteltcsakokosan.hu/>

A Biatorbágyi Egészségfejlesztési Irodával (EFI) együttműködésben a fent említett anyagok az egészségnapokon a szülők számára is ismertetésre kerültek a szülők egészségműveltségének fejlesztése céljából.

- 1.2. Az interaktív dietetikai órákat a régió praxisközösségeinek dietetikusai, valamint az EFI dietetikusa valósította meg, a szakmai anyagok előkészítését az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI) munkatársai segítették, a BEP szakmai vezetői a szinergiák megteremtését segítették az intézmények, szakemberek között.
- 1.3. A „Tiszta Lélek-zet” 2 km hosszúságú meseösvény 2019-ben Budakeszi határában létesült [13], célja a szabadtéri mozgás ötvözése az egészségfejlesztéssel, az óvodás és alsó tagozatos általános iskolás gyermekek motiválása az egészségesebb életre, szemléletük és hozzáállásuk formálása indirekt tudásátadással.

## 2. Egészséges táplálkozást ösztönző iskola:

Az OGYÉI „Egészséges táplálkozást ösztönző iskola” programját [14] valósították meg a térségben az OGYÉI szakemberei a BÖT illetékességi területén működő 8 iskolában. A program célja a közétkeztetési rendelet szélesebb körben történő elfogadtatása és a gyermekek egészséges táplálkozásra nevelésének segítése volt. Párbeszéd kezdődött az iskolai közétkeztetés szereplői (közétkeztető, élelmezésvezető, önkormányzat/iskolafenntartó, iskola-egészségügyi személyzet) között a helyi közétkeztetés erősségeinek és hiányosságainak közös feltérképezésére. A folyamatot iskolánként az ún. menzabizottság koordinálta, amely a szülők, diákok, iskolavezetés,

iskola-egészségügyi szolgálat, közétkeztető és a konyhai dolgozók képviselőiből állt.

## 3. Testnevelő tanárok módszertani repertoárjának gazdagítása

- 3.1. A Magyar Diáksport Szövetség TESI 2.0. projektje [15] került kijánlásra a régió iskolái számára. A testnevelő pedagógusok (tanítók és testnevelő tanárok) olyan módszereket ismerhettek meg, amelyek pozitív motivációs környezet kialakításával és a mozgástanítás korszerű megközelítésével a tanulókat részvételre serkentik.
- 3.1. A „Mozgásban a tanulás” [16] az Európai Bizottság és az International Sport and Culture Association által kifejlesztett módszertan szintén kijánlásra került, amely szociális készségfejlesztéssel egészíti ki a sporttevékenységeket, rendszeres örömteli testmozgásra motiválva a fiatalokat.

## 4. Egészséges testsúly elősegítése a rendszeres testmozgás ösztönzésével

- 4.1. „Mindenki lehet győztes” sportversenyek: az önkormányzatokkal, a helyi sportszervezetekkel és a Magyar Diáksport Szövetséggel együttműködve a térség iskolái között foci, asztalitenisz, kosárlabda bajnokságok kerültek megrendezésre, melynek célja az örömteli, nem versenysport orientált testmozgás népszerűsítése az általános iskolás gyermekek és általuk a szüleik, valamint pedagógusaik körében. Ezek az alkalmak, azon túl, hogy több száz gyermeket mozgattak meg, nagyszerű lehetőséget biztosítottak az iskolák közötti szorosabb kapcsolat létesítésére, egymás megismerésére. A győztes csapatok az iskoláik számára nyertek közösségi sportolásra alkalmas eszközöket (pl. ping-pong asztal), amellyel célunk volt, hogy az iskolákon belüli sportolási lehetőségeket javítsuk, és ösztönözzük a tanórán kívüli szabadidős sporttevékenységet [17].
- 4.2. A Covid-19 pandémia miatt bevezetett korlátozások következtében számos programot 2020 márciusától le kellett állítani. A WHO iránymutatásával összhangban a szabadtéri, biztonságos fizikai aktivitást népszerűsítettük a Magyar Szabadidősport Szövetséggel együttműködve. A „Léppel nyerhetsz kihívás” [18] 2021. 03. 01–07. 01.

között zajlott le, melyhez a BÖT illetékességi területén működő iskolák közül 10 tanintézmény csatlakozott.

- 4.3. A Budakeszi Önkormányzat, valamint a BÖT koordinálásával a térségben számos sportolásra alkalmas facilitás létesült, illetve korszerűsítésre került (pl. kerékpárút, uszoda, kosárlabda pálya, futópálya). A sportlétesítmények, illetve azokat igénybe vevő sportszervezetek tevékenysége megjelenítésre került az iskolákban, különböző média felületeken, sportolásra biztatva a teljes lakosságot. A létesítményekhez kapcsoltan az önkormányzatok helyi sportszervezetekkel együtt sportversenyeket, egészségnapokat szerveztek számos alkalommal a programperiódus alatt.

## 5. Az elhízott gyermekek támogatása az egészséges testsúly elérésében

„BÖTMove program”: a program az Amszterdam Egészséges Testsúly [19] alprogram hazai adaptációjának pilotja volt. A program a BÖT egészségfelmérés keretén belül 2019 tavaszán Budakesziben, Telkiben és Pátyon kiszűrt elhízott és súlyosan elhízott alsótagozatos (N=176) gyermekek körében került meghirdetésre. A területi védőnők végezték a gyermekek szűrését és bevonásukat a programba, valamint szükség esetén a gyermekeket a praxisközösség gyermekorvosához referálták. 2019 októberétől 2020 márciusáig – a koronavírus járvány miatt meghozott iskolai korlátozó szabályozások bevezetéseig – a programban résztvevő gyerekek heti 2x45 perces játékos torna foglalkozáson vettek részt, iskolai keretek között, délutáni, napközis tevékenységként. Havonta egy alkalommal a dietetikus az egészséges testsúly eléréséhez szükséges dietetikai foglalkozást tartott. Havonta egy alkalommal a praxisközösség pszichológusa és drámapedagógusa az egészséges testkép és az elhízás lelki okainak kezelésének témakörében tartott interaktív csoportfoglalkozásokat. A lemorzsolódás csökkentése érdekében, motivációként a gyerekek a foglalkozásokon pecsétet gyűjthettek, melyet apró ajándékokra lehetett beváltani a program során. Budakesziben a helyi élelmiszerboltban ún. egészségpolcot installáltunk a BÖT dietetikusa segítségével. A polcon egészség

segítőt támogató élelmiszerek, illetve az egészséges táplálkozásról szóló szórólapok kerültek elhelyezésre. A programban résztvevő gyermekek a polc termékeinek vásárlásával szintén gyűjthették a pontokat.

## 6. A függőség megelőzése

Az iskolai függőség megelőzéshez kapcsolódó programokat a II. táblázat szemlélteti. A tanárok fejlesztését az OKPI valósította meg tréner bevonásával. Az iskolai programokat a pedagógusok végezték.

Az általános iskolai korosztályban a hatékony függőség megelőzés elsődleges módszere a gyermek szociális és érzelmi készségeinek támogatása, fejlesztése, mely a mindennapi pedagógiai munkába ágyazottan valósul meg [20, 21]. A programunkban a pedagógusok multiplikátor szerepére építettünk, melyhez a tanárok egészségismereteit, lelki egészséget és szociális készségeket támogató pedagógiai módszereit fejlesztettük interaktív, tapasztalati tanuláson keresztül. Ennek a megközelítésnek három célja volt: egyrészt a saját élményen keresztül tanulás magabiztosságot ad a módszerek azonnali gyakorlati átültetéséhez, másrészt a tanárok ilyen irányú fejlesztésén keresztül a gyermekek készségeinek és lelki egészségének folyamatos támogatása és fejlesztése meg tud valósulni az iskolákban, harmadrészt a kapacitásfejlesztés biztosítja a függőségek megelőzésének iskolai fennmaradását hosszútávon.

A program első lépéseként 2019-ben úgynevezett „világítótorony” pedagógusok képzése valósult meg. A régió 11 intézményéből 28 tanár (iskolánként 2–4 pedagógus) részesült gordonni asszertív kommunikációs tréningben, új élménypedagógiai módszerekkel, játékokkal és egészségismeretekkel gazdagodtak a dohányzás témájában, majd ezt követte félévvel később egy egynapos felméréssel egybekötött szupervízió. A „világítótorony” pedagógusok egyik fő szerepe abban állt, hogy az iskolában megjelenjen, illetve erősödjön a függőségek, különös tekintettel a dohányzás megelőzés témája. A programban résztvevő pedagógusok vállalták, hogy az intézményükben beszámolnak és továbbadják a tantestületnek a képzésen elsajátított játékokat, gyakorlatokat és a kollégákat bevonva dohányzás-megelőzésre fókuszáló interaktív témahetet szerveznek az iskolában.

A program következő lépése a 2020/21-es tanévben az egész tantestületre kiterjedő egynapos workshopok megtartása volt, melynek célja gyakorlatorientált fog-



**II. táblázat**  
**Iskolai függőségmegelőzéshez kapcsolódó programok**

Célcsoport	Program	Cél	Módszertan	Résztevők
Pedagógusok	I. Érdeklődő, nyitott pedagógusok képzése (2019)	Módszertani és személyiségfejlődés Program ismertetése Peer hatás a tantestületen belül	30 órás Gordoni kommunikációs tréning	11 intézmény, 28 pedagógus (2-4 pedagógus/iskola)
	II. Egész tantestület képzése (2020/21)	Módszertani és személyiség fejlődés Fenntarthatóság kialakítása, a tantestület ezirányú munkájának támogatása Egészségműveltség fejlesztése	1 nap interaktív workshop	9 intézmény, 132 pedagógus
Gyermekek	Dohányzás elleni témahét	Egészségismeretek fejlesztése Dohányzással szembeni elutasító hozzáállás kialakítása	1-5 nap interaktív, élménypedagógiai módszerek	11 intézmény
	Szociális és érzelmi készségek, képességek támogatása	Szociális tudatosság Kapcsolati készségek Felelős döntéshozatal Önmenedzselés	Egész tanévben interaktív, élménypedagógiai módszerek	11 intézmény

lalkozás keretében az iskolai függőségmegelőzés tevékenységhez kapcsolatos a pedagógusok lelki egészségének erősítése, megküzdési stratégiák és szociális készségek élményalapú fejlesztése. A készségek és módszertanok fejlesztése mellett a másik fő cél volt a tantestületen belüli közösségépítés, a kollégák közötti támogató kommunikáció és a jógyakorlatok megosztásának kialakítása. A pandémiai miatt a workshopok online és személyes jelenléttel egyaránt folytak, 9 iskolában összesen 132 pedagógus részvételével.

### A programok monitorozása

A bemeneti mérésekben a BÖT illetékességi területén működő 12 iskola vett részt 2019. év elején. A tanulók testösszetételének, étkezési és sportolási szokásainak felméréséhez az alsósok körében a COSI [10], a felsősöknél a HBSC [11], a rizikómagatartások felméréséhez a HBSC és a Global Youth Tobacco Survey (GYTS)

[22] mérőeszközök válogatott kérdéseit használtuk az 5–8. évfolyamosok körében. A COSI felmérés 1 035 első és második évfolyamos tanuló, a GYTS 682 7-8. osztályos, a HBSC 1698 5–8. osztályos tanuló részvételével zajlott le. A felmérések lebonyolítását a védőnők és az erre a feladatra kijelölt iskolai koordinátorok végezték és segítették. A visszaméréseket a program indulásától kezdve két évente terveztük végrehajtani. Az első kimeneti mérést a COVID-19 okozta korlátozások miatt nem lehetett lebonyolítani, a második mérés 2023-ban lesz esedékes.

A tanárok körében készült felmérésekhez az Észlelt Stressz Kérdőív 14 (Perceived Stress Scale 14, PSS14) [23] és saját szerkesztésű kérdőívet, valamint fókuszcsoportos felmérést alkalmaztunk 2019-ben és 2020-ban a programban résztvevő 28 pedagógus körében, 2021-ben a felmérések tovább folytatódtak 9 iskolában 132 tanár részvételével. A tanári felméréseket az OKPI munkatársai végezték.

Az egészséges táplálkozást ösztönző iskola program fókuszcsoportos felméréssel került értékelésre 2019. október–november során az OGYÉI szakemberei által.

A három iskolában a dietetikai órák tervezéséhez a gyermekek táplálkozási szokásait és a szülők ezirányú szokásait és hozzáállását mértük fel saját szerkesztésű kérdőívvel, melyet a szülők számára juttattunk el az iskolavezetőség segítségével. Összesen 249 kitöltött szülői kérdőív érkezett vissza.

A felmérések és az azokból származó adatok jelenleg közlés alatt állnak, így azok részletes ismertetésétől a jelen cikkben eltekintünk. A programhoz kapcsolódó kutatásaitikai engedély száma: 4088-2/2019.

## A MEGVALÓSULT INTERVENCIÓK TAPASZTALATAI

### Gyermekkorai egészséges testsúly elősegítése

#### *Az egészségismeretek fejlesztése*

A Telki Pipacsvirág Magyar-Angol Két Tanítási Nyelvű Általános Iskola, valamint a pátyi Bocskai István Magyar–Német Két Tanítási Nyelvű Általános Iskola mindegyik alsó tagozatos osztálya, valamint Budakeszi Szechenyi István Általános Iskola - Napraforgó tagozat összes tanulója részesült online, interaktív dietetikai foglalkozásban. Összesen 468 gyermek vett részt a foglalkozásokon. A dietetikai órákat a szülők 98,7%-a nagyon hasznosnak és szükségesnek ítélte meg a gyermekei számára.

Külön a szülők számára szervezett foglalkozások érdeklődés hiányában meghíúsultak. A felmérésünk alapján ennek hátterében a leterheltségük áll, illetve a szülők többsége az egészség táplálkozásról az interneten való tájékozódást preferálja.

A kijárlott oktatási segédanyagok iskolai felhasználása, továbbá a Meseösvény látogatottsága nem került monitorozásra a programban.

#### *Egészséges táplálkozást ösztönző iskola*

A menzabizottságok összetétele és működésének módja a programban résztvevő iskolákban eltérő volt, más-más igények merültek fel a közétkeztetéssel és egészséges táplálkozással kapcsolatban. Az iskolaegészségügy egyik iskolában sem képviseltette magát a menzabizottságokban különböző okok miatt. Legtöbb esetben az

érintett felek között egy találkozó alkalmat is nagyon körülményes volt megszervezni. A pluszban felállítandó menzabizottság már elkedvetlenítette az iskolákat a programtól, legtöbbször időhiányra és munkaerőhiányra hivatkoztak.

A fókuszcsoportos felmérésekből kiderült, hogy a pedagógusok és konyhai dolgozók egyöntetűen problémának tartják, hogy a szülők nem elég elkötelezettek az egészséges táplálkozásra való nevelés iránt. Az otthonról hozott ételek között sok az egészséges táplálkozásnak nem megfelelő tízórai, uzsonna. A szülők jellemzően nem kóstolják meg a közétkeztetés keretében kapott ételeket, holott erre a legtöbb iskolában lehetőségük lenne. A szülők nem is feltételezik, hogy panaszra választ kapnának vagy megoldást keressenek, ezért, ha bármilyen okból elégedetlenek a közétkeztetési szolgáltatással, egyszerűen lemondják azt. A közétkeztetés szereplői nem ismerik egymást, nincs közöttük párbeszéd.

Az OGYÉI által a régió iskoláiban tartott, a közétkeztetés népszerűsítését és javítását célzó program egyik tanulsága, hogy az ilyen típusú programok megszervezése rendkívül körülményes az iskolákban az időhiány és kapacitáshiány miatt. A program rámutatott, hogy az egészséges táplálkozást támogató intézményi környezet kialakításához nagyon sok tennivaló van még hazánkban.

#### *Testnevelő tanárok módszertani repertoárjának gazdagítása*

A testnevelő pedagógusokat célzó programelem kevésbé volt sikeres. A felkínált lehetőségek a tanárok nagy részét nem tudta részvételre serkenteni, aminek hátterében fő indokként az időhiányt és a túlterheltséget nevezték meg a pedagógusok.

#### *Egészséges testsúly elősegítése a rendszeres testmozgás ösztönzésével*

„Mindenki lehet győztes” sportversenyeken (ping-pong, foci és labdaügyességi) összesen 366 gyermek vett részt. A „Lépéssel nyerhetsz” iskolai kihívásban 430-an vettek részt, összesen 83 240 km-t gyalogolva a kihívás ideje alatt. A programok fő tanulsága volt, hogy a gamifikációval összekötött kihívásokban a kisebb településeken az iskoláért nem csak a gyermekeket lehet ilyen típusú programokkal megmozgatni, hanem a lakosság nagy része is motiválhatóvá vált.

### *Az elhízott gyermekek támogatása az egészséges testsúly elérésében*

Telkiben 8 fővel egy csoport indult, 27 testnevelés-óra, 4 dietetikai és 4 drámapedagógiai foglalkozás valósult meg. Pátyon 2 csoport indult összesen 21 fővel. A két csoport számára összesen 66 testnevelésórát, 8–8 dietetikai és drámapedagógiai foglalkozást tartottak.

Budakesziben 3 csoport indult kezdeti 32 fővel, egyedül ebben az iskolában volt tapasztalható lemorzsolódás a program alatt. A 3 csoportnak összesen 87 testnevelésórát, 12 dietetikai és 12 drámapedagógia foglalkozást tartottak meg a BÖT iskoláiban és praxisközösségeiben dolgozó szakemberek.

A program szervezése nagyon sok nehézségbe ütközött. Egyrészt, a gyerekek túlnyomó többsége különórákra járt a délután folyamán, így a délutánra tervezett iskolai foglalkozásainkra az érintett elhízott gyermekek csupán egyharmadát sikerült bevonnunk. Másrészt, a gyerekeket elbátortalanította az is a részvételtől, hogy számos alkalommal stigmatizálásra került a program, mind tantestületi dolgozók, mind a tanulók részéről. Tovább nehezítette a megvalósítást, hogy eltérő volt az iskola vezetőinek és a praxisközösség orvosainak iskolai program iránti elkötelezettsége, amely befolyásolta az alkalmazásukban álló, programban résztvevő szakemberek motiváltságát is.

### **Iskolai függőség megelőzés**

#### *A megtanult módszerek és technikák alkalmazása az iskolai környezetben*

A 2019 tavaszán az OKPI által szervezett pedagógus képzésen résztvevő pedagógusok közel egyharmada (27%) részben vagy teljes egészében beépítette a mindennapi pedagógiai munkájába a gyermekek lelki egészségét támogató asszertív kommunikáció módszertanát, napi szinten alkalmazta a megtanult technikákat és a játékokat az óráin. A felmérésünk alapján a legnagyobb ösztönző erőt a módszerek mindennapi használatához az jelentené a pedagógusok nagy részénél, ha ennek látható/érezhető eredménye lenne az iskolában (77%), illetve, ha a gyerekektől pozitív visszajelzést kapnának (69%). A felmérésből kiderült, hogy a képzésen elsajátított módszerek rendszeres használata a programban résztvevő pedagógusok 88%-át hozzásegítette az osztályon belüli konfliktusok könnyebb/hatékonyabb kezeléséhez; 76%-uk számolt be a gyerekek együttműködési képességé-

nek javulásáról; 68%-uk mondta, hogy javult/mélyült a kapcsolata a gyerekekkel; 44%-uk tapasztalta, hogy javult az osztályon belüli csoportkohézió; 20%-uk figyelte meg, hogy a módszerek használatával hatékonyabbá vált a tananyag átadása és a gyerekek nyíltabbak lettek, nagyobb biztonságban érzik magukat az iskolai környezetben.

Az iskolai függőségek megelőzéséhez kapcsolódó témahetek rendszeres, minden évben történő megrendezéséhez a tanárok 73%-át a részletes feladatleírásokat és gyakorlatokat tartalmazó módszertani füzet, 63%-ukat a témahetek hatására az iskolában látható/érezhető eredmény, 58%-ukat a témahetek megvalósításához szükséges anyagi keret biztosítása motiválná.

A program első fázisa sikeresnek volt mondható: a 2020/21-es tanévben a programban résztvevő iskolák többségében a helyi tanterv része lett a dohányzással foglalkozó témahét, és az oktatott módszerek, gyakorlatok zömét a pedagógusok sikerrel be tudták építeni a mindennapos munkájukba, továbbá a program koncepciója a Budajenői általános iskolában egy mestertanári programba is integrálódott.

A kidolgozott függőség megelőzési program és az ahhoz kapcsolódó kohorsz kutatás 2021 szeptemberétől a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Program keretében folytatódik tovább, az MTA-PTE Innovatív Egészségpedagógia Kutatócsoport munkájaként (<https://iep.ptt.hu/>).

### **A program tanulságai és megvalósíthatósága más régiókban**

Az egészségfejlesztés szocio-ökonómiai keretrendszeré rávilágít a programtervezés és kivitelezés folyamatában a multidiszciplináris megközelítés fontosságára, amelyet a különböző szektorok közötti együttműködéssel lehet sikeresen megvalósítani [24]. Ezt a tényt különösen fontos figyelembe venni a gyermekek egészségének fejlesztésekor, amelyben a gyermeket körülvevő mind természeti, mind szociális környezetnek fontos szerepe van [25].

A gyermekek egészségének fejlesztése, támogatása érdekében különböző szintereken (családok, egészségügyi és oktatási intézmények, lakóközösség) megvalósított összehangolt beavatkozások szükségesek már kora gyermekkortól kezdve [26, 27]. Az így felépített programok bizonyítottan sikeresek hosszú távon, mind a gyermekkori obezitás, mind a függőségek visszaszorítása, megelőzése terén [28-30].

Az általunk bemutatott program a fentiek leképezésére törekedett helyi és országos felek együttműködésével. A partnerszervezetek elkötelezett embereiből álló hálózat kiépítése időt, türelmet, kitartást, motivációt, kreativitást, rugalmasságot igényelt a program szakmai és operatív vezetőitől. Fontos felismerés volt, hogy a partnerek időben is változó érdekeltiségének megtalálása, továbbá az egészséggel kapcsolatos információk különböző szakterületek „nyelvére” történő lefordítása és az együttműködéshez szükséges szociális készségek megléte kulcsfontosságú a partnerség kiépítéséhez és működtetéséhez. A program ezen szakaszának tanulsága volt, hogy a partnerek motivációjának fenntartásához és az eredményesebb együttműködéshez a program kezdetétől fogva érdemes lett volna a partnerek közötti kohéziót erősíteni és a partnerségi működéshez szükséges társas készségeket fejleszteni. Számos szakmai tanulmány kiemeli, hogy a sikeres partnerségi együttműködéshez szükséges a partnerek szerepének tisztázása, a kompetenciakörök lefektetése és a partner által hozzáadott érték meghatározása. A hároméves programperiódus alatt a fenti tényezők gyakorlati megvalósításának nagy hátráltató tényezője volt, hogy a pénzügyi források feletti különböző partneri diszpozíciók felülírták néhány esetben a szakmai alapokon nyugvó közös célért végzett partnerségi munka alapjait.

A programunkban alkalmazott intervenciók, módszerek többsége nem helyspecifikus, azok átvihetők más régiókba, településekre, ha a program végrehajtásához szükséges partneri kapcsolatokat az érdekelt felek között megteremtik. A tapasztalatok alapján egy térségben működő egészségügyi intézmény szakmai tudására és hírnevére építve fontos szerepet tud betölteni az adott régió népegészségügyi programjának tervezésében, kivitelezésében, és képes bevonni az érdekelt feleket a programok sikeres végrehajtásába. A program megvalósításához szükség van helyi szinten az iskolák, az egészségfejlesztési irodák, a háziorvosi praxis és szakorvosi ellátás szakembereire, a védőnőkre, az önkormányzatra, civil szervezetekre, valamint egy olyan motivált szakmai koordinátorra, aki a fentebb említett szereplők tevékenységeit és erőforrásait összehangolja a gyermekek egészségfejlesztése terén. Ezek a szereplők minden magyarországi régióban jelen vannak, tevékenységi körük részét képezi a gyermekek egészségének támogatása, ebből kifolyólag a koordinátori költségeken kívül különösebb anyagi ráfordítás nem szükséges a program elindításához. Az így felépített program keretet tud biztosítani, hosszú távon is, a gyermekek egészsé-

gének komplex fejlesztéséhez, melynek sikere és fenntarthatósága az összes érintett fél közös céljaiban és erőfeszítéseiben rejlik. A program fenntarthatóságának biztosításához a különböző beavatkozási szintekhez helyi vállalkozások becsatolása (pénzügyi fenntarthatóság) és a kapacitásfejlesztés (tudás, készség helyi realizálása), és program feladatokra dedikált intézményi/partneri koordinátorok szükségesek. A kapacitásfejlesztésben nagy segítséget jelenthetnek a térségben található, egészségfejlesztéssel foglalkozó szakmai szervezetek, valamint felsőoktatási és egészségügyi intézmények.

Az iskolák, illetve tágabban a lakóközösség becsatolása térségi és országos egészség kampányokba, programokba nagyon költséghatékony módja a kistérségi egészségfejlesztési tevékenység végzésének, amely az érintettek indikátorainak teljesülésével nyertes-nyertes helyzetet eredményez. A tapasztalataink szerint, az országos intézmények és szervezetek nyitottak az együttműködésre és támogatták a saját programjaik Budakörnyéki megvalósítását.

Az iskolák a közösségi egészségfejlesztés szempontjából kulcsszereplőknek bizonyultak. Általuk nem csak a gyermekeket, de a szülőkön keresztül a nagyobb közösséget is el lehetett érniük. A sikeres iskolai programokhoz elengedhetetlennek bizonyult az iskolák működésének ismerete, az iskolák bevonása a programok tervezésébe, a programok integrálása az éves helyi tervbe, és a programok kivitelezésének iskolák számára is megfelelő időzítése. Ezen feltételek teljesülésével az iskolákkal való együttműködés rendkívül gyümölcsözővé vált, és kézzelfogható szakmai gyakorlati támogatással, a tantestületekben rejlő kreativitás, támogató attitűd, tudás és gyakorlat tovább tudott bontakozni, fejlődni.

## TÁMOGATÁS

A program a WHO-BCA 2019-2020, az Emberi Erőforrások Minisztériuma nemzeti népegészségügyi stratégiával összefüggő feladatok előirányzat terhére elkülönített támogatás 2019 és 2021, a Három generációval az egészségért praxisközösségi pályázat, a 2020 EU Health Award és az MTA Közoktatás-fejlesztési Kutatási Program támogatásával valósult meg.

## KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Hálásan köszönjük a BÖT illetékességi területén működő általános iskolák – Biatorbágyi Általános Iskola, Biatorbágyi Református Általános Iskola, Széchenyi István Általános Iskola, Prohászka Ottokár Katolikus Gimnázium, Budajenői Általános Iskola, Nagykovácsi Általános Iskola, Bocskai István Magyar-Német Két Tanítási Nyelvű Általános Iskola, Kis-forrás Német Nemzetiségi Általános Iskola, Kossuth Lajos Általános Iskola, Pipacsvirág Magyar-Angol Két Tanítási Nyelvű Általános Iskola, Herceghalmi Általános Iskola – nyitottságát és együttműködését a programban.

Köszönjük a Budakörnyéki Önkormányzati Társulás önkormányzatainak (Budakeszi, Biatorbágy, Perbál, Páty, Tinnye, Tök, Pilisjászfalu, Telki, Nagykovácsi, Budajenő, Remeteszőlős, Herceghalom), háziiorvosi praxisainak, a települések védőnőinek a program során nyújtott támogatását.

Köszönjük továbbá az Egészségprogram alábbi együttműködő partnereinek munkáját:

Emberi Erőforrások Minisztériuma Egészségügyért Felelős Államtitkárság

Emberi Erőforrások Minisztériuma Köznevelésért Felelős Államtitkárság

Emberi Erőforrások Minisztériuma Sportért Felelős Államtitkárság

Egészségügyi Világszervezet (WHO)

Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI)

Érdi Tankerület

Magyar Diáksport Szövetség (MDSZ)

Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Orvosi Népegészségtani Intézet

Biatorbágyi Egészségfejlesztési Iroda

Magyar Szabadidősport Szövetség (MaSport)

Reményt a Gyermekeknek Közhasznú Egyesület

## IRODALOM

- Pfadenhauer, L. et al.: Making sense of complexity in context and implementation: the Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implementation Science*, 2017
- Kickbusch, I. et al.: Partnerships for health in the 21st century, *World Health Stat Q* 1998
- Roussos, S. T. et al.: A Review of Collaborative Partnerships as a Strategy for Improving Community Health. *Annual Review of Public Health*, 2000
- Kis, M., Goda, P.: Pest megye településeinek versenyképességi térképe, 2013, JATEPress: Szeged
- Dahlgren, G. et al.: Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Arbetsrapport 2007:14, Institute for Futures Studies, 1991
- Shortlisted initiatives for the 2020 EU Health Award-Partnership-based complex health programme for children in Buda Region, European Commission, 2020 [https://health.ec.europa.eu/other-pages/basic-page/shortlisted-initiatives-2020-eu-health-award\\_en](https://health.ec.europa.eu/other-pages/basic-page/shortlisted-initiatives-2020-eu-health-award_en)
- Bell, P. et al.: Design-based Research. In: Linn, M. C. – Davis, E. A. – Bell, P. (eds.): *Internet Environments for Science Education*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 73–88, 2004
- Michie, S. et al.: The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions; *Implementation Science*, 2011
- Fact sheets of obesity and overweight, WHO, 2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- Kovács, V., és mtsai: Gyermekkori elhízás előfordulása Magyarországon (COSI) *Magyar Tudomány*, 2019
- Inchley J, C.D., et al.: Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. *International report. Vol. Volume 1. Key findings. 2020*
- ESPAD Group, ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, 2020
- Meseösvényt adtak át a Gyereknapon. Budakörnyéki iránytű. Regionális közéleti lap. Budakeszi 2019-05-28. <https://www.budakesziiranytu.hu/cikk/15406-meseos-venyt-adtak-at-a-gyereknapon>
- „Egészséges táplálkozást ösztönző Iskola”, OGYÉI, 2018 <https://merokanal.hu/egeszsegorzoiskola/>
- „A pozitív motivációs környezet kialakítása és a mozgástani-társas-korszerű megközelítése az iskolai testnevelésben: elmélettel a gyakorlatig”, MDSZ, 2019 <https://www.mdsz.hu/hir/uj-ingenyes-akkreditalt-pedagogus-tovabbkepzes-inditunk-a-pozitiv-motivacios-kornyezt-kialakitasa-es-a-mozgastanitas-korszeru-megkozelitse-a-iskolai-testnevelésben-elmélettel-a-gyakorlatig/>
- Mozgásban a tanulás – kézikönyv bemutató, REGY, 2019 <https://hopeforchildren.hu/2020/01/10/mozgasban-a-tanulas-kezikonyv-bemutato>
- „Mindenki lehet győztes” focibajnokság telkiben. Budakeszi Hírmondó. Regionális közéleti lap. Budakeszi. 2019-06-11. <https://hirmondo.budakeszi.hu/mindenki-lehet-gyoztes-foci-bajnoksag-telkiben/>
- „Léppel nyerhetsz KIHÍVÁS a Budakörnyéki Társulás tanintézményeknek”, MDSZ, 2021 <https://magadertsportolj.hu/leppel-nyerhetsz-kihivas-tanintezmenyeknek>
- Sawyer, A. et al.: Developing the logic framework underpinning a whole-systems approach to childhood overweight and obesity prevention: Amsterdam Healthy Weight Approach, *Obes Sci Pract*, 2021
- Das, P. et al.: Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews, *J Adolesc Health*, 2016
- Thomas, R. et al.: School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev*, 2013

22. Nemzetközi Ifjúsági Dohányzás Felmérés 2016, Dohányzás Fókuszpont, 2017  
[https://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/01\\_GYTS\\_2016\\_osszefoglalo\\_tanulmany.pdf](https://www.fokuszpont.dohanyzasvisszaszoritasa.hu/sites/default/files/01_GYTS_2016_osszefoglalo_tanulmany.pdf)
23. Stauder, A. és mtsai: Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői, *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 7, 2006
24. Establishing Powerful Program Partnerships, CDC, 2018  
<https://www.cdc.gov/dhdspevaluation/resources/dc.htm>
25. Pikó, B. és mtsai: A gyermekek egészség- és környezettudatosságának alakítása, *Iskolakultúra*, 2005
26. Promoting Health for Children and Adolescents, CDC, 2022  
<https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/factsheets/children-health.htm>
27. Juhász, G.: Az egészségvédelmi feladatok színtérelapú megközelítése, *Egészségfejlesztés*, 2019
28. Otterbach, L. et al.: Community-based childhood obesity prevention intervention for parents improves health behaviors and food parenting practices among Hispanic, low-income parents, *BMC Obes*, 2018
29. Amsterdam Healthy Weight Programme, Review 2012-2017, Gemeente Amsterdam, 2017  
[https://assets.amsterdam.nl/publish/pages/967207/review\\_2011-2017\\_amsterdam\\_healthy\\_weight\\_programme\\_wcag.pdf](https://assets.amsterdam.nl/publish/pages/967207/review_2011-2017_amsterdam_healthy_weight_programme_wcag.pdf)
30. Kristjansson, A. et al.: Development and Guiding Principles of the Icelandic Model for Preventing Adolescent Substance Use, *Health Promot Pract*, 2020



## Tájékoztató kézirat elkészítéséhez a Népegészségügy folyóirat szerzői részére

A Népegészségügy folyóirat célja, hazai és nemzetközi népegészségügyi kutatások és programok eredményeinek értékelő bemutatásával, az egészségpolitikai döntés-előkészítés és döntéshozás szakmai támogatásával, a magyar népegészségügyi helyzet javításának szolgálata.

A folyóirat közöl:

- összefoglaló tanulmányokat az egyes népegészségügyi szakterületek kiemelt jelentőségű kutatási/szakmai eredményeiről
- eredeti közleményeket
- a Nemzeti Népegészségügyi Program, a szaktárca, valamint a Népegészségügyi Képző- és Kutatóhelyek Országos Egyesületének (NKE) híreit
- kiemelt jelentőségű szakmai programokhoz kapcsolódó híreket és szakmai beszámolókat

Kéziratokat a szerkesztőség lehetőleg elektronikus formában fogad.

E-mail cím: [nepegeszsegugy@sph.unideb.hu](mailto:nepegeszsegugy@sph.unideb.hu)

Szerkesztőségi cím:

**Semmelweis Egyetem**

Egészségügyi technológiaértékelő és Elemzési Központ  
1091 Budapest, Üllői út 25.

A kézirat tartalmazzon:

**Címoldalt**, melyen fel van tüntetve

- a közlemény címe (magyar és angol nyelven)
- a szerző(k) teljes neve, munkahelye, munkahelyi címe
- a kapcsolattartó szerző neve, telefonszáma, e-mail címe.

**Összefoglalást** (magyar és angol nyelven); a célkitűzés, az alkalmazott módszer, az eredmények és a következtetések rövid, informatív leírását, s terjedelme (szóközökkel együtt) sem a magyar, sem az angol nyelvű összefoglaló esetében nem haladhatja meg a 800 karaktert.

**Kulcsszavakat**, a Medical Subject Headings szerint 3–5 kulcsszó megadása szükséges magyarul és angolul, melyek egyértelműen jelzik a kézirat tartalmát.

Az eredeti közlemény tagolása – a kézirat elemei:

**bevezetés,  
módszer,  
eredmények,  
megbeszélés,  
következtetés/ajánlás,  
köszönetnyilvánítás,  
irodalomjegyzék.**

Az eredeti közlemény törzsanyagának terjedelme maximum **25 000 karakter** lehet az absztrakt és az irodalomjegyzék nélkül.

A kéziratot MS Word formátumban, 12-es betűmérettel, Times New Roman betűtípussal, balra zárva kérjük elkészíteni.

Az **ábrákat és táblázatokat** eredeti formátumában (pdf, eps, ai, - tif, png, jpg, - xls, doc, ppt) külön-külön kell csatolni, számozva és informatív címmel (mely az ábra/táblázat szövegtől független, önálló értelmezését is lehetővé teszi) ellátva.

*Pixeles képeknél a min. 300 dpi felbontás a követelmény.* A táblázatokra és ábrákra a szövegben zárójelen belül kell hivatkozni.

Az **irodalmi hivatkozásokat** a szövegben az adott mondat után szögletes zárójelben, tovafutó arab számozással jelöljék. Az irodalomjegyzéket a szövegben való hivatkozás sorrendjében állítsák össze.

Hivatkozások esetén kérjük az alábbi mintát használni:

*Puska, P.: Blame the patients or blame the politicians?*

*Int. J. Public Health, 52:331-332, 2007*

Hat vagy több szerző esetén az első három szerző után alkalmazzák az „és mtsai” (magyar nyelvű közlemények), illetve az „et al” (idegen nyelvű közlemények) megjelölést.

Hivatkozott könyv esetén az azonosítást biztosító adatok (szerző, cím, kiadó, oldalszám, dátum), illetve könyvrészlet esetén annak adatai mellett a könyv szerkesztőjének neve, a könyv címe, kiadója és a megjelenés éve tüntetendő fel:

*Sándor, J.: A dohányzás az egészség. In: Barabás K. (szerk.): Egészségfejlesztés. Medicina, Budapest, 203-213, 2006*





