



2025. 3. évfolyam 1. szám

MULTIDISZCIPLINÁRIS
EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT



TARTALOM

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉSEK

Két éve már a magyar lakosság egészségének és jólétének javítása szolgálatában	1
--	---

INTERJÚK

Mit tudunk a magyar iskolások fittségéről? – Beszélgetés Kaj Mónikával	3
--	---

VÉLEMÉNYEK

Mi a populációs egészség? Avagy a népegészségügy fogalmának máig tartó fejlődése.....	13
---	----

JUNIOR KUTATÓK

„Védőnői módszertan alapjai, obszerváció” tantárgy szerepe a hallgatók védőnőséggel kapcsolatos általános és speciális ismereteinek fejlődésében és szakmai elköteleződésükben	23
--	----

VIZUÁLIS KIVONATOK

A magyar 10–18 éves tanulók egészségközpontú fittségi állapota (2024)	36
---	----

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A helyalapú kreatív jólét társadalmi értéke – Gyors áttekintés és a bizonyítékok összefoglalása	38
Cikkismertetés: Hogyan tesznek beteggá a városok? – A városi környezet rejtett veszélyei az egészségre	43
Cikkismertetés: Az egészség jólétbe integrálása a Községi Jólléti Rendszerhez vezet	46
Cikkismertetés: Helyzetjelentés a 21. század epidemiológiai elméleteiről	48
Cikkismertetés: Az óriásvállalatok túlzott hatalma a népesség rossz egészségének egyik oka?	54
Cikkismertetés: A közösségi alapú élelmiszer-termelés az egészséges táplálkozás kulcsa?	59
Cikkismertetés: A gyermekkori elhízás vizsgálata – egészségtudatosabbak a fiúk, mint a lányok?	62
Cikkismertetés: A férfiasság fogalmának értelmezése a nemi szerepek módosítását célzó beavatkozásokhoz	65
Cikkismertetés: Az ízületek rugalmassága mint az egészségi állapot fokmérője	68
Szakedokumentum: A MAGYAROK EGÉSZSÉGE TÖBBET ÉRDEMEL! A Magyar Orvosi Kamara állásfoglalása	70
Szakedokumentum: Rákbetegségek Magyarországon	78
Könyvismertetés: Demográfiai portré. Kisgyermek egészségügyi állapota és Halandóság	88

SZAKMAI HÍREK

Rövid hírek a nagyvilágból	92
Népegészségügy 3.0 – A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület tevékenységei	95

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLÉS

Két éve már a magyar lakosság egészségének és jóllétének javítása szolgálatában

Two years to improve the health and wellbeing of the Hungarian population

Lapunk már két éves, a mögöttünk hagyott időszak eredményei igazolják, hogy jó döntés volt belevágni. Két év alatt 8 rendes és 1 különszámot jelentettünk meg, összesen 117 közleménnyel.

Az olvasottsági adatok alapján örömmel látjuk, hogy a szakemberek lap iránti érdeklődése hónapról hónapra növekszik, ez biztat bennünket a folytatásra. A megjelent közlemények absztraktjait már közel 19 000-szer nyitották meg olvasásra – a múlt hónapban rekordszámban (1 571)–,

a cikkeket több mint 11 000 alkalommal töltötték le. A közlésre benyújtott cikkek elfogadási aránya 86,81%, az elfogadásig eltelt idő átlagosan 10 hét. Az olvasottsági adatokat az ábra mutatja.

Platformot biztosítunk a szerzők saját kutatásának és mások témába vágó vizsgálatainak bemutatása, releváns szakdokumentumok ismertetése mellett nemzetközi lapokban publikált közlemények recenziójának ismertetésére is. Ehhez ötleteket is adunk, részletek a felhívás oldalán: [»Legyen a szerzőnk!«](#)

Tudományos. Sokszínű. Független.

A MEJ-t azért alapítottuk, hogy fórumot teremtsünk az egészség és a jóllét minél sokszínűbb, sokféle szempont szerint történő tárgyalásához. Célunk, hogy a különböző tudományágak kutatóinak az egészséggel és jólléttel, valamint azok társadalmi meghatározottságával kapcsolatos kutatásait bemutatva elősegítsük az egészségről és jóllétről alkotott, egyre pontosabb és teljesebb kép kialakítását. Abban bízunk, hogy a tudományterületek határain átívelő, közös tudás növekedése hozzájárul a magyar lakosság egészségének és jóllétének javulásához.

Törekszünk az innovációra, a folyamatos fejlődésre, hogy minél több olvasót érhesünk el. A hagyományos tartalmak mellett podcastként megjelentett interjúkat is készítünk olyan kiemelkedő hazai szakemberekkel, akik bár különböző szakterületeket képviselnek, munkásságuk mégis szorosan kapcsolódik az egészséghöz és a jólléthez. 8 beszélgetés már meghallgatható a podcast csatornánkon: [»MEJ podcast«](#).

Elindítottuk a MEJ Café programsorozatot, aminek keretében online workshopokat, nyilvános kerekasztal beszélgetéseket szervezünk az egészség és jóllét témájához kapcsolódóan. A programokról hírleveleinkben és közösségi média felületeinken adunk információt. A soron

következő MEJ Café témája a gyermekek egészségére ártalmas élelmiszerek marketingjének szigorúbb szabályozása lesz, 2025. március 4-én 18 órától. Az online kerekasztal-beszélgetés nyilvános, további információ [facebook](#) és [LinkedIN](#) oldalunkon olvasható.

Lapunk megjelenését számos szakember támogatja szakbírálóként. Az általuk nyújtott bírálatok és javaslatok segítenek abban, hogy a folyóiratban megjelent közlemények kiváló minőségűek legyenek. Szerkesztőségünk nagyra értékeli a szakbírálók kiemelkedő munkáját és folyóiratunk iránti elkötelezettségüket. A munkánkat támogató szakemberek: [»Szakbírálók«](#).

A MEJ önkéntes szerkesztők munkájának eredményeként jelenik meg. Ha fontosnak tartja a független és hiteles tudományos tájékoztatást, kérjük, támogassa Ön is lapunk megjelenését. Támogatóink adományát a folyóiratmegjelentetés technikai feltételeinek és a szerkesztőség működé-

sének biztosítása mellett arra fordítjuk, hogy ez az innováció minél többekhez eljusson a közösségi média felületein is. Részletek: [»Támogatás«](#).

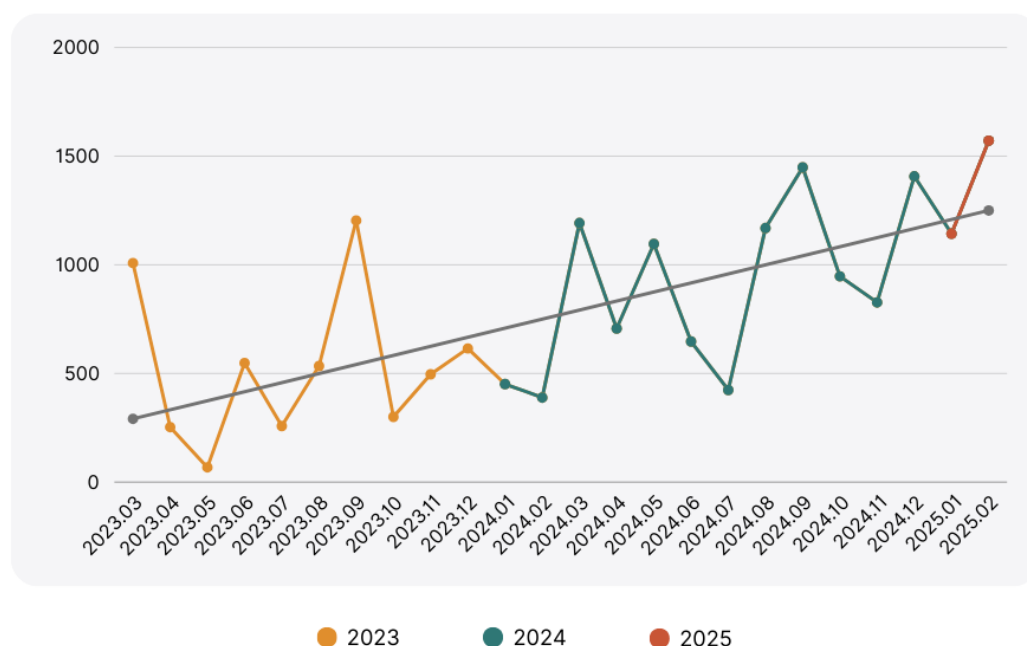
Szerkesztőségünk nyitott az egészség és jólét fejlesztésében elkötelezett szakemberek felé, szívesen vesszük a szerkesztői, olvasószerkesztői munka iránt érdeklődők jelentkezését. Szeretettel várjuk olyan lelkes hallgatók jelentkezését is, akik egy-egy területhez kapcsolódó szakértelmükkel szívesen részt vennének szerkesztőségi gyakornokként a munkánkban. A jelentkezeket a szerkesztőség e-mail címére írt üzenetben várjuk: [»mej.folyoirat@gmail.com«](mailto:mej.folyoirat@gmail.com).

Friss híreinkért, felhívásainkért kövesse [facebook](#) és [LinkedIN](#) oldalunkat, adjon nekünk visszajelzést hozzászólásokkal, megosztásokkal, illetve lapozza át újra az első két évfolyam lapszámait!

Jó olvasást kíván: a Szerkesztőség

Absztraktok havi olvasottsága

Forrás: Open Journal System
(2025.03.01)



INTERJÚK

Mit tudunk a magyar iskolások fittségéről? – Beszélgetés Kaj Mónikával

*What do we know about the physical condition of Hungarian
schoolchildren? – Interview with Mónika Kaj*

Doi: [10.58701/mej.18275](https://doi.org/10.58701/mej.18275)

Kulcsszavak: fizikai aktivitás; fittség; iskolások

Keywords: physical activity, physical condition; schoolchildren

A MEJ célja, hogy a különböző tudományágak kutatóinak az egészséggel és jólléttel, valamint azok társadalmi meghatározottságával kapcsolatos kutatásait bemutatva elősegítse az egészségről és jóllétről alkotott, egyre pontosabb, teljesebb kép kialakítását. Ehhez a tudományos közlemények mellett egy új formát is választottunk: interjúkat készítünk néhány olyan kiemelkedő hazai szakemberrel, akik bár különböző szakterületeket képviselnek, munkásságuk szorosan kapcsolódik az egészséghez és a jólléthez.

Az interjút Vitrai József, a MEJ alapító főszerkesztője készítette 2025. január 17-én.¹

Vitrai József (V. J.): Szeretettel köszöntöm a Multidiszciplináris Egészség és Jóllét olvasóit, illetve a podcast hallgatóit! A mai beszélgetésben a társam Kaj Mónika lesz, a Magyar Diáksport Szövetség szakmai vezetője és arról fogunk beszélgetni, hogy milyen a magyar iskolások fittsége, fizikai aktivitása, hogyan méri ezt Magyarországon, hogyan monitorozzák és

milyen programot indított a Diáksport Szövetség ennek a kérdésnek a megoldására. Mielőtt azonban az érdemi beszélgetést megkezdénénk, megkérem Mónikát, hogy röviden mutakozzon be szakmai szempontból.

Kaj Mónika (K. M.): Köszönöm szépen és üdvözlöm a hallgatókat! Én több, mint 10 éve dolgozom a Magyar Diáksport Szövetségben különböző programokon, amiknek az a célja, hogy aktivizálják és minél inkább mozgásra ösztönözzék a tanulókat. 2013-ban csatlakoztam a Magyar Diáksport Szövetséghez, amikor szakértőként vettem részt egy kutatási csoportban, aminek a feladata volt egy nemzeti egységes fittségi teszt rendszer megalkotása és tudományos háttérének kidolgozása. Ezzel indult a szakmai életutam, miután PhD-ztem a pécsi egyetemen terhelés-élettanból. Ezt követően tulajdonképpen a NETFIT a mindennapi munkám része maradt, az adatokat évről évre én dolgozom fel és dolgozunk a továbbfejlesztésén (a NETFIT a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt rövidítése – a szerk). Időközben pedig elindítottunk egy nagyon széles, országos hatókörű komplex

¹ A szöveg a MEJ [Facebook oldalán](#) és [Youtube csatornáján](#) meghallgatható interjú szerkesztett változata.

mozgásösztönző programot, az Aktív Iskola Programot, aminek a szakmai vezetője vagyok. Ezen túlmenően különböző hazai, nemzetközi, kisebb projektekben dolgozom, amik jellemzően a tanulók fittségi állapotát követik nyomon, értékelik.

V. J.: Köszönöm! Mielőtt rátérnénk arra, hogy milyennek találjátok a magyar tanulók fittségét, röviden mondd el, hogyan történik ennek a mérése, monitorozása.

K. M.: Az idei tanévben már 11. alkalommal valósítjuk meg a NETFIT méréseket. 5. évfolyamtól felfelé kötelező ez a mérési rendszer minden iskolában, ahol testnevelés-oktatás zajlik. A pedagógusok mérik fel a gyerekek fittségi állapotát, és egy online felületen rögzítik az adatokat, amiből aztán automatikusan riportok hívhatók le, és elérhetővé válik a gyerekek fittségi állapota. Ami érdekes ebben a rendszerben, hogy az egészség szempontjából értékeli a gyerekek fittségi állapotát. Egyrészt egészségközpontú összetevőket mér, aminek közvetlen összefüggése van az egészségi állapottal, és úgy is értékeli, megvizsgálja, hogy az adott fittségi adat az egészség szempontjából eléri-e a minimum szintet, vagyis az egészségzónába kerül-e az adott érték, vagy fejlesztés, vagy fokozott fejlesztés szükséges-e az adott területen. Amennyiben utóbbi, az előrevetíti, hogy a különböző gyenge fittségi összetevőkből adódóan a későbbi életkorban az adott tanulónak egészségügyi kockázata lehet. Például az állóképesség tekintetében, ha a „fokozott fejlesztés szükséges” zónába került egy gyermek fittségi adata, ez azt jelenti, hogy 11-szer nagyobb az esélye nála későbbi életkorban kardiovaszkuláris megbetegedések kialakulásának. Ezt a rendszert egyébként a Magyar Diáksport Szövetség a Cooper Intézet együttműködésével alkotta meg 2013-ban, úgyhogy a módszertan mögött komoly tudományos háttér van. (A Cooper Institute egy nem-

zetközi kutatóintézet, amely elsősorban a testi aktivitás, a szív- és érrendszeri egészség, valamint az általános jólét területén végez tudományos kutatásokat). Az intézet kiemelt figyelmet fordít a fizikai aktivitásnak az egészségre gyakorolt hatására, és segít a prevenciós programok, edzésmódszerek és életmódbeli változtatások tudományos alapú kidolgozásában. – a szerk.)

A tavalyi mérési adatokból tudok néhány számot is mondani: 3907 iskola rögzítette a NETFIT mérések adatait az online rendszerben, ami több mint 650.000 diák mérési adatát jelentette. Hatalmas dolog és egyedülálló világszinten, hogy van egy ilyen rendszerünk, és nyomon tudjuk követni évről évre a gyerekek egészségközpontú fittségi állapotát.

V. J.: Azt mondtad, hogy 5. osztálytól felfelé történik a mérés, mi a felső határ? A középiskolásokat is méritek?

K. M.: Igen, egészen a közoktatási rendszer végéig, amíg a gyerekek tanulnak a köznevelési rendszerben, addig az évenkénti méréseiket el kell végezni. Alsó tagozatban játékos ismerkedést javasolunk, mert a gyerekek mozgáskultúrája ekkor még nincs olyan szinten, hogy ezeket a méréseket technikailag a szabályos, standard protokoll szerint végre tudják hajtani, így a mérést 5. évfolyamtól vezettük be.

V. J.: Említetted, hogy a zónahatárokat tudományos szempontok alapján alakították ki. Mit jelent az, hogy valaki nem éri el a minimumot? Mi az a minimum, amit el kell érnie?

K. M.: Természetesen minden tesztben más a minimum érték. Fiúra, lányra vetítve ezek eltérőek, az életkor is befolyásolja, tehát életkori csoportra és nemre lettek ezek a töréspontok, minimum értékek fel-

állítva. Csak egy nagyon egyszerű példát mondok: ha azt nézzük, hogy valakinek milyen a vércukorszintje, akkor mindenki tudja, hogy ha egy bizonyos érték alatt van, akkor az mit jelent és ha afölött van, akkor az egészség szempontjából az mit jelent. Így kell ezekre az határértékekre is gondolni. Tehát nem az a lényeg, ami a korábbi rendszerekben nagyon bevett szokás, hagyomány volt, mégpedig hogy a gyerekek fittségi adatait egymáshoz viszonyítva értékelték, mint átlag alatti/jóval átlag alatti/átlag feletti/jó/kiváló a teljesítmény. Ezt úgynevezett normaorientált értékelési rendszernek nevezzük. A NETFIT ehhez képest kritériumorientált értékelést követ, ami azt jelenti, hogy egy külső tényezőt – jelen esetben az egészséget – vesszük alapul és megnézzük, mi az a minimumszint, aminél az adott tesztben nagyon kicsi a valószínűsége az adott fittségi állapotból következően kialakuló egészségproblémának. Egyébként a metabolikus szindróma tünetegyüttesét vizsgáltuk egy országos, reprezentatív kutatás keretében, több mint 2600 gyerekekkel. Velük megcsináltuk iskolai körülmények között az egyszerű pályateszteket, majd 600 gyereket bevittünk sportélettani laboratóriumokba is, ahol komplex spiroergometriás tesztel mértük a maximális oxigénfelvevő képességüket és más egészségi állapotukra vonatkozó markereket, majd különböző statisztikai módszerekkel állapítottuk meg az említett minimum értékeket, amik elérhetők egyébként bárki számára.

V. J.: Köszönöm, én most már értem. Arra kérnélek, hogy röviden ismertesd, milyenek találtatok a legutóbbi mérések során a tanulók fittségét, illetve hogyan változott időben ez a fittség.

K. M.: Ahogy említettem, most már 11. éve csináljuk a méréseket. Az előző tanév (2023/2024.) mérési időszak adataiból azt látjuk, hogy vannak kiemelkedően jól

teljesítő területek, és vannak olyan fittségi összetevők, amik drasztikusan rosszak a gyerekek fittségi állapotában. Összességében talán a legkritikusabb a gyerekek kardiovaszkuláris fittségi állapota, az állóképességük, ami az idősebb korosztályokban tényleg drasztikusan csökken. Nagyon kevesen vannak, akik elérik az egészség megőrzéséhez szükséges minimum szintet.

Ha a számokat nézzük, az 5. évfolyamon a gyerekek kétharmada az egészségzónába tartozik, tehát elérik az egészséghez szükséges minimum szintet az állóképességi tesztben. De mire kikerülnek a köznevelési rendszerből – 18 éves korukra – a kétharmaduk már fejlesztésre szorul, tehát ekkor több mint 60 százalékuk az egészség szempontjából gyenge állóképességgel rendelkezik.

Nem csoda, hogy Magyarországon a vezető halálokok között szerepelnek a kardiovaszkuláris megbetegedések, amik közvetlen kapcsolatban állnak az állóképesség szintjével.

V. J.: Ez sokkoló adat valóban. Esetleg van valamilyen elképzelés, hogy mi állhat e mögött?

K. M.: Ahogy idősödnek a gyerekek, azt látjuk, hogy a fizikai inaktivitás mértéke is növekszik, elsősorban ez áll mögötte. Egyre kevesebbet mozognak, egyre inkább a számítógép és a különböző technológiai eszközök csapdájába esnek, és sajnos ennek az a következménye, hogy az állóképességük romlik. Hozzáteszem, az állóképességi tesztekhez szükséges minimum értékek alacsonyabbak ezekben a korosztályokban, és ennek ellenére is csökken azoknak a száma, akik elérik. Az adatok tényleg előre vetítik azt, hogy ezek a megbetegedések a felnőttkorban nagyon gyakoriak lesznek. Emiatt

fontos lenne preventív szemlélettel a mozgást minél inkább népszerűsíteni, az iskolákban meghonosítva minél több lehetőséget adni a gyerekeknek a mozgásra, ugyanis az állóképesség így nagyon nagy mértékben fejleszthető. Ami még ugyancsak elkésztő, hogy minden 4. gyerek túlsúlyos vagy elhízott hazánkban az iskolás korúak körében – 5.-12. évfolyamos gyerekekről beszélünk! Ez az életkor előrehaladtával egyre inkább fokozódik, felnőttkorban csúcsosodik. Nagyon sok az olyan gyerek, akinél egyébként ez a gyenge állóképesség a túlsúllyal, elhízással párosul, és emiatt nagyon nagy a kockázata a különböző megbetegedéseknek.

Viszont, ha visszatekintünk az elmúlt 11 évre, amióta NETFIT-et bevezettük, és nyomon tudjuk követni ezzel a mérési rendszerrel a gyerekek fittségi állapotát, azt látjuk, hogy a mindennapos testnevelés – 2012-ben vezették be a mindennapos testnevelést felmenő rendszerben – egy jól kimutatható pozitív változást okozott a gyerekek fittségi állapotában.

Tehát megmutatkozik a rendszeres iskolai testmozgás hatása. Sajnos azonban a pandémia okozta inaktivitási krízis nagyon nagy mértékben csökkentette a gyerekek egészségközpontú fittségi állapotát, mondhatjuk, soha nem látott mértékben. Tudjuk, hogy a covid milyen negatív hatásokat okozott számos téren, és ez sajnos a gyerekeket sem kímélte, akár az alvási szokásokra, akár a különböző szociális kapcsolatokra való hatását nézzük, de a mérésekkel kimutathatóan a fittségi állapotukban is negatív törést okozott. Olyannyira, hogy még 3 évvel a pandémia után sem tudtuk teljesen elérni a covid előtti fittségi szintet! Van egy úgynevezett intézményi fittségi indexünk, ez átfogóan mutatja, hogy az adott iskolákba járó gyerekek átlagosan hány tesztben teljesítik az egészségzónát. Ezzel szoktuk

nyomon követni a gyerekek fittségi állapotában mutatkozó változást, tendenciát. Ennek változása is bizonyítja, hogy az iskolai sportolási lehetőségek bővítésének milyen nagy jelentőségük volt. Amikor a covid miatti távoktatásra való átállással a gyerekek elvesztették a testnevelési órára és a különböző iskolai sportfoglalkozásokra járás lehetőségét, azon nyomban drasztikusan leromlott a fittségi állapotuk. Abban az időben ugyan a gyerekek egy része járhatott egyesületbe sportolni, de a többségnek, akik nem sportolnak egyesületben, nem volt lehetőségük szervezett keretek közötti mozgásra, és ez abszolút kimutatható az adatokban is.

V. J.: Igen, eléggé elszomorító ezt hallani. Ha jól értem ugyanakkor, bár a mindennapos testnevelés bevezetése pozitív hatású volt, de az igen lesújtó adatok a középiskolásokra vonatkozóan – amikor a gyerek a köznevelési rendszert elhagyja – arra utalnak, hogy még mindig nem elég a mindennapos testnevelés jelenlegi formájában. Gondolom, hogy ez indította a szövetséget arra, hogy másfajta megoldást próbáljon ki. Kérlek, mondj néhány szót az Aktív Iskola Programról!

K. M.: Így van, ahogy mondod. Látjuk a mindennapos testnevelés pozitív hozzáadékát, de ez sajnos még nem elég. A gyerekeknél tapasztalható magas inaktivitási szint problémáját nem tudta megoldani, azaz nem tudta pozitív irányba fordítani az aktivitási szintet, ami ebben az életkorban elvárt lenne. Csak egy számot hadd mondjak, mielőtt elkezdeném az Aktív Iskola Program bemutatását. A WHO által ajánlott minimum átlag napi 60 percnyi közepes/magas intenzitású mozgás. Ezt hazánkban, illetve nemzetközi szinten is csak a gyerekek 20%-a éri el. Pedig ennyi lenne ahhoz szükséges, hogy az aktuális fittségüket, az egészségi állapotukat fenntartsák. Látható tehát, hogy ez egy nagyon alacsony arány. Csakhogy

előjáróban elmondjam, az Aktív Iskola Programban jelenleg a gyerekek 50%-a ezt már 2 év után eléri! Az Aktív Iskola Programot a Magyar Diáksport Szövetség pontosan ilyen adatok láttán és ezen felbuzdulva, inspirálódva indította el annak érdekében, hogy minél több mozgási lehetőséget biztosítsunk az iskolán belül a gyerekeknek. Azért, hogy minél több élményszerű mozgás lehetőséget nyújtsunk, hiszen ezen van a hangsúly. Ha a gyerek talál olyan elérhető mozgásformát, ami élmény számára, és örömet okoz neki, akkor azt fogja ismételni, és egyre nagyobb valószínűséggel beépíti a mindennapjaiba. Az iskolának hatalmas felelőssége van abban, hogy mennyi lehetőséget, esélyt ad mozgásra a mindennapokban. A gyerekek – főleg kisiskolás korukban – az ébrenlétük majdnem 70%-át az iskolában töltik, tehát tényleg nem mindegy, hogy mennyi mozgásmennyiséget biztosítunk számukra. Az Aktív Iskola Programot 3 éve vezettük be, akkor még 74 iskolában próbáltuk ki a program hatékonyságát. Nagyon próbáltunk arra figyelni, hogy mindenféle iskolának legyen esélye csatlakozni és megvalósítani a programot. Csatlakozhatott akár kisiskola is, bármilyen háttérrel, infrastruktúrával. Jelenleg már 423 iskolában működtetjük sikeresen ezt a programot.

Az Aktív Iskola Program lényege, hogy minél inkább mozgásgazdag környezetet alakítson ki az iskola a pedagógusok és az intézményvezető segítségével, és rengeteg mozgáslehetőséghez jussanak a gyerekek.

Konkréten nem az iskolai testnevelésről van itt szó, hanem az azon kívüli időről. Egy komplex szakmai javaslatot dolgozunk ki az iskoláknak arra vonatkozóan, hogy hogyan tudnak elindulni a fejlődés útján ezen a területen, 5 különböző intervenciós terület köré csoportosítva. Az 1. a minőségi diáksport, ahol leginkább a délutáni sport-

foglalkozásokra, azok minőségére és mennyiségére fókuszálunk. Nagyon fontos, hogy ne a versenysport, hanem a tömegsport, az élménysport álljon a központban. A 2. a minőségi testnevelés megvalósítása, vagyis, hogy a testnevelés valóban magas minőségi szinten történjen. Ez nagyon fontos, és a program keretében rengeteg muníciót és segítséget, támogatást adunk ehhez a pedagógusoknak. Ezen az intervenciós területen igyekszünk a pedagógusokat folyamatosan tovább képezni, rendszeres webináriumokat, online továbbképzéseket tartunk nekik, ami igazán nagy érdeklődésre tart számot. A 3. intervenciós területen, a partnerség és kommunikáció területén belül igyekszünk az iskolákat arra ösztönözni, hogy keressék a lehetőségeket külső szervezetekkel, akár önkormányzatokkal, sportegyesületekkel annak érdekében, hogy minél többféle sportágat tudjanak bevinni az iskolába. Ismertessék meg ezeket a gyerekekkel, és lehetőleg win-win szituációt alakítsanak ki, hogy minél több sportkör alakuljon és így minél több gyermek számára legyenek elérhetőek. A partnerség és kommunikáción belül még a szülőkkel való kommunikációra is nagyon nagy hangsúlyt fektetünk. Különböző közös programok szervezésére ösztönözzük az iskolákat. A 4. intervenciós terület az egészséges életmódot támogató környezet kialakítása, hiszen számos tudományos kutatás kimutatta, hogy ha önmagában a környezetet úgy alakítjuk ki, hogy az mozgásra ösztönözze a gyerekeket, akkor elkezdenek mozogni. Például azt javasoljuk az iskoláknak, hogy szervezzenek legalább 20 perces, összefüggő, szabadtéren eltölthető aktív szüneteket.

V. J.: Pontosan mit jelent az aktív szünet?

K. M.: Nagyon egyszerű beavatkozások ezek, amelyek, ha összeadódnak, akkor nagy mértékben tudják pozitívba fordítani a gyerekek aktivitási szintjét. Összesség-

gében az aktív szünet azt jelenti, hogy úgy alakítsák ki a csengetési rendet, hogy az órák között legyen naponta legalább egy húszperces szünet, amikor félig vezetetten, akár erre felkészített tanulók vezetésével különböző aktivitásokat szerveznek az iskolaudvaron, sporteszközök elérhetővé tételével. Ez nagyon fontos, mert evidensnek tűnik, hogy biztosítunk nekik sporteszközöket, de sajnos sok esetben ez nem valósul meg. Leterelik a gyerekeket az udvarra, és ők maximum leülnek és nézik egymást, esetleg fogócskáznak. De ha ott van a rekreációs, szabadidős tevékenységre ösztökélő sporteszköz – tollaslabda, pingpongütő, labda – akkor a gyerekek ezeket használni kezdik. Nagyon sok iskolában úgy valósulnak meg az aktív szünetek, hogy van egy önkéntes tanulói csoport – ami az Aktív Iskola Programot szervezi az iskolán belül – és különböző mozgásos, táncos foglalkozásokat tart. Az iskolások ilyen aktivitások után felfrissülve tudják az órát folytatni. Ez nagyon fontos, mert akár ezek a 20 percek, de akár egy aktív tanulási módszerek alkalmazásával tanórán elvégezhető 5 perces aktivitás is mind-mind hozzájárulnak ahhoz, hogy elérjék a WHO által ajánlott napi 60 perces aktivitást, és így egészségesebbek legyenek.

V. J.: Van még más beavatkozás ezen az intervenciós területen?

K. M.: Az „egészséges életmódot támogató környezet” keretében vannak témahetünk, például egészséges táplálkozás hete, aktív közlekedés hete, digitális témahét, ezek talán a legkiemelkedőbbek. Amikor van egy-egy ilyen témahét, akkor annak előkészítésén az egész tantestület dolgozik, különböző munkacsoportok alakulnak – akár szülőket is bevonnak. Ilyenkor például rajzórán is aktív közlekedéssel kapcsolatos rajzokat készítenek. Tulajdonképpen ez a program hatékonyságának a kulcsa:

nemcsak a testnevelő tanár mondja, hogy a mozgás fontos, hanem a teljes tantestület mögé áll, és az iskola minden része azt sugározza a tanulóknak felé, hogy ez egy fontos dolog.

Ezen kívül van még egy 5. intervenciós terület, ez a tanulói bevonódás, amit némileg már érintettem. Ennek a lényege, hogy szerveződjön a tanulókból egy kis önkéntes csoport, ami az aktivitások, programok szervezésében tevékenyen részt vesz, és segíti a pedagógusok munkáját. Nagyon jó visszajelzéseink vannak az elmúlt 3 évből ennek gyakorlatára is, bár talán ennek a területnek a fejlődése indult meg a legnehezebben. Kell egy mentor pedagógus, aki a kezdetben ezeket a kisdíjakokat felvértezi feladatokkal és instrukciókkal, aztán ha a gyerekek kitanulják, már teljesen önjáróak lesznek, és egyedül tudnak különböző aktivitásokat szervezni. Feltérképezik, hogy mire lenne igény, különböző kreatív eseményeket szerveznek a társaiknak, és ezzel nagyon pozitívan alakul az iskolai élet. Körülbelül 70 szakmai programjavaslatunk van az iskolák számára, és ők maguk döntenek el, melyiket szeretnék az adott tanévben megvalósítani. Van egy éves tervük, és ahogy ezeket a javaslatokat megvalósítják, azáltal pontokat gyűjtenek. A különböző intervenciós területeken gyűjtött pontok alapján minősítést kapnak, és bronz, ezüst vagy arany fokozatú Aktív Iskolává is válhatnak. Tehát maga a program egy minőségi védjegy rendszer is, és ezzel ismerjük el a pedagógusok ezen a területen végzett munkáját. Sőt, az összegyűjtött pontokat év végén be tudják váltani egy webshopban, ahol különböző szakmai szolgáltatásokat, illetve sporteszközöket, sportruházatot tudnak vásárolni, amit akár a pedagógusok is használhatnak, vagy a teljes iskola, a tanulók javára fordíthatják. Például lehet ez tantestületi kirándulás, tantestületi tréning, csapatépítő tréning lehívása szol-

gáztatásként, külsősök által tartott élmény tesióra, frizbi-élményfoglalkozás. Tehát olyan dolgok, amivel a saját fejlődésük mellett még több plusz dolgot tudnak az iskolájukba bevinni, és így még színesebbé tudják tenni az adott iskola sportéletét.

V. J.: Ha egy iskola csatlakozni akar a programhoz, akkor az kap valamilyen anyagi támogatást ahhoz, hogy elinduljon, például, hogy eszközt vásároljon?

K. M.: Az első évben tulajdonképpen egy ismerkedés zajlik a mi hálózatunkkal, akik ezt a programot működtetik. Minden megyében van egy Aktív Iskola koordinátor, aki segíti a program helyi szintű megvalósítását, van egy informatikai háttér is mögötte. Bőven merülhet fel kérdés az első évben, mert valóban egy nagyon komplex programról van szó. Az első évben vannak minimumkövetelmények ahhoz, hogy a programhoz való csatlakozás után az iskola klubtag legyen. Ilyen követelmény például: legyen legalább egy gyerek, aki diákolimpián részt vesz, a NETFIT adatokat töltsék fel legalább 90%-ban, legyenek már diák önkéntesek, akik segítik a pedagógusok munkáját. 10-11 ilyen minimumkövetelmény, aminek az elérésével tudnak klubtaggá válni, és ezután kezdődhet el a pontgyűjtés, aminek az eredménye tulajdonképpen az anyagi támogatás, amit az év végén le tudnak a webshopban vásárolni. A webshop rendszeren kívül még rengeteg motivációs tartalmi elemünk van: például az iskolák év elején – ha már megszerezték a klubtagságot – kapnak egy tanévkezdő csomagot. Idén például az összes iskolába küldtünk motiváló lépcső- és falmatricákat, amivel tovább tudták színesíteni az iskolájukat, és motiváló környezetet tudtak kialakítani, mind a pedagógusok, mind a tanulók örömeire. A hátrányos helyzetű iskolák – nagyon sok hátrányos helyzetű iskolával dolgozunk együtt – már az első évben is kapnak

anyagi támogatást, hogy a klubszintet megfelelő minőségben tudják megvalósítani. Azokat az iskolákat, ahol kevés a sporteszköz – és még azzal is küzdenek, hogy nincs labda – szeretnénk már a nulladik ponton egy bizonyos összeggel támogatni. A Belügyminisztérium támogatja ezt a programot, az ő forrásaiból gazdálkodunk, illetve stratégiai partnerek is csatlakoztak, például a Richter, a Mol és a KH Bank, akik stratégiai partnerként csatlakoztak. Vannak továbbá tematikus partnereink is, akik egy-egy témahetet támogatnak – például a Kométa az egészséges táplálkozás hetét –, így eseti jelleggel vannak még plusz támogatásaink, amiből a programot működtetjük.

V. J.: Az érdeklődők hol találhatnak információt erről?

K. M.: A www.aktiviskola.hu honlapon, a kapcsolat menüpont alatt megtalálják a régiós irodavezetők elérhetőségét. Mi a koordinátorainkon keresztül tájékoztatjuk az iskolákat bővebben erről a programról, úgyhogy bárki, aki érdeklődik a programhoz való csatlakozásról, azt a régiós kollégákkal tudja megbeszélni. Felvesszük őket egy csatlakozási listára az év során, és amikor a következő tanévre vonatkozó iskolaszámot megállapítjuk – hogy mennyivel tervezünk bővíteni – akkor megkeressük őket, és csatlakozhatnak a következő tanévben. Éves programterveket kell készíteniük, így a tanév közben érdeklődők a következő tanévben tudnak csatlakozni.

Buzdítom is most az érdeklődőket, nyugodtan kérdezzék a koordinátorokat, illetve jelentkezzenek náluk, mert a következő tanévben plusz 200 iskolával szeretnénk bővíteni, tehát az a terv, hogy szeptembertől 600 iskolával folytatjuk a programot.

V. J.: Összesen hány iskola jön számításba? Tehát a 600 hogy viszonyul az összeshez?

K. M.: Most 423 iskolával dolgozunk, jövőre lesz plusz 200. Összesen több mint 4000 iskola van, úgyhogy van még kit elérjünk bőven. Nem feltétlenül cél, hogy mind a 4000 iskola csatlakozzon a programhoz, azt szeretnénk, hogy olyan minőségi munkát és együttműködést tudjunk a résztvevő iskolákkal kialakítani, ami tényleg kiemelkedő és példaértékű a többi iskola számára. Nagyon szeretnénk, ha ezt a minőséget meg tudnánk tartani, ezért is óvatosan lépkedünk előre, bővítjük az iskolaszámot. Az iskolák visszajelzése alapján is és egyébként is azt gondolom, hogy nagyon nagy támogatást adunk az iskoláknak – itt nem az anyagira gondolok, hanem a szakmai támogatásra – és ahhoz, hogy ezt meg tudjuk tartani, lavírozunk az arany középút megtalálásában.

V. J.: Említetted, hogy az egészséges életmóddal kapcsolatos aktivitás is zajlik. Ott mire kell gondolni, mi az, amit a fizikai aktivitáson túl még próbáltok előmozdítani?

K. M.: Ami nekünk még a program keretében fókuszban van, az az egészséges táplálkozás. Azt gondoljuk, hogy a gyerekek mentális és fizikai jólétének támogatásában az egészséges táplálkozás nem nélkülözhető. Nyilván az alvás és az egészségi állapot többi összetevője az egészség fenntartásában még nagyon fontos, de a Magyar Diáksport Szövetségben a mozgást és az aktivitást tudjuk hitelesen képviselni. Azonban azt gondoltuk, hogy az egészséges táplálkozás egy annyira nélkülözhetetlen eleme ennek, hogy bevezettük a programba, szakmai javaslatként. Szerveztünk egy témahetet is, az egészséges táplálkozás hetét. A Magyar Dietetikusok Országos Szövetségének együttműködésével dolgoztuk ki

ehhez az ötlettárat. Másik szakmai együttműködő partnerünk még a Magyar Elhízástudományi Társaság volt.

V. J.: Említetted a digitális eszközökkel kapcsolatos tevékenységet. Az egy másfajta aktivitás, túl a fizikai aktivitáson és az egészséges táplálkozáson még a digitális eszközök használata is a fókuszba került?

K. M.: Annyiban került fókuszba, hogy szeretnénk, ha értelmesen használnák a digitális eszközöket. Rengeteg olyan applikáció van, ami mozgásra ösztönözheti a gyerekeket. A digitális témahét kapcsán inkább arra fókuszálunk, hogy ezeket az eszközöket hogyan tudják olyan irányba felhasználni, ami a mozgásra ösztönzi őket. Ilyenek például a lépésszámláló alkalmazások. Szeretnénk ezeket megismertetni a pedagógusokkal, és nem feltétlenül tiltani, hanem ismereteket átadni azzal kapcsolatban, hogy ha digitális eszközről van szó, azt lehet jó irányba is használni.

V. J.: Még egy utolsó kérdésem lenne. Az Aktív Iskola Program nevében az aktivitás most főképpen a fizikai aktivitásra utal. Van esetleg terv arra, hogy a szellemi aktivitás felé kiterjesszék a programot? Gondolok arra, hogy például a digitális eszközöket ne csak lépésszámlálásra használják, hanem olyan szellemi aktivitásra is, ami szintén fontos a mentális egészség szempontjából.

K. M.: A mentális egészség önmagában is egy fókusztema, ezért egy témnapunk is van a mentális egészségre. Az egészséges életmódra történő edukációra is nagy hangsúlyt fektetünk, és itt a digitális eszközök eszközként szerepelnek. Rengeteg ötletünk, segédanyagunk van arra vonatkozóan, hogy az egészséges életmóddal kapcsolatos ismereteket hogyan adják át a pedagógusok. Nagyon gyakorlatias előadásokat adunk a pedagógusoknak, amit aztán csak tovább kell adniuk a gyere-

keknek, ha erre irányult kérdés, igen, ez önmagában jelen van a rendszerben. Rengeteg partnerünk van, például a Nemzeti Népegészségügyi és Gyógyszerészeti Központ, akivel az erre irányuló edukációs programjainkban együttműködünk. Tulajdonképpen az Aktív Iskola Program egy ernyőprogramja minden olyan jógyakorlatnak, programnak, ami fontos és hasznos lehet a pedagógusok számára ezen a területen.

V. J.: Nem pont erre gondoltam. Amit elmondtál, abból az derül ki, hogy a program a gyerekek fizikai aktivitását mozditja elő főképpen. Azt kérdeztem, hogy esetleg felmerült-e, hogy a gyerekek szellemi aktivitásának az előmozdítása fontos lehet. Nem előadások tartására gondolok, hanem amit a gyerekek csinálnak. Olyasmint, ami a szellemi aktivitást jelenti a gyerekek számára, ami a deviáns magatartás elkerülését segíti elő és mentális egészséghez, a jólléthez szükséges.

K. M.: Gondolkozunk még azon, hogy ezt szerves részeként hogyan tudjuk a programba beilleszteni. Viszont azt hadd említsem meg, hogy önmagában az Aktív Iskola Program megvalósítása az iskolákban a gyerekek tanulmányi teljesítményére is nagy mértékben és kimutathatóan hatással van.

Számos tudományos elemzés elérhető már erre vonatkozóan, ami azt mutatja, hogy ahol az aktív iskola koncepciót megvalósítják, ott ez a gyerekek tanulási teljesítményére is pozitív hatással van.

Sokkal jobb jegyeket kapnak, hiszen felfrissül az agyuk és ezáltal a koncentrációs képességük, a figyelmük sokkal inkább fókuszált lesz. Ezáltal a program indirekt módon magával vonja az iskolai teljesítmény javulását is. Ugyanígy – ahogy említetted a deviáns magatartást – a gyerekek

magatartása is sokkal inkább pozitív irányba mozdul, egyre kevesebb lesz a magatartási probléma, kevesebb lesz az az idő, amit fegyelmezésre kell fordítani. Sokszor az a visszajelzés, attól félnek a pedagógusok, azért nem engedik őket mozogni, mert akkor a magatartásuk szerteszét esik, és kicsúszik az irányítás a pedagógusok keze közül. De azok, akik megvalósítják ezt a programot, ők látják, érzékelik, hogy pontosan a fordítottja történik. Ha van elég idejük és lehetőségük mozogni és felfrissülni, akkor utána sokkal kezelhetőbbek lesznek az órákon a gyerekek, és sokkal jobban fognak tudni figyelni. Így ez tulajdonképpen attól függetlenül, hogy Aktív Iskola Programnak nevezzük, és a gyerekek aktivitási szintjének az emelését és a fittségi állapotuk javulását célozza, rengeteg területre hatással van, és nagyon jó iskolai jóllétet, iskolai közeget biztosít a pedagógusok és a tanulók számára is. Úgyhogy nagyon ajánlom mindenkinek.

V. J.: Van ennek valamilyen nemzetközi példája, van máshol is hasonló program?

K. M.: Három évet dolgoztunk a fejlesztéseken különböző szakemberekkel, iskolaigazgatókkal, pedagógusokkal, szakértőkkel, a testnevelő tudomány, sporttudomány területén kutatás-fejlesztéseket végeztünk. Amikor elkezdtük a programot kidolgozni természetesen azzal kezdtük, hogy feltérképeztük, hogy nemzetközi szinten mi a helyzet, vannak-e, voltak-e már futó aktív iskola programok. Például Írországból az „Active School Flag” amit kiemelnék, ide tanulmányi látogatást is tettünk. Összegyűjtöttük a nemzetközi példákból azokat, amelyekről azt gondoltuk, hogy jól hasznosíthatók és beépíthetők. Tulajdonképpen ezeket kiegészítettük, módosítottuk és egy olyan egyveleget építettünk fel, ami azt gondoljuk, hogy tényleg hatékonyan tud működni a magyar köznevelési rendszerben.

V. J.: Amit elmondtál, az engem mindenképpen meggyőzött. Annyit tennék hozzá, hogy azért tartom nagyon fontosnak azt, hogy a gyerekeknél elindul egy ilyen program, mert az egész magyar társadalomban probléma az egészségtelen életmód, és a gyerekek egy olyan beavatkozási pont, ahol várhatjuk, hogy a

leghatékonyabban tudunk változást elérni a felnőttekre is. Nagyon szépen köszönöm a beszámolót, a sok ismeretet, és gondolom, hogy az olvasók, illetve a hallgatók is hasznosítani fogják. Még egyszer nagyon köszönöm, hogy vállalkoztál rá!

K. M.: Én köszönöm a lehetőséget!

A lapszámban megjelent vizuális kivonatban Kaj Mónika, a Magyar Diáksport Szövetség szakmai vezetője bemutatja a NETFIT® 2023/2024. tanévi országos eredményeit:
<https://doi.org/10.58701/mej.18190>

VÉLEMÉNYEK

Mi a populációs egészség? Avagy a népegészségügy fogalmának máig tartó fejlődése

What is population health? Or the evolution of the concept of public health

Szerző: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.18092](https://doi.org/10.58701/mej.18092)

Kulcsszavak: népegészségügy; komplexitás; részvételiség

Keywords: public health; complexity; participation

Absztrakt

BEVEZETÉS: A hazai népegészségügy szakmai vezetői köreiben nem támogatott a diskurzus a népegészségügy fogalmának értelmezéséről. A magyar népegészségügy sikerességének javításához azonban ez nélkülözhetetlen.

VÉLEMÉNY: Mintegy fél évszázada, a Lalonde-jelentéssel indult el egy jelentős változás a népegészségügy elméletében és gyakorlatában, amelynek következtében ismét az életmódra és a környezetre helyeződött a hangsúly. A populációs egészség megközelítés is ennek a fordulatnak az eredménye volt. Visszatekintve a népegészségügy történetére, jól felismerhető fejlődési szakaszok és fordulópontok azonosíthatók, amelyeket a szakismeretek bővülése és a különböző társadalmi kihívásokra adott válaszok jelöltek ki. A 2020-as években újabb fordulat valószínűsíthető, amelyet az Egészségügyi Világszervezet jólléti keretrendszerének közzététele jelez. Úgy tűnik, a magyar népegészségügy még nem jutott túl az „Új népegészségügy” szakaszon sem, így lemaradása a legújabbtól egyre nyilvánvalóbb.

KÖVETKEZTETÉSEK: A hazai népegészségügyi intézményrendszer működésének felülvizsgálata, és korszerűsítése elengedhetetlen feltétele a népegészségügy sikerességének. A szakmai vezetés konzervativizmusa azonban, illetve a szakpolitikai hiányosságok korlátot jelentenek a magyarországi elmélet és gyakorlat megújulásának. Előrelépést jelentene, ha a hazai szakemberek, megismerve a népegészségügy megújításához nemrég kidolgozott fehér könyvet, szakmai diskurzust kezdeményeznének a megújuláshoz vezető különböző lehetőségekről és a változást várhatóan előidéző lépésekről.

Abstract

BACKGROUND: In the national professional leadership circles of public health, there is no support for a discourse on the definition of public health. However, this is essential to improve the success of Hungarian public health.

OPINION: Around half a century ago, the Lalonde Report marked a major shift in public health theory and practice, with a renewed focus on lifestyle and the environment. The population health approach was the result of this turnaround, too. Looking back over the history of public health, it is possible to identify clearly stages and turning points in its development, marked by the expansion of expertise and responses to different societal challenges. A new turning point is likely in the 2020s, signaled by the publication of the World Health Organization's Well-being Framework. It seems that Hungarian public health has not yet passed even the "New Public Health" stage, and its lagging behind the latest is becoming increasingly evident.

CONCLUSIONS: Reviewing the functioning of the national public health institutional system and modernizing it is a sine qua non for the success of public health. However, the conservatism of the professional leadership and policy gaps are a barrier to the renewal of theory and practice in Hungary. It would be a step forward if national practitioners, having read the recently developed White Paper on public health renewal, could initiate a professional debate on the different options for renewal and the steps that are likely to bring about change.

Kulcsüzenetek

Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?

Mert a népegészségügy sikeressége a lakosság jó egészségének záloga.

Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?

Az egészségre ható tényezőkről szerzett ismeretek alapján tervezhetők csak eredményes beavatkozások.

Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?

Vázlatosan bemutatja a népegészségügy történetét, és annak legújabb szakaszát. Javaslatot tesz a hazai népegészségügy fejlesztésére.

BEVEZETÉS

Pár évvel ezelőtt az MTA Megelőző Orvostudományi Bizottságban felvetettem, hogy érdemes lenne a népegészségügy¹ fogalmáról diskurzust folytatni, és korszerű értelmezéséről konszenzust kialakítani. A javaslatot elvetették azzal, hogy erről nincs mit beszélni, ez már rég tankönyvi anyag. Azóta jó néhány újonnan

¹ A következőkben a népegészségügy kifejezéssel a public health fogalmát jelölöm. Ez magába foglalja az elméleti alapokat jelző – kizárólag a magyar orvosegyetemeken használt – népegészségtant is.

megjelent külföldi cikket olvastam és ismertettem a népegészségügy fogalmának különböző értelmezéséről (Vitrai 2023a-g, Vitrai 2024a,b), ami igazolni látszik, a téma nemhogy lezárt, de folyamatosan fejlődik.

A napokban a populációs egészség (*population health*) és a népegészségügy viszonyát elemző cikk (Bhosale et al., 2024) került eléem, és meglepődtem a szerzők sajátos népegészségügy értelmezésén. Úgy gondoltam, érdemes összefoglalni, hogyan fejlődött ez a fogalom, és mit is értsünk ma népegészségügy alatt.

VÉLEMÉNY

A populációs egészség megjelenése

Lépjünk vissza 50 évet, egészen a Lalonde-jelentésig! Az 1974-ben közzétett, azóta nemzetközileg elismert „*A New Perspective on the Health of Canadians*” című dokumentum, ismertebb nevén, a Lalonde-jelentés azt vizsgálta, hogy a biológiai adottságokon és az egészségügyi ellátáson kívül milyen tényezők befolyásolják a lakosság egészségi állapotát. A jelentés felhívta a figyelmet az életmódnak és a környezetnek az egészségi állapot alakulásában játszott meghatározó szerepére.

Kezdetben a figyelem az életmód hatására összpontosult, és a '70-es években az egészségfejlesztési programok célja elsősorban az volt, hogy segítsék az embereket az egészséges életmód elsajátításában. A stratégiai elemek közé tartoztak az egészségnevelési programok és a tudatosságnövelő kampányok, valamint a kockázati magatartásformák visszaszorítását célzó jogszabályi változtatások. (Közbevetőleg: nehéz szabadulni attól a gondolattól, hogy a magyar népegészség-

ügy gyakorlatilag elakadt ebben a fázisban.)

A '80-as években a vita az egészséget meghatározó egyéb tényezők, különösen a társadalmi, fizikai, gazdasági és politikai környezet egészségre gyakorolt hatása felé fordult. A vita az Alma-Atai Nyilatkozat és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) által kidolgozott „Egészséget mindenkinek” stratégia révén globális méretűvé vált. Mindez 1986-ban tetőzött, amikor Kanada adott otthont az egészségfejlesztésről szóló első nemzetközi konferenciának. A konferencia két kulcsfontosságú dokumentuma, az „Ottawai Nyilatkozat az egészségfejlesztésről” és az „Egészség mindenkinek: Az egészségfejlesztés keretrendszere” felhívta a figyelmet az egészséget meghatározó társadalmi előfeltételekre. Az elméleti alapok lerakását követően a megvalósítás érdekében Kanadában elkészítették a „Stratégiák a populációs egészségért: befektetés a kanadaiak egészségébe” (*Strategies for Population Health: Investing in the Health of Canadians*) című dokumentumot, amelyet a szövetségi, a tartományi és a területi egészségügyi miniszterek 1994-ben hagytak jóvá (Public Health Agency of Canada, 2001). Ezzel „hivatalossá vált” a populációs egészség kifejezés.

A kanadai Szövetségi, Tartományi és Területi Populációs Egészség Tanácsadó Bizottság (*Federal, Provincial and Territorial Advisory Committee on Population Health*) 1997-ben a következőképpen határozta meg a populációs egészséget: „a népesség egészségi állapota, amelyet az egészségi állapotmutatókkal mérnek, és amelyet befolyásol a társadalmi, gazdasági és fizikai környezet, az életmód, az egyéni képességek és megküzdési készségek, a biológiai tulajdonságok, a kora gyermekkori fejlődés és az egészségügyi szolgáltatások. A populációs egészség

mint megközelítés a népesség egészségét az élet során befolyásoló, egymással összefüggő körülményekre és tényezőkre összpontosít, azonosítja a befolyásoló tényezők előfordulási mintázatainak szisztematikus eltéréseit, és az így szerzett ismereteket a népesség egészségének és jólétének javítását célzó politikák és intézkedések kidolgozására és végrehajtására használja.”

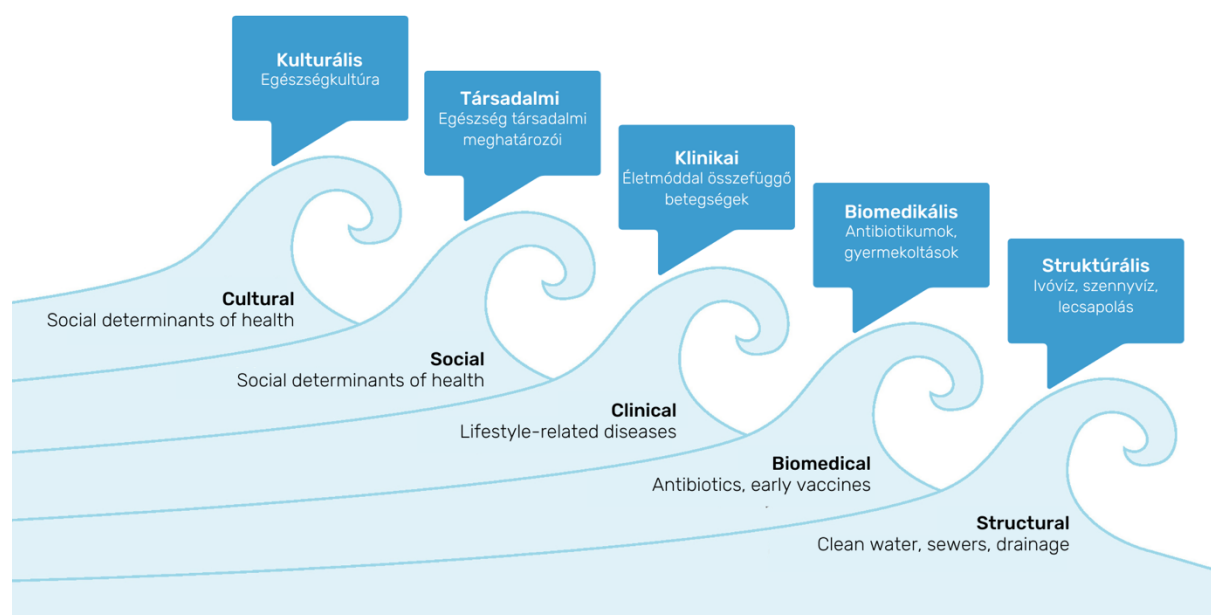
Összefoglalva: a populációs egészség olyan megközelítés, amelynek célja a teljes népesség egészségi állapotának javítása és a népességcsoportok közötti egészségegyenlőtlenségek csökkentése (Public Health Agency of Canada, 2012). A negyedszázada megfogalmazottak alapján nehéz különbséget tenni az általában korszerűnek tartott népegészségügy és a

populációs egészség megközelítése között. (Megjegyzendő, a magyar népegészségügyi szakirodalomban nem található nyomát a populációs egészség fogalmának.)

A népegészségügy fejlődése

A népegészségügy története a társadalmi, tudományos és technológiai változásokkal szorosan összefügg, és alakulását az idők során számos, elméleti vagy tapasztalati fordulóponthoz formálta. Attól függően, hogy mely fordulóponthoz tartunk megközelítően, a népegészségügy történetét különböző szakaszokra oszthatjuk. Az angol országos tisztifőorvos például öt nagy népegészségügyi hullámot azonosított (Davis et al., 2014); bár az ötödik elnevezése egy évtized elteltével tévedésnek tekinthető. [1. ábra]

1. ábra: A népegészségügy öt hulláma (Forrás: saját szerkesztés Davis et al, 2014) alapján)



Az USA népegészségügyének fejlődését a *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) három szakaszra osztja (CDC, 2017). Az első szakasz a késői 19. és a 20. század elejére terjedt ki, tevékenységeit a korszerű biomedikális szemlélet határozta meg. A beavatkozások többnyire

a szennyvízelvezetésre, az ivóvízre, az élelmiszerbiztonságra, a védőoltásokra és az antibiotikumokra irányultak. A második szakasz a 20. század második felétől számítható, és az önálló szakma kialakulása, a kapacitások rendszerszintű megerősítése, valamint a hagyományos nép-

egészségügyi programokra fókuszálás jellemezte. A harmadik szakasz, a népegészségügy 3.0 a népegészségügy új korszakára utal, amely túlmutat a hagyományos népegészségügyi funkciókon és programokon. Az ágazatközi együttműködés és a közösségek népegészségügyi vezetőinek szerepe a népegészségügy 3.0 víziójának szerves részét képezi, és olyan népegészségügyi szervezeteket igényel, amelyek rendelkeznek a kollektív cselekvés ösztönzéséhez szükséges készségekkel és képességekkel.

Mint láthattuk, a Lalonde-jelentés igen jelentős változást indított el az újkori népegészségügy területén azzal, hogy ráirányította a figyelmet az életmódra és az egészség társadalmi és környezeti meghatározottságára. Ha végignézzük a népegészségügy történetét [1. táblázat], akkor láthatjuk, hogy ez a felismerés az ókortól napjainkig, időről-időre felbukkan, majd feledésbe merül. Ennek magyarázata nem bonyolult, hiszen az emberiség egészségre és az azt befolyásoló tényezőkre vonatkozó tudása folytonosan bővül. Ennek során egyes tényezők szerepe felerősödik, illetve elhalványul más tényezők vélt jelentőségének alakulásától függően. Levonható a következtetés: mindig érdemes felülvizsgálni a népegészségügyről alkotott tudásunkat, és biztosak lehetünk abban, hogy a hazai népegészségügy elmaradottságának egyik oka a konzervativizmus, a megújulással szembeni ellenállás.

Népegészségügy ma

Felmerül a kérdés, hogyan kellene kiegészíteni az 1. táblázat utolsó sorait, azaz napjainkban milyen elmélet és gyakorlat időszerű, milyen mérföldkövek azonosíthatók? Kezdjük a mérföldkövekkel! [2. táblázat] 2021 végén rendezték meg a 10. Egészségfejlesztési Világkonferenciát, amelynek záródokumentumaként kiadták a „Genfi

Nyilatkozat a jólétért” című nyilatkozatot (Vitrai, 2022). Az elvi nyilatkozat gyakorlatba átültetéséhez 2023 áprilisában tette közzé a WHO „A jólét elérése. Globális keretrendszer a jólétnek a népegészségügybe való integrálására egészségfejlesztési megközelítés alkalmazásával” című dokumentumot (Vitrai, 2023f). A globális keretrendszer várhatóan alapvető változásokat fog hozni a népegészségügy területén elsősorban azért, mert – az egészség helyett – a jólétet állítja a népegészségügyi szemlélet középpontjába, illetve egyértelművé teszi, hogy az egészségügy más szektorok nélkül nem képes a népesség egészségét és jólétét biztosítani. A jólét eléréséhez a dokumentum – már a címében is kiemelve – kulcsfontosságúnak állítja be az egészségfejlesztés szemléletét: *„A népegészségügy egyik legfontosabb funkciójaként az egészségfejlesztés biztosítja azt a platformot, azokat a megközelítéseket és eszközöket, amelyek lehetővé teszik ezt az átalakító, ágazatközi együttműködést, a közösségek döntésekre való felkészítésén keresztül a kollektív cselekvést, és végső soron a társadalmi jólét megvalósításához elengedhetetlen jó kormányzást”* (World Health Organization, 2023, 27. o.).

A dokumentum lefekteti az új megközelítés elméleti alapjait, amelyekre építve kialakítható a megújuló népegészségügy gyakorlata, amelyre vonatkozóan már rendelkezésre állnak kezdeti tapasztalatok is. A gyermekkori elhízás visszaszorítására néhány országban már kipróbálásra kerültek a teljes közösséget bevonó (*whole-of-communty*) kezdeményezések – igaz, egyelőre csupán helyi szinteken (Economos et al., 2013; Allender et al., 2021; Sawyer et al., 2021). Felismerve az egészség és az egészségmagatartás sokféle, egymással összefüggő tényezőkkel való kapcsolatát, az ilyen megközelítések egyidejűleg próbálnak hatni a gyermekekre, illetve a gyermekek környezetére,

beleértve a családokat, a gyermekintézményeket, az egészségügyi és szociális szolgáltatókat, a sportolási és vásárlási színtereket. A már évek óta tartó projektek eddigi eredményei igazolták e megközelítések sikerességét.

A 2. táblázat Magyarországra vonatkozó oszlopában az elméleti alapokat kifejtő mérőföldkő a 2023 végén közzé tett „Alapvetések az egészség és jólét javításához. Fehér könyv a magyar népegészségügy 21. századi megújításáról” című dokumentum (Népegészségügy 3.0, 2023). A dokumentum áttekinti a hazai és a nemzetközi trendeket, elemzi a hazai népegészségügy problémáit, felrajzol egy jövőképet, majd az egészséget befolyásoló tényezők oksági hálóját figyelembe véve meghatározza a megújítandó népegészségügy stratégiai céljait, illetve az azok eléréséhez vezető fő beavatkozási irányokat. A Gyakorlat sor a magyar vonatkozású oszlopba még csak az az öt Egészségfejlesztési Iroda (EFI) bevonásával megvalósított kísérleti projekt írható be, amelyet 2021-ben az Emberi Erőforrások Minisztériuma finanszírozott a WHO javaslatára. Az EFI-k a járásukban a gyermekek elhízásának visszaszorítását célzó partneri együttműködések alakítottak ki a különböző érintetti csoportok képviselőiből (Pipicz, 2023). A kísérlet tapasztalatait azonban a projekt zárását követően nem hasznosították.

KÖVETKEZTETÉSEK

A népegészségügy feladata, módszertana folyamatosan változik a szakismeretek bővülése és a különböző társadalmi kihívásokra adott válaszok következtében. Emiatt az intézményrendszer működésének felülvizsgálata, és a revízió eredményeinek alapján történő korszerűsítés elengedhetetlen feltétele a népegészségügy sikerességének, amely nélkül nem várható a lakosság egészségének jelentős javulása.

A magyar népegészségügy működési zavarát, intézményeinek elavultságát, korszerűsítésének szükségességét kevesen vitatják. A szakmai vezetés konzervativizmusa azonban, illetve a szakpolitikai hiányosságok egyaránt szerepet játszanak abban, hogy sem a modern népegészségügy elméleti alapjai, sem a korszerű gyakorlat nem terjedt el Magyarországon. Előrelépést jelentene, ha a hazai szakemberek megismerve a népegészségügy megújításához nemrég kidolgozott fehér könyvet, szakmai diskurzust kezdeményeznének a megújuláshoz vezető különböző lehetőségekről és a változást várhatóan előidéző lépésekről.

1. táblázat: A népegészségügy globális és magyar történetének összefoglalása (Forrás: saját szerkesztés Porter, 1997; Fee, 1997; Böszörményi, 2018 Mózsa és Szűcs, n.d. nyomán)

Világ		Magyarország
1. Korai időszak: járványügyi védekezés és higiénia (18. század vége előtt)		
Elméleti alapok	- A népegészségügy kezdeti formái a betegségek, különösen a járványok megértésén alapultak. Az ókori görögök (pl. Hippokratész) már felismerték a környezet és az egészség kapcsolatát. - A rómaiak városi infrastruktúrája (vízvezetékek, csatornázás) a higiénia fontosságát hangsúlyozta.	- A középkorban a betegségek elleni védekezést elsősorban vallási és erkölcsi szempontok vezérelték. A járványokat Isten büntetésének tekintették. - A gyakorlati intézkedések alapját főként a karanténok és a pestisjárványok elleni izoláció adta.
Gyakorlat	- Városépítési fejlesztések a római korban mint az első "népegészségügyi intézkedések". - Járványok elleni védekezés (pl. karanténok a középkorban).	- Pestisdoktorok alkalmazása, valamint a városok vezetése által szervezett járványügyi intézkedések. - Népegészségügyi intézmények még nem léteztek, de a városok szintjén már megjelentek higiéniai szabályozások.
Mérföld-kövek	14. század: A pestisjárványok kezelése, a karantén bevezetése Velencében (1347) az első szervezett népegészségügyi intézkedésnek tekinthető. 16. század: <i>Bills of Mortality</i> (Anglia), a halálozási statisztikák készítésének elrendelése, ami az epidemiológia kezdetét jelentette.	1347–1350: Pestis Magyarországon, első járványügyi intézkedések. - Rákóczi-szabályozások (18. század): A fertőző betegségek terjedésének korlátozása érdekében bevezetett első szabályozások. 1745: Maria Terézia rendeletei, amelyek a központi egészségügyi szabályozás kezdetét jelentették.
2. A modern népegészségügy kialakulása (18. század vége – 19. század közepe)		
Elméleti alapok	- Az ipari forradalom alatt a gyors urbanizáció és a szegénység fokozta a fertőző betegségek terjedését. - A miazma-elmélet (rossz levegő okozza a betegségeket) uralkodott, amíg a mikrobiológia felfedezése ezt meg nem cáfolta.	- Az osztrák közigazgatási rendszer részeként Magyarország is részesült a birodalmi népegészségügyi szabályozásokból. - A higiéniai elméletek terjedése mellett a járványok és szociális problémák összefüggéseire is felfigyeltek.
Gyakorlat	- Szennyvízrendszerek, tiszta ivóvízellátás kialakítása. - Az első népegészségügyi törvények, amelyek a városi életkörülmények javítását célozták.	- Az orvosi oktatás fejlődése (pl. Pázmány Péter Egyetem orvosi kara, 1769). - Fertőző betegségek elleni védekezés szervezetté válása, az egészségügyi igazgatás megalapozása a vármegyei keretek között.
Mérföld-kövek	1796: Jenner első himlőoltása; az ipari városok népegészségügyi rendszereinek kezdete. 1842: Edwin Chadwick – "Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population": Rávilágított az egészség és a szegénység kapcsolatára, és népegészségügyi reformokat sürgetett. 1854: John Snow koleratanulmánya, az első járványtani vizsgálat, amely bizonyította, hogy a kolera szennyezett vízzel terjed. 1860-as évek: Pasteur és Koch felfedezése, a mikrobiológia alapjainak lefektetése és a fertőző betegségek tudományos megértése.	1777: Ratio Educationis: népegészségügyi képzés szabályozása. 1876: Közegészségügyi törvény: Az első modern népegészségügyi törvény, amely lefektette a higiéniai szabályokat és a népegészségügyi szolgálat alapjait.
3. A népegészségügy intézményesülése (19. század második fele – 20. század eleje)		
Elméleti alapok	- A mikrobiológia és a járványtan integrálása a népegészségügyi gyakorlatba. - Az egészségügy szervezetté válása, népegészségügyi intézetek létrehozása.	- A mikrobiológia és az epidemiológia fejlődése a népegészségügyi gyakorlat tudományos alapokra helyezését tette lehetővé. - A népegészségügy társadalmi dimenziói is megjelentek, különösen a városi szegénység és egészségügyi ellátás kapcsolatának felismerése.
Gyakorlat	- Kötelező oltások bevezetése. - Kórházak és járványkórházak építése. - Halálozási és megbetegedési adatok rendszerezése.	- A tisztiorvosi hálózat kiépítése (megyei és járási tisztiorvosok). - Oltási programok bevezetése. - A városi higiéniai rendszerek fejlesztése (csatornázás, vízellátás).
Mérföld-kövek	1891: Robert Koch felfedezi a tuberkulózis-bacilust. 1906: A Pure Food and Drug Act az USA-ban: Az élelmiszer-biztonság és a gyógyszerek szabályozásának kezdete.	1890-es évek: Diftériaellenes oltások. 1927: Országos Közegészségügyi Intézet megalakulása, a kutatás és gyakorlat központjának létrejötte. 1938: Himlőoltás kötelezővé tétele.

Világ		Magyarország
4. A modern népegészségügy kibővítése (20. század közepétől)		
Elméleti alapok	- Az egészség szélesebb meghatározása, amely nemcsak a betegségek hiányát, hanem a jóllétet is magában foglalja (WHO, 1948). - Az egészséget társadalmi és gazdasági tényezők függvényeként is vizsgálták.	- Az egészségügy államosítása és centralizációja, amelyet a szovjet minták ihlettek. - Az egészségügy társadalmisítása: az egészséghez való hozzáférés mindenki számára való biztosítása.
Gyakorlat	- Oltási programok globális kiterjesztése. - Fertőző betegségek (pl. himlő) felszámolása. - Egészségügyi kampányok az életmóddal összefüggő betegségek ellen.	- A fertőző betegségek elleni harc eredményeként számos járványos betegség visszaszorítása (pl. tbc). - Széleskörű szűrőprogramok (pl. tüdőszűrés). - Az alapellátás megerősítése a körzeti orvosi rendszerben.
Mérföld-kövek	1948: WHO megalakulása. 1974: Lalonde-jelentés (Kanada): Az egészség társadalmi meghatározóira való első komoly fókuszálás. 1986: WHO Ottawa Charta az egészségfejlesztésért, az egészség társadalmi, gazdasági és környezeti tényezőinek hangsúlyozása.	1952: Himlőmentesítés Magyarországon. 1960-as évek: Tüdőszűrési programok bevezetése. 1970-es évek: Népegészségügyi kampányok az életmóddal összefüggő betegségek ellen.
5. Globális népegészségügy és az "Új népegészségügy" (20. század vége – 2020)		
Elméleti alapok	- A "New Public Health" az egészség multidiszciplináris megközelítését képviseli, figyelembe véve a társadalmi egyenlőtlenségeket és a fenntarthatóságot. - Az egészségügyi rendszerek és technológiák integrációja, beleértve a digitális egészségügyet.	- Az egészség társadalmi meghatározóinak felismerése (életmód, szociális helyzet, környezet). - A népegészségügy globális perspektívája és az együttműködés fontossága (pl. EU-s projektek, WHO irányelvek). - A népegészségügy decentralizálása és a piaci szemlélet megjelenése az egészségügyben.
Gyakorlat	- Klímaváltozás hatásának vizsgálata az egészségre. - Pandémiák kezelése globális együttműködésben (pl. COVID-19). - Egészségegyenlőtlenségek felszámolására irányuló programok.	- Oltási programok fenntartása és bővítése (pl. HPV-oltás bevezetése). - A krónikus betegségek (pl. szív- és érrendszeri problémák, cukorbetegség) elleni küzdelem előtérbe helyezése.
Mérföld-kövek	2000-es évek: Millenniumi Fejlesztési Célok (MDGs): A globális egészségügyi célok meghatározása. 2020: COVID-19 világjárvány: A globális népegészségügy rugalmasságának és együttműködésének új kihívásai.	1997: Egészségügyi törvény: Az egészségügy jogi kereteinek modernizálása. 2019: Nemzeti Népegészségügyi Program 2018–2030 – szakpolitikai stratégiai tervezet 2014–2019: Egészségfejlesztési Irodák hálózatának fokozatos kiépülése

2. táblázat: A népegészségügy jellemzői globálisan és Magyarországon, 2025 (Forrás: saját szerkesztés)

Világ		Magyarország
6. A megvalósuló Népegészségügy 3.0 (2021 – napjainkig)		
Elméleti alapok	- Az egészség mélyen és többrétűen beágyazott a társadalmi és természeti környezetbe. - Az egészséget befolyásoló tényezők komplex rendszert alkotnak. - Az érintettek bevonása, azaz a részvételiség elengedhetetlen a sikeres beavatkozásokhoz.	- A hazai népegészségügy megújítása nélkülözhetetlen a lakosság egészségének jelentős javításához. - A megújítás alapelvei: komplexitás és részvételiség jelentőségének felismerése.
Gyakorlat	1998 – : <i>Shape Up Somerville</i>, USA 2013 – : <i>Amsterdam Healthy Weight Approach</i>, Hollandia 2015 – : <i>WHO STOPS Childhood Obesity</i>, Ausztrália	2021: kísérleti projekt partnerségi együttműködések kialakítására a gyermekek elhízásának visszaszorítása érdekében
Mérföld-kövek	2021: Genfi Nyilatkozat 2023: „A jóllét elérése. Globális keretrendszer a jóllétnek a népegészségügybe való integrálására egészségfejlesztési megközelítés alkalmazásával”	„Alapvetések az egészség és jólét javításához. Fehér könyv a magyar népegészségügy 21. századi megújításáról”

HIVATKOZÁSOK

- Allender, S., Orellana, L., Crooks, N., Bolton, K.A., Fraser, P., Brown, A.D., Le, H., Lowe, J., de la Haye, K., Millar, L., Moodie, M., Swinburn, B., Bell, C. & Strugnell, C. (2021), Four-Year Behavioral, Health-Related Quality of Life, and BMI Outcomes from a Cluster Randomized Whole of Systems Trial of Prevention Strategies for Childhood Obesity. *Obesity*, 29, 1022-1035. <https://doi.org/10.1002/oby.23130>
- Bhosale AS, Urquhart O, Carrasco-Labra A, Mathur MR, Rafia K, Glick M. Population health and public health: Commonalities and differences. *J Public Health Dent*. 2024. <https://doi.org/10.1111/jphd.12651>
- Centers for Disease Control and Prevention (2017) Public Health 3.0: A Call to Action for Public Health to Meet the Challenges of the 21st Century. https://www.cdc.gov/pcd/issues/2017/17_0017.htm (Elérve: 2024.12.29.)
- Davies, S. C., Winpenny, E., Ball, S., Fowler, T., Rubin, J., & Nolte, E. (2014). For debate: a new wave in public health improvement. *Lancet*, 384(9957), 1889–1895. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62341-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62341-7)
- Fee, E. (1997) The origin and development of public health in the United States. In: R. Detels, W.W. Holland, J. McEwen, G.S. Omenn (Eds.) *The Oxford textbook of public health* (3rd ed. pp: 35-54) Oxford University Press. ISBN 0 19 262550 0
- Economos, C. D., Hyatt, R. R., Must, A., Goldberg, J. P., Kuder, J., Naumova, E. N., Collins, J. J., & Nelson, M. E. (2013). Shape Up Somerville two-year results: a community-based environmental change intervention sustains weight reduction in children. *Preventive medicine*, 57(4), 322–327. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2013.06.001>
- Böszörményi, R. (2018) I.1. A népegészségtan fogalma, feladata, területei és története. Népegészségtani adatforrások. In: J. Forrai, I. Barcs (Eds.) *Népegészségtan 1.: főiskolai jegyzet a Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar hallgatói számára*. Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar. ISBN: 9786155855023
- Hamilton, N., & Bhatti, T. (1996). *Population health promotion: an integrated model of population health and health promotion*. Retrieved from Public Health Agency of Canada website: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/php-psp/index-eng.php> (Elérve: 2024.12.24.)
- Kindig, D., & Stoddart, G. (2003). What is population health?. *American Journal of Public Health*, 93(3), 380–383. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.3.380>
- Lalonde, M. (Lalonde Report) (1974) A New Perspective on the Health of Canadians. A Working Document. <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> (Elérve: 2024.12.24.)
- Mózsa, Sz és Szűcs E. (n.d.) A magyar egészségügy fejlődéstörténete a honfoglalástól napjainkig. Arcanum. <https://www.arcanum.com/hu/online-kiadvanyok/TenyekKonyve-tenyek-konyve-1/medicina-1B567/orvoskepzes-szakkepzes-szolgaltatok-1BFDA/a-magyar-egeszsegugy-fejlodestortenete-a-honfoglalastol-napjainkig-1C039/> (Elérve: 2024.12.31.)
- Népegészségügy 3.0. (2023) Alapvetések az egészség és jólét javításához. Fehér könyv a magyar népegészségügy 21. századi megújításáról. <https://drive.google.com/file/d/1EvRJyadT7bK8YeaxuMzi5ys8vgQMVGyS/view> (Elérve: 2025.01.04)
- Pipicz, M. (2023). ÚTMUTATÓ a gyermekek egészségének javítására megalakuló PARTNERI EGYÜTTMŰKÖDÉS számára. *Egészségfejlesztés*, 62(1). Elérés forrás <https://ojs.mtak.hu/index.php/egfejl/article/view/11141>
- Porter, D. (1997) Public health and civilization: the Victorian British state. In: R. Detels, W.W. Holland, J. McEwen, G.S. Omenn (Eds.) *The Oxford textbook of public health* (3rd ed. pp: 19-34) Oxford University Press. ISBN 0 19 262550 0
- Public Health Agency of Canada. (2001) Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/population-health-promotion-integrated-model-population-health-health-promotion.html#toc> (Elérve: 2024.12.25.)
- Public Health Agency of Canada. (2012) What is the Population Health Approach? <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/population-health-approach.html> (Elérve: 2024.12.25.)

- Sawyer, A., den Hertog, K., Verhoeff, A. P., Busch, V., & Stronks, K. (2021). Developing the logic framework underpinning a whole-systems approach to childhood overweight and obesity prevention: Amsterdam Healthy Weight Approach. *Obesity science & practice*, 7(5), 591–605. <https://doi.org/10.1002/osp4.505>
- Vitrai, J. (2022). Genfi Nyilatkozat a jóllétért. *Egészségfejlesztés*, 63(1), 39–42. <https://doi.org/10.24365/ef.v63i1.7842>
- Vitrai J. (2023a). Cikkismertetés: Népegészségügy 3.0. *Egészségfejlesztés*, 60(4). Elérés forrás <https://ojs.mtak.hu/index.php/egfejl/article/view/10911>
- Vitrai, J. (2023b). Cikkismertetés: Mi a népegészségügy és a népegészségügyi rendszer meghatározása? *Egészségfejlesztés*, 61(4). <https://ojs.mtak.hu/index.php/egfejl/article/view/11062>
- Vitrai, J. (2023c). Vizuális kivonat: Alapvető Népegészségügyi Feladatok megújított listája. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 1(1), 27–28. <https://doi.org/10.58701/mej.9776>
- Vitrai, J. (2023d). Cikkismertetés: Mi nem népegészségügy? (Fordítás). *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 1(3), 48–54. <https://doi.org/10.58701/mej.11846>
- Vitrai, J. (2023e). Cikkismertetés: Mi a népegészségügy? – a szakirodalom alapján. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 1(3), 43–47. <https://doi.org/10.58701/mej.12032>
- Vitrai, J. (2023f). Szakdokumentum: A jólét elérése – Globális keretrendszer a jólétnek a népegészségügybe való integrálására egészségfejlesztési megközelítés alkalmazásával. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 1(3), 76–109. <https://doi.org/10.58701/mej.12244>
- Vitrai, J. (2023g). Cikkismertetés: Rugalmasan ellenálló népegészségügy 2030-ban: #dehogyan? (fordítás). *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 1(4), 79–85. <https://doi.org/10.58701/mej.12628>
- Vitrai, J. (2024a). Fordítás: Az emberi jólétre vonatkozó népegészségügyi szemléletek narratív áttekintése. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(2), 101–109. <https://doi.org/10.58701/mej.15480>
- Vitrai, J. (2024b). Vizuális kivonat: A népegészségügy újragondolása: A reform fő irányai. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 2(3), 15–16. <https://doi.org/10.58701/mej.16007>
- World Health Organization. (2023). Achieving well-being: a global framework for integrating well-being into public health utilizing a health promotion approach. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/376200>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr;
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 01. 06.
Elfogadva: 2025. 02. 12.
Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

JUNIOR KUTATÓK

„Védőnői módszertan alapjai, obszerváció” tantárgy szerepe a hallgatók védőnőséggel kapcsolatos általános és speciális ismereteinek fejlődésében és szakmai elköteleződésükben

*The role of „The basics of health visitor methodology, observation’
course in the development of students’ general and specialized
knowledge related to health visiting and their professional
commitment”*

Szerző: [Magyari Antónia](#), [Nagy Ádám](#)

Doi: [10.58701/mej.16102](https://doi.org/10.58701/mej.16102)

Kulcsszavak: védőnő; szakmai elköteleződés; felsőoktatás; pályamotiváció

Keywords: health visitor; professional commitment; higher education; career motivation

Absztrakt

BEVEZETÉS: A védőnőképzésre történő jelentkezés a szakma iránti elköteleződés első állomása. A hallgatók előtt álló feladatokon történő sikeres túljutás nemcsak a hallgatók motiváltságán, hanem a szakmára felkészítő tantárgyak érdekességén, az oktatás minőségén is múlik. Kutatásunk célja megvizsgálni, hogy a 2021/2022. tanévben indult győri védőnőképzés I. évfolyamos hallgatói számára kötelezően elvégzendő „Védőnői módszertan alapjai, obszerváció” című tantárgy milyen szerepet játszik a hallgatók védőnői hivatással kapcsolatos ismereteinek alakulásában és szakmai elköteleződésükben.

MÓDSZERTAN: Kérdőíves felmérést végeztünk a tantárgyat sikeresen teljesítő, I. évfolyamos hallgatók körében, a képzés megkezdése előtti (bemeneti) és a tantárgy teljesítése utáni (kimeneti) állapotra vonatkozóan. A saját szerkesztésű, zárt és nyitott kérdéseket, Likert-skálát tartalmazó kérdőívet online formában (Google-úrlap), anonim módon töltötték ki a hallgatók. A lekérdezés teljes körű, a kitöltési arány 100% volt (N=19). A szociodemográfiai adatokon túl rákérdeztünk szakma-ismereti tudásukra, a szakmai elköteleződéssel kapcsolatos jellemzőkre.

EREDMÉNYEK: A résztvevők átlagéletkora 21,4 év, 36%-uk értelmiségi családból származik, jellemzően nagyközségekből és Győrből érkeztek. A felvételi pontátlag 372 pont. A bemeneti és kimeneti méréseknél a védőnői szakmai munkára vonatkozó változások az általános ismeretek bővülésében a legmarkánsabbak, a szakterületi

munkára vonatkozó kérdéseknél tendenciális az emelkedés. Nincs szignifikáns összefüggés a felvételi pontok és az ismeretszint bővülése között. Elköteleződésük 10,6%-kal erősödött, több mint háromnegyedük szerint jó intézményt választottak diplomájuk megszerzéséhez.

KÖVETKEZTETÉSEK: Hallgatóink számára az obszervációs tantárgy az általános védőnői munka és a speciális védőnői szakterületek megismerésében nagy jelentőséggel bír, és megerősíti a pálya iránti elköteleződést.

Abstract

INTRODUCTION: Applying for health visitor training is the first step of commitment to the profession. The successful passage of the tasks facing the students depends not only on the motivation of the students but also on the interest of the subjects preparing for the profession and the quality of education. The aim of our research is to examine whether the health visitor training in Győr, which started in the academic year 2021/2022, and the compulsory "Basics of Health Visitor Methodology, Observation" course for first-grade students play a role in their knowledge of the health visitor function and their professional commitment.

METHODOLOGY: We conducted a questionnaire survey among first-year students who successfully completed the subject course inputs and assessed their state after completing the subject. The questionnaire contained self-constructed closed and open questions, a Likert scale, and an online form (Google Forms). Students filled it in anonymously by March 28, 2022. The query was completed with a 100% response rate (N=19). In addition to socio-demographic data, we asked about their professional knowledge and characteristics related to professional commitment.

RESULTS: The average age of participants is 21.42 years; 36% are from intellectual families and typically come from large villages or Győr. The average admission score is 372 points. Changes in health visitor professional work between the input and output surveys are most marked in general knowledge growth. There is a tendentious increase in knowledge about specialized work. There is no significant correlation between admission points and the level of knowledge. Their commitment strengthened by 10.6% between September 2021 and May 2022, and more than three-quarters of them stated that they chose a good institution to obtain their degree.

CONCLUSIONS: For our students, the subject of observation is of great importance in getting to know general health visitor work and specialist fields, and it reinforces their commitment to the career.

Kulcsüzenetek

Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?

Fontosnak tartom ennek a témának a feldolgozását, mivel szeretném, ha a magyar társadalomhoz szélesebb körben is eljutna a védőnői munka sokrétűsége.

Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?

Ezen a szakterületen eddig csak kevés felmérést készítettek, ezért éreztem szükségét, hogy saját kutatást végezzek.

Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?

Tudományos kutatásom célja, hogy nagyobb rálátást nyújtson az embereknek a védőnői hivatásról.

BEVEZETÉS

Háttér

A magyar egészségügyben megfigyelhető szakemberhiány jelentős gondot okoz, amely tendencia az utóbbi évtizedben a védőnői ellátás területén is aggasztó mértéket öltött. A védőnői hivatás jelentős hagyományokkal rendelkezik, elismertségének növelése pedig összetett, több tényezőt érintő feladat. A fejlődés iránya a hivatás szakmai szintre emelkedésére mutat, mely folyamatban a képzésben részt vevő felsőoktatási intézmények kulcsszerepet játszanak (Gyulai et al., 2021).

A védőnő a megelőző, gyógyító ellátás keretében – elsősorban a megelőzésre – felsőfokon képzett szakember, aki közreműködik a nő, anya, csecsemő, gyermek

és ifjúság egészségvédelmében, valamint ellát közegészségügyi, egészségnevelési és egészségfejlesztési feladatokat is (Csordás, 2011, Kereki és Kispéter, 2018). A védőnői munka nagyon összetett. A szakma, az első gyermeket váró szülők általános és egyedi, főként az új módszereken alapuló felkészítéssel foglalkozik (Soósné Kiss, 2002, Soósné Kiss, 2007, Soósné Kiss, 2022a, Soósné Kiss, 2022b). Emellett a sokgyermekes (Soósné Kiss et al., 2015), vagy éppen a speciális élethelyzetben – mint látássérült édesanyák (Hodozsó et al., 2013), elvált édesapák (Soósné Kiss et al., 2016) – levő szülőkkel történő foglalkozásig, a válás prevenciós tevékenységig (Soósné Kiss, 2014), nagyon sok minden tartozik bele.

A családokkal végzett munka mellett nagyon fontos a védőnők iskola-egészségügyi ellátásban betöltött szerepe is. Az iskolavédőnői ellátás a komplex, teljes körű iskolai egészségfejlesztés fontos láncszeme. Preventív-curatív ellátás egységére épülő tevékenység, ami az iskola mindennapjaiban van jelen az egészségfejlesztés mellett a tanulók az egészségi állapotának fenntartását, kóros állapotok megelőzését végzi egyéni és közösségi szinten (Németh et al., 2014). A védőnői ellátás során a gondozottakkal való találkozások, szűrővizsgálatok igen jó lehetőséget adnak az egyének egészségesebb életmódra való ösztönzésére, szokásváltozás elindítására, kockázati tényezők észlelésére és célirányos tanácsadás elindítására. A védőnők szerepe és felelőssége igen jelentős az egészségfejlesztésben, a gondozottak egészségműveltségének fejlesztésében (Gács, et al., 2015, Bacsó et al., 2018).

A védőnőképzésben nagy kihívást jelent a hallgatók fenti munkára történő felkészítése, a hivatás megszerettetése. A Széchenyi István Egyetemen a „Védőnői módszertan alapjai, obszerváció” című

tantárgy keretein belül megismertük a védőnő-hivatással kapcsolatos alapismereteket, de szó esett a védőnői szolgálat történetéről és a jogszabályi háttérrel is. A védőnőképzésre történő jelentkezés a szakma iránti elköteleződés első állomása. A hallgatók előtt álló feladatokon történő sikeres túljutás nemcsak a hallgatók motiváltságán, hanem a szakmára felkészítő tantárgyak érdekességén, az oktatás minőségén is nagyban múlik. A pályakezdés nehézségeivel való megküzdésben, a pályán maradásban nagy szerepe van a speciális készségeken, képességeken túl a munkával, munkavégzéssel, munkahellyel szembeni elvárásoknak, elképzeléseknek (Fehérvári és Széll, 2019).

A BSc védőnőképzés gyakorlatorientált képzés, melynek a területen zajló gyakorlati oktatása a hivatásra való felkészítés jelentős pontja. A gyakorlat által válik a hallgató választott hivatásának hozzáértő, illetékes, alkalmas szakemberévé (Báronyné et al., 2015).

A gyakorlat célja a komplex család gondozási, iskola-egészségügyi feladatokra való felkészítés mellett az alapvető védőnői értékek megszilárdítása, valamint a saját munkastílus kialakítása is. A gyakorlat segíti az ismeretek bővítését, illetve azok felhasználását, a tevékenységek automatizálását, a hivatásbéli tudás kialakítását (Bányai et al., 2014).

A Széchenyi Egyetemen, a fent említett tantárgynak köszönhetően már az első szemeszterben kézzelfoghatóvá vált a hivatás jelentősége, illetve megismerkedtünk a védőnői munka minden területével a gyakorlatcentrikus oktatásnak köszönhetően. Ez abban segített, hogy már a képzés kezdetekor megtudjuk, mire számítsunk a diplománk megszerzése után. Ennek fényében alakult ki további elkötelezettségünk a szakma iránt.

A tantárgy a védőnői munkára vonatkozó jogi szabályozók (1992. évi LXXIX. tv., 26/1997. (IX.3.) NM rend., 49/2004. (V.21.) ESzCsM rend., 26/2014. (IV.8.) EMMI rend., EMMI MEES, EMMI szakmai protokoll), a védőnő történeti múlt és a hivatás megismertetésén túl nem burkoltan azt a célt is kitűzte maga elé, hogy a hallgatók védőnői hivatás iránti elköteleződését, tanulási motivációját növelje, és félév során kooperációra bírja a hallgatókat, növelje közöttük az együttműködés mértékét.

Célkitűzések

Kutatásunk célja volt megvizsgálni, hogy a 2021/2022. tanévben indult győri védőnőképzés I. évfolyamos hallgatói számára kötelezően elvégzendő „Védőnői módszertan alapjai, obszerváció” című tantárgy milyen szerepet játszik a hallgatók védőnő-hivatással kapcsolatos ismereteik alakulásában és a szakmai elköteleződésükben.

MÓDSZERTAN

Kérdőíves felmérést végeztünk a tantárgyat sikeresen teljesítő, I. évfolyamos hallgatók körében, a képzés bemeneti (2021 szeptembere) és a tantárgy teljesítése utáni (2022 májusa) állapotra vonatkozóan. A saját szerkesztésű, zárt és nyitott kérdéseket, Likert-skálát tartalmazó kérdőívet online formában (Google-űrlap), anonim módon töltötték ki a hallgatók 2021. szeptember 13-tól 2022. március 28-ig (Melléklet).

A kérdezés kiterjedt a szociodemográfiai adatokon túl a szakmaismereti tudásra, a szakmai elköteleződéssel kapcsolatos jellemzőkre is. A kérdőív első fele az általános tudást mérte fel, míg a további részében konkrét, célzott kérdésekkel mértük fel, hogy a hallgatók mennyire

vannak tisztában a védőnők szerepével a különböző területeken. Ezek a védőnők szülőiségre való felkészítésében nyújtott segítségére, az egészségfejlesztésben betöltött szerepükre, valamint a társ-szakkákkal való együttműködésben és az idősgondozásban való részvételükre vonatkoztak.

Az online kérdőív adatait rögzítettük az SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows 13. statisztikai programcsomag Data Entry moduljában. Az adatok elemzését leíró statisztikai módszerekkel végeztük el (páros t-próba).

EREDMÉNYEK

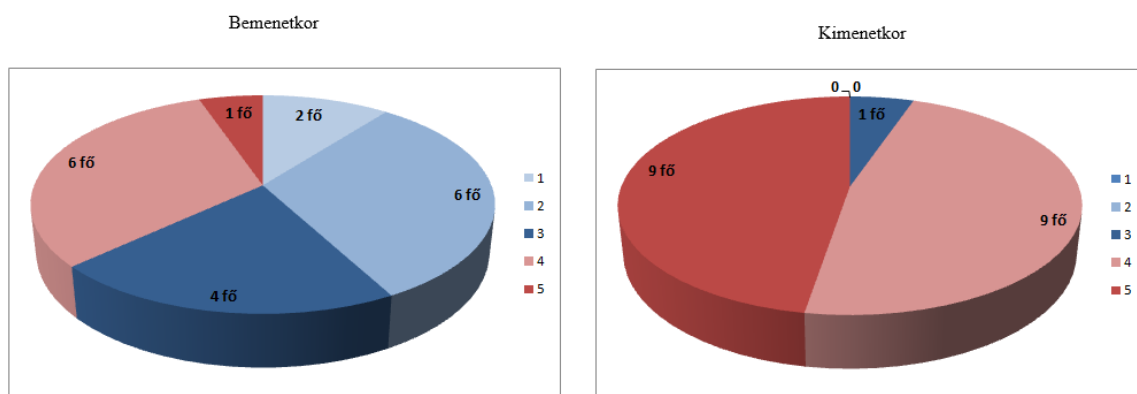
A lekérdezés teljes körű, a kitöltési arány 100% volt (N=19). Az alábbiakban a kutatásban résztvevők szociodemográfiai jellemzőit foglaljuk össze. A hallgatók 100%-a nő volt. A hallgatók átlagéletkora 21,4 év (SD=6,5). Az életkori megoszlás 18–41 év között volt. 2 fő (10,5%) életkora 30 év feletti, ők második diplomájukat szerezték meg a meglévő egészségügyi orientációjú főiskolai végzettség mellé.

A hallgatók családi állapota döntően (89%) hajadon volt a felmérés időszakában. A kutatásban résztvevők 42,1%-a (8 fő) városban, és 31,6%-a (6 fő) faluban, míg

26,3%-a (5 fő) megyeszékhelyen élt gyermekkorában. A kutatásban résztvevő hallgatók szüleinek többsége, 60%-a (11 fő) középfokú végzettségű, 36,8%-a (7 fő) pedig felsőfokú végzettséggel rendelkezik, értelmiségi családból származik. A hallgatók magas pontszámmal jutottak be az egyetemi képzésre. A pontok megoszlása 306 (min.) és 488 (max.) között volt (SD=44,5).

Az első kérdésben felmértük, hogy a kitöltők milyen általános ismerettel, tudással rendelkeznek a be-, illetve kimenetkor a védőnői szakmáról. A hallgatókat arra kértük, hogy jelöljék meg, milyen szintű az általános ismeretük, tudásuk a védőnői szakmáról, bemenetkor és a tantárgy teljesítése után, egy egytől ötig terjedő skálán, ahol a legkevesebb tudást az egyes, a legtöbb tudást az ötös értékelés jelentette. Jól látható, hogy bemenetkor megoszló volt az általános tudás a védőnői szakmával kapcsolatban. A közepeset vagy ennél magasabb értéket megjelölők aránya 46,8%. A tanulmányok első szemeszterét követően sokkal nagyobb a tudásszint, hiszen majdnem 100%-ban a 4-es vagy 5-ös helyen jelölték ismereti szintjüket a szakmával kapcsolatban. Az általános ismeret átlagában is tükröződik a változás. Átlagos változás = 1,53 (SD=0,6 páros t-próbával számolva: $p < 0,05$).

1. ábra: Általános tudás a védőnői szakmáról be- és kimenetkor N=19 fő (forrás: saját szerkesztés)



A diagramok mutatják, hogy a szakmáról alkotott tudásukat hogyan értékelték a hallgatók 1-5 értékelési szokásos skálán. Eredményeinket az 1. ábra foglalja össze, ahol a piros árnyalatok a 4-es és 5-ös, míg a kék árnyalatok pedig az 1-3-as értékeléseket jelenítik meg. A 2. táblázatban a többi, saját fejlődésre vonatkozó kérdéssel együtt statisztikailag részletezve is feltűntettük ezt az adatot.

Az első táblázatban jelenítettük meg a további kérdésekre adott válaszokat, vagyis be-, illetve kimenetkor mennyire vannak tisztában a hallgatók a védőnői munkakörbe tartozó feladatokkal, illetve a védőnői munka módszereivel. A kapott eredményeket páros t-próbával is megvizsgáltuk, a kapott értékeket feltűntettük az 1-es táblázatban. Egyértelműen nyomon követhető, hogy bemenetkor a többségnek (15 fő) kellő ismerete volt arra vonatkozóan, hogy a védőnők tevékenysége kikre irányul.

Tisztában voltak a hallgatók azzal, hogy hol dolgoznak a védőnők (14 fő). Kisebb hiányosságok még tapasztalhatók abban, hogy milyen munkakörben (13 fő) és milyen módszerekkel dolgozik a védőnő (12 fő). A legkevésbé ismert tényezők pedig a védőnői munkakörrel kapcsolatos tudás és a védőnők által használt módszerek ismerete voltak. (1. táblázat)

A bemeneti kérdőív kitöltésekor a legmagasabb tudásszint a védőnők munkahelyére vonatkozott (átlag=4,74), ezt követi a „Kikkel dolgozik együtt a védőnő?” és „Kikre irányul a védőnő tevékenysége?” (átlag=4,63) kérdések. (1. táblázat és 2. táblázat)

Lényeges kiemelni, hogy a tudásszint emelkedése markáns a munkakör, illetve a módszer esetében a két külön időpontban felvett válaszok között. A kimeneti és bemeneti felmérés eredményeit páros

t-próbával elemezve a „védőnői módszer kérdésében” $p < 0,09$ értéket kaptunk. (1. táblázat)

A szülőségre való felkészítésben nyújtott védőnői segítségre adott válaszokból kiderül, hogy a hallgatók nagy része (11-12 fő) már bemenetkor is tisztában volt a védőnői munka lényegével, ugyanakkor a 19 kitöltő közül 6 fő nem tudta pontosan meghatározni, hogy milyen feladatok tartoznak ide, illetve, hogy mennyire jellemzők ezek a védőnői szakmára. A bemeneti és kimeneti adatok összevetése jelentős javulást mutat, mivel valamennyi kitöltő (19 fő) 4-es és 5-ös értékelést adott. Eredményeinket az 1. táblázat foglalja össze.

A bemenetkor a legtöbben tudták (14 és 11 fő), hogy gyermekekkel és iskolai foglalkozásokon keresztül történik a védőnők egészségfejlesztésben történő részvétele. Ugyanez a tudásszint azonban nem mondható el a védőnők szülők egészségfejlesztésében való szerepének ismeretéről, valamint az egészségfejlesztő teamek munkájának ismeretéről sem. Itt sokkal nagyobb volt a válaszok közötti megoszlás. A kimeneti adatoknál jól látszott, hogy a kitöltők mindannyian 4-es és 5-ös értékeléseket adtak, vagyis a képzésük megalapozta a tudásukat ezen a téren is. Az eredményeket az első táblázatban jelenítettük meg.

A védőnők társszakmákkal való együttműködéséről feltett kérdéseinkre az 1. táblázatban összefoglalt eredményeket kaptuk. A bemeneti tudást összegző oszlopokból kiolvasható, hogy a hallgatók tudták, hogy a védőnők a gyermekorvosokkal és a szülész-nőgyógyász szakorvosokkal is együtt dolgoznak. Valamivel kisebb mértékben, de jól mérték fel azt is, hogy a szűrővizsgálatokban is szerep jut a védőnőknek, mind a lebonyolítás, mind a szervezés oldalán. Az egyéb szakorvossal

való együttműködés és a társszakmákkal való együttműködés összesített kérdéseire azonban nagy szórást látni az adatokban. Mindez a kimeneti tudás felmérésekor már nem jelentkezik, valamennyi hallgató

4-es és 5-ös értékelést adott ugyanezekre a kérdésekre a kurzus elvégzését követően. Eredményeinket az 1. táblázat foglalja össze.

1. táblázat: Hallgatók tudása be- és kimenetkor a védőnői munka természetéről. (****: $P < 0,0001$. Forrás: saját szerkesztés)

Kérdés	Bemeneti átlag	Kimeneti átlag	Bemeneti szórás	Kimeneti szórás	Átlagos különbség
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik a leendő szülők szülésre történő felkészítésében, egészségfejlesztésükben	3,53	4,74	1,17	0,45	1,21****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik a várandósok és párjuk gondozásában, egészségfejlesztésében	3,47	4,79	1,31	0,42	1,26****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik a gyermekágyas anyák gondozásában, egészségfejlesztésében	3,37	4,79	1,26	0,42	1,42****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik a gyermekek egészségfejlesztésében	3,79	4,79	0,85	0,42	0,95****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik a szülők egészségfejlesztésében	2,95	4,63	1,03	0,5	1,68****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik az iskolai egészségnevelésben, -fejlesztésben	3,95	4,79	0,97	0,42	0,84****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik az egészségfejlesztő teamek munkájában	2,95	4,58	1,13	0,51	1,63****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik a szűrővizsgálatok szervezésében és lebonyolításában	3,74	4,74	1,41	0,45	1,00****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik a szülész-nőgyógyász szakorvosokkal történő együttműködésben	3,53	4,63	1,07	0,5	1,11****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik a gyermekorvossal történő együttműködésben	3,95	4,79	0,91	0,42	0,84****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik az egyéb szakorvosokkal történő együttműködésben	3,05	4,63	1,18	0,5	1,58****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik a társszakmákkal történő együttműködésben	3,16	4,58	1,26	0,51	1,42****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik az idősgondozásban	2,32	4,32	1	1	2,42****
Tudom, hogy a védőnő fontos szerepet játszik a terhességmegszakítással kapcsolatos prevencióban	3,32	4,74	1,2	0,45	1,42****

A soron következő kérdések a védőnők idősgondozásban és a terhességmegszakítási prevencióban betöltött szerepére vonatkoztak (első táblázat). Bemenetkor mindkettő kérdésnél erős megosztottság látszik az eredményeknél, az idősgondozásnál például csak egy 5-ös és nulla darab 4-es értékelés érkezett. A terhességmegszakítási prevencióra vonatkozó kérdések esetében valamivel több tudással rendelkeztek a hallgatók, de 5-ös értékelést itt is csak ketten adtak. A kimeneti tudás mindezzel kapcsolatban lényeges javulást hozott, ugyanis az idősgondozás esetében a legtöbben (16 fő) már négyes (5 fő), vagy ötös (11 fő) értékelést adott. A terhességmegszakítással kapcsolatos prevenció esetében is hasonló „javulást” látunk az átlagos különbség adatsorban, ráadásul a kimenetnél már minden hallgató 4-es és 5-ös értékelést adott a kurzus elvégzését követően.

A felmérésünk második szakaszában megvizsgáltuk, hogy magáról a védőnői szakmáról milyen tudással rendelkeztek a hallgatók bemenetkor és kimenetkor. A második táblázatban ennek összefoglalását láthatjuk. A védőnői szakma ismereté-

vel kapcsolatban bemenetkor erős megosztást tapasztaltunk, de a kitöltők nagyobb része már ekkor is tisztában volt az alapokkal. A leginkább megosztó választ talán a védőnői szakma presztízsével kapcsolatban kaptuk. A kimeneti adatokkal összevetve itt is javulást látunk az átlagos különbséget tekintve. Itt már ugyanis valamennyi kérdésre a 4-es és 5-ös értékelések dominálnak (17 fő). (2. táblázat)

Kérdőívünket a hallgatói elköteleződés kérdésével zártuk. Megkérdeztük a hallgatókat a védőnői szakma iránti elköteleződésükről be-, illetve kimenetkor. A hallgatókra jellemző volt már bemenetkor is, hogy jó helyen érezték magukat, illetve megerősödött bennük, hogy a megfelelő szakmát választották. Ugyanakkor a döntéshozatallal, valamint a szakma iránti elköteleződéssel kapcsolatban még voltak hiányosságok. A kimeneti adatokban azonban minden kérdésnél a 4-es és 5-ös értékelések domináltak. A hallgatókban megerősödött a szakma iránti elköteleződés és az akarat, hogy védőnők, méghozzá jó védőnők legyenek. (2. táblázat)

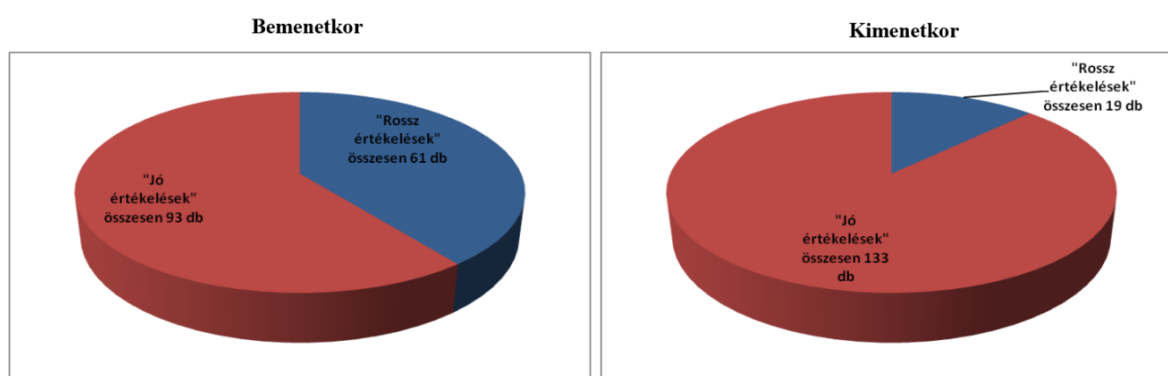
2. táblázat: Hallgatók tudása be- és kimenetkor a védőnői szakmáról N=19 fő (***: P<0,001; ****: P<0,0001. Forrás: saját szerkesztés)

Kérdés	Bemeneti átlag	Kimeneti átlag	Bemeneti szórás	Kimeneti szórás	Átlagos különbség
Általános tudás a védőnői szakmáról	2,89	4,42	1,15	0,61	1,53****
Ismeret a szakma szépségéről	3,74	4,68	1,24	0,58	0,95****
Ismeret a szakma nehézségeiről	2,95	4,47	1,08	0,61	1,53****
Ismeret a szakma anyagi megbecsültségéről	2,89	4,37	1,41	0,83	1,47****
Ismeret a szakma presztízséről	2,68	4,37	1,34	0,83	1,68****
Elkötelezett vagyok a szakma iránt.	3,89	4,47	1,15	0,84	0,58***
Tudom, hogy jó döntést hoztam, amikor jelentkeztem ide.	3,89	4,16	1,15	1,21	0,26
Úgy érzem, hogy jó helyen vagyok itt.	4,11	4,21	1,10	1,08	0,11
Megerősödött bennem, hogy védőnő legyek.	3,89	4,47	1,10	0,70	0,58***

A 2. táblázat adatai alapján készítettünk egy összesítést, amely segítségével még inkább látványos a hallgatók tudásának fejlődése a védőnői munka mibenlétével kapcsolatban. Itt már csak a „jó” (4-es és 5-ös) és a „rossz” (1-3-as) értékeléseket vettünk figyelembe. Ezeket kategóriánként („jó” / „rossz” értékelések) összevontuk és az így kapott 154 értékelést egy közös diagramon is ábrázoltuk. A hallgatói

tudás emelkedése látható, a bemenetkor mért nagyjából 60%-os „jó” értékelések aránya a kimenetre valamivel több, mint 86%-ra emelkedett. E két adat páros t-próbával történő vizsgálata is megerősítette a szignifikanciát ($P < 0,005$), vagyis a kurzus jelentős mértékben hozzájárult a hallgatók tudásának növekedéséhez. A 2. ábra mutatja ezt az eredményt.

2. ábra: A „jó” és a „rossz” értékelések összesítése az összes kérdésre adott válasz alapján N=19 fő értékelések száma: 154 (forrás: saját szerkesztés)



MEGBESZÉLÉS

A bemeneti és kimeneti méréseknél a védőnői szakmai munkára vonatkozóan az eredmények jelentős és jórészt szignifikáns változást mutattak. Az általános ismeretek bővülésében a legmarkánsabb ez a változás. A szakterületi munkára vonatkozó kérdéseknél is emelkedő tendenciát látunk a be- és kimeneti adatok között. A felvételin elért pontszámok és az ismeretek bővülése között azonban nem találtunk releváns kapcsolatot. Úgy véljük, ez annak tudható be, hogy a felvételt nyert hallgatók mind elkötelezetté váltak és jelentős erőforrásokat mozgósítottak annak érdekében, hogy a tanulmányaikat minél jobb eredménnyel végezzék el. Ezt támasztja alá az elköteleződésre vonatkozó kérdések halmaza, amelyeknél a be- és kimeneti adatok között szignifikáns változás van. (2. táblázat) Ezt egészíti ki,

hogy a hallgatók több mint kétharmada szerint jó helyen vannak. A legerősebb bizonyító tényező azonban az, hogy valamennyi hallgatóban megerősödött az a tény, hogy védőnők szeretnének lenni.

A hallgatók által elért magas felvételi pontokból látszik, hogy más divatos képzésre is felvételt nyerhettek volna, de ők mégis inkább a védőnői pálya mellett döntöttek. Jellemző trend a társadalomban, hogy a szülők nagy hangsúlyt fektetnek arra, hogy gyermekeik felsőfokú végzettséget szerezzenek, ezzel az értelmiségi réteghez tartozzanak. Andorka rétegződéskutatásának tendenciáit tükrözi a jelen kutatás is, hogy a hallgatók közül többen tanulnak a felsőoktatásban bármely társadalmi réteg képviselői is (Andorka, 1994). A kitöltési arány is tükrözi a hallgatók érdeklődését (Bella, 2018).

A felmérés kitöltése során kapott adatokból jól látható, hogy bemenetkor megosztó volt az általános tudás a védőnő szakmával kapcsolatban. Az egytől ötig terjedő skálán a közepesen vagy ennél magasabb értéket megjelölők aránya 46,8 %-nak mutatkozott. A tanulmányok első szemeszterét követően már sokkal nagyobb volt a hallgatói tudás, hiszen a hallgatók majdnem 100%-ban a 4-es vagy 5-ös helyen jelölték általános ismereti szintjüket a szakmával kapcsolatban. (1. ábra)

Egyértelműen nyomon követhető továbbá, hogy bemenetkor a többségnek kellő ismerete volt arra vonatkozóan, hogy a védőnők tevékenysége kikre irányul. (1. táblázat) Tisztában voltak a hallgatók azzal is, hogy hol dolgoznak a védőnők. A hallgatók nem rendelkeztek teljes körű ismeretekkel a védőnők munkakörének és alkalmazott módszereinek pontos meghatározásában. A legkevésbé ismert tényezők (pl. munkakör és módszer) között szignifikáns összefüggést találtunk. A szülőségre való felkészülésben nyújtott védőnői segítségre adott válaszokból kiderül, hogy a hallgatók nagy része már bemenetkor is tudatában volt a védőnői munka lényegével. Az eredményekből az is látszik, hogy a 19 kitöltő kisebbik fele nem tudta pontosan meghatározni, hogy milyen feladatok tartoznak ide, illetve, hogy mennyire jellemzők ezek a védőnői szakmára. (1. táblázat) A kimeneti adatokban jelentős javulás látható, mivel valamennyi kitöltő 4-es és 5-ös értékelést adott, 14 fő közülük 5-t ugyanezekre a kérdésekre. (1. táblázat) Összességében tehát elmondható, hogy látszik az egyértelmű különbség a bemeneti és jelenlegi tudásra vonatkozóan. A legtöbben és a legjobban azt tudták, hogy hol dolgoznak a védőnők. A hallgatók kevésbé voltak tisztában vele, hogy milyen módszerekkel dolgozik a védőnő.

Komoly szakmai előzetes tudás nem mondható el a védőnőknek a szülők egészségfejlesztésében való szerepének ismeretéről, valamint az egészségfejlesztő csapatok munkájának ismeretéről sem. Itt sokkal nagyobb volt a válaszok közötti megosztás. A kimeneti adatoknál jól látszik, hogy a kitöltők mindannyian 4-es és 5-ös értékeléseket adtak, vagyis a képzésük megalapozta a tudásukat ezen a téren is. (2. táblázat) A bemeneti tudást összegző táblázatból leolvasható (1. táblázat), hogy a hallgatók tudták, hogy a védőnők a gyermekorvosokkal és a szülész-nőgyógyász szakorvosokkal is együtt dolgoznak. Valamivel kisebb mértékben, de jól mérték fel azt is, hogy a szűrővizsgálatokban is szerep jut a védőnőknek, mind a lebonnyolítás, mind a szervezés oldalán. Az egyéb szakorvossal való együttműködés és a társzakkákkal való együttműködés összesített kérdéseire azonban nagy szórást látni az adatokban. Mindez a kimeneti tudás felmérésekor már nem jelentkezik, valamennyi hallgató 4-es és 5-ös értékelést adott ugyanezekre a kérdésekre a kurzus elvégzését követően. A be- és kimeneti adatok közötti átlagos különbség is szignifikánsnak mutatkozott a páros t-próba elemzést követően. (2. táblázat)

Talán a leginkább eltérő válaszokat hozó kérdések a védőnők idősgondozásban és terhességmegszakítással kapcsolatos prevencióban betöltött szerepére vonatkoztak. (1. táblázat) Bemenetkor mindkettő kérdésnél erős megosztottság látszik az eredményeknél, az idősgondozásnál például csak egy 5-ös és nulla darab 4-es értékelés érkezett. A terhességmegszakítással kapcsolatos prevenció esetében valamivel több tudással rendelkeztek a hallgatók, de 5-ös értékelést itt is csak ketten adtak. A kimeneti tudás mindezzel kapcsolatban lényeges javulást hozott, ugyanis az idősgondozás esetében a legtöbben már négyes, vagy ötös értékelést adtak. A terhességmegszakítási

prevenció esetében is hasonló javulást látunk a kimeneti tudásban, mivel minden hallgató 4-es és 5-ös értékelést adott a kurzus elvégzését követően. A páros t-próba elemzése is megerősítette, hogy szignifikáns eltérés van a be- és kimeneti adatok között. (2. táblázat)

A második táblázatban összefoglalt eredményekből az is kitűnik, hogy a védőnői szakma ismeretével kapcsolatban bemenetkor még erős megoszlást tapasztaltunk, de a kitöltők nagyobb része már ekkor is tisztában volt az alapokkal. A legmegosztóbb válaszokat talán a védőnői szakma presztízsével kapcsolatban kaptuk. A kimeneti adatokban itt is javulást látunk, mivel valamennyi kérdésre a 4-es és 5-ös értékelések dominálnak. A 2. táblázatban jól látható, hogy a hallgatókra jellemző volt már bemenetkor is, hogy jó helyen érezték magukat, illetve megerősödött bennük, hogy a megfelelő szakmát választották. Ugyanakkor a döntéshozattal, valamint a szakma iránti elköteleződéssel kapcsolatban még voltak tudásbeli hiányosságok. A kimeneti adatokban azonban minden kérdésnél a 4-es és 5-ös értékelések domináltak. A hallgatókban megerősödött a szakma iránti elköteleződés és az akarat, hogy védőnők, még hozzá jó védőnők legyenek. A kurzus szignifikáns mértékben járult hozzá a hallgatók védőnői szakmáról való tudásához, valamint ennek megfelelően a saját tudásuk megítéléséhez is. (1. táblázat és 2. táblázat)

A kutatás erősségei közé tartozik, hogy sikerült a teljes védőnő hallgatói évfolyamot megszólítani, illetve a későbbi évfolyamok is már előre hajlandóságot mutatnak a kitöltés iránt. A kérdőív célzott kérdésekkel mérte fel a védőnő hallgatók tudásszintjét, amely révén a tanulmány apropóját adó kurzus szakmai tudásszint emelkedéséhez való hozzájárulását könnyen mérhettük. A későbbiekben a többi kurzus hasonló vizsgálatával további

adatokhoz juthatunk. Mindez nagyban hozzájárulhat a hosszú távú védőnő képzés színvonalának javításához. A kurzus tapasztalatai alapján még célzottabban lehet a tantárgyi tematika bizonyos elemeit kihangsúlyozni, ezzel is segítve a védőnőképzést.

A kutatásunk gyenge pontja talán az alacsony évfolyam létszám, mivel mindössze 19 kitöltést tudtunk elérni az első fázisban. A későbbiekben szeretnénk ezt kiegészíteni a további évfolyamok adataival, azonban erre most még nem volt lehetőségünk, tekintettel arra, hogy Győrben ez volt az első induló védőnő hallgató évfolyam. A kis mintaelem szám valamelyest torzíthatta az eredményeinket, statisztikai erőfeszítéseink ellenére is.

KÖVETKEZTETÉSEK

Hallgatóink számára az obszervációs tantárgy az általános védőnői munka és a speciális védőnői szakterületek megismerésében nagy jelentőséggel bír. Megerősíti a pálya iránti elköteleződést. Mindez jól látszik az eredmények részben bemutatott adatok be- és kimeneti pontértékeiben is, de releváns a „jó helyen vagyok” magas pontozása is. A védőnők számára a kooperáció kiemelten fontos, hiszen nem csak a többi védőnővel, de a társzakták szakembereivel és a szülőkkal, gyermekekkel is kulcsszereppel bír.

Az obszervációs tantárgy elvégzése során gyűjtött tapasztalatokat a hallgatók később is felhasználhatják a további tanulmányaik, majd a szakmájuk során ahhoz, hogy minél jobb védőnőkké váljanak és a szakterület elismert munkatársai legyenek.

Eredményeink alapján megállapítható, a kurzus nagymértékben hozzájárul a hallgatók védőnői képzéséhez, ahhoz, hogy

még jobb szakemberek legyenek. Éppen ezért az is kijelenthető, hogy talán szükség lehet további olyan kurzusok tantervébe való beépítésére, amelyek más és más aspektusokra koncentrálnak a védőnői

munkában. Ezek a kurzusok lehetnének akár szabadon választhatóak. Ez irányban is érdemes lenne további kutatásokat végezni.

HIVATKOZÁSOK

- Andorka, R. (1994). A rétegződélmélet haszna a mai magyar társadalom kutatásában. Andorka R.–Hradil, S.–Peschar, LJ (szerk.): Társadalmi rétegződés. Budapest, AULA. ISBN 978-963-418-010-4
- Bacsó, Á., Balatoni, Á., Csordás, Á., Fogarasi-Grenczer, A., Prosszer, M., Hegedűs, K., Talabér, J. (2018) Egyéni egészségfejlesztés módszertana. *Országos Közegészségügyi Intézet, Budapest*. EFOP 1.8.0-VEKOP-17-2017-00001
- Bányai, E., David M., Fedor, I., Jávorné Erdei, R., Kissné Dányi, É., Lévardy, E. (2014) Új utakon, oktató védőnői továbbképzés - *hallgatói kézikönyv*. Budapest: GYEMSZI.
- Bársonyné Kiss K., Bajusz J., Eszik O., Gács E., Karácsony I., Kereki J., Kispéter L. (2015) START... Új védőnői módszerek a koragyermekkori fejlődési eltérések felismerésében és gondozásában. *Budapest: ÁEEK*.
- Bella, T. (2018). A kutatási módszer és mintavétel megválasztása a tudományos kutatásokban. Statisztika a tudományok, a technika és az orvoslás körében. A Magyar Természettudományi Társulat tudománytörténeti kötetei (2). Magyar Természettudományi Társulat, Budapest, pp. 247-263. ISBN 978-615-80623-5-0
- Csordás, Á. (2011) Védőnői hivatás (2010) A hungarikumként jelzett hivatásunk napjainkban, *Védőnő*, 21(1): 28-39.
- Fehérvári, A., Széll, K. (2019) Új kutatások a neveléstudományokban/2018 Kutatási sokszínűség, oktatási gyakorlat és együttműködések ELTE PPK – *L'Harmattan Kiadó Budapest*. ISBN 978-963-414-566-0
- Gács, Z., Berend, K., Csanádi, G., & Csizmady, A. (2015) Új kérdőív a szülői egészségműveltség mérésére. *Orvosi Hetilap*, 156(42), 1715-1718. DOI: 10.1556/650.2015.30237
- Gyulai, A., Árváné Egri, C., Fogarasi-Grenczer, A., Jávorné Erdei, R., Karácsony, I. (2021) A védőnők pályaelhagyásának vizsgálata. *IME: Informatika és menedzsment az egészségügyben*, 20(2): 9-15.
- Hodozsó, K., Soósné Kiss, Zs., Jakus, P., Feith, H.J., Hollós, S., Vingender, I. (2013) Professional help for visually impaired mothers raising a child. *New medicine* 17(4): 136-139. DOI: 10.1556/NM.17.2013.4.2
- Kereki, J., Kispéter L. (2018) Családközpontúság és ágazatközi együttműködés a kora gyermekkori intervencióban – Utak, szakemberek és kompetenciák, *Egészségfejlesztés*, 59(2): 39-47. DOI: 10.1556/2006.59.2018.2.2
- Németh, A., Bársonyné Kis, K., Budai, É. (2014) Egészségügyi főiskolai hallgatók egészségfelfogásának vizsgálata. *Egészségfejlesztés* 55.1-2: 28-35.
- Soósné Kiss, Zs. (2002) Programozott oktatás és alkalmazási lehetősége a szülőségre felkészítésben. *Egészségnevelés* 43(6): 276-279.
- Soósné Kiss, Zs. (2007) A szülőségre felkészülés egy új lehetősége, az "Aktív szülőségre felkészülés (ASZF)" - modell. *Védőnő* 17(2): 3-7.
- Soósné Kiss, Zs. (2014) Primer prevenciós szemlélettel dolgozó szakemberek lehetőségei a családi krízisek megelőzésében, családterápiás munka tapasztalatai alapján. *Egészségfejlesztés* 55(1-2): 20-27.
- Soósné Kiss, Zs. (2022a) Családot alapító párok felkészítésének elmélete és gyakorlata. Módszertani könyv szakembereknek. *SpringMed Kiadó, Budapest*, ISBN: 9786156337269
- Soósné Kiss, Zs. (2022b) Gyermeket váró párok kézikönyve: Leendő szülők és az őket felkészítő szakemberek részére. *SpringMed Kiadó, Budapest*, ISBN: 9786156337443
- Soósné Kiss, Zs., Keserű, B., Sinka, M., Lipienné Krémer, I. (2016) Difficulties, health problems and professional support of divorced fathers living separately from their children - experiences in Hungary. *New medicine* 20(4): 153-161. DOI: 10.1556/650.2016.004

Soósné Kiss, Zs., Kovács, A., Kókai, J. (2015) The aspects of starting a largefamily. *New medicine* 19(3): 110-115.
DOI: 10.1556/650.2015.004

1992. évi LXXIX. törvény a magzati élet védelméről vonatkozó részek, forrás:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99200079.tv>, letöltve: 2023.06.28.

26/1997. (IX.3.) NM rendelet az iskola-egészségügyi ellátásról, forrás:
<https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700026.nm>, letöltve: 2023.06.28.

49/2004. (V.21.) ESzCsM rendelet a területi védőnői ellátásról, forrás:
http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=84519.289052, letöltve: 2023.06.28.

26/2014. (IV.8.) EMMI rendelet a várandósgondozásról, forrás:
http://njt.hu/cgi_bin/njt_doc.cgi?docid=168562.318326, letöltve: 2023.06.28.

EMMI, Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv (MEES 2.0. változat), forrás:
http://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/2969/fajlok/EMMI_kozlemen_y_Egeszsegugyi_%20Standardok.pdf,
letöltve: 2023.06.28.

EMMI szakmai protokollja a kórházi védőnői feladatokról a szülészeti és újszülött ellátásban, forrás:
https://www.hbcs.hu/uploads/jogszabaly/903/fajlok/szakmai_iranyelve_vedono.pdf, letöltve:
2023.06.28.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton szeretném kifejezni hálámat és köszönetemet témavezetőmnek, Soósné Dr. habil. Kiss Zsuzsanna egyetemi docensnek, Dr. Vitrai József Béla tudományos munkatársnak, valamint a többi oktatómnak a tudományos munkám elkészítése során nyújtott értékes segítségükért. Hálás vagyok a szakmai iránymutatásaikért, javaslataikért, türelmükért és az idejükért, amelyet a dolgozatom elkészítésére fordítottak. Külön köszönöm hallgatótársaimnak a bátorítást és a támogatást.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

Magyari Antónia
Széchenyi István Egyetem, Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék,
Egészségügyi gondozás és Prevenció szak, Védőnő szakirányú végzős hallgató, Győr
antonia.magyari@gmail.com

Nagy Ádám
Széchenyi István Egyetem, Apáczai Csere János Pedagógiai- Humán és Társadalomtudományi Kar,
Gyógypedagógia Tanszék, Győr
nagy.adam@ga.sze.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 06. 13.
Elfogadva: 2025. 01. 30.
Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Magyari Antónia, Nagy Ádám. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licensszerződés alapján.

VIZUÁLIS KIVONATOK

A magyar 10–18 éves tanulók egészségközpontú fittségi állapota (2024)

Kutatási jelentés a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) 2023/2024. tanévi országos eredményeiről

*Health-related physical fitness of Hungarian school-aged children (2024)
Research report on the national results of the Hungarian National Student Fitness Test (NETFIT®) for the school year 2023/2024*

Ismertető: [Kaj Mónika](#)

Doi: [10.58701/mej.18190](https://doi.org/10.58701/mej.18190)

Kulcsszavak: fittségi állapot; iskoláskorúak; NETFIT®
Keywords: physical fitness; school-aged children; NETFIT®

A 2023/2024. tanévben tízedik alkalommal került sor a NETFIT® mérések elvégzésére. 3702 iskolai feladatellátási hely

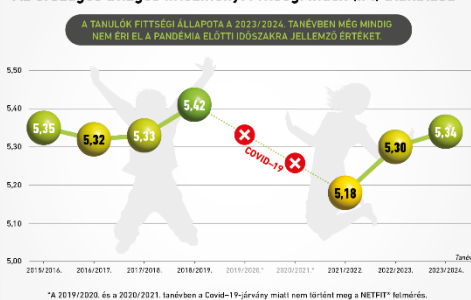
654 014 tanulójának fittségi adatait rögzítették a testnevelést tanító pedagógusok a NETFIT® informatikai rendszerében.



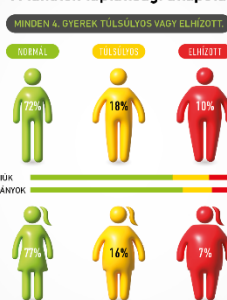
A Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) 2023/2024. tanévi országos eredményei

3 702 iskola
654 014 tanuló

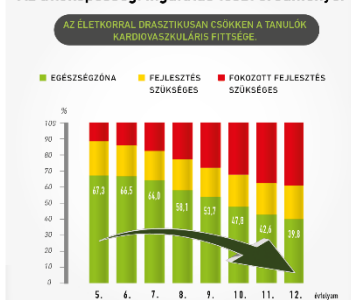
Az országos átlagos Intézményi Fittségi Index (IFI) alakulása*



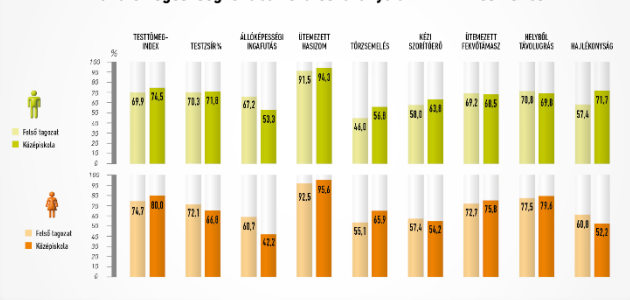
A tanulók tápláltsági állapota



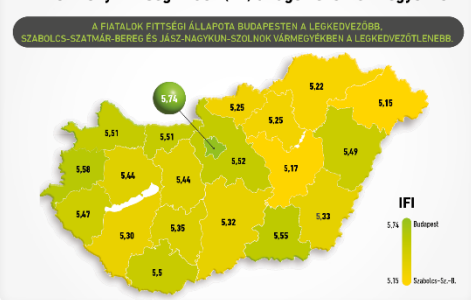
Az állóképességi ingafutás teszt eredményei



A tanulók egészségzónába kerülési aránya a NETFIT® tesztekben



Az Intézményi Fittségi Index (IFI) átlagértékei vármegyénként



Forrás: Kaj Mónika, Hernádi Ádám, Káhlai Katalin, Cselkó Alexandra, Király Anita és Csányi Tamás (2024). A magyar 10–18 éves tanulók egészségközpontú fittségi állapota (2024). Kutatási jelentés a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) 2023/2024. tanévi országos eredményeiről. Magyar Diáksport Szövetség, Budapest.

1. ábra: A COVID–19 pandémia okozta inaktivitási krízis, az iskolalátogatás és a testnevelésórák hiánya, a sportolási lehetőségek korlátozása nagymértékben hatással volt a tanulók fittségi állapotára, soha nem látott visszaesést okozva. Három évvel a pandémiát követően jól láthatóan javult az iskolások fittségi állapota országos szinten, de még nem érte el a COVID előtti szintet. A további fejlesztés szükségessége ugyanakkor nem kérdéses, hiszen a tanulók 40%-ának még mindig nem megfelelő az állóképessége, amely évek óta a legkritikusabb terület a gyerekeknél. Az életkor előrehaladtával drasztikusan csökken azok aránya, akik eléri az egészségmegőrzéshez szükséges minimumszintet: míg 5. évfolyamon a gyerekek kétharmada az ún. egészségzónába tartozik, addig az iskola befejezésével kétharmaduk már fejlesztésre szorul. Minden negyedik gyermek túlsúlyos vagy elhízott hazánkban. A pandémia után azonban ezek az adatok is pozitívan változtak. (Forrás: Kaj et al., 2024)

AJÁNLÁS

A 2023/2024. tanévi kutatási jelentés tájékoztatást nyújt a NETFIT® rendszer bevezetéséről, hátteréről és az éves országos adatbázis tudományos feldolgozást követő eredményeiről. A „Következtetések és ajánlások” rész megfogalmazza azon beavatkozási pontokat, amelyek támogatásként szolgálhatnak az egyéni szinttől egészen a szakpolitikai

döntéshozóig a fittségi állapot fejlesztéséhez. A fejlesztések eredményeképpen tovább erősíthető a diákok és a pedagógusok testneveléssel, testmozgással és diáksporttal kapcsolatos attitűdje, növelhető az egészségfejlesztő testmozgás mennyisége, ezen keresztül pedig kedvező népegészségügyi folyamatok indíthatók el a köznevelésben tanuló diákok körében.

HIVATKOZÁSOK

Kaj Mónika, Hernádi Ádám, Kälbli Katalin, Cselkó Alexandra és Csányi Tamás (2024). *A magyar 10–18 éves tanulók egészségközpontú fittségi állapota (2024). Kutatási jelentés a Nemzeti Egységes Tanulói Fittségi Teszt (NETFIT®) 2023/2024. tanévi országos eredményeiről.* Magyar Diáksport Szövetség, Budapest. (https://www.netfit.eu/public/show_file.php?id=122)

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A jelentés elkészítését a Magyar Diáksport Szövetség támogatta.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Kaj Mónika
Magyar Diáksport Szövetség, Budapest
kaj.monika@mdsz.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 01. 16.
Elfogadva: 2025. 01. 17.
Megjelentetve: 2025. 03. 17.

Copyright © 2025 Kaj Mónika. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A helyalapú kreatív jóllét társadalmi értéke - Gyors áttekintés és a bizonyítékok összefoglalása

Article review: The social value of place-based creative wellbeing - A rapid review and evidence synthesis

Ismertető: [Lantos Zoltán](#)

Doi: [10.58701/mej.18195](https://doi.org/10.58701/mej.18195)

Ismertetett cikk: Rafaela Neiva Ganga, Laura Davies, Kerry Wilson, Margherita Musella (2024): The social value of place-based creative wellbeing: A rapid review and evidence synthesis. *Sociology of Health & Illness*, 1–23. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13827>

Kulcsszavak: kreatív jóllét, helyalapú megközelítés, társadalmi érték, közösségi egészség, szociális kohézió
Keywords: creative wellbeing, place-based approach, social value, community health, social cohesion

HÁTTÉR

A helyalapú kreatív jóllét az elmúlt évtizedben növekvő figyelmet kapott az egészség-, szociális és kulturális tudományok területén, mivel ezek a programok jelentős mértékben képesek hozzájárulni az egyének és a közösségek életminőségének javításához. A kreatív jóllét helyalapú megközelítése olyan programokat foglal magában, amelyek az adott földrajzi környezetre, annak kulturális hagyományaira és sajátosságaira épülnek, valamint a közösség aktuális szükségleteit helyezik a középpontba. Ez a helyi beágyazottság sokrétű előnyökkel jár: erősíti a társadalmi kapcsolati hálót, előmozdítja a közösségi összetartozást, és a kreatív önkifejezés révén csökkenti a társadalmi elszigeteltséget. A helyi szintű kreatív tevékenységek, mint például a művészeti foglalkozások, a közösségi alkotóműhelyek

vagy a kulturális fesztiválok nem csak a résztvevők mentális és fizikai egészségére gyakorolnak kedvező hatást, hanem erősítik a közösségi összetartozás érzését és a társadalmi kapcsolatok hálózatát is. A tanulmány rámutat, hogy a helyalapú kreatív tevékenységek különösen fontosak lehetnek a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésében és a sérülékeny közösségek támogatásában, ahol gyakran korlátozottak a közfinanszírozott egészségügyi és szociális szolgáltatásokhoz való hozzáférés lehetőségei. A kutatás kiindulópontja, hogy a hagyományos egészségügyi és szociális rendszerek sok esetben nem képesek a speciális helyi igényeknek megfelelő szolgáltatásokat nyújtani, ezért a kreatív jólléti programok komoly hiányokat képesek pótolni mind a mentális egészség, mind pedig a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése terén.

MÓDSZER

A szerzők 2022. július 1–31. között öt elektronikus adatbázisban kerestek, köztük a PubMed, a MEDLINE, a Web-of-Science, a Cochrane és a SCOPUS adatbázisokban. A keresési stratégiát a Web-of-Science-ben tervezték, tesztelték és finomították. A szövegbányászati vagy automatizálási eszközöket nem alkalmazták, a keresési feltételek a következők voltak: (i) angol nyelven; (ii) az elmúlt 10 éven belül; (iii) az Egyesült Királyságban és Európában.

A kutatás fókuszában olyan tanulmányok álltak, amelyek a helyalapú kreatív programok a mentális egészségre, a társadalmi kohézióra és a közösségi jólétre gyakorolt hatásait vizsgálták. Az elemzésbe bevont tanulmányok 2013 és 2022 között készültek és az Egyesült Királyságban ($n = 10$), valamint Európában ($n = 4$) végzett beavatkozásokról szóltak. Az elemzési módszertan egyedi eleme, hogy a helyi összefüggéseket és a közösségi részvételt külön szempontként vizsgálta, annak érdekében, hogy pontosan azonosítani lehessen mindazokat a tényezőket, amelyek befolyásolják a helyalapú programok sikerességét. A kutatás külön hangsúlyt fektetett azokra az eseményekre és helyszínekre, amelyek sérülékeny közösségeket céloznak meg, valamint azokra a jó gyakorlatokra, amelyek hosszú távú pozitív hatásokkal jártak.

EREDMÉNYEK

Az eredmények azt mutatták, hogy a helyalapú kreatív programok számos területen hozzájárulnak az egyének és közösségek jólétéhez. Egyéni szinten ezek a programok jelentős mértékben csökkentették a mentális egészséggel kapcsolatos problémákat, például a szorongást és

a depressziót, miközben növelték a résztvevők önbizalmát, identitástudatát és érzelmi jólétét. Ezenkívül a programok lehetőséget biztosítottak a résztvevők számára, hogy kreatív módon fejezzék ki magukat, ami különösen fontos a társadalmi elszigeteltség csökkentésében. Közösségi szinten a programok elősegítették a társadalmi kapcsolatok építését, a közösségi kohézió erősödését, és hozzájárultak a közösségi tőke növekedéséhez.

A művészetekkel, a kultúrával és az örökséggel való foglalkozás számos helyzetben és környezetben elő tudja segíteni a jólét javulását. A közösségi programok esetében a kilenc és tizenkét év közötti gyermekekkel, valamint a tizenkét és tizenhét év közötti hátrányos helyzetű fiatalokkal végzett tanulmányok kreatív és zenei műhelyek eredményeként megnövekedett önbizalmat, rugalmasságot és érzelmi tudatosságot mutattak ki. A résztvevők arról számoltak be, hogy boldogabbnak érezték magukat, jobban tudták kezelni a haragot, és jobban ki tudták fejezni magukat. Ez arra utal, hogy a szakértelemmel vezetett, helyi vonatkozású művészeti tevékenységek csökkenthetik a kulturális akadályokat és alapvető életkészségeket fejleszthetnek.

A nagyszabású rendezvények, beleértve a zenei fesztiválokat és a „Kulturális főváros” programokat, gyakran rövid távú javulást eredményeztek a szubjektív jólétben, például az élettél való elégedettség és a boldogságérzet növekedését. A résztvevők nagyobb céltudatosságról és közösségi érzésről is beszámoltak. Néhány tanulmány azonban nem kívánt negatív hatásokat is feltárt, különösen a társadalmilag és gazdaságilag hátrányos területeken. A problémák az antiszociális viselkedéstől és a nem változó munkanélküliségtől kezdve a közösség által irányított kulturális tevékenységekbe való elégtelen

befektetésig terjedtek. Ez rávilágít arra, hogy mennyire összetett a nagyszabású kulturális rendezvények pozitív hatásainak fenntartása, és hangsúlyozza a mögöttes egyenlőtlenségek kezelésének fontosságát.

A múzeumokkal foglalkozó tanulmányok kiemelték az önkéntesség és a szociális támogató programok szerepét. Az idősebb felnőttek, nyugdíjasok, valamint a magány vagy munkanélküliség által veszélyeztetett fiatalok javulást tapasztaltak a mentális jólét, az önbizalom és a társas kapcsolatok terén. Egyesek új készségekre és oktatási előmenetelre is szert tettek. Ugyanakkor néhány résztvevőnek nehézséget okozott, hogy lépést tartson a többiekkel az intellektuálisan megterhelő tevékenységek során, ami azt jelzi, hogy a beavatkozásokat gondosan az egyéni felkészültséghez és képességekhez kell igazítani.

Összességében ezek az eredmények azt mutatják, hogy a jól megtervezett és támogatott művészeti és kulturális részvétel képes növelni a szubjektív jóllétet, fokozni a közösséghez tartozást és erősíteni az önbecsülést. A programok hatékonysága nagyban függ a helyi kontextustól, például a közösség kulturális hagyományaitól, gazdasági helyzetétől és a közösségben való részvétel mértékétől. Különösen kiemelkedő eredményeket értek el azok a programok, amelyek a helyi lakosokat aktívan bevonták a tervezési és végrehajtási folyamatokba.

Emellett az esetenkénti rövid ideig tartó előnyök, valamint a megfigyelt kedvezőtlen hatások aláhúzzák a hosszú távú támogatás és a megbízható utánkövetési tevékenységek szükségességét. A társadalmi és gazdasági egyenlőtlenségek kezelése kulcsfontosságú annak biztosításához, hogy a kulturális részvétel tartós és méltányos jólét-növekedést eredményezzen.

MEGBESZÉLÉS

A tanulmány egyik legfontosabb megállapítása, hogy a helyalapú kreatív jólléti programok tervezése és megvalósítása során kulcsszerepet játszik a közösségek bevonása és a helyi szükségletek figyelembevétele. A szerzők hangsúlyozzák, hogy ezek a programok csak akkor lehetnek sikeresek, ha figyelembe veszik a helyi közösségek kulturális, gazdasági és társadalmi sajátosságait, valamint örökségét. A kutatás azt is kimutatta, hogy a kreatív tevékenységek nemcsak közvetlen előnyökkel járnak, hanem hosszú távú hatásokkal is bírnak, például a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésében és az egészségügyi rendszerek terhelésének enyhítésében. A tanulmány szerint a helyalapú kreatív programok különösen hasznosak lehetnek a mentális egészség támogatásában, mivel olyan eszközöket kínálnak, amelyek túlmutatnak a hagyományos egészségügyi és szociális szolgáltatásokon. A szerzők kiemelik, hogy a programok sikere szorosan összefügg a közösségi részvétel minőségével és az érintettek aktív bevonásával.

KÖVETKEZTETÉS

A kutatás egyértelműen alátámasztja, hogy a helyalapú kreatív tevékenységek integrálása az egészségügyi és szociális rendszerbe jelentős előnyökkel járhat. Ezek a programok nemcsak az egyének mentális egészségét és érzelmi jólétét javítják, hanem hozzájárulnak a közösségek szociális összetartásának erősítéséhez is. A tanulmány szerint a jövőbeli programok és politikák tervezésében kiemelten fontos figyelembe venni a helyi közösségek igényeit, valamint a helyi körülményeket és összefüggéseket annak érdekében, hogy fenntartható és hatékony kreatív kulturális szolgáltatásokat

lehesse kínálni. A szerzők hangsúlyozzák, hogy a helyalapú megközelítések fontos eszközei lehetnek a társadalmi egyenlőtlenségek csökkentésének és az egészségügyi rendszerek terhelésének enyhítésének.

AJÁNLÁS

A téma feldolgozásához és az ajánlások megfogalmazásához mindenképpen ide kívánczik Hankiss Elemér két mondata Az emberi kaland című művéből (Hankiss, 1997): „A kultúra nem luxus, hanem élet-halál kérdése. Az emberiség elveszett volna, ha nem lett volna képes szimbólumok bonyolult rendszereivel körbevenni és megvédeni önmagát.”

A bemutatott tanulmány tudományos kutatások eredményeit összegezve megerősíti ezt az állásfoglalást, és részleteket mutat be a gyakorlati megvalósításról és az önmagunk megvédésének minőségét jól mutató jólét fejlesztéséről.

Hankiss szellemi örökségének őrzője, a kőszegi Felsőbbfokú Tanulmányok Intézete által létrehozott KRAFT Társadalmi Innováció program kutatói hazai adatok elemzésével jutottak hasonló következtetésre (Lantos, Szabó és Jakobi, 2019). A Magyar Nemzeti Területfejlesztési és Területrendezési Információs Rendszer adatait multidimenzionális skálázási módszerrel elemezve kimutatták, hogy a magyar településeken működő kulturális intézmények és a kulturális rendezvé-

nyeken résztvevők száma egyaránt szignifikáns összefüggést mutat az adott településeken élők egészségi állapotával.

A tanulmányban megfogalmazottak, valamint a hazai tapasztalatok és eredmények alapján a lakóhelyközeli egészségügyi szolgáltatási rendszer látszik a legjobb keretnek a megvalósításhoz. Ez a részletesen kidolgozott és az ország húsz területén kedvező eredményekkel tesztelt megközelítés szerepet kapott az „Egészséges Magyarország 2021–2027” Egészségügyi Ágazati Stratégia (Emberi Erőforrások Minisztériuma, 2021) több pontjában is. Ezen stratégia szerint a „Népegészségügy jövőképe felvázolja az egészségkultúra új korszakát, amelyben az egyének és közösségek egészségtudatosabban élnek egy egészségesebb környezetben”, és mindennek immár része kell legyen a kreatív kultúra is. A közösségi egészségtervezés (Túri és Vitrai, 2015) a módszertani eszközrendszert biztosítja ahhoz, hogy a közösségek egészségfejlesztési tevékenységébe bekerüljenek a kreatív jóléti szolgáltatások a helyi körülmények és összefüggések, valamint az örökség és az aktuális igények szerint.

Azonnal megvalósítható lehetőség, ha a közösségi egészségfejlesztésbe, köztük különösen az iskolai, munkahelyi és kis-közösségi egészségfejlesztési programokba minél több kreatív műhelymunka kerül be, jellemzően az érintettekkel közösen kialakítva, a szoros együttműködésre és bevonásra alapozott megvalósítással.

HIVATKOZÁSOK

- Emberi Erőforrások Minisztériuma. (2021). „Egészséges Magyarország 2021–2027” *Egészségügyi Ágazati Stratégia*. <https://cdn.kormany.hu/uploads/document/d/dc/dc5/dc5e0cad5e44450024c624018aa351dfc0946e40.pdf>
- Hankiss, E. (1997). *Az emberi kaland*. Helikon 1997. ISBN: 9632084837
- Lantos, Z., Szabó M., Jakobi, Á. (2019). Ember. Kincs. Kultúra. A társadalmi, kapcsolati és kulturális tőke fejlesztésének hatásai. V. *KRAFT konferencia*. Kőszeg, 2019. szeptember 20.
- Túri, G., Vitrai, J. (2015). A közösségi egészségtervezés módszertana. *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*. XIV. évfolyam 3. szám 2015. április. <https://ime.memt.hu/cikk/2015/03-lapszam-2015/a-kozossegi-egeszsegtervezes-modszertana/>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Lantos Zoltán
Egészségtámogatási Módszertani Tanszék, Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar
lantos.zoltan@semmelweis.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 01. 19.
Elfogadva: 2025. 02. 11.
Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Lantos Zoltán. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Hogyan tesznek beteggé a városok? – A városi környezet rejtett veszélyei az egészségre

Article review: How cities make us sick? – The hidden health risks of urban environments

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.18264](https://doi.org/10.58701/mej.18264)

Ismertetett cikk: Prior, J., Legg, R., & McIntyre, E. (2023). A participatory system map of the adverse influence of urban environments on population health: integrating urban development and preventive health expertise. *Public Health Research & Practice*. <https://doi.org/10.17061/phrp3342335>

Kulcsszavak: városi környezet; népegészségügy; rendszertérképezés; megelőzés; multidiszciplináris megközelítés

Keywords: urban environment; public health; system mapping; prevention; multidisciplinary approach

ELŐZMÉNYEK

Egyre több városfejlesztéssel és népegészségüggyel foglalkozó szakember szerez tapasztalatot abban, hogy miképp befolyásolja a városi környezet a lakosság egészségét, ezáltal is támogatva a megelőző népegészségügyi tervezést, megvalósítást és javítva az elérhető eredményeket. Ez a tanulmány az ausztráliai Sydney-ben dolgozó szakemberek növekvő szakmai érdeklődésére kívánt választ adni. A szerzők előzetes felmérést készítettek egy komplex, alkalmazkodó rendszerről, amely egy kölcsönösen összekapcsolódó és egymással interakcióba lépő, önálló szereplőkből és elemekből álló hálózat. A szakemberek interdiszciplináris tudásukat ötvözve, ebben a hálózatban próbálnak beavatkozásokat megvalósítani. A felmérés célja, hogy segítse a szakembereket a népegészségügyi megközelítések jobb integrációjában azáltal, hogy

összekapcsolja az elsődleges megelőzési stratégiákat a városi környezetben, közösen meghatározza a beavatkozási területeket a komplex, alkalmazkodó rendszerben, valamint segítse a rendszerben zajló többszintű kölcsönhatások jobb megértését.

MÓDSZERTAN

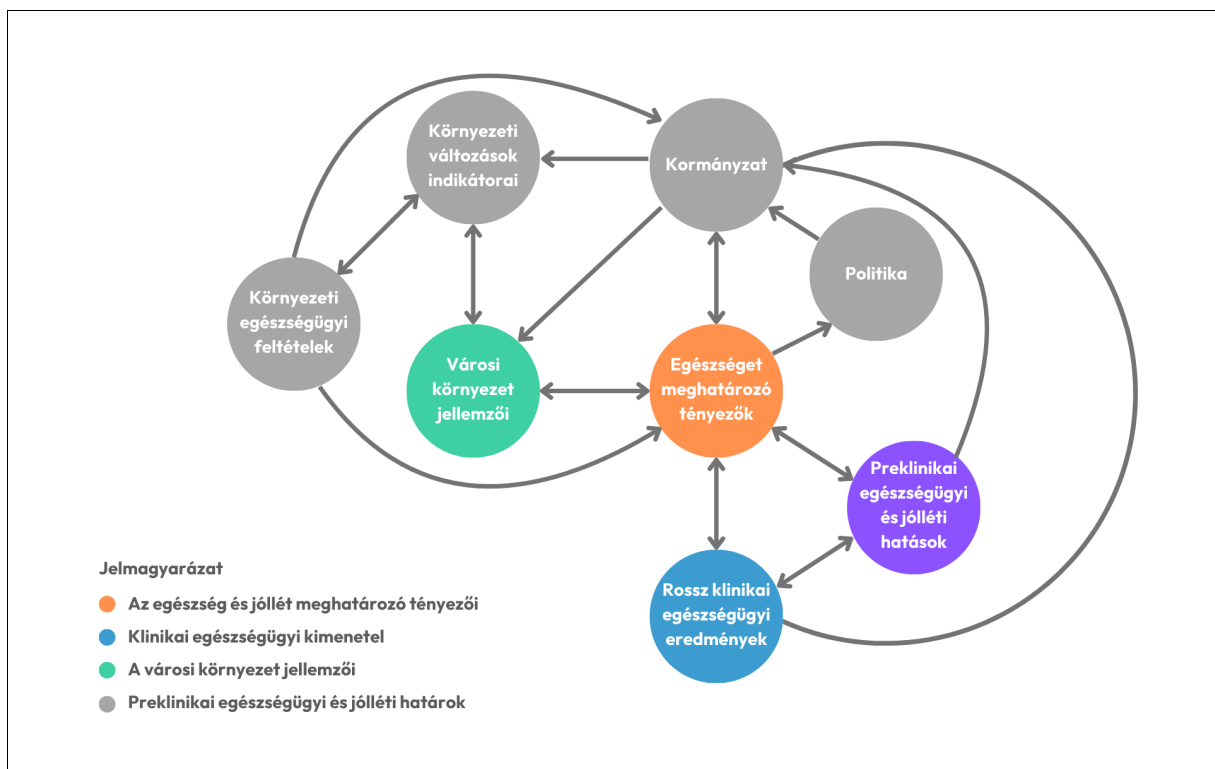
A felmérést, vagy másnéven rendszer-térképet egy egyedi, részvételen alapuló térképezési (*Participatory System-Mapping*; PSM) eljárás segítségével fejlesztették ki, amely egy módosított Delphi-technika három fordulójából állt. A folyamat 2019 októbere és 2020 augusztusa között zajlott, és 15 városfejlesztési és népegészségügyi szakember vett részt benne, akik Sydney városi környezetében dolgoznak a népegészségügyi tervezés területén.

EREDMÉNYEK

A végleges rendszertérkép tartalmazta a helyi környezet jellemzőit, az egészség és jólét meghatározó tényezőit a városi környezetben, a preklinikai és klinikai egészségi hatásokat. Ez egy átfogó térképet biztosított a városi környezetek lakossági egészségre gyakorolt káros

hatásairól. A szakértők összeégében elégedettek a végleges térkép kialakításával kapcsolatban, bár a különböző tudományterületekről érkező szakemberek általában egyetértettek a beavatkozási prioritásokban, a konszenzus erősebb volt azok között, akik hasonló szakmai háttérrel rendelkeztek.

1. ábra: Sydney, Ausztrália városi környezetének lakossági egészségre gyakorolt kedvezőtlen hatásait bemutató rendszertérkép – makroszint (Saját szerkesztés Prior, J. és munkatársai nyomán)



KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmány rámutat arra, hogy a különböző szakterületekről érkező szakemberek kollektív tudása hatékonyan alkalmazható a rendszertérképezési folyamat során. Emellett bemutatja, hogy a rendszertérképezés módszere segíthet a komplex népegészségügyi problémák iránt érdeklődő szakembereknek abban, hogy átfogóbb képet kapjanak a komplex alkalmazkodó rendszerről a népegészségügyi

tervezés során. Ez elősegíti a közös prioritások meghatározását és értékes betekintést nyújthat a célzott beavatkozások kidolgozásához.

AJÁNLÁS

A városi környezet jelentős hatással van a lakosság egészségére, ezért a népegészségügyi szakembereknek és a városfejlesztőknek szorosabb együttműködésre

van szükségük a megelőző egészségügyi stratégiák hatékonyabb beépítése érdekében. A komplex alkalmazkodó rendszerek feltérképezése lehetőséget ad arra, hogy jobban megértsék a városi környezet és az egészségi állapot közötti összefüggéseket, valamint azonosítsák a legfontosabb beavatkozási pontokat. A multidiszciplináris megközelítés elengedhetetlen, mivel a különböző szakterületekről érkező szakértők együttes tudása hozzájárulhat a hatékonyabb népegészségügyi tervezéshez és az egészséget támogató városfejlesztéshez.

A prioritások közös meghatározása segíthet a megelőző intézkedések célzottabb alkalmazásában és a városi egészségügyi kihívások hatékonyabb kezelésében. A részvételen alapuló térképezési módszerek alkalmazása elősegítheti az együttműködés erősítését, valamint a különböző

ágazatok közötti kommunikáció javítását. A népegészségügyi szakembereknek javasolt a rendszerszemléletű megközelítés alkalmazása a várostervezésben, hogy az egészségmegőrzés szempontjai már a fejlesztések kezdeti szakaszában beépüljenek. A helyi környezet, az egészség és a jólét kapcsolatának mélyebb megértése hozzájárulhat a városok élhetőségének javításához.

A jövőben fontos lenne a rendszertérképezés eredményeinek gyakorlati alkalmazása, hogy a várostervezési döntések hosszú távon is támogassák a népegészségügyi célokat. Az ilyen együttműködési modellek elősegíthetik egy egészségtudatosabb városi környezet kialakítását, amely hosszú távon csökkentheti a krónikus betegségek előfordulását és javíthatja a lakosság életminőségét.

HIVATKOZÁSOK

Prior, J., Legg, R., & McIntyre, E. (2023). A participatory system map of the adverse influence of urban environments on population health: integrating urban development and preventive health expertise. Public Health Research & Practice. <https://doi.org/10.17061/phrp3342335>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Devosa Iván
Károli Gáspár Református Egyetem, Pedagógiai Kar, Budapest
ivan@devosa.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 01. 29.
Elfogadva: 2025. 01. 31.
Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Az egészség jóllétbe integrálása a Közösségi Jólléti Rendszerhez vezet

*Article review: Integrating health into wellbeing leads to the
Public Wellbeing System*

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.18320](https://doi.org/10.58701/mej.18320)

Ismertetett cikk: Lippai LL., Tarkó K., Tanyi A., Kollányi Zs., Arapovics M., Vitrai J. (2025) A global framework for integrating public health into wellbeing: why a public wellbeing system is needed. *Frontiers in Public Health*, 13, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1454470>

Kulcsszavak: jóllét; népegészségügyi rendszer; választási szabadság; szociális reprezentáció
Keywords: wellbeing; public health system; freedom of choice; social representation

ÖSSZEFOGLALÁS

Napjainkban egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a jóllétet előtérbe helyező népegészségügyi kezdeményezések. A tanulmány fő kérdése az, hogy ez a folyamat valóban új választ jelenthet-e a korábbi stratégiák kihívásaira, vagy annak az esélyét növeli inkább, hogy a szemléletváltás nélküli pusztá névcserével csak a régi problémák termelődnek majd újra. Régi problémák alatt azt a népegészségügyi paradoxont értik a tanulmány szerzői, ami azt az ellentmondásokkal terhelt szakmai feladatot írja le, hogy a népegészségügy felelősségi körébe tartozó társadalmi kihívásokat a rendszer csak részben tudja kezelni. A szerzők számára a régi problémák kérdésköre azt a népegészségügyi paradoxont jelenti, hogy a népegészségügyi rendszer hatékonysága és eredményessége lényegében olyan tényezőktől függ, amelyekre valójában csak korlátozott mértékben van ráhatása.

A jóllét népegészségügyi értelmezését jelenleg meghatározó szakirodalom áttekintése, elemzése és értékelése alapján a szerzők felvázolták a jóllét új metaelméletének alapjait és társadalmi alkalmazásának lehetőségét. Véleményük szerint a jóllétet a mindennapi élet minőségére vonatkozó pozitív és negatív választási szabadság kombinációjának társadalmi reprezentációjaként fogható fel, ami egyéni és kollektív szempontokat egyaránt magában foglaló pozicionálási folyamatban alakul ki. Az egészség a jóllét társadalmi reprezentációjának és pozicionálásának egy sajátos formája, amely magában foglalja az egyének fizikai, intellektuális, érzelmi, társas, társadalmi és spirituális működésének aspektusait.

A jóllét metaelmélete a jólléttel és a szalutogenetikus egészséggel kapcsolatos társadalmi kihívások hatékonyabb megoldásának lehetőségét is megnyitja. Kiemelik annak fontosságát, hogy szükség

van egy olyan célzott társadalmi alrendszere, ahol az érintett szervezetek céljai és szervezeti kultúrája a jólétre és az egészségfejlesztésre összpontosít. A tanulmányban a szerzők ezt tekintik a Közösségi Jóléti Rendszernek (*Public Wellbeing System*). Következtetésük az, hogy egy új intézményrendszer, vagyis a Közösségi Rendszer kialakítása és működtetése, amely a társadalom igényeit és szükségleteit kielégítő, a jólét előmozdítását célzó szolgáltatások koprodukcióján alapul, lehetőséget nyújthat a népegészségügyi paradoxon leküzdésére.

AJÁNLÁS

A tanulmányban ismertetett metaelmélet lehetőséget kínál különböző tudományos háttérrel rendelkező szakemberek számára a jólét általános, közösen értelmezhető megközelítésére. Ez elősegítheti a hatékonyabb együttműködést az egyének és közösségek jólétének javítására irányuló beavatkozások közös megvalósításához. Ilyen együttműködések színtere lehet a szerzők elképzelése szerint a Közösségi Jóléti Rendszer, amely az egészségfejlesztés szemléletét alkalmazva multidiszciplináris szakértőkkel, ágazatokon átnyúló szervezatként segíthetné elő a jólét javítását a kisebb közösségek szintjétől egészen az országosig. A jövőben egy ilyen rendszer vehetné át a népegészségügyi feladatokat, és szolgálná az egészség ügyét is.

HIVATKOZÁSOK

Lippai LL., Tarkó K., Tanyi A., Kollányi Zs., Arapovics M., Vitrai J. (2025) A global framework for integrating public health into wellbeing: why a public wellbeing system is needed. *Frontiers in Public Health*, 13, <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1454470>

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr;
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 02. 07.
Elfogadva: 2025. 02. 07.
Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Helyzetjelentés a 21. század epidemiológiai elméleteiről

Article review: Update on epidemiological theories for the 21st century

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.17552](https://doi.org/10.58701/mej.17552)

Ismertetett cikk: Krieger N. (2024). Theorizing epidemiology, the stories bodies tell, and embodied truths: a status update on contending 21st c CE epidemiological theories of disease distribution. *Int J Soc Determinants Health Health Serv*, 54(4), 331–342. <https://doi.org/10.1177/27551938241269188>

Kulcsszavak: epidemiológia; testbe épülés; egészségegyenlőtlenségek

Keywords: *epidemiology; embodiment; health inequalities*

BEVEZETÉS

Ki és mi határozza meg az emberek egészségét? Ez a kérdés az epidemiológia mint népeességtudomány lényegét érinti. Erre a kérdésre nem lehet pusztán módszerekkel válaszolni. A kérdés inkább a betegségek eloszlásának lényegi – és vitatott – epidemiológiai elméleteire vonatkozik, amelyekre az epidemiológusok és más népegészségügyi kutatók, gyakorlati szakemberek, érdekvédők támaszkodnak az ok-okozati kapcsolatok, hipotézisek és értelmezések során, az elszámoltathatóság és a kockázatnak kitettség, valamint a betegségek közötti összefüggésekre irányuló intézkedésekkel kapcsolatban.

Az éghajlati válsággal, a tágabb értelemben vett környezeti és ökológiai válságokkal, a Covid-19-cel, a növekvő vagyoni egyenlőtlenségekkel és a növekvő politikai polarizációval összefüggő globális krízisekkel összefüggésben Krieger kritikai áttekintése a betegségek eloszlásának domináns

és alternatív, egymással versengő epidemiológiai elméleteinek jelenlegi helyzetéről – valamint a kutatásra, a gyakorlatra és a pedagógiára gyakorolt hatásukról – ad helyzetjelentést. Ez az áttekintés a betegségek eloszlásáról szóló, 21. századi epidemiológiai elméletek helyzetét vizsgálja, 2024-re aktualizálva a 2014-ig megjelent korábbi elemzéseket, és megvitatja ezen elméletek következményeit a kutatásra, a gyakorlatra és a pedagógiára nézve.

MÓDSZERTAN

Az ebben a kritikai áttekintésben idézett szakirodalom elsősorban az „Epidemiológia és az emberek egészsége” című könyv (Krieger, 2021, Vitrai, 2023) második kiadásában szereplő közel 2 500 hivatkozásra, illetve a legfrissebb közleményekre támaszkodik. A könyv és cikkek a betegségek eloszlásának meghatározott elméleteire és azok alkalmazására nyújtanak példákat.

EREDMÉNYEK

Az áttekintett szakirodalom alapján a szerző az alábbiak szerint összegezte a betegségek eloszlásának domináns epidemiológiai elméleteit, azaz a biomedikális, az életmódelméleti és a társadalomepidemiológiai alternatívák fő jellemzőit.

1) Biomedikális elmélet

a) Alapvető feltevések: 1) a betegségek valódi okai biofizikai tényezők, gének és kockázati tényezők, az expozíció pedig nagyrészt az egyéni jellemzők és viselkedés következménye; 2) az egyénben előforduló betegségek esetén ezen valódi okok állnak a betegségek népességen belüli eloszlása mögött, és ezek elegendők a magyarázathoz; 3) a betegségek eloszlására vonatkozó elméletalkotás egyenértékű a biológiai szervezetben előforduló mechanizmusokra és a betegség között oksági összefüggésekre vonatkozó elméletalkotással, következésképpen a populációs szintű elméletalkotás nagyrészt, ha nem teljesen, irreleváns.

b) Következtetések: Az elmélet a betegség biológiai meghatározóit hangsúlyozza, amelyekre az egészségügyi ellátórendszer beavatkozásai hatni képesek. A betegség társadalmi meghatározóit a legjobb esetben is másodlagosnak (ha nem irrelevánsnak) tekinti, és a populációkat egyszerűen az egyének összegének, a populációs betegségmintákat pedig az egyedi esetek egyszerű tükrözésének tekinti. Ebben a felfogásban a népesség betegségei az egyének betegségének kérdésére redukálódnak, ami viszont a biológiai működés hibáira szűkül. Ez a biológiai megközelítés – a társadalmi kontextusától elválasztva – elsősor-

ban orvosi jellegű beavatkozásokat tart optimálisnak.

2) Életmód

a) Alapvető feltevések: Az egészségmagatartás egyenlő az egyén által szabadon választott kockázati tényezőknek való kitettségével (beleértve az étrendet, a dohányzást, az alvást, a szexet), amelyek az egészségre káros vagy előnyös hatással bírnak. A megbetegítő okok végső soron molekuláris biológiai és endogén patogenezis folyamatokat magukba foglaló utakon keresztül hatnak.

b) Következtetések: Az életmód egyenlő az egyén választott egészségmagatartásával, ami egyenlő az egyénnek az egészségmagatartással kapcsolatos kockázati tényezőknek való kitettségével, amelyek elsősorban a dohányzást, az alkoholt, a tiltott kábítószereket, az étkezést, a testmozgást és a szexuális viselkedést foglalják magukban.

3) Szociálepidemiológiai alternatívák

a) Közös jellemzők:

1. az a régóta fennálló tézis, hogy az egészség és a betegségek eloszlásai az emberi populációkban nem érthetők meg a társadalmi kontextusuktól függetlenül – és szükség-szerűen abban alakulnak ki;
2. az a következmény, hogy a társadalmi folyamatok ok-okozati (bár valószínűségi) módon meghatároznak minden olyan egészségi vagy betegség kimenetet, amely társadalmilag mintázott; és
3. az a jóslat, hogy ahogy a társadalmak változnak, akár társadalmi, gazdasági, kulturális vagy technológiai jellemzőikben, úgy változik az

egészség és a betegségek népeségi szintje és eloszlása is.

b) Három nagy alcsoport:

1. *A betegségek eloszlásának szociálpolitikai elméletei*, amelyek a betegségek eloszlási mintáinak a hatalommal, a politikával, a gazdasággal és a jogokkal való összefüggésbe helyezett elemzésére összpontosítanak, és amelyek változatai közé tartoznak: a betegség társadalmi előállítása; az egészség politikai gazdasága; az egészség társadalmi meghatározói; az egészség politikai meghatározói; az egészség kereskedelmi meghatározói; az egyenlőtlenségek alapvető okai; a latin-amerikai „társadalomorvoslás – kollektív egészség”; az egészség és az emberi jogok.
2. *A betegségek eloszlásának pszichoszociális elméletei*, amelyek az egyénnek a társadalmi körülményekre, a társadalmi interakciókra és a társadalmi státuszra adott pszichológiai percepcióját – és az egészségkárosító vagy egészségjavító reakcióit – hangsúlyozzák.
3. *A betegségek eloszlásának ökoszociális elmélete*, amely azt elemzi, hogy (a) az emberek (és más élő szervezetek) a szó szoros értelmében biológiailag beépítik társadalmi, ökológiai és történelmi környezetüket, és ezáltal az egészség, a betegség és a jólét populációs mintáit hozzák létre, valamint (b) ki és mi hozza létre az egészség és a társadalmi egyenlőtlenségek jelenlegi és változó mintáit, és ki hozza létre és alakítja a betegségek eloszlásáról szóló epidemiológiai elméletek tartalmát.

A szerző a továbbiakban 11 tézisben foglalja össze az általa kifejlesztett ökoszociális elmélet kvintesszenciáját. Ez a megközelítés tekinthető ma a leginkább korszerű és átfogó epidemiológiai szemléletnek.

- 1) Az emberek biológiailag beépítik testükbe a társadalmi és ökológiai környezetben megélt tapasztalataikat, és ez által hozzák létre az egészség és a betegség populációs mintáit.
- 2) A társadalmak epidemiológiai profilját (az emberi és más fajok egészsége szempontjából) az emberek életmódja alakítja, amelyet meghatároz a hatalom, a tulajdon jelenlegi és változó társadalmi viszonyrendszere, valamint a humán és nem humán életnek a társadalmi és természeti környezetben megvalósuló megújítása.
- 3) A betegségek eloszlásának jelenlegi és változó társadalmi mintázatait, beleértve az egészségegyenlőtlenségeket is, az emberek testétől függetlenek, különböző szinteken és különböző tér-idő dimenziók mentén jelentkezők. A makroszintű jelenségek nagyobb valószínűséggel befolyásolják a mezo- és mikroszintű jelenségeket, mint fordítva, továbbá amennyiben a gének szerepet játszanak a betegségek társadalmi eloszlásában, a hatásuk inkább a génexpresszió, mint a génfrekvencián keresztül érvényesül.
- 4) Következésképpen a testbe épülés (*embodiment*) fogalma három kritikus állítást fogalmaz meg: (1) A testek történeteket mesélnek el, és nem vizsgálhatók létezésük körülményeitől függetlenül. (2) A testek olyan történeteket mesélnek el, amelyek gyakran – de nem mindig – meg-

egyeznek az emberek által elmondottakkal. (3) A testek olyan történeteket mesélnek el, amelyeket az emberek nem tudnak vagy nem akarnak elmesélni, mert nem képesek megtiltják vagy úgy döntenek, hogy nem mesélnek. Ahogyan egy halott maradványai is „mesélnek” a törvényszéki patológia és a történelmi antropometria segítségével, úgy élő testünk is mesél életünkről, függetlenül attól, hogy ezeket valaha is tudatosan kifejezzük-e vagy sem. Ezek a testbe épült történetek alkotják – a szerző újabb elnevezésével – a testbe épült tapasztalatokat (*embodied truths*).

- 5) Ezért minden élőlény a fenotípusát éli, nem pedig a genotípusát – és ez a fenotípus nem rögzített. Amit élünk, az a mi megtestesülő fenotípusunk, ami az általunk lakott és módosított, változó világ dinamikus társadalmi és biofizikai jellemzőivel való kapcsolat révén alakul ki.
- 6) Azokban a társadalmakban, ahol a társadalmi megosztottság a tulajdon és a hatalom alapján történik, és ahol a legnagyobb hatalommal és erőforrásokkal a lakosság kis százaléka rendelkezik, ott igaz az, hogy minél elterjedtebb egy betegség, annál nagyobb veszteséget okoz a kisebb hatalommal és kevesebb erőforrással rendelkezők számára, hiszen ők alkotják a lakosság többségét. Ebből az következik, hogy a ritkábban előforduló betegségek esetében előre nem feltételezhető, hogy kialakul-e egészségyenlőtlenség, és ha igen, akkor milyen lesz a gradiens iránya.
- 7) A betegségek eloszlásának magyarázatát nem lehet kizárólag a betegséggel kapcsolatos folyamatokkal magyarázni, mivel azok nem adnak

magyarázatot arra, hogy az arányok és a minták miért változnak összetett módon az idő és a hely függvényében.

- 8) Az epidemiológia reflexív művelése, amely az epidemiológiai vizsgálatokat megalapozó elméleteket, hipotéziseket, az elemzési módszereket és a megállapítások értelmezését szélesebb társadalmi kontextusba helyezi, növeli annak valószínűségét, hogy az epidemiológusok jobban megértik és közvetítik az eredmények jelentését és korlátait, valamint a népesség egészségi, betegség- és jóléti mintáinak magyarázatát.
- 9) Az igazságtalanság biológiai szinten való megnyilvánulásainak és a biológia igazságtalan értelmezéseinek azonosítására irányuló szigorú megközelítés szintén javítani fogja az epidemiológusok és mások képességét az egészségyenlőtlenségek kritikus elemzésére azáltal, hogy megkérdőjelezi a biológiai determinizmus és a veleszületett felsőbbrendűség és alsóbbrendűség régóta fennálló ideológiáit, többek között a következőkkel kapcsolatban: (a) a rasszizmus, a fehér felsőbbrendűség és a faji alapú társadalmi csoportok; b) a szexizmus, a nemhez kötött biológia és a nemi identitások; c) a heteroszexizmus és a szexualitások; d) a társadalmi osztályok; és e) bármely más, az egyének "természetes" és örökletes tulajdonságaként kezelt társadalmi megosztottság.¹
- 10) A népesség egészségének javítását, valamint az egészségyenlőtlenségek orvoslását és megelőzését célzó szigorú kutatás tehát magában foglalja a biológiai esszencializmus elvetését, és ehelyett a környezeti hatások testbe épülésének szemlé-

¹ Erről részletesebben lásd Vitrai és Tarkó, 2023

letét (*embodied integration*) alkalmazza a hipotézisek felállításakor, a módszerek kialakításakor és az eredmények értelmezésekor.

- 11) Ezért az egészségyenlőtlenségek elemzésének oka nem az, hogy bizonyítsuk, hogy az igazságtalanság helytelen, mivel az igazságtalanság definíció szerint helytelen. A lényeg inkább az, hogy megvilágítsuk, hogy az igazságtalanság és a méltányosság hogyan alakíthatja az emberek egészségét és bolygónk egészségét rossz és jó irányba, hogy a megelőzés, a jogorvoslat, az elszámoltathatóság és a változás érdekében irányítani lehessen a cselekvést és az erőforrások elosztását. Vagy, hogy Karl Marx 1845-ben írt, Feuerbachról szóló 11. tézisét parafrázáljam: a lényeg nem egyszerűen a világ értelmezése, hanem annak megváltoztatása.

KÖVETKEZTETÉS

A jelenleg elterjedt epidemiológiai elméleteket áttekintve három fő tendencia emelkedik ki: (1) az individualista orvosi biológiai és életmódelméletek folyamatos dominanciája; (2) a szociálepidemiológiai alternatívák növekedése és kidolgozása; és (3) a betegségheloszlás epidemiológiai elméleteinek folyamatos figyelmen kívül hagyása az epidemiológusok és a népegészségügyi szakemberek képzésében, valamint az epidemiológiai kutatás és az ok-okozati következtetés szigorának javítására irányuló erőfeszítésekben. A növekvő globális politikai polarizációra, az éghajlati válságra, a szélesebb körű környezeti és ökológiai válságokra, valamint a nemzeteken belüli és nemzetek közötti makacsul fennálló egészségyenlőtlenségekre tekintettel az emberek egészségének javítása és az egészségi igazsá-

gosság előmozdítása szempontjából releváns és a kutatásban, a pedagógiában és a népegészségügyi gyakorlatban alkalmazható tudás előállításához a szociálepidemiológiai elméletnek sokkal nagyobb mértékű figyelembevétele szükséges. A kulcskérdés az, hogy kritikusan foglalkozunk a testbe épülő igazságokkal, amelyek a testek által az egészség, a betegség és a jólét népszerűségi mintáiban elmesélt történetekben nyilvánulnak meg.

Végül érdemes szó szerint idézni a szerző zárszavát: „Ha tudatosan alkalmazzuk az epidemiológiai elméletet, és tájékozottan folytatunk vitákat a betegségek eloszlását meghatározó különböző epidemiológiai elméletekről, akkor mi, epidemiológusok, más népegészségügyi szakemberek és szélesebb értelemben vett egészségügyi szószólok nagyobb eséllyel hozhatunk létre olyan epidemiológiai tudást, amely feltárja a testbe épülő igazságokat, és leleplezi az emberek egészségéért és az egészségyenlőtlenségekért való felelősséget.”

AJÁNLÁS

A hazai szakmai közéletben ritkán esik szó a vizsgálatok eredményeinek eltérő értelmezési lehetőségeiről, szinte fel sem vetődik, hogy különböző epidemiológia elméleti keretek között az eredmények különbözőképpen értelmezhetők. Ezért fontos a népesség egészségével, az egészségyenlőtlenségekkel foglalkozó szakemberek számára tájékozódni a különféle epidemiológiai megközelítésekről. A neves szerzőnek az epidemiológiai elméletekről készített szakirodalmi áttekintése ehhez nyújt segítséget. A szerző által kifejlesztett ökoszociális elmélet támpontot és kapaszkodókat kínál azok számára, akik meg akarják érteni, miért nehéz visszaszorítani például az elhízást, vagy miért nem sikerül csökkenteni az egészségben jelentkező méltánytalanságokat, igazságtalanságokat.

HIVATKOZÁSOK

- Krieger N. (2024). Theorizing epidemiology, the stories bodies tell, and embodied truths: a status update on contending 21st c CE epidemiological theories of disease distribution. *Int J Soc Determinants Health Health Serv*, 54(4), 331–342. <https://doi.org/10.1177/27551938241269188>
- Krieger, N. (2021). *Ecosocial Theory, Embodied Truths, and the People's Health*. Oxford University Press. ISBN: 9780197510728
- Vitrai, J. (2023). Könyvismertetés: Nancy Krieger – Az egészség ökoszociális elmélete, a megtestesült tapasztalatok és a népesség egészsége. *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 1(1), 89–95. <https://doi.org/10.58701/mej.9669>
- Vitrai, J., & Tarkó, K. (2023). Cikkismertetés: A rasszizmussal, a szexizmussal, a heteroszexizmussal és a nemi binarizmussal kapcsolatos mérések az egészségmúltányosság kutatásában – A strukturális igazságtalanságtól a beépült ártalomig – ökoszociális elemzés (fordítás). *Multidiszciplináris Egészség és Jólét*, 1(1), 50–80. <https://doi.org/10.58701/mej.9582>

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2024. 11. 06.
Elfogadva: 2025. 01. 13.
Megjelentetve: 2025. 03. 17.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Az óriásvállalatok túlzott hatalma a népesség rossz egészségének egyik oka?

Article review: Is excessive corporate power one of the causes of poor public health?

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.18236](https://doi.org/10.58701/mej.18236)

Ismertetett cikk: Wood, B., Lacy-Nichols, J., & Sacks, G. (2023). Taking on the Corporate Determinants of Ill-health and Health Inequity: A Scoping Review of Actions to Address Excessive Corporate Power to Protect and Promote the Public's Health. *International Journal of Health Policy and Management*, 12(1), 1-17. doi: [10.34172/ijhpm.2023.7304](https://doi.org/10.34172/ijhpm.2023.7304)

Kulcsszavak: vállalati hatalom; az egészséget meghatározó kereskedelmi tényezők; az egészséget meghatározó vállalati tényezők; ellensúlyozó erő; gazdasági demokrácia

Keywords: corporate power; commercial determinants of health; corporate determinants of health; countervailing power; economic democracy

ELŐZMÉNYEK

A gazdaság számos szektorában a profit-orientált óriás vállalatok túlzott hatalommal rendelkeznek a kormányokkal és a civil társadalommal szemben. Ezek az elbillenések az erőegyensúlyban jelentős mértékben hozzájárulnak számos sürgető és összetett társadalmi problémához, például az egészségtelen étrendhez, a klímaváltozáshoz és a növekvő társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségekhez. Ezáltal komoly akadályt jelentenek a népegészségügyi és az egészségügyi egyenlőség javítására irányuló törekvések számára. A tanulmány szerzői áttekintették az óriás vállalatok túlzott hatalmának kezelésére irányuló lehetséges lépéseket.

Online és az EBSCO adatbázisokat használták, valamint kiegészítő kereséseket is folytattak. Az elemzések célja az volt, hogy azonosítsák azokat az állami és kollektív intézkedéseket, amelyek képesek kezelni az óriás vállalatok túlzott hatalmát. Az intézkedéseket tematikusan csoportosították átfogó stratégiai célkitűzések szerint, Meagher „3D” modellje alapján, amely a vállalati hatalom korlátozását három kategóriába sorolja: szétosztás (dispersion), demokratizálás (democratisation) és felosztatás (dissolution). Az azonosított lépések alapján további két stratégiai célkitűzést is megfogalmaztak: a globális vállalatirányítás reformját és demokratizálását, valamint az ellensúlyozó hatalmi struktúrák megerősítését.

MÓDSZERTAN

Átfogó irodalomkutatást végeztek, amelyhez a Scopus, a Web of Science, a Hein-

EREDMÉNYEK

Összesen 178 dokumentumot azonosítottak, amelyek sokféle javaslatot és példát

mutatnak be az óriás vállalatok túlzott hatalmának kezelésére. A tanulmány számos, különböző kormányzati szinten (helyi, nemzeti és nemzetközi) és szabályozási területen megvalósított és javasolt intézkedést azonosított, amelyek képesek kihívást jelenteni az óriás vállalatok túlzott hatalmára. Az intézkedéseket 18 stratégiába és öt stratégiai célkitűzésbe sorolták, hogy rávilágítsanak ezek szinergikus működésének lehetőségeire. Bár az elemzett irodalom nagy része magas jövedelmű országokból származik, az azonosított intézkedéseket sokféle kontextusban alkalmazták. Ugyanakkor megállapították, hogy a legtöbb intézkedést nem terjesztették el széles körben, és számos politikai, intézményi és kulturális akadály nehezíti azok bevezetését. A stratégiák nagy része demokratikusan megválasztott kormányok hatáskörébe tartozik, különösen azok, amelyek jogszabályokon alapulnak (például monopóliumellenes szabályozás, vállalati célok és formák, adózási szabályok), valamint kormányzati politikákon és kormányközi kapcsolatokon alapulnak (például a globális vállalatirányítás reformja és demokratizálása). Bár számos stratégiához kormányzati intézkedések szükségesek, lehetőséget adnak más szereplők számára is, hogy támogassák és megerősítsék ezeket az intézkedéseket. Például a munkavállalók részt vehetnek szervezett szakszervezeti akciókban, a részvényesek befolyásolhatják a vállalati politikát, míg a polgárok, nem vállalati üzleti szereplők és közösségek alternatív üzleti modellek kialakításában működhetnek közre. A tanulmány rámutat, hogy a civil társadalom jelentős szerepet játszhat például a káros vállalati gyakorlatok feltárásával, tudatosság növelésével, kormányzati reformok szorgalmazásával, valamint a vállalati hatalmat fenntartó normák megkérdőjelezésével. A népegészségügyi szakemberek szintén kulcsszerepet játszanak bizonyos területeken,

például nemzeti népegészségügyi szabályozások kidolgozásában, káros vállalati gyakorlatok elleni jogi lépésekben, és nemzetközi népegészségügyi keretrendszerek létrehozásában. A javasolt intézkedések egy része a neoliberális politikák és programok visszafordítására, illetve ezek hatásainak ellensúlyozására irányul. Például a közszolgáltatások „újraakadémizálása”, a nemzetközi gazdasági rend mechanizmusainak (például az Investor State Dispute Settlement; ISDS) kihívása, vagy a vállalati irányítás és a kapitalista társadalom közötti kapcsolat alapvető átalakítása.

Egyes javaslatok radikálisak, például az ENSZ egy közvetlenül választott második gyűlésének létrehozására vonatkozó ötlet. A tanulmány keretrendszere összekapcsolja a népegészségügyi szakirodalomban meglévő munkákat, amelyek az egészség egyenlőtlenségek kereskedelmi tényezőire összpontosítanak. Külön hangsúlyt fektet az ágazatközi szakpolitikákra és nemzetközi keretekre, valamint az alternatív üzleti modellek támogatására, hogy csökkentse a kereskedelmi szereplők által okozott társadalmi és környezeti károkat. A népegészségügyi kutatóknak lehetőségük van arra, hogy támogassák a tanulmány által javasolt intézkedések megvalósítását. Például együttműködhetnek különböző szabályozási területeken és földrajzi kontextusokban dolgozó szereplőkkel, hogy megvizsgálják az intézkedések politikai, kulturális és intézményi megvalósíthatóságát. A WHO és az ENSZ Kereskedelmi és Fejlesztési Konferenciája tapasztalataik révén segíthetik az ilyen együttműködéseket. Emellett a népegészségügyi szakemberek bevonhatják a civil társadalmat, különböző mozgalmakat és szakszervezeteket, hogy közös célokat határozzanak meg és összehangolt erőfeszítéseket tegyenek az azonosított stratégiák végrehajtása érdekében. Az ilyen

együttműködések elősegíthetik a kormányzati beavatkozások sikerét és hozzájárulhatnak az egészségesebb, egyenlőbb társadalom kialakításához.

Az alábbi táblázat (1. táblázat) bemutatja a tanulmányban azonosított öt stratégiai célkitűzést és 18 stratégiát, valamint példákat az egyes intézkedésekre. Az itt bemutatott célkitűzések, stratégiák és intézkedések összefüggnek egymással, és általában egymást kiegészítve működnek.

1. táblázat: Stratégiai célkitűzések, stratégiák és példák az óriás vállalatok túlzott hatalmának mérséklésére (Meagher (2020) alapján módosítva; saját szerkesztés)

Stratégiai célkitűzés	Stratégia	Példa az intézkedésre
A vállalati vagyon és hatalom koncentrációjának csökkentése	Az antitröszt szabályozások megerősítése a polgárok jólétének védelmében	Az antitröszt politika céljainak bővítése a szélesebb társadalmi jóléti szempontok figyelembevételével
	A vállalati haszonszerzés és költségkihelyezés korlátozása	Ingyenes hozzáférés biztosítása az alapvető gyógyszerekhez és egészségügyi szolgáltatásokhoz
	A vállalati vagyon és jövedelem újraelosztása progresszív adózással	Szigorú adó bevezetése az osztalék-visszavásárlásokra
	A politikai hozzájárulások, korrupció és összeférhetetlenség szabályozása	A vállalatok politikai pártoknak és jelölteknek történő adományozásának szabályozása
Ellensúlyozó hatalmi struktúrák megerősítése	A munkavállalók és fogyasztók hatalmának erősítése	A munkaügyi és szakszervezeti jogok megerősítése
	Átláthatósági mechanizmusok erősítése a vállalatok elszámoltathatóságának növelésére	Nyilvános, országonkénti jelentési kötelezettség bevezetése a nemzetközi vállalatok számára
	Társadalmilag felelős részvényesi gyakorlatok ösztönzése	Ártalmas iparágakat célzó kivonó kampányok támogatása
	Jogi kármentesítés lehetőségeinek biztosítása a vállalatok által károsított polgároknak	Polgárok által vállalatok ellen indított közbírói keresetek támogatása
	Alternatív üzleti és termelési rendszerek szervezése	Alternatív vállalati formák, például munkavállalói szövetkezetek és közösségi vállalkozások elterjesztése
A vállalati döntéshozatal demokratizálása	Az érdekelt felek képviseletének biztosítása a vállalati igazgatóságokban	Kötelező képviseleti szabályok bevezetése a vállalati igazgatóságokban
	Az érdekelt felek szempontjainak kiemelt figyelembevétele	A vállalatok célkitűzéseinek törvényi módosítása az érdekelt felek érdekeinek védelmére
	A vállalati döntéshozók kötelezése társadalmi és környezeti hatások kezelésére	Szigorú vállalati átvilágítási törvények bevezetése az emberi jogok és környezeti fenntarthatóság érdekében
	A privatizált „közjavak” visszavétele	Közjavak és közszolgáltatások, például víz, energia, lakhatás és közlekedés újraállamosítása
A globális vállalatirányítás reformja és demokratizálása	A vállalati hatalmat fenntartó nemzetközi szervezetek és intézmények reformja	A nemzeti parlamentek nagyobb szerepének biztosítása a WTO-megállapodások tárgyalásában és ratifikálásában
	Új nemzetközi szervezetek és intézmények fejlesztése	Globális intézmények létrehozása a transznacionális vállalatok szabályozására
A túlzott és káros vállalati hatalom felszámolása	A káros vállalati előnyök megszüntetése	A szabályokat és emberi jogokat rendszeresen megsértő vállalatok jogi előnyeinek visszavonása
	Ártalmas iparágak visszaszorítása	Olyan iparpolitika kidolgozása, amely a nem megújuló energiaforrásokról a megújulóakra való átállást támogatja
	A vállalati forma reformja vagy átalakítása	A korlátozott felelősség eltörlése bizonyos méretet meghaladó vállalatok esetében

KÖVETKEZTETÉSEK

A javasolt keretrendszer rávilágít arra, hogyan működhetnek együtt a különféle stratégiák és intézkedések a vállalatok működési szabályozási környezetének megváltoztatása érdekében. Ezáltal a társadalmi célok, például az egészség és az egyenlőség, nagyobb hangsúlyt kaphatnak a vállalati érdekekkel szemben. Az ilyen intézkedések elősegíthetik, hogy a szabályozási környezetet átalakítsák oly módon, hogy az jobban támogassa a közérdeket és az egészséges társadalmi fejlődést.

AJÁNLÁS

A profitorientált vállalatok túlzott hatalma komoly akadályt jelent a társadalmi egyenlőség, az egészségügy, és a környezeti fenntarthatóság előmozdításában. A tanulmányban bemutatott javaslatok és stratégiák alapján a következő lépéseket ajánljuk magyar szakembereknek:

1. Antitröszt szabályozás megerősítése: Az antitröszt politika céljait érdemes szélesebb társadalmi szempontokkal bővíteni, hogy az a polgárok jólétét és az egyenlőséget szolgálja.
2. Átláthatóság és elszámoltathatóság növelése: Országunkénti nyilvános jelentési kötelezettségek bevezetése az internacionális vállalatok számára, valamint a politikai hozzájárulások és összeférhetetlenségek szabályozása.
3. Ellensúlyozó hatalmi struktúrák erősítése: A munkaügyi jogok és szakszervezeti tevékenységek támogatása, valamint a társadalmilag felelős részvényesi gyakorlatok ösztönzése.
4. Alternatív üzleti modellek támogatása: Közösségi vállalkozások, munkavállalói

szövetkezetek és egyéb alternatív vállalati formák népszerűsítése, amelyek erősíthetik a helyi gazdaságokat és csökkenthetik az óriás vállalatok túlzott hatalmát.

5. Közjavak visszavétele: A közszolgáltatások, például víz, energia és közlekedés újraállamosítása ott, ahol a privatizáció hátrányosan érintette a közérdeket.
6. Civil társadalom bevonása: Civil szervezetek, szakmai egyesületek és mozgalmak bevonása a káros vállalati gyakorlatok feltárásába, a tudatosság növelésébe, valamint a kormányzati reformok szorgalmazásába.
7. Nemzetközi együttműködés erősítése: Magyarországnak aktívan részt kell vennie a globális vállalatirányítás reformjára irányuló nemzetközi törekvésekben, például az ENSZ és a WHO keretében kidolgozott egyezmények támogatásában.
8. Kutatás és tudományos együttműködés előmozdítása: További kutatások szükségesek a javasolt intézkedések helyi alkalmazhatóságának, politikai és kulturális akadályainak megértéséhez. A népegészségügyi szakemberek aktívan működjenek együtt különböző ágazatokkal, hogy a gyakorlatban is megvalósítható stratégiákat dolgozzanak ki.

Az óriás vállalatok túlzott hatalmának kezelése érdekében a magyar szakembereknek széles körű együttműködésre van szükségük, amelyben az állami szervek, a civil társadalom és a magánszektor is aktívan részt vesz. Ezek az erőfeszítések hozzájárulhatnak egy igazságosabb, egészségesebb és fenntarthatóbb társadalom kialakításához Magyarországon.

HIVATKOZÁSOK

Meagher M. Competition is Killing Us: How Big Business is Harming Our Society and Planet – and What to Do About it. London: Penguin Group; 2020.

Wood, B., Lacy-Nichols, J., & Sacks, G. (2023). Taking on the Corporate Determinants of Ill-health and Health Inequity: A Scoping Review of Actions to Address Excessive Corporate Power to Protect and Promote the Public's Health. *International Journal of Health Policy and Management*, 12(1), 1-17. doi: [10.34172/ijhpm.2023.7304](https://doi.org/10.34172/ijhpm.2023.7304)

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Devosa Iván
Károli Gáspár Református Egyetem, Pedagógiai Kar, Budapest
ivan@devosa.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 01. 25.

Elfogadva: 2025. 01. 29.

Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A közösségi alapú élelmiszer-termelés az egészséges táplálkozás kulcsa?

Article review: Is community-based food production the key to healthy eating?

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.18235](https://doi.org/10.58701/mej.18235)

Ismertetett cikk: Marjanovic S, Kent K, Morrison N, Wu J, Fleming C, Trieu K, McBride K, Simmons D, Osuagwu U, MacMillan F. The impact of community-based food access strategies in high income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *Public Health Res Pract.* 2023;33(4) <https://doi.org/10.17061/phrp3342333>

Kulcsszavak: egészséges élelmiszer-hozzáférés; közösségi élelmiszerrendszerek; gyümölcs- és zöldségfogyasztás; oktatási és viselkedésváltoztatási programok; krónikus betegségek megelőzése

Keywords: healthy food access; community food systems; fruit and vegetable consumption; educational and behavioral change programs; chronic disease prevention

ELŐZMÉNYEK

A magas jövedelmű országok, köztük Ausztrália, bizonyos régiókban korlátozott az egészséges (egészségmegőrző) élelmiszerekhez való hozzáférés, miközben az étrenddel összefüggő krónikus betegségek aránya nagy. A közösségi élelmiszerrendszerek megerősítésére irányuló, fenntartható és széles körben alkalmazható stratégiák ígéretes megoldást jelenthetnek ezeknek az egyenlőtlenségeknek a csökkentésére. Azért, hogy támpontot nyújtsanak a jövőbeni beavatkozások számára az egészséges élelmiszerekhez való hozzáférésben hiányt szenvedő régiókban – például Sydney-ben, Ausztráliában és más területeken –, a tanulmány szerzői szisztematikus áttekintést készítettek a magas jövedelmű országok közösségi alapú élelmiszer-hozzáférési programjai-

ról. Az összefoglaló célja ezen programok étrendi szokásokra és egészségügyi eredményekre gyakorolt hatásának feltárása volt.

MÓDSZERTAN

Négy elektronikus adatbázist vizsgáltak át. Olyan tanulmányokat kerestek, amelyek közösségi alapú egészséges élelmiszer-hozzáférést célzó stratégiákat alkalmaztak – önmagukban vagy oktatási, illetve viselkedésváltoztatási elemekkel kombinálva –, és ezek hatását az étrendi szokásokra vagy az egészségügyi mutatókra értékelték. A tanulmányokból a kutatók kiértékeltek az étrendi szokásokra, az egészségi eredményekre és a beavatkozások részleteire vonatkozó adatokat, továbbá felmérték az elfogultság kockázatát.

EREDMÉNYEK

Hét tanulmány felelt meg a bevásárlási feltételeknek, ezek közül hat az Egyesült Államokban zajlott. A vizsgált stratégiák között szerepeltek élelmiszerbank-alapú programok (n = 2), mozgó zöldség- és gyümölcs piacok (n = 2) és közösségi kertek (n = 3). A legtöbb beavatkozás (n = 6, 85%) tartalmazott oktatási és/vagy viselkedésváltoztatási elemeket is. Minden tanulmány mérte a zöldség- és gyümölcsfogyasztást, és szinte mindegyik (n = 6, 85%) jelentős pozitív hatásról számolt be.

Élelmiszerbank és élelmiszerelosztó

Az éléskamrákhoz kapcsolódó programok mindegyike javulást eredményezett bizonyos területeken, például a gyümölcs- és zöldségfogyasztás, a rostfelvétel és a C-vitamin-felvétel terén. Az egyik programban a résztvevők friss élelmiszer csomagokat választhattak, részt vehettek havi motivációs találkozókra, és egy projektmenedzser segítette őket személyes céljaik megvalósításában, valamint az akadályok leküzdésében. Ezek az intézkedések azt eredményezték, hogy a résztvevők napi egy adaggal több gyümölcsöt és zöldséget fogyasztottak egy év elteltével, mint a hagyományos élelmiszerelosztó-programban részt vevők.

Mozgó zöldség- és gyümölcs piac, közösségi gazdaság

A mozgó zöldség- és gyümölcs piacok szintén növelték a gyümölcs- és zöldségfogyasztást. Az egyik ilyen program, a „Veggie Van”, hat hónapos követés után jelentős növekedést mutatott, bár a szélsőséges értékek kizárása után az eredmények kevésbé voltak meggyőzők. A közösségi gazdaságokat érintő programok közül az egyik szezonális növekedést hozott a gyümölcs- és zöldségfogyasztásban, de egy év elteltével már nem volt kimutatható a hatása. Egy másik program,

amely helyi gazdaságokból származó vegyes gyümölcsöt és zöldséget kínált, jelentős növekedést eredményezett a fogyasztásban a kontrollcsoporthoz képest, bár a tanulmány megbízhatóságát csökkentette a magas elfoglaltsági kockázat.

KÖVETKEZTETÉSEK

A helyi, állami és szövetségi kormányok szerepe meghatározó az élelmiszerhozzáférés terén. Politikai beavatkozások révén csökkenteni kell a társadalmi egyenlőtlenségeket, támogatni a helyi élelmiszertermelést és elősegíteni az egészséges táplálkozási környezet kialakítását, például közösségi kertek létrehozásával. Az oktatás önmagában nem elegendő; szükség van viselkedésváltoztatási támogatásra és strukturális intézkedésekre is. Az egészséges élelmiszerekhez való hozzáférés elősegítésére széles körű együttműködés szükséges, amelyben közösségi, egészségügyi és környezettervezési szakemberek vesznek részt: helyi élelmiszerprojektek, például közösségi kertek és élelmiszer-politikai csoportok létrehozása előmozdíthatja az élelmiszerbiztonságot és az egészséges életmódot. További kutatások szükségesek a beavatkozások hosszú távú hatásainak mérésére, beleértve az egészségi, társadalmi és környezeti eredményeket, hogy a fenntarthatóságot és a gyakorlatba való beépíthetőséget támogassák. Az előzetes eredmények azt mutatják, hogy a több elemű, közösségi alapú élelmiszerrendszer-beavatkozások ígéretesek a zöldség- és gyümölcsfogyasztás növelésére a magas jövedelmű országok egyes területeiben. A kutatók javaslatokat fogalmaztak meg a jövőbeli értékelések javítására, hogy megalapozott bizonyítékokkal szolgálhassanak a döntéshozók és város-tervezők számára. Ezek segíthetnek olyan átfogó stratégiák kidolgozásában, amelyek

erősítik a helyi közösségek egészséges ételkészítés-ellátását, különösen a legnagyobb egészségügyi egyenlőtlenségekkel küzdő térségekben.

AJÁNLÁS

Az egyik legfontosabb észrevétel, hogy az ilyen és hasonló programok hatékonysága tovább növelhető, ha oktatási és viselkedésváltoztatási elemeket is tartalmaznak. Magyarországon különösen fontos lenne a hátrányos térségek célzott bevo-

nása. Az egészséges élelmiszerekhez való hozzáférés bővítése érdekében érdemes lenne kísérleti projekteket indítani, amelyek a helyi közösségek igényeire szabott megoldásokat alkalmaznak, emellett fontos a programok hatásainak folyamatos mérése és az eredmények megosztása, hogy a sikeres gyakorlatok szélesebb körben is elterjeszthetők legyenek. Emellett ezen kezdeményezések nemcsak az étrendi szokások javításában, hanem a helyi gazdaság és közösségek erősítésében is fontos szerepet játszhatnak.

HIVATKOZÁSOK

Citation: Marjanovic S, Kent K, Morrison N, Wu J, Fleming C, Trieu K, McBride K, Simmons D, Osuagwu U, MacMillan F. The impact of community-based food access strategies in high income countries: a systematic review of randomised controlled trials. *Public Health Res Pract.* 2023;33(4).
<https://doi.org/10.17061/phrp3342333>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Devosa Iván
Károli Gáspár Református Egyetem, Pedagógiai Kar, Budapest
ivan@devosa.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 01. 25.
Elfogadva: 2025. 01. 29.
Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A gyermekkori elhízás vizsgálata - egészségtudatosabbak a fiúk, mint a lányok?

Article review: Study of childhood obesity - are boys more health-conscious than girls?

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.18246](https://doi.org/10.58701/mej.18246)

Ismertetett cikk: Strugnell, C., Orellana, L., Crooks, N. *et al.* (2024): Healthy together Victoria and childhood obesity study: effects of a large scale, community-based cluster randomised trial of a systems thinking approach for the prevention of childhood obesity among secondary school students 2014–2016. *BMC Public Health* 24, 355. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17906-2>

Kulcsszavak: egészségfejlesztés; túlsúly; elhízottság; cukorral édesített italok; derékbőség

Keywords: health promotion; overweight; obesity; sugar-sweetened beverages; waist circumference

ELŐZMÉNYEK

A Healthy Together Victoria (HTV) egy ausztrál, Viktória Állami kormányzati kezdeményezés volt, amelynek célja a túlsúly és az elhízás előfordulásának csökkentése volt a krónikus betegségek kockázati tényezőinek – például a mozgásszegény életmód, a helytelen étrend, a dohányzás és az alkoholfogyasztás – kezelésén keresztül. A programban több mint 170 helyi munkatárs dolgozott 12 közösségben, hogy támogassák az egyének, családok és közösségek egészségét és jóllétét. Az elhízás megelőzésére irányuló rendszerszemléletű megközelítés klaszteres, randomizált vizsgálatát (CRT) beépítették a HTV programba. Ebben a tanulmányban bemutatják a túlsúly, az elhízás és a kapcsolódó viselkedési szokások terén tapasztalt kétéves változásokat az ausztráliai Viktória Állami középiskolások körében.

MÓDSZERTAN

Huszonhárom földrajzilag meghatározott területet randomizáltak beavatkozási (12 közösség) és kontroll (11 közösség) csoportokba. Az egyes közösségekben véletlenszerűen kiválasztott középiskolákat hívtak meg a vizsgálatba 2014-ben és 2016-ban. A vizsgálatba a 8. (kb. 13–15 éves) és a 10. évfolyamos (kb. 15–16 éves) diákokat vonták be 2014 júliusa és szeptembere, valamint 2016 ugyanazon időszaka között. Az elsődleges kimeneti mutatók a testtömegindex (BMI) és a derékbőség voltak. A másodlagos kimenetek közé tartozott a fizikai aktivitás, a mozgásszegény viselkedés, az étrend minősége, az egészséggel összefüggő életminőség és a depressziós tünetek. A beavatkozás hatásának elemzésére lineáris vegyes modelleket alkalmaztak, figyelembe véve a gyermekek és az iskolák jellemzőit.

EREDMÉNYEK

Az elemzésben 4242 gyermek vett részt a beavatkozási (intervenciós) csoportban és 2999 gyermek a kontrollcsoportban. A fiúk esetében két év alatt kedvező változásokat figyeltek meg a derékbőség csökkenésében ($-2,5$ cm volt a változás különbsége), valamint a cukros üdítőitalok napi fogyasztásának mérséklésében (<1 adag: $8,5$ százalékpont). A lányok esetében nem tapasztaltak statisztikailag szignifikáns különbségeket a két csoport között. A fiúknál a derékbőség jelentős csökkenését nem kísérte a BMI érték szignifikáns csökkenése. Ennek ellenére a teljes mintára vonatkozó BMI-változás ($-0,07$), valamint a fiúknál mért változás ($-0,04$) a várt irányba mutatott. Az kutatók által megfigyelt mintázat – jelentős derékbőség-csökkenés és nem szignifikáns BMI-változás – hasonló egy másik, serdülők körében végzett kutatáshoz, amely a cukros üdítőitalok fogyasztása és a testösszetétel közötti kapcsolatot vizsgálta. További kutatásokra van szükség annak megértéséhez, hogy miért érhető el statisztikailag szignifikáns változás a derékbőség esetében, míg a BMI nem mutat hasonló eredményt. Jóllehet a tanulmány célja nem a nemek közötti különbségek vizsgálata volt, a szerzők megjegyezték, hogy a fiúk és lányok között jelentős eltérések mutatkoztak a cukros üdítők fogyasztása, a hasi elhízás és a fizikai aktivitási irányelvek betartása terén, mindhárom a fiúk javára. A beavatkozásban részt vevő fiúk esetében kedvezők és statisztikailag szignifikánsak voltak a változások, míg a lányoknál nem. Ezek az eredmények ellentmondanak más ausztrál kutatások eredményeinek, amelyek szerint nincs különbség a lányok és fiúk cukros-üdítőital-fogyasztása között, vagy a fiúk

fogyasztása nagyobb. Lehetségesnek tartják, hogy a mintában szereplő fiúk egészségtudatosabbak voltak, mint a lányok, és fogékonyabbak a cukros üdítők fogyasztásával kapcsolatos üzenetekre.

KÖVETKEZTETÉSEK

A HTV program kedvező hatásokat mutatott a fiúk derékbőségének csökkentésében és a cukros üdítőitalok fogyasztásának mérséklésében, ugyanakkor nem befolyásolta a BMI értékét. Bár a program idő előtt befejeződött, és a két adatgyűjtési időpont közötti időszak viszonylag rövid volt, az eredményeik hozzájárulnak a gyermekkori elhízás elleni, közösségi alapú beavatkozások növekvő bizonyítékaihoz.

AJÁNLÁS

Magyarországon a népegészségügyi témekadó (röviden neta), közismert nevén „chipsadó”, 2011. szeptember 1-je óta érvényben lévő adónem: bevezetésének célja nemcsak az állami adóbevételek növelése volt, hanem az is, hogy visszaszorítsák az egészségre káros termékek fogyasztását. Az ausztrál fiúknál megfigyelt derékbőség-csökkenés és a – hazánkban a neta alá tartozó – cukros üdítők fogyasztásának mérséklődése alapján érdemes a magyar fiatal fiúk számára célzott beavatkozásokat tervezni, míg a lányok esetében további kutatásra van szükség a hatékony stratégiák kidolgozásához. Az iskolák és a helyi közösségek aktív bevonása kulcsfontosságú a programok sikeréhez, mivel ezek a színterek ideálisak az egészségtudatos viselkedésformák ösztönzésére.

HIVATKOZÁSOK

Strugnell, C., Orellana, L., Crooks, N. *et al.* (2024):Healthy together Victoria and childhood obesity study: effects of a large scale, community-based cluster randomised trial of a systems thinking approach for the prevention of childhood obesity among secondary school students 2014–2016. *BMC Public Health* 24, 355. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17906-2>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Devosa Iván
Károli Gáspár Református Egyetem, Pedagógiai Kar, Budapest
ivan@devosa.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 01. 27.
Elfogadva: 2025. 01. 30.
Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: A férfiasság fogalmának értelmezése a nemi szerepek módosítását célzó beavatkozásokhoz

Article review: Interpreting the concept of masculinity for interventions aimed at modifying gender roles

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.18239](https://doi.org/10.58701/mej.18239)

Ismertetett cikk: Zielke, J., Batram-Zantvoort, S., Razum, O. et al. Operationalising masculinities in theories and practices of gender-transformative health interventions: a scoping review. *Int J Equity Health* 22, 139 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01955-x>. *International Journal of Health Policy and Management*, 12(1), 1-17. doi: [10.34172/ijhpm.2023.7304](https://doi.org/10.34172/ijhpm.2023.7304)

Kulcsszavak: nemi szerepek módosítása; férfiasság; az elmélet átültetése a gyakorlatba; egészségügyi beavatkozások

Keywords: gender-transformation; masculinities; translating theory to practice; health interventions

ELŐZMÉNYEK

A férfiakat és fiúkat bevonó, nemi szerepeket módosító egészségügyi beavatkozások globális szinten egyre nagyobb teret nyernek. Ezek a programok képesek alkalmazkodni a földrajzi, népességi és epidemiológiai sajátosságokhoz, széles körű támogatást kapnak, és egyre kifinomultabb elméleti alapokon nyugszanak, ugyanakkor továbbra is tisztázatlan, hogyan értelmezik és alkalmazzák a férfiasság fogalmát elméleti és gyakorlati szinten ezekben a beavatkozásokban. A vizsgálat célja azoknak a tanulmányoknak a feltérképezése volt, amelyek a férfiasság koncepciójával foglalkoznak, valamint annak elemzése:

a) hogyan adaptálják és működtetik a férfiasság fogalmát a nemi szerepeket módosító beavatkozások során az adott populáció és kontextus figyelembevételével,

b) milyen kapcsolat van a férfiasság fogalma és annak szélesebb elméleti kerete között, és

c) milyen szinteken figyelhetők meg átalakulások, amikor a „férfiassággal” dolgoznak.

MÓDSZERTAN

Az APA Psych Articles, APA PsycINFO, CINAHL (EBSCO-n keresztül), MedLine, PubMed és Web of Sciences adatbázisokban végeztek kereséseket 2021 decemberében. A keresések során olyan szakértői bírálaton átesett tanulmányokat azonosítottak, amelyek nemi szerepeket módosító egészségügyi beavatkozásokkal foglalkoznak, és konceptuálisan érintik a férfiasság témáját. Nem alkalmaztak korlátozásokat a nyelv, a megjelenési dátum vagy a földrajzi terület tekinte-

tében. Végül az áttekintésbe 42 tanulmányt vontak be.

EREDMÉNYEK

Elemzésük szerint a „hegemonikus férfiasság” szinte az összes vizsgált tanulmányban központi koncepcióként jelenik meg, ami azt mutatja, hogy a fogalom különböző beavatkozási kontextusokhoz is könnyen alkalmazható. A kutatás öt elméleti megközelítést azonosított, amelyek segítenek a férfiasság elemzési szintű operacionalizálásában: a feminista keret, az érzelemelmélet, a kritikai pedagógia, a társadalmi változás elméletei és az ökológiai megközelítések. A vizsgálat hat szintet emelt ki, amelyeken az átalakulás megfigyelhető a beavatkozások kimeneteiben: relációs szint, szimbolikus szint, anyagi szint, érzelmi szint, kognitív-viselkedési szint és közösségi-strukturális szint.

A vizsgált beavatkozások társadalmi-demográfiai, földrajzi és epidemiológiai kontextusai rendkívül változatosak. Emellett a tanulmányok számos egészségügyi fókuszterületet érintettek, és gyakran kiemelték azokat a kapcsolati tényezőket, amelyek a közösségek egészségére és jólétére hatnak. Fontos tanulság, hogy nincs egyetlen, minden helyzetben alkalmazható univerzális megközelítés, mivel minden beavatkozás különböző kihívásokat, kérdéseket és megoldási lehetőségeket vet fel, mind elméleti, mind gyakorlati szinten.

KÖVETKEZTETÉSEK

A kutatók rámutatnak arra, hogy a nemi szerepek átalakításának folyamatai és gyakorlatai szélesebb körű elméleti keretek bevonását igénylik, és az elméleti

pluralizmust hangsúlyozzák. Végül a gyakorlati következményekre is kitérnek, ideértve a megelőző, ökológiai és közösségalapú ellátási modellek fontosságát. A legtöbb vizsgált beavatkozás közös jellemzője, hogy megelőző szemléletet alkalmaztak az egészségügy területén, nem pedig egyetlen betegségre vagy egy adott csoport problémáira koncentráltak. Például a programok gyakran a képességek fejlesztésére és az egészséges férfiasság kialakítására helyezték a hangsúlyt. Ugyanakkor megfigyelhető, hogy a formális egészségügyi ellátási rendszerek kevésbé játszottak szerepet ezekben a beavatkozásokban, míg az informális, közösségi alapú egészségügyi ellátási modellek domináltak. Kivételt képeztek azok a beavatkozások, amelyek az HIV/AIDS ellátásra összpontosítottak, ahol a tesztelés és az egészségi állapot ismerete kiemelten fontos eleme volt a programoknak. Mindezek ellenére érthető, hogy a nemi szerepeket módosító beavatkozások jelentősen eltérnek a hagyományos egészségügyi keretektől, amelyek általában az egyéni diagnózisra és betegségkezelésre összpontosítanak, főként formális, biomedikális ellátási környezetben.

AJÁNLÁS

A magyar szakemberek számára is fontos információkat tartalmaz a kutatás, ugyanis is a kérdés a magyar társadalomban is jelen van – jóllehet a jogszabályi keretek hazánkban jóval szigorúbbak e téren, mint egyes nyugat-európai államokban – azonban fel kell készülni a szakembereknek arra az esetre is, hogy ha ezek a szabályok változnak, akkor megfelelő válaszokat tudjanak adni a felmerülő társadalmi és egyéni kérdésekre.

HIVATKOZÁSOK

Zielke, J., Batram-Zantvoort, S., Razum, O. et al. Operationalising masculinities in theories and practices of gender-transformative health interventions: a scoping review. *Int J Equity Health* 22, 139 (2023).
<https://doi.org/10.1186/s12939-023-01955-x>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Devosa Iván
Károli Gáspár Református Egyetem, Pedagógiai Kar, Budapest
ivan@devosa.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 01. 15.
Elfogadva: 2025. 01. 27.
Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Az ízületek rugalmassága mint az egészségi állapot fokmérője

Article review: Joint flexibility as a measure of health

Ismertető: [Devosa Iván](#)

Doi: [10.58701/mej.18242](https://doi.org/10.58701/mej.18242)

Ismertetett cikk: Araújo, C. G. S., de Souza E Silva, C. G., Kunutsor, S. K., Franklin, B. A., Laukkanen, J. A., Myers, J., Castro, C. L. B. (2024). Reduced Body Flexibility Is Associated With Poor Survival in Middle-Aged Men and Women: A Prospective Cohort Study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 34(8), e14708. <https://doi.org/10.1111/sms.14708>

Kulcsszavak: ízületi rugalmasság; fizikai erőnlét; egészségmegőrzés; halálozási kockázat; prevenció
Keywords: joint flexibility; physical fitness; health maintenance; mortality risk; prevention

ELŐZMÉNYEK

A rugalmasságot a fizikai erőnlét egyik kulcsfontosságú összetevőjeként tartják számon, és gyakran ajánlják az edzéstervek részeként minden korosztály számára. Azonban kevés adat áll rendelkezésre a rugalmasság és a túlélés közötti kapcsolatról. A kutatás célja az volt, hogy megvizsgálják a test rugalmasságának természetes és nem Covid-19-hez kapcsolódó halálozási kockázattal való összefüggését középkorú férfiak és nők körében, nemek szerinti bontásban.

MÓDSZERTAN

A prospektív kohorszvizsgálat során 3139 (66% férfi) 46 és 65 év közötti személy antropometriai, egészségi és életmódbeli adatait elemezték, amelyek 1994 márciusa és 2022 októbere közötti időszakra vonatkoztak. A test rugalmasságát a "Flexindex" nevű mérőszámmal értékelték, amely húsz

különböző, hét ízületet érintő mozgás alapján készült (pontszám: 0–4), és 0-tól 80-ig terjedő skálát eredményezett. Kaplan–Meier túlélési görbéket készítettek, valamint nyers és korrigált relatív kockázatot (HR) becsültek a halálozási kockázat meghatározásához.

EREDMÉNYEK

Az átlagosan 12,9 éves követési időszak alatt 302 résztvevő (9,6%), köztük 224 férfi és 78 nő hunyt el. A Flexindex értékei 35%-kal nagyobbak voltak a nőknél, mint a férfiaknál (átlag $\pm$ SD: $41,1 \pm 9,4$ vs. $30,5 \pm 8,7$; $p < 0,001$), és fordított összefüggést mutattak a halálozási kockázattal mindkét nem esetében ($p < 0,001$). Az életkor, a testtömegindex és az egészségi állapot figyelembevételével végzett kiigazítás után a Flexindex értékek legnagyobb és legkisebb tartománya közötti halálozási kockázat aránya a férfiaknál 1,87 (1,50–2,33; $p < 0,001$), míg a nőknél 4,78

(1,23–31,71; $p = 0,047$) volt, azaz a rugalmasabb ízületekkel rendelkezők körében alacsonyabb a halálozási kockázat.

KÖVETKEZTETÉSEK

A fizikai erőnlét egyik fontos eleme a test rugalmassága, amelyet a Flexindex segítségével mértek, erőteljes és fordított összefüggést mutatott a természetes és nem Covid-19-hez köthető halálozási kockázattal középkorú férfiak és nők esetében. További kutatásokra van szükség annak megállapítására, hogy az edzés által elért rugalmasságnövekedés hozzájárulhat-e a hosszabb élettartamhoz.

AJÁNLÁS

A hazai egészségügyi szakembereknek javasolt a rugalmasságot fejlesztő moz-

gásformák, például a nyújtás vagy a jóga rendszeres ajánlása, különösen a középkorú és idősebb korosztály számára, így az egészségügyi szűrések során érdemes bevezetni a rugalmasság mérésére szolgáló eszközöket és teszteket, amelyek segítenek az egyéni egészségi állapot felmérésében. A közösségi és iskolai programokba, a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE) keretén belül is célszerű beépíteni a rugalmasság fejlesztését célzó gyakorlatokat, hogy hosszú távon hozzájáruljanak az egészséges életmód kialakításához.

Az eredmények alapján célzott beavatkozásokat lehet kidolgozni, amelyek nemcsak az egészségügyi kockázatok csökkentését, hanem az életminőség javítását is segítik, hozzájárulva a megelőzésre épülő, költséghatékony egészségügyi ellátási modellek sikeréhez is.

HIVATKOZÁSOK

Araújo, C. G. S., de Souza E Silva, C. G., Kunutsor, S. K., Franklin, B. A., Laukkanen, J. A., Myers, J., Castro, C. L. B. (2024). Reduced Body Flexibility Is Associated With Poor Survival in Middle-Aged Men and Women: A Prospective Cohort Study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 34(8), e14708. <https://doi.org/10.1111/sms.14708>

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Devosa Iván
Károli Gáspár Református Egyetem, Pedagógiai Kar, Budapest
ivan@devosa.hu

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 01. 26.
Elfogadva: 2025. 01. 29.
Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Devosa Iván. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Szakedokumentum: A MAGYAROK EGÉSZSÉGE TÖBBET ÉRDEMEL! A Magyar Orvosi Kamara állásfoglalása

*Report: THE HEALTH OF HUNGARIANS DESERVES MORE! Position of
the Hungarian Medical Chamber*

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.18278](https://doi.org/10.58701/mej.18278)

Ismertetett dokumentum: Magyar Orvosi Kamara. (2025) *A magyarok egészsége többet érdemel. Adatokon alapuló kampány, mely minden politikai párttól és szervezettől független.* Magyar Orvosi Kamara.
<https://www.tobbeterdemel.hu/>

Kulcsszavak: egészségügyi ellátás; egészségműveltség; életmód; finanszírozás

Keywords: healthcare; health literacy; lifestyle; financing

Absztrakt

Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló törvény kimondja, hogy a Magyar Orvosi Kamara a társadalmi súlyának, szellemi tőkájének megfelelő mértékben járuljon hozzá az egészségpolitika alakításához, az egészségügyet érintő egyéb döntések meghozatalához, valamint a lakosság egészségügyi ellátásának javításához. Ezt szem előtt tartva a Magyar Orvosi Kamara február hónapban társadalmi kampányt indított. A kampány minden politikai párttól és szervezettől független, a magyar orvostársadalom széleskörű felhatalmazásával bír.

A kampány célja közérdekű, az állampolgárok egészségtudatosságának erősítése, az egészségügyi rendszer fontosságának, egy robosztus állami egészségügyi rendszer kialakításának támogatása. A kampány kizárólag a mindenki által megismerhető, a KSH, az Eurostat és az OECD adatbázisaiban nyilvánosan hozzáférhető hivatalos adatokon alapul.

A kampány céljára kialakított [honlapon](#) egy rövid, általános felvezetést követően hét animált videó vázolja fel a Magyar Orvosi Kamara álláspontját a hazai egészségügy problémáiról és a megoldási javaslatokról. Minden videóhoz szöveges kifejtés is tartozik. Az alábbiakban ismertetjük az egyes pontok összefoglalóit.

Abstract

The law on professional chambers in the health sector stipulates that the Hungarian Medical Chamber should contribute to the shaping of health policy and other decisions affecting health care, as well as to the improvement of health care for the population, to the extent of its social weight and intellectual capital. With this in mind, the Hungarian Medical Chamber launched a social campaign in February. The campaign is independent of any political party or organisation and has the broad mandate of the Hungarian medical community.

The campaign aims to promote public interest, to raise health awareness among citizens, to support the importance of the health system and the development of a robust public health system. The campaign is based solely on official data publicly available in the databases of the National Statistical Institutes of Health (NHS), Eurostat and the OECD.

The campaign website features a short general introduction and seven animated videos outlining the Hungarian Medical Chamber's views on the problems of the Hungarian health care system and the solutions proposed. Each video is accompanied by a textual explanation. Below are summaries of each point.

MIÉRT FONTOS EGY JÓL MŰKÖDŐ EGÉSZSÉGÜGY?

Az egészségügyi rendszerek történelmi alakulása, jelentősége a társadalmi jólétben és a gazdasági fejlődésben.

- A tradicionális társadalmakban a betegek gyógyítása a közösség és a család feladata volt, modern orvosi eszközök és tudományos alapok nélkül.
- A munkamegosztás fejlődésével megjelentek a gyógyítással foglalkozó szakmák, de a rossz higiénia, a hiánybetegségek és a járványok miatt az egészségi állapot továbbra is gyenge maradt.
- A tudományos és technológiai fejlődés – például az oltások, a fertőtlenítés, az antibiotikumok, a modern sebészet – forradalmasította a gyógyítást, jelentősen javítva az emberek túlélési esélyeit.

- Az egészségügy finanszírozására először kockázati közösségek, majd kötelező társadalombiztosítás és állami szervezés alakult ki, amely igazságosabb és hatékonyabb rendszereket hozott létre.
- Ma az egészségügyre fordított források optimalizálása kulcsfontosságú annak érdekében, hogy a társadalom minél nagyobb egészségnyereséget érjen el, és mindenki számára hozzáférhető legyen a magas színvonalú ellátás.

1. MAGYARORSZÁG FELEANNYIT SEM KÖLT A BETEGEIRE, MINT AMENNYI AZ UNIÓS ÁTLAG

- Magyarországon az egészségügy átfogó reformjának hiánya és a krónikus alulfinanszírozottság miatt az ellátórendszer súlyos problémákkal küzd, ezt hosszútávon az egészségügyi dolgozók

hivatástudata sem tudja fenntartani.

- Az állam az uniós átlaghoz képest kevesebb, mint felét költi lakosai egészségügyi ellátására, ami jelentős lemaradást okoz az infrastruktúra, a technológiai fejlesztések és a munkaerő megtartása terén.
- Az elavult kórházak, rossz munkakörülmények és kilátások, illetve az utánpótlás hiánya miatt egyre nehezebb biztosítani a hozzáférhető, színvonalas ellátást, miközben az elvándorlás és a magánszektor előretörése fokozza az egyenlőtlenségeket.
- Az egészségügy alacsony finanszírozottsága nemcsak a lakosság egészségi állapotát, hanem a munkaerőpiacot és a gazdasági növekedést is negatívan érinti, tovább növelve az ország hátrányát az EU többi országával szemben.
- A helyzet javításához az egészségügyi kiadások jelentős növelése, strukturális reformok és hosszú távú stratégia szükséges, hogy Magyarország utolérje az EU-s átlagot és biztosítsa a fenntartható fejlődést.

2. A TB MELLETT ÉVENTE ÁTLAGOSAN MÉG 120.000 FT-OT FIZETÜNK EGÉSZSÉGÜGYRE

- Magyarországon az egészségügyi kiadások közel 30 százalékát a lakosság saját zsebből fedezi, ami az EU-átlag kétszerese.
- A magas kiadások különösen a szegényebb rétegeket terhelik, számukra sok esetben nehezen megfizethetők a drága gyógyszerek, elérhetetlenek a magánellátások.
- Az ilyen kiadások visszatartják a lakosságot attól, hogy időben forduljon orvoshoz, ami hosszabb távon súlyosabb egészségügyi és anyagi problémákhoz vezet.

- Az állami finanszírozás növelése, megelőző programok támogatása, valamint hatékonyabb, etikus biztosítási rendszerek bevezetése csökkenthetné a magánkiadás arányát.
- Az egészségügyi rendszer átláthatósága, a szolidaritás erősítése és a célzott támogatási intézkedések hozzájárulhatnak a társadalmi igazságosság növeléséhez.

3. MA MAGYARORSZÁGON KÖZEL 1 MILLIÓ EMBERNEK NINCS ÁLLANDÓ, SAJÁT HÁZIORVOSA

- A magyar háziiorvosi rendszer válságos állapotban van az orvosok igen magas átlagéletkora, fokozódó hiánya és az alulfinanszírozottságból adódó szervezési és feladatelosztási problémák miatt.
- A háziiorvosok terhei és korlátozott jogosultságai miatt a szakellátás túlterheltté válik, hosszabb várólistákat és magasabb egészségügyi költségeket eredményezve.
- A gyermekek egészségügyi ellátása különösen komoly kapacitáshiánnyal küzd, ami hosszú távú következményekkel jár a felnövekvő generáció egészségére nézve.
- A háziiorvosi praxisok fejlesztése és új alapellátási modell kialakítása elengedhetetlen az egészségügyi rendszer hatékonyságának javításához.
- Az alapellátásba történő befektetéssel és strukturális átalakítással megalapozható a jövő generációjának egészségügyi ellátása, testi és lelki értelemben egyaránt. A magyar egészségügyi ellátás egyik nagy vívmánya és fontos alappillére volt a háziiorvosi körzetek és az alapellátó gyermekorvosok hálózatainak rendszere. Kicsinek és nagynak egyaránt volt saját, őt ismerő orvosa.

4. 60.000 FŐ. ÉVENTE ENNYI EMBERT VESZÍTÜNK EL A 30 ÉVE HALOGATOTT EGÉSZSÉGÜGYI REFORM MIATT

- Magyarországon évente 60 ezer ember hal meg elkerülhető okok miatt, amely jelentősen meghaladja nemcsak az EU-átlagot, hanem a visegrádi országok mutatóit is. Ez nagyrészt az egészségügyi rendszer alulfinanszírozottságából és szervezetlenségéből ered.
- A lakosság egészségtelen életmódja – például az elhízás, a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az alacsony fizikai aktivitás – jelentősen hozzájárul a halálozások magas számához, amit nem ellensúlyoz elegendő társadalmi és oktatási program.
- Az alacsony egészségügyi ráfordítások miatt a diagnosztika, az infrastruktúra és a megelőző ellátások alacsony és egyenetlen színvonala, valamint az orvos- és ápolóhiány is akadályozza a hatékony megelőzést.
- Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés területi és társadalmi egyenlőtlenségei miatt a hátrányos helyzetű térségek lakói sokkal rosszabb esélyekkel jutnak megfelelő ellátáshoz.
- A szakmai visszajelzések elfojtása, a Magyar Orvosi Kamara jogosítványainak korlátozása súlyosbítja a helyzetet, mivel így a döntéshozók nem kapnak objektív szakmai visszajelzést a rendszer fejlesztéséhez.

5. EGÉSZ EURÓPÁBAN A MAGYAROK HALNAK BELE LEGNAGYOBB ESÉLYEL A RÁKOS MEGBETEGE- DÉSEKBE

- Magyarországon a rákos megbetegedések előfordulása és halálozási aránya az EU-ban a legmagasabb, ami első sorban az alacsony szintű egészségtudatosságra, az egészségtelen életmódra és az elégtelen megelőző intézkedésekre vezethető vissza.

tudatosságra, az egészségtelen életmódra és az elégtelen megelőző intézkedésekre vezethető vissza.

- A lakosság körében alacsony a szűrőprogramokon való részvétel, a hozzáférés korlátozott – különösen az elmaradott térségekben –, a foglalkozás-egészségügyi vizsgálatok lehetőségei sincsenek megfelelően kihasználva.
- A késői diagnózisok fő okai az alapellátás korlátozott jogosítványai, a diagnosztikai eszközökhöz való elégtelen hozzáférés, valamint a széttagolt betegutak, amelyek idővesztést okoznak.
- Az egészségügyi rendszer alulfinanszírozottsága, a szakemberhiány és az elavult infrastruktúra hátráltatja a megfelelő kezeléseket, míg a modern daganattellenes terápiák egy része csak egyedi méltányossági alapon érhető el.
- A probléma megoldásához szükség van a megelőzés és szűrés népszerűsítésére, a diagnosztikai és terápiás lehetőségek fejlesztésére, az egészségügyi rendszer reformjára, valamint az orvosi és szakdolgozói utánpótlás biztosítására.

6. 10 MAGYAR FÉRFI KÖZÜL 4 NEM ÉRI MEG A NYUGDÍJKOR- HATÁRT

- A magyarok várható élettartama jelentősen elmarad az EU átlagától, különösen a férfiak körében, ami az egészséghez való viszonyulásban és a betegségmegelőzés hiányosságaiiban gyökerezik.
- Az egészségtelen életmód mintái (dohányzás, alkoholfogyasztás, rossz táplálkozás), a szegényes környezeti tényezők és a társadalmi normák akadályozzák az egészségtudatos magatartás térnyerését.

- Az alacsony jövedelmű csoportok nehézségei az egészségügyi ellátáshoz és a gyógyszerekhez való hozzáférésben tovább súlyosbítják az egyenlőtlenségeket, ami körükben rosszabb egészségi állapothoz vezet.
- Az alulfinanszírozott egészségügyi rendszer, az orvosok túlterheltsége, a széttagolt betegutak és az ellátásokhoz való hozzáférés romlása miatt sokan elfordulnak a közegészségügyi szolgáltatásoktól, miközben a politikai döntéshozók sem helyeznek kellő hangsúlyt az egészségügy fejlesztésére.
- A változáshoz szükséges az egészségnevelés minden szinten – iskolákban, munkahelyeken és közösségekben –, valamint a társadalmi attitűdök átalakítása, hogy az egészség, mint érték kiemelt szerepet kapjon a mindennapi életben és a döntéshozatalban.

7. A MAGYAROK EGÉSZSÉGE TÖBBET ÉRDEMEL! - A MAGYAR ORVOSI KAMARA JAVASLATAI

A felzárkózás kulcsa: konkrét teendők a következő évtizedre, az egészségügyi válság kezelésére

Magyarország egészségügyi rendszere jelenleg egyenetlenül és alacsony hatékonysággal, rossz finanszírozás mellett, elavult struktúrában működik, nem felel meg egy közép-európai ország XXI. századi kívánalmainak, nem járul hozzá megfelelően a lakosság egészségének megőrzéséhez. Az egészségügy megerősítéséhez és a megelőzhető halálozások csökkentéséhez konkrét, lépésről lépésre megvalósítható programokra van szükség. A következő évtized kritikus lesz a megelőzhető halálozások számának csökkentésében és az egészségügyi rendszer fenntarthatóságának biztosításában.

I. Átfogó egészségpolitikai szemléletváltás

1. Politikai prioritás

A döntéshozók számára prioritás kell, legyen az egészségügy helyzete, folyamatos nyomon követéssel és kontrollal. A közeli jövőben a politikai konszenzust megalapozó Egészségügyi Kerekasztal felélesztése elengedhetetlen.

2. Társadalmi párbeszéd

Szoros együttműködés a szakmai szervezetekkel, a lakossággal és a civil szférával a reformok kidolgozásában és bevezetésében. A pártpolitika visszavonása a szakmai kérdésekből, az egészségügy területén működő kamarák tradicionális jogosítványainak (etikai szabályozás, működési nyilvántartás, irányelvek fejlesztése) visszaadása, a közttestületek autonómiájának és önrendelkezésének biztosítása, az Orvosi Kamara esetén annak visszaállítása.

3. Adatokra alapozott döntéshozatal

Minőségi mutatók kidolgozása, egészségügyi adatok gyűjtése és elemzése a teljesítmény, a minőség és a folyamatok javításának érdekében.

II. Egészségügyi finanszírozás növelése

1. Célzott forrásbővítés

Az egészségügyre fordított közkiadások növelése az uniós átlaghoz közelítve (jelenleg 4,4 százalék, cél 7,7 százalék). Az állami egészségügyi költségvetés évente a GDP 0,5 százalékának megfelelő emelése a prioritások mentén: infrastruktúra átalakítása, értéktartó bérek és életpálya, diagnosztikai beruházások fejlesztése.

2. Szakemberek biztosítása

Az orvosok és ápolók béreinek fokozatos,

tervezett emelése az ausztriai szint 60 százalékáig, automatikus inflációkorrekció mellett, hogy megállítsuk a belső és nemzetközi elvándorlást, vonzóvá tegyük a szakmát. Életpályamodell, hogy a szakemberek számára a közegészségügy vonzó, az oda való elköteleződés hosszú távú legyen.

3. Fókuszált beruházások

Az alapellátási és a kórházi infrastruktúra korszerűsítése. Működőképességét garantáló, költség alapú finanszírozási rendszer kialakítása. Telemedicina és digitalizációs rendszerek kiépítése.

4. Egészségbiztosítási paletta revíziója

Társadalmi vita után, megfelelő szakmai - etikai garanciák mellett lehet az egészségbiztosítási lehetőségeket kiterjeszteni, szem előtt tartva, hogy a robosztus közegészségügyi rendszer a legfontosabb elem.

III. Megelőzés és szűrés megerősítése

1. Felnőttkori kötelező és célzott szűrések rendszerének kidolgozása

Ennek megvalósítása érdekében társadalmi konszenzus elérése, megfelelő ösztönző programok elindítása.

2. Iskolai egészségügyi programok

Egészségtudatosságot növelő oktatási programok bevezetése az iskolákban. Gyermek és ifjúkori egészségügyi szűrések. Iskolapszichológusok és mentálhigiénés szakemberek számának növelése.

3. Egészséges életmód ösztönzése

Dohányzás és alkoholfogyasztás visszaszorítását célzó kampányok és szabályozások. Az egészséges élelmiszerekhez és a rendszeres sportoláshoz való hozzáférés segítése és ösztönzése.

IV. Alapellátás megerősítése

1. Praxisok vonzóbbá tétele

A háziorvosi praxisok finanszírozásának emelése; infrastrukturális fejlesztés, ami lehetővé teszi valódi praxisközösségek kialakítását, nem-orvos egészségügyi szakemberek alkalmazását.

2. Háziorvosi jogosultságok bővítése

A háziorvosok számára szélesebb diagnosztikai jogkörök biztosítása. A licence vizsgákkal megszerezhető jártasságok lehetőségének megteremtése (például diabetológia, endokrinológia, halottvizsgálati szakértő licencek).

3. Praxisok területi kiegyensúlyozása

Mobil egészségügyi csapatok, telemedicinális eszközök biztosítása a hátrányos helyzetű területeken. Munkakörülmények javítása vidéki praxisokban; olyan életpályamodell biztosítása, ahol a fiatal orvos egyidejűleg találja meg a szakmai fejlődés, az anyagi és társadalmi megbecsültség, valamint a családi élet integritásának lehetőségét.

V. Szakellátások

Az alapellátás reformja csökkenteni fogja a szakrendelések és a kórházak túltelhelését, így következhet a szakrendelői és kórházi struktúra reformja. Szükséges az infrastruktúra korszerűsítése, a szakellátás területi újrászervezése, ezen belül a fekvő és járóbeteg-szakellátás arányainak eltolása utóbbi javára.

1. Az egyik első lépés a szakrendelői kapacitások bővítése és korszerűsítése. A szakrendelők humánerőforrás kapacitásának növelése után kerülhet sor a működési idő bővítésére. Rugalmas műszakbeosztások és ösztönzők

- bevezetése segíthet csökkenteni a hosszú várólistákat. A kapacitásbővítés készíti elő a kórházi struktúra reformját, ami a következő lépés.
2. A vármegyei centrumok kialakítása már elkezdődött, de a centralizáció csak akkor folytatható, ha a tervezetten megmaradó kisebb intézmények, nappali kórházak és a krónikus betegségek kezelésére és rehabilitációra átalakuló kórházak emellett megfelelő kapacitásban tudnak járóbeteg-ellátást is nyújtani, és ehhez rendelkezésre áll elég orvos és ápoló. Jelenleg egyik feltétel sem adott, ezért nem folytatható eredményesen a racionálisan központosító folyamat.
 3. A várólisták csökkentése érdekében szükség van kapacitásalapú finanszírozási elemekre, amely több forrást biztosít azoknak az intézményeknek, amelyek nagyobb kapacitással bírnak.
 4. A digitális időpontfoglaló rendszerek megkezdett fejlesztése jó irány, mert valós időben optimalizálhatja a betegellátást, míg a telemedicina szélesebb körű alkalmazása lehetővé tenné, hogy a betegek számos szakrendelést otthonról érhessenek el.
 5. A szakellátás fejlesztésének egyik kulcsfontosságú eleme a humánerőforrás-problémák kezelése. A szakor-

vosképzés ösztönzéséhez vonzó és kiszámítható pályaképre van szükség.

Ezek az intézkedések nemcsak a szakellátás hatékonyságát és hozzáférhetőségét javítanák, hanem a teljes egészségügyi rendszer tehermentesítéséhez és a magyar lakosság egészségi állapotának felzárkóztatásához is hozzájárulnának. Az átfogó reformok elengedhetetlenek ahhoz, hogy Magyarország a következő évtizedben felzárkózzon az európai normákhoz.

AJÁNLÁS

A magyar egészségügy megjavításának szándékával elindított kezdeményezést bemutató honlap innovatívan és meggyőzően kommunikálja az egészségügy problémáit és a megoldási javaslatokat. A javaslatok számos ponton érintik a népességügy körébe is tartozó megelőzést, ugyanakkor hiányzik belőlük az életmódot befolyásoló társas és fizikai környezet szükséges megváltoztatása. Remélhetőleg lesz alkalom jobban összeegyeztetni az egészségügyi ellátásnak és a népegészségügynek a népesség egészségének javítására irányuló intézkedésekre vonatkozó javaslatait.

HIVATKOZÁSOK

Magyar Orvosi Kamara. (2025) *A magyarok egészsége többet érdemel. Adatokon alapuló kampány, mely minden politikai párttól és szervezettől független.* Magyar Orvosi Kamara
<https://www.tobbeterdemel.hu/>

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József

Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr,
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged

vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 02. 02.

Elfogadva: 2025. 02. 02.

Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Szakdokumentum: Rákbetegségek Magyarországon

Report: Cancer in Hungary

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.18326](https://doi.org/10.58701/mej.18326)

Ismertetett dokumentum: OECD/European Commission (2025): Rákügyi országprofil: Magyarország 2025, Uniós rákügyi országprofilok, OECD Publishing, Párizs, <https://doi.org/10.1787/23a4c260-hu>

Kulcsszavak: rákbetegség; halálozás; kockázatok; Magyarország

Keywords: cancer; mortality; risks; Hungary

Absztrakt

Magyarországon mind a férfiak, mind a nők esetében uniós átlag feletti az új rákos megbetegedések gyakorisága és a daganatos halálozás. Annak ellenére, hogy 2011 óta csökkent a rák okozta halálozás, 2021-ben a 100 000 lakosra jutó 310 daganatos halálozással továbbra is EU-szerte Magyarországon volt a legmagasabb a rák miatti mortalitás. Magyarországon az emlő- és a méhnyakrákra vonatkozó szervezett szűrőprogramokban való részvétel az idők során csökkent, 2022-ben az emlőrák esetében 30%-ra, a méhnyakrák esetében pedig 26%-ra. Sok nő azonban a magánegészségügyben veszi igénybe a méhnyakrák-szűrést. Az elkövetkező években a rák várhatóan jelentősebb negatív hatással lesz a magyarok várható élettartamára és mentális egészségére, mint az EU más részein élők esetében.

Abstract

In Hungary, the incidence of new cancer cases and cancer mortality is above the EU average for both men and women. Despite a decrease in cancer mortality since 2011, Hungary still had the highest cancer mortality in the EU with 310 cancer deaths per 100 000 population in 2021. In Hungary, participation in organized screening programs for breast and cervical cancer has decreased over time, to 30% for breast cancer and 26% for cervical cancer in 2022. Many women, however, seek cervical cancer screening in the private health sector. In the coming years, cancer is expected to have a more significant negative impact on life expectancy and mental health in Hungary than in other parts of the EU.

HELYZETKÉP

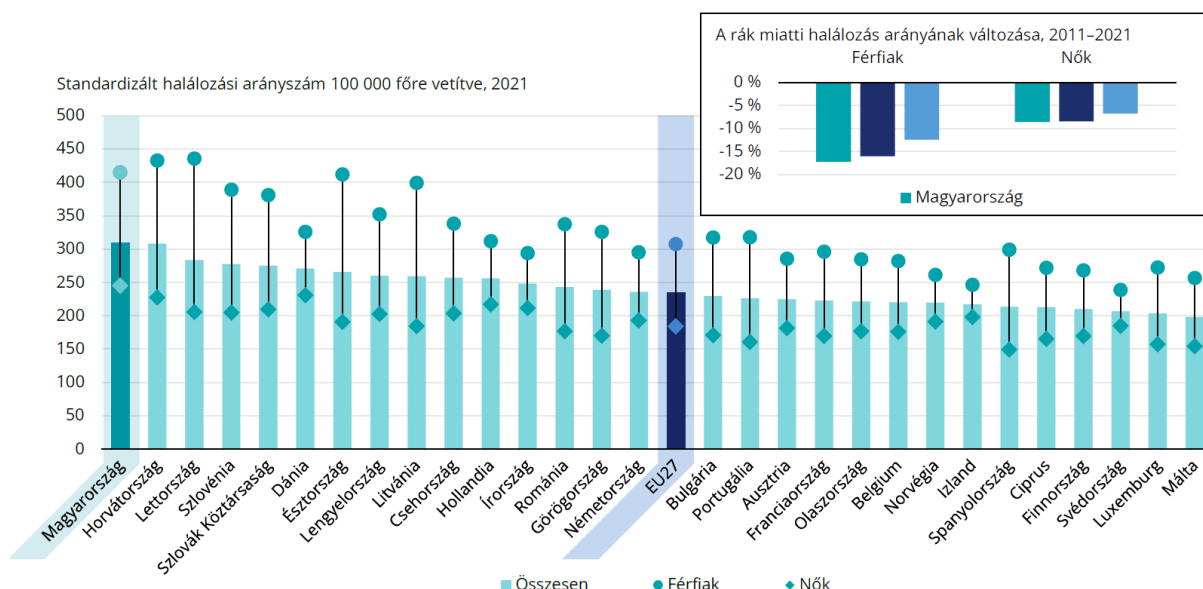
A magyarországi daganatos halálozási arány 2011 és 2021 között csökkent ugyan, de továbbra is a legmagasabb az EU-ban: 2021-ben 100 000 főre vetítve 310 magyar halt meg rákban. [1. ábra] Ez a legmagasabb regisztrált az EU-ban. A többi uniós országhoz hasonlóan a magyar férfiak halálozási aránya lényegesen meghaladta a nőkéét. 2011 és 2021 között azonban Magyarországon a daganatos halálozási arány mind a férfiak, mind a nők körében jelentősen (17, illetve 9%-kal) csökkent. A csökkenés mindkét esetben meghaladta a gazdaságilag hasonló helyzetű országokra jellemző átlagos csökkenést (12% a férfiak és 7% a nők esetében).

Ráktípus szerint a fő halálokok továbbra is a tüdőrák (100 000 lakosra 78 eset), a vastagbélrák (100 000 lakosra 50) és az emlőrák (100 000 lakosra 23). Bár a 2011–

2021 közötti időszakban Magyarországon ezen ráktípusok mindegyike esetében csökkent a halálozási arány, 2021-ben még mindig EU-szerte itt volt a legmagasabb az ezekből a megbetegedésekből eredő regisztrált halálozási arány.

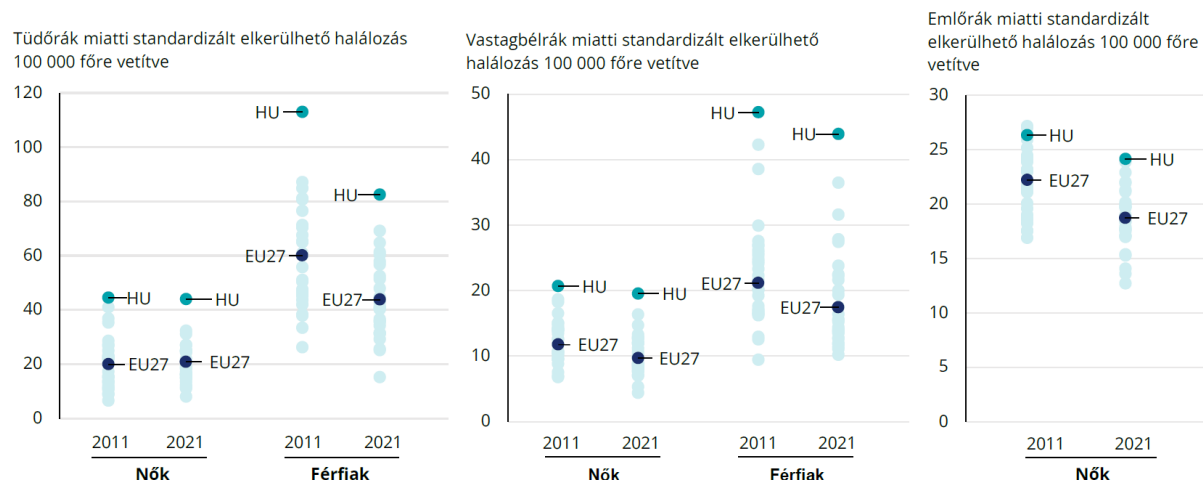
A jobb prevenciós stratégiáknak és a kezelési lehetőségek terén elért haladásnak köszönhetően napjainkban a 75 év alattiak körében bekövetkező, rák okozta halálos esetek jelentős része potenciálisan elkerülhetőnek tekinthető. A megelőzhetőként besorolt tüdőrákból eredő elkerülhető halálozás aránya az uniós átlagokkal összevetve arra utal, hogy nagyobb figyelmet kell fordítani a népegészségügyi intézkedésekre és az elsődleges prevencióra. 2021-ben a tüdőrák okozta halálozás aránya a magyar nők és a férfiak esetében 112%-kal, illetve 88%-kal volt magasabb, mint az uniós átlag. [2. ábra]

1. ábra: 2021-ben Magyarországon a daganatos halálozás 32%-kal haladta meg az uniós átlagot (Forrás: az ismertetett szakdokumentum)



Megjegyzések: A gazdaságilag hasonló helyzetű országok alatt a vásárlóerő-paritáson számított, egy főre jutó 2022. évi GDP-n alapuló tercilis klaszterek értendők. HU esetében a gazdaságilag hasonló helyzetű országok BG, EE, EL, HR, LV, PL, PT, RO és SK. Forrás: az Eurostat adatbázisa.

2. ábra: 2011 és 2021 között az emlőrák, a vastagbélrák és a tüdőrák tekintetében az elkerülhető halálozás aránya Magyarországon továbbra is magasabb volt az uniós átlagnál (Forrás: az ismertetett szakdokumentum)



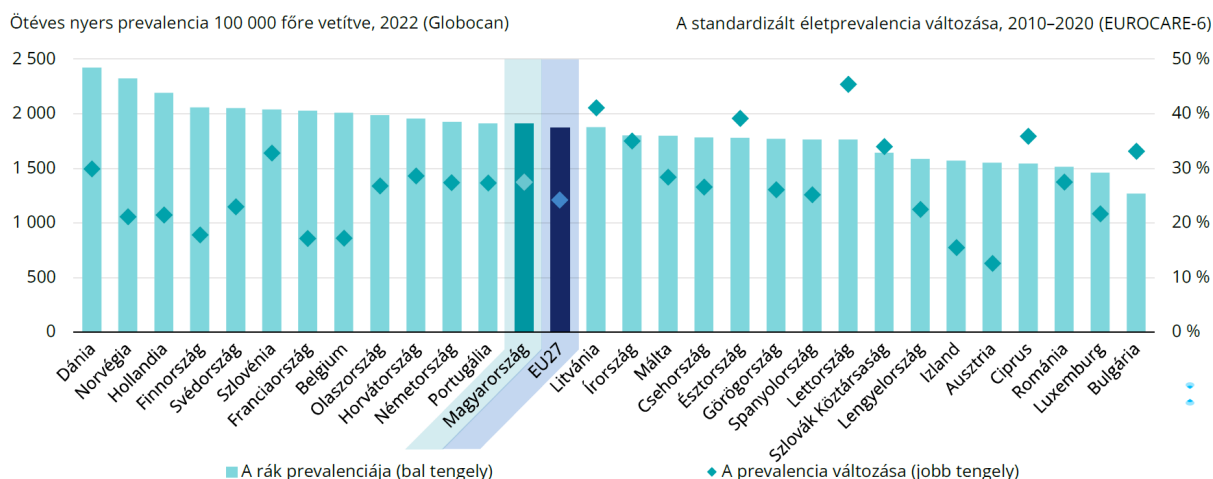
Megjegyzés: Az elkerülhető halálozásra vonatkozó adatok a 75 év alatti személyek halálára vonatkoznak. Forrás: az Eurostat adatbázisa. Az adatok 2021-re vonatkoznak.

A magyar-országi arányok azonban 2011 óta a nők körében 1%-os, a férfiak körében pedig 27%-os csökkenést mutatnak. Míg a férfiak esetében mért 27%-os csökkenés össz-hangban van az ugyanebben az időszakban tapasztalt uniós tendenciával, a nők esetében az uniós átlag 2011 és 2021 között 4%-kal nőtt.

2022-ben Magyarországon a rákos megbetegedések ötéves gyakorisága 100 000

főre vetítve 1906 eset volt, ami megközelíti az uniós átlagot. [3. ábra] 2010 és 2020 között az életük során rákkal diagnosztizáltak gyakorisága (életprevalencia) Magyarországon 28%-kal, az EU-ban pedig 24%-kal nőtt. Ez a növekedés rávilágít arra, hogy egyre fontosabb összpontosítani az életminőségre és a túlélésre, mivel az emberek hosszabb ideig élnek rákkal, és egyre többek kórtörténetében szerepel a betegség.

3. ábra: 2022-ben Magyarországon a rák ötéves prevalenciája megközelítette az uniós átlagot (Forrás az ismertetett szakdokumentum)



Források: IARC Globocan adatbázis 2024; EURO CARE-6 tanulmány (De Angelis et al., 2024)

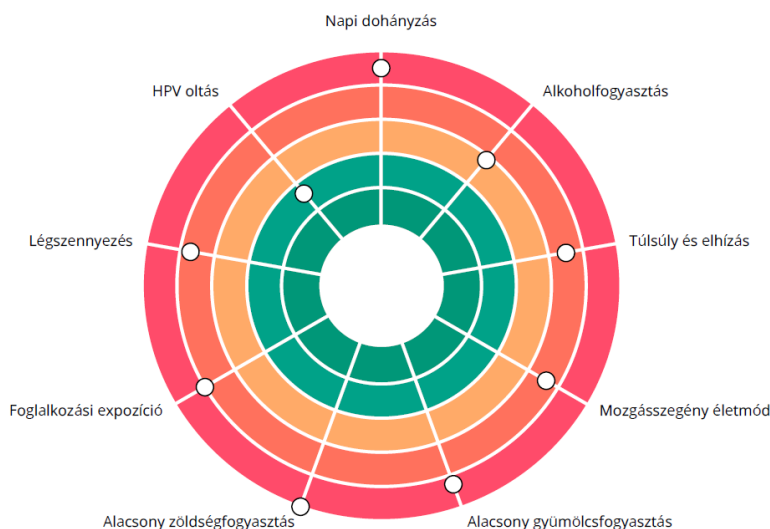
KOCKÁZATI TÉNYEZŐK

A kockázati tényezők magyarok körében tapasztalható előfordulási gyakorisága jelentős mértékben hozzájárul a rákos megbetegedések jelentette teherhez. Magyarország az EU országokhoz képest gyengébben teljesít több kockázati tényező, köztük a túlsúly vagy az elhízás, a mozgásszegény életmód, az alacsony gyümölcs- és zöldségfogyasztás, a foglalkozási expozíció, a légszennyezés és a napi dohányzás tekintetében. [4. ábra]

2022-ben Magyarországon több kockázati tényező továbbra is elterjedtebb volt a 15 évesek körében az uniós átlaghoz képest. [5. ábra] A dohányzás előfordulási gyakorisága a serdülők körében lényegesen magasabb (30%), mint az uniós átlag (17%). Hasonlóképpen a magyar 15 évesek magasabb hányada (38%) számolt be ittasságról, mint az uniós átlag (23%). A

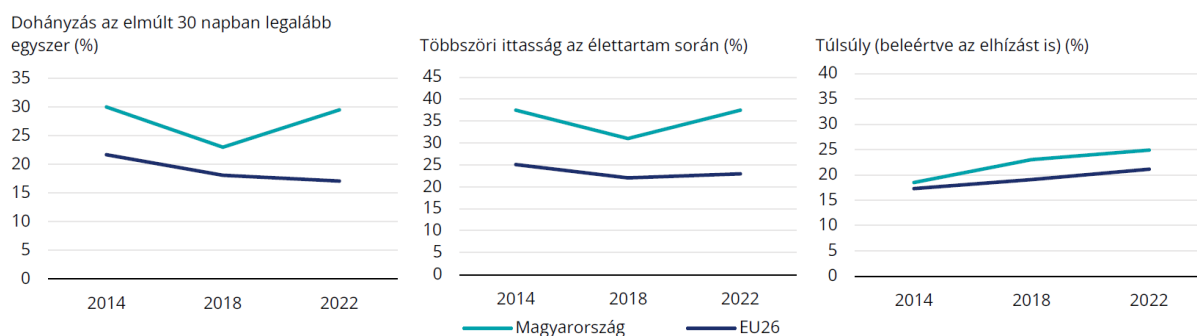
dohányzásról és az ittasságról beszámoló serdülők aránya 2018 óta növekvő tendenciát mutat Magyarországon (akkoriban 23%-uk számolt be dohányzásról, 31%-uk pedig ittasságról). A COVID-19 világjárvány részben magyarázhatja ezt a mintázatot. A túlsúly aránya folyamatosan nőtt a serdülők körében: míg 2014-ben a 15 éves magyaroknak csupán 19%-a volt túlsúlyos, 2022-re ez az arány 25%-ra emelkedett. Bár ez a növekedés megfelel az uniós tendenciának, 2022-ben a túlsúly a magyar 15 évesek körében gyakoribb volt az uniós átlaghoz (21%) képest. A nem megfelelő táplálkozás hozzájárul a túlsúlyhoz és az elhízáshoz. Magyarországon a 15 évesek 24%-a fogyasztott naponta gyümölcsöt (szemben a 30%-os uniós átlaggal), és 27%-a fogyasztott naponta zöldséget (szemben az EU-ban mért 34%-kal).

4. ábra: Magyarország számos rákkockázati tényező tekintetében az uniós országok alsó harmadába tartozik (Forrás az ismertetett szakdokumentum)



Megjegyzések: Minél közelebb helyezkedik el a pont a középponthez, annál jobban teljesít az adott ország a többi uniós országgal összevetve. Egyik ország sincs a fehér „célterületen” belül, mivel minden országban van még hová fejlődni minden téren. A légszennyezést a 2,5 mikrométernél (PM2,5) kisebb átmérőjű lebegő részecskékben mérik. Források: Az OECD számításai a 2022. évi EU-SILC felmérés alapján a túlsúlyra, az elhízásra, a testmozgásra, valamint a gyümölcs- és zöldségfogyasztásra vonatkozóan (felnőttek esetében); Eurofound-felmérés a foglalkozási expozícióra vonatkozóan; az OECD dohányzásra, (felnőttkori) alkoholfogyasztásra és légszennyezésre vonatkozó egészségügyi statisztikái; valamint a WHO a humán papillomavírus (HPV) elleni védőoltás tekintetében (15 éves lányok).

5. ábra: A kockázati tényezők 15 évesek körében mért előfordulási gyakorisága kedvezőtlen tendenciákat mutat Magyarországon (Forrás az ismertetett szakdokumentum)



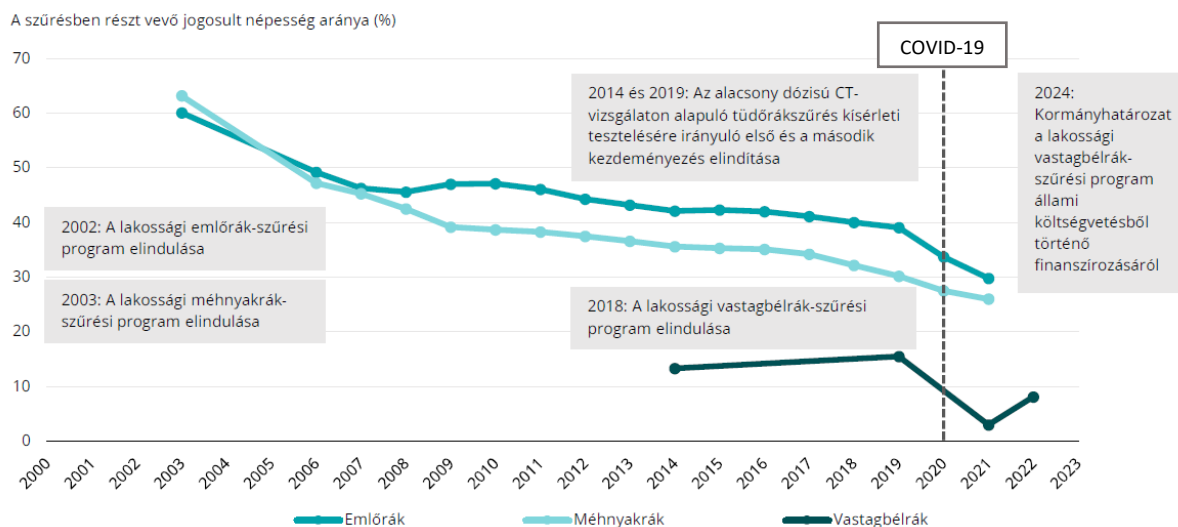
Megjegyzések: az uniós átlag nem súlyozott. Az adatok a 2022-es évre és 15 éves gyermekekre vonatkoznak. Forrás: Health Behaviour in School Aged Children survey (az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartására vonatkozó felmérés).

SZŰRÉSEK

Az emlő-, méhnyak- és vastagbélrákra vonatkozó, a kötelező társadalombiztosítás által teljes mértékben fedezett lakossági szűrőprogramokban a részvételi arányok csökkennek. Noha az elmúlt

néhány évben jelentős tényező volt a COVID-19 világjárvány (például az emlőrákszűrésben való részvétel aránya 2019 és 2021 között 39%-ról 30%-ra csökkent), a rendelkezésre álló adatok tartósabb tendenciát tükröznek. [6. ábra]

6. ábra: Magyarországon folyamatosan csökken a szervezett szűrőprogramokban való részvétel (Forrás az ismertetett szakdokumentum)



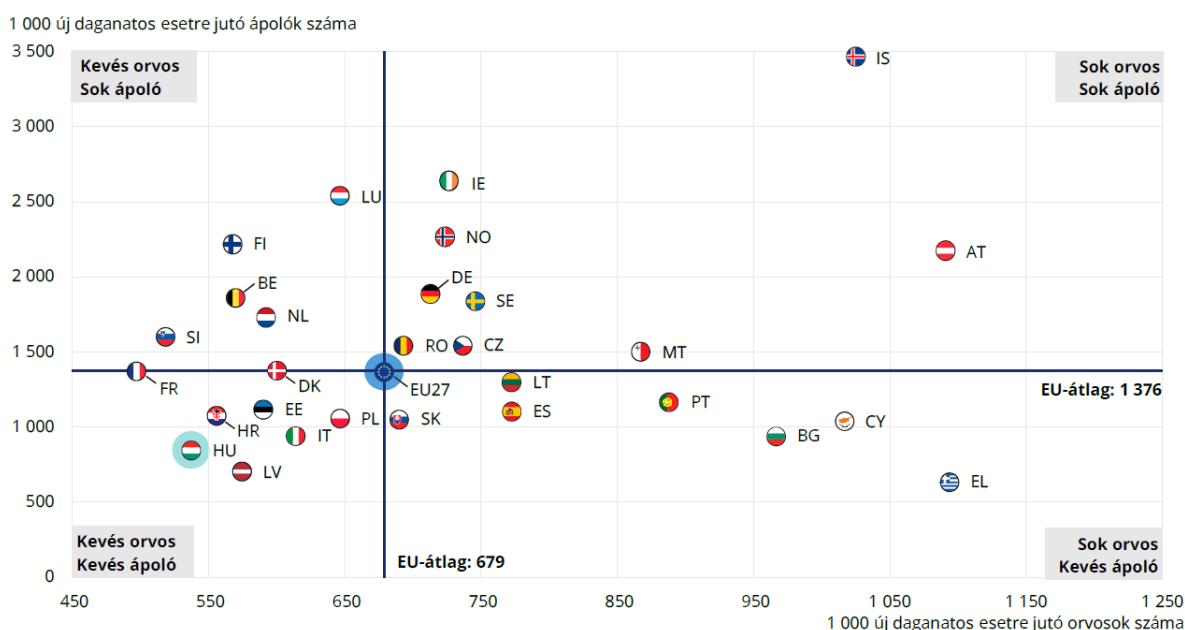
Megjegyzések: Az adatok az előző két évben az 50-69 év közötti nők körében elvégzett mammográfiai szűrésre, az előző három évben a 20-69 év közötti nők körében elvégzett méhnyakrák-szűrésre, valamint az 50-70 éves népesség körében az előző két évben mért vastagbélrák-szűrési lefedettségére vonatkoznak. Az emlőrákra és a méhnyakrákra vonatkozó 2023-as szűrési adatok, valamint a vastagbélrákra vonatkozó 2014-es szűrési adatok felmérési adatokat tükröznek. Az összes többi adat programadat. Forrás: az OECD 2024-es egészségügyi statisztikái.

2006 és 2021 között a szűrőprogramokon való részvétel egyaránt csökkent az emlőrák (a 2006. évi 49%-ról – 39%-os csökkenés) és a méhnyakrák esetében (a 2006-as 47%-ról – 45%-os csökkenés). Ebben a tendenciában szerepet játszik az információhiány, az elégtelen kommunikáció és a nem megfelelő szintű preventív magatartás. Meg kell jegyezni, hogy a tényleges szűrési lefedettség azonban magasabb lehet. Sok magyar nő például a magánegészségügyben esik át méhnyakrákszűrésen. Adatok támasztják alá, hogy az emlőrákszűrési program által megcélzott nők mintegy 30%-a veti alá magát diagnosztikai célú mammográfiai vizsgálatnak állami vagy magánellátásban.

ELLÁTÁS

Magyarországon kevés az orvos (1 000 új rákos megbetegedésre 538) és az ápoló (845/1 000). Ezek az arányok alacsonyabbak az uniós átlagánál (1 000 főre jutó 679 orvos és 1 376 ápoló. [7. ábra] Az onkológiai szakemberek esetében az ország nem megfelelő földrajzi eloszlásról és a radiológusok hiányáról számolt be, ami szűk keresztmetszeteket teremt a képalkotási eljárásokkal végzett vizsgálatok időben történő értékelése terén. 2024-ben például 242 klinikai onkológus volt a fővárosban nyilvántartásba véve, ami az országon belül e szakterületre engedéllyel rendelkező összes (629) szakember 38%-a.

7. ábra: Magyarországon az új rákos megbetegedések számához képest kevés az ápoló és az orvos részvétel (Forrás az ismertetett szakdokumentum)

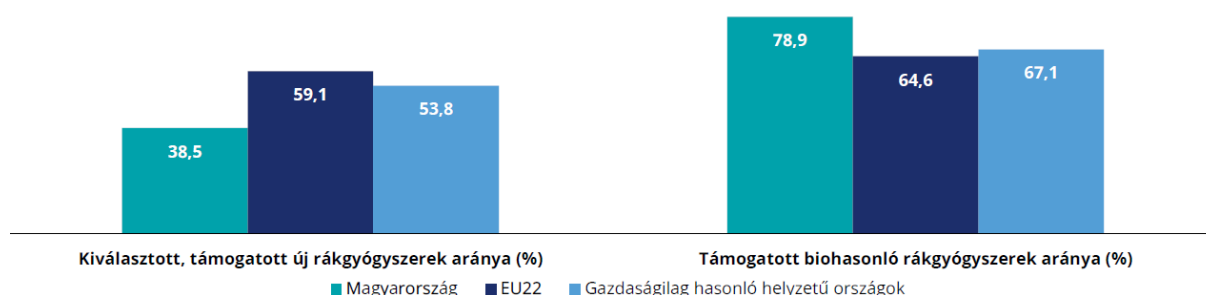


Megjegyzések: Az ápolókra vonatkozó adatok magukban foglalják az ápolók valamennyi kategóriáját (nem csak azokat, amelyek megfelelnek a szakmai képesítések elismeréséről szóló uniós irányelvnek). Az adatok a gyakorló ápolókra vonatkoznak, kivéve Portugáliát és a Szlovák Köztársaságot, ahol a szakmailag aktív ápolókra vonatkoznak. Görögország esetében az ápolók száma alulbecsült, mivel csak a kórházi dolgozókat tartalmazza. Portugáliában és Görögországban az adatok a praktizálásra engedéllyel rendelkező valamennyi orvosra vonatkoznak, ami a gyakorló orvosok számának jelentős túlbecslését eredményezi. Az uniós átlag nem súlyozott. Forrás: az OECD 2024-es egészségügyi statisztikái. Az adatok 2022-re vagy a legutolsó rendelkezésre álló évre vonatkoznak.

Az uniós szabályozó hatóságok által jóváhagyott gyógyszereket viszonylag gyorsan engedélyezik Magyarországon. Az új gyógyszerek állami támogatási rendszerbe való integrálása azonban hosszabb időt vehet igénybe. Jelentős klinikai előnnyel járó rákgyógyszerek (emlő- és tüdőrák elleni gyógyszerek) egy mintáján az államilag támogatott javallatok aránya 38,5%

volt, ami alacsonyabb, mint a Magyarországhoz gazdaságilag hasonló helyzetű országok átlaga (54%), és mint az uniós átlag (59%). Ugyanakkor Magyarországon magasabb volt az államilag támogatott biohasonló rákgyógyszerek aránya (79%), mint a gazdaságilag hasonló helyzetű országok (67%) vagy az EU átlaga (65%). [8. ábra]

8. ábra: Magyarországon a támogatott biohasonló gyógyszerek aránya meghaladja az uniós átlagot részvétel (Forrás az ismertetett szakdokumentum)



Megjegyzések: Az elemzés egy 10 új, elemző- és tüdőrák elleni, jelentős klinikai előnnyel járó gyógyszer 13 javallatából álló mintára, valamint három rákgyógyszer (bevacizumab, rituximab, trastuzumab) tizenkilenc biohasonló megfelelőjére terjed ki, amelyek 2023. március 26-án az Európai Gyógyszerügynökség által kiadott aktív forgalombahozatali engedéllyel rendelkeztek. Az adatok a 2023. április 1-jén nyilvános állami támogatási listán szereplő javallatok vagy biológiaiailag hasonló gyógyszerek arányát mutatják. A gazdaságilag hasonló helyzetű országok alatt a vásárlóerő-paritáson számított, egy főre jutó 2022. évi GDP-n alapuló tercilis klaszterek értendők. HU esetében a gazdaságilag hasonló helyzetű országok BG, EE, EL, HR, LV és PT. Az uniós átlag nem súlyozott. Forrás: Hofmarcher, Berchet és Dedet (2024): „Access to oncology medicines in EU and OECD countries”, in: EOC Health Working Papers 170, OECD Publishing, Párizs, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

Az Európai Gyógyszerügynökség által 2011 és 2020 között engedélyezett 51 rákgyógyszer 124 javallata alapján Magyarországon 37 hónapos medián várakozási időről számoltak be, ami a visegrádi országok között a legmagasabb érték.

2011 és 2022 között Magyarországon nőtt a CT-szkennerek száma (az 1 000 000 lakosra jutó 7-ről 11-re), csakúgy, mint a mágneses rezonanciás képalkotó egységeké (MRI; az 1 000 000 lakosra jutó 3-ról 6-ra) és a pozitronemissziós tomográfiás (PET) szkennereké (az 1 000 000 lakosra jutó 0,4-ről 1-re). Ezek a számok azonban továbbra is következetesen elmaradnak az

uniós átlagától (1 000 000 lakosra jutó 26 CT-szkennerek, 18 MRI-egység és 2 PET-szkennerek).

A Nemzeti Rákregiszter népességalapú adatainak három egymást követő időszakot összehasonlító közelmúltbeli elemzése azt mutatta, hogy 2005 és 2017 között némileg javult az ötéves nettó túlélés a magyar rákbetegek körében. [9. ábra] A standardizált ötéves nettó túlélés a becslések szerint valamelyest javult a rák azon előfordulási helyei (tüdő 2%, vastagbél 5% és emlő 1%) esetében, amelyek a legmagasabb halálozási arányokért felelősek Magyarországon.

9. ábra: A magyar rákbetegek öt éves túlélési aránya 2005–2009 és 2015–2017 között némileg javult részvétel (Forrás az ismertetett szakdokumentum)

Mikor diagnosztizálták a betegséget					
	Prosztatarák	Emlőrák	Méhnyakrák	Vastagbélrák	Tüdőrák
2005-09	81%	79%	59%	52%	23%
2010-14	81%	79%	55%	55%	20%
2015-17	83%	80%	60%	57%	25%

Forrás: nemzeti szakértők által szolgáltatott adatok.

Bár szórványos kezdeményezések igyekeztek mutatókat gyűjteni az ellátás minőségére vonatkozóan a rákellátás terén, Magyarországon továbbra is korlátozottak a minőség nyomon követésére irányuló országos erőfeszítések. Hasonlóképpen alulfejtett a kimenetekre és a rákos betegek kezelés során szerzett tapasztalataira vonatkozó teljesítménymutatók gyűjtése.

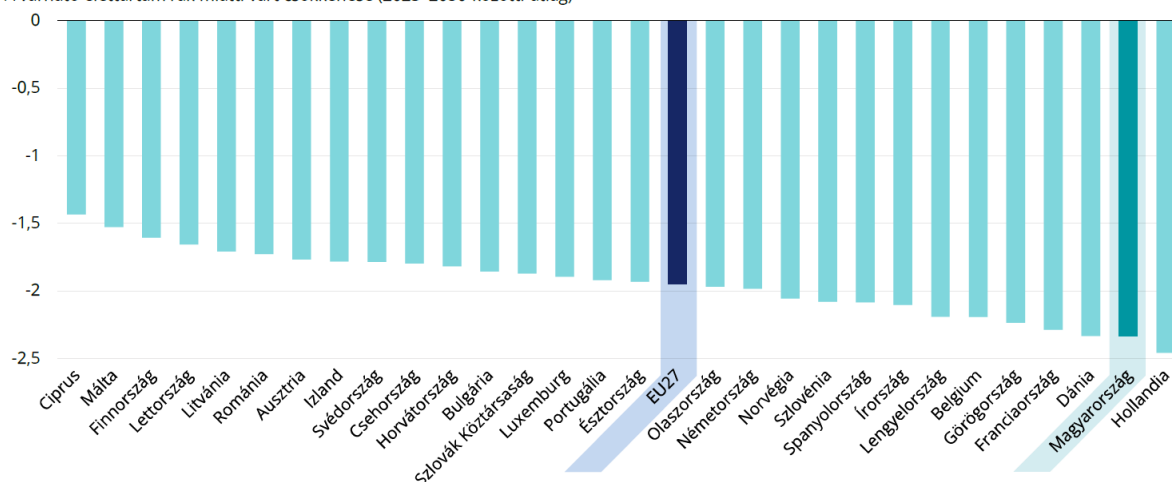
KILÁTÁSOK

Az OECD előrejelzése szerint Magyarországon 2023 és 2050 között a rák várhatóan átlagosan 2,3 évvel csökkenti a

várható élettartamot a rák nélküli forgatókönyvhöz képest. Ez a szám meghaladja az uniós átlagot (2 év). [10. ábra] Ezenkívül a rák a kapcsolódó tünetek és a kezelések mellékhatásai miatt jelentősen negatív hatással van a lakosság mentális egészségére, valamint kihat a mindennapi életre, a társadalmi szerepekre és a munkára. Az OECD szerint Magyarországon a rák miatt várhatóan sokkal magasabb lesz a depressziós ráta, standardizáltan 100 000 főre vetítve évente további 22 esettel. Portugália, a Szlovák Köztársaság, Észtország és Görögország után ez az ötödik legmagasabb érték az EU országai között.

10. ábra: Az előrejelzések szerint 2023 és 2050 között az EU-n belül Magyarországon lesz az egyik legkedvezőtlenebb hatással a rák a várható élettartamra (Forrás az ismertetett szakdokumentum)

A várható élettartam rák miatti várt csökkenése (2023–2050-közötti átlag)



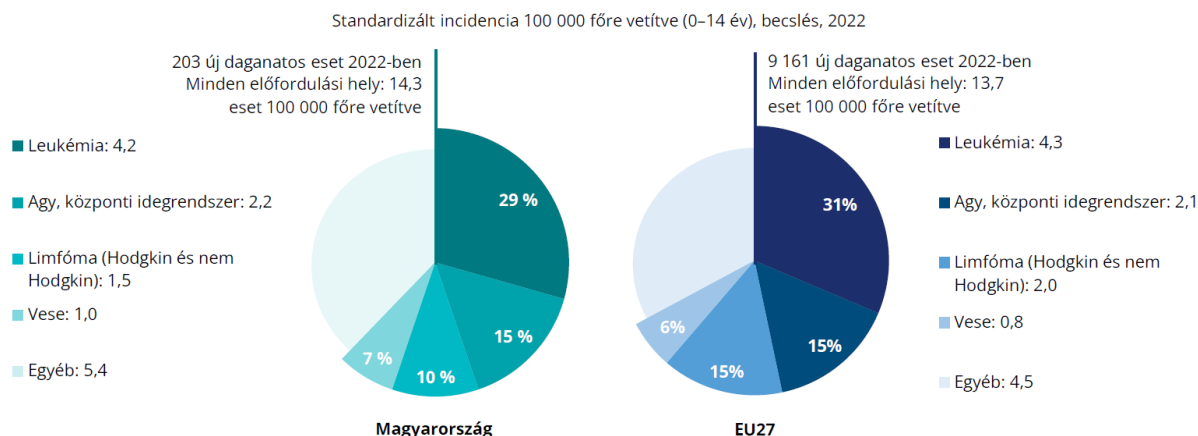
Megjegyzés: az uniós átlag nem súlyozott. Forrás: OECD (2024): Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Párizs, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

REFLEKTORFÉNYBEN A GYERMEKKORI RÁK

Az Európai Rákinformációs Rendszer becslései szerint Magyarországon 2022-ben 203 gyermeknél és 15 év alatti serdülőnél diagnosztizáltak rákot. 2022-ben Magyarországon a 0–14 évesek körében 100 000 gyermekre vetítve 14,3 volt az új megbetegedések száma (incidencia), szemben az EU-27 13,7-es értékével. [11. ábra] Magyarországon a fiúk körében ez az adat kissé magasabb, mint a lányok körében, ami tükrözi az uniós mintát.

A leggyakoribb daganatcsoportok a leukémia, 100 000 gyermekre jutó 4,2 esettel (29%), az agyat és a központi idegrendszert érintő daganatos megbetegedések, amelyek esetében 100 000 főre 2,2 eset jut (15%), a limfóma, 100 000 főre 1,5 esettel (10%) és a vesedaganatok, 100 000 főre 1 esettel (7%). Az Eurostat szerint 2021-ben Magyarországon magasabb volt a halálozási arány, mint az EU-ban: a 100 000 gyermekre jutó hároméves átlagos mortalitás 2,7 volt, míg az EU-ban 100 000 gyermekre 2,1.

11. ábra: Magyarországon a gyermekek körében valamivel magasabb a rákos megbetegedések incidenciája, mint az EU-ban



Megjegyzések: A 2022-re vonatkozó becslések az előző évek előfordulási tendenciáin alapulnak, és eltérhetnek az elmúlt években megfigyelt arányokból. Az összes eset a nem-melanómás bőrrák kivételével magában foglalja a daganatok összes előfordulási helyét. Forrás: európai rákinformációs rendszer (ECIS) a rákos megbetegedések incidenciáját illetően, a <https://ecis.jrc.ec.europa.eu> oldalról, a hozzáférés dátuma: 2024. március 10. © Európai Unió, 2024.

AJÁNLÁS

Mint közismert, Magyarországon kimagaslóan nagy terhet jelentenek a rosszindulatú daganatos betegségek. Az ismertetett

tanulmány nemcsak a rákbetegségekkel és az ellátásukkal kapcsolatos adatokat ismerteti, hanem a nemzetközi viszonylatban is jelentős probléma okait is megkísérli feltárni.

HIVATKOZÁSOK

OECD/European Commission (2025): Rákügyi országprofil: Magyarország 2025, Uniós rákügyi országprofilok, OECD Publishing, Párizs, <https://doi.org/10.1787/23a4c260-hu>

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József

Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr;
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged

vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 02. 11.

Elfogadva: 2025. 02. 11.

Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.

RECENZÍÓK

Könyvismertetés: Demográfiai portré. Kisgyermek egészségügyi állapota és Halandóság

Book review: Demographic portrait. Health status of young children and Mortality

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.18360](https://doi.org/10.58701/mej.18360)

Ismertetett könyv: Monostori J., és Őri, P. (szerk.) (2024) Demográfiai Portré 2024. Jelentés a magyar népesség helyzetéről. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest. ISSN 2630-8894. <https://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaiportre/issue/view/613>. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 34(8), e14708. <https://doi.org/10.1111/sms.14708>

Kulcsszavak: kisgyermek; egészségügyi állapot; halálozás; Magyarország

Keywords: young children; health status; mortality; Hungary

BEVEZETŐ

A KSH Népeségtudományi Kutatóintézet hatodik alkalommal jelentette meg a 2009-ben útjára indított Demográfiai portrét, amelyet három évente publikálnak. A kötet célja a magyarországi népesedési folyamatok átfogó bemutatása. A korábbiakhoz hasonlóan ez a tanulmánykötet is tudományos elemzésekkel megalapozott ismereteket és összefüggéseket mutat be, röviden és közérthetően, ábrákkal és táblázatokkal illusztrálva. A célközönség, a szűkebb szakmai közeg mellett a szakpolitikusok, a felsőfokú képzésben oktatók és hallgatók, valamint a demográfiai kérdések iránt érdeklődő laikus olvasóközönség.

A tanulmánykötet tíz fejezete a Magyarország következő demográfiai jellemzőit tárgyalja:

- Házasság, élettársi kapcsolat,
- Válás,
- Gyermekvállalás,

- Kisgyermek egészségügyi állapota,
- Családtámogatás, női munkavállalás,
- Idősödés,
- Együttélési formák, családtípusok,
- Halandóság, Nemzetközi vándorlás,
- A népesség száma és szerkezete.

Az alábbiakban két, az egészséggel szoros kapcsolatban álló területről készített tanulmány legfontosabb megállapításait szöveghűen mutatjuk be.

BOROS JULIANNA ÉS VEROSZTA ZSUZSANNA: KISGYERMEKEK EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTA

Főbb megállapítások

- Az országos védőnői statisztika szerint a 2022-ben született gyermekek 7%-a volt koraszülött, 2%-a méhen belüli növekedési elmaradással, 2%-a pedig fejlődési rendellenességgel született.

- A 2018–19-ben született fiú csecsemők átlagos születési súlya 3,4 kg, a lányoké 3,3 kg. A születéskor mért átlagos testhossz a fiúk esetében 52,3 cm, a lányok esetében 51,6 cm. A hároméves korban gyűjtött adatok szerint a fiúk átlagsúlya 15,1 kg, átlagmagasságuk 99,2 cm. A hároméves lányok átlagsúlya 14,6 kg, magassága 98,4 cm.
- A fél- és hároméves kor közötti gyermekek általános egészségi állapotát az anyák több mint 90%-a jónak értékeli. Az európai szinten mért értékek hasonlóan magasak és összefüggést mutatnak a család társadalmi helyzetével.
- Fél- és másfél éves kor között a krónikus betegségek közül az ekcéma, az ételallergia és az asztma előfordulása a leggyakoribb, 5–7%-os arányú. Az akut betegségek közül az első másfél évben a nátha (megfázás), a torokgyulladás, a vírusos hányás, hasmenés és a hörghurut érintette a legtöbb gyermeket.
- A magyarországi gyermekek 71%-a vett részt valamilyen szakorvosi vizsgálaton születésétől hároméves koráig. A leggyakoribb az ortopéd szakorvossal (39%), gyógytornásszal (25%) és fül-orr-gégész szakorvossal (24%) történt konzultáció. A Magyarországon élő gyermekek átoltottsága a kötelező védőoltások tekintetében szinte 100%-os. A gyermekek 73%-a emellett hároméves koráig egy vagy több nem kötelező védőoltást is megkapott.
- A 2022-ben egyéves kort elért csecsemők fejlődésének védőnői szűrése alapján a leggyakoribb probléma a testi fejlődés elmaradása a korosztályos átlagtól (9%). Mozgás-fejlődési elmaradást az egyéves gyermekek 4%-ánál észleltek. A hároméves kori szűrések során a társas készségek fejlődése terén mért elmaradás a gyermekek 6%-át érintette és 9,5%-os arányban jelentek meg a beszédfejlődési nehézségek, amelyek öt éves korban már 10 százalékos gyakorisággal voltak jelen.
- Európában a statisztikák alapján az első három hónapban 60, az első félévben 47%-os a csecsemők szoptatási aránya.
- Magyarországon a gyermekek 10%-át nem szoptatták, 36%-uk maximum fél éves koráig kapott anyatejet, ugyanakkor a másfél éves kor után is szoptatott gyermekek aránya 23%-os.
- A szoptatott időszak átlagos hossza a magyar gyermekek esetében 11,3 hónap. Átlagosan hosszabb ideig kapnak anyatejet az idősebb, házasságban élő, diplomás anyák gyermekei.
- A tápszer bevezetésének gyakorisága az első félévben közel 60%-os. A hozzátáplálás Magyarországon leggyakrabban almával kezdődik.
- A cukrozott üdítőitalok túl gyakori fogyasztása a 3 évesek csaknem harmadát érinti, a sós rágcsálnivalók túlzott mértékű fogyasztása a gyermekek ötödére jellemző. A gyorsételek fogyasztása a 3 éves gyermekek 5%-át érinti. 3 éves korban az ajánlott napi két fogmosást csak a gyermekek 53%-a végzi el.

BÁLINT LAJOS: HALANDÓSÁG

Főbb megállapítások

- A magyar népesség születéskor várható élettartama az egyik legalacsonyabb az Európai Unióban. A COVID-19 járványt megelőző évtizedben a női népesség élettartam javulása elmaradt az Uniós átlagtól, a korábban tapasztalt felzárkózás megtorpant.

- Magyarországon a halálokok összetétele eltér a fejlett mortalitásprofilú országokétól. Hazánkban lényegesen magasabb a keringési rendszer megbetegedései okozta halálozás.
- Az élettartam-különbségekben meghatározó szerepet játszó vezető halál-okok szintje lényegesen meghaladja az Európai Unió országok átlagát, illetve magasabb a Visegrádi Együttműködés országaiban tapasztaltnál is.
- A járványt megelőzően a keringési rendszer megbetegedései okozta halálozás standardizált rátája mindkét nemnél legalább a kétszerese volt az Unió átlagnak, 30–40%-kal meghaladta a cseh és a lengyel értéket, és 25%-kal felülmúlta a szlovák halálozás szintjét is.
- A magyar nők daganatos halálozása 2013-óta a legmagasabb az Európai Unióban, és a férfiaké is a legmagasabbak közé tartozik. A döntően dohányzáshoz kapcsolódó légcső-, hörgő- és tüdő rosszindulatú daganatai okozta halálozás mindkét nemnél a legmagasabbak az Európai Unióban. Magyarország továbbra is élen jár az emésztőrendszeri megbetegedések okozta mortalitásban. Az alkoholos eredetű halálozás továbbra is súlyos népegészségügyi probléma.
- A COVID-19 járvány első évében, 2020-ban a születéskor várható élettartam az európai átlagnál valamivel kisebb mértékben csökkent Magyarországon (a férfiaknál 0,8, a nőknél 0,7 évvel). 2021-ben drámai mértékű mortalitási sokk érte a kelet-európai társadalmakat. A magyar férfiak élettartama 2,4 évvel, a nők 1,9 évvel volt alacsonyabb, mint 2019-ben. 2022-ben a járvány hatásai mérséklődtek, a születéskor várható élettartamok jelentős mértékben javultak, de a legtöbb Európai Unió országához hasonlóan Magyarországon sem érték el a járvány előtti szintet. Magyarországon a halálozási esetszámok növekedése, valamint az élettartamokban tapasztalt veszteség túlnyomórészt, de nem kizárólagosan a COVID-19 okozta halálozásokkal volt kapcsolatos.
- Egyes halál- és főcsoportoknál megfigyelhető a halálozási ráták szignifikáns növekedése. A férfiaknál az emésztőrendszeri, az endokrin, a táplálkozási- és anyagcserebetegségek, valamint 2020-ban és 2021-ben a keringési rendszer okozta halálozás növekedését tapasztaltuk, a nőknél a fertőző- és az endokrin, a táplálkozási- és anyagcserebetegségekénél volt hasonló tapasztalható.
- A járvány által okozott élettartam-veszteség településtípusonként eltért. A nőknél a települési hierarchia alapján, kisebb városokban, községekben volt magasabb az élettartam csökkenés 2019 és 2021 között. A férfiaknál a községekben élőkénél figyelhető meg kisebb veszteség. A megyei jogú városokban a 30 éves életkorban várható élettartamok 2022-re elérték a járvány előtti szintet.
- 30 éves életkorban a megyei szintű várható élettartamok csökkenése gyenge kapcsolatot mutatott az élettartamok 2019-es kezdeti szintjeivel. Sőt, 2020-ban a férfiaknál ez a kapcsolat negatív előjelű, ami a járvány terjedésében kulcsfontosságú térbeli interakcióknak, a magas élettartamú, ingázásban érintett nyugati megyék nagyobb érintettségének volt köszönhető.

AJÁNLÁS

A népegészségügy iránt érdeklődő szakemberek tájékozottságát bővítik a lakos-

ság egészségéről készített elemzések.¹ A Demográfiai portré tanulmánykötetének két, egészségre vonatkozó fejezete friss információkat foglal össze főként a szakemberek számára. A bemutatott főbb

megállapítások gyors tájékozódásra alkalmasak, de az elemzések részletesebb eredményeinek megismeréséhez érdemes a fejezeteket áttanulmányozni.

HIVATKOZÁSOK

Monostori J., és Őri, P. (szerk.) (2024) Demográfiai Portré 2024. Jelentés a magyar népesség helyzetéről. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest. ISSN 2630-8894.
<https://demografia.hu/kiadvanyokonline/index.php/demografiaipotre/article/view/2876>

Vitrai, J. (2024a). Szakdokumentum: Hazai Egészségpillanatkép, 2024: A magyar lakosság egészségvesztései a Global Burden of Disease Study 2021 adatai alapján. Multidiszciplináris Egészség és Jólét, 2(3), 17-20.
<https://doi.org/10.58701/mej.16530>

Vitrai, J. (2024b). Szakdokumentum: Halálozás Magyarországon 2023: Keresztmetszeti és időbeli elemzés a 2023-ban elérhető adatok alapján. Multidiszciplináris Egészség és Jólét, 2(1), 24-27.
<https://doi.org/10.58701/mej.14091>

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr;
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 02. 13.

Elfogadva: 2025. 02. 13.

Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

¹ A magyar lakosság egészségéről készített elemzések a MEJ korábbi lapszámai is megtalálhatók. Példaként a legfrissebbek: Vitrai, 20024a,b

SZAKMAI HÍREK

Rövid hírek a nagyvilágból

Short news from around the world

Szerző: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.18412](https://doi.org/10.58701/mej.18412)

Kulcsszavak: egészségfejlesztés; digitalizáció; népegészségügy; élelmiszermarketing; WHO

Keywords: health promotion; digitalization; public health; food marketing; WHO

A WHO közleménye az Egyesült Államok visszavonulási szándékának bejelentésével kapcsolatban

Mint ismeretes, Donald Trump amerikai elnök 2025. január 20-án, második elnöki ciklusának első napján aláírta azt a végrehajtási rendeletet, amely elindítja az Egyesült Államok kilépését az Egészségügyi Világszervezetből (WHO). Döntését azzal indokolta, hogy a WHO nem megfelelően kezelte a COVID-19 világjárványt és más nemzetközi egészségügyi válságokat, valamint nem hajtott végre szükséges reformokat, és politikai befolyásoltágnak van kitéve.

„Az Egészségügyi Világszervezet sajnálattal veszi tudomásul azt a bejelentést, hogy az Amerikai Egyesült Államok ki kíván lépni a szervezetből.

A WHO döntő szerepet játszik a világ népeinek, köztük az amerikaiak egészségének és biztonságának védelmében, azáltal, hogy a betegségek kiváltó okait kezeli, erősebb egészségügyi rendszereket épít ki, valamint felderíti, megelőzi az egészségügyi vészhelyzeteket, beleértve a járványkitöréseket, és reagál azokra, gyakran olyan veszélyes helyeken, ahová mások nem mehetnek.

Az Egyesült Államok 1948-ban alapító tagja volt a WHO-nak, és azóta 193 másik tagállammal együtt részt vesz a WHO munkájának alakításában és irányításában, többek között az Egészségügyi Világközggyűlésben és a Végrehajtó Testületben való aktív részvételével. A WHO és az USA több mint hét évtizede számtalan életet mentett meg, és védte meg az amerikaiakat és minden embert az egészségügyi veszélyektől. Együtt vetettünk véget a himlőnek, és együtt vittük a gyermekbénulás felszámolásának küszöbére. Az amerikai intézmények hozzájárultak a WHO-tagsághoz, és hasznot húztak belőle.

Az Egyesült Államok és más tagállamok részvételével a WHO az elmúlt 7 évben története legnagyobb reformját hajtotta végre, hogy átalakítsa elszámoltathatóságát, költséghatékonyságát és az országokban kifejtett hatását. Ez a munka folytatódik.

Reméljük, hogy az Egyesült Államok átgondolja a dolgot, és várakozással tekintünk a konstruktív párbeszéd folytatása elé, hogy az USA és a WHO közötti partnerséget a világ több millió emberének egészsége és jóléte érdekében fenntartsuk.” ([Eredeti szöveg](#))

Az „Együtt az európai egészségügyért – stratégiai irányvonalak és fellépések a népegészségügy érdekében” című konferencia a lengyel elnökség egyik első jelentős eseménye

A [konferencia](#) fő témái az innovatív egészségügyi megoldások, az egészségfejlesztés, a betegségmegelőzés, a mentális egészség támogatása és a digitalizáció terén szerzett tapasztalatok, kihívások és lehetőségek voltak.

Az Európai Unió országainak egészségügyi miniszterei, szakértők és gyakorlati szakemberek tapasztalatot cseréltek és megvitatták a népegészségügy legfontosabb kihívásait, beleértve a betegségmegelőzést és az egészségfejlesztést. A konferencia egyik fő témája a **gyermek és fiatalok egészségnevelése** volt. A résztvevők megvitatták a függőség, az elhízás és az új technológiákkal való visszaélés elleni hatékony stratégiákat. A szakértők hangsúlyozták az iskolák szerepét az egészséges magatartás népszerűsítésében, és kiemelték, hogy rendszerszintű megközelítésre van szükség az iskolák, a szülők, a nem kormányzati szervezetek és a támogató intézmények bevonásával.

„A betegségmegelőzésnek és az egészségfejlesztésnek az európai egészségügyi rendszerek sarokkövévé kell válnia. Csak akkor építhetünk egészségesebb Európát, ha a betegségmegelőzésre összpontosítunk, ha támogatjuk az egészségnevelést, és ha a megelőzést és a népegészségügyet az orvosi kezeléssel egyenrangú prioritássá tesszük.” (Izabela Leszczyna lengyel egészségügyi miniszter)

Egy másik fontos téma volt a **gyermek és fiatalok mentális egészsége**, különösen a digitalizáció hatásainak összefüggésében. A résztvevők megvitatták a cyberbullying, a félretájékoztatás kockázatait és az új technológiáknak a fiatalok mentális jólétére gyakorolt hatását. Kie-

melték, hogy bizonyítékokon alapuló szakpolitikákra van szükség a gyermekek és fiatalok digitalizáció negatív hatásaitól való védelme érdekében. Kiemelték továbbá az oktatás és az egészségtudatosság szerepét a kockázatok leküzdésében.

SANT: az Európai Parlament megerősíti a népegészségügyi állandó bizottságot

A SANT, az EP Állandó Népegészségügyi Albizottság, amely korábban az EP Környezetvédelemért, Népegészségügyért és Élelmiszerbiztonságért Felelős Bizottság (ENVI) alá tartozott, önálló törvényhozási bizottsággá vált.

A SANT nagyobb hatáskörrel rendelkezik a népegészségügyi jogszabályok kialakításában és befolyásolásában, és tagsága 30-ról 43 tagra bővül. A bizottság anélkül vitathatja meg, módosíthatja és véleményezheti az egészségüggyel kapcsolatos szakpolitikákat, hogy az ENVI bizottság szélesebb körű prioritásait veszélyeztetté.

A SANT célzott megbízatása lehetővé teszi, hogy agilisan és hatékonyan foglalkozzon a legsürgetőbb egészségügyi kérdésekkel. Ugyanakkor az EP más érintett bizottságaival és biztosokkal való nyílt együttműködés lehetővé teszi az "Egy az egészség" megközelítés fenntartását.

„Egy egyre bizonytalanabb világban nagyobb autonómiát kell biztosítanunk a gyógyszerek és egyéb egészségügyi erőforrások tekintetében, gyorsabb felismerést és felkészültséget a jövőbeli egészségügyi válságokra, valamint vezető szerepet kell vállalnunk az egészségügyi innovációban a betegek, de az EU versenyképessége érdekében is. Csökkenteni kell az egészség egyenlőtlenségeket, mind az uniós országok között, mind az EU-n belül, a sűrűn urbanizált területek és a kisebb városok, vidéki vagy távoli területek között. Mindig megismétlem: az egészség a DNS-kódtól függ, de az EU-ban nem

függhet az irányítószámtól.” jelentette ki a SANT elnöke, [Adam Jarubas](#) (EPP, Lengyelország

Ursula von der Leyen elnök asszony és az új biztosi testület jelezte, hogy az EU egészségügyi uniójának kiteljesítésén kíván dolgozni, de komoly partnerre van szükség, amely megfelelő demokratikus felhatalmazással. Ez indokolja egy független, jogalkotó, önálló Népegészségügyi Bizottság létrehozását.

Többre van szükség ahhoz, hogy megvédjük a gyermekeket a káros élelmiszer-marketingtől

A WHO/Európai Irodájának új iránymutatása segíti a tagállamokat a kérdéssel kapcsolatos jogalkotási intézkedések kialakításában

A WHO „[A gyermekek védelme az egészségtelen élelmiszer-marketinggel szemben](#)” című jelentése rávilágít arra, hogy a nagy

energiatartalmú, erősen feldolgozott élelmiszerek forgalmazása hogyan befolyásolja a gyermekek fogyasztási szokásait, és hogyan ássa alá az egészséges táplálkozást. A jelentés megállapítja, hogy nagyon kevés országban van jogilag kötelező erejű jogszabály az egészségtelen élelmiszerek marketingjének korlátozására.

A WHO kulcsfontosságú területeket határoz meg a jogszabályok javítására, beleértve a gyermekek által gyakran látogatott valamennyi médiumra kiterjedő átfogó tilalmat, szilárd élelmiszer-osztályozási rendszereket és egyértelmű végrehajtási mechanizmusokat. Az olyan nemzetközi kötelezettségvállalások, mint az ENSZ emberi jogi keretei, erős alapot jelenthetnek az egészségtelen élelmiszerek és italok marketingje elleni jogi intézkedések meghozatalához.

Ehhez kapcsolódóan a Népegészségügy 3.0 Egyesület hazai [kezdeményezést](#) indított.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A cikk elkészítését a Magyar Tudományos Akadémia Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programja támogatta.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Tanszék, Győr;
MTA-SZTE Egészségfejlesztés Kutatócsoport, Szeged
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 02. 19.
Elfogadva: 2025. 02. 19.
Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.

SZAKMAI HÍREK

Népegészségügy 3.0 – A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület tevékenységei

Public Health 3.0 - Activities of the Association for the Renewal of Hungarian Public Health

Szerző: [Vitrai József](#)

Kulcsszavak: népegészségügy; Egészségfejlesztő Egyetem, élelmiszer-marketing

Keywords: public health; Health Promoting Universities; food marketing

A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesületet különböző szakterületeken tevékenykedő szakemberek csoportja alapította 2020-ban. Jelenleg 15 fős tagsággal működik. Az Egyesület a [Multidiszciplináris Egészség és Jólét](#) (MEJ) folyóirat kiadása mellett számos más kezdeményezés, közös gondolkodás elindításával tesz a hazai népegészségügy fejlesztéséért.

Az Egyesület küldetése

Meggyőződésünk, hogy a teljes és boldog élet elsődleges feltétele az egészség, amelynek eléréséhez a korszerű és hatékony népegészségügy nélkülözhetetlen. A jelentős hazai egészségveszteségek, és azok társadalmi-területi egyenlőtlenségei arra hívják fel a figyelmet, hogy a népegészségügyi problémák kezeléséhez mindezig alkalmazott megoldási módok nem működtek eredményesen és hatékonyan Magyarországon. Ezért egyesületünk célja a hazai népegészségügy elméletének és gyakorlatának új megközelítéssel történő fejlesztése.

TEGYÜNK EGYÜTT A NÉPEGÉSZSÉGÜGY MEGÚJÍTÁSÁÉRT!

Mindenki, aki követi a híreket, értesülhetett arról, hogy a hazai egészségügyi rendszerben jelentős változások történtek, és a jövőben még továbbiak várhatók. Számíthatunk változásokra a népegészségügy területén is, ezért az átalakító döntések megalapozásához az Egyesület egy szakmai koncepció kidolgozását kezdeményezte. A beérkező vélemények, javaslatok alapján véglegesített szakmai koncepciót a tavalyi év végén nyilvánosságra hozták az Egyesület honlapján [„ALAPVETÉSEK AZ EGÉSZSÉG ÉS JÓLLÉT JAVÍTÁSÁHOZ. Fehér könyv a magyar népegészségügy 21. századi megújításáról”](#) címmel.

Az Egyesület a koncepciót 2024.11.22-én az [EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS HOLNAPUTÁN: RENDSZERSZEMLÉLET. PARTICIPÁCIÓ. EGYÜTTMŰKÖDÉS](#) c. konferencián bemutatta. Az elkészült koncepciót eljuttattuk az egészségügyért felelős államtitkár és az országos tisztifőorvos számára, illetve további közel 1000 szakmai e-mail címre.

EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ EGYETEM

A 2023. június 19-én online megrendezett 1. Szakmai Fórumon egyetértés alakult ki abban, hogy a Szakmai Fórum célja az Egészséget és Jólétet előmozdító Egyetemek Hálózata, röviden az EGÉSZJÓL létrejöttének, működésének kezdeményezése és támogatására.

A Szakmai Fórum teret biztosít az egyetemi egészségfejlesztéssel kapcsolatos kihívások és lehetőségek megvitatására, valamint az innovatív gyakorlati megoldások megosztására, a részt vevő szakemberek ezáltal segíteni tudják egymást az egyetemi egészségfejlesztési projektjeik megvalósításában. Az egészségfejlesztő egyetem az egészséget a mindennapi működésbe, az üzleti gyakorlatba és a tudományos munkájukba építik be. Azáltal fokozzák intézményeik sikerét, hogy javítják az egyetemeken élő, tanuló, dolgozók egészségét és erősítik közösségeik ökológiai, társadalmi és gazdasági fenntarthatóságát. Az Egészségfejlesztő Egyetem kezdeményezés az [International Health Promoting Universities and Colleges Network](#) számára készített [Okanagan Chartára](#) épül, amely közös nyelvet, elveket és keretet biztosít az intézmények számára ahhoz, hogy egészséget és jólétet támogató kampusokká váljanak.

A Szakmai Fórum tagjaiból az Egyesület több egyetemet képviselő, 13 tagú Felmérési Munkacsoport alapított, amelynek első feladata szisztematikus áttekintést készíteni az egyetemi egészség és jólét vizsgálatával kapcsolatos szakirodalomról. Az áttekintéshez elkészítették a protokollt, amit az Open Science Framework szervezetenél [regisztráltak](#), illetve közlésre benyújtották a British Medical Journal Open folyóirathoz. Az áttekintést július közepétől augusztus végéig elvégezték, és az eredményt bemutató közlemény

kéziratának első változata 2025 januárjára elkészült. Jelenleg kézirat véglegesítését végzik, és márciusban tervezik benyújtani a publikációt. A kézirat benyújtását követően a hazai felmérés kérőívének kidolgozását kezdik meg.

További információ a kezdeményezésről az [Egyesület weboldalán](#) olvasható.

KEZDEMÉNYEZÉS A GYERMEKEKET CÉLZÓ ÉLELMISZER-MARKETING KORLÁTOZÁSÁÉRT

A gyermekkori elhízás súlyos népegészségügyi probléma, amelynek messzemenő következményei vannak. A túlsúlyos vagy elhízott gyermekeknél magasabb a rossz egészségi állapot kockázata, és ez a hatás felnőttkorban is megmarad. Ezen kívül a gyermekkori elhízás gyakran jár együtt pszichoszociális problémákkal, például alacsony önbecsüléssel, zaklatással és gyenge iskolai teljesítéssel, ami a későbbi életkorban potenciálisan súlyosbíthatja az egyén egészségét és gazdasági helyzetét.

Egy 2022-es felmérés szerint minden negyedik magyar 15 éves serdülő túlsúlyos vagy elhízott volt, és ezzel az értékkel Magyarország a 27 EU ország között hátulról a 7. helyre került. A súlytöbblettel élő fiatalok aránya 2018-as előző felmérés óta megemelkedett.

A fejlett országokban számos, az elhízás elleni küzdelemre irányuló szakpolitika kifejezetten a gyermekeket célozza meg. Ezek közé tartozik az élelmiszerek és italok reklámozásának korlátozása, az iskolai wellness- és oktatási programok, az egészségre kockázatos ételek elérhetőségének csökkentése az iskolákban, és az iskolába való aktív közlekedést ösztönző vagy lehetővé tevő szakpolitikák. Más, tágabb értelemben vett szakpolitikák, mint

például a figyelmeztető címkék, az árakba történő beavatkozások és a tömegmédiakampányok, szintén hozzájárulhatnak a gyermekkori elhízás elleni küzdelemhez.

A Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület olyan kezdeményezést indít, aminek célja a gyermekeket célzó, egészséget kockáztató élelmiszerek marketingjének szabályozását szigorítani. A megvalósításhoz felhasználható a WHO Európai Irodája által a betegségek megelőzésének és az egészség előmozdításának céljából összeállított tápanyagprofil-lista. A lista tulajdonképpen az élelmiszerek tápanyag-összetétel kockázat szerinti osztályozása. A hazai kezdeményezés időszerűségét jelzi, hogy a német parlament törvényjavaslatot készít elő a gyermeket célzó élelmiszerreklámok korlátozására éppen a tápanyagprofil-lista alapján.

A kezdeményezés időzítését igazolja, hogy 2024 végén tette közzé a WHO Európai Irodája [„A gyermekek védelme az egészségtelen élelmiszerek forgalmazásától a WHO Európai Régiójában. Útmutató a tagállamok számára a jogalkotási válaszlépések megtervezéséhez”](#) c. kiadványát, amely kiváló alapot kínál a magyarországi cselekvéseknek.

További információ a kezdeményezésről az [Egyesület weboldalán](#) olvasható.

HOGYAN CSATLAKOZHAT EGYESÜLETÜNKHÖZ?

Örömmel fogadjuk a népegészségügy megújításában részt venni kívánó szakembereket, szervezeteket csatlakozását az Egyesülethez. A belépéssel kapcsolatos információk elérhetők [honlapunkon](#).

Aktuális híreinkért, eredményeinkért kövesse [facebook oldalunkat](#) és ossza meg azt munkatársaival!

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József elnök
Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület, Budapest
nepegeszsegugy3.0@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 02. 20.
Elfogadva: 2025. 02. 20.
Megjelentetve: 2025. 03. 03.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenstszerződés alapján.