

Az iskolai kortárs egészségnevelői tevékenység lehetséges szerepe az orvosképzésben

ÁRVA DOROTTYA, CSEH ANNAMÁRIA, JENEY ANNA, DUNAI DIÁNA, MAJOR DÁVID, ZÖRGŐ SZILVIA

THE POSSIBLE ROLE OF BEING A NEAR-PEER SCHOOL HEALTH EDUCATOR IN MEDICAL EDUCATION

BEVEZETÉS – Az életmóddal kapcsolatos tanácsadást akadályozhatja az orvosi gyakorlatban a készségek és az elkötelezettség hiánya, valamint az orvos kedvezőtlen egészség-magatartása, de ezek az akadályok képzéssel enyhíthetők. Célunk feltárni a képzés során végzett iskolai kortárs egészségnevelői tevékenység szerepét az orvosképzés fejlesztésében. A Balassagyarmati Egészségnevelő Program (BEP) oktatói körében vizsgáltuk, hogy milyen, az életmód-tanácsadáshoz hasznos tapasztalatokat szereztek, mennyire váltak elkötelezetté az egészségnevelés iránt és változott-e egészség-magatartásuk.

MÓDSZEREK – Félig strukturált interjúkat készítettünk a BEP azon kortársoktató orvostanhallgatóival (n = 9), akik a program összes témáját elsajátították. Adatainkat kvalitatív tartalomelemzésnek vetettük alá. Deduktív kódjainkat a kutatási kérdések határozták meg, az ezekre adott válaszokat induktívan kódoltuk és a kérdések mentén összesítettük.

EREDMÉNYEK – A résztvevők az életmód-tanácsadáshoz hasznos készségek közül a páciens edukáció, a motiválás, és a partneri kapcsolat kiépítése terén tapasztaltak fejlődést. Elkötelezettebbé váltak, és a programot követően önként és sikerrel végeztek egészségnevelést közösségeikben és a páciensek körében. Saját magatartásukban változásként számoltak be a tudatosabb táplálkozásról és alkoholfogyasztásról, illetve a többi mozgásról.

KÖVETKEZTETÉSEK – Az iskolai kortárs egészségnevelői tevékenység segítette az orvosi kommunikációs készségek, az

INTRODUCTION – Lack of skills, commitment, and physicians' poor health behavior may hinder lifestyle counseling in medical practice, but these barriers can be mitigated by training. We aimed to explore how school-based peer health education during training may improve medical education. We examined among educators of the Balassagyarmat Health Education Program (BEP) what kind of experiences they gained useful for lifestyle counseling, how committed they became to health education, and whether their health behavior changed.

METHODS – Semi-structured interviews were conducted with medical student near-peer educators of BEP (n = 9) who had mastered all topics of the program. Our data were subjected to qualitative content analysis. Our deductive codes were defined by the research questions, and responses to these were inductively coded and aggregated along the questions.

RESULTS – Among the skills useful for lifestyle counseling, the participants experienced improvement in patient education, motivation, and partnership-building. They became more committed and after the program voluntarily and successfully carried out health education in their communities and among patients. They reported more conscious nutrition, alcohol consumption, and increased physical activity as changes in their own behavior.

CONCLUSIONS – The school-based health education program helped medical student near-peer educators improve medical communication skills and commitment

dr. ÁRVA Dorottya (levelező szerző/correspondent), dr. CSEH Annamária, dr. MAJOR Dávid:
Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Megelőző Orvostani és Népegészségügyi Intézet/
Semmelweis University, Faculty of Medicine, Institute of Preventive Medicine and Public Health;
H-1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. E-mail: arva.dorottya@semmelweis.hu
JENEY Anna: The Academy of Korean Studies, Graduate School of Korean Studies,
Division of Global Korean Studies (Seongnam, Republic of Korea)
DUNAI Diána: ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar, Szociológia Doktori Iskola,
Interdiszciplináris társadalomkutatások program/Eötvös Loránd University, Faculty of Social Sciences, Doctoral
School of Sociology, Interdisciplinary Social Research PhD Programme
dr. ZÖRGŐ Szilvia: Maastricht University, Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, Care and Public
Health Research Institute (Maastricht, Netherlands)

Érkezett: 2023. október 31. Elfogadva: 2024. augusztus 28.

<https://doi.org/10.33616/lam.34.0435>

egészségnevelés iránti elkötelezettség erősítését és az egészség-magatartás fejlesztését, ezért megfontolásra javasoljuk integrálását az orvosképzésbe.

**kortársoktatás, egészségnevelés,
orvosképzés, egészség-magatartás,
életmód-tanácsadás**

to health education, and spurred positive health behavior change; thus, we recommend considering its integration into medical education.

**peer education,
health education, medical education,
health behavior, lifestyle counseling**

A nem fertőző krónikus betegségek világszerte a halálozások közel háromnegyedéért tehető felelőssé (1). Ez az arány az európai régióban megközelíti a 90%-ot (2). Ezen betegségek legfőbb életmódi kockázati tényezői a dohányzás, a túlzott alkoholfogyasztás, a fizikai inaktivitás és az egészségtelen táplálkozás (1). Visszaszorításukban a nemzetközi irányelvek szerint az egészségügyi dolgozóknak, köztük az orvosoknak fontos szerepe van (3–6). Az életmódi kockázatok felmérése, az ezekkel kapcsolatos tanácsadás és az egészségnevelés hatásos módszerek az orvosok kezében a viselkedésváltozás támogatásához (5, 7).

Az életmód-tanácsadás azonban sokszor elmarad az orvos-beteg találkozások során (8–11). Ennek hátterében az orvosok szerint az idő- és erőforráshiány mellett a nem megfelelő tudás, képzettség, valamint az énhatékonyág és az elkötelezettség alacsony szintje áll (11–13). Ismert továbbá, hogy a jobb egészség-magatartású orvosok gyakrabban és nagyobb hatásossággal végeznek tanácsadást (12, 14).

Az egészség-magatartást (*behavior*, *B*) a COM-B modell szerint az ismeretek, a fizikai képességek (a modellben összefoglalóan képesség – *capability*, *C*), a lehetőségek (*opportunity*, *O*), valamint a motiváció (*motivation*, *M*) határozzák meg (15). Az életmódváltás segítésének célja ezen tényezők pozitív irányú befolyásolása, az ehhez szükséges orvosi kompetenciákat az Amerikai Megelőző Orvostani Kollégium foglalta össze (16, 17). A fenti akadályozó tényezőkkel összhangban e szerint a kompetens orvos ismeri az életmód egészségre gyakorolt hatásait, képes hatékony, együttműködésen alapuló kapcsolatot kialakítani a páciensekkel, hogy a tanácsadás bizonyítékokon alapuló technikáit felhasználva segítse őket életmódjuk javításában, ezeken felül pedig kitétel, hogy az orvos önmaga is képes legyen az egészséges életmód követésére (16, 17). Az orvosképzés európai szinten egységesített kimeneti követelményei, és így a hazai követelmények között is megtalálhatók a fenti kompetenciák és az elkötelezettség az egészségfejlesztés iránt (18, 19).

A képzési kimeneti követelmények eredményesebb teljesülése elősegíthetné a hatékony életmód-tanácsadást, ezért szükséges a képzések fejlesztése, korszerűsítése (20). Ennek egy módja az élményalapú tanulás alkalmazása (21). A módszer előnye, hogy az aktív részvétel elősegíti a bevonódást, a motiváció felkeltését. A tanítási epizód e módszer egy formája, amelyben a hallgatók oktatói szerepbe kerülnek, például kortársoktatóként (21). A kortársoktatás – amelyet a tanulókhoz életkorban vagy tanulmányi előrehaladást tekintve közel álló oktatók (például orvostanhallgatók vagy fiatal orvosok) végeznek – az egészségügyi képzések széles körében jelen van és alkalmasnak bizonyult az ismeretek és kompetenciák fejlesztésére (22–24).

A kortársoktatás alkalmas lehet az életmód-tanácsadáshoz szükséges készségek és tudás fejlesztésére, főképp, ha a témája az egészséges életmód, mint például az egészségnevelő programokban, melyekben a kortársoktatás leginkább az iskolai szinten terjedt el (25, 26). Ezek során az oktatók feladata nem csupán az információk átadása, de az attitűdök és a motiváció erősítése is (27), továbbá a részvétel hatására javulhat a kortársoktatók egészség-magatartása is (25). Eddig csak néhány olyan vizsgálat történt, amelyben orvostanhallgatók végeztek kortárs egészségnevelői feladatokat iskolai szinten (28–30). Ezek közül is csak egy vizsgálta a program eredményességét a kortársoktatókra nézve, ám ez pozitív eredményt mutatott a tudás, a készségek és az egészség-magatartás fejlődése terén is (30).

Kutatásunkkal célunk feltárni az iskolai kortárs egészségnevelői tevékenység lehetséges szerepét az orvosképzésben, különösen az életmód-tanácsadáshoz szükséges képzési és kimeneti követelmények teljesülésében. Ezért azt vizsgáltuk, hogy a kortársoktató orvostanhallgatók 1. milyen hasznos tapasztalatokat szereztek az életmód-tanácsadáshoz, 2. mennyire váltak elkötelezetté az egészségnevelés iránt és 3. az oktatott témákkal kapcsolatban észleltek-e változást saját egészség-magatartásukban.

Módszerek

A vizsgálat a Semmelweis Egyetem Balassagyarmati Egészségnevelő Programjának (BEP) átfogó értékelését célzó kutatási projekt részét képezte (31). A projekt a Semmelweis Egyetem Regionális, Intézményi Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának engedélyével zajlott (SE TUKEB: 2/176/2017). A tanulmány módszereit és eredményeit a *Consolidated criteria for reporting qualitative research* (COREQ) kritériumai alapján ismertetjük (32).

Az intervenció

A BEP kortársoktatáson alapuló iskolai egészségnevelő intervenció (2017–2021) célja az egészséges szokások kialakításához szükséges tudás, attitűdök és motiváció kialakítása volt. Az elsődleges célcsoportot Balassagyarmat középiskoláinak három, 9. osztályos évfolyama jelentette. Az oktatók, másodlagos célcsoportként, a Semmelweis Egyetem hallgatói közül kerültek ki. Résztételük önkéntes volt, oktatói munkájukat csekély összegű ösztöndíjjal jutalmazták. A program érintette a dohányzást, alkoholt, drog, fertőzőkontroll, mentális, szexuális és reprodukzív egészség (családtervezés), elsősegélynyújtás, valamint a táplálkozás és mozgás témakörét. Az oktatás kiscsoportos (körülbelül 15 fő), interaktív és játékos formában zajlott. Az 1 éves intervenció 8-9 oktatási alkalmát (45–90 perc/alkalom) a kortársoktatók párokban tartották meg. Az oktatók felkészítését többalkalmas, összesen 36 órás tartalmi és módszertani elemeket tartalmazó tréning biztosította (31, 33).

Résztvevők

A résztvevőket célzott mintavétellel választottuk ki. A toborzás a BEP lezárulta után zajlott és minden korábbi kortársoktatót meghívtunk a vizsgálatba, aki a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karán tanul vagy tanult és legalább 1 félévben részt vett a BEP pandémia előtt,

ti, személyes oktatással zajló időszakában és az összes téma felkészítő alkalmán és/vagy oktatásában részt vett.

Összesen 10 fő felelt meg a kritériumoknak (azonosítójuk: ID101-110). Közülük 9 fő vett részt: 5 fő az interjúk idején már befejezte tanulmányait, 4 fő még hallgató volt; 1 férfi szerepelt a résztvevők között. A részvételt 1 fő időhiányra hivatkozva nem vállalta.

Adatgyűjtés

A félig strukturált interjúkat online videómegbeszélgetésekre alkalmas platformon (Zoom) készítettük kép- és hangfelvétel rögzítésével (2021 decembere és 2022 márciusa között). A résztvevőket e-mailen kerestük fel, majd az interjúk elején a tájékoztatást követően szóbeli beleegyezésüket kértük, melyet később írásos formában is rögzítettünk. A felvételekről szó szerinti leírások készültek. Az interjúk jelen kutatás adatait biztosító része átlagosan 22,8 perc volt (17–33 perc).

Az interjúk vezérfonalának (lásd <https://osf.io/ht7wk>) kidolgozásához szakirodalmi adatokat és egy 6 fős pilot fókuszcsoport eredményeit használtuk fel. A jelen közleményben az alábbi három előre megadott, minden interjúban elhangzott kérdés válaszait elemeztük (1. táblázat). A kérdések a kutatási kérdéseknek megfelelőek, az első kérdéssel tágn kívántuk feltárni az orvosi praxis számára hasznosnak ítélt tapasztalatok körét, melyek közül jelen tanulmányban az életmód-tanácsadáshoz szükséges készségekre vonatkozó eredményeinket fejtjük ki (lásd még az *Elemzés* részben). Az elkötelezettséget a programot követően végzett egészségnevelési tevékenység felmérésén keresztül vizsgáltuk.

Elemzés

Az elemzést a kvalitatív tartalomelemzés „tartalomstrukturálás” módszerével végeztük (34). Először deduktív kódokat alakítottunk ki az interjúkérdések mentén, majd a deduktív kódok

1. táblázat. A félig strukturált interjú kérdései. A dőlttel szedett szöveg az eljárás menetéről ad kiegészítő információt

1. *Orvostanhallgatóknak:* Mit gondolsz, mindabból, amit a programban tanultál, tapasztaltál, fogsz tudni valamit használni orvosként?

Végzett orvosoknak: Mit gondolsz, mindabból, amit a programban tanultál, tapasztaltál, fogsz tudni használni vagy már használsz valamit orvosként?

2. Találsz-e magad azóta hasonló, egészségnevelő szerepben?

3. Az oktatott témák bármelyikében tapasztal-e változást a saját életedben?

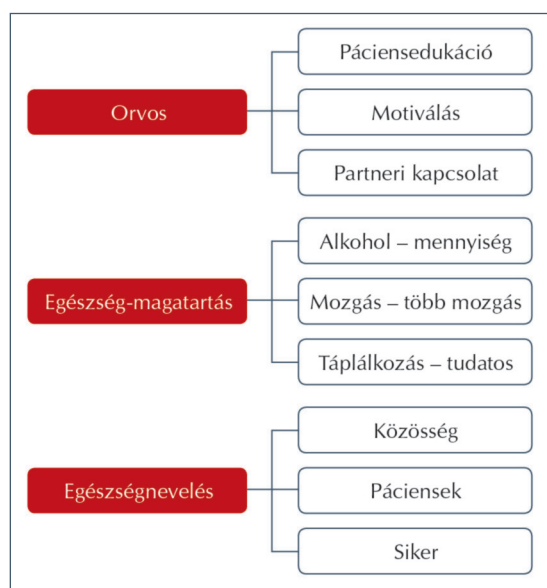
A válasz megadása után minden résztvevőnek bemutattuk a BEP témáinak listáját is és lehetőséget biztosítottunk, hogy kiegészítsék válaszukat.

alá rendelve – az ezekkel jelölt szövegegységek elemzése nyomán – induktív kódokat hoztunk létre. Az egészségmagatartás-változást leíró induktív kódokat utólag a BEP témáihoz rendeltük. A négy legfontosabb életmódi kockázati tényező közül egyedül a dohányzás témájában nem került létrehozásra induktív kód. Ennek magyarázata, hogy egyik résztvevőnk sem dohányzott rendszeresen (közlés előtt álló eredmény a kutatási projekt egy másik, ugyanezen mintán zajlott, kérdőíves adatgyűjtéséből: <https://osf.io/ynjv4/>). A kódolás a mondatok szintjén zajlott, a kódok előfordulási gyakoriságát az interjúk szintjén összegeztük. A teljes kódkönyv itt érhető el: <https://osf.io/3hbjz>.

A kódolás megbízhatóságának ellenőrzését két véletlenszerűen kiválasztott interjúban a kódolás megismétlésével végeztük. A kódolók közötti egyezést százalékos aránnyal határoztuk meg, amely a két interjú átlagában 85,4% volt.

Terjedelmi korlátok miatt jelen közleményben kódjaink közül csak a kutatási kérdések és a szakirodalmi háttér szempontjából legfontosabakat mutatjuk be (1. ábra).

Eredményeinket kutatási kérdésenként mutatjuk be (2–4. táblázat). A kódok definícióival kezdjük, majd egy rövid összefoglaló után az induktív kódokat egy-egy idézettel szemléltetjük, végül a kódok előfordulását ismertetjük (a kódok megjelenését a résztvevők szerint e táblázatban összegeztük: <https://osf.io/cwdyr>). A kódok neveit, a résztvevők azonosítóit és az idézeteket dőlt betűvel szedve közöljük.



1. ábra. Kódfa – a jelen közleményben bemutatott deduktív (piros háttérrel jelölt) és induktív kódok hierarchikus elrendeződése

Eredmények

Az életmód-tanácsadáshoz hasznos tapasztalatok

Az első kutatási kérdéshez tartozó kódok, amelyek a program során szerzett, az életmód-tanácsadáshoz hasznos tapasztalatokat jelölik, a *Páciensedukáció*, a *Motiválás* és a *Partneri kapcsolat*.

2. táblázat. Az első kutatási kérdéshez tartozó kódok. Az első sávban a deduktív kódot tüntettük fel

Kód neve	Definíciója
Orvos	A program során átért tapasztalatok és elsajátított készségek, amiket a résztvevők az orvosi praxis szempontjából hasznosnak tartottak.
Páciensedukáció	A különböző korú és egészségműveltségű személyekkel, páciensekkel való hatékony kommunikációs, információátadási készség fejlődése.
Motiválás	A páciensek motivációjának erősítését szolgáló eszköztár bővülése.
Partneri kapcsolat	Az orvos-beteg közötti egyenlőségen alapuló, partneri kapcsolat kialakítására és fenntartására való készség fejlődése.

Páciensedukáció: Több résztvevő vélte úgy, hogy hasonló készségek kellenek ahhoz, hogy a pácienseket az egészséggel kapcsolatos témákban informálják, mint amelyeket a középiskolásokkal szereztek: fejlődtek a befogadó figyelmi kapacitásának észlelésében, a közérthető, a befogadó nyelvezetéhez igazított fogalmazásmód használatában. A résztvevők a magabiztos kiállás, a páciens saját életmódjáért való felelősségének hangsúlyozása, a szimpátia elnyerése terén is fejlődést tapasztaltak. Egyikük így fogalmazott: „a BEP nagyon sokat adott nekem [...], hogy laikusoknak az ember hogyan magyarázza el dolgokat, hogy azt tényleg megértsék [...] és] hogy az interaktív dolgok mennyivel hasznosabbak, mint a frontális dolgok, szerintem ez is nagyon megszívlelendő a betegoktatás szempontjából” (ID110). Ez a résztvevő a páciensedukáció módjaiban szerzett ismereteket, és megtapasztalta, hogy az interaktivitás segítségével eredményesebb lehet az oktatás, a befogadó jobban bevonható a beszélgetésbe.

Motiválás: Több résztvevő említette, hogy magabiztosabbá vált a dohányzó páciensek leszokás irányú motiválásában, más általánosabban fogalmazott: „kaptam olyan eszközöket, hogy hogyan lehet az embereket kísérni, hogyan tudom változásra sarkallni őket” (ID107). A program felkészí-

tette e résztvevőt arra, hogy pácienseit az életmód-változtatás folyamatában segíteni tudja.

Partneri kapcsolat: A résztvevők úgy látták, a jó kapcsolat, a közös munka fontos feltétele a partnerség. Ennek megteremtésében némely résztvevő a tinédzser korosztállyal szemben érzékelt fejlődést. Mások úgy látták, hogy az oktató-tanuló közti jó kapcsolat kialakítására való képesség átvihető az orvos-beteg kapcsolatra: „*az volt a BEP lényege, hogy [...] mi egyenrangúak vagyunk. Ezt tök jól megtanította [...], hogy mint orvos-beteg [...] egyenrangúak vagyunk és tudunk partnerként együtt dolgozni*” (ID106). E résztvevő a kortársoktatói szerepben megtanulta a laikus partnerrel való, nem hierarchizált alapokon nyugvó együttműködés mikéntjét, és meg tapasztalhatta ennek előnyeit, eredményességét.

Az életmód-tanácsadásban hasznos tapasztalatot minden résztvevő említett: a páciens edukáció terén az összes résztvevő érzett fejlődést, a motiválásban a többség, míg a partneri kapcsolat kiépítésében csak néhányan.

Elkötelezettség, egészségnevelés a programot követően

A második kutatási kérdéshez tartozó kódok, amelyek az oktatók egészségnevelés iránti elkötelezettségét, a programot követő egészségnevelői tevékenységet jelölik, a *Közösség*, a *Páciensek* és a *Siker*.

3. táblázat. A második kutatási kérdéshez tartozó kódok. Az első sávban a deduktív kódot tüntettük fel

Kód neve	Definíciója
Egészségnevelés	Olyan egészségnevelői élmények, amelyekben a résztvevők a BEP keretein kívül, önként vettek részt.
Közösség	Az egészségnevelői tevékenység a saját közössége felé irányult (például: családtagok, rokonok, közeli ismerősök).
Páciensek	Az egészségnevelés páciensek felé irányult egészségügyi szintén, amikor a pácienssel való találkozás elsődleges célja nem az egészségnevelés volt.
Siker	Az egészségnevelői élmények kapcsán tapasztalt pozitív fogadtatás, sikerélmények.

Közösség: Többet említették, hogy ismerőseiknek, rokonaiknak oltásokkal, dohányzással kapcsolatban adtak tanácsokat, vagy fiatalabb testvéreiknek adtak útmutatást az alkohol, dohányzás, vagy a szexuális egészség terén: „*van két fiatalabb tesóm. [...] nővéri kötelesség, hogy őket tájékoztassam [...] mindenféle [témában,*

mert] konkrétan az a korosztály, mint a BEP-esek” (ID102). A résztvevő feladatának érezte, hogy családtagjait is ellássa a BEP-ben oktatott információkkal.

Páciensek: A résztvevők kötelező egyetemi gyakorlatok, a betegellátás vagy éppen koronavírus-szűrés kapcsán szereztek egészségnevelői élményeket: „*elkezdtem a semmiből vele beszélgetni, de ő is kapható volt [...], egy 30 perces etap volt, hogy én mesélek neki, hogy ugyan, hogyan kéne úgy étkezni, hogy ne legyen beteg*” (ID101). E résztvevő tehát belső indítatásból kezdeményezett beszélgetést az egészséges táplálkozásról. A témát mások is tárgyalták, többen a mozgással együtt (például az elhízás kapcsán), megint mások az infekciókontrollra fókuszáltak.

Siker: Többet meg tapasztalták egészségnevelői készségeik eredményességét, ami lelkesítőleg hatott rájuk: „*segítettünk neki és akkor együttes erővel sikerült változtatnia az életén, elindult a testsúlycsökkentés [...] és ezt nagyon jó látni*” (ID109). Ez a résztvevő tehát kollégáival együtt sikerrel támogatott egy páciens a fogyásban, így megérezte e tevékenység hasznát, értelmét.

Minden résztvevő gyakorolta egészségnevelő készségeit a programot követően, saját közösségeikben és a páciensek körében egyforma arányban. A többség sikerélményeket is szerzett, ami mindkét esetben előfordult.

Egészség-magatartás -változás

A harmadik kutatási kérdéshez tartozó kódok, amelyek az oktatott témákkal kapcsolatban észlelt egészségmagatartás-változásokat jelölik, az *Alkohol – mennyiség*, a *Mozgás – több mozgás* és a *Táplálkozás – tudatos*.

4. táblázat. A harmadik kutatási kérdéshez tartozó kódok. Az első sávban a deduktív kódot tüntettük fel

Kód neve	Definíciója
Egészségmagatartás	A résztvevők oktatott témákhoz kapcsolható egészségmagatartás-változása, amelyet a programban való részvétel motivált.
Alkohol – mennyiség	A résztvevő fokozottabban ügyel az általa elfogyasztott alkohol mennyiségére, tudatosabbá, mértéktartóbbá vált e tekintetben.
Mozgás – több mozgás	A résztvevő többet mozog, közlekedéskor is a több fizikai aktivitással járó alternatívákat választja, törekszik a megfelelő mozgásmennyiség elérésére.
Táplálkozás – tudatos	A résztvevő jobban odafigyel arra, mit eszik, követi a hazai táplálkozási ajánlást.

Alkohol – mennyiség: A résztvevők úgy érezték, magabiztosabbá váltak abban, hogy mit jelent a mértéktartás. Egyikük így fogalmazott: „az alkohol prevencióval [kapcsolatban] [...] én se tudtam sosem megfogni azt, hogy, vannak a batárok [...], mikor érdemes azt mondani, hogy állj” (ID102). A résztvevő tehát a programból sajátította el az alkoholfogyasztásra vonatkozó mennyiségi ajánlásokat, amelyeket később alkalmazni tudott.

Mozgás – több mozgás: Volt, aki elkezdte a lift helyett a lépcsőt használni, volt, aki többet kezdett sétálni: „hogy egészségesebben éljek, mozogjak többet, sétáljak [...] simán elmentem a klinikára” (ID108). Az oktatásokat követően tehát ez a résztvevő többször választotta a gyaloglást, mint közlekedési módot, hogy növelje mozgásmennyiségét.

Táplálkozás – tudatos: Egyesek kihelyezték a hűtőre a hazai táplálkozási ajánlást, más a kalóriákra, vagy a zöldség- és gyümölcsfogyasztásra figyelt oda jobban, és volt, aki kevesebb gyorsételt kezdett enni: „Hát főleg a táplálkozáson [váltottam ...], egyetem mellett a gyors kaják voltak a legegyszerűbbek, amit nyilván akkor is tudtam, hogy nem az igazi, de azután próbáltam még jobban figyelni rá [...] az ajánlás szerinti étkezést] határozottan csinálom továbbra is” (ID103). A táplálkozási ajánlás megismerése és oktatása segítette a résztvevőt abban, hogy megvalósítsa és fenntartsa az egészséges táplálkozást.

A részvétel pozitív egészségmagatartás-változást indukált a résztvevők többségében, és leggyakrabban a táplálkozási szokások javulását említették.

Megbeszélés

Orvostanhallgatóként iskolai egészségnevelői tevékenységet végzett hallgatókat és fiatal orvosokat vizsgáltunk: mennyiben járulhatnak hozzá az így szerzett tapasztalataik az orvostudomány kimeneti követelményei által is megnevezett, az életmód-tanácsadáshoz szükséges készségek és egészség-magatartás kialakítása.

A program során szerzett, az életmód-tanácsadáshoz hasznos tapasztalatokat az *Orvos* deduktív kód jelezte, mely alá három induktív kódot rendeltünk: *Páciensedukáció*, *Motiválás* és *Partneri kapcsolat*. Minden résztvevő úgy vélte, a programnak köszönhetően hatásosabban tud kommunikálni egészséggel kapcsolatos információkat a páciensek felé. Többen a páciensek motiválásában és a velük való partneri kapcsolat kialakításában is fejlődést tapasztaltak. Ezen készsé-

gek szükségesek az életmód-tanácsadáshoz (16, 17), és az orvostudomány kimeneti követelményeiben is előírtak (18, 19). Találunk hazai (35) és nemzetközi (36) példát is arra, hogy a kommunikáció és a motivációs interjú [melynek egyik alapelve a partneri kapcsolat kialakítása (36)] szerepelnek az orvostudományban. Egy, a BEP-hez hasonló program abban nyújthat többet, hogy a kortársoktatók hosszabb ideig, több alkalommal dolgoznak egy iskolai csoporttal, mely során a gyakorlatban fejleszthetik készségeiket. Eredményeinket megerősíti több, az orvos- és egészségügyi képzésekben zajló kortársoktatási gyakorlatokat elemző összefoglaló közlemény, melyekben az oktatók úgy vélték, hogy a későbbi orvosi praxishoz szükséges tudást és készségeket sajátítottak el [például visszajelzés, facilitáció, ismeretátadási készségek (22, 23, 37)]. Az iskolai kortársoktató programok eredményei is jelezték az oktatók fejlődését (25, 30). A kortársoktatók a középiskolai környezetet jó gyakorlótereknek tartották. Ez alsóbb éves hallgatók esetén lehet előnyös, akik kényelmetlenül érezték magukat a tanácsadói szerepben, idősebb páciensekkel szemben (38).

A vizsgált kortársoktatók elkötelezettségét az egészségnevelés iránt az *Egészségnevelés* deduktív kód jelezte, amelyhez három induktív kód tartozott: *Közösség*, *Páciensek* és *Siker*. Minden oktató végzett önként egészségnevelő tevékenységet a BEP-et követően, és sok esetben ezt sikerélmények kísérték. Ez arra utal, hogy az egészségfejlesztés iránti elkötelezettségük erősödött, melyet a képzés kimeneti követelményei előírnak (18, 19). A kortársoktatók több, korábbi közleményben is beszámoltak oktatási motivációjuk növekedéséről (22, 30, 37). A sikerélmények azért fontosak, mert a tevékenység eredményességéről árulkodhatnak, és mert pozitív megerősítőként tovább növelhetik az elköteleződést (39). Egy tanórai szerepjátékos gyakorlathoz, vagy egy klinikai szituációhoz képest, a több alkalomból álló iskolai kortárs egészségnevelésben könnyebb az elköteleződést erősíteni, mert itt a hallgatókra nagyobb felelősség hárul: ők végzik a programot, a helyzet nem szimulált, és nincs jelen gyakorlatvezető sem.

A kortársoktatók a BEP témáiban észlelt egészségmagatartás-változásait az *Egészségmagatartás* deduktív kód, és az alá rendelt *Alkohol – mennyiség*, *Mozgás – több mozgás* és *Táplálkozás – tudatos* induktív kódok jelezték. A többség beszámolt egy vagy több, a programnak köszönhető pozitív változásról. Korábbi tanulmányok alapján az orvosok kedvezőbb egészség-magatartása elősegítheti a hatásos életmód-tanácsadást

végzését (12, 14). A kimeneteli követelmények ugyan előírják, hogy az orvost egészségi állapota ne akadályozza munkája végzésében (18, 19), de a hallgatók egészségfejlesztése az életmód-tanácsadást oktató kurzusokban egyes esetekben nem kap hangsúlyt (35), más esetekben nem zajlik elég eredményesen (40). E terület korábbi vizsgálatok szerint is fejleszthető lehetne egy, a BEP-hez hasonló modul integrálásával (25, 30).

Kutatásunk fő korlátja, hogy kortársoktatónak az egészségnevelés iránt eleve érdeklődő orvostanhallgatók jelentkeztek, és a beválogatási kritériumaink mentén közülük is a legmotiváltabbak kerültek be a vizsgálatunkba, ezért a feltárt önértékelt hatás vélhetően pozitív irányba torzított. Résztevőink ezen felül jó egészség-magatartással rendelkezhetek már a programot megelőzően is, ezért a változás esetükben nem volt jól vizsgálható. Ezen túl az interjúk és az oktatások között egyes oktatóknál egy év is eltelhetett, ami nehezíthette a visszaemlékezést, de kiemelte a hosszú távú hatásokat. A nemrégiben végzett, már praktizáló fiatal orvosoknak pedig jobb rálátásuk lehetett az életmód-tanácsadáshoz szükséges készségekre.

Konklúzió

Az életmód-tanácsadás hatékony alkalmazása fontos népegészségügyi cél az orvos-beteg találkozások alkalmával. Az orvostanhallgatók által

végzett iskolai kortárs egészségnevelői tevékenység hozzájárulhat a tanácsadást gátló tényezők leküzdéséhez, így a szükséges készségek fejlesztéséhez, az elkötelezettség és az egészséges életmód kialakításához. Amennyiben az általunk megfigyelt hatásokat egy nagy létszámú kvantitatív, kontrollcsoportos, pre-post elrendezésű hatásmérés is igazolja, úgy javasoljuk a tevékenység integrálását az orvostképzésbe.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Ezúton köszönjük az összes résztvevő kortársoktatónak, hogy rászánták idejüket az interjúkra és válaszaikkal segítették a kutatást. Köszönet illeti továbbá Mészáros Ágotát az adatgyűjtésben, Eörsi Dánielt és Herczeg Vivient a kutatási kérdések megfogalmazásában és a kutatás kezdeti lépéseinél nyújtott segítségükért, valamint Terebessy András kutatásvezetőt a szakmai háttér biztosításáért.

Készült a Kulturális és Innovációs Minisztérium ÚNKP-22-3-I-SE-11 kódszámú Új Nemzeti Kiválóság Programjának a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Alapból finanszírozott szakmai támogatásával, a Semmelweis Egyetem EFOP-3.4.3-16-2016-00007 pályázatának keretében az Európai Unió és a magyar állam, valamint az „Innovatív pedagógiai eszközök és multimédiás megoldások a 21. század gyermekeinek egészségfejlesztéséhez” című pályázat (SZKF-12/2021) keretei között az MTA Közoktatás-fejlesztési Kutatási Programjának támogatásával.

Irodalom

1. WHO. Non communicable diseases. <https://www.who.int/newsroom/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> Utoljára megtekintve: 2023. 10. 27.
2. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396(10258):1204-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
3. WHO. WHO Framework Convention on Tobacco Control. <https://iris.who.int/handle/10665/42811> Utoljára megtekintve: 2023. 10. 31.
4. WHO. WHO alcohol brief intervention training manual for primary care. 2017. <https://iris.who.int/handle/10665/346078> Utoljára megtekintve: 2023. 10. 31.
5. Yumuk V, Tsigos C, Fried M, Schindler K, Busetto L, Micic D, et al. European guidelines for obesity management in adults. *Obesity Facts* 2015;8(6):402. <https://doi.org/10.1159/000442721>
6. WHO Regional Office for Europe. Promoting physical activity in the health sector: current status and success stories from the European Union Member States of the WHO European Region. <https://iris.who.int/handle/10665/345137> Utoljára megtekintve: 2023. 10. 31.
7. Kaner EFS, Beyer FR, Muirhead C, Campbell F, Pienaar ED, Bertholet N, et al. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018;2(2):CD004148. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004148.pub4>
8. Bryant J, Carey MJ, Sanson-Fisher R, Mansfield E, Regan T, Bisquera A. Missed opportunities: general practitioner identification of their patients' smoking status. *BMC Family Practice* 2015;16:8. <https://doi.org/10.1186/s12875-0150228-7>
9. Manthey J, Probst C, Hanschmidt F, Rehm J. Identification of smokers, drinkers and risky drinkers by general practitioners. *Drug and Alcohol Dependence* 2015;154:93-9. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.06.017>
10. Kardakis T, Jerdén L, Nyström ME, Weinehall L, Johansson H. Implementation of clinical practice guidelines on lifestyle interventions in Swedish primary healthcare – a two-year follow up. *BMC Health Services Research* 2018;18:227. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3023-z>
11. Hall LH, Thorneloe R, Rodriguez-Lopez R, Grice A, Thorat MA, Bradbury K, et al. Delivering brief physical activity interventions in primary care: a systematic review. *British Journal of General Practice* 2022;72(716):e209-e216. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0312>

12. Rosário F, Santos MI, Angus K, Pas L, Ribeiro C, Fitzgerald N. Factors influencing the implementation of screening and brief interventions for alcohol use in primary care practices: a systematic review using the COM-B system and Theoretical Domains Framework. *Implementation Science* 2021;16:6. <https://doi.org/10.1186/s13012-020-01073-0>
13. Conlon K, Pattinson L, Hutton D. Attitudes of oncology healthcare practitioners towards smoking cessation: A systematic review of the facilitators, barriers and recommendations for delivery of advice and support to cancer patients. *Radiography* 2017;23(3):256-63. <https://doi.org/10.1016/j.radi.2017.03.006>
14. Carlos S, Rico-Campa A, de la Fuente-Arrillaga C, Echavarrri M, Fernandez-Montero A, Gea A, et al. Do healthy doctors deliver better messages of health promotion to their patients? Data from the SUN cohort study. *European Journal of Public Health* 2020;30(3):438-44. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa019>
15. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science* 2011;6:42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
16. Lianov L, Johnson M. Physician competencies for prescribing lifestyle medicine. *JAMA* 2010;304(2):202-3. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.903>
17. Dysinger WS. Lifestyle medicine competencies for primary care physicians. *AMA Journal of Ethics* 2013;15(4):306-10. <https://doi.org/10.1001/virtualmentor.2013.15.4.medu1-1304>
18. Cumming A, Ross M. The Tuning Project (Medicine) - Learning Outcomes/ Competences for Undergraduate Medical Education in Europe. *Med Teach* 2007;29(7):636-41. <https://doi.org/10.1080/01421590701721721>
19. 18/2016. (VIII. 5.) EMMI rendelet a felsőoktatási szakképzések, az alap- és mesterképzések képzési és kimeneti követelményeiről, valamint a tanári felkészítés közös követelményeiről és az egyes tanárszakok képzési és kimeneti követelményeiről szóló 8/2013. (I. 30.) EMMI rendelet módosításáról - Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid = A1600018.EMM&pagenum = 4×hift = 20160813 &xtrefere = 00000001.txt> Utoljára megtekintve: 2022. 07. 18.
20. Patja K, Huis in 't veld T, Arva D, Bonello M, Pees RO, Soethout M, van der Esch M. Health promotion and disease prevention in the education of health professionals: a mapping of European educational programmes from 2019. *BMC Medical Education* 2022;22(1):1-8. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03826-5>
21. Wurdinger S, Carlson J. Teaching for Experiential Learning: Five Approaches that Work. Lanham: Rowman & Littlefield; 2010.
22. Coliñir JH, L. Gallardo LM, González Morales DG, Sanhueza CI, Yañez OJ. Characteristics and impacts of peer assisted learning in university studies in health science: A systematic review. *Revista Clínica Española* 2022;222(1):44-53. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2021.02.006>
23. Burgess A, McGregor D, Mellis C. Medical students as peer tutors: a systematic review. *BMC Medical Education* 2014;14:115. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-115>
24. Olaussen A, Reddy P, Irvine S, William SB. Peer-assisted learning: time for nomenclature clarification. *Medical Education Online* 2016;21(1):30974. <https://doi.org/10.3402/meo.v21.30974>
25. Dodd S, Widnall E, Russell AE, Curtin EL, Simmonds R, Limmer M, et al. School-based peer education interventions to improve health: a global systematic review of effectiveness. *BMC Public Health* 2022;22(1):2247. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-14688-3>
26. Mellanby AR, Rees JB, Tripp JH. Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health Education Research* 2000;15(5):533-45. <https://doi.org/10.1093/her/15.5.533>
27. WHO. Health promotion glossary 1998. http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf Utoljára megtekintve: 2023. 10. 31.
28. Bretelle F, Shojai R, Brunet J, Tardieu S, Manca MC, Durant J, et al. Medical students as sexual health peer educators: who benefits more? *BMC Medical Education* 2014;14:162. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-162>
29. Benni E, Sacco S, Bianchi L, Carrara R, Zanini C, Comelli M, Tenconi MT, SISM educators group. Evaluation outcomes of a sex education strategy in high schools of Pavia (Italy). *Global Health Promotion* 2016;23(2):15-29. <https://doi.org/10.1177/1757975914558309>
30. McNulty CAM, Brown CL, Syeda RB, Bennett CV, Schofield B, Allison DG, et al. Teacher and student views on the feasibility of peer to peer education as a model to educate 16-18 year olds on prudent antibiotic use - A qualitative study. *Antibiotics* 2020;9(4):194. <https://doi.org/10.3390/antibiotics9040194>
31. Eörsi D. Tudás. Felelősség. Egészség: Hogyan indítsunk iskolai egészségfejlesztést a Balassagyarmati Egészségnevelő Program koncepciója alapján? Kézikönyv serdülők egészségnevelését végző szakemberek számára. Budapest: Semmelweis Kiadó; 2023.
32. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007;19(6):349-57. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
33. Eörsi D, Arva D, Herczeg V, Terebessy A. Komplex iskolai egészségfejlesztő program a COM-B modell tükrében. *Egészségfejlesztés* 2020;61(1):36-47. <https://doi.org/10.24365/ef.v61i1.540>
34. Mayring P. Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. In: Bikner-Ahsbals A, Knipping C, Presmeg N (editors). *Approaches to Qualitative Research in Mathematics Education*. Heidelberg: Springer; 2014. p. 365-80.
35. Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar. Tanulmányi tájékoztató általános orvos mesterképzési szak egységes, osztatlan képzés (végzettségi szint: mesterfokozat, szakképzettség: okleveles orvosdoktor, képzés nyelve: magyar) 2023/2024. <https://semmelweis.hu/aok/files/2023/10/Tanulmanyi-tajekoztato-2023-2024.pdf> Utoljára megtekintve: 2023. 10. 31.
36. Jacobs N, Calvo L, Dieringer A, Hall A, Danko R. Motivational interviewing training: A Case-based curriculum for preclinical medical students. *MedEdPORTAL* 2021;17:11104. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.11104
37. Purohit H, Pisulkar S, Godbole S, Kambala S, Pisulkar G. Near-peer - A learning modality. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences* 2020;9:3479-82. <https://doi.org/10.14260/jemds/2020/761>
38. Wylie A, Leedham-Green K. Health promotion in medical education: lessons from a major undergraduate curriculum implementation. *Education for Primary Care* 2017;28(6):325-33. <https://doi.org/10.1080/14739879.2017.1311776>
39. Banerjee L, Robinson J, Munoo Singh B, Jain N, Amsadevi RS. Meaning of Success: perception of medical students, and faculty - A Qualitative study from a medical school in Mauritius. *Nepal Journal of Epidemiology* 2020;10(3):905. <https://doi.org/10.3126/nje.v10i3.28424>
40. Essa-Hadad J, Rudolf MCJ, Mani N, Malatskey L. Mapping lifestyle medicine in undergraduate medical education: a lever for enhancing the curriculum. *BMC Medical Education* 2022;22:886. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03929-z>