

A Szegedi Tudományegyetem által szervezett kortárssegítő program kvalitatív és kvantitatív értékelése

Dr. Faludi Eszter¹,
Dr. Kósa Karolina²,
Dr. Barabás Katalin³

¹Debreceni Egyetem OEC, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet;

jelenlegi munkahelye: Országos Tisztifőorvosi Hivatal, Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat, Debrecen

²Debreceni Egyetem, OEC, Népegészségügyi Kar, Megelőző Orvostani Intézet, Egészségfejlesztési Tanszék

³Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet

Bevezetés

Aktuális téma napjainkban a fiatalkorúak életmódjának kedvezőtlen alakulása, a dohányzás, az alkohol- és drogfogyasztás jelenléte a tizenévesek között. Az „Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása” című felmérés legutóbbi, 2010-es eredményei szerint a 11. osztályos fiatalok 77%-a már kipróbálta a dohányzást, a fiúk 42%-a pedig legalább hetente dohányzik. Az alkoholfogyasztás is hasonló jellegzetességeket mutat: a 11. osztályosok 90%-a – nemtől függetlenül – fogyasztott már alkoholt, a fiúk 41%-a pedig legalább heti rendszerességgel fogyaszt sört. A lányok 31%-a heti rendszerességgel fogyaszt bort, boros kólát vagy röviditalokat.¹ Új jelenség a fiatalok körében a rohamivás (*binge drinking*), amely fiúknál 5 vagy több, lányoknál 4 vagy több alkoholos ital elfogyasztását takarja néhány órán belül,² általában a lerészegedés kifejezett céljával. Igaz, hogy európai összehasonlító adatok szerint 1995–2003 között a rohamivás (több mint 5 ital elfogyasztása egy alkalommal, több mint háromszor az elmúlt 30 napban) a magyar 15–16 éves, tanuló fiúk és lányok körében is mintegy 2%-kal csökkent,³ de a már idézett legutóbbi *HBSC-felmérés* szerint 2010-ben a 11. osztályos fiúk 16%-a volt kétszer több alkalommal részeg az adatfelvételt megelőző hónapban (lányoknál ez lényegesen alacsonyabb, mintegy 7%). Egyéb drogok vonatkozásában a 9. és 11. osztályos tanulók csaknem egyharmada használt tiltott és legális drogot, 24%-a kipróbálta a marihuánát, 1,9%-a pedig negyvenszer vagy annál többször használt kannabisz-származékot élete során.¹

Mindezen magatartási jellemzők összefüggésben vannak azokkal a változásokkal és problémákkal, amelyek a fiatal korosztályt érintik, s amelyek nem megfelelő kezelése szomatikus és pszichés károsodáshoz vezethet.

A fiatalok lelki egészségét illetően kedvezőtlennek tekinthető, hogy 2002-ben 15%-uk enyhébb-súlyosabb depressziós tüneteket mutatott;⁴ 2010-ben a depresszív hangulatot jellemző átlagpontszám minden vizsgált korosztályban magasabb volt a lányok körében;¹ 2011-ben a depressziós hangulat budapesti serdülő fiatalok közt 23%-nak adódott,⁵ és a hasonló korúakhoz képest kedvezőtlenebb mentális egészség egyetemi hallgatók körében is kimutatható^{6,7}.

Ezen kedvezőtlen tendenciák megállítása, illetve javítása célzott beavatkozásokat tesz szükségessé, amelyek tervezésénél figyelembe veendő, hogy a család szerepe a tizenévesek életében csökken; a személyiséglélektanból jól ismert módon a velük történő eseményeket, problémáikat egyre inkább barátaikkal, iskolatársaikkal, velük egyidős ismerőseikkel osztják meg^{8,9}. Kézenfekvő tehát a fiatalok kamaszkori nehézségeinek leküzdéséhez olyan személyeket, kortárssegítőket bevonni, akik korban közel állnak hozzájuk, és az adott problémákra megoldási alternatívákkal rendelkeznek. A kortárssegítők a kamaszokban eredendően meglévő azonosulási képességet mozgósítva, mellérendelt szerepben igyekeznek segítséget nyújtani társaiknak, illetve sokszor a híd szerepét töltik be a kompetens szakemberek és a fiatalok között, akikre ebben az életkorban a „felnőttek” elleni lázadás jellemző. A kortárssegítés, mint az egészségfej-



lesztés egyik fontos módszere, képessé teszi a segítők, és rajtuk keresztül kortársaikat is, hogy – az *Ottawai Charta* szellemének megfelelően – egészségüket javítsák, és az egészségi állapotuk felett nagyobb kontrollt gyakoroljanak.¹⁰ A kortárssegítők szervezett formában kapnak kiképzést bizonyos, a fiatalok körében jellemző problémák kezelésére, és működésük is szervezett formában, szupervízióval történik.¹¹

A kortárssegítésnek jelentős hagyományai vannak Magyarországon. A civil szférában az 1980-as évek végén kezdődött el a kortárssegítők lelki segítségnyújtásba való bevonása a később *Tini Lánc Alapítvány* néven ismertté vált kortárssegítő csoporttal.¹² A felsőoktatásban 1986-ban, az *ELTE Pszichológiai Tanszékén* alakult meg egy, a hallgatók bevonásával működő pszichológiai diáktanácsadó, amely csírája volt a napjainkban az egyik legsokrétűbb szolgáltatást nyújtó *Diáktanácsadó Központnak*.¹³ Az orvostanhallgatók körében az első magyarországi kortárssegítő csoport *Simon Tamás professzor* vezetésével, 1988-ban alakult meg a *Semmelweis Egyetemen*, orvostanhallgató fiatalokkal, akik az AIDS-prevenció segítésére középiskolákban tartottak előadásokat.¹⁴ Ezt a példát követve más egyetemeken is létrejöttek kortárssegítő csoportok, melyek tevékenysége fokozatosan bővült a dohányzás, a drog-, majd az alkoholfogyasztás megelőzésére, célcsoportjai pedig a felsőoktatásban tanulóakra is kiterjedtek.^{13,15,16} A képzés áttételes hatása mellett a direkt hatás is jelentős, hiszen a segítők emocionális intelligenciája, képessége az érzelmileg törékeny helyzetek felismerésére és kezelésére jelentősen javul; önbecsülésük, valamint érzelmi tudatosságuk növekszik.¹⁷ A kortársképzésben résztvevők olyan készségeket sajátítanak el, melyek nem csak az egészségfejlesztő munkához, hanem későbbi pályájuk során orvosként, professzionális segítőként a gyógyító tevékenységhez is szükségesek. A kortársképzés pályaszocializációs jelentőségét tükrözi, hogy az a *Debreceni* és a *Semmelweis Egyetemek Általános Orvostudományi Karain* beépült a kurrikulumba is, speciálkurzusként felvehető,¹⁸ a *Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán* pedig 2004 óta kötelezően választható kurzus.

A kortárssegítéssel kapcsolatban csakúgy, mint az egészségfejlesztés egyéb tevékenységeinél, fontos a programok értékelése, melynek során választ kaphatunk arra a kérdésre, hogy sikerült-e a kitűzött célokat elérni; illetve a ráfordított humán-, finansziális és egyéb erőforrások jól hasznosultak-e. A kortárssegítő programok értékelésénél is jelentkezik azonban az egészségfejlesztési tevékenységek értékelésének általános nehézségei, melyek azzal kapcsolatosak, hogy a beavatkozások igen széles köre, eltérő jellege és változatos célcsoportjai miatt az értékelés módszertanának is széleskörűnek kell lennie. Az értékelés összpontosíthat a folyamatokra és/vagy a kimenetek-

re (hatásokra). Az epidemiológia klasszikus, kvantitatív módszerei csak korlátozottan alkalmazhatók, és a folyamatok, a kimenetek, illetve a hatás méréséhez használatos indikátorok is specifikusan, az egyes beavatkozásokhoz szabva alkalmazandók.^{19,20}

Vizsgálatunk célja a *Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara Magatartástudományi Intézetének* (korábban: *Pszichiátriai Klinika, Magatartástudományi Csoport*) koordinálásában évtizedek óta zajló kortárssegítő program értékelése volt. Jelen vizsgálatban a program folyamatértékelését végeztük el az 1999–2007 közti időszakra, az *Egészségügyi Világszervezet* egészségfejlesztési programok értékelésére javasolt keretét követve. Az ajánlás szerint elsőként leírjuk a programot, azonosítva annak konceptuális alapjait, bemutatjuk az adatgyűjtés folyamatát – az ajánlás szerint több forrásból származó adatok feltárására törekedve –, majd elemezzük a gyűjtött adatokat, melyek alapján ajánlásokat fogalmazunk meg.^{19,20}

A program leírása és elméleti alapjai

Az akkori *Szegedi Orvostudományi Egyetemen* a *Semmelweis Orvostudományi Egyetem* kortársprogramjának mintájára az 1980-as évek végén indult a kortárssegítés, *Dr. Barabás Katalinnak*, a *Közegészségügyi Intézet* adjunktusának vezetésével, az AIDS-prevenció témájában. 1993-ban formálisan is létrejött a kortárssegítő csoport, az AIDS-prevenációs programok pedig fokozatosan egészültek ki a dohányzás és a drogfogyasztás elleni aktivitással. Később az egészséges táplálkozásról és a daganatos betegségek megelőzéséről szóló programok is beépültek a mozgalomba. Orvostanhallgatói kezdeményezésre, a kortárssegítés részeként indult a *BIBE Klub*, mely lányok számára nyújtott lehetőséget – kortárssegítők által vezetett beszélgetések keretében – a lelki étellel és a párkapcsolatokkal kapcsolatos témák megbeszélésére. A kortárssegítés konceptuális alapja *Bandura* szociális tanuláselmélete, mely szerint a viselkedésváltozás társas kölcsönhatások eredményeként alakul ki.²¹ Ebben a folyamatban a kortárssegítők mint megbízható információk birtokosai, illetve konkrét magatartásformák (pl. pszichoaktív szerek használata) tekintetében követendő szerepmodellek jelennek meg. Ebből következően a kortárssegítésnek alapvető része a kiscsoportos formában történő képzés, ami nem csak a segítők ismereteit bővíti, hanem nagymértékben segíti a képzendőkének fejlődését is.¹² A kortárssegítés koordinációját a program indulásától kezdve *Dr. Barabás Katalin* végzi, 1998–2007 között az *Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Csoportjának*, 2008 óta *Magatartástudományi Intézetének* vezetőjeként.

A program meghatározott lépésekre tagolódik.



Felkészítés

A Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kara Magatartástudományi Intézetében 1998 óta, kezdetben speciálkollégiumként, 2004-től kötelezően választható, két kredit értékű kurzus keretében elméleti és gyakorlati ismereteket oktatunk „Az egészségfejlesztés gyakorlata” címmel. Ezután „Az orvos mint egészségnevelő” című, ugyancsak két kreditet érő egészségfejlesztő kurzus során sajátítják el a hallgatók az egészségfejlesztő programok tervezésének, előadások összeállításának és megtartásának módszertanát. A hallgatók a csoport előtt mutatják be a tervezett foglalkozásokat, illetve előadásokat. A tréningcsoport tagjai jelentik a szimulált célcsoportot. A bemutatót követően a pendletoni szabályok betartásával történik a hallgatók munkájának kritikai elemzése és a korrekciók elvégzése. A bemutatás után mehetnek ki a hallgatók a „terepre”. A frissen kiképzett hallgatók gyakorlott kortársoktatók melletti hospitálást követően végezhetnek csak önálló munkát. A felkészített orvostanhallgatókból így egy mozgósítható egészségnevelői közös kortárs munkacsoport alakul ki.

Kapcsolattartás/igény

Az iskolák az iskolai védőnők segítségével tartják intézetünkkel a kapcsolatot. A védőnők közvetítik az iskolák igényeit témák szerint, sokszor az előadó személyét is megjelölve.

Megvalósulás

A dátumegyeztetés után hallgatóink előzetesen ellenőrzött előadásukkal, programtervezetükkel jelennek meg az iskolában. A szegedi általános és középiskolák osztályfőnöki óráinak keretén belül, illetve a nagyon népszerű egészségnapok előadóiként, programvezetőként vesznek részt a tanulók egészségnevelésében.

Visszajelzés

Az egészségfejlesztő hallgatók teljesítményének minőségét a tanulók ötfokozatú jeggyel osztályozzák. Az iskolák a tanulói visszajelzések alapján választják ki „törzselőadói” gárdájukat. Intézetünk rendszeresített, az iskolák által igazolt visszajelző kérdőív segítségével kap információt a megtartott foglalkozás körülményeiről, a kortársoktató reflexióiról. A visszajelzések összesítése minden év végén megtörténik.

Szupervízió

A hallgatók számára ad hoc is lehetőség nyílik sürgős

problémák megbeszélésére. A kortárssegítők számára a *junior Bálint-csoport* havi rendszerességgel lehetőséget nyújt az elakadások szakszerű megoldására.

Közösségépítés

Az egészségnevelői munkacsoport közösségé válását segítik a közös csoportünnepek. Az első szemeszter végén karácsonyi összejövétel, májusban az évzáróként megrendezett ún. *eper-party* tartozik a „csoportritushoz”.

Csoportképző erejű az egyetemi egészségnapok és az *AIDS Világnap* megvalósítása. A tumorprevenciós tanulmányi nap megszervezése és lebonyolítása jelenti a legkomplexebb szervezési feladatot, melyet a kiképzett hallgatók végeznek. Ez alkalmat ad arra is, hogy gyakorlatot szerezzenek egy tudományos konferencia szervezési módszertanában. A kortárs egészségnevelők Marosvásárhelyen műhelymunka keretében – egyetemisták az egyetemistáknak – adják át a szegedi modellt.

Az adatgyűjtés módszerei és folyamata

Az értékeléshez kvalitatív és kvantitatív módszereket is igénybe vettünk. A kvantitatív értékelés keretében azokat a kérdőíveket és igazolólapokat dolgoztuk fel, amelyeket a kortárssegítők töltöttek ki minden, középiskolásoknak tartott előadás után, s amelyek a résztvevők létszámára, az előadás témájára, a használt szemléltetőeszközökre, tanár jelenlétére, a leggyakrabban feltett kérdésekre és az előadónak az előadással kapcsolatos véleményére vonatkozó (ez utóbbi nyitott és zárt kérdés formájában is megfogalmazott) információkat tartalmaznak. Az 1999–2000 tanévtől a 2006–2007 tanévig rendelkezésre álló, összesen 534 papír alapú kérdőív összesítése Excel-táblázatban történt.

A kvalitatív módszerek közül hármat alkalmaztunk.²² Az esetleírás – felderítő jellegű módszerként – átfogó értékelések kiindulási alapjául szolgálhat, egyes eseményekben megragadva az általánosat, illetve alkalmas a szokatlan jelenségek, eltérő vélemények feltárására is. (Jelen cikkünkben a program leírására használtuk.) Elemeztük és összesítettük a programban résztvevő, előadásokat tartó kortárssegítők által kitöltött kérdőívek utolsó részében megfogalmazott nyitott kérdésekre adott, kézzel írt válaszokat. Strukturált interjúkat készítettünk a programban kulcsszerepet játszó személyekkel és a csoportok tagjaival. A cikk első szerzője a kortársoktatók közül négy hallgatóval készített egyenként egyórás interjút, melyek teljes anyagát diktafonnal rögzítette. Az interjúk során előzetes elvárásairól, a program erősségeiről és hiányosságairól, valamint a program fejlesztésének lehetőségeiről beszéltek a hallgatók. Interjú készült a szegedi *Tömörkény István Gimnázium* egészségnevelőjével, mint a célcsoport

1. táblázat

Az orvostanhallgatók által megtartott előadások összesítése

Év	Előadók száma	Előadások száma	Előadás /fő	AIDS	Szex	Drog	Alkohol	Dohányzás	Táplálkozás	Egyéb	Létszám
2006–2007	21	49	2,3	5	11	5	3	8	8	22	1522
2005–2006	25	90	3,6	38	38	8	8	8	19	14	2619
2004–2005	12	49	4,1	7	6	6	3	3	3	4	
2003–2004	7	74	10,6	45	40	28	10	14	–	16	2203
2002–2003	5	83	16,6	69	55	29	3	28	–	4	
2001–2002	8	38	4,8	10	6	7	3	3	–	–	1218
2000–2001	12	90	7,5	31	23	20	7	17	–	2	2321
1999–2000	7	61	8,7	12	38	23	16	19	–	–	1512
Összesen	97	534	5,5	217	217	126	53	100	30	62	11395

képviselőjével is, aki az említett középiskolában zajló egészségnevelői tevékenység részleteiről, pozitív és negatív oldaláról, a diákoktól kapott visszajelzésekről szolgáltatott információt.

Eredmények: a gyűjtött adatok elemzése

Kvantitatív értékelés

Ennek során az évente megtartott előadások száma, valamint ezek témájának megoszlása volt leírható. Az előadásokon résztvevő középiskolás diákok számát csak nagyságrendileg tudtuk meghatározni, mivel két év (2004–2005) létszámra vonatkozó adatai hiányoztak, bizonyos kérdőíveken pedig a pontos létszám helyett az osztályok száma szerepelt (pl. „5 osztály”). Ilyen esetekben az osztálylétszámot átlagosan 25-nek vettük. Összesen 534 kérdőív elemzésére került sor, melyek alapján 97 kortársoktató a kérdőívek számával megegyező (534) alkalommal, összesen több mint tizenegyezer középiskolásnak tartott előadásokat. Az előadásokon résztvevő diákok létszáma átlagosan 24–32 fő közt mozgott azokban az években, melyekben rendelkezünk adatokkal. Leggyakoribbak az AIDS-szel és a szexualitással kapcsolatos előadások voltak (arányuk 27–27%), míg az előadások közel ötöde (19%) az alkoholfogyasztást és a dohányzást, 15%-a pedig a drogokat érintő témakörökkel foglalkozott. Az egy kortársoktatóra eső előadások száma átlagosan 5,5 volt. Az előadások számának témák és évek szerinti bontása az 1. táblázatban látható.

A kvantitatív értékelés keretében dolgoztuk fel

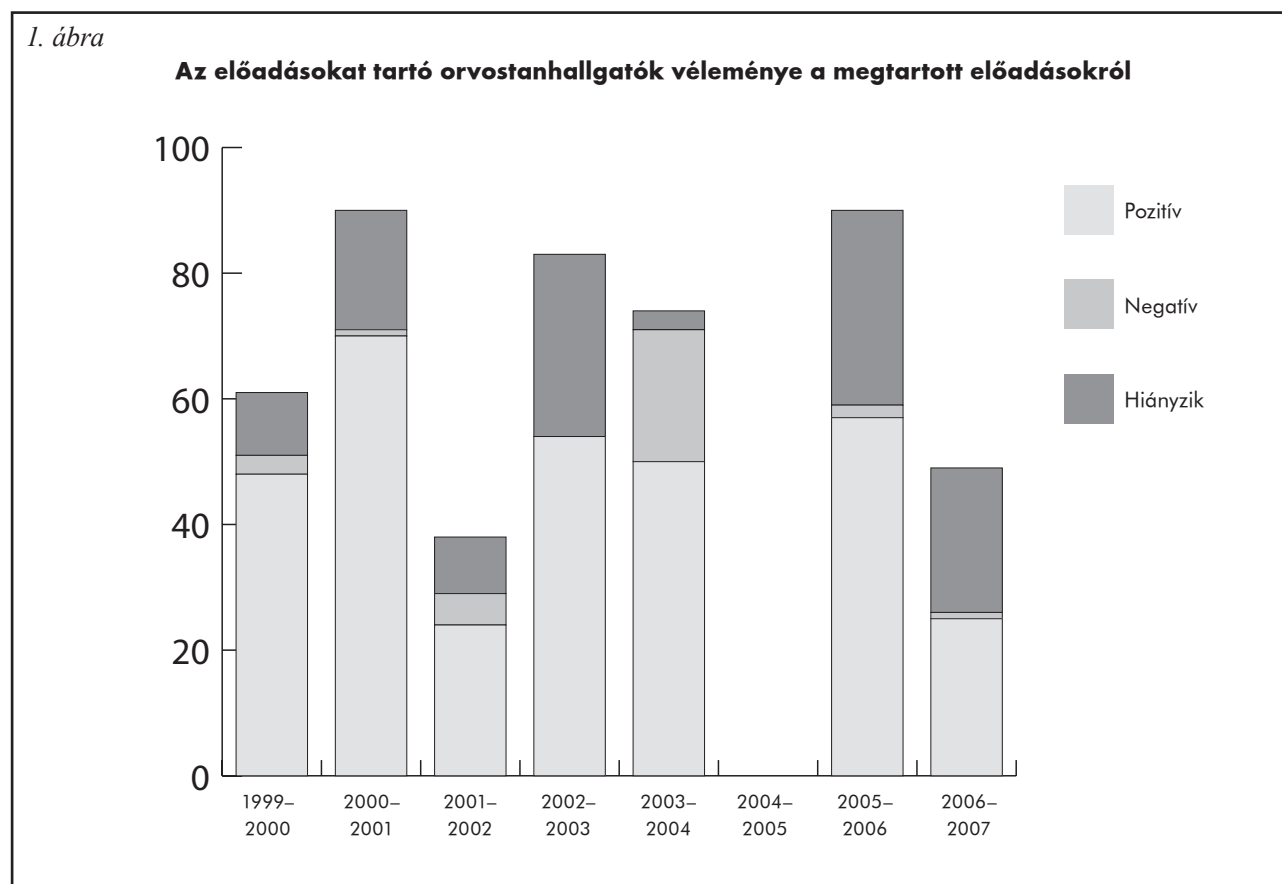
a kérdőívek utolsó kérdését is („Az Ön számára pozitív élmény volt-e az előadás megtartása?”), melyre minden vizsgált évben az előadók legalább fele igennel válaszolt, sőt ez az arány az 1999–2000-es és a 2000–2001-es években csaknem elérte a 80%-ot (1. ábra).

Kvalitatív értékelés

Dokumentumelemzés

Az értékelés során feldolgozott kvalitatív adatok két csoportba tartoztak. Elemeztük a kérdőívek nyitott kérdéseire adott válaszokat, valamint a célszemélyekkel készített interjúkat.

A kortárssegítők által kitöltött kérdőívek nyitott kérdéseire adott válaszokban az egyetemista előadók kiemelték a középiskolás diákok részéről tapasztalt aktív részvételt, és kifejezett igényüket több előadásra. A diákok nyitottan, bizalommal fordultak az előadóhoz, gyakran egymást fegyelmezték, és tapasztalataikat megosztották egymással. Egyes témákban széleskörű tudással rendelkeztek, de voltak olyan osztályok is, ahol épp az informáltság hiánya miatt volt hasznos az előadás. Esetenként az előadónak sikerült néhány szkeptikust meggyőznie, illetve elfogadtatnia azt, hogy az abortusz nem fogamzásgátlási módszer. Főként a fiatalabb középiskolások voltak elutasítók a drogokkal szemben, és megoldási alternatívákra is tettek javaslatokat. Az igazolólapokon lényegesen több jó tapasztalatot, mint kedvezőtlen említettek. Negatívumként legtöbbször a fegyelmezés nehézségeit fogalmazták meg, illetve a tájékozottságnak azt a nemkívánatos formáját, mely szerint egyes témákban



(pl. a drogok ára, beszerezhetősége) „túl jól” informáltak voltak a diákok. Néhány osztály a szégyenlősség, némely pedig az érdektelenség miatt mutatott passzív hozzáállást. Az egyik előadó szerint személyét nem tartották elég hitelesnek a diákok a drogokról szóló előadáson, hivatkozva arra, hogy „ő még ki sem próbálta”. Ezen túlmenően problémát okozott, hogy egyes előadók szerint a fiatalok egy része már kialakultnak vélte saját életstílusát, és nem volt nyitott arra, hogy „beszóljanak” szokásaiba, még ha azok károsak is.

Strukturált interjúk

A kvalitatív értékelés másik pillérét a strukturált interjúk képezték. Az interjúalanyokról összességében elmondható, hogy elhivatottak az iskolai egészségfejlesztés iránt, és lelkesen végzik feladatukat. Kitűzött céljuk eléréséről egybehangzóan azt állították, hogy „ha egy ember elgondolkodik azokon, amiket elmondunk, akkor már megérte”. Ugyanakkor megfogalmazódott az igény az előadások által elért hatások pontosabb mérésére, melynek kidolgozása a program koordinátora szerint is összetett feladat, mivel magatartásbeli változások egyrészt hosszú távon remélhetők, másrészt a sok közül csak egy faktoruk a kortárssegítés. A programban részt-

vevő orvostanhallgatók a program vezetőjétől nagyon sok segítséget kapnak, emellett azonban igénylik más szakterületeken tevékenykedő orvosok segítségét is, és szeretnék, ha az egyetem jobban elismerné munkájukat. Szorgalmaznák a más kortárssegítő csoportokkal való együttműködést, és nagyobb szabású rendezvények szervezését, mint ahogyan az a *Tömörkény Gimnáziumban*, az iskola által szervezett *Egészségnapok* keretében többször is megvalósult.

A *Tömörkény Gimnázium* egészségnevelőjének elmondása szerint évente kétszer megszervezik a *Szülők Akadémiáját*, melynek során tudatosítják a szülőknél, hogy nevelői szerepük nem szűnt meg azzal, hogy gyermekük középiskolás lett. A tanárnővel készített interjú szerint a szülők egy része – szakterületének megfelelő előadások tartásával – az egészségnevelői tevékenység aktív résztvevője. A gimnázium példamutató a kortárssegítő tevékenység kiterjesztésében is, mivel maga is szervez kortársképzést. Ennek kortárssegítői az iskola diákjaiból kerülnek ki, akik pszichológusok és más szakemberek segítségével készülnek fel feladataikra. Ez a képzés népszerű, és a kortárssegítők csoportjában tapasztalt összetartás pozitív példát mutat a többiek számára is. Az egészségre káros magatartásformák megelőzésének leghatékonyabb módszerét a szabadidő

értelmes eltöltésében látja a tanárnő, s erre a gimnázium számos lehetőséget kínál a diákoknak. Az orvostanhallgatók által említett „nagyobb elismerés” a tanárnő szerint is hiányossága a programnak; illetve a hatékonyabb működéshez a személyi feltételeket is javítani kellene egy pályázatíró és egy szervező munkatárs bevonásával. Mind az orvostanhallgatók, mind a tanárnő fontosnak tartják az egészségnevelés és a tantárgyi oktatás szorosabb összekapcsolását.

Megbeszélés, ajánlások

Összességében elmondható, hogy a *Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézete* által koordinált kortárssegítő program résztvevői sikeresnek és hasznosnak tartják a tevékenységüket, más kortárssegítő programok tapasztalataihoz hasonlóan.^{23,24}

Értékelésünk egyik erőssége, hogy a csaknem egy évtizedre visszamenően megőrzött igazolólapok segítségével pontos adatokat nyerhettünk a programban résztvevőkről. Az interjúk során körvonalazódtak a személyes vélemények, és a többek által is megemlített előnyök és hátrányok alapján a program egészének előnyei és hátrányaira lehet következtetni. A kortárssegítő program erősségének tekinthető, hogy a megkérdezettek kivétel nélkül felelősséget éreznek a fiatalok iránt, és példaértékű elhivatottsággal művelik az egészségnevelést, remélhetően megtartva ezt az attitűdöt későbbi működésük során is.

A kortárssegítés hiányosságának tartható, hogy a program működtetéséhez az emberi és az anyagi erőforrások nem megfelelő mértékben állnak rendelkezésre, ez azonban régóta jellemzi a helyzetet, és nem csak a Szegedi Tudományegyetemen.¹³ Igény lenne más kortárssegítő csoportokkal való aktívabb kapcsolattartásra is, melyre jó példát mutatnak a *Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület (FETA)* által szervezett, a felsőoktatásban működő kortárssegítők számára kínált találkozók.²⁵ Ennek mintájára a középiskolákban működő kortársoktatók számára is érdemes lenne műhely-találkozókat, szakmai konferenciákat vagy közös továbbképzéseket rendezni. Az előadók és a program vezetője szerint is hatékonyabb lenne eseti előadások helyett többszöri alkalommal, akár előadássorozatok keretében találkozni egy-egy osztállyal, mely lehetőséget adna a hatékonyság növelését segítő bizalmi viszony kialakulására.²⁶ Ez segítené az előadások hosszabb távú hatásainak jobb felmérését is. Az értékelés további gyengesége, hogy az előadásokon résztvevő diákok véleményét közvetlenül nem minden esetben mérik fel. Erre csak az előadók döntően pozitív visszajelzéseiből, és az igazolólapokon többször megemlített, a diákok részéről megnyilvánu-

ló aktív részvételből lehet következtetni. A *Tömörkény Gimnázium* által szervezett egészségnapokon tapasztalt magas részvételi arány a kedvező fogadtatást bizonyítja. A célpopuláció véleményének pontosabb ismerete, igényeik felmérése segítené a program minőségének további javítását, és az esetleges hiányosságok pótlását. Az előadók igényt tartanak az elismerő visszajelzések mellett a diákok részéről megfogalmazódó negatív kritikákra is, mely nemcsak a kortárssegítő program, hanem a kortárssegítő egyéni fejlődését is előmozdíthat.

A kortárssegítő programok értékelése továbbfejlesztésre vár nem csak hazánkban, hanem világszerte is.²⁷ A célpopuláció körében végzett, programok előtt és után készített kérdőíves felmérések, ha csak ismereteket és attitűdöt mérnének is – magatartásváltozás nélkül –, fontos adalékot nyújtanának a kortársprogramok értékeléséhez és fejlesztéséhez, ezeket azonban óhatatlanul korlátozzák hazánkban a fentebb már említett erőforráshiányok. Elemzésünkkel arra szerettünk volna példát adni, hogyan lehetséges egy kortársprogram értékelését többféle megközelítés alkalmazásával értékelni. Ez a bizonyítékokon alapuló népegészségtan vizsgálatának hierarchiájában, a szakirodalomban alkalmazott tipizálás szerint esettanulmánynak felel meg, mely korlátozottan alkalmas az eredmények általánosítására.²⁸ Célunk azonban nem általános következtetések levonása volt a kortársprogramok eredményességéről, hanem – a szegedi program értékelése mellett – elsősorban az, hogy felhívjuk az egészségfejlesztők figyelmét a kortárssegítésben rejlő, sok tekintetben kiaknázatlan lehetőségekre, valamint az ilyen programok szakmai értékelésének fontosságára és lehetőségeire.

Összefoglalás

Cikkünkben a *Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Karán* működő kortárssegítő programot értékeltük többféle módszer alkalmazásával. A kvantitatív értékelés során az 1999–2007 közötti időszakban tartott előadások száma, téma szerinti megoszlása, az előadók száma, az egy előadó által megtartott előadások száma és a résztvevő diákok létszáma volt leírható. A kvalitatív értékelés az előadásokat megtartó kortárssegítők által kitöltött, összesen 534 igazolólap nyitott kérdéseire adott válaszok, valamint a program öt kortársoktatójával, illetve a célcsoport képviselőjével készített strukturált interjúk alapján történt.

Az eredmények szerint a vizsgált 9 évben 97 kortárssegítő 534 előadást tartott, melyek 27–27%-a az AIDS-prevencióval és a szexuális kultúrával, 19%-a az alkoholfogyasztással és a dohányzással, 15%-a pedig a droghasználattal volt kapcsolatos. A többi előadás témája az egészséges táplálkozás és a daganatos betegségek megelőzése

volt. Az előadásokon átlagosan 24–32 középiskolás, a 9 év alatt összesen több mint 11 ezer diák vett részt.

Mind az interjúkban, mind az igazolólapokon a programot értékesnek és hasznosnak tartó válaszok voltak döntő többségben. Az előadásokat az előadók nagy része pozitív élményként élte meg, a diákokat érdeklődőnek és aktívnek tartotta. A lényegesen kevesebb számú rossz tapasztalat a fegyelmezési nehézségekkel és az érdektelenséggel volt kapcsolatos. A program hiányosságai a humán- és az anyagi erőforrások elégtelensége, a középiskolásokra gyakorolt hatások mérésének nehézségei, illetve a más, hasonló profilú csoportokkal való kapcsolattartás. Az utóbbi két hiányosság orvoslásának lehetősége azonban döntően az erőforrások bővítésén múlik.

Esettanulmányunk nem enged meg általános következtetéseket a kortársprogramok hatékonyságáról, de alátámasztja a szegedi program sikerességét, felhívja a figyelmet a kortársprogramok lehetőségeire, valamint azok értékelésének fontosságára az egészségfejlesztésben. A célpopulációra gyakorolt hatás mérése szükséges a hatékonyság megítéléséhez és a program fejlesztéséhez, de kivitelezéséhez elengedhetetlen az erőforrások bővítése.

Summary

The paper describes the evaluation of the peer education programme of the *University of Szeged* between 1999–2007. The introduction gives a brief overview of

the history of peer education in Hungary, including the origins of the evaluated programme. Evaluation follows the *WHO* recommendations for health promotion evaluation. Description of the conceptual basis and implementation of the project is followed by introducing the methods of evaluation that included the collection of available quantitative and qualitative data. Quantitative data analysis revealed specifics of the 534 presentations held by 97 peer educators to a target audience of 11395 students in the course of 1999–2007, not including two years due to lack of data. Qualitative evaluation was based on the open question of the 534 feedback-questions filled by peer educators, and on interviews carried out with 4 peer educators and one teacher of a high school in which most events took place. The majority of feedbacks were favourable; the handful of criticism was mostly related to disinterest and lack of discipline in the target groups. The programme can be considered successful, however, there is a definite need to measure outcome and impact which would require more resources than has been available in the continuously underfunded programme.

Köszönetnyilvánítás

A cikk szerzői köszönetüket fejezik ki *dr. Kovács Józsefnének*, a szegedi *Tömörkény István Gimnázium* egészségnevelőjének, valamint a kortárs program segítő és befogadó résztvevőinek az adatgyűjtés során nyújtott segítségért.

IRODALOM

1. Németh Á.–Költő A. (szerk.): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. Országos Gyermekégeszségügyi Intézet, Budapest, 2011. http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf
2. *Binge drinking*. *CDC Vital Signs*. Centers for Disease Control and Prevention, 2012. <http://www.cdc.gov/vitalsigns/BingeDrinking/>
3. *Binge drinking and Europe*. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. German Centre for Addiction Issues (DHS), 2008. <http://www.ias.org.uk/resources/papers/europe/phproject/bingedrinking-conclusions.pdf>
4. Susánszky É. *A magyar fiatalok életminőségének alakulása az elmúlt két évtizedben*. Doktori értekezés. Semmelweis Egyetem, Budapest, 2009. http://phd.sote.hu/mwp/phd_live/vedes/export/susanszkyeva.d.pdf
5. Kalmár P.: „Depressziós tünetek előfordulása adolescens korú fiataloknál Budapesten, a XIV. kerületben, 2011-ben.” In: *Egészségfejlesztés*, 2011;52(5–6):12–16.
6. Bíró É.–Balajti I.–Ádány R.–Kósa K.: „Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében.” In: *Orvosi Hetilap*, 2008; 149(46):2165–2171.
7. Bíró É.–Olvasztó L.–Kósa K.: Óvodapedagógus hallgatók mentális egészsége felmérése. In: *Magyar Pedagógia*, 2010;110(4): 285–300. http://www.magyarpedagogia.hu/document/Biro_MP_1104.pdf
8. Mérei F.–Binét Á.: *Gyermeklélektan*. Medicina, Budapest, 2006.
9. M. Cole–S. R. Cole: *Fejlődéslélektan*. Osiris, Budapest, 2006.
10. „Ottawai Charta.” In: *Az egészségfejlesztés alapelvei*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2002. <http://www.oefi.hu/alapelvek.pdf>
11. *Standards for Peer Education Programmes*. United Nations Population Fund (UNPF) 2005. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2006/ypeer_standardsbook.pdf
12. Rác J. (szerk.): *Az esélyteremtés új útjai: Kortárs és sorstárs segítséggel szerzett tapasztalataink*. Nemzeti Drogmegelőzési Intézet, 2008. http://demetrovics.hu/dokumentumok/Kutatasok_9_RaczJ_konyv.pdf
13. Rajnai N. (szerk.): *Diáktanácsadók a felsőoktatásban*. Soros Oktatási Füzetek. Budapest, 2001. http://www.feta.hu/sites/default/files/Diaktanacsadok_a_felsooktatásban.pdf
14. Simon T.: „Kortársoktatás a Semmelweis Egyetemen.” In: *Kortársak a kor-társakért. Kortársprogramok a magyar felsőoktatásban*. Konferencia kiadvány, Debreceni Egyetem, OEC, 2008.
15. *A KÖPÉ Egyesület bemutatása*. www.tethely.net/htmls/php/attachment.php?ID=141

16. Lisznyai I.–Puskás-Vajda Zs. (szerk.): *A Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület (FETA) első tíz éve*. FETA Budapest, 2006. http://www.feta.hu/sites/default/files/A_FETA_elso_tiz_eve.pdf
17. Bácskai E.–Gerevich J.: *A kortárssegítés tanári kézikönyve*. Egészséges Ifjúságért Alapítvány, Vác, 2000.
18. Horváth D.–Dombi A.–Fésűs Sz.–Rosta E.–Sándor Zs.–Hege-dűs K.: „HuMánia – Önkéntes kortársképzés a jövő orvosaiért.” In: *Lege Artis Medicinae*, 2010; 20(3–4):252–255. http://www.elit-med.hu/upload/pdf/humania_onkentes_kortarskepzes_a_jovo_orvosaiert-5502.pdf
19. Rootman I.–Goodstadt M.–Hyndman B.–McQueen D.–Potvin L.–Springett J.–Ziglio E. (szerk.): *Evaluation in health promotion*. WHO Regional Publications, European Series, No. 92., 2001. <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/evaluation-in-health-promotion-principles-and-perspectives>
20. *Kutatás-monitorozás, értékelés az egészségfejlesztésben*. Egészségfejlesztési módszertani füzetek. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004. <http://www.oefi.hu/modszertan6.pdf>
21. Smith E. R.–Mackie D. M.: *Szociálpszichológia*. Osiris, Budapest, 2004.
22. Héra G.–Ligeti Gy.: *Módszertan. A társadalmi jelenségek kutatása*. Osiris, Budapest, 2005.
23. Simon T.–Molnárné Garbacz A.: „Drogellenes aktivitások középiskolás drogotatók segítségével.” In: *Egészségnevelés*, 1997;38: 76–77.
24. Földes P.: „Segítő kortársak – kortárssegítők.” In: *Új Pedagógiai Szemle*, 2001. október <http://epa.oszk.hu/00000/00035/00053/2001-10-mh-Foldes-Segito.html>
25. *FETA Szakmai Nap 2011*. Felsőoktatási Tanácsadás Egyesület. <http://www.feta.hu/szakmainap2011#attachments>
26. Stewart-Brown S. (2006). *What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e88185.pdf>)
27. *Peer education and HIV/AIDS: Concepts, uses and challenges*. UNAIDS 1999. http://data.unaids.org/publications/IRC-pub01/jc291-peereduc_en.pdf
28. Daly J.–Wills K.–Small R.–Green J.–Welch N.–Kealy M.–Hughes E.: „A hierarchy of evidence for assessing qualitative health research.” In: *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007;60:43–49.