

VÉLEMÉNYEK

Szerzők:

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem
Egészség-és Sporttudományi
Kar, Pszichológia és
Egészségügyi Menedzsment
Tanszék, Győr

Vajer Péter
Gottsegen György Országos
kardiovaszkuláris Intézet,
Prevenációs, Módszertani és
Szervezési Osztály, Budapest

Cikkadatok:

DOI: [10.58701/mej.21331](https://doi.org/10.58701/mej.21331)

Beküldve: 2026. 01. 03.
Elfogadva: 2026. 01. 28.
Megjelentetve: 2026. 03. 09

2026. 4. évfolyam 1. szám

Copyright © 2026 Vitrai
József, Vajer Péter. Kiadó:
Magyar Népegészségügy
Megújításáért Egyesület. Ez
egy nyílt hozzáférésű cikk a
CC-BY-SA-4.0
licenszszerződés alapján.

Prevenció receptre? – A fizikai aktivitás orvosi megközelítésének dilemmái

*Prevention by prescription? – Dilemmas of a
medicalized approach to physical activity*

Kulcsszavak: fizikai aktivitás; háziorvosi ellátás; primer prevenció;
rehabilitáció; önkormányzat

Keywords: *physical activity; primary care; prevention; rehabilitation;
local government*

Kulcsüzenetek

Miért fontos a közleményben tárgyalt téma?

A rendszeres testmozgás csökkenti a krónikus betegségek kockázatát, javítja az életminőséget, és mérsékli az egészségügyi kiadásokat.

Mit lehetett eddig tudni erről a témáról?

Nemzetközi tapasztalatok szerint az orvos által „receptre” felírt mozgás növeli az aktivitást és javítja az egészségi mutatókat.

Ez az írás mivel járul hozzá a téma jobb megértéséhez?

A mozgás receptre csak akkor hat igazán, ha közösségi, önkormányzati és ágazatközi támogatással, komplex népegészségügyi stratégiába ágyazódik.

ABSZTRAKT

Bevezetés: A fizikai inaktivitás a krónikus, nem fertőző betegségek egyik legjelentősebb kockázati tényezője, ugyanakkor kérdéses, hogy az orvosi „receptre írás” alkalmas eszköz-e a lakossági szintű prevenció előmozdítására. A Mozgás receptre (*Physical Activity on Prescription*, PAP) program erre az igényre ad egészségügyi választ azáltal, hogy a testmozgást orvosi beavatkozásként integrálja az alapellátásba.

Vélemény: A tanulmány kritikai elemzése ugyanakkor rámutat arra, hogy a program hatása strukturális és szemléleti korlátokba ütközik. A háziiorvosi ellátás túlterheltsége, a mozgásterápiás infrastruktúra és szakember-ellátottság területi egyenlőtlenségei, valamint a finanszírozás bizonytalansága jelentősen korlátozzák a megvalósíthatóságot. Ennél is alapvetőbb probléma, hogy a PAP orvoscentrikus, biomedikális megközelítése nem képes kezelni az életmód komplex meghatározóit, különösen a táplálkozást, a szerhasználatokat, valamint a társadalmi és fizikai környezet szerepét. Mivel a háziiorvoshoz jellemzően már beteg páciensek fordulnak, a program elsősorban másodlagos és harmadlagos prevenciós eszköz, és korlátozottan alkalmas a lakossági szintű elsődleges megelőzésre. A tanulmány amellet érvel, hogy a fizikai aktivitás fenntartható növelését hatékonyabban szolgálják az önkormányzati és közösségi szinten megvalósuló, környezet- és kultúraalakító beavatkozások, valamint az integrált életmódprogramok.

Következtetések: A mozgás „receptre írása” önmagában nem elegendő: valódi nép-egészségügyi hatás csak átfogó, interszektoriális egészségfejlesztési stratégiák keretében érhető el.

ABSTRACT

Introduction: Physical inactivity is one of the most significant risk factors for chronic, non-communicable diseases, but it is questionable whether medical "prescriptions" are an appropriate tool for promoting prevention at the population level. The Physical Activity on Prescription (PAP) program provides a health response to this need by integrating physical activity into primary care as a medical intervention.

Opinion: However, a critical analysis of the study points out that the impact of the program is hampered by structural and conceptual limitations. The overburdening of family doctors, regional inequalities in exercise therapy infrastructure and specialist availability, and funding uncertainty significantly limit its feasibility. An even more fundamental problem is that the doctor-centered, biomedical approach of the PAP is unable to address the complex determinants of lifestyle, particularly nutrition, substance use, and the role of the social and physical environment. Since family doctors typically see patients who are already ill, the program is primarily a secondary and tertiary prevention tool and is of limited use for primary prevention at the population level. The study argues that sustainable increases in physical

activity are more effectively served by environmental and cultural interventions at the municipal and community levels, as well as integrated lifestyle programs.

Conclusions: Prescribing exercise alone is not enough: real public health impact can only be achieved through comprehensive, intersectoral health promotion strategies.

BEVEZETÉS

A fizikai inaktivitás az Egészségügyi Világszervezet szerint a krónikus, nem fertőző betegségek egyik legfontosabb, életmóddal összefüggő kockázati tényezője. Az ülő életmód a keringési betegségek, a 2-es típusú diabétesz, a daganatos megbetegedések, valamint a mentális zavarok előfordulását is növeli. A rendszeres fizikai aktivitás számos krónikus betegség kockázatát nemcsak közvetlenül, hanem közvetetten – például a testsúly, az inzulin-érzékenység, a vérnyomás és a mentális egészség befolyásolásán keresztül – csökkenti. (WHO. 2020) Magyarországon a felnőtt lakosság mintegy egyharmada a WHO által ajánlott heti 150 perc mérsékelt intenzitású mozgást sem éri el, és ez a fizikai inaktivitásból eredő egészségveszteség a korai halálozás jelentős hányadáért felelős (World Health Organization, 2022, Kovács et al., 2021). Az egészségmagatartás formálása ezért nemcsak egyéni, hanem társadalmi és egészségpolitikai feladat is.

A Mozgás receptre (*Physical Activity on Prescription*, PAP) program célja, hogy a testmozgás a gyógyítás és rehabilitáció integráns részévé váljon. A program kon-

cepciója nemzetközi mintákra, különösen a skandináv országok gyakorlatára épül, ahol a háziorvos vagy más egészségügyi szakember formális „mozgásreceptet” ad a betegnek, aki ezt mozgásterápiás szakember segítségével valósítja meg. A beavatkozás a prevenció és a rehabilitáció határterületén helyezkedik el: a cél nem pusztán a fizikai aktivitás ösztönzése, hanem a rendszeres mozgás beépítése az egészségügyi ellátás folyamatába. E szemlélet újszerűsége abban rejlik, hogy a testmozgás nem tanácsként, hanem orvosi előírásként jelenik meg.

A program – bár elméletileg illeszkedik az egészségfejlesztés eszköztárába – a gyakorlatban azonban több kérdést vet fel. Egyrészt a háziorvosi praxisok már most is jelentős terhelés alatt állnak, és a mozgásrecept adminisztratív és szervezési feladatokat is ró az ellátókra. Másrészt a mozgásterápiás szolgáltatások elérhetősége erős területi egyenlőtlenséget mutat, különösen a kisebb településeken és városi kerületekben, ahol az önkormányzatok korlátozott sportinfrastruktúrával és szűk anyagi forrásokkal rendelkeznek (Budapest Főváros Önkormányzata, 2023). Harmadrészt a program szemléletmódja alapvetően

biomedikális: az orvos receptje közvetíti a mozgás üzenetét, miközben az életmódváltás pszichológiai, társadalmi és környezeti feltételei háttérbe szorulnak.

A tanulmány célja ezért nem a Mozgás receptre program elutasítása, hanem annak kritikai értékelése: milyen egészségpolitikai és gyakorlati feltételek mellett válhat valóban hatékonyá, és milyen alternatív vagy kiegészítő stratégiák szolgálhatják jobban a lakossági szintű fizikai aktivitás növelését. A kérdés nem az, hogy szükség van-e mozgásra, hanem az, hogyan lehet azt rendszerszinten elérhetővé, motiválóvá és fenntarthatóvá tenni.

A PROGRAM POTENCIÁLJA ÉS VÁRHATÓ HATÁSAI

A rendszeres testmozgás fiziológiai és pszichológiai előnyei széles körben bizonyítottak. A megfelelő intenzitású és gyakoriságú fizikai aktivitás javítja a keringési és anyagcsere-funkciókat, csökkenti a testzsírt és a vérnyomást, javítja az inzulinérzékenységet, valamint hozzájárul a mentális egészség megőrzéséhez és a kognitív funkciók javulásához (Oja et al., Warburton et al., 2006). Epidemiológiai vizsgálatok szerint a rendszeresen mozgó felnőttek körében 20–30%-kal alacsonyabb a kardiovaszkuláris halálozás kockázata, és a mozgásszegény életmód elhagyása a legköltséghatékonyabb megelőzési stratégiák közé tartozik (Lee et al., 2012). A fizikai aktivitás emellett a depresszió, a szorongás

és az életminőséget befolyásoló krónikus fájdalomszindrómák kezelésében is kiemelt szerepet kap (Pedersen & Saltin, 2015).

A modern orvoslás paradigma-váltása szerint a korábbi kényszerpihenő helyett a felügyelt, célzott fizikai aktivitás vált a legtöbb krónikus állapot és akut esemény (pl. stroke, szívműtét, ízületi protézis beültetés) utáni felépülés alapjává. A "Mozgás Receptre" program keretében felírt fizikai aktivitás egy hatékony "gyógyszer", mely a funkciók helyreállítása mellett folyamatos, állapotfenntartó terápiát is biztosít a krónikus betegek számára (Anderson & Durstine, 2019, Dibben et al., 2017).

A Mozgás receptre program egyik legnagyobb előnye, hogy a mozgásorvoslást az egészségügyi rendszer intézményesített keretébe illeszti. A háziorvosi praxis az ellátás kapuőreként alkalmas arra, hogy a betegeket elérje és motiválja. A személyre szabott mozgásrecept a gyógyszerfelíráshoz hasonló orvosi gesztus, amely legitimálja a testmozgást, mint terápiás eszközt. A program így hozzájárulhat a mozgásterápia presztízsének növeléséhez és a betegek együttműködési hajlandóságának erősítéséhez, különösen azokban az esetekben, amikor az életmódváltás más beavatkozások (pl. gyógyszeres terápia) kiegészítőjeként jelenik meg (Persson et al., 2013).

Egy jól működő Mozgás receptre program hosszabb távon a krónikus betegségek progressziójának lassítását, a gyógyszerfogyasztás csökkenését és az egészségügyi költségek mérséklődését is eredményez-

heti. Svédországban például, ahol a program már több mint két évtizede működik, az egészségügyi ellátórendszerbe integrált mozgásrecept-modell több mint egymillió beteget ért el, és az eredmények szerint a résztvevők jelentős része hosszabb távon is fenntartotta az aktív életmódot (Kallings, 2016). A rendszeres mozgásrecept-felírás a háziorvosi gyakorlatban elősegítheti a betegek folyamatos utánpótlását, és lehetőséget nyújt az objektív adatokon alapuló visszacsatolásra is.

Ugyanakkor a program sikeressége alapvetően függ a kontextustól, amelyben működik. Ott, ahol az egészségügyi és a közösségi szféra között hatékony együttműködés alakul ki, a Mozgás receptre nemcsak terápiás, hanem közösségfejlesztő eszközzé is válhat. Az orvosi ajánlás hatására ugyanis csak akkor alakul ki tartós viselkedésváltozás, ha a beteg számára elérhetők a szükséges mozgáslehetőségek, rendelkezésre állnak képzett szakemberek, és a környezet támogatja az aktív életmódot. E tényezők hiányában a „mozgásrecept” pusztán szimbolikus marad, és nem vezet valódi egészségnyereséghez.

MEGVALÓSÍTÁSI KORLÁTOK ÉS KRITIKÁK

A Mozgás receptre program legnagyobb kihívása, hogy olyan egészségügyi rendszerben kíván új funkciót bevezetni, amely jelenleg is forráshiánnyal és humánerőforrás-problémákkal küzd. A háziorvosi

praxisokban az adminisztratív terhek és a betegforgalom rendkívül magas, így a mozgásrecept felírása és a betegek utánpótlása többletmunkát jelentene, amelyhez sem megfelelő időkeret, sem finanszírozási ösztönző nem társul. A program sikeréhez elengedhetetlen lenne a háziorvosok, gyógytornászok és mozgásterapeuták szoros együttműködése, de ennek szervezeti feltételei sok helyen hiányoznak. Az alapellátás jelenlegi struktúrája nem teszi lehetővé, hogy a háziorvos folyamatos kapcsolatot tartson a mozgásterápiás szolgáltatókkal, ami a program hatékonyságát alapjaiban korlátozza (Papp, 2021).

A másik jelentős akadály az infrastruktúra és a szakemberek hiánya. Magyarországon a sportlétesítmények nagy része nem áll önkormányzati vagy közösségi tulajdonban, hanem piaci vagy iskolai fenntartásban működik, ami korlátozza azok hozzáférhetőségét. A mozgásterápiás szakemberek (pl. fizioterapeuták, edzők) eloszlása is egyenlőtlen: a fővárosi agglomerációban és a nagyobb városokban koncentrálódnak, míg a hátrányos helyzetű térségekben gyakran teljesen hiányoznak. Ez nemcsak a betegek számára nehezíti meg a mozgásrecept gyakorlati megvalósítását, hanem az orvosokat is visszatarthatja attól, hogy éljenek ezzel az eszközzel (Központi Statisztikai Hivatal, 2024).

További problémát jelent a program szemléleti alapja. A PAP-modell az orvosi beavatkozás logikáját követi, vagyis a fizikai aktivitást a gyógyszeres kezelés analógiájára értelmezi: „receptre írható”, adagolható

és ellenőrizhető terápiaként. Ez a biomedikális redukcionizmus figyelmen kívül hagyja, hogy az életmódváltozás komplex folyamat, amelyet pszichológiai, társadalmi és környezeti tényezők egyaránt befolyásolnak (Green & Kreuter, 2005, 14–15. o.). A mozgás iránti motiváció nem kizárólag az orvosi tanács hatására alakul ki, hanem az egyén önhatékonyságában, társas kapcsolataiban, kulturális mintáiban és fizikai környezetében gyökerezik. A Mozcás receptre program így könnyen a „felelősség áthárításának” eszközévé válhat: az orvos felírja, a beteg nem tartja be, a kudarc pedig egyéni szinten marad, miközben a strukturális akadályok változatlanok.

A program további korlátja, hogy kevésbé alkalmas az elsődleges megelőzésre. A házi-orvoshoz jellemzően már tünetekkel, diagnózissal rendelkező betegek fordulnak, így a mozgásrecept inkább másodlagos vagy harmadlagos prevenciós eszköz. Az egészséges, de inaktív lakosság jelentős része nem kerül kapcsolatba az alapellátással, ezért a Mozcás receptre program nem éri el azokat, akiknek a legnagyobb szükségük lenne mozgásra. A valódi népegészségügyi hatás eléréséhez az egészségügyi ellátásból ki kell lépni a közösségi terekbe, az iskolákba, a munkahelyekre és a lakókörnyezetbe. Enélkül a Mozcás receptre program a jó szándékú, de szűk körű egészségügyi beavatkozások sorába illeszkedik – fontos üzenetet közvetít, de a társadalmi hatása korlátozott.

ALTERNATÍV ÉS KIEGÉSZÍTŐ NÉPEGÉSZSÉGÜGYI MEGOLDÁSOK

A fizikai aktivitás ösztönzése nem kizárólag egészségügyi kérdés, hanem a társadalmi és környezeti feltételek függvénye is. Ez a megközelítés szakít a hagyományos biomedikális szemlélettel, amely az egyéni felelősségre fókuszál. Számos nemzetközi tapasztalat igazolja, hogy a testmozgás lakossági szintű növelését sokkal hatékonyabban szolgálják a többkomponensű közösségi és környezetalapú beavatkozások, mint a kizárólag orvosi kezdeményezések (Heath et al., 2012). Ez összhangban van az ökológiai tervezési modellekkel, amelyek hangsúlyozzák, hogy az életmódváltás nem választható el a társadalmi és fizikai környezet támogató erejétől (Green & Kreuter, 2005). Erre a komplexitásra építenek az olyan sikeres nemzeti programok is, mint a svéd modell, amely az orvosi előírást szervesen összekapcsolja a helyi közösségi sportolási lehetőségekkel (Kallings, 2016). Az egészséges életmód kialakításához tehát az embereknek nem csupán tanácsra, hanem lehetőségekre van szükségük: elérhető sportlétesítményekre, biztonságos utcákra, zöldterületekre és támogató közösségi környezetre. E feltételek megteremtése elsősorban önkormányzati és közösségi szintű feladat.

Az önkormányzatok kulcsszerepet játszhatnak a mozgásbarát környezet kialakításában. Az urbanisztikai fejlesztések – például a járdák, kerékpárutak, parkok és közösségi terek fejlesztése – hosszú távon fenntart-

hatóan növelhetik a fizikai aktivitást, miközben kedvező hatással vannak a levegőtisztaságra, a mentális egészségre és a társa-

dalmi kohézióra is (Sallis et al., 2016). A közterekre és iskolákra épülő mozgásprogramok, mint a közösségi séták, futóklubok vagy családi sportesemények, nem igényelnek komoly beruházást, mégis képesek a mozgás társadalmi normává emelésére. Az ilyen programokban való részvétel nem a betegséghez, hanem az egészséghez kapcsolódik – ez a szemléletváltás hosszú távon sokkal mélyebb hatást gyakorolhat a lakosságra, mint bármely orvosi recept.

További lehetőséget jelentenek az integrált életmódprogramok, amelyek nemcsak a mozgást, hanem a táplálkozást, a szerhasználatok csökkentését és a mentális egészség fejlesztését is célba veszik. Ezek a beavatkozások az egészséges életmódot nem egyéni erőfeszítésként, hanem társadalmi együttműködésként értelmezik. Ilyen modell például az „Egészséges Városok” program, amely a WHO támogatásával több magyar településen is működik, és komplex megközelítéssel igyekszik javítani a lakosság életminőségét (*World Health Organization*, 2020). Az iskolai és munkahelyi egészségfejlesztés, a lakossági szűrésekhez kapcsolt életmód-tanácsadás, illetve az online mozgásprogramok mind hozzájárulhatnak a fizikai aktivitás általános növekedéséhez.

Nem szabad megfeledkezni a kulturális tényezőkről sem. A mozgás iránti attitűdök, az időbeosztás, a közlekedési szokások és a társas minták mind befolyásolják, hogy egy közösség mennyire aktív. Azokban az országokban, ahol a gyaloglás, a kerékpározás és az aktív szabadidő kulturális értékévé vált, a lakosság egészségi mutatói is kedvezőbbek.

A közösségi programok és az önkormányzati kommunikáció ezért nem csupán információt közvetítenek, hanem kulturális mintát is formálnak. A fizikai aktivitás előmozdítása így nem egyetlen beavatkozás, hanem összetársadalmi tanulási folyamat, amelyben az egészségügy, az oktatás, a várostervezés, a civil szféra és a média szerepe egyaránt meghatározó.

KÖLTSÉGHATÉKONYSÁGI MEGFONTOLÁSOK

Az egészségfejlesztési beavatkozások értékelésében a költséghatékonyság kulcsfontosságú szempont, különösen akkor, ha a források korlátozottak és többféle intervenció között kell választani. A Mozdás receptre program esetében a költségek nemcsak a mozgásterápiás szolgáltatásokhoz és a szakemberek díjazásához kapcsolódnak, hanem a koordinációs, adminisztratív és utánkövetési folyamatokhoz is. Egy komplex, háziorvosi rendszerbe ágyazott program működtetése jelentős többletforrást igényelne, különösen akkor, ha országos szinten, minden praxisban elérhetővé kívánják tenni. A nemzetközi tapasztalatok szerint az ilyen típusú beavatkozások akkor tekinthetők költséghatékonyak, ha hosszú távon csökkentik a krónikus betegségekhez kapcsolódó ellátási kiadásokat (Garrett et al., 2011). Ehhez azonban a betegek tartós részvételére és életmódváltására van szükség – ez viszont nem minden populációban biztosítható.

A program finanszírozási nehézségei Magyarországon még markánsabban jelentkeznek. A legtöbb önkormányzatnak nincs saját sportlétesítmény-rendszere, a meglévő infrastruktúra használata pedig bérleti díjhoz kötött. A mozgásterápiás szakemberek bevonása további kiadásokat jelentene, amelyet sem az önkormányzatok, sem az alapellátás nem tud könnyen vállalni. Emiatt a program működése erősen függne az állami vagy pályázati támogatásoktól, ami kiszámíthatatlanná tenné a fenntarthatóságát. Ráadásul a költségek aránytalanul nagy része az adminisztrációra és a szakmai koordinációra hárulna, miközben a tényleges egészségnyereség főként azoknál érvényesülne, akik már eleve motiváltak a mozgásra.

Ezzel szemben a közösségi és környezeti alapú beavatkozások – például a gyalogos- és kerékpárutak fejlesztése, a zöldterületek bővítése, vagy az iskolai mozgásprogramok támogatása – jóval kisebb egységnyi költséggel járnak, ugyanakkor a lakosság szélesebb rétegeit érik el. Az ilyen típusú fejlesztések többszörös haszonnal járnak: nemcsak a fizikai aktivitást növelik, hanem hozzájárulnak a közösségi élet élénkítéséhez, a környezetminőség javításához és a városi életminőség növeléséhez is (Giles-Corti et al., 2016). E beavatkozások gazdasági előnye, hogy egyszeri infrastrukturális beruházás után tartós, sokrétű egészségnyereséget biztosítanak, miközben a fenntartási költségeik alacsonyak.

A Mozgás receptre program tehát csak akkor tekinthető költséghatékony elemnek, ha szervesen illeszkedik egy komplex, több

szektort összekapcsoló egészségfejlesztési stratégiába. A mozgás orvosi felírása önmagában nem képes ellensúlyozni az életmódot befolyásoló társadalmi és környezeti tényezőket. Az egészségpolitika számára ezért az a legcélszerűbb irány, ha a forrásokat nem elszigetelt orvosi beavatkozásokra, hanem olyan strukturális fejlesztésekre fordítják, amelyek egyszerre szolgálják a megelőzést, a közösségépítést és a városi életminőség javítását.

KÖVETKEZTETÉSEK ÉS JAVASLATOK

A Mozgás receptre program kétségtelenül fontos és előremutató kezdeményezés: az orvosi gyakorlatban elismeri a testmozgást, mint terápiás tényezőt, és közelebb hozza az életmód-orvoslást a mindennapi ellátáshoz. Ugyanakkor a program jelenlegi formájában nem képes választ adni azokra a komplex társadalmi és környezeti kihívásokra, amelyek a fizikai inaktivitás mögött húzódnak. A háziorvosi rendszer túlterheltsége, a mozgásinfrastruktúra hiánya, a szakemberek korlátozott elérhetősége és a finanszírozási bizonytalanság mind olyan tényezők, amelyek jelentősen csökkentik a program megvalósíthatóságát és fenntarthatóságát.

A testmozgás előírása orvosi beavatkozásként fontos üzenetet hordoz, de nem helyettesíti a lakókörnyezet, az iskolai és munkahelyi feltételek, valamint a társadalmi normák átalakítását. A fizikai aktivitás akkor

válí a mindennapi élet részévé, ha az emberek számára nemcsak tanácsolt, hanem ténylegesen elérhető és értékelt viselkedés. A mozgásbarát városfejlesztés, a közösségi sportprogramok és a szemléletformáló kommunikációs kampányok mind hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a fizikai aktivitás ne egészségügyi feladat, hanem társadalmi érték legyen.

Az önkormányzatok számára a legnagyobb lehetőség abban rejlik, hogy az egészséget ne kizárólag az egészségügyi rendszer feladataként, hanem helyi fejlesztési prioritásként kezeljék. A mozgásra ösztönző környezet kialakítása, a közterek aktivizálása és a civil szervezetekkel való együttműködés sokszor kisebb forrásból is nagyobb hatást eredményez, mint a központilag szervezett, orvosi beavatkozások. Az egészségfejlesztés hatékonysága tehát nem csupán az orvosi kompetenciákon, hanem a társadalmi együttműködésen múlik.

A Mozdulás receptre program tanulsága, hogy az egészségmegőrzés sikeréhez új szemléletre van szükség: a biomedikális modell kiegészítésére egy olyan, komplex megközelítéssel, amely az egészség társadalmi, kulturális és környezeti meghatározóit egyaránt figyelembe veszi. A mozgás nem pusztán gyógy mód, hanem életforma – az orvos feladata, hogy felhívja erre a figyelmet, az önkormányzatoké, hogy megteremtsék hozzá a feltételeket, a társadalomé pedig, hogy értéké tegye.

HIVATKOZÁSOK

- Anderson, E., & Durstine, J. L. (2019). Physical activity, exercise, and chronic diseases: A brief review. *Sports medicine and health science*, 1(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2019.08.006>
- Budapest Főváros Önkormányzata. Budapest 2030 – Integrált településfejlesztési stratégia. Budapest; 2023
- Dibben, G. O., Dalal, H. M., Taylor, R. S., Doherty, P., Tang, L. H., & Hillsdon, M. (2018). Cardiac rehabilitation and physical activity: systematic review and meta-analysis. *Heart (British Cardiac Society)*, 104(17), 1394–1402. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2017-312832>
- Garrett, S., Elley, C. R., Rose, S. B., O'Dea, D., Lawton, B. A., & Dowell, A. C. (2011). Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 61(584), e125–e133. <https://doi.org/10.3399/bjgp11X561249>
- Giles-Corti, B., Vernez-Moudon, A., Reis, R., Turrell, G., Dannenberg, A. L., Badland, H., Foster, S., Lowe, M., Sallis, J. F., Stevenson, M., & Owen, N. (2016). City planning and population health: a global challenge. *Lancet (London, England)*, 388(10062), 2912–2924. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30066-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30066-6)

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.). McGraw-Hill.

Heath, G. W., Parra, D. C., Sarmiento, O. L., Andersen, L. B., Owen, N., Goenka, S., Montes, F., Brownson, R. C., & Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world. *Lancet* (London, England), 380(9838), 272–281. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60816-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60816-2)

Kallings, L. V. (2016). The Swedish model of physical activity on prescription. *British Journal of Sports Medicine*, 50(14), 826–827. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2015-095901>.

Kovács, V. A., Kósa, K., Németh, Á., Bakacs, M., Heisz, T., & Vitrai, J. (2021). A fizikai inaktivitás népegészségügyi jelentősége Magyarországon. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 22(1), 4–15.

Központi Statisztikai Hivatal.
Sportlétesítmények és sportszakemberek eloszlása, 2023. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal; 2024

Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., Katzmarzyk, P. T., & Lancet Physical Activity Series Working Group (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* (London, England), 380(9838), 219–229. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61031-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61031-9)

Oja, P., Titze, S., Bauman, A., de Geus, B., Krenn, P., Reger-Nash, B., & Kohlberger, T. (2011). Health benefits of cycling: a systematic review. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 21(4), 496–509. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0838.2011.01299.x>

Papp, M. C. (2021). *The human resource crisis in Hungarian primary care: A longitudinal perspective* (PhD thesis). Debreceni Egyetem, Debrecen.

Pedersen, B. K., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 25 Suppl 3, 1–72. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>.

Persson, G., Brorsson, A., Ekvall Hansson, E., Hansson, P., & Strandberg, E. L. (2013). Physical activity on prescription (PAP) in primary health care: A 2-year follow-up of patients' physical activity and quality of life. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 31(2), 109–116. <https://doi.org/10.3109/02813432.2013.797177>

Sallis, J. F., Bull, F., Guthold, R., Heath, G. W., Inoue, S., Kelly, P., Oyeyemi, A. L., Perez, L. G., Richards, J., Hallal, P. C., & Lancet Physical Activity Series 2 Executive Committee (2016). Progress in physical activity over the Olympic quadrennium. *Lancet* (London, England), 388(10051), 1325–1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30581-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30581-5)

Warburton, D. E., Nicol, C. W., & Bredin, S. S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 174(6), 801–809.

<https://doi.org/10.1503/cmaj.051351>

WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health

Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

World Health Organization. Healthy Cities – promoting health and equity through good urban governance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020.

World Health Organization. Global status report on physical activity 2022. Geneva: WHO; 2022.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐKRŐL

Vitrai József

Széchenyi István Egyetem Egészség-és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment Tanszék, Győr

Széchenyi István University Faculty of Health and Sport Sciences, Department of Psychology and Healthcare Management, Győr, Hungary

<https://orcid.org/0000-0001-9267-806X>

vitrai.jozsef@gmail.com

Vajer Péter

Gottsegen György Országos kardiovaszkuláris Intézet, Prevenció, Módszertani és Szervezési Osztály, Budapest

Gottsegen National Cardiovascular Center, Department of Prevention, Methodology and Organization, Budapest, Hungary

<https://orcid.org/0000-0002-3393-135X>

peter.vajer@gokvi.hu
