

Az egészségnevelés tudományterületi szintézise

HABILITÁCIÓS DOLGOZAT

„Az egészség nem egyetlen tett, hanem szokásaink összessége.

Azzá válunk, amit rendszeresen teszünk.”

(Arisztotelész i. e. 384 - 322)

Dr. Fügedi Balázs

2018.

TARTALOMJEGYZÉK

| | |
|---|----|
| 1. Bevezetés | 4 |
| 1.1 Témaválasztás indoklása | 4 |
| 1.2 Téma aktualitása | 5 |
| 1.3 Célmeghatározás | 7 |
| 2. Egészség, állapot, egészségmagatartás, prevenció | 7 |
| 2.1 Az egészség fogalmköre | 7 |
| 2.2 Az egészségi állapot jellemzői | 10 |
| 2.3 Az egészségmagatartás elemzése | 12 |
| <i>Az egészségmagatartás-egészségnevelés összefüggései</i> | 12 |
| 2.4 A prevenció jelentősége..... | 13 |
| 3. Érték, nevelés, szokások, magatartás | 15 |
| 3.1 Az érték fogalmköre | 15 |
| 3.2 A nevelés elméleti megközelítése..... | 19 |
| 3.3 A nevelési módszerek alkalmazási lehetőségei | 21 |
| 3.4 Szokásformálás, magatartás alakítás egyéni és közösségi szinten | 24 |
| 4. Fiatalok egészségi állapota, tevékenység- és értékrendszere | 25 |
| 4.1 Társadalmi helyzet és sportolási szokások a fiatalok körében | 25 |
| 4.2 Általános és középiskolás diákok tevékenységrendszerének és egészségi állapotának jellemzői | 30 |
| 4.3 Fizikai aktivitás és egészség összefüggései..... | 32 |
| 4.4 Rendszeres sporttevékenység hatásai az életminőségre | 35 |
| 4.5 Az iskolai (test)nevelés hatása az egészségre | 36 |
| <i>Gyakoriság és intenzitásra, napi fizikai aktivitásra kifejtett hatás</i> | 36 |
| <i>Egészségre gyakorolt rövid és hosszú távú hatások</i> | 38 |
| <i>A testnevelés órák iskolai teljesítményre gyakorolt hatása</i> | 41 |
| 4.6 A test- és egészségnevelés kapcsolódási pontjai | 43 |
| <i>A testnevelés és az iskolai egészségnevelés összefüggései a XXI. sz.-ban</i> | 48 |
| <i>A tanulók véleménye a testi nevelésről és a (test)nevelőkről</i> | 51 |
| 5. Felnőttek egészségi állapota, tevékenység- és értékrendszere | 53 |
| 5.1 Egészségügyi mutatók és kockázati tényezők a felnőttek körében | 53 |
| 5.2 A tevékenységformáló értékrend preferenciái felnőttek esetében..... | 57 |
| <i>Az érték- és tevékenységrendszer kutatás során kapott eredményeink</i> | 58 |
| <i>Az értékrendszer és az erre épülő mindennapi tevékenységek kapcsolata</i> | 65 |

| | |
|--|-----------|
| 5.3 Értékközvetítés a fizikai aktivitás kapcsán felnőttek esetében | 68 |
| <i>Az értékközvetítés kapcsán kapott eredményeink felnőttek esetében</i> | <i>70</i> |
| 6. Az egészségnevelés feladata, szerepe, szintézise | 75 |
| 6.1 Problémafeltárás, problémamegoldás lépései..... | 75 |
| 6.2 Egészségfejlesztés, mint a nevelés hatása a személyiségre..... | 79 |
| 6.3 Az egészségnevelési programok jellemzői..... | 82 |
| 6.4 Az egészségnevelés terén megvalósítható programok alkotóelemei..... | 83 |
| 6.5 Az iskolai prevenció/egészségnevelési programok értékelésének lehetőségei..... | 84 |
| 6.6 Következtetések, ajánlások, összefoglaló eredmények | 86 |
| <i>Az egészségi állapotot befolyásoló egészségmagatartási tényezők</i> | <i>87</i> |
| <i>Az egészségi állapot szubjektív értékelése</i> | <i>88</i> |
| <i>Ajánlások.....</i> | <i>88</i> |
| 7. Összefoglaló..... | 90 |
| Felhasznált irodalom..... | 94 |

1. Bevezetés

1.1 Témaválasztás indoklása

Jelen dolgozatunkban korábbi munkáink és a szakirodalom alapján dolgozzuk fel az egészségnevelés feladatrendszerét, szerepét, az egészségi állapot kialakításával kapcsolatos magatartás- és szokásformák megszilárdításának lehetőségét, valamint az értékteremtő funkcióját. Az egészség=érték tézist a neveléstudomány rendszerébe építve, a nevelést, mint folyamatot tekintve az output értékekre, azok kialakítására fókuszálunk. Megállapításainkat tézisek formájában is megfogalmazzuk, alátámasztva saját, valamint a hazai és nemzetközi szakirodalmak szintézisével.

Az általános kultúrának azt a szegmensét, amely az egészségünkkel kapcsolatos magatartásformáinkat szabályozza, egészségkultúrának nevezzük. Egy ország egészségkultúrájának szintjét jelzi egyrészt, hogy lakói milyen protektív illetve prediktív egészségmagatartási attitűddel élnek, másrészt az, hogy milyen szintű az együttműködésük az egészségüggyel (Fügedi, Nagyvárad, Kocsis, 2010). Tehát az egészséges társadalom kialakítása prevenciós tevékenységek kapcsán valósulhat meg, ahol mint prevenciós tevékenység a nevelési folyamat is megjelenik, sőt kiemelt szerepet kap. A legjobb védekezés a megelőzés elvét alkalmazva hatékony, és főként eredményes nevelési folyamat kapcsán az egészség, mint érték jelenik meg az egyének magatartásában.

A betegségmegelőzésnek három, egymással szoros kohéziót mutató szintjét különböztetjük meg, a primer, a szekunder és a terciér prevenciót. A prevenció legideálisabb formája (egyéni és társadalmi szinten egyaránt) az elsődleges megelőzés, mely arra irányul, hogy a betegségek ne forduljanak elő. Ennek eszköze az egészségpromóció tudatosítása, az egészségvédő magatartásformák kialakítása, a betegségekkel szembeni fogékonyság, illetve a negatív környezeti expozíciók csökkentése (Fügedi, Nagyvárad, Kocsis, 2010), valamint a korábban is említett nevelési folyamat.

Az egészséget befolyásoló tényezők közül az életmód, a kulturális hatások, a társadalmi normák jelentős eltéréseket mutatnak társadalmanként, országonként, kontinensenként. Abban azonban egyet értenek a kutatók, hogy az egészséget befolyásoló tényezők az életmód, a fizikai aktivitás, a táplálkozás, az egészségkárosító szenvedélyektől való mentesség, valamint a mentális-lelki egyensúly.

A megelőző munka hatékonyságának két pillére a rizikócsoport stratégia és a populáció stratégia. Míg az előbbi, a fokozott kockázatnak kitett egyén és csoportok esetén alkalmazott célzott szűrővizsgálatokra irányul, addig az utóbbi az egész populációt érintő, az

egészségmagatartást és az egészségi állapotot befolyásoló tényezők pozitív irányú változtatásával, valamint a kockázati faktorok csökkentésével a betegségek megelőzésére fókuszál (Ilyés, 2003).

A Magyarországon általános mozgásszegénység sok tényezőre vezethető vissza. Gazdasági okok mellett a társadalom e téren jellemző tudatlansága is nyilvánvaló. Ez nehezíti a helyzet javítását, azonban a halálozási és betegségi statisztikák, valamint a jövő iránt érzett felelősség alapján egyértelmű, hogy a nehézségeket leküzdve hatékony megoldást kell találnunk, változtatni kell a korábbi gyakorlaton.

A rendszeres fizikai aktivitás egy vitalitásban, egészségben gazdagabb életet, ezáltal jobb közérzetet is biztosít, ami maga után vonja saját egészségi állapotunkról kialakult véleményünk javulását (Fritz, 2006).

A testmozgás az egyik legjelentősebb preventív erővel bíró egészségmagatartási tényező, ezért különösen aggasztó, hogy nagyon magas azoknak az aránya, akik egyáltalán nem, vagy nem megfelelő mértékben végeznek testmozgást. Az Egészségügyi Világszervezet becslése szerint világszerte mintegy 17% a fizikailag inaktív felnőttek aránya, míg azoké, akik mozognak ugyan valamennyit, de nem eleget, 41% (WHO 2002).

Az egészségmagatartás mindazon magatartási mintákat, cselekvéseket és szokásokat magában foglalja, amelyek hozzájárulnak az egészség fenntartásához, az egészség helyreállításához vagy javításához (Gochman, 1997). Az egészségmagatartási tényezők kiemelt jelentőségét az adja, ahogyan azt a WHO számszerűen is kimutatta, a vezető halálokok következtében fellépő halálozás szignifikáns hányadát az egyéni magatartás okozza, illetve az, hogy ezek a magatartási tényezők megváltoztathatók (Conner és Norman, 1996).

Egészségmegőrző magatartásnak tekinthető minden olyan viselkedés, amelyet az egyén azzal a céllal végez, hogy védje, fenntartsa, vagy fejlessze az egészségét, függetlenül az általa észlelt egészségi állapottól és attól, hogy az adott viselkedés objektíven hatékony-e (Harris és Guten, 1979).

1.2 Téma aktualitása

Korábbi kutatásaink alapján (Fügedi, 2009; Fügedi és mtsai 2010; Fügedi és mtsai, 2016, Fügedi és mtsai, 2017) elmondhatjuk, hogy az egészségi állapot, pontosabban fogalmazva az egészséggel kapcsolatos attitűd kialakulásának megközelítése két irányból szükséges.

Egyik oldalról a fiatalok egészségmagatartását, szokásrendszerét, tevékenységeit kell elemeznünk, másodsorban a felnőttek, kiemelten a szülők példamutatását, minta értékű tevékenységét kell megértenünk ahhoz, hogy a nevelési folyamatban eredményt érjünk el. Az

ismeretek birtokában pedig az egészségnevelés szerepét, feladatát, színtereit, valamint rendszerét hozzuk szintézisbe.

Megállapítható:

- a fiatalok egészségi állapota, egészségmagatartása negatív képet mutat, valamint lesújtó állapotban van;
- a felnőttek érték- és tevékenységrendszere, kiemelten a szülők mintaadása nem támogatja a pozitív értékrend kialakítását;

Fontos a sport a gyermekek pedagógiájában, hiszen ekkor még remekül formálhatók azok a viselkedési minták és morális tulajdonságok, amelyek felnőttkorban inkább már csak csiszolhatók.

Felnőttkorban viszont a példamutatás, a minta az, amely nagy hatással lesz a következő nemzedékre, és amellyel a társadalmi értékek, egyben egészségi állapot értéke felé lehet fordítani a magatartás- és szokásrendszert.

Dolgozatunkban a következő fókuszpontok alapján építjük fel az egészségnevelés szükségleteit, megvalósulását, valamint az értékteremtő funkcióit:

- egészség, egészségi állapot, egészségmagatartás,
- érték - minta, nevelés, magatartás- és szokásrendszer kialakulása,
- fiatalok egészségi állapota, tevékenység- és értékrendszere,
- felnőttek egészségi állapota, tevékenység- és értékrendszere,
- egészségnevelés feladata, szerepe, megvalósulásának összefoglaló szintézise.

Figyelembe kell vennünk, hogy az egészségi állapotot, a halandóság alakulását a fejlett országokban az életmód- és egészségmagatartásbeli tényezők jelentős mértékben befolyásolják. Hazánkban az egészségre ártalmas magatartásformák alakulása egyes demográfiai és társadalmi csoportokban különösen kedvezőtlen tendenciákat mutat. Kiemelt kockázati tényezőknek vannak kitéve a fiatalok, a nők, az alacsonyan urbanizált településen élők, a munkából kiesettek és a leszakadó (Füzesi, 2004).

Az egyének életmódja, egészségmagatartása, a kockázati tényezők jelenléte és az egészségvédő magatartásokhoz való hozzáférhetőség társadalmilag-gazdaságilag nagymértékben meghatározott, s kevésbé függ az egyének választásától, döntéseiktől (Füzesi, 2004). Másként fogalmazva az egészségmagatartásban a társadalmi egyenlőtlenségek éppúgy jelen vannak, mint az egészségi állapot mutatóiban (megbetegedések, korlátozottsággal járó állapotok, halálozások) és az egészségügyi ellátásban.

Ugyanakkor az egészséges életmód, az egészséget védő magatartásformák alakításában és fenntartásában szerepet játszó társadalmi intézmények (család, oktatás-, egészségügyi rendszer,

média stb.) érthetetlen okokból nem teljesítik megfelelően feladataikat. A mai magyar társadalomban – az egészséges életmód tekintetében – nem azonosíthatóak olyan mintaadó csoportok (pedagógusok, egészségügyi szakemberek, politikusok, közéleti- és médiaszemélyiségek stb.), akik „hivatásszerűen” formálnák az egészséggel kapcsolatos attitűdöket.

Ezekkel a kihívásokkal kell megküzdenünk akkor, amikor az egészségnevelés során a magatartást, attitűdöt, és a szokásrendszert szeretnénk befolyásolni.

1.3 Célmeghatározás

Dolgozatunk célja, hogy a neveléstudomány rendszerébe integráljuk az egészségnevelést, mint kiemelt pedagógiai folyamatot, valamint az egészségnevelés terén rávilágítsunk az egészségi állapottal kapcsolatos magatartásformák és szokásrendszerek kialakulásának módjára, értelmezzük a nevelési eszközök, színterek és folyamatok fontosságára, feltárjuk azok kapcsolatrendszerét. Mindezek eredményeként pedig az egészségnevelés hatásmechanizmusát feldolgozva egy lehetséges modellt alakítsunk ki az egészségi állapot hatékony kialakításához, megőrzéséhez.

2. Egészség, állapot, egészségmagatartás, prevenció

2.1 Az egészség fogalomköre

Az egészség, a hozzá kapcsolódó tevékenységek, valamint az életmód megítélése sokat változott az elmúlt évtizedekben. Több tudományterület (sport-, egészség-, orvos-) kezeli folyamatosan kiemelt területként, ugyanakkor a köztudatba, illetve a társadalmi normákba a 20-21. sz. során épült be hatványozottan (Fügedi, 2015). Ekkor váltak népszerűvé a különböző sportmozgalmak, a táplálkozási reformok, illetve az életmóddal kapcsolatos attitűdök. Sokan fordultak tudatosan és önként a téma felé, sokan a különböző felmérések, kutatások kapcsán feltárt eredmények hatására kezdtek el kritikusan foglalkozni az egészségi állapotukkal, és a szakmai döntéshozók is elkezdtek figyelni a kutatók, szakemberek által kongatott „vészharangra”.

Az egészség fogalmát, sőt annak tartalmi összetevőit is különbözőképpen értelmezzük térségenként, területenként (Európa, Amerika, Nyugat- Kelet-Európa), országonként, településenként, sőt társadalmi és demográfiai (fiatalok, idősök) csoportonként is. Az egyes területek, országok, és régiók a rájuk leginkább jellemző problémák mentén nemcsak rendszerbe szervezhetik, hanem hosszú távon a saját adottságaiknak, lehetőségeiknek megfelelően - ezek mentén - alakítják egészségnevelési programjukat (Fügedi, 2015).

Az egészség meghatározására sokan, sokféle módon tettek már kísérletet, felsorolni szinte lehetetlen a definíciókat és szerzőiket. Azt azonban mindenképpen el kell fogadnunk, hogy az egészség, mint fogalom egy rendszer (amiben nem feltétlen csak alá- és fölérendeltség szerepel) magasabb szintű eleme. Jelen esetben a legtöbbit hangoztatott meghatározást emeljük ki a sorból, mely szerint magyar fordításban „az egészség a teljes testi, lelki és szociális jólét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya.” (Constitution of WHO, 1946). Ugyanakkor az eredeti szöveg alapján „state of complete physical, mental and social wellbeing.” (WHO, 1946). Tehát már a 20. sz. derekán megfogalmazódott a gondolat az egészség, mint egység összetettsége kapcsán, azonban az eredeti, angol szöveg alapján sokan félre értelmezik, fordítják az egészséggel kapcsolatos leírást. Well-being = jó közérzet, egészség, kényelem, azaz jóllét; míg a sokszor alkalmazott szóhasználat a welfare = jólét téves asszociációját alkalmazza.

Az egyén, de ugyanakkor egy társadalom jólétét, a gazdasági, kulturális és anyagi növekedést az iskolázottság és az egészségi állapot határozza meg. Tehát valóban a betegségek és fogyatékoság hiánya. Ugyanakkor a jóllét már mélyebb tartalommal bír, az egyén pszichés, emocionális és mentális jó közérzetét jelenti, amely által hasznos, építő tagja tud lenni a társadalomnak, segítve az adott közösség, ország jóléti felemelkedését.

Természetesen nem állítjuk, hogy a két állapot nem függ össze, illetve az egyik kiegészítve a másikat indukálják egymást, mely által az egyén és a társadalom is jól jár. Viszont amennyiben bármelyik „fél” sérül ebben a kölcsönhatásban, akkor az egyszerre mindkét résztvevő számára súlyos problémákat okoz. Nevezhetjük tehát az egészséget, az egyén egészségi állapotát egy szimbiotikus kapcsolat részének, ahol egyrészt az egyén, másrészt az őt körülvevő társadalom húz hasznot az együttműködésből. Természetesen ennek a visszája is igaz, amennyiben az egyik „fél” sérül, az kihatással lesz a másikra is, mely által a közösen fenntartott jólét és jóllét szenved súlyos töréseket. Ennek pedig komoly össztársadalmi, gazdasági, mikro és makro ökonómiai hatása lehet. Úgy véljük e gondolatmenet megértése és elsajátítása minden, a szakterületen dolgozó, magát továbbképző, elhivatott egyén elsődleges feladata, valamint a szemlélet továbbítása kiemelt kötelessége annak érdekében, hogy a kitűzött cél (jólét és jóllét) mindenki számára elérhető legyen.

Egy ország népességének egészségi állapotát alapvetően meghatározza és befolyásolja 1) a társadalom egészség kultúrája 2) intézményrendszere 3) tudományos ismeretei, alkalmazásai 4) gazdasági körülmények, melyre nagy hatással van a politikai akarat (Füzesi, 2004).

Visszatérve az egészség dimenzióinak tárgyalásához említést kell tennünk a különböző egészségszemlélet rendszerekről. Ezek Ihász (2013) szerint a következők:

- hippokratészi
- naturalista
- normativista
- medikális
- pszichoszomatikus
- WHO
- betegség tagadó
- holisztikus

Hippokratész szerint az egészség ismérve a testi-lelki és környezeti harmónia, míg a betegség a diszharmónia állapota. A naturalista szemlélet szerint a környezethez való pozitív alkalmazkodás esetén beszélünk egészségről, míg az alkalmazkodás hiánya maga a betegség. A normatív irányzat képviselői szerint az egészség-betegség kérdése a társadalmi értékrendszertől függ, és ezen értékrendszer módosulása változtatja meg betegségfogalmunkat is. Gondoljunk csak itt a 21. századi divatirányzatokra (pl. bulvár magazinok címlapján szereplő „szép”-nek kikiáltott nőideálok, akik valójában az anorexia súlyos tüneteivel küzdenek). A medikális irányzat képviselői szorosan ragaszkodnak a biológiai folyamatok működésének ideális szintjéhez, ennek hiányában kórképek definiálásához. A pszichoszomatikus irányzat szerint a testi – lelki tényezők összhangja, harmóniája jelenti az egészséget.

A sokak által citált idézet, a WHO definíciója alapján „a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, és nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya” mentén elterjedt szemlélet tekinthető talán a legnépszerűbbnek. El kell ismerni, hogy a legtöbb dimenziót ez a megközelítés fedi le az egészséges egyén szempontjából. Meg kell jegyezni továbbá, hogy a szemlélet az, mely folyamatos monitorozás alatt áll, illetve amely esetében szakemberek és egy világszervezet (WHO) dolgozik állandóan a minél alaposabb és átfogóbb értelmezésen. Ennek köszönhető az a szinte újnak mondható nézőpont is, mely kimondja, hogy az egészség megőrzésében, szinten tartásában, a jó egészségi állapot elérésében a megelőző (preventív), és az egészségfejlesztő tényező egyaránt fontos szerepet játszik (Ihász, 2013).

A betegség tagadó szemlélet alapja, hogy ugyanúgy ingadozik, mint az egészséggel kapcsolatos egyéb meghatározások, ugyanakkor szoros korrelációban van velük, hiszen minden, ami nem egészséges, az betegség. A kérdés azonban ebben az esetben, hogy az általános, és mindenkori társadalmi normák és értékek alapján mi minősül egészségesnek, és mi betegségnek?

Éppen ezért szót kell ejtenünk az egészségi állapot objektív és szubjektív voltáról. A szubjektív megítélés szabályozza egészségmagatartásunkat (mozgás, táplálkozás, orvoslátogatás, stb.), ezért nem kisebb jelentőségű, mint az objektív egészségi állapot. A szubjektív megítélés

azonban nem mindig esik egybe az objektív állapottal, és ezt kiemelten kell kezelni, különösen az egészségi állapot monitorozásakor, programok tervezésekor. Jelen fejezet során tárgyalt fogalomkörök is azért jelentősek, mert segíthetnek megérteni az egészséggel kapcsolatos objektív paramétereket, illetve a feltétlenül elemzés alá eső összetevőket.

Nem szoltunk még a holisztikus szemlélet követői által fontosnak tartott tényezőkről, melyek a következők:

- a) fizikai egészség
- b) mentális egészség
- c) érzelmi egészség
- d) szociális egészség
- e) lelki egészség
- f) szexuális egészség

A legátfogóbb megközelítést talán e szemlélet követői fogalmazzák meg, hiszen teljes egészésként, és egy egységként kezelik az egészséget. Munkánk szempontjából az egészség definíciójával összefüggésben e szemlélet alapján determinált komponenseket, illetve a WHO általi megfogalmazás együttesét fogadjuk el. Kiegészítve a preventív, illetve az egészségfejlesztő tényezőkkel. Ennek alapján a következő definíciót fogalmazhatjuk meg:

Az egészség a teljes testi, lelki, szexuális, mentális, érzelmi és szociális jóllét állapota, nem csupán a betegségek és fogyatékoság hiánya. Fontos és kiemelt összetevője a preventív és egészségfejlesztő tudatos magatartás, mely az egyén személyiségébe is beépül (Fügedi, 2015).

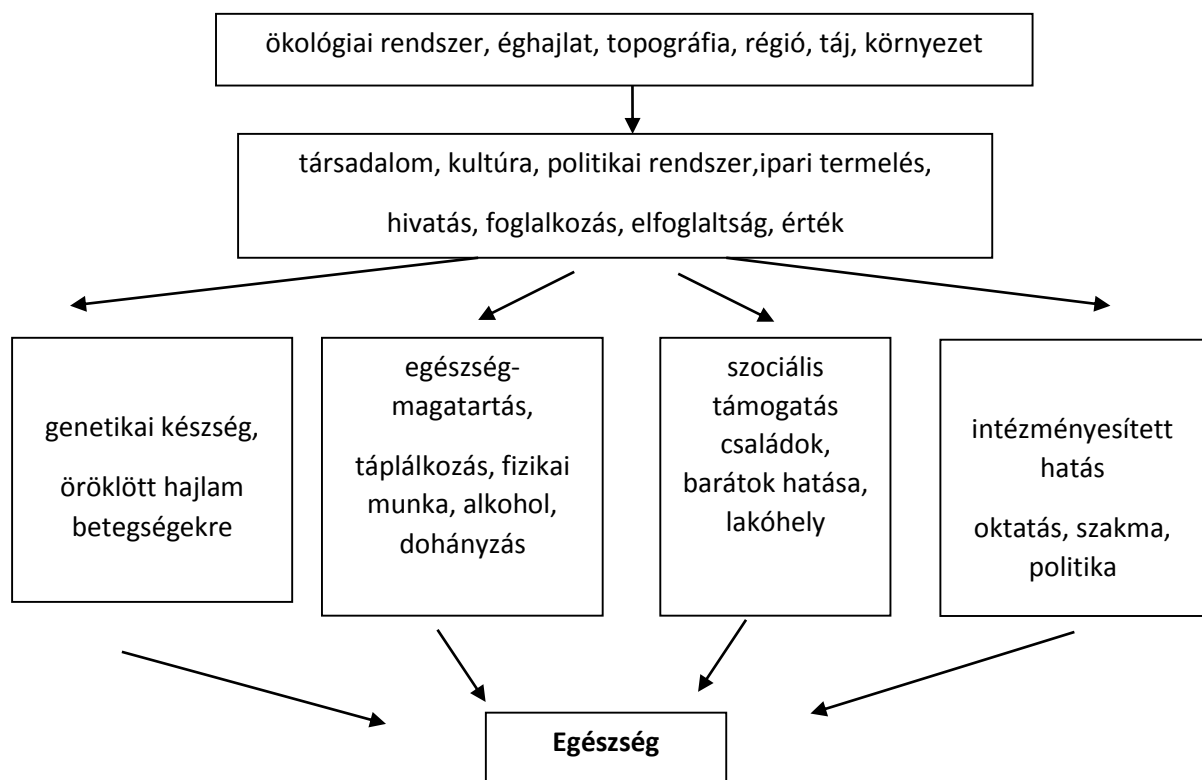
A definíciónak talán legfontosabb eleme, az egyén egészséghez viszonyuló magatartása, az egészségmagatartás. Az egészséges magatartás azoknak a viselkedéselemeknek, attitűdöknek az összessége, amelyek az egyén egészségének megóvásában, megromlásában vagy visszaállításában szerepet játszanak (Boros 2005). Attitűd a rizikófaktorokkal, kockázati tényezőkkel, betegségekkel szemben, ugyanakkor a pozitív hozzáállás az egészség megőrzése, fejlesztése érdekében. Monitorozása hangsúlyos szerepet kap az egészségmagatartás kialakulása kapcsán.

2. 2 Az egészségi állapot jellemzői

A szakirodalomban (Ádány, 2006; Forrai, 2005; Ilyés, 2003; Pikó, 2006; Simon, 2006) egyetértés mutatkozik abban, hogy az egészséget általában több tényező együttese határozza meg, de a különböző tényezők aránya, illetve azok súlya nem azonos. Forrai (2005) megítélése szerint egészségünket a makro-és mikro környezetünk, a társadalom berendezkedése, szociális érzékenysége, továbbá személyi kapcsolataink és öröklött tulajdonságaink determinálják.

Ezeket a hatásokat külső és belső tényezőkre bontva, az egyén és a környezete közvetlen kölcsönhatása, vagyis a bio-pszicho-szociális hatások egyensúlyi állapota jellemzi.

Pikó (2006) szerint az egészségi állapotot mintegy 43%-ban életmódunk határozza meg. Ezen kívül az egészségügy fejlettsége, az egészségügyi ellátás 11%-ban, genetikai-biológiai faktorok 27%-ban, környezeti tényezők 19%-ban befolyásolják egészségi állapotunkat. Simon (2006) szerint az egészséget az öröklött tulajdonságok (20%), az életmód (35%), a környezeti hatások (beleértve a természeti, a mesterséges és társadalmi környezetet - 30%) és az egészségügyi ellátás (15%) határozza meg. Az egészséget meghatározó és befolyásoló tényezők közül Ilyés (2003) a biológiai, az életmódból eredő, a környezeti és a társadalmi rétegződéssel összefüggő tényezők csoportjait emelte ki. Szerinte egy adott társadalom egészségi állapotáért csak mintegy 20%-ban felelős az egészségügyi szolgálat, míg a fennmaradó részt társadalmi, szociális, politikai, gazdasági és kulturális tényezők együttesen határozzák meg. Ádány (2006) arra a következtetésre jutott, hogy a genetikai tényezők kb. 15-30%-ban, az egészségügyi ellátás színvonala 10-15%-ban határozzák meg az egészségi állapotot, a fennmaradó 55-75%-ért a környezeti tényezők változó mértékű hatását is magába foglaló életmódelemek felelősek. Az egészséget meghatározó elemeket Pikó (2006) alapján az 1. sz. ábrán mutatjuk be. Leszögezhetjük, hogy a nevelési folyamat során a felsorolt tényezők formálása, befolyásolása alakíthatja ki azt a szokásrendszert, mely az egészségnevelés fő célja.



1. ábra: Az egészséget befolyásoló elemek (forrás: Pikó, 2006)

2.3 Az egészségmagatartás elemzése

Ahogy korábban is utaltunk rá, a társadalom egészségi állapotának leírásakor nem szabad figyelmen kívül hagynunk olyan, az egészséget jelentősen befolyásoló tényezőt, mint a lakosság egészségmagatartását, ezen belül is az életmódbeli szokásokat. Az egészségmagatartás a leghatékonyabban abban a környezetben befolyásolható és vizsgálható, amelyben az emberek az életüket élik, azaz a mindennapi élet színterei (család, települési és civil közösségek, szomszédságok, iskolák, munkahelyek, civil szervezetek) (Füzesi, 2004).

Az egészségmagatartás-egészségnevelés összefüggései

A területtel foglalkozó szakemberek egyetértenek abban, hogy a helyes egészségmagatartás kialakítása pedagógiai feladat, melyre elsődleges hatása van a családi környezetnek, a szűkebb és a tágabb környezetnek egyaránt (Elekes, 2006; Ilyés, 2003; Mészáros-Simon, 1994; Simon, 2006).

Pikó és mtsai (1993) szerint az egyének magatartása rendkívül fontos pszichoszociális elem az egészség megtartásában, mivel a betegségek okai között nagyon sok magatartás által meghatározott tényező található. Ezért a prevenció hatékony eszköze lehet a pozitív, egészségmegtartást célzó attitűd és magatartás. Egyet kell értenünk azzal a véleménnyel, hogy a fiatalok egészségmagatartása a nemzetközi és hazai szakirodalom szerint is általában romló tendenciákkal jellemezhető. Egyre korábbi élet évekre tolódik bizonyos káros egészségmagatartási szokások kezdete (Bakacs és Vitrai 2004). Nyilvánvaló hogy a gyermekek életmódbeli szokásai hatással vannak felnőtt életmódjukra, így kiemelten fontos az ifjúság egészségmegőrző magatartásának vizsgálata is. Mivel a magatartás – még felnőttkorban is – alakítható, az egészség érték voltának felismerésére, elismerésére, megfogadására nemcsak az általános és középfokú oktatásban szükséges motiválni, hanem a felsőoktatásban, valamint felnőttkorban is (Simon, 2006).

Az egészségmegőrzésben kiemelten fontos szerepe van az intézményes nevelésnek, amely az egyének az egészség fenntartásához szükséges ismeretét és aktivitását alakítja, a megfelelő tudást és szokásrendszert ezzel kapcsolatosan kiépíti. Az egészségnevelés célja, hogy önmagukért és társukért felelős embereket neveljenek, akik dönteni tudnak a maguk sorsa felett (Bíróné, 2004). Az egészségnevelés olyan pedagógiai tevékenység, melynek során az egészséges életmód céljai megvalósítását tűzzük ki magunk elé. Az egészségnevelés gyakorlatának egyedüli eszköze a nevelés, tehát az egészségnevelés elsődlegesen személyiségformálás (Mészáros és Simon, 1994).

Az egészségnevelés céljainak mind teljesebb elérése érdekében lényeges az egészségtudatos magatartás kialakítása (Pál, Császár, Huszár és Bognár, 2005). A témát feldolgozó szakirodalmak tanulmányozása közben tapasztalható, hogy az egészségtudatosság fogalmat egyre többen és egyre többször használják. Ezáltal elmondható, hogy e kutatási terület divatos szakkifejezése lett. Meghatározása Konczos és Szakály (2007) szerint olyan egészségmagatartási elemek kialakítását jelenti, amely az egészségfejlesztés érdekében történik, és az egyén egészségi állapotát tudatosan irányítva befolyásolja.

Az Egészségügyi Világszervezet szerint az egészségmegőrzés (health promotion) az egészséget elősegítő életmód és az ezt ösztönző társadalmi, gazdasági, környezeti és személyes tényezők együttes hatását öleli fel. Az egészségmegőrzés tehát olyan folyamat, amely az egyéneket képessé teszi saját egészségük megtartásában való aktív és folyamatos közreműködésre. Az egészségmegőrzés egyik általánosan alkalmazható módszerként komoly és szükséges – jövője van az egészségnevelésnek a lakosság egészség-kulturális szintjének emelésében (Simon, 1993).

Az egészségfejlesztés célját tekintve Pikó (2002) az életmódunk megváltoztatását tartja egyik fő feladatunknak, mivel a modern kor civilizációs betegségeinek kockázati tényezői nagyrészt életmódunkkal állnak összefüggésben. Ez egyértelművé teszi, hogy az egészséges életmód elengedhetetlen része a betegségmegelőzésnek (Apor, 1999). Az egészségfejlesztés célkitűzése alapvetően a jó életminőség, az életkor növelése és az egyes lakossági rétegek hátrányainak felszámolása (Elekes, 2006; Lehmann és mtsai, 1998).

2.4 A prevenció jelentősége

A személyiségbe épülő tudatos magatartás kiemelten fontos az egészség szempontjából, hiszen nem megy egyik napról a másikra, kisgyermekkorától kezdődően kell felépíteni, és éppen ezért a nemzedékeknek, a minta kiépítésének, a felnőtt társadalomnak a felelőssége jelentős. Első lépésként a prevenciót kell elemeznünk, hiszen a legköltséghatékonyabban, illetve eredmény tekintetében a leghatásosabban ez indukálja az egészségi állapot minőségi változását, tehát a nevelés folyamatába itt léphetünk be először a leghatékonyabban. A szakirodalmak legtöbbször három, esetenként négy prevenció szintet különböztethetünk meg (Ihász, Rikk 2010):

- primordiális
- primer
- szekunder
- terciér

A primordiális prevenció esetében olyan egyének egészségmagatartását befolyásolhatjuk, akik még nem rendelkeznek kockázati tényezőkkel. A primer prevenció esetén a kockázati tényezőkkel már rendelkező, de betegségi tünetektől mentes egyének magatartását lehet alakítani. A WHO meghatározása szerint az elsődleges megelőzés a betegség első megjelenésének megakadályozására az egészség megőrzésére irányul. Az elsődleges vagy primer prevenció a betegségeket előidéző tényezők korai felismerésére és elkerülésére irányuló tevékenység, ami a veszélyeztetett emberekre irányul. Az egészségfejlesztés, és annak egyik megvalósulási formája a korszerű egészségnevelés az egészségi állapot erősítésére és fejlesztésére irányul. Ide tartozik például az egészséges táplálkozás, az aktív szabadidő eltöltés, a mindennapos testmozgás, a személyi higiéné, a lelki egyensúly megteremtése, a harmonikus párkapcsolat és családi élet kialakítása, fenntartása, a családtervezési módszerek, az egészséges és biztonságos környezet kialakítása, az egészségkárosító magatartásformák elkerülése, a járványügyi és élelmiszer biztonság megvalósítása (Simonyi, 2004). Lappangó betegségi tünetek esetén a szekunder, míg felismerhető, krónikus betegségben szenvedők esetében a terciér prevenció szintjeit és megoldásait alkalmazzuk (Ihász és Rikk 2010). A másodlagos és harmadlagos megelőzés a már meglévő betegségnek és hatásainak feltartóztatását vagy lassítását kívánja elérni korai kórmegállapítás és megfelelő kezelés révén, vagy a betegség visszatérését akadályozza, illetve az idült állapot súlyosságának csökkentését célozza, például hatékony rehabilitáció segítségével (Simonyi, 2004). Tudomásul kell venni, hogy folyamatos szakmai viták zajlanak a prevenció szintjei, szinterei, illetve a rehabilitáció, a megelőzés, a gyógyítás körülhatárolásáról, szétválasztásáról, valamint az alkalmazás használatáról. Meg kell erősítenünk ebben az esetben azt a tényt, hogy a különböző szinteken különböző kompetenciákkal rendelkező szakemberek végezhetnek szakmai tevékenységet (Ihász és Rikk 2010). Ez azt jelenti például, hogy a rekreációs szervező-egészségfejlesztő szakon végző szakemberek hatékony megoldások és szakmai kompetenciák alapvető birtokosai a primer prevenció, illetve a rehabilitáció bizonyos eseteiben. Ugyanakkor a terciér prevenció esetében csak orvosi felügyelettel és iránymutatással működhetnek közre. Ugyanez fordítva annyi módosítással érvényes, hogy a medicinális végzettséggel rendelkező szakemberek bátran hagyatkozhatnak a primer prevenció és a rehabilitáció bizonyos területén jártas, kompetenciával rendelkező szakemberek (rekreációs szervező, egészségfejlesztő, gyógytestnevelő, stb.) munkájára, együttműködés esetén a közös cél érdekében kifejtett véleményére, eljárás rendjére.

Mindez (a preventív szemléletformálás) elősegíti az egyén magatartásának formálását is, mely később szokásrendszeré alakulva hozzájárul a nevelés céljának megvalósulásához, melynek során kiemelt cél a tartós hatás (állapot) elérése, megszilárdítása.

3. Érték, nevelés, szokások, magatartás

3.1 Az érték fogalomköre

Dolgozatunknak nem célja az értékelméletek mélyebb értelmezése, ellenben az érték fontosságának, szerepének vizsgálata elengedhetetlen az életminőség, az egészségkulturális magatartás vizsgálatakor.

Az *érték* annyira sokszínű, sokértelmű fogalom, hogy nagyon nehéz pontosan meghatározni. Több tudományterület központi kérdése. Az érték a szociológiában, a pszichológiában, az emberi viselkedésben megnyilvánuló fogalom, amelynek tartalma részben gének által öröklődik, részben a szocializációval alakul ki. Filozófiai megközelítésben objektív jellegűek, történelmi fejlődés eredményei, a társadalom szerkezete szerint változnak, bennük az abszolút és viszonylagos mozzanatok kölcsönhatásban vannak, kifejezik a tárgyak pozitív vagy negatív jelentőségét az ember és a társadalom számára (Filozófiai Kislexikon, 1980). Érték az a produktum, amely kettős funkciót tölt be. Egyrészt önfejlesztő másrészt közösség fejlesztő funkciója van. Az értékek kulturális alapelvek, amelyek kifejezik, hogy az adott társadalomban mit tartanak kívánatosnak és fontosnak. A társadalmi érték interiorizálódik, saját motívummá, életcélá válik (Kelemen, 1986). A Pedagógiai Lexikon (1977) szerint pedagógiai értékek kétféleképpen lehetnek:

1. *objektív értékek* (tárgyasult, a társadalmi valóság objektivitásából adódó, nem viszonyítás nélküli), azok a dolgok, amelyek ténylegesen segítik az emberi életet. Ilyen értelemben racionálisak, mint pl. a tiszta víz, a friss levegő, a szabadság, a béke, a tudás, az emberhez méltó munka, a család, az egészség, a szeretet, a szépség, amelyek a kultúra meghatározott elemében, a tradicionális tartalmakban jelennek meg (témakörök, tantárgyak, aktualizált művelődési tartalmak formájában). Ebben az értelemben a megelégedettség, objektív, kizárólagosan érvényesülő érték.

2. a *szubjektív értékek* olyan dolgok, amelyek szubjektumszerűek, egyéni megfontolásból, viszonyításból születnek, amelyekről valaki úgy gondolja, hogy fontos számára, ebben az értelemben a teljesítmény foka, mértéke szubjektív érték. Az értékek között kiemelt helyet foglal el Lappints (1998) szerint a biológiai lét értékei az élet tisztelete, védelme. A természeti környezet megóvása (a növények és állatok szeretete), az élő és élettelen természet szépsége iránti fogékonyság, illetve az erre törekvő magatartás formálása, valamint az egyén optimális

testi-lelki egészsége, mint alapérték. Ide sorolható még az egészség megőrzésének fontossága, az egészséges és kulturált életmód (életvitel, életrend, táplálkozás, pihenés stb.) iránti igény és megvalósítására törekvő aktivitás.

Az érték szokás általában egy olyan *outputnak* tekinteni, amely kettős funkciót tölt be. Egyrészt közösségfejlesztő funkcióval rendelkezik, hozzájárul a szűkebb és tágabb emberi közösségek fejlődéséhez – másrészt elősegíti az egyén fejlődését is, azaz individuális fejlesztő funkciót is betölt. Az elméletben az egyik legfontosabb emberi érték a szociálisan és egyénileg is hatékony konstruktív életvezetés, amelyhez elengedhetetlen a közösségfejlesztő (morális) és az önfejlesztő (az életvezetés sikerét biztosító) komponensek jelenléte (Bognár 2010; Olvasztóné Bognár, Gangl, Polgár és Fügedi, 2007/a; Polgár 2008). Nem vitatható, hogy az értékrend, mely a személyiségnek egyik alapvető jellemzője, döntő szerepet játszik a személyiség működésének és a viselkedés szabályozásában, ugyanis ennek hiányában nem vehetne részt más értékek kialakításában, sőt megzavarná az emberi közösségek életét. Az egyénenként interiorizálódó értékek ereje és a magatartásban is megnyilvánuló hatása attól függ, hogy az egyén értékrendszerében mely értékek dominánsak és milyen értékek erősítik, vagy gyengítik egymást (Bábosik, 2001).

Az emberi társadalomban léteznek olyan általános értékek, melyek lehetővé teszik a társadalom működését, valamint a társadalmi együttélést és minden emberi kultúrában megtalálhatóak. Ilyenek példának okáért az igazmondás, becsület vagy a törvények betartása. Más értékek viszont csak egy szűkebb társadalom, annak felfogása vagy esetleg egy vallás sajátos viszonyaihoz kapcsolódnak. Andorka (2006) szerint az értékek és értékrendszerek olyan meggyőződések és erények, melyek cselekedetekben is kifejezésre jutnak, olyan kulturális alapelvek, amelyek kifejezik azt, hogy az adott társadalom mit tart kívánatosnak és fontosnak. Az ember cselekedeteinek jellegét, mindennapos viselkedését, valamint annak irányát elsősorban a számára fontos értékek irányítják. Emellett természetesen a közösség elvárásai és normái is jelentősen befolyásolhatják az értékítéleteinket, döntéseinket, választásainkat és az ezekhez kapcsolódó tevékenységeinket.

Azonban az egyre nyilvánvalóbb, hogy a mai társadalom értékrendszere elvesztette stabilitását, és az éppen aktuális értékeink folyamatosan változnak, újrastrukturálódnak (Magyari, 2004). Ezek után nem meglepő, hogy ma nehezen található olyan alapvető értéklista hazánkban, melyben általános egyetértés mutatkozna (Mihály, 2001). Fisek (2006) pszichológiai megközelítése alapján azt mondhatjuk el, hogy az emberi értékek szerkezete elsősorban a biológiai szükségleteket, a személyek közötti koordinációt és a csoport jólétét veszi alapul. Schwartz (1992) munkájában az egyetemes értékek szerkezetének bemutatásakor a biztonságot,

hatalmat, teljesítményt, hedonizmust, ingerlést, önrányítást, egyetemességet, jóindulatot, hagyományt és konformitást emelte ki, mint fő értékrendszeri összetevőket. Más kutatók szerint (Nagy, 2000) a kreativitás, a szabadságfok növekedése, valamint az egyéni értékrend pozitív irányú változásai együtt eredményezik a személyiség szociális és perszónális értékrendjének fejlődését. Az elmélet szerint a szociális értékrend alapja a proszocialitás, melynek fő tényezője a másik ember, csoport, társadalom, valamint emberi faj létérdekeit figyelembe vevő segítő hozzáállás, magatartás. Ehhez kapcsolódóan a perszónális értékrend pedig a viselkedés olyan másodlagos szabályozója, melynek jellemző jegye az egyén túlélése illetve életminőségének fenntartása, javítása.

Sokféle felosztása létezik az értékek kategóriáinak. Abban azonban egyetértés mutatkozik, hogy a hagyományos értékelméletek az értékek világát két értéktartományra bontják. Egyrészt az alapvető vagy létfenntartó értékek, amelyek nélkülözhetetlenek az ember biofizikai, biopszichikai létének fenntartásához, másrészt a magasrendű, vagy létkiteljesítő értékek, melyek nem kötődnek közvetlenül a létfenntartáshoz, az előzőekhez képest pozitív többletként jelentkeznek.

Az érték lényegében olyan szubjektív ítéleti viszony a valósághoz, amely a cselekvés és döntés meghatározójává válik. Akkor válik meghatározóvá, ha szubjektívvé lesz. Mások megfogalmazásában az érték lényegében az egyes objektív tényekhez kapcsolódó szubjektív ítéleti viszony és a cselekvés meghatározója az egyes objektívációk, objektív viszonyok belsővé tétele által, ami koronként, rétegenként, csoportonként és egyénenként is változik (Kapitány Á. – Kapitány G. 1995).

Az érték közvetíti az egyén és a társadalom közötti szociálpszichológiai jelenségek láncolatában. Az értékek a modern társadalomban a személyiség legmélyebben beágyazott, eligazodást szolgáló támpontjai. Szilárdságot, következetességet képesek nyújtani az emberek számára a társadalomban zajló életben. Az értékek rendszerét a prioritások képezik (Csepeli, 1991). Az értékek nem egyszerűen a dolgok sajátosságait képezik le, hanem a dolgokra vonatkozó, társadalmilag kialakított, közegyetértésen nyugvó értéktételezések alapján tartunk egy-egy dolgot, eszmét, stb. értékesnek. Közismert, hogy az értékek és normák nem statikus rendszerei a társadalomnak, hanem az egyén olyan személyes konstrukciói, amelyek lényegében tapasztalatukon és érzelemvilágukon alapulnak (Elling és De Knop, 2001). A társadalomtudományokban nehéz olyan értékdefiníciót találni, melyet általános elfogadottság jellemez (Beckers és Nauta, 1983). A szerzők szerint kétféle értékdefiníció létezik:

A) egyéni szempontok szerint, melyek igényként, szükségként vagy motivációként is felfoghatóak, és

B) társadalmi szempontok szerinti, melyek jellemzője, hogy az emberi tevékenység (viselkedés) iránymutatói, illetve céljai. Az érték központi kérdése az a társadalmi igény és szükséglet, amelyben értelmezhető a cselekvéshez kapcsolt jelentéstartalom (Beckers és Nauta, 1983).

Kretchmar (1994) kétféle értéktypust különböztet meg. Morális értékek azok a személyes jegyek és motívumok, melyeket általában erkölcsileg jó embernek hívunk, mint például őszinteség, lelkiismeretesség, érzelemvilág, gondoskodás és bátorság. Nem-morális értékek azok, amelyeket az élettől elvárunk, az élettől akarunk. Ahelyett, hogy az egyén személyisége vagy motivációja kerülne központi szerepbe, a hangsúlyos értékek közé tartoznak az élvezet, tudás, jólét, biztonság, kiválóság és barátság. Érdeemes megemlíteni Rokeach (1973) definícióját, aki az összehasonlíthatóságot és személyes preferenciát emeli ki. Kutatásai eredményeképp 18 terminális értéket nevezett meg, melyek elsősorban célként funkcionálnak és 18 instrumentális értéket. A terminális értékekhez tartozik többek között a béke, szépség, egyenlőség, barátság, szabadság, biztonság és boldogság, míg az instrumentális értékekhez a személyiséghez fűződő ambíció, bátorság, őszinteség, függetlenség, illetve tisztelet.

Mindezek alapján léteznek domináns és kevésbé hangsúlyos értékek, melyek általában feszültségben vannak egymással, és ezért folyamatosan és dinamikusan alakítják, változtatják egymást (Elling és De Knop, 2001).

Az egészségértékek jelentős része a szocializáció során alakul ki az emberben. Így a család, mint elsődleges szocializációs közeg jelentős szerepet tölt be az értékek kialakításában és rendszerre szerveződésében (további szocializációs terek egyebek mellett az óvoda, iskola, baráti kör, munkahely).

A mai egészségfogalomhoz az alábbi értékek köthetők: egyéni felelősség, közösségi szemlélet, civil szervezetek, egyéni és közösségi öntevékenység, a helyi tevékenységek összessége (Tringer 2002). Az értékek az emberben értékrendszerre formálódnak, így a beépülő értékek megnyilvánulása attól függ, hogy az egyén értékrendjében hol helyezkedik el, milyen más értékekkel erősítik vagy gyengítik egymást. Az egészség vonatkozásában ez úgy értelmezhető, hogy bár az egészség előkelő helyen áll a rangsorban, ugyanakkor az egyén magatartásában más és más módon valósul meg. Ennek következtében válik életmódunk egészségessé vagy egészségtelenné. Az értékrendszerünkől adódó értékítéletek alapján hozzuk meg az életvitelünkre vonatkozó döntéseinket. Ezért egészségesen élni nem egyenlő azzal, hogy az egészséget, mint értéket önmagában elfogadjuk. Az egészséges életvitel sokkal inkább azon az értékrendszeren alapul, amellyel a bennünket körülvevő világhoz viszonyulunk.

Az egészség pótolhatatlan érték, melynek megőrzése mindenkitől tudatos magatartást kíván. Az egészség azáltal őrizhető meg, hogy az ember törődik saját magával, képes életkörülményeit önmaga alakítani. Az emberek nincsenek mindig tudatában annak, hogy az egészség olyan kincs, amit mindenki közel azonos feltételekkel megkap, de megőrizni saját magának kell. Az egyetlen észszerű cél az egyének szempontjából: meg sem betegedni. Ugyanakkor az egészség megőrzése ösztársadalmi érdek is. Egy-egy ország jövőbeni fejlődése, gazdasági ereje nagyban függ a népesség egészségi állapotától (Simon-Kiss, 2003). Az egészséget értéként elfogadtatni lényeges értékpreferencia, mely során az ismeretterjesztés és magatartásformáló tevékenységen túl szükség van a lakosság partnerszemléletű aktív bevonására (Simon, 2006).

3.2 A nevelés elméleti megközelítése

Nevelésként értelmezhetőek azok a cselekvések, amelyek által az emberek megkísérlik valamilyen módon befolyásolni a másik ember személyiségfejlődését. A nevelési folyamat alapja a nevelő és a „nevelt” között megvalósuló interakció (Bábosik, 1999, 2004; Németh, 1997; Zrinszky 2002).

A nevelés szélesebb körű értelmezésének előnye, hogy lehetővé teszi ezen sajátos folyamatok mikroszociális szintű vizsgálatát (tanár-diák, edző-sportoló, szülő-gyermek, tanár-szülő stb.). A nevelés legfontosabb feladata egyben a szociálissá alakítás, mely során az egyén a személyiségfejlődésén keresztül a társadalmi értékeket elsajátítja. A nevelés alapjává a különböző normák és kulturális értékek eltérő értelmezései, a kialakult tárgyi és szociális problémákat hordozó szituációk és konfliktusok válhatnak (neveltnek és a nevelőnek is vannak célorientációi, igényei, szükségletei, elvárásai, melyek nem mindig esnek egybe) (Bábosik, 1999, 2004).

A normák és értékek, illetve ezek oksági összefüggéseinek reflexióján tanulják meg a növendékek az erkölcsösséget, a morális ítéleteket és a tudatos cselekvéseket. A nevelés folyamatában minden esetben sajátos tartalmak megjelenéséről van szó. Ezeket a tartalmakat egyrészt a szocializációs folyamatban megjelenő társadalmi normák alkotják, másrészt ezek az enkulturáció folyamataiban érvényre jutó különböző kulturális tartalmakként is értelmezhetőek (Bábosik, 1999; Németh, 1997; Zrinszky, 2002).

A nevelés folyamata közvetlenül hozzájárul az értékek kialakulásához és az értékteremtéshez. Bábosik (1999) szerint a nevelés legfontosabb célja, hogy elősegítse a pozitív egyéni és hierarchikus motívumrendszer kialakulását, megőrzését, megszilárdulását, illetve a személyiség pozitív irányú változásait.

A témát a másik oldalról közelítve megállapítható, hogy az ember mindennapos viselkedését az értékei irányítják. Az értékek további jellemzője, hogy a tevékenységekben és tettekben is kifejezésre jutnak. Lényeges elem a meghatározásban, hogy a tervek, célok, vélemények és álmok nem számítanak értéknek, amíg nem teszünk értük (Bábosik, 2004; Zrinszky, 2002).

Összefoglalóan elmondhatjuk, a nevelés célja az, hogy az egyén autonóm módon egyénileg és a közösség tekintetében is értékes tevékenységeket folytasson. Ebből a megközelítésből a nevelt tevékenysége lesz a nevelési folyamat alapja, mely tevékenységek kiválasztásáért és megvalósításáért egyértelműen a nevelő a felelős.

A tevékenység külső szabályozása a nevelési folyamat egyik fő kritériuma, melyben az oktató-nevelő munka során folyamatosan erősíthetjük a közösségfejlesztő és az önfejlesztő tevékenységeket. Ebben a munkában a konstruktív elemek megerősítése, illetve a destruktív elemek szelektálása és kiiktatása jelenik meg a nevelő részéről. A kívülről irányított hatásrendszer során olyan belső magatartásszabályozottság alakul ki, mely mind az egyén, mind a közösség szempontjából eredményes (Bábosik, 1999; Kron, 2003).

A nevelő azon igyekezete, hogy a gyermekek tevékenységét befolyásolja, sokszor nem igazán hatékony (Németh, 1997; Réthy, 2003). Ez elsősorban abból következik, hogy a nevelő nem tudja, vagy nem akarja figyelembe venni a fejlődés-érés időbeli törvényszerűségeit és így az életkornak, illetve a képességszintnek nem megfelelő eljárásokkal, feladatokkal próbálja az adott egyént irányítani, szervezni, szabályozni. A következőkben röviden bemutatjuk a fejlődés-érés törvényszerűségeinek alakulását a nevelés szempontjából (Bábosik, 1999; Németh, 1997; Zrinszky, 2002):

a) Impulzív aktivitás

A kora gyermekkorban elsősorban nem a nevelő, hanem a tárgyi környezet által irányított a gyermek tevékenysége. Ezért fontos a változatos és minél sokoldalúbb fejlesztés már a kora gyermekkorban.

b) Heteronóm (külső) szabályozás

A tevékenység közvetlen elindítói és szabályozói a nevelő hatások. Ide tartoznak a közvetlen nevelő hatások (szülők, nevelők, tanárok, edzők, stb), valamint a közvetett nevelő hatások is (a jól tervezett feladatok és a kortárs csoport), melyek keretében alakulnak ki a szokások és meggyőződések.

A személyi környezettel folytatott interakciók eredményeképp a gyermek elfogadja a személyi környezet tekintélyi irányítását és saját tevékenységét ennek a tekintélyi szabályozásnak veti alá. Ez jellemző a nevelőkre, a családra, az óvodára, az iskolára, valamint a sportfoglalkozás keretein belül is. Kiemelkedő a szerepe ebben az időszakban a sportszakembernek, az

egészséges életmód közvetítésének, ugyanis a gyermekek szinte minden feladatot végrehajtanak és igyekeznek megfelelni az elvárásoknak. Jelentős tényező ebben az életkorban a követelmények, a minták, a magatartási normák megfogalmazása, illetve az értékelések, melyek mentén a közösségért végzett tevékenység mellett jól megférnek az önfejlesztő elemek. Ezzel párhuzamosan, ahogy a fiatal a kortárs csoporttal felveszi a kapcsolatot és ott érzelmi és szociális kapcsolatokat létesít, a tekintélyi szabályozás mellett megjelenik a tevékenység szociális szabályozása. Ez a későbbiekben erősödik, vagyis a fiatal egyre inkább szembefordul a felnőttek direkt nevelő hatásaival (serdülőkor), illetve tevékenysége a barátok szabályozó hatásaitól válik egyre inkább függővé (kortárs hatások). Ebben az időszakban a szülő vagy az edző szerepe egyre nehezebb, mivel a gyermek főleg a társaira hallgat, a velük folytatott spontán kölcsönhatás során megváltozik az ellenőrzés-értékelés, a követelés, a példamutatás és a segítségadás folyamata.

c) Autonóm vezérlésű szabályozás

Az autonóm vezérlésű szabályozás külső kontroll nélkül, a fiatal közösségfejlesztő és önfejlesztő magatartására, tevékenységére utal, így alapként szolgálhat az önnevelésre és önképzésre. A gyermekeknél is lényeges az autonóm szabályozású tevékenység, mert magas szintű belső szabályozás és önnevelés nélkül nehéz sikeres játékost vagy versenyzőt elképzelni.

3.3 A nevelési módszerek alkalmazási lehetőségei

Az önfejlesztő és közösségfejlesztő aktivitás normáit és magatartásformáit a különböző nevelési tényezők közvetítik, ennél fogva ezek tekinthetők a nevelő hatások forrásainak (példaképek, feladatok és tevékenységek, a társakkal és kortársakkal folytatott kapcsolatok). A nevelési módszerek a nevelési tényezők (tekintélyi személyek, feladatok, kortárs csoport) által a nevelő hatások szakszerű és hatékony érvényesítését biztosítják. A nevelési módszerek azt mutatják meg, hogyan történjen a személyiségfejlesztés (Bábosik, 1999; Falus, 2003; Kron, 2003; Réthy, 2003).

A nevelési folyamat sikerességének előfeltétele az, hogy a nevelők alaposan ismerjék a különböző nevelési módszereket és azokat a megfelelő körülmények között alkalmazni is legyenek képesek. Hasonlóan, a nevelési módszer kiválasztása jelentősen befolyásolhatja a nevelési folyamat eredményességét, sikerét. A nevelési módszerek egymással szorosan összefüggő kettős funkciót töltenek be. Egyben szabályozzák a fiatal aktivitását, magatartását és tevékenységét, másodsorban formálják a magatartás és tevékenység személyiségbeli elemeit (Falus, 2003; Réthy, 2003; Zrinszky, 2003).

A nevelési módszert meghatározó tényezőket a következőképpen lehet összefoglalni (Bábosik, 1999; Kron, 2003; Nagy, 2000; Zrinszky, 2002)

- a nevelési cél (milyen legyen az egyén hozzáállása, szorgalma, pontossága, fegyelmezettsége stb.);
- a nevelési feladat (milyen tevékenységeket kell tervezni, hogy megvalósuljon a cél);
- a „neveltek” életkora, értelmi-érzelmi-szociális fejlettsége, képességei (más életkorban és fejlettségi szinten más módszert érdemes használni, elég ha csak egy óvodás, serdülő vagy felnőttel kapcsolatos nevelési módszerre gondolunk);
- a nevelő, oktató, tanár személyisége, pedagógiai kulturáltsága, felkészültsége (egy felsőfokú diplomával és számottevő tapasztalattal rendelkező személy jóval több módszert kell, hogy tudjon alkalmazni, mint az, akinek ezek nincsenek a birtokában);
- a nevelő, oktató, tanár vezetési stílusa (a nevelési módszert az is meghatározza, hogy a nevelő diktatórikus, demokratikus vagy megengedő stílust alkalmaz);
- a pedagógiai szituáció és annak tartalma (az adott szituációra kell megoldást találni, nem pedig ugyanazt a módszert alkalmazni minden esetben).

A nevelési módszerek jellemzői összegezve elmondhatjuk, hogy a módszereknek a nevelés céljainak és feladatainak megvalósítását kell szolgálnia. Fontos szempont, hogy a módszer kiválasztásánál figyelembe kell venni a tanulók személyiségét, az egyéni és életkori sajátosságokat, illetve a képességeiket. Ugyanakkor a módszereknek rugalmasoknak kell lenniük az adott szituációhoz és személyekhez. Valamint a módszerek mindig együttesen, rendszerként tudják kifejteni hatásukat (Falus, 2003; Nagy, 2000; Németh, 1997).

Közvetlen (direkt) nevelési módszerek:

Az ilyen nevelési módszerek alapvető jellemzője, hogy a nevelő közvetlenül hat a neveltre.

- A szokások kialakítását szolgáló módszerek (az egyes magatartás- és tevékenységformák megerősítése):
 - követelés (összhangban az egyén képességeivel és lehetőségeivel);
 - gyakoroltatás (az optimális tevékenység a kitűzött cél);
 - segítségadás (a nehézségek elhárítására és a korrekcióra kell, hogy irányuljon);
 - ellenőrzés (kontrollként visszacsatolást biztosít mind a „neveltek”, mind az nevelőnek);
 - ösztönzés (elismerés, elmarasztalás, jutalmazás, büntetés).
- A magatartási-tevékenységi modellek közvetítésére alkalmas minták, példaképek, illetve eszményképek kialakítására irányuló módszerek (modellközvetítés):

- elbeszélés (élményszerű formában személyes élmények és tapasztalatok közvetítése);
- modellértékű személyek bemutatása (erkölcsi normák és elvek gyakorlati megvalósulása);
- műalkotások (irodalom, képzőművészet, zenemű, film);
- személyes példaadás

A módszer feltételezi, illetve megköveteli a tekintély szubjektív feltételeit (szakmai, pedagógiai, pszichológiai felkészültség, általános műveltség, erkölcsi tartás stb.). Továbbá kiemelt szereppel bírnak a tekintély objektív feltételei (a társadalmi ranglistán elfoglalt hely).

- A meggyőződések formálásában szereplő eljárások, a tudatosítás módszere (normák közvetítése):
 - előadás, magyarázat, beszélgetés rendszeres vagy alkalomhoz kötött tudatosítás (pl. bajnoki döntőt követő megbeszélés, következtetés);
 - a növendékek önálló elemző munkája (elemzések, összefüggések keresése).

Indirekt (közvetett) nevelési módszerek:

Az ilyen nevelési módszerek alkalmazásakor a nevelő a közösség számára jelöli ki a feladatot – felhasználva a kortárskapcsolatok és közösség dinamikáját – így a közösségen keresztül hat a neveltre.

- A beidegzés módszerei:
 - közvetett gyakorlás a fiatalok természetes, mindennapi tevékenységeit, együttműködését szervezzük úgy, hogy kereteket adjon a közösségfejlesztő és önfejlesztő tevékenységeknek; ebben kiemelt szerepe van a közös cél, közös feladat és közös norma alapú tevékenységnek);
 - perspektívák (távlatok) megszervezésének módszerei (olyan magatartási szinteket vagy tevékenységbeli teljesítményeket határoz meg, melynek teljesítése a közösség fejlődését segíti elő);
 - a hagyományok kialakításának módszerei (a közösség összetartozását erősítő normák megszilárdítása és szokásszerűvé tétele);
 - közvetett követelés (a nevelő által megfogalmazott követelményeket a közösség vagy annak egy része átveszi, alkalmazza a közösség keretein belül);
 - közvetett ellenőrzés (a rendszeres beszámoltatás eredményeképp a közösség gyakorolja az ellenőrző funkciót);
 - közvetett ösztönzés (a csoportos elismerés, a jutalmazás és az elmarasztalás értékelési formákat a csoport vagy annak egy része átveszi és továbbviszi).

- A magatartási-tevékenységi modellek közvetítésének módszerei:
 - a nevelő személyes részvétele a közösségi tevékenységben (a nevelő bekapcsolódása a közös munkába példaértékű és magával hozza az interakciók fejlődését);
 - a pozitív egyéni és csoportos minták kiemelése a közösség életéből (tapasztalati mintát ad, normákat mutat be, illetve segít szelektálni a tevékenységek között).
- A meggyőzésformálás (tudatosítás) módszerei, melyek elsősorban az erkölcsi, esztétikai, higiéniai normák közvetítéséhez járulnak hozzá:
 - a közvetett felvilágosítás (a nevelő oldaláról kiinduló társadalmi és közösségi értékű téma);
 - a vita módszere: (nem hivatalos és felülről jövő formában érvényesül, meggyőző ereje erőteljes).

A direkt és az indirekt nevelési módszerek jól kiegészítik egymást, így együttes alkalmazásuk hasznosítható, szükséges az egyén optimális fejlődéséhez, szocializációjához.

3.4 Szokásformálás, magatartás alakítás egyéni és közösségi szinten

A nevelés fő céljaihoz tartozik a képességfejlesztés, valamint a készségek és szokások kialakítása. A nevelési folyamat során nevelő hatások által meggyógyul a szokások kialakítása és megerősítése. Elsősorban együttes (csoportos) tevékenységek során alakulhatnak ki az egyénben a minták, a meggyőzések, illetve a szokások (Bábosik, 1999; Kron, 2003; Zrinszky, 2002). A szokás begyakorlás és beidegződés útján szükségletté vált tevékenységi forma. A szükséglet fogalmába tartozik minden, ami az ember fennmaradásához, a társadalomban való létezéséhez és igényeinek kielégítéséhez nélkülözhetetlen. A szükségletek kialakítása két egyidejűleg létező, egymást kiegészítő mechanizmuson keresztül biztosítható, így két fő hatásrendszer megszervezésére nyújt lehetőséget (Bábosik, 2004):



2. ábra: A szokásformálás módszerei (forrás: Bábosik, 2004)

Direkt vagy közvetlen szükségletformálás jellemzői:

- a direkt szükségletformálás direkt vagy közvetlen nevelési módszerek alkalmazása révén szervezhető meg.
- a nevelő közvetlenül hat a növendékre;
- a nevelő hatás forrása a nevelő befogadója a növendék;
- a nevelő által szelektált és közvetített normák, eszmék és célok elsajátítása tartozik ide;

Indirekt vagy közvetett szükségletformálás jellemzői:

- a tevékenység megszervezésére és a növendékek kölcsönhatásainak irányítására az indirekt vagy közvetett nevelési módszerek az alkalmasak;
- a növendékek által végzett feladatok a nevelő hatások forrásai (a felnőtt tekintélyi személyek és a társakkal való interakció mellett);
- a nevelő által szervezett feladatok és feltételek úgy alakítják a növendékek egymással kapcsolatos kölcsönhatásait, hogy ezek a kölcsönhatások válnak a normák, eszmények és magatartásformák közvetítőivé;
- az indirekt szükségletformálás serdülőkorral kezdődően válhat hatékonyá.

Ez a nevelési hatásrendszer akkor érhető el, ha a módszereket a nevelési célnak alárendelve alkalmazzuk. Ennek megfelelően elmondható, hogy a nevelés bármely módszerének a közösségfejlesztő és az önfejlesztő aktivitás szükségleteinek erősítését kell elősegítenie.

4. Fiatalok egészségi állapota, tevékenység- és értékrendszere

4.1 Társadalmi helyzet és sportolási szokások a fiatalok körében

A következő kérdés, amelyről szólnunk kell, az a fiatalok általános helyzete és viszonyuk a sporthoz. Az elmúlt évtizedben több hazai publikáció is született, amely a diákok sportolási értékrendjével, illetve az ehhez kapcsolódó pszichés összetevőkkel foglalkozott (Fügedi, 2009, Murányi és Hamar, 2005; Pál, Császár, Huszár és Bognár, 2005; Pluhár, Keresztes és Pikó, 2003). Az egyik lényeges pszichés összetevő a sportoló biológiai, pszichológiai, társadalmi és etikai tényezői által befolyásolt motivációs bázisa, melynek megjelenését a sportban belső, külső, valamint a részvételi motivációként érdemes vizsgálni (Nagykálldi, 1998).

A teljesítmény iránti vágy lényeges tényező, azonban nyilvánvalóan csak olyan területeken lehet az egyénben ezt optimális módon feléleszteni, mely területekről megfelelő mennyiségű és minőségű információval rendelkezik. A gyermekek sportágválasztása is ilyen tényező. A sportágválasztásnál lényeges szempont, hogy kitől milyen információ érkezik az adott

sportágról és az adott helyzetben. Ebben, mint információ átadó és közvetítő, nagy szerepe van a szülőnek, a testnevelő tanárnak, az edzőnek, a barátoknak és természetesen a médiának is (Bicsérdy, 2002).

A szakirodalom egy része a szülők magatartásának, értékrendjének tulajdonít jelentősebb szerepet a fiatalok felfogásának és iskolán kívüli tevékenységének alakításában (Fredricks és Eccles, 2004). Ugyanakkor az iskola intézményétől is elvárható, hogy az értékeket, viselkedésmintákat át tudja adni a tanulónak, hiszen az iskoláskorú gyermek élete az iskola köré szerveződik leginkább (Eccles és Wigfield, 2000). Ennek megfelelően a későbbi beállítódás, érték, norma és minta a pedagógusok, illetve az oktatási-képzési rendszer által jut el a tanulókhöz (Laki és Nyerges, 2001).

Ismeretes, hogy az 1990-es évek humanista és demokratikus célzatú újításai új elemeket hoztak az iskolai testnevelés tanterveinek reformálása során, ezek azonban legtöbbször a diákok érdeklődési köreibbe tartozó mozgásformákat ölelték fel, azonban tették ezt minden tudományos háttér és igény nélkül (Hamar és mtsai, 2006). Számos intézményben azonban negatív következményekkel járt a túlzott liberalizáció, ugyanis a diákok csak szabadidő szervezőként tekintettek a testnevelőkre.

Az 1992-es években már a liberalizáció következtében elvárt pozitív beállítódottság a testnevelés iránt az alacsony részvételi arányok miatt nem volt tapasztalható a gyakorlatban. A testnevelés, mint kötelező tantervi program minisztériumi szintű támogatottsága ellenére negatív következményekkel járt a rendszerváltást követően, ez megmutatkozott abban, hogy a testnevelés elértéktelenedett, a politika és az iskolai vezetés is kevés érdeklődést mutatott iránta (Rétsági, 2006).

Hamar és mtsai (2006) a fiatalok sportolás iránti érdeklődésének csökkenési okaiként említik, hogy a rendszerváltás után a tantervek „modernizációja” során a testnevelési óraszámok csökkentek, a testnevelőket „csak” mint szabadidő szervezőket tekinti a társadalom. A rendezetlen intézményi és pénzügyi körülmények megnehezítik a testnevelők küzdelmét a fiatalok sport iránti érdeklődésének felkeltésében.

Mindazok ellenére történt mindez, hogy a testnevelők azok, akik a legjobb helyzetben vannak ahhoz, hogy elérjék az ifjúságot, a testkulturális értékeket közvetítsék számukra, és ösztönözzék őket a sportfoglalkozásokon való részvételre. A fiatalkori motiváció kialakítása biztosíthatja az élethosszig tartó rendszeres sportolás iránti igény kialakítását (Malina, 1996; De Knop, De Martelaer, Van Heddegem, 1998)

A hazai kutatások széleskörűen tárgyalják az iskolához kapcsolódó fizikai aktivitás és sportolás hatásait, azonban a sportágválasztás és az iskola kapcsolatával kevesen foglalkoztak. A kevés

tanulmány közül Pápai és Szabó (2003) munkáját érdemes megemlíteni, amely szerint az utánpótlás korú fiú tornászok 75%-a, míg a lányok 69%-a a szülei javaslatára kezdtek sportolni. Érdemes lenne megtenni az összehasonlítást több sportág esetében is.

Trzaskoma-Bicsérdy és társai (2006) úgy vélik, hogy a testnevelő tanár feladata, hogy alakítsa és megszilárdítsa a fiatalok sportolási szokásait. Célunk a mind teljesebb sportolási rendszeresség kialakítása, amihez fel tudjuk használni a gyerekek lelkesedését és érdeklődését. Amennyiben segítünk nekik megtalálni azt a sportágot, ahol kisebb-nagyobb sikereket érhetnek el, úgy lecsökkenthetjük a rendszeres fizikai aktivitás korai abbahagyásának arányát.

Keresztes és munkatársai (2006) szerint a középiskolás fiatalok fizikai aktivitása bő tíz évvel ezelőtt viszonylag kedvező szintet mutatott, bár azt tapasztalták, hogy az aktivitási arány gyermekkorihoz képest csökkenő tendenciát mutat. A fiúk és a lányok fizikai aktivitásában jelentős különbségeket tapasztaltak. Eredményeik azt mutatják, hogy az életkor nem befolyásolja a sportolási gyakoriságot. Ennek magyarázata az lehet, hogy a fizikai aktivitás szembetűnő és drasztikus csökkenése a gyermekkor után, serdülőkorban figyelhető meg, illetve fiatal felnőttkorban. A szerzők szerint a „jó tanuló, jó sportoló modell” létezése, bármennyire is hihetetlen, még középiskolás korban is érvényes, azaz a jó tanulmányi eredmény a sportolói státusz szignifikáns és önálló prediktora. A társadalmi hovatartozás, a szülők iskolai végzettsége és alkalmazási minősége szignifikánsan befolyásolja a sportaktivitási szintet. A szerzők arra következtettek, hogy többet sportolnak a régióban azok, akik a férfi nemhez tartoznak, akiknek jó az iskolai teljesítménye, a nagyobb városokban élő fiatalok, akiknek anyja magasabb iskolai végzettséggel rendelkezik, illetve akiknek apja vállalkozó.

Korábbi tanulmányokban olvasható, hogy a testnevelők és edzők együttműködve hatékonyabbak lehetnek a „szűrésben” (Kőrös, 1995; Istvánfi, 2002; Szlatényi, 2002). Az 1980-as évek végéig az együttműködésnek, egymásra épülésnek volt egy viszonylag stabil rendszere, mely felborult és a megkérdezett tanulók véleménye is ennek az együttműködésnek a hiányát mutatja.

A szülők, a testnevelők és az edzők kapcsolatának kiépítése, az elsődleges és másodlagos szocializációs hatások összerendezése a gyermek érzelmi, testi, fizikai és értelmi fejlődésével szükségzerű és már nem várható sokáig magára. Ez minden bizonnyal a gyermeki személyiségfejlődést optimálisan alakítaná, segítené. Ez a jövő nemzedékek egészséges fejlődése szempontjából komoly veszélyforrás.

Nyerges és Laki (2004) szerint a 15-29 éves fiatalok döntően azért nem sportolnak rendszeresen, mert erre úgymond „nincs idejük” (58%). Az előfeltételek ráadásul össze is kapcsolódnak, hiszen a sportos életmód elégséges szabadidő és elégséges pénz egyidejű

fennállását követeli meg. E területen a rendszerváltást követően sem következett be gyökeres változás, sőt a gazdasági visszaesés, a magas infláció, a tömeges munkanélküliség, a reáljövedelmek csökkenésének stb. körülményei között sokak anyagi helyzete még inkább romlott, és ezzel az életmód váltás lehetősége időben még „távolabbra” került.

A fentiekből az következik, hogy a fiatalok sportoláshoz való viszonyát alapvetően befolyásolja a társadalmi és anyagi helyzetük, az a közeg, amelyben felnőttek és élnek. A fenti elemzésből az a következtetés is levonható, hogy aki nem tartja fontosnak a sportolást, az a gyerekei esetében sem fog törődni azzal, hogy sportolnak-e a gyerekei, még kevésbé kíván majd ilyen célra pénzt fordítani, ha egyébként beosztással kell élnie.

Fontos kérdés annak a vizsgálata, hogy a fiatalok hány százaléka sportol rendszeresen, és ez összefügg-e a lakhelyével, illetve akik nem sportolnak, milyen okokból nem teszik. Az adatok arról tanúskodnak, hogy elszomorító helyzetben vagyunk, mert a legjobb eredményt felmutató régióban is alig haladja meg a 40%-ot a rendszeresen sportolók aránya a fiatalok körében. Az országos átlag (33%) egyenesen elszomorító és tragikus (Laki, Nyerges 2001; Nyerges, Laki 2004).

Ehhez kapcsolódóan egy másik adat: a felső tagozatos általános iskolai tanulók 58.2%-a a kötelező testnevelési órán kívül is folyamatosan űz valamilyen sporttevékenységet. Szomorú tendenciát tükröz, hogy míg a 15-19 évesek 42.2%-a sportol rendszeresen, addig a 20-24 évesek körében ez az arány 33.7%-ra csökken és a 25-29 éveseknél már 25.0%-ra. Tekintettel arra, hogy a 15-19 éves korosztály 84%-a az iskolarendszeren belül van, nagyon meglepő, hogy a sportolók aránya 16%-kal csökkent az általános iskola felső tagozatához (10-14 évesek) viszonyítva. Ehhez képest a következő két korcsoportban bekövetkező 8.5%-os illetve 8.7%-os csökkenés könnyebben magyarázható családi, lakhely változtatási, vagy munkahelyi beilleszkedési okokkal (Nyerges és Laki 2004).

A 10-14 és a 15-19 évesek korcsoportjainak sportolási aránya az igazán elgondolkodtató, mert ezek az adatok nagyon alacsonyak, a két korcsoport közötti 16%-os csökkenés is jelentős, és elég nehezen indokolható, magyarázható. Ebből egyenesen következik az utolsó fiatal korosztálynak csak 25%-a sportol rendszeresen. A modernizálódó és a technika vívmányaival büszkélkedő társadalmakban ez az arány tovább romlik.

Gáldi (2004) vizsgálatai alapján a sportolás nemek és korcsoportok szerinti eloszlásában a 20 év alatti férfiak 74 %, a nők 60%-a sportol, míg idősebbeknél csökken ez az arány, a 20-29 éves férfiaknál 58%, a nőknél 42%. Az iskolai végzettség szerint a középiskolás férfiak 40,75%-a, a nők 28,75%-a sportol, a főiskolásoknál és az egyetemistáknál ez az arány a férfiaknál 51 %, nőknél 50 %.

Az egészségértékhez hasonlóan, a sportolási szokások alakulására is erőteljes hatást gyakorol a társadalom, a kultúra, a norma- és értékrendszer (Keresztes és mtsai, 2007).

Úgy tűnik, hogy a sportolási szokások több tényező, úgymint az életkor, a nem, a legmagasabb iskolai végzettség, a lakóhely, a munkahely és a szocioökonómiai státusz tekintetében is lényeges változásokat mutatnak (Giles-Corti és Donovan, 2002; Perényi, 2005). A KSH szerint (2000) a magyar fiatalok mindössze egyharmada él fizikailag aktív életmódot de a fővárosban és a nagyobb városokban ez szignifikánsan nagyobb értékeket mutat. Emellett lényeges kiemelni, hogy amennyiben már mozognak, akkor a főiskolások több fizikai aktivitást végeznek alkalmanként, mint a közép- és általános iskolások, a férfiak aktívabb életet folytatnak, mint a nők, illetve a többet keresők többet törődnek az egészségükkel, mint a kevesebb fizetésből élők (Gáldi, 2002; Nyerges és Laki, 2004).

Míg a férfiak és a nők sportolási gyakoriságában minden életkorban kb. 10% különbség van, addig iskolai végzettség szerint a nőknél az érettséggel csökken a különbség, ugyanakkor felnőttkorban, az idő előrehaladtával, az egyetemi végzettséggel rendelkező nők már nagyobb arányban sportoltak, mint a férfiak (52-56%). Úgy látszik, hogy az iskolai végzettség a női sportolást az egyik legjobban befolyásoló tényező (Gáldi, 2004). A felnőtt lakosság testnevelésével és sportjával kapcsolatos vizsgálatok egy másik kutatási terület, azonban meglehetősen hiányos e téma tudományos értékű feldolgozása, ugyanakkor dolgozatunk szempontjából nem az aktivitás mennyisége, hanem a tevékenységet szükségletté formáló motiváció a fontos, ezért további ismertetésbe nem megyünk bele.

Perényi (2005) főiskolások körében végzett felmérése kapcsán megállapította, hogy a magyar főiskolások elsősorban belső motivációs késztetésük eredményeképpen végeznek rendszeres fizikai aktivitást, ugyanakkor a nők többnyire külső motivációs tényezőket is célként emeltek ki (azért mozognak, hogy jól nézzenek ki, fogyás, stb.). Meglepő nemek közötti eloszlást tapasztalunk a sport kialakulásának személyes és szociális tényezőit vizsgálva. A fiúk 37,9%-a a heti rendszeres testmozgást részesíti előnyben, míg a lányok 39,8%-a a ritkább, a rendszertelenebb sportolási lehetőségeket keresi (Pluhár és Pikó, 2003).

Az 1990-es évek elején Magyarországon Földesiné (1994) úgy vélte, hogy a felsőoktatás testnevelése meggyengült, több intézmény élt frissen szerzett önállóságából adódó jogával és megszüntette az addig kötelező testnevelést. Az az általános vélemény, hogy a hallgatókat akkor érdemes feloldani a kötelező testnevelés alól, ha az optimális feltételekkel biztosítható a kínálat és a diákok részéről várható a kereslet.

4.2 Általános és középiskolás diákok tevékenységrendszerének és egészségi állapotának jellemzői

A felnőttkorra jellemző ülő és mozgásszegény életmód egyre fiatalabb korosztályokban jelenik meg és válik teljesen általánossá. Mindemellett új tevékenység jelenik meg napjaink legelterjedtebb időtöltései között: a képernyőhasználat, azon belül is az okostelefonok használata (Mikulán, 2013).

Mikulán (2013) egy összefoglaló tanulmány keretein belül elemezte a fiatalok fizikai aktivitását, az életmódjukat és egészségmagatartási tevékenységrendszerüket. Választott témákkal való szoros kapcsolódása miatt többször hivatkozunk rá, illetve bemutatjuk az egészség, mint magatartásforma és szokásrendszer kialakítása kapcsán végzett elemzéseit.

Ennek kapcsán elsőként a tanuló ifjúság tevékenységrendszere és egészségi állapota kapcsán elvégzett vizsgálódásait mutatjuk be. Megállapítja, hogy már óvodáskorban játszanak a gyerekek televízióhoz csatlakoztatott játékokkal, és az okostelefonok megjelenésével a képernyőhasználat fizikai korlátai is tovább tágultak. A szabadidő eltöltésében is markáns változásokat igazolnak a felmérések, összegzi Mikulán (2013). Az Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés részletesen foglalkozik a fizikailag aktív időtöltéssel és a képernyőhasználattal (Halmai és Németh, 2010). A kutatás Strong és munkatársai (2005) nevével jelzett ajánlás alapján, naponta legalább egy órát, minimum közepes intenzitással mozgó fiatalok fizikai aktivitását jelölte elegendőnek (a tanulók a testnevelés órai mozgást is számításba vehették az elmúlt hét fizikai aktivitására vonatkozó kérdésnek a megválaszolásánál). Ennek figyelembevételével, a HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) felmérése szerint a magyar iskoláskorú fiataloknak kevesebb mint 20%-a mozog eleget (Halmai és Németh, 2010). Ez az érték a 2005/06-os HBSC felmérésében résztvevő országok adataival (Ianotti és mtsai, 2008) összehasonlítva közepesnek számít (Halmai és Németh, 2010). A kutatás szerint a magyar tanulók iskolán kívüli sportban való részvétele az idővel jelentősen csökken, különösen lányok esetén. A nem sportoló lányok aránya az 5–11. évfolyamokon két és félszeresére, fiúknál másfélszeresére nő. A televízió képernyője előtt (video- és DVD-nézés is beleszámít) eltöltött idő jellemzően több, mint a napi ajánlott (AAP 2001 alapján), minőségi programkínálattal jellemezhető maximum 2 óra. Mindezek mellett a HBSC 2010 magyar válaszadóinak közel 60%-a legalább napi 2 órát tölt a tévé képernyője előtt (a HBSC felmérés az eltöltött idő minőségét nem vizsgálta). A számítógép előtt eltöltött idő jelentős emelkedést mutatott az előző vizsgálatához képest. A 11. évfolyamos válaszadók több, mint fele például legalább napi 2 órát tölt el a számítógépe képernyője előtt

(Halmai és Németh, 2010). Hasonló eredményekről számoltak be Kovács és munkatársai (2010) óbudai általános iskolások körében végzett vizsgálatuk kapcsán: a képernyő előtt eltöltött idő hétköznap 2,2 +/-1,9 óra, hétvégén 3,6 +/-2,6 óra volt. Iskolán kívüli sportban részt vevők száma az idő múlásával arányosan csökkent: a 9 éves fiúk 15,3%-a, a 10 éves lányok 21%-a nem sportolt, ez az arány 15 éves korukra fiúk esetében 31%-ra, lányok esetében 53,8%-ra nőtt. Ezeknek az életmódbeli változásoknak a hatása már tetten érhető a szekuláris trend alakulásában állapítja meg Mikulán (2013). Photiou és munkatársai (2008) magyar általános iskolások életmódjával, testösszetételével és fittségével foglalkozó vizsgálatában egy 1975-ös minta adatait a 2005-ben felméréssel összevetve azt találta, hogy a tanulók testösszetétele és fittsége is markánsan kedvezőtlenül változott. Hasonló megállapítás tehető a testösszetételre vonatkozóan a 2010/2011. tanévben végzett iskola-egészségügyi munkáról szóló összefoglaló jelentés alapján, amelyet 1 489 548 fő iskolába beíratott tanuló adatainak a felhasználásával állítottak össze. Adataik szerint egy 10 éves időintervallumot vizsgálva megállapítható, hogy az elhízottak száma minden korosztályban nő, aktuálisan 10-12%, s ugyanez mondható el a kórosan soványakról is, de számuk jelentősen kevesebb, mint a túlsúlyosaké, 23,1%. A jelentés beszámol egyéb közösségi szűrővizsgálatok eredményeiről is. A mozgásszervek kóros eltérései közül a tartási rendellenességek (13%) és a lúdtalp (25%) a leggyakoribb előfordulásúak. A látászavarok gyakorisága évről évre nő, 12. évfolyamban már 25%. A magas vérnyomás előfordulása megtízszereződik a középiskola végére (2,9%). A belgyógyászati betegségek közül az asztma gyakoriságát vizsgálták, a tanulók 2,5%-ánál fordult elő. Említésre méltó még, hogy habár nő az iskolai teljesítmény, nő a magatartási és emocionális zavarral küzdő hallgatók aránya is (OGYEI jelentés, 2012). A jelentés beszámol a testnevelési órákon való részvételről is, a testnevelési besorolások tükrében. A tanulók 17,28%-a, több mint 250 ezer tanuló nem vett részt a normál testnevelésórán orvosi javaslat alapján, és 45 453-an voltak közülük teljesen felmentettek (OGYEI jelentés, 2012). A magyar iskolások fizikai aktivitásával számos tudományos felmérés is foglalkozik ismerteti Mikulán (2013). A HBSC 2010 szerint a magyar iskolások közül a lányok 11,5%-a, a fiúk 22,8%-a mozog legalább napi egy órát megfelelő intenzitással minden nap. A kutatás foglalkozott az iskolán kívüli fizikai aktivitással is (az arra a kérdésre adott válaszok alapján, hogy a tanulók hetente hány órát mozognak szabadidejükben az iskolai tanórákon kívül, úgy, hogy megizzadjanak, kifulladásig), a fiúk 56,8%-a, a lányok 36%-a mozog legalább 2 órát hetente intenzíven (Halmai és Németh, 2010). Az ELTE Hunpass felmérésében résztvevő 7-12. évfolyamos diákok 31%-a vett részt iskolán kívüli (egyesületi sport) rendszeres, szervezett mozgásos tevékenységben (Csányi, 2012). 2012-ben a Magyar Labdarúgó Szövetség OTP–MOL Bozsik Egyesületi Gyermek Labdarúgó Programban 32 293

fő 5-14 éves gyermek vett részt. Az Országos Sportegészségügyi Intézet éves jelentése alapján, 2012-ben 172 728 fő 18 éven aluli sportolót vizsgáltak meg sportorvosi vizsgálatához kötött versenyengedély megszerzése vagy meghosszabbítása céljából. Az adat értékelésénél figyelembe kell venni, hogy fiataloknál félévente kell a vizsgálatot elvégezni (OSEI, 2012). Az adatok elemzése alapján megállapítható, hogy a magyar tanulók jelentős része nem mozog naponta eleget. Az iskolán kívüli sportolás megítélését nehezíti, hogy nem tudunk adatokat a heti edzések, versenyek, mérkőzések gyakoriságáról, intenzitásáról. Az azonban megállapítható, hogy az iskolán kívüli sport a tanulóknak kevesebb, mint a felénél járul hozzá az elegendő napi fizikai aktivitáshoz (Mikulán, 2013). A nem sportoló tanulóknak és a sportolóknak azokon a napokon, amikor nincs edzés, az iskolai testnevelés jelenti azt a lehetőséget, amikor megfelelő intenzitással mozoghatnak. Emellett az egészséges iskola mozgalom célkitűzéseinek jegyében az iskolai testnevelés és sport területén biztosítani kell a különböző mértékben terhelhető (könnyített, gyógytestnevelés, teljesen felmentett) tanulóknak a lehetőséget az egészségi állapotukkal kapcsolatos ismeretek elérésére, megértésére, képességeik és készségeik fejlesztésére és önbecsülésük növelésére. Ez lehet alapja az egészséggel kapcsolatos szokásrendszer és magatartás kialakításának, mely beépülve a személyiségbe hosszútávon eredményes marad. A közösségi szűrővizsgálatok eredményei, különös tekintettel az elhízás és a túlsúly nagy arányára, valamint az iskolai teljesítmény-, magatartási és emocionális zavarokkal küzdők növekvő számára, rávilágítanak nemcsak a tantervek, de az iskolák rejtett üzenetének a jelentőségére is. Amennyiben az intézmény falain belül derűs a légkör, nincs feszültség, lehetőség van az egészséges táplálkozásra és a mindennapos testedzésre, akkor a tanulók ezeket a tapasztalataikat is felhasználhatják életmódjuk kialakításában (Mikulán, 2013).

4.3 Fizikai aktivitás és egészség összefüggései

Bucsyné és Katona az NYME BEPK női szociálpedagógus hallgatók egészségkulturális magatartását vizsgálták. Kutatásuk eredményeképpen megállapították, hogy a soproni diákok gyengébb egészségi státusuk ellenére fizikailag aktívabbak a társintézmények hallgatóinál. A kísérleti csoport testedzési szokásainak pozitív változása a főiskolai képzés, tehát tanulmányaik hatására következett be. Érdekesség ugyanakkor, hogy a vizsgálatban megfigyelt hallgatói fizikai aktivitás növekedése nem járt együtt automatikusan a többi életmódbeli szokás (pl.: dohányzás, alkoholfogyasztás) javulásával (Bucsyné, Katona, 2004)

Rajki (1996) vizsgálata a soproni Óvónőképző Főiskola Testnevelés Tanszékének törekvéseit mutatja be, melynek célja a hallgatók fizikai aktivitásának növelése, a mozgásműveltségük

javítása, az egészséges életmódhoz szükséges szokásrendszer kialakítása volt. A kutatásában a hallgatók életmódját és motorikus teljesítményjellemzőit vizsgálták a képzési idő alatt. A dolgozat érdekessége, hogy az adatfelvételek között 10 év telt el. A szerző arra a következtetésre jutott, hogy a hallgatók egészségmagatartása a képzés ideje alatt nem változott lényegesen. Tehát pontosan ellentéte Bucsyné és Katona (2004) eredményének. Megállapította továbbá, hogy az eltelt 10 évben a hallgatók életvitele rendszertelenebbé vált. A testnevelés tantárgy elfogadottsága nem javult, a bevezetett alternatív óvodai nevelési programok sem hatottak kedvezően a testnevelés megítélésére és a hallgatók testedzési szokásaira. A vizsgált személyek fizikai teljesítőképessége a képzés első felében növekedett, majd ezt követően csökkent, illetve nem változott (Rajki, 1996).

Pápai és Lóczi (2001) a Jászberényi Tanítóképző Főiskola I. éves, valamint az ELTE Tanárképző Főiskolai Kar testnevelés műveltség területen női hallgatóinál vizsgálták a szabadidőben végzett mozgásos tevékenységeire vonatkozó attitűdjeiket, azok stabilitását, változékonyságát. A vizsgált személyek néhány pszichikus tulajdonságát is feltárták a szerzők. Negatív tapasztalatuk volt, hogy a hallgatók nagy részének szabadidős tevékenységei között nem szerepelt a mozgásos tevékenység. Ezzel párhuzamosan a pedagógus személyiségében fontos szerepet játszó tulajdonságok (pl. döntésképeség, önkifejező képesség, magabiztosság stb.) fejletlenségét is tapasztalták a hallgatóknak többségénél (Pápai, Lóczi, 2001).

Gémesi és Pápai (2003) a Szent István Egyetem Jászberényi Tanítóképző Főiskola Karának tanító szakos és az ELTE Tanárképző Főiskolai Kar testnevelés műveltség terület szakirányos hallgatóinak táplálkozási szokásait elemezte. Munkájukban kiemelték, hogy azzal a nézőponttal értenek egyet, mely a táplálkozási szokások kialakulását komplex szocializációs folyamat részének tekinti, amelyet biológiai, pszichés és szociális tényezők egyaránt befolyásolnak. Felhívják a figyelmet arra, hogy az intézményi háttér a táplálkozási szokásokat nagymértékben befolyásolhatja. Megfelelő infrastrukturális háttér megteremti a lehetőségét az egészséges napi étkezési ritmus betartására (Gémesi, Pápai, 2003).

Az egészség legfontosabb összetevője a rendszeres testedzés, fizikai aktivitás, mozgás. Egészségi állapotunkat javítani, tehát a fittségi állapotot elérni elsősorban sportolással, fizikai aktivitással lehet (Bokor, 2001). A rendszeres fizikai aktivitásnak rendkívül sok kedvező élettani és pszichológiai hatása van (Brukner és Brown, 2005).

Ismeretes, hogy a rendszeres testmozgás összefüggésben áll a mozgásszervi megbetegedések, valamint a szív- és érrendszeri betegségek csökkent kockázatával (Pihl, Matsin és Jürimae, 2002). Az inaktivitás, a testmozgás egészségre és közérzetre gyakorolt jótékony hatása

ellenére, mára az ülő életmódot folytató társadalmakban az egyik fő betegséget okozó faktor lett (Kiss, 2003; Vuori, 2004).

A testmozgás, rendszeres sportolás az egyik leghatékonyabb, egyben költséghatékony egészségpszichológiai védőfaktor (Kopp, 1999). Egyértelmű az a tény, hogy rendszeres testedzés nélkül nincs egészség. Egy ország állapotáról, lakóinak életmódjáról és életminőségéről, egészségi állapotáról sok mindent elárulnak sportolási szokásai (Nyerges és Laki, 2004).

Az emberi szervezet mindennapos megújulásának, fizikai felfrissítésének, egészségének megőrzésének, az életminőség javításának a mozgás nélkülözhetetlen eszköze (Mood, Muskler és Rink, 1999).

A rendszeres testedzés, mint preventív egészségindikátor, lényeges része a pszicho-szociális egészségnek (Keresztes és mtsai, 2007).

Az egészségkultúra az egészség megőrzésével, a betegség megelőzésével kapcsolatos ismereteket, szokásokat foglalja magában. (Mészáros és Simon, 1989). Rókusfalvy és Kovács (1992) értelmezésében az egészségkultúra az egészségre törekvő ember saját egészségének, mintegy legfőbb értékének, létrehozója és hordozója. Az egyéni egészségkultúra színvonalának emelése nélkül a népegészségügyi helyzet javítása elképzelhetetlen. Épp ezért foglalkoznunk kell a testkultúra és az egészségkultúra szoros, egymást feltételező és kiegészítő funkcióival is. Mindkettő alapvető érték kategóriája az egészség. A jó egészségi állapot elérésében alapértékek a rendszeres fizikai aktivitás, a megelőzés, az egészségtudat fejlettsége, a szükséges ismeretek, képességek, készségek, szokások, meggyőződések rendszere. (Bíróné, 1999). Mindezek a kategóriák értékei a testkultúrának és az egészségkultúrának is, ezért a két szubkultúrában közös tartalmak is találhatóak.

Köztudott, hogy a rendszeres testedzés hozzásegít egy egészséges társadalom kialakulásához (Vilhjalmsson és Kristjansdottir, 2003). Az egészség, életmód és szabadidő kutatások három elméleti gyakorlati megközelítés szerint értelmezhetőek (Aszmann, 2003b):

- *Szociál- és egészségpszichológiai megközelítés*, mely az egészséget és életmódot együttesen a szocializációs közegek hatásmechanizmusa szempontjából és az egyéni jellemzők mentén vizsgálja. Magában foglalja a demográfiai jellemzőket, családi környezetet és kortárs csoportok szerepét, valamint a fiatalok egészségi állapotát és közérzetét.
- *Népegészségügyi és epidemiológiai megközelítés*, mely nemzetközi és országos szinten vizsgálja az egészség és életmód kérdéseit, ebben benne foglaltatnak a témával összefüggésben lévő fizikai és pszichoszociális környezet elemzéseit.

- *Makro-társadalmi megközelítés*, mely makroszintű változókat is elemez, többek között az ország társadalmi-gazdasági helyzetét, egészségpolitikáját, illetve egészségfejlesztésre vonatkozó adatokat.

Még a legfejlettebb országokra is jellemző, hogy a jómódúak tovább és egészségesebben is élnek, mint a kevésbé jómódúak (Aszmann, 2003a). A szegénység mellett a kutatások az alacsony társadalmi státusból fakadó negatív környezeti és pszichoszociális következményeket hangsúlyozzák (Kawachi és mtsai, 1997; Kopp, Skrabski, Szedmák, 1998). A rendszeres fizikai aktivitás döntő jelentőségű a testsúly-szabályozás és megelőzés szempontjából (Due és mtsai, 2001), kedvező hatást gyakorol a stresszre, szorongásra és depressziós állapotra (Urbán és Hann, 2003), és emellett javítja a fiatalok énképét és testképét (Varga, 2002).

4.4 Rendszeres sporttevékenység hatásai az életminőségre

Sajnos a rendszeres fizikai aktivitásban, testmozgásban részt vevők száma csökken, egyre jellemzőbbé válik a mozgásszegény életmód (Dollman, Norton és Norton 2005; Adams, 2006). Már gyermek- és fiatal korban - olyan következményekkel jár, amelyek hatásait egyre inkább érzékeljük a mortalitási statisztikákon, a szabadidős szokások drasztikus megváltozásán, és a népegészségügyi adatokon (British Heart Foundation, IMEA, HFA-DB).

A mozgásszegény életmód számos veszélyt rejt. A csökkenő munkavégző képesség, az elhízás, a cukorbetegség, a magas vérnyomás, tartáshibák, anyagcserezavarok, neurózis és még sorolhatnánk a különféle ártalmakat (IMEA, HFA-DB, Egészségügyi Statisztikai Évkönyv, 2004)

Magyarországon a lakosság rossz egészségi állapotáért döntően a szív és érrendszeri, valamint a rosszindulatú daganatos betegségek a felelősek. Kialakulásuk számos okra vezethető vissza melyek közül egyik a mozgásszegény életmód (Powers, 2002). Rendszeres testmozgásra ösztönző, nevelési programokkal a testmozgásra, vonatkozó életmód-tanácsadás formájában az egészségtudatos életmód fejleszthető, kialakítható (Murray és mtsai, 1994).

Sajnos a mozgásszegény életmóddal összefüggő betegségek, annak tünetei egyre fiatalabb életkorban jelentkeznek. A szív és érrendszeri betegségek egyik leggyakoribb kockázati tényezője a magasvérnyomás-betegség, amely gyakran már a serdülőkorban kezdődik. Napjainkra egyre több embert érint a cukorbetegség (diabetes mellitus) (Farrell, 2003), a zsíryanycsere-zavar (lipidanyagcsere-zavar), az elhízás (obesitas). Az Európai Unióban a 2-es típusú cukorbetegség száma 25 millióra tehető. A zsíryanycsere-zavar, a kórosan emelkedett koleszterinszint a magyarországi felnőtt lakosság kétharmadát érinti.

Az említett betegségeken túlmenően a mozgásszervi betegségek, valamint a pszichiátriai kórképek évről-évre növekvő gyakorisága figyelhető meg a felnőtt lakosság körében, amely részben összefüggésbe hozható az inaktív életmóddal. A rendszeres fizikai aktivitás csökkenti a betegségeket, kedvezően befolyásolva azok kockázati tényezőit. Nem elhanyagolható a szerepe a lelki egészség megőrzésében sem, hiszen véd a depresszióval, a szorongással és az alvászavarokkal szemben. A rendszeres testmozgás jelentős mértékben ellensúlyozhatja a kockázati tényezők károsító hatását.

A fizikai aktivitás, a rendszeres testmozgás alapvetően hozzájárul a fizikai – szellemi - lelki jóllét eléréséhez azzal, hogy csökkenti az említett betegségek (a magas vérnyomás, cukorbetegség, szív és érrendszeri betegségek) (Feigenbaum, 1994), és panaszok kialakulását és ezzel közvetve az idő előtti halálozás kockázatát is mérsékli (Hardman, 1996; Wallace, 2003).

A WHO 2003-as adatai szerint a világon a fizikai inaktivitás önmagában évente 2 millió halálesetért felelős. Hazai felmérések (IMEA 2000) szerint a férfiak kétharmada, a nőknek mindössze fele, végez hetente többször testmozgást (IMEA). Az életkor előrehaladtával mind a férfiak, mind a nők esetében jelentősen kisebb a rendszeres testmozgás gyakorisága. A 11 éves lányok 27%-a teljesíti a preventív célú testmozgás kritériumait, míg 15 éves életkorra ez az arány 16%-ra csökken (IMEA).

A rendszeres fizikai aktivitás csökkenti a szív és érrendszeri betegségeket (Hardman, 1996; Wallace, 2003) kedvezően befolyásolva azok kockázati tényezőit. Csökkenti egyes daganatos és mozgásszervi betegségek előfordulását, késlelteti a csontritkulást.

4.5 Az iskolai (test)nevelés hatása az egészségre

A rendszeres, szervezett keretek között történő fizikai aktivitás – iskolai testnevelés óra – jelentős hatással van az tanulók életmódjára, kiemelten a tevékenység gyakoriságára és intenzitására, a napi rendszerességre, az egészséggel kapcsolatban rövid és hosszú távon fejt ki hatásait, és végül jelentős kihatással van az iskolai teljesítményre is. Mindezek összefoglalása kapcsán ismét Mikulán (2013) elemzésére hivatkozunk. A szakirodalmak feldolgozása során alapos és kiterjedt munkát végzett a témában, mely nem hagyható figyelmen kívül dolgozatunk kontextusában. A következőkben az általa is használt felosztás mentén mutatjuk be az iskolai (test)nevelés egészségre gyakorolt hatásait.

Gyakoriság és intenzitásra, napi fizikai aktivitásra kifejtett hatás

Az iskolai testnevelés és sport a tanulók egészségére és életmódjára gyakorolt hatásának tudományos igényű felmérései hozzájárulnak a hatékonyabb tantervek és egészségfejlesztő

programok megírásához (Pate és mtsai, 2011). Az optimális hatás elérésének egyik alapvető feltétele, hogy az órák heti gyakorisága, az iskolai sportprogramokon való részvételi lehetőségek és az egyes órákon, programokon való részvétel intenzitása elérje azt a küszöböt, amelynél a mozgás pozitív hatásai már megjelennek. Ennek érdekében ajánlások adnak útmutatást a fizikai aktivitás gyakoriságára és intenzitására vonatkozóan. Strong és munkatársainak (2005) az ajánlása, amelyet a HBSC eredményeinek értékelésénél használnak, naponta legalább egy óra, minimum közepes intenzitású mozgást tart megfelelőnek. Az Egyesült Államokbeli szakmai ajánlások hasonlóak, napi, legalább 60 perc, közepes-magas intenzitású (MVPA) testmozgást ajánlanak a gyermek- és serdülőkorúaknak (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009).

A testnevelésórák gyakorisága az órarend alapján meghatározott, az intenzitás azonban széles skálán mozoghat. A tanulók teljesítményének pulzusról vagy akcelerométerrel végzett felméréseivel a testnevelésórák fizikai aktivitásának intenzitása jól jellemezhető. Több, nagy elemszámú, a teljesítményt az előbb említett módon mérő kutatás eredményei azt mutatták, hogy az órákon a hallgatók nem tartózkodtak elegendő időt a koruknak megfelelő pulzustartományokban, az órák kevesebb mint felét töltötték el az ajánlott intenzitású mozgással, a javasolt több mint 50% helyett (Levin és mtsai, 2001; NASPE, 2004; Mckenzie és mtsai, 2000, 2004; Wickel és Eisenmann, 2007). A kutatások eredményeinek és az ajánlásoknak az összehasonlítása azt mutatja, hogy a hallgatók iskolai testnevelésórai tevékenysége hozzájárul a minimális napi aktivitásuk megvalósulásához, de nem teljesíti be azt. A korlátoi pont az „iskola” jellegéből adódnak, egyrészt mert hétvégén, szünetekben nem vehető igénybe, nincs minden nap, másrészt a tantervi előírásoknak nem csak a fittség fejlesztése a fő célkitűzése, így az ajánlott pulzustartományban eltöltött idő a tananyagtól függően is változik. Ezért a tanulók megfelelő fejlődéséhez, az iskolai fizikai aktivitás kiegészítéséhez elengedhetetlenül szükséges az aktív életmód igényét is felkelteni, megvalósításához támogatást nyújtani, lehetőségeket biztosítani (Mikulán, 2013). A tanulók számára a délutáni iskolai sportprogramok, az iskolai sportegyesületek által kínált lehetőségek, az aktív életmódot támogató környezetként kedvező alternatívát kínálhatnak szabadidejük hasznos eltöltéséhez. Egyben erősíthetik a rendszeres fizikai aktivitás, vagyis az egészségmagatartás iránti attitűd kialakulását.

A testnevelésórák jelentősége vizsgálható a napi fizikai aktivitásra gyakorolt hatásuk tükrében is; ennek érdekében a kutatók összehasonlították a tanulók egész napos fizikai aktivitását attól függően, hogy volt-e aznap testnevelésórájuk vagy sem. Morgan és munkatársai (2007) felmérésében, akik lépésszámlálóval mérték az egész napos aktivitást, a tanulók jelentősen több

lépést (1100-2500-zal több) tettek azokon a napokon, amikor volt testnevelésórájuk. Dale, Corbin és Dale (2000) hasonló következtetésre jutottak, a hallgatók jelentősen aktívabbak voltak azokon a napokon az iskola után is, amikor volt testnevelésóra. Mind a kettő vizsgálat hangsúlyozta, hogy a tanulók nem kompenzálták a testnevelésóra hiányát több mozgással a szünetekben vagy délután, iskolán kívüli sportolással vagy egyéb aktív szabadidős tevékenységgel. Tassitano és munkatársai (2010) a Global School-based Student Health Survey kapcsán több mint 4000 középiskolás fizikai aktivitását mérte fel. A tanulókat két csoportba sorolták be: a megfelelően és a nem megfelelően aktívakéba. Azok, akiknek több testnevelésórájuk volt (heti 2 vagy több), nagyobb valószínűséggel kerültek a megfelelően aktív csoportba. A testnevelésórák száma más vizsgálatban is jelentősen befolyásolta a fizikai aktivitást. Gordon-Larsen és munkatársainak (2000) a szociokulturális háttér, valamint a környezeti hatások serdülők fizikai aktivitására és inaktivitására gyakorolt hatását vizsgáló kutatásában már heti 1 óra testnevelés (mint környezeti hatás) is emelte a valószínűségét, hogy a serdülőkorú tanuló heti fizikai aktivitása a legkedvezőbb kategóriába (hetente minimum ötször, közepes vagy magas intenzitású fizikai aktivitás) legyen sorolható, heti 5 testnevelés pedig több mint duplájára emelte ennek valószínűségét. Főiskolai öregdiákok 2-12 éves követésével is vizsgálták a testnevelés fizikai aktivitásra gyakorolt hatását: azok a hallgatók, akiknek minden félévben volt testnevelésük, később is hetente többször mozogtak, mint akiknek ez nem volt kötelező (Brynteson és Adams, 1993).

A felmérések alapján elmondhatjuk, hogy az iskolai testnevelés hozzájárul a tanulók napi minimális, megfelelő intenzitású fizikai aktivitásához, és növeli az aktív szabadidős tevékenységek gyakorlásának valószínűségét, ezáltal hatással van a szokás- és magatartásformák kialakulására (Mikulán, 2013).

Egészségre gyakorolt rövid és hosszú távú hatások

A szakirodalomban olvashatunk a testnevelésnek a tápláltsági állapotra, a fittsége és a mentális állapotra gyakorolt rövid távú (1 éven belüli), valamint hosszú távú hatásairól is. A testsúlyra gyakorolt hatásokat pedig mért vagy önbecsült adatok segítségével kiszámolt BMI felhasználásával vizsgálták (Mikulán, 2013). Két, nagy elemszámú kutatás, O'Malley és munkatársainak (2009) 70 ezer fő részvételével, valamint Cawley, Meyerhoeffer és Newhouse kutatócsoportja (2007) által, az Egyesült Államok serdülőire nézve reprezentatív felmérések összesített adatainak (36 884 fő) felhasználásával történő vizsgálata nem talált összefüggést a testnevelés órai részvétel és a tanulók testtömeg-indexe között. Hasonló eredményre jutottak Drake és munkatársai is (2012) abban a kutatásukban, ahol a sportnak, az iskolai testnevelésnek és az iskolába járás módjának serdülők testsúlyára való hatását vizsgálták: a csapatsportban

való részvétel, a gyalogos vagy a kerékpárral történő közlekedés csökkentette az elhízás gyakoriságát, a testnevelés órán való részvétel viszont nem befolyásolta.

Fairclough és Stratton (2006) azt találták – miután a testnevelésórák hatékonyságát vizsgálták a BMI tükrében –, hogy normál testsúlyú tanulók fittsége növekedett, míg a túlsúlyosaké nem változott a testnevelés hatására. Carrel és munkatársai (2005) vizsgálatában az azonos korú, testösszetételű és fittségű elhízott tanulókat két csoportba sorolták. A kontrollcsoport hagyományos, a másik csoport kis csoportos (12-14 fős), speciális testnevelésórán vett részt kilenc hónapig. A program végére a hagyományos testnevelésórán résztvevő tanulók fittsége nem változott, míg a speciális órákon résztvevőké szignifikánsan növekedett.

A fizikai aktivitásnak a pszichés egészségre gyakorolt kedvező hatása széles körű: a kutatások eredményei szerint javítja a pszichés közérzetet, csökkenti a szorongást és a depressziót (Dubbert, 2002; Lane, Crone-Grant és Lane, 2002). A depresszió és a szorongás kezelésében is felhasználják a testmozgás kedvező hatását (Mather és mtsai, 2002; Salmon, 2001). A hangulatra gyakorolt pozitív befolyás is régóta ismert (Berger és Motl 2000; Morgan, 1997). Tsang (2011) azt vizsgálta, hogy középiskolások hangulatát hogyan befolyásolja az aerob jellegű testmozgás, a könnyűzene hallgatása és a pihenés. Kutatásában a három változó közül a testmozgás emelte a legjobban a hangulatot. Brosnahan és munkatársai (2004) 1870 középiskolás diák részvételével tanulmányozta az iskolai testnevelésnek a mentális egészségre gyakorolt hatását. Azok a tanulók, akiknek három vagy annál több napon volt testnevelésük, kevésbé voltak szomorúak, mint azok, akiknek ennél kevesebb órájuk volt. Az öngyilkossággal kapcsolatos attitűdben nem volt különbség a tanulók között.

Azok a kutatások, amelyek a testnevelésórák a fittségre gyakorolt hatását vizsgálták, nem találtak egyértelmű pozitív kapcsolatot. Madsen és kutatócsoportja (2009) a fittséget egy mérföld futás segítségével vizsgálva, nem talált összefüggést a testnevelésórákon aktívan eltöltött percek száma és a fittség között, viszont pozitív korreláció állt fenn a testnevelésórák kedveltsége és a fittség között. Cawley és munkatársai (2007) lányok esetében pozitív kapcsolatot találtak a testnevelés órai aktivitás és a magasabb szintű fizikai aktivitási magatartás között. Cox és kutatócsoportja (2008) megerősítette, hogy az aktívabb testnevelés órai részvétel és a testnevelés szeretete magasabb szintű szabadidős testmozgással jár együtt. Carrel és munkatársai (2005) vizsgálatában a hagyományos testnevelésórákon résztvevők fittsége nem változott, a speciális órákon résztvevőké viszont igen, egy kilenc hónapos program végére.

Bár a szakirodalom gazdag a fizikai aktivitásnak a testsúlyra, fittségre és mentális egészségre gyakorolt hatásaival kapcsolatos tanulmányokban, a testnevelésórák ugyanezen hatásaival viszonylag kevés kutatás foglalkozik. Valószínűleg ennek is köszönhető, hogy az eredmények

nem egyértelműek, a pozitív összefüggések és az összefüggések hiánya egyaránt fellelhető, viszont negatív kapcsolatot nem igazoltak (Mikulán, 2013).

Míg az aktív életmód, a rendszeres fizikai aktivitás egészségre gyakorolt hosszú távú hatása egyértelműen igazolt, addig a testnevelés órák hosszú távú, egészségre gyakorolt pozitív hatása korlátozottan bizonyított. Ez azzal magyarázható, hogy relatíve kevés azoknak a tanulmányoknak a száma, amelyek kizárólag a testnevelés órai fizikai aktivitás szerepét vizsgálják, gyakoribb, hogy az valamilyen iskolai egészségfejlesztő program vagy az egész napos aktivitás kutatása kapcsán jelenik meg a felmérésekben, így hatása önállóan nem tanulmányozható (Mikulán, 2013). Timpka és munkatársai (2012) a testnevelésből kapott érdemjegyek felhasználásával kutatták a testnevelés hosszú távú, egészségre gyakorolt hatásait. Megvizsgálták, hogy az alacsony, átlagos és magas osztályzatú tanulók 30 évvel később milyen egészségi állapotúak voltak. Erre háziorvoshoz fordulásuk számából, kórházi ellátásuk és a táppénzes állományuk idejéből következtettek. Vizsgálatukban a 30 évvel korábban alacsony testnevelés osztályzatot kapott nők többet látogatták a háziorvosukat és többet voltak táppénzen, mint a magasabb osztályzatúak. Férfiak esetében nem találtak kapcsolatot a vizsgált változók között. Az Add Health Study kutatásban (Menschik és mtsai, 2008) a résztvevők tápláltsági állapotának követésével tanulmányozták a serdülőkori tantervhez kötődő és tanterven kívüli fizikai aktivitás és a későbbi egészségi állapot közötti összefüggést. A 8-12. évfolyamos tanulók testnevelés órákon való heti részvétele és a testsúlyuk közötti kapcsolatot egy öt évvel későbbi ismételt testsúlyméréssel is kiegészítve megállapították, hogy minden egyes nap, amelyen testnevelés volt, 5%-kal csökkentette a túlsúly kialakulásának lehetőségét (mindennapos testnevelés a vizsgálatban 28%-kal) normál súlyú fiatalok esetében. Túlsúlyosaknál ezt a kapcsolatot nem találták (Menschik és mtsai, 2008). A HABITS vizsgálatban öt éven keresztül, 11-16 éves korig mérték a tanulók testmagasságát, súlyát és derékbőségét. Azoknak a fiúknak, akiknek három napon is volt testnevelésórájuk, plusz három cm-rel csökkent a derékbőségük azokhoz képest, akiknek ennél kevesebb testnevelési órájuk volt hetente. Lányok esetében és a BMI-vel kapcsolatban nem találtak összefüggést (Wardle és mtsai, 2007).

A testnevelésnek fittségre gyakorolt hosszú távú kedvező hatását igazolta egy serdülő lányok körében végzett felmérés. Normál súly és túlsúly esetén egy tanévnyi mindennapos testnevelésen való részvétel egy és kettő év elteltével is jobb fittséggel járt a testnevelésórát nem látogató lányokéval összehasonlítva. Elhízás esetén a mindennapos testnevelés fittségre gyakorolt kedvező hatása nem volt igazolható (Camhi és mtsai, 2011). Mindezek alapján kijelenthető, hogy a fiziológiai mutatók kapcsán egyértelmű a pozitív hatása a testnevelés

órának, míg a mentális egészség, attitűd, magatartás és szokásrendszer tekintetében a pozitív hatás korlátozottan bizonyítható. Azonban a kevés számú, testnevelés órát elemző kutatás tekintetében egyértelmű a pozitív hatás a magatartás és szokásrendszer tekintetében, negatív eredményekről nem találtunk információt.

A testnevelés órák iskolai teljesítményre gyakorolt hatása

Az iskolákról alkotott vélemény a hallgatók tanulmányi eredményeivel, eredményességével áll szoros kapcsolatban, a hallgatók fittsége ritkán szerepel a megítélés szempontjai között. Azonban számos tanulmány kapcsolatot talált a hallgatók fizikai aktivitása, teljesítőképessége és iskolai teljesítménye között (Mikulán, 2013). A kutatások az iskolai teljesítmény több elemét különböztetik meg: kognitív képességek; az iskolai teljesítményt befolyásoló attitűdök, meggyőződések az iskolai magatartás és az iskolai teljesítmény minősítése különböző értékelések, pl. teszteredmények, jegyek segítségével (Rasberry és mtsai, 2011). Trudeau és Shephard (2008) a testnevelésnek és a tanterven kívüli iskolai, fizikai aktivitásnak az iskolai teljesítményre gyakorolt hatását vizsgálták elemzésükben. A követéses és a kísérleti jellegű kutatások elemzését követően megállapították, hogy az iskolai fizikai aktivitás idejének emelése nem csökkentette az általános iskolások iskolai teljesítményét, annak ellenére, hogy így a többi tárgy oktatására kevesebb idő jutott. Véleményük szerint az a tény, hogy a csökkent oktatási idő ellenére a tanulók minimum ugyanúgy teljesítettek, azt bizonyítja, hogy a tanulás hatékonysága esetükben nőtt. Ahamed és munkatársai (2007) kutatásaik során egy 16 hónapos program keretében emelték az iskolai fizikai aktivitás idejét 4. és 5. osztályban. Az intervenció csoportban heti 47 perccel több időt töltöttek mozgással a kontrollcsoporthoz képest (139 ± 62 vs. 92 ± 45 perc, $P < 0.001$). Annak ellenére, hogy csökkent az oktatásra jutó idő, a felmérésekben nyújtott teljesítményben nem volt különbség a két csoport között (Ahamed és mtsai, 2007). Hasonló megállapításra jutottak Shephard és munkatársai (1984) is egy ötéves követéses vizsgálatban. Annak a csoportnak, amelynek heti öt óra testnevelése volt, jobb volt az iskolai teljesítménye, mint a kontrollcsoportnak (heti 40 perc testnevelés). Annak ellenére, hogy a plusz testnevelésórák számára csak a többi tárgy rovására jutott idő, az ötéves követés alatt az intervenció csoport iskolai teljesítménye általában nőtt a kontrollcsoporthoz képest. A standardizált matematikateszteken magasabb, az angol teszteken alacsonyabb pontot értek el, annak ellenére, hogy a matematika oktatási ideje 33 perccel csökkent, az angol nyelv pedig nem változott a plusz testnevelésórák miatt (Shephard, 1997). Trudeau és Shephard (2008) a keresztmetszeti vizsgálatokat (Field és mtsai, 2001; Dwyer és mtsai, 2001; Nelson és Gordon-Larsen, 2006; Pate és mtsai, 1996; Williams, 1988) elemezve pozitív összefüggést találtak a tanulók iskolai fizikai aktivitása és iskolai teljesítménye között. Elemzésük alapján

hangsúlyozták, hogy a tanulók szocioökonómiai státusza jelentősen befolyásolja mind a tanulók fizikai aktivitását, mind az iskolai teljesítményét (La Torre és mtsai, 2006; Mo és mtsai, 2005; Raudsepp, 2006; Willms 2003). Az elemzésben szereplő kutatások nagy része figyelmen kívül hagyta a szocioökonómiai státusz befolyásoló hatását, amelyek azonban figyelembe vették, azok általában szintén megerősítették a fizikai aktivitás és az iskolai teljesítmény pozitív kapcsolatát (Mikulán, 2013). Williams például (1988), a tanulók szocioökonómiai státuszának figyelembevételével, kutatásában pozitív összefüggést igazolt az iskolai sportban való részvétel és az iskolai teljesítmény között. Nelson és Gordon-Larsen (2006) az Egyesült Államok serdülőire nézve reprezentatív vizsgálatukban is azt találták, hogy a fizikailag aktívabb tanulók jobb eredményeket érnek el a matematika és az angol felmérésekben a demográfiai és szocioökonómiai státusszal való korrekciót követően is. Elemzésükben vizsgálták a fittség és az iskolai teljesítmény kapcsolatát is, és nem találtak pozitív összefüggést az iskolai teljesítménnyel.

Ezzel szemben Van Dusen és kutatócsoportja (2011) iskoláskorúak fittsége és tanulmányi teljesítménye közötti kapcsolatot vizsgálva Texas állam 13 iskolai körzete iskoláinak 3-11. évfolyamos tanulóinak részvételével azt találta, hogy a fittség és a standardizált teszteken (olvasás, matematika) elért eredmények között erős szignifikáns összefüggés van. A kardiovaszkuláris fittség dózisfüggő pozitív kapcsolatot mutatott a teszteken mérhető iskolai teljesítménnyel függetlenül más szociodemográfiai és fittségi változóktól.

Raspberry és munkatársai elemzésükben (2011) az 1985-2008 között megjelenő angol nyelvű eredeti közlemények feldolgozásával vizsgálták az iskolai fizikai aktivitás (testnevelés és iskolai sport, egyéb iskolai aktivitások) és az iskolai teljesítmény összefüggéseit. A témában megjelent 406 cikk közül végül 46 felelt meg a vizsgálati kritériumoknak, melyek közül 14 foglalkozott a testnevelés és az iskolai teljesítmény kapcsolatával. Ebből tíz intervenciós volt, melyekben azt vizsgálták, hogy a testnevelés tanításában történt módosítások (pl. az óraszám vagy az órai fizikai aktivitás intenzitásának növelése) milyen hatással voltak a tanulók iskolai teljesítményére. A fennmaradó négy leíró jellegű kutatás volt. Az intervenciós kutatások közül bár nyolc egy vagy több pozitív összefüggést is talált a vizsgált változók között, az összes kutatási eredmény értékelését követően közülük csak hat esetben igazolódtak pozitív és/vagy nem szignifikáns kapcsolatok (Bluehardt és mtsai, 1995; Dwyer és mtsai, 1996; McNaughten és Gabbard, 1993; Milosis és Papaioannou, 2007; Tuckman és Hinkle, 1986; Sallis és mtsai, 1999). Kettő (Budde és mtsai, 2008; Ericsson 2008) majdnem minden vizsgált összefüggés tekintetében pozitív kapcsolatot talált. Kettő pedig nem talált összefüggést a testnevelés és az iskolai teljesítmény között (Raviv és Low, 1990; Pollatschek és O'Hagan, 1989). A leíró jellegű

kutatások standardizált tesztek eredményei és a testnevelés közötti kapcsolatot vizsgálták. Három közülük pozitív összefüggést igazolt a testnevelés órán eltöltött idő vagy a testnevelés órán elsajátított készségek és az iskolai teljesítmény vizsgált paraméterei között (Carlson és mtsai, 2008; Dexter 1999; Tremarche és mtsai, 2007). Carlson és munkatársai (2008) vizsgálatában például azok az alsó tagozatos lányok, akik több időt töltöttek testnevelésórán, jobban szerepeltek a matematika és az olvasás felméréseken. Fiúk esetében nem találtak kapcsolatot a kutatók. Tremarche és munkatársai (2007) matematika és angol tesztek eredményei felhasználásával vizsgálták a testneveléssel eltöltött idő és az iskolai teljesítmény kapcsolatát. Angol nyelv esetén pozitív összefüggést igazoltak, matematika esetén nem találtak kapcsolatot. Dollman és munkatársai (2006) viszont nem találtak kapcsolatot a matematikai és műveltségi tesztek és a testnevelés között. Az említett négy közlemény közül egy sem igazolt negatív összefüggést. Murray és munkatársai (2007) az iskolai egészségfejlesztő programok elemzésében a testnevelés, az iskolai testmozgás hatását is vizsgálták, mint a programok részeit. Az iskolai teljesítményt, mint függő változót operacionalizálták, és a standardizált teszteken nyújtott teljesítmények, az iskolai hiányzások mértéke, az osztálytermi magatartás értékelése és számos egyéb szempont felhasználásával mérték. Elemzésük alapján az iskolai testnevelésnek és sportnak negatív hatása nem volt az iskolai teljesítményre. A szakirodalomban található eredmények alapján a testnevelésnek az iskolai teljesítményre gyakorolt hatása kedvezőnek ítélnélhető: számos tanulmány igazolta, hogy a testneveléssel eltöltött idő emelkedése a tanulás hatékonyságának és/vagy a vizsgált iskolai eredmények javulását okozza. Több közlemény pozitív összefüggést igazolt az órai aktivitás vagy az órák számának emelése és az iskolai teljesítmény között. Negatív összefüggés az említett elemzésekben az iskolai testnevelés és az iskolai teljesítmény között nem fordult elő (Mikulán, 2013).

4.6 A test- és egészségnevelés kapcsolódási pontjai

Az elmúlt egy-két évtizedben, a társadalomban megváltozott elvárásokra reagálva, az iskolai testnevelésnek és sportnak, az egészségnevelésnek tulajdonított hatások jelentősen gazdagodtak és komplexebbé váltak, ezzel párhuzamosan felértékelődött az iskoláskorúak testi fejlődésére és egészségére gyakorolt pedagógiai hatások jelentősége (Mikulán, 2013). A korábban is hivatkozott összefoglaló tanulmányában a szerző bemutatja, hogy a tanulók szabadidő-eltöltési szokásait vizsgáló felmérések arra a következtetésre jutottak, hogy az iskolai testnevelés és sport az iskoláskorúak jelentős részénél az egyetlen lehetőség a rendszeres, megfelelő intenzitású fizikai aktivitásra. Tudományos kutatások igazolták a testnevelésnek a tanulók

iskolai teljesítményére, valamint egészségére gyakorolt kedvező hatásait. A testnevelés órákon átélt pozitív élmények, a személyiségformáló hatáson túl, az aktív életmód melletti elköteleződést is megerősítik (Mikulán, 2013).

A tanulmány jegyzője kiemelt figyelmet fordít az egészség és az életkorok kapcsolatának, valamint a betegségekből fakadó negatív következményeknek. Bemutatja, hogy a leggyakrabban előforduló betegségek, mint például a szív- és érrendszeriek, a mentálisak és a daganatosak kialakulása és lefolyása is kapcsolatba hozható a fizikai aktivitással. 2010-ben az egészségtelen táplálkozás az inaktív életmóddal együtt a betegségteher legjelentősebb rizikófaktorának számított a Föld összlakosságára nézve, megelőzve a magas vérnyomást, az aktív és passzív dohányzást, valamint az alkoholfogyasztást (Lim és mtsai, 2012). A betegségteherrel egy adott populáció egészségi állapota jellemezhető: egy adott időpontban előforduló esetek által okozott egészségkárosodást jelent, amely mind az életévvesztést, mind az életminőség-romlást magában foglalja. Mértékegysége a DALY. Egy DALY egyenlő egy olyan életévnyi veszteséggel, amit teljes egészségben lehetett volna megélni. A 10–24 éves korosztályra a globális betegségteher 15,5%-a esik (236 millió DALY). A megbetegedésért felelős legfontosabb három tényező ebben a korosztályban, eltérően az összlakoságtól, a neuropszichiátriai zavarok (45%), a véletlen sérülések (12%) és a fertőző betegségek (10%) (Gore és mtsai, 2011).

Mikulán (2013) irodalmilag igazolt hivatkozásokon keresztül az életkorokra, főként a fiatalokra helyezi a hangsúlyt. Nyomatékosítja, hogy az inaktív életmód hatása fiataloknál is kiemelten jelentkezik. Olyan rizikófaktorok és betegségek előfordulásának gyakoriságát növeli, amelyek eddig döntően a felnőttkorra voltak jellemzőek, például magas vérnyomás, emelkedett koleszterin- és vérzsír-szint (Andersen és mtsai, 2006). A mozgásszegény életmód kedvez a túlsúly és az elhízás kialakulásának, ezzel csökkentheti az aktív, sportos életmód megvalósulásának lehetőségét. Tíz európai város, közöttük Pécs serdülőinek tápláltsági állapota, testzsír-százaléka és – az érvényes napi fizikai aktivitásra vonatkozó ajánlások közötti kapcsolatot vizsgáló tanulmányban – a normál testsúlyúak aktivitása közelítette meg leginkább az ajánlottat a túlsúlyosakkal és az elhízottakkal összehasonlítva (Martinez-Gomez D. és mtsai, 2010). A mozgásszegény életmód csökkenti a fittség kialakulásának lehetőségét, befolyásolva ezzel az egészségi állapotot. Ezt a megállapítást erősíti meg az a tanulmány, amelyben serdülők fittségének hatását vizsgálták az egészségi állapotra, és összefüggést találtak a fittség, az elhízás, a szív- és érrendszeri betegségek rizikófaktoraival, a csontsűrűség és a mentális egészség között is (Ruiz és Ortega, 2009). Ezek az eredmények is igazolják, hogy a sokat idézett mondás, az „ép testben, ép lélek”, napjainkra sem veszített aktualitásából, mint ahogy a gyerekek, ifjak

nevelésében a test és a lélek harmonikus fejlesztésére való törekvés is már kezdetektől létezik. A család mellett a közoktatás is jelentősen hozzájárulhat ennek a célnak a megvalósításához. Az iskolai komplex egészségfejlesztési programok részei lehetnek azoknak az eszközöknek, amelyeket az oktatási intézmények felhasználhatnak e cél érdekében (Frantz és Chandeu, 2011). Ezeknek a programoknak a részeként vagy önállóan is jelentős szerepet kap az egészséget veszélyeztető, inaktív életmód elleni küzdelem. Fontos, hogy a rendszeres fizikai aktivitást értéként kezeljék az oktatási intézmények, közvetítsenek ismereteket a jelentőségéről, a gyakorlati megvalósíthatóságáról és segítsék elő a mozgással kapcsolatos pozitív érzelmek kialakulását, az aktív életmód melletti elköteleződést (Csányi, 2010).

A szerző tanulmányában éppen ezért a következőkben ismét a testnevelés órát, mint szervezett keretek között zajló foglalkozást elemzi. Bemutatja, hogy a testnevelés óra mindenképpen elősegíti a napi ajánlott fizikai aktivitás (5-18 éves korban: napi 60 perc, fejlesztő hatású, sokféle mozgást magában foglaló MVPA aktivitás) megvalósulását (Strong és mtsai, 2005). Jelentőségét fokozza, ha az iskoláskorúak számára mindennap gyakorolható, szakmailag igényesen összeállított mozgásrepertoárt biztosít. A másik lehetőséget az iskolán kívüli sportolási tevékenységek nyújthatják. A HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) 2010 felmérés szerint (a tanulók tanórán kívüli intenzív fizikai aktivitására vonatkozó adatok alapján), a vizsgált évfolyamokra jellemző adatok alapján átlagosan a fiúk 56,8%-a, a lányok 36%-a mozog legalább 2 órát hetente intenzíven (Halmi és Németh, 2010). Ezek a számok arra utalnak, hogy a megkérdezett tanulók által képviselt populáció napi fizikai aktivitása alatta maradt az ajánlottnak.

A tanulók egészségének, egészséges életmódjának fejlesztése érdekében, a teljes körű iskolai egészségfejlesztési elvekkel összhangban, a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény előírja a mindennapi, azaz a heti öt testnevelésórát minden évfolyamban, melynek megvalósítása 2012 szeptemberében megkezdődött. Mikulán (2013) szerint ez lehetőséget teremtett hazánkban arra, hogy az iskoláskorúak rendszeres fizikai aktivitásához, fizikailag aktív életmódjához az intézmények jelentősen hozzájárulhassanak. A kérdés csak az, hogy mennyire függ össze a fiatalok életmódja és egészsége, a tantárgyi célkitűzések, a tanulók véleménye, az egészségre és az iskolai teljesítményre gyakorolt hatás tükrében (Mikulán, 2013).

Az egészségfejlesztést, mint az egészségnevelés preventív prediktorát, a szervezett keretek között zajló, intézményi (iskolai) fejlődéstörténeten keresztül mutatja be, számos szakirodalommal kiegészítve munkáját. Rövid történeti kitekintés keretében kapunk képet az egészségnevelés korokon átívelő szerepéről. Megállapítja, hogy a mindennapi élet szinterei

közül, az egészségügyi intézményeken kívül, az oktatási intézmények azok a helyek, ahol az egészséges életmódra nevelésnek több száz éves hagyományai vannak (Mikulán, 2013). A felvilágosodás kori Magyarországon az egészség értéként definiálódik, melyet becsülni, őriznie kell az egyénnek. Ebben vállalt előremutató szerepet az akkori közoktatás. Az 1777-es Ratio Educationis egy önálló fejezetet szentel ennek a témának: „A tanuló ifjúság egészségének gondozása” címmel. Ezekben az évtizedekben egyre több egészséggel foglalkozó könyv is megjelenik, többek között 1794-ben Kis József tollából az első magyar egészségtan tankönyv is, az Egészséget tárgyozó katechismus a' köznépek és az Oskolába járó Gyermekkek számára, Hogy tudhassák Egésségjeket betsülni és őrizni (Kéri, 1998).

A történeti kitekintés után napjaink oktatáspolitikai és módszertani kérdéseit elemzi a szerző. Megállapítást nyer, hogy a több mint kettő évszázaddal ezelőtti célok, felelősségvállalások napjaink közoktatásának egészségfejlesztési törekvéseiben is felfedezhetőek (Mikulán, 2013). Az iskolát az egészségfejlesztés egyik legfontosabb színterének tekintik a szakértők. A tankötelezettség révén az iskola hosszú ideig fejtheti ki hatását, egyrészt a tudatos, tervezett curriculum, másrészt az előzőtől részben függő vagy akár függetlenül is létező „rejtett tanterv”, a tanulók által megtapasztalt klíma és fizikai környezet révén. A 46/2003. (IV.16.) OGY határozat „Az egészségfejlesztés a mindennapi élet színterein” című fejezete kimondja, és ezáltal hangsúlyozza annak fontosságát, hogy: „Cél: A mindennapi élet színterein, a településeken, az oktatási intézményekben, a munkahelyen, valamint az egészségügyi intézményekben megvalósuljon az egészséget támogató politikai gyakorlat, hatékonyan érvényesüljenek az egészségfejlesztés, betegségmegelőzés módszerei.” Ennek az alapelvnek a megvalósulását elősegítő következő jelentős állomás a teljes körű iskolai egészségfejlesztést támogató nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvény (Somhegyi, 2012/a).

Mikulán (2013) az OM (2004) rendelkezései alapján tekinti át és rendszerezi az iskolák lehetőségeit az egészségnevelés terén. Az átfogó módszertani felsorolás a következő lehetőségeket ismerteti:

1. hagyományos egészségnevelés, felvilágosítás: célja, hogy a hallgatókat, az olvasókat tájékoztassa a betegségek megelőzési módjáról, az életmód jelentőségéről az egészségmegőrzésben és a betegségek kialakulásában. Hátránya, hogy az ismeretátadás során a hallgatónak, az olvasónak passzív szerepe van. Optimális esetben minőségi egészségi döntések meghozatalához szükséges információk és készségek elsajátításának lehetőségét biztosító, egészség- és cselekvésorientált tevékenység. Pl. szexuális felvilágosítás osztályfőnöki óra keretében.

2. érzelmi intelligenciát, társas kompetenciákat, alkalmazkodást fokozó beavatkozások: a társas kommunikációs készségek és a konfliktuskezelés fejlesztésével segítenek a káros szenvedélyek igelesének és kipróbálásának elutasításában. Mentálhigiénében jártas tanár vagy külső szakember vezetésével folyó, általában kiscsoportos foglalkozások. Napjainkban az egészségfejlesztési programok eredményességük fokozása érdekében az információközlést (egészségnevelés klasszikus formái) a tanulók érzelmi nevelésével együtt alkalmazzák, figyelembe véve a kortárshatásokat, és külön hangsúlyt fektetnek a hiteles és vonzó alternatívák bemutatására. Az élményalapú tanulás elősegítése céljából a drámapedagógiai elemektől kezdve a vitafórumon, a reklámkészítésen keresztül egészen a projektmódszerig számos eszköz áll a pedagógusok rendelkezésére (Kulin és Darvay, 2012).
3. rizikócsoportos megközelítés: a veszélyeztetettek kiszűrését, a betegség kialakulásának megakadályozását, illetve lefolyásának pozitív befolyásolását magában foglaló tevékenység. Például egészségügyi szűrővizsgálatok, gyógytestnevelés.
4. kortárs segítség: képzőprogramokon felkészített kortársak védőhálóként működhetnek, hasonló koruknál, életútjuknál és kommunikációjuknál fogva hitelesebben tudják közvetíteni a jó döntésekhez szükséges információkat. A kortárs segítség három nagy területe: (1) a baráti segítségnyújtás, (2) a személyes vagy telefonos tanácsadás, valamint a (3) konfliktusmegoldás és mediáció (Cowie és Sharp, 1996). E tevékenységek során a segítők törekszenek arra, hogy a hozzájuk fordulók minél tisztábban lássák saját helyzetüket, érzelmeiket, és önmaguktól találjanak megoldásokat problémáikra. Amennyiben ez nem lehetséges, a rászorulókat szakemberhez irányítják. Gyakran vesznek részt iskolai felvilágosító programok szervezésében és lebonyolításában. Képzésük során felkészítik őket arra, hogy krízishelyzetben is segítséget tudjanak nyújtani.
5. színtér programok: az egészségi állapot nemcsak az egyéntől, hanem az őt körülvevő fizikai és társas környezettől is függ. Már az Ottawai Karta is felhívta a figyelmet az egészséget támogató környezet jelentőségére. A Dzsakartai Nyilatkozat a színterek fontosságát hangsúlyozta az egészségfejlesztő stratégiák kiteljesedésében. Olyan teljes körű programok alkalmazását javasolta, amelyek az egészséget, mint szervező erőt, nemcsak célkitűzéseikbe, hanem struktúrájukba és kivitelezésük során is integrálják. Ennek eredményeként számos ismert színtér-projekt valósult és valósul meg napjainkban is: „Az egészséges városok”, „Az egészséges iskolák”, „Egészséges egyetemek” stb. Hazánkban a 46/2003. (IV.16.) OGY határozat „Az egészségfejlesztés

a mindennapi élet színterein” című fejezete foglalja össze a magyar célkitűzéseket. Az oktatási intézmények esetében a következőket írja elő: „A magyarországi iskolarendszer a tanulók egészségvédelme mellett a pedagógusok, valamint a tanulók családtagjainak egészségvédelmét és egészségfejlesztését is segítse” (Kapás, 2008). Ennek szellemében a teljes körű iskolai egészségfejlesztés akkor valósul meg, ha az összes fő egészségkockázati tényezőre hatást fejt ki; az iskola minden tagját érinti; áthatja a mindennapokat; és a tágabb iskolai környezetet is igyekszik ebbe a munkába bevonni (Somhegyi, 2012/b). Barabás Katalin a felsőoktatás egészségfejlesztésével foglalkozó cikkében szintén hangsúlyozza a komplexitás és globalitás jelentőségét, amikor hiányolja, hogy az oktatók egészségi állapotának megtartása vagy fejlesztése nem szerepel az intézmények céljaként. Véleménye szerint ez a példa visszahat a hallgatókra, akik végzettként ezt a kultúrát fogadják el, és nem fogják igényelni az egészséget támogató munkahely megteremtését (Barabás, 2010). Bármely egészségfejlesztési tevékenység csak abban az esetben fejtheti ki maximális hatását, ha az az oktatási intézmény életének mindennapos gyakorlata által megerősítést nyer. Így erősítheti meg a családi jó példát vagy ellensúlyozhatja a negatívát.

6. közösségi alapú komplex egészségfejlesztő programok: alulról építkeznek; helyi szinten megjelenő igényeket vesznek figyelembe a közösség szükségleteinek meghatározásánál; a közösség részt vesz a tervezésben és a kivitelezésben is; nagyjából helyi erőforrásokra alapoz. Az iskolán kívül más célcsoportokat is foglalkoztató (például helyi újság, szabadidős klubok, családorvosi szolgálat), összehangolt tevékenység jellemzi. Az iskolai évek alatti érzékeny időszakban bontakozik ki a hallgatók személyisége, alakul ki értékrendje, életmódja, és alapozódik meg műveltsége. Ennek érdekében az oktatás területén nagy hangsúlyt kell fektetni arra, hogy az egészségfejlesztés koherensen jelenjen meg a tantervekben, és az intézményen belül is valósuljon meg az egészséges életmód gyakorlata a közétkeztetés, a mindennapos testedzés és a stresszmentes környezet segítségével.

A testnevelés és az iskolai egészségnevelés összefüggései a XXI. sz.-ban

Szakmai egyetértés mutatkozik abban, hogy az egészséges életmód egyik szerves összetevője a fizikai aktivitás. Abban is egyetértés van a szakértők részéről, hogy a nevelés intézményesített változata az iskola, ahol az egészségnevelés egyebek között a testnevelés óra keretein belül valósul meg. A XXI. sz. lezajló változások áttekintésében szintén Mikulán (2013) munkája van segítségünkre. Az iskolai egészségfejlesztési tervek megvalósításában a testnevelésnek, a

testnevelésben közreműködő pedagógusoknak jelentős szerepet szánunk. Ezzel összefüggésben az elmúlt évtizedben a testnevelés tanításának céljai változásokon mentek keresztül annak érdekében, hogy ezek a pedagógusok a velük szemben támasztott társadalmi elvárásoknak minél jobban meg tudjanak felelni (Mikulán, 2013). Számos publikáció ismertetésén keresztül bizonyítja, hogy az utóbbi két évtizedben mennyiségi és minőségi változáson ment át a testnevelés, és hozzá kapcsolódóan az egészségnevelés témaköre. 2002-ben a testnevelés és sport műveltségterület fő célját Parti Zoltán, az Eötvös József Szabadelvű Pedagógiai Társaság 2002-es NAT tervezetében, a tanulók pszichomotoros készségeinek és képességeinek olyan hosszú távú fejlesztésében jelölte meg, amely egyben hozzájárul a diákok optimális személyiségfejlődéséhez is. A mozgáskészlet, amely a veleszületett alapmozgások fejlesztésével, valamint az erre ráépített új mozgásanyagok elsajátításával tökéletesedik az iskolai évek alatt, hozzájárul a hallgatók mozgáskultúrájának optimalizálásához, ezáltal a cselekvést igénylő feladatok megfelelő szintű elvégzéséhez. A hagyományos értékek átadásán túl a szerző fontosnak tartja, hogy a tanulók ébredjenek rá saját felelősségükre testi képességeik fejlesztésében (Parti, 2002).

Az egészségnevelés tantárgy kötelező megjelenése (2004/05 tanév) új helyzetet teremtett a tanulók egészséges életmódra nevelése területén. Pál és mtsai (2005) az iskolai egészségnevelés múltját, jelenét és jövőbeni szerepét vizsgáló cikkében arra a következtetésre jutott, hogy a tanulók egészségmagatartásának hatásos és tartós befolyásolása az egészségnevelők és testnevelők szoros együttműködése révén érhető el. A testnevelési órákon való részvétel egészségmegőrző és -fejlesztő funkcióján túl hozzájárul önmagunk megismeréséhez, elfogadásához, megküzdő képességünk erősítéséhez. Így felvértezettebben találkozhatnak a tanulók a káros szenvedélyekkel, a kóros táplálkozási szokásokkal. A testnevelés-tanításnak nagyban hozzá kell járulnia a rendszeres fizikai aktivitáshoz való egy életen át tartó elköteleződéshez is (Pál és mtsai, 2005). A testnevelés alapelveiben és célkitűzéseiben megfigyelhető változások ellenére a megelőző évek testnevelési gyakorlatát és eredményeit vizsgálva, 2007-ben, F. Mérey kemény kritikát mond az iskolai testnevelésről és sportról, állapítja meg Mikulán (2013): „a tanulók egészségi, fizikai állapota az elmúlt 20 évben folyamatosan romlik, a testneveléshez és sporthoz való hozzáállása negatív tendenciát mutat, az iskolai testnevelés és sport egészségfejlesztő, egészségmegőrző hatása csekély, fiataljaink harmonikus testi fejlesztése nem tudatos”. Ennek megváltoztatása érdekében a testnevelés tantárgy korszerűsítésére és fejlesztésére tesz javaslatot, melynek széles körű bevezetésétől nemcsak a hallgatók fizikai állapotának, sport iránti elköteleződésének, hanem a testnevelők és a testnevelés erkölcsi megbecsülésének növekedését is reméli (F. Mérey, 2007). Már az

ezredforduló elején változásokat sürget Hamar (2008) is a tanulók egészségmagatartásának fejlesztése érdekében. Véleménye szerint a fizikai és mentális egészség, valamint az egészséges életvezetést szolgáló ismeretek kulcskompetenciaként való definiálása járulna leginkább hozzá a közoktatás területén a célkitűzés megvalósulásához. Ennek érdekében egy új, úgynevezett testkultúrális kompetencia bevezetését javasolja a 2007-es Nemzeti alaptanterv kiegészítéseként. Ennek alapját az egészség mint gazdasági és társadalmi érték képezné, kiemelve az egyén felelősségvállalásának fontosságát. A testkultúrális kompetencia komplex fejlesztése az óvoda, az alap-, közép- és felsőoktatás és a felnőttképzés feladata lenne, amelyben az egészségnevelésnek, a testnevelésnek, valamint a sportnak kitüntetett szerep jutna (Hamar, 2008). A kulcskompetenciákban való gondolkodás bevezetése a testnevelés területén is sok újdonságot hozott, és gyakorlati megvalósításuk során számos kérdés merült fel. A 2007-es NAT-ban definiálták a műveltségterület új alapelveit és céljait: a testnevelés és sport mozgásanyagának pozitív élményekben gazdag elsajátítása úgy, hogy ezzel együtt a tanulók értelmi képességei is fejlődjenek. Elbert (2010) szerint ez a szemlélet háttérbe szorította az addig jellemző teljesítménynövelésre való törekvést, és csökkentette a követelménytámasztást. E szemlélet lehetséges kedvezőtlen következményének tartja, hogy mindezek hozzájárulhatnak a teljesítmény devalválódásához, éppen egy teljesítménycentrikus világban. A tanulók optimális személyiségfejlődésének érdekében a testnevelés és sport mozgásanyagának pozitív élményeket nyújtó tanítását javasolja oly módon, hogy abban a teljesítménynek is legyen szerepe, mert így érhető el, hogy a tananyag elsajátítása a tanulók egészségmagatartásának és testkultúrájának fejlődésével járjon együtt a testnevelésórákon. Mikulán (2013) szerint hasonló értékrend lelhető fel abban a törekvésben is, amely egy új szemléletű, úgynevezett jövőorientált testnevelés-tanítás bevezetését javasolja a Nemzeti alaptantervbe. Vass és Kun (2010) ezzel a modern szemléletű tanítással a jövőorientált-egészségtudatos életvezetés kialakításához szeretne hozzájárulni. A jövőorientált testnevelés „központba állítja a konkrét és formális műveleti gondolkodás fejlesztését a pszichomotoros tanulási és tanítási folyamat implicit mozgásos tartalmainak tudatos alkalmazásával” (Vass és Kun, 2010). Kaposi (2012) a 2012-es NAT elemzésében a Testnevelés és sport műveltségi terület célrendszerét így foglalja össze: „az ember játék- és sporttevékenységbeni cselekvőkészségének fejlesztése, annak egyéneenként változó, lehetőleg magas szintjének elérése: mozgáskészségek fejlesztése, motoros képességek fejlesztése, szociális ügyesség fejlesztése, emocionális készségek fejlesztése, ismeretek fejlesztése, szokások fejlesztése”. A NAT alapján a testnevelés tantervi célrendszerében és fejlesztési feladataiban integráltan jelenik meg a mozgáskészségek, az egészségtudatossággal kapcsolatos ismeretek, az önismeret, valamint a felelősségvállalás fejlesztése. A NAT az iskolai

testnevelést és sportot a teljes körű iskolai egészségfejlesztés és tehetséggondozás megkülönböztetett részének tekinti, a testnevelés és sport műveltségterület kitért területének tartja a tanulókörpöntü személyiségfejlesztést. Jelentős szerepet kap a tanulási nehézségek kezelésében és a társadalmi integrációban is. A célok megvalósítása szempontjából jelentős változás a mindennapos testnevelés bevezetése, amely heti öt óra testnevelés keretében valósul meg. A tanítás során az ismeretszerzés, a gyakoroltatás-cselekedtetés és a pozitív élmények együttes jelenlétét javasolja az alaptanterv (NAT, 2012).

Az elmúlt bő 10 év alatt az iskolai testnevelésnek és sportnak tulajdonított pedagógiai hatások jelentősen gazdagodtak és komplexebbé váltak, reflektálva a társadalomban megváltozott elvárásokra, ahol nőtt az egyén felelőssége az életmódja, életszemlélete és életvezetése vonatkozásában, és ezzel egyidejűleg az önmagát testileg és lelkileg sikeresen kontrollálni tudó, harmonikus életvezetésű, egészséges, fitt ember eszménye alakult ki. Ebben az összefüggésben a rendszeres mozgásnak, az aktív életmód melletti elköteleződésnek kulcsszerep jutott, és ebből kifolyólag napjainkra a testnevelés oktatása jóval túlmutat már a tananyag megtanításán (Mikulán, 2013).

A tanulók véleménye a testi nevelésről és a (test)nevelőkről

A pedagógiai paradigmaváltással párhuzamosan a tanulóknak a testnevelésórákról és testnevelőkről alkotott véleményének vizsgálatai tovább finomították a képet a testnevelésnek az egyének életében, életmódjában betöltött szerepéről (Mikulán, 2013). Egy országos reprezentatív felmérés (Neulinger, 2009) eredménye szerint az általános iskolában a lakosság 60%-a szerette a testnevelésórákat, 22%-a nem. Hasonló eredmények születtek a középiskolai testnevelésórákkal kapcsolatban is, a felsőoktatásban azonban a megítélés mindkét esetben romlott, és a sportnak a jelentősége is csökkent. A vizsgálat szerint a férfiak jobban szerették ezt a tantárgyat, mint a nők. Azok között, akik nem szerették, leggyakrabban az erőltetést, az ügyetlenséget és az osztályozást említik ellenérzésük fő kiváltó okaiként. A vizsgálat pozitív, bár gyenge összefüggést talált a válaszadók sportolási szokásai és a testnevelésórák, valamint a testnevelő tanár szeretete között (Neulinger, 2009). Ezek az eredmények megerősítik azt a feltételezést, hogy az iskolai testnevelésnek és a testnevelőknek hatásuk van a tanulók életmódjának alakulására. Az órák rossz megítélésének megjelölt fő okai az egyéni adottságok felmérésének és figyelembevételének jelentőségére utalnak. Hasonlóan lényeges a teljesítménynövelés mértékének és a követelményeknek megállapítása úgy, hogy azok motiváló erőként tudjanak hatni, és pozitív élményeket tudjanak kiváltani. Ennek a szemléletnek az általánossá válásával, a kompetencia alapú oktatás megszilárdulásával nőhet a

testnevelést kedvelők száma, és az aktív, sportos életmód melletti elköteleződés (Mikulán, 2013).

Egy másik, 8. osztályos serdülők életmódjával és a testneveléssel kapcsolatos véleményükkel foglalkozó, reprezentatív vizsgálat eredményei kedvezőtlenebb képet adtak. A kérdőívet kitöltők kevesebb, mint fele szerette a testnevelésórát, és kevesebb, mint egyötöde egyáltalán nem. Az ellenszenv fő okaiként elsőként a testnevelésórák tartalmát jelölték be, ezt követte a tanár személye, illetve a részvétel fárasztó jellege. Ezen kissé kedvezőtlen adatok ellenére az osztályozást a tanulók több mint kétharmada nem törölné el. A legkedveltebb tevékenységekre is rákérdeztek a kutatók, és megállapítható, hogy a sportjátékokat és egyéb játékokat úzték a diákok legszívesebben (Rétsági és Ács, 2010).

Ennek a vizsgálatnak az eredményei is összecsengenek, egyrészt azzal az alapelvvel és célkitűzéssel, hogy az iskolai testnevelés és sport legyen örömteli, játékos tevékenység, másrészt a testnevelő tanárok azon véleményével, hogy a teljesítménynek helye van a testnevelés tanítása során (Mikulán, 2013). Az iskolai testnevelés és sport iránti kötődés magyar és erdélyi diákok körében végzett vizsgálatának eredményeiből is következtethetünk a tantárgy megítélésére. Az eredmények pozitív beállítottságról tesznek tanúságot, amelyben nemi, területi és életkorbeli különbségek fedezhetőek fel. Az erdélyiek hozzáállása, beállítódása kedvezőbb volt mint magyar társaiké, de ennek mértéke ugyanúgy, mint a magyaroknál, a korról csökken. A fiúk érzelmi telítettsége általában gazdagabb volt, mint a lányoké (Hamar és mtsai, 2012).

Ezeknek a vizsgálatoknak a figyelembevételével elmondhatjuk, hogy az iskolai testnevelésnek és sportnak hatása van a fiatalok és ennek folyamányaként a felnőtt lakosság sporthoz, fizikai aktivitáshoz történő viszonyulására (Mikulán, 2013). Az egészségfejlesztő iskolák és egyetemek mozgalma e hatás optimalizálása érdekében nagy hangsúlyt fektet a tanulók, hallgatók fizikai fejlődésére az érzelmi és szociális fejlődés mellett. Az átfogó iskolai egészségnevelési terv a biológiaórák tananyagába beépült egészségnevelés élettani szemléletű oktatását az iskolai testnevelésnek és sportnak a mindennapi élethez fontos készségeket fejlesztő hatásaival szorosan összekapcsolva ötvözi. Az elemzett vizsgálatokból levont következtetések alapján az iskolai testnevelés pozitív hatása erősíthető. E cél érdekében javasolható, hogy az oktatási intézmények egészségfejlesztési programjaiban fektessenek hangsúlyt arra, hogy a testnevelés tantervek írásánál és az iskolai sportprogramok összeállításánál szempontként jelenjenek meg a hallgatók igényei és egyéni adottságai (Fügedi, Bognár, Salvara, 2006; Fügedi és mtsai, 2016). A középiskolai és a felsőfokú oktatási

intézmények esetében a hallgatók számára sportolást támogató környezet biztosítása csökkentheti a korral járó lemorzsolódást (Mikulán, 2013).

A mindennapos testnevelés bevezetése jelentős mérföldkő volt a testnevelés oktatásában (Mikulán, 2013). A megelőző évtizedben folyamatosan zajló szakmai előkészítés eredményeképp alakultak ki a jelenlegi alapelvek és tantárgyi célkitűzések, amelyek hozzájárultak a mindennapos testnevelés bevezetésének szakmai előkészítéséhez is. A kulcskompetenciákban való gondolkodás és az egészségnek, mint alapvető értéknek a közoktatásban való definiálása a testneveléssel szemben új elvárásokat vetett fel. Mindezek figyelembevételével a 2012-es NAT az iskolai testnevelést és sportot a teljes körű iskolai egészségfejlesztés és tehetséggondozás megkülönböztetett részének tekinti, amelyben a tanulóközpontú személyiségfejlesztésnek kitüntetett szerepe van (Mikulán, 2013).

A koncepció lényege, és egyben a hosszútávú célja, hogy a tanulók egészségmagatartása a testnevelés segítségével tartósan kedvezően változzon. A diákoknak a testnevelés és a testnevelő tanár iránti szeretete segít a rendszeres mozgás melletti elköteleződésben. Ez az összefüggés felhívja a figyelmet arra, hogy a testnevelés tanítása kapcsán a tantárgyi követelmények teljesítése mellett a testmozgáshoz köthető pozitív élményeknek is nagy jelentősége van a tanulók egészséges testi és lelki fejlődésében. A felsorolt kutatások mind azt mutatják, hogy az iskolai testnevelés a tanulók jelentős részénél az egyetlen rendszeres fizikai aktivitási lehetőség. Pedig tanulmányok sokasága igazolja, hogy a testnevelés nemcsak a napi fizikai aktivitáshoz járul hozzá, hanem az aktívabb életmód kialakulásához, valamint annak felnőttkori fenntartásához is, továbbá elősegíti a tanulók testsúlyának optimális szinten tartását, és javítja a pszichés közérzetüket, valamint a tanulók iskolai teljesítményének számos elemére kedvező hatást gyakorol (Mikulán, 2013). Márpedig az egészségnevelés preventív szemléletű megközelítésében ezzel biztosíthatóak a hosszútávú eredmények.

5. Felnőttek egészségi állapota, tevékenység- és értékrendszere

5.1 Egészségügyi mutatók és kockázati tényezők a felnőttek körében

A nagyobb fittséggel (aerob kapacitás, állóképességi jellegű teljesítőképesség) sokszorosan megerősített szervezet esetében kisebb kardiovaszkuláris és általános megbetegedés és halálozás jár együtt. Már csekély javulás is eredményt hoz: 1 MET-nyi (3.5 ml/min/ttkg VO₂) fittség javulás 10-30 százalékkal csökkenti a mortalitás esélyét. A napi fél órás mérsékelt intenzitású testmozgás 20-40 %-os esélycsökkenést eredményez. A (megmért) fittség erősebb faktor, mint a fizikai aktivitás mintázat, mivel utóbbi nehezebben verifikálható, és a genetikai komponens a fittségbe ágyazódik (Myers, 2008).

Ez a megállapítás az egészségnevelés tekintetében két szempontból fontos. Egyrészt csökkenthető az életminőséget és az egészségi állapotot befolyásoló kockázati tényezők, valamint megbetegedések aránya, másodsorban a felnőtt társadalom esetében a rendszeres fizikai aktivitás példaértékű lehet a jövő generáció számára. Ezzel a gondolattal egybe csengenek a 2016-os Egészségjelentés megállapításai is (Varsányi és Vitrai, 2017).

Ezek alapján kijelenthető, hogy a magyar lakosság egészsége a legtöbb egészségmutatóban elmarad az EU fejlettebb tagországoihoz képest. Egyes keringési és rosszindulatú daganatos betegségek halálozásában egyre nő a lemaradásunk. Igen jelentős a hátrányunk az egészségügyi ellátással elkerülhető és a népegészségügyi beavatkozásokkal megelőzhető halálozásban. A halálozás mellett a csökkent életminőséget is tükröző elvesztett egészséges életévek számában is jelentősen kedvezőtlenebbek a magyar értékek, mint az EU más tagállamaiban. A magyarországi egészségveszteségek döntően a viselkedéssel összefüggő kockázatokra vezethetők vissza, ahogyan ezt a magyar egészségmagatartási mutatóknak az EU-ban kirívóan rossz értékei alátámasztják. Jelentős javulást ezért csak a lakosság egészségmagatartásának megváltoztatásától lehet várni. Tudományosan megalapozott, hogy a viselkedést eredményesen változtató beavatkozások egyszerre bővítik az egészséges életmóddal kapcsolatos ismereteket és készségeket, motiválnak életmódváltásra és biztosítják a viselkedésváltoztatást támogató társas és fizikai környezetet is. Az egészségmagatartás megváltoztatásához több szektor kulcsszereplőinek összehangolt tevékenysége szükséges (Varsányi és Vitrai, 2017).

A társadalmi szereplők tevékenységének összehangolását országos, térségi és helyi szinten az egészségtervezés és annak megvalósítása biztosíthatja hatékonyan. Ennek feltétele a népegészségügy és az ellátó rendszer integrált, ember-központú átalakítása. Különösen fontos a népegészségügy közösségi szolgáltatásainak megerősítése, mert ez képes valamennyi szinten előmozdítani a társadalmi szereplőknek az egészségtervezésben és annak megvalósításában való támogató szerepvállalását. Ehhez – és a hazai egészségügyi rendszer hatékonyságának növeléséhez – a gyógyításról a megelőzésre szükséges nagyobb hangsúlyt helyezni, és ennek megfelelően a korábbinál több erőforrást biztosítani. Mivel az egészségmagatartás társadalmilag erősen beágyazott, és lassan, nehezen változtatható, ezért nagyobb hatékonyság várható a fejlődésben lévő gyermekekre fókuszáló egészségfejlesztési beavatkozásoktól (Varsányi és Vitrai, 2017).

A keringési rendszer megbetegedéseire visszavezethető halálozás a felnőttkorban elhunytak több mint 50%-t érinti (Zajkás 1993, ESKI 2005). Ez a magas arányszám a vérkeringés bonyolult és sérülékeny felépítéséből adódik, aminek következtében a kóros elváltozások gyakrabban fordulnak elő. A fejlett országok mellett ma már a fejlődő országokban is egyre

jellemzőbb halálokká vált (WHO 2000). A közvetlenül a cardiovascularis rendszert érintő megbetegedések okozta korai halálozás a nyolcvanas években ért el először jelentős hányadot a mortalitás oki tényezői között Magyarországon (Zsoffay 2007). Ez főleg a férfiak körében jelentkezett nagyobb arányban. A magyar férfiak esetében az első maximumot 1984-ben regisztrálták. Ezt követően csökkent az arány, majd az átmeneti visszaesés után, egy újabb csúcs jelentkezett 1993-ban, meghaladva az előző mutatót. A magyar nők körében 1981-hez köthető a keringési rendszer megbetegedéseire visszavezethető halálozás maximuma. A 0-64 éves nőknél ebben az időszakban volt a legmagasabb a halálozás, az ezt követő időszakban a nők körében a mutatók alacsonyabbak lettek. A testösszetétel jellemzői szintén jelentős hatással vannak az egészségi állapotra. Az optimálistól eltérő testösszetétel többletkockázatot jelent, prediktív faktornak minősül az életminőség és a morbiditások területén egyaránt és domináns tényező a haláloki struktúra alakulásában. A kóros soványság, illetve a kóros kövérség (obesitas) különböző fokozatainak kialakulásában természetesen szerepet játszhatnak a genetikai-biológiai és a patológias faktorok egyaránt. Az esetek döntő többségében azonban, mivel az alapanyagcsere és az enterális felszívódás között nincs jelentős különbség, oki tényező a negatív egészségmagatartási attitűdre visszavezethető energiabevitel az energialeadás közötti egyensúlyvesztés. A zsírszövet eloszlása pontos kockázati indikátor. A megnövekedett hasüregi zsír, az abdominális obesitas, szoros összefüggést mutat a cardiovascularis és a 2. típusú cukorbetegség előfordulásában (Ilyés, 2003).

Az Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF 2003) kutatási beszámolóban szerepelt adatok alapján a nők 29%-a, a férfiak 38%-a volt túlsúlyos. A releváns irodalmak szerint a 45 év alatti nők között gyakoribb a sovány, mint a kövér, amely mutató az életkor előrehaladtával megfordul. A férfiak esetében 35-65 éves korosztálynál gyakoribb a magas BMI. Az optimálistól eltérő testtömeg index egészségkárosító hatása bizonyított. Alacsony érték esetén jelentős az osteoporosis veszélye, magas index esetében csökken a várható élettartam, növekedhet a TC és LDL mértéke, magasabb a hipertonia (magas diasztole), a szív-érrendszeri betegségek incidenciája, a felnőttkori diabetes, az epekő, a nőgyógyászati és az epehólyag daganatok előfordulási gyakorisága.

A koleszterin szint alakulása az életkorral változik. A hazai és nemzetközi vizsgálatok alapján a férfiaknál kissé gyakoribb a magasabb koleszterinszint, és ez az érték koraal együtt gyorsabban nő, mint a nők esetében. Kutatásunk eredménye nem támasztja alá az előbbieken leírtakat. A vizsgálatban résztvevő nőknek magasabb volt az összkoleszterin szint értéke, mint a férfiaké.

A felmérés reprezentatív eredményei szerint a felnőtt magyar lakosság csaknem 8%-a egyáltalán nem végez testmozgást (az idős nők 20,5%-a és az idős férfiak 18,7%-a!). Azok aránya, akik valamennyit mozognak ugyan, de kevesebbet, mint az ajánlott heti 2,5 óra, hasonló nagyságú: a nők 8,5%-a, a férfiak 7,9%-a tartozik ebbe a kategóriába. Az önbevallott testmozgási időtartamok alapján a lakosság több mint 80%-a megfelelő mennyiségű testmozgást végez. Az OLEF a megfelelő mértékű és időtartamú testmozgásra helyezi a hangsúlyt, ami lényegesen bővebb kategória, mint a sportolás, sportolási szokások.

A jelentés eredményei azt mutatják, hogy a nők 27,9%-a, a férfiak 40,5%-a dohányzik. Többségük napi rendszerességgel rágyújt: a nők csaknem negyede (24,6%), a férfiaknak több mint harmada (36,9%). Erős dohányosnak tekinthető, azaz naponta legalább 20 szál cigarettát elszív a nők tizede és a férfiak csaknem negyede. Alkalmi dohányosok mindkét nemben leginkább a legfiatalabb korcsoportban fordulnak elő: a 18-34 év közötti nők 5,1%-a, a férfiak 6,4%-a tartozott ebbe a kategóriába. A férfiak körében a jelenleg dohányzók mellett igen jelentős azoknak az aránya is, akik valaha dohányoztak, de már leszoktak: az idős férfiaknak például a fele, a középkorúaknak pedig több mint negyede. A nőknél valamivel kisebb a leszokottak aránya, de közülük is minden nyolcadik (12,4%) ide tartozik. Soha nem dohányzott a nők több mint fele (59,8%), a férfiaknak több mint harmada (35%). A nőknél jelentős eltérés figyelhető meg ebben a csoportban az életkor szerint: míg a fiatalok és a középkorúak nagyjából hasonló arányban (52 ill. 52,3%) szerepelnek a soha nem dohányzók között, addig az idős nők 86,6%-a tartozik ebbe a kategóriába. A férfiaknál nem figyelhető meg hasonló kapcsolat az életkorral, sőt, ott éppen a legfiatalabbak között a legmagasabb a soha nem dohányzók aránya (41,4%).

Az Országos Lakossági Egészségfelmérés (2003) eredményeiben a nők csaknem kétharmada, a férfiaknak pedig több mint negyede állította, hogy nem szokott alkoholt fogyasztani. Mindkét nemben a legidősebb korosztály tagjai tartoztak a legnagyobb arányban ebbe a kategóriába: a 65 év feletti nők több mint háromnegyede, a 65 év feletti férfiaknak több mint 40%-a. Az alkalmi fogyasztók aránya nagyjából megegyezik a két nemben: a nők valamivel több, a férfiaknak valamivel kevesebb, mint negyede iszik alkalmanként alkoholtartalmú italokat. Mindkét nemnél a fiatalok közül tartoznak a legtöbben ebbe a kategóriába: valamivel több, mint harmaduk alkalmi alkoholfogyasztó, míg a középkorúaknak csak a negyede (nők), illetve ötöde (férfiak), az időseknek pedig hetede (nők), illetve tizede (férfiak). Mértékletes alkoholfogyasztónak tekinthető a nők 7,7%-a és a férfiak 31,3%-a, mindkét nemben a középkorúaknál figyelhető meg a legmagasabb arány: a nők 10%-a, a férfiak 36,3%-a tartozik

ebbe a csoportba. Az önbevallott alkoholfogyasztás alapján nagyivónak minősíthető a nők 2,5%-a és a férfiak 17,7%-a (Fügedi, Nagyvárad, Kocsis, 2010).

Sajnálatos tény, hogy az ELEF 2009 és ELEF 2014 (Európai Lakossági Egészségfelmérés) adataiban sem találunk lényegi, főként pozitív változást, míg a 2016-os Egészségjelentés (Varsányi és Vitrai, 2017) kifejezetten romló tendenciákat említ meg.

5.2 A tevékenységformáló értékrend preferenciái felnőttek esetében

Az ember mindennapos viselkedését, valamint cselekedeteinek jellegét és irányát elsősorban a számára fontos értékek irányítják (Olvasztóné, Bognár, Gangl, Polgár és Fügedi, 2007/a). Emellett természetesen a közösség elvárásai és normái is jelentősen befolyásolhatják az értékítéleteinket, döntéseinket, választásainkat és az ezekhez kapcsolódó tevékenységeinket. Az értékek és értékrendszerek Andorka (2006) szerint egyrészt olyan meggyőződések és erények, melyek cselekedetekben is kifejezésre jutnak, másrészt olyan kulturális alapelvek, amelyek kifejezik azt, hogy az adott társadalom mit tart kívánatosnak és fontosnak. Bő harminc évvel ezelőtt Hankiss (1983) a Rokeach-féle értékvizsgálati módszer alapján négy értékrend típust különböztetett meg, melyek a hagyományos keresztény, puritán-felhalmozó, fogyasztói hedonista, illetve XIX. századi és korai XX. századi munkásmozgalmi értékrend. Egy évtizeddel később Füstös és Szokolczai (1994) azt mutatták be, hogy a hazai értékrendszer erősen individualizált és intellektualizált, továbbá, hogy az értelmesség, a morális értékek és az anyagi jólét volta erősödő tendenciát mutat. Mindezek mellett a szociabilitás és közösségi értékek, valamint a munka hasznossága, fontossága csökkenő jelentőséggel bír. Az 1991. évi nemzetközi értékvizsgálat pedig arra mutat rá, hogy a magyarok számára kiemelkedően fontosak a materiális értékek, emellett kisebb jelentőségűek a szellemi értékek, a szabadság, felelősségvállalás, illetve egyéni kezdeményezés (Andorka, 2006).

Nem vitatható, hogy az értékrend, mely a személyiségnek egyik alapvető jellemzője, döntő szerepet játszik a személyiség működésének és a viselkedésnek a szabályozásában. Az érték a pedagógia szerint olyan produktum, amely elősegíti egyrészt az emberi közösségek, másrészt az egyén fejlődését is (Bábosik, 2004). Az elméletben az egyik legfontosabb emberi érték a szociálisan és egyénileg is hatékony konstruktív életvezetés, és amelyhez elengedhetetlen a közösségfejlesztő (morális) és az önfejlesztő (az életvezetés sikerét biztosító) komponensek jelenléte.

A pedagógia másik megközelítése szerint a kreativitás, a szabadságfok növekedése, valamint az egyéni értékrend pozitív irányú változásai együtt eredményezik a személyiség szociális és pszichológiai értékrendjének fejlődését (Nagy, 2000). Az elmélet szerint a szociális értékrend

alapja a proszocialitás, melynek fő tényezője a másik ember, csoport, társadalom, valamint emberi faj létérdekeit figyelembe vevő segítő hozzáállás, magatartás. A perszonális értékrend pedig a viselkedés olyan másodlagos szabályozója, melynek jellemző jegye az egyén túlélése illetve életminőségének fenntartása, javítása.

A magyar lakosság körében a rendszeres és tudatos testmozgás még nem terjedt el (Olvasztóné, Huszár, Konczos, 2007/b), pedig mára már egyértelműen bizonyított, hogy az egyén életmódja, rendszeres tevékenységrendszere által szabályozhatja egészségi állapotát (Elekes, 2006). Az életmód és annak összefüggései a társadalmi struktúrával, illetve az egészségkulturális magatartás vizsgálata többnyire az ifjúság körében történik, kevés számú a felnőtt lakosságra irányuló, többszemponú empirikus tanulmány (Uvacsek, 2003).

Míndezek alapján egy korábbi tanulmányunkban munkacsoportunkkal megvizsgáltuk, hogy a felnőttek preferált érték- és tevékenységrendszerének jellegzetességei mit mutatnak (Olvasztóné és mtsai, 2007/a). Konkrétan arra voltunk kíváncsiak, hogy a kutatásban részt vevő felnőttek mely értékeket és ehhez kapcsolódóan mely mindennapos tevékenységeket preferálnak, ebben megjelenik-e a fizikai aktivitás, mint magatartásforma. Ezen belül kiemelt figyelmet szenteltünk a pszichoszomatikus értékeknek, mint az egészség, sport, szabadidő, illetve olyan tevékenységeknek, mint a sporttevékenység és egyéb fizikai aktivitási formák. Az említett tanulmányunkban emellett arra is választ kerestünk, hogy a felnőtt lakosság értékei és tevékenységformái milyen eltéréseket mutatnak nem, korcsoport, lakóhely, iskolai végzettség és sportolási gyakoriság terén. Mivel az elvégzett munka kapcsán alapos betekintést nyertünk a felnőttek szokásrendszerét és magatartásformáit meghatározó érték kategóriákba, eredményeinket itt ismét kiemeljük.

Az érték- és tevékenységrendszer kutatás során kapott eredményeink

Budapesten és nyolc vidéki városban, illetve településen hólabdás, nem valószínűségi, kiválasztási eljárást alkalmaztunk (Babbie, 1996). A mintánkat 142 fő felnőtt alkotta, melyben 54,2% nő és 44,8% férfi, 45 éves vagy annál fiatalabb 45,8% míg a 45 év feletti aránya 54,2% (M=45,8, SD ±8,810). Mintánk 53,5%-a Budapesten és 46,5% vidéken volt található, emellett egyetemi, ill. főiskolai végzettséggel rendelkezik 45,1% és középiskolaival 54,9%. A felnőttek 59,9%-a minimum heti kétszer sportolt, míg 40,1%-a ennél kevesebbszer vagy egyáltalán nem. Itt sportolás alatt, megegyezés szerint, az egy alkalommal legalább 30 percnyi tudatos és minimum közepes intenzitású fizikai aktivitást értjük.

A felmérés során kérdőíves adatgyűjtést alkalmaztunk. A kérdőívet összesen 25 nyílt, ill. zárt kérdés alkotta, mely kiterjedt a felnőttek demográfiai jellemzőire, értékrendszerére, szokásaira és egészségtudatos érték-és tevékenységrendszerére. Jelen tanulmányban csak a demográfiai

mutatókra, valamint az értékek és a mindennapos tevékenységhez kapcsolódó kérdésekre koncentráltunk.

Kérdéseink elsősorban a preferált értékekre, az erre épülő, prioritást élvező tevékenységformákra vonatkoztak. Mindkettő esetén a felnőtteket arra kértük, hogy rangsorolják a kérdőíven megjelölt érték- és tevékenységkategóriákat. A kategóriákat a szakirodalom útmutatásai alapján állítottuk össze (1-2. táblázat).

A személyes értékrendszer, illetve a mindennapos szokásjellegű tevékenységformák vizsgálatához is rangsort alkalmaztunk. A válaszadókat arra kértük, hogy a felsorolt értékeket fontossági sorrendben rangsorolják, mely szerint az 1 szám mindkét esetben a legfontosabb, míg az értékeknél a 13, illetve a mindennapos tevékenységeknél a 8 a legkevésbé fontos tényezőt jelölte.

A rangsort a nemzetközi szakirodalomhoz illeszkedően intervallumskálának fogadtuk el, és így az alminták összehasonlítása t-próbával vagy varianciaanalízissel történt. Ezen felül a megértést az átlag, a szórás, a minimum-maximum és az összesített rangsor bemutatásával segítjük. A korrelációhoz Spearman-féle rangkorrelációt használtunk. Szignifikáns szintnek a $p < 0,05$ -t fogadtuk el, a korrelációnál viszont $p < 0,01$ -t. A számításokhoz az SPSS 14.0 for Windows statisztikai programot használtuk.

A módszer ismertetése után rátérünk az eredményekre, illetve azok bemutatását az arányokkal és a fontossági sorrenddel kezdjük. Ehhez most a felnőttek által preferált értékek és a tevékenységek átlagértékeit, a szórást, a minimum és maximum értékeiket, illetve a rangsorát vettük alapul (1-2. táblázat).

| | Pénz | Család | Barátság | Becsület | Karrier | Egészség | Szeretet | Boldogság | Lakás | Béke | Tudás | Sport | Szabad -idő |
|--------------|-------|--------|----------|----------|---------|----------|----------|-----------|-------|-------|-------|-------|----------------|
| Átlag | 7,88 | 2,82 | 6,22 | 5,05 | 10,39 | 4,06 | 4,33 | 5,63 | 7,56 | 7,03 | 8,18 | 11,23 | 10,18 |
| Szórás | 2,868 | 2,722 | 2,941 | 2,407 | 2,646 | 2,912 | 3,234 | 3,105 | 2,547 | 2,775 | 2,386 | 2,688 | 2,942 |
| Min. | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| Max. | 13 | 13 | 13 | 11 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 | 13 |
| Rang- sor | 9 | 1 | 6 | 4 | 12 | 2 | 3 | 5 | 8 | 7 | 10 | 13 | 11 |

1. táblázat: Értékek átlaga, szórása, minimum és maximum értékei, rangsora (forrás: Olvasztóné és mtsai, 2007/a)

| | TV, film | Olvasás | Zene-hallgatás | Sporttevékenység, játék | Alvás, pihenés | Számítógépezés, internet | Kirándulás, séta | Társaság, barátok |
|---------|----------|---------|----------------|-------------------------|-------------------|--------------------------|------------------|----------------------|
| Átlag | 4,21 | 3,67 | 4,85 | 4,70 | 3,60 | 5,56 | 5,17 | 4,32 |
| Szórás | 2,331 | 2,135 | 2,036 | 2,294 | 2,230 | 2,213 | 2,190 | 2,218 |
| Min. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Max. | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| Rangsor | 3 | 2 | 6 | 5 | 1 | 8 | 7 | 4 |

2. táblázat. Preferált tevékenységek átlaga, szórása, minimum és maximum értékei, rangsora (forrás: Olvasztóné és mtsai, 2007/a)

A preferált értékrendszer vizsgálatánál arra kértük a résztvevőket, hogy 1-13-ig a felsorolt érték kategóriákat helyezték saját belátásuk és értékítéletük szerint fontossági sorrendbe. A minta egészére nézve a minimum és a maximum értékek azt mutatják, hogy a lakás, az élsport és a béke kivételével az összes érték szerepelt az első és az utolsó helyen egyaránt. Az 1. táblázat alapján elmondható, hogy a mintánkban szereplő felnőttek egyértelműen a családot ($2,82 \pm 2,72$) vélték a legfontosabbnak a meghatározott érték kategóriák közül. Ezenkívül a még az egészséget ($4,06 \pm 2,91$), a szeretetet ($4,33 \pm 3,23$) és a becsületet ($5,05 \pm 2,40$) helyezték az érték rangsoruk elejére. A legkevésbé elfogadott, illetve preferált értéknek a rangsor végéről kezdve a sport ($11,23 \pm 2,68$), a karrier ($10,39 \pm 2,64$), illetve a szabadidő ($10,18 \pm 2,94$) számított. A mintánkban szereplő felnőttek eredményei nem mutattak nagy eltérést a mindennapos tevékenységek rangsorát tekintve (2. táblázat). A nyolc kategóriából álló rangsor élén az alvás/pihenés ($3,60 \pm 2,23$), az olvasás ($3,67 \pm 2,13$) és a TV/film ($4,21 \pm 2,33$) szerepel. Ugyanakkor a legkisebb népszerűséggel rendelkező számítógépezés/internet ($5,56 \pm 2,21$), kirándulás/séta ($5,17 \pm 2,19$) és zenehallgatás ($4,85 \pm 2,03$) sem rendelkezik sokkal alacsonyabb átlagértékekkel. Érdeemes megjegyezni, hogy a társaság/barátok ($4,32 \pm 2,21$), illetve a sporttevékenység/játék ($4,70 \pm 2,29$) a rangsor közepét foglalja el.

A preferált értékek és a tevékenységek bemutatása után következik az alminták összehasonlítása nem, kor, lakóhely, iskolai végzettség, illetve sportolási szokások tekintetében. Elmondható, hogy a preferált értékek tekintetében a nem, a lakóhely és a sportolási szokások tekintetében két-két, a kor és iskolai végzettség alapján egy-egy érték kategóriában találtunk szignifikáns különbséget. A nők szignifikánsan többen tartják a szeretetet fontosnak, mint a férfiak ($F=5,249$, $p=0,024$), ugyanakkor a férfiak értékesebbnek vélték az egészséget, mint a nők ($F=4,533$, $p=0,035$). Az idősebbek (45 év fölött) szignifikánsan fontosabbnak ítélték a becsületet, mint a fiatalabbak ($F=5,563$, $p=0,020$). A Budapesten élők hangsúlyosabbnak vélték a barátságot ($F=5,929$, $p=0,016$) és a békét ($F=3,952$, $p=0,049$), mint a vidéken élők. Azt is érdemes megemlíteni, hogy az egyetemet és főiskolát végzettek a pénzt fontosabbnak tekintik, mint a középiskolai végzettséggel rendelkezők ($F=4,638$, $p=0,033$). Emellett, azok a felnőttek, akik saját bevallásuk szerint heti két alkalomnál többet sportolnak, kevésbé tartják központi kérdésnek a becsületet ($F=5,753$, $p=0,018$) de fontosabbnak vélik szabadidőt ($F=47,376$, $p=0,000$), mint azok, akik kevesebbet vagy egyáltalán nem sportolnak. A preferált tevékenységek tekintetében nem találtunk számottevő különbséget a kor, a nem, lakóhely tekintetében, viszont a középiskolát végzettek többen hallgatnak zenét ($F=9,407$, $p=0,003$) és többen kirándulnak ($F=7,590$, $p=0,007$), mint az

egyetemi vagy főiskolai végzettséggel rendelkezők. Továbbá, akik heti két alkalomnál kevesebbet mozognak, azok többet néznek televíziót és filmet ($F=4,699$, $p=0,032$).

A szakirodalom alapján ismeretes, hogy az értékek egymást erősítve, illetve gátolva jelennek meg az ember magatartásában és életvitelében (Bábosik, 2004), így a különböző értékek és az ezekhez kapcsolódó tevékenységformák között lévő kapcsolatokat is fontosnak véltük feltárni. A 3. táblázatban láthatóak az értékek korrelációs viszonyai, míg az 4. táblázat a preferált tevékenységformák összefüggéseit mutatja be.

Az eredmények közül mi most a 0,01 szinten szignifikáns korrelációt emeljük ki, a többi kapcsolat a 3. és 4. táblázatból kiolvasható. Ennek oka, hogy a $p<0,05$ szignifikancia szinthez tartozó korrelációs értékek általában alacsony értékeket mutatnak (0.2 körül), míg a $p<0,001$ szinthez tartozó értékek jelentősen felülmúlják ezt (0.3 körül).

Az értékek összehasonlítása során egyértelműnek tűnik, hogy pénz, becsület ezen a szinten semelyik más értékkel nincs kapcsolatban. Ugyanakkor a család és a barátság is negatív kapcsolatban van a szeretettel (-0,309, -0,281). Emellett a barátság a szabadidővel is negatívan korrelál (-0,237). Hasonlóan, a karrier negatív kapcsolatot mutat az egészséggel (-0,315) és a szabadidővel (-0,334). A lakás a boldogsággal (-0,316) és a békével negatív (-0,236), míg a sporttevékenységgel pozitív kapcsolatot mutat (0,244).

A mindennapos tevékenységek tekintetében is csak a 0,01-es szignifikancia szintekre utalunk most. A TV/film negatív kapcsolatban van a sporttevékenységgel (-0,363), a kirándulással (-0,235) és a barátokkal végzett tevékenységgel kapcsolatban is (-0,249). Az olvasás ezen a szignifikancia szinten nem korrelál semmivel. Viszont a zenehallgatás is fordított arányú kapcsolatot mutat az alvás/pihenéssel (-0,320) és a társasággal (-0,246). A számítógépezés és a kirándulás szintén negatív összefüggésben van egymással (-0,353).

Correlations

| | | | Pénz | család | barátság | becsület | karrier | egészség | szeretet | boldogság | lakás | béke | tudás | élsport | szabadidő |
|----------------|-----------|-------------------------|--------|---------|----------|----------|---------|----------|----------|-----------|---------|---------|--------|---------|-----------|
| Spearman's rho | Pénz | Correlation Coefficient | 1,000 | ,025 | -,046 | -,004 | ,227* | -,194* | -,207* | -,097 | -,028 | -,175 | -,210* | -,012 | -,049 |
| | | Sig. (2-tailed) | . | ,783 | ,620 | ,969 | ,013 | ,034 | ,024 | ,294 | ,760 | ,056 | ,022 | ,893 | ,594 |
| | | N | 120 | 120 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| család | család | Correlation Coefficient | ,025 | 1,000 | -,031 | ,027 | -,019 | -,226* | -,309** | -,124 | -,060 | ,021 | ,032 | -,103 | -,031 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,783 | . | ,735 | ,768 | ,836 | ,013 | ,001 | ,180 | ,515 | ,824 | ,731 | ,264 | ,734 |
| | | N | 120 | 120 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| barátság | barátság | Correlation Coefficient | -,046 | -,031 | 1,000 | ,118 | ,135 | -,200* | -,281** | ,023 | -,223* | -,216* | -,158 | -,025 | -,237** |
| | | Sig. (2-tailed) | ,620 | ,735 | . | ,201 | ,143 | ,029 | ,002 | ,801 | ,015 | ,018 | ,086 | ,789 | ,010 |
| | | N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| becsület | becsület | Correlation Coefficient | -,004 | ,027 | ,118 | 1,000 | -,214* | -,051 | -,113 | -,125 | -,181* | ,103 | -,160 | ,123 | -,125 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,969 | ,768 | ,201 | . | ,020 | ,585 | ,220 | ,174 | ,049 | ,263 | ,082 | ,184 | ,176 |
| | | N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| karrier | karrier | Correlation Coefficient | ,227* | -,019 | ,135 | -,214* | 1,000 | -,315** | -,159 | ,054 | -,178 | -,016 | ,058 | -,151 | -,334** |
| | | Sig. (2-tailed) | ,013 | ,836 | ,143 | ,020 | . | ,000 | ,084 | ,562 | ,053 | ,860 | ,527 | ,101 | ,000 |
| | | N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| egészség | egészség | Correlation Coefficient | -,194* | -,226* | -,200* | -,051 | 1,000 | -,020 | -,205* | ,016 | -,093 | -,050 | -,119 | -,203* | |
| | | Sig. (2-tailed) | ,034 | ,013 | ,029 | ,585 | ,000 | . | ,830 | ,025 | ,859 | ,314 | ,586 | ,198 | ,027 |
| | | N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| szeretet | szeretet | Correlation Coefficient | -,207* | -,309** | -,281** | -,113 | -,159 | 1,000 | ,130 | ,065 | ,083 | -,095 | -,057 | ,058 | |
| | | Sig. (2-tailed) | ,024 | ,001 | ,002 | ,220 | ,084 | ,830 | . | ,159 | ,482 | ,367 | ,306 | ,539 | ,528 |
| | | N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| boldogság | boldogság | Correlation Coefficient | -,097 | -,124 | ,023 | -,125 | ,054 | -,205* | ,130 | 1,000 | -,316** | ,145 | -,177 | -,174 | -,003 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,294 | ,180 | ,801 | ,174 | ,562 | ,025 | ,159 | . | ,000 | ,115 | ,055 | ,059 | ,971 |
| | | N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| lakás | lakás | Correlation Coefficient | -,028 | -,060 | -,223* | -,181* | -,178 | ,016 | ,065 | -,316** | 1,000 | -,236** | -,031 | -,244** | ,082 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,760 | ,515 | ,015 | ,049 | ,053 | ,859 | ,482 | ,000 | . | ,010 | ,741 | ,007 | ,377 |
| | | N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| béke | béke | Correlation Coefficient | -,175 | ,021 | -,216* | ,103 | -,016 | -,093 | ,083 | ,145 | -,236** | 1,000 | ,094 | -,161 | -,083 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,056 | ,824 | ,018 | ,263 | ,860 | ,314 | ,367 | ,115 | ,010 | . | ,309 | ,080 | ,370 |
| | | N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| tudás | tudás | Correlation Coefficient | -,210* | ,032 | -,158 | -,160 | ,058 | -,050 | -,095 | -,177 | -,031 | ,094 | 1,000 | ,068 | -,051 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,022 | ,731 | ,086 | ,082 | ,527 | ,586 | ,306 | ,055 | ,741 | ,309 | . | ,460 | ,580 |
| | | N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| élsport | élsport | Correlation Coefficient | -,012 | -,103 | -,025 | ,123 | -,151 | -,119 | -,057 | -,174 | ,244** | -,161 | ,068 | 1,000 | ,029 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,893 | ,264 | ,789 | ,184 | ,101 | ,198 | ,539 | ,059 | ,007 | ,080 | ,460 | . | ,753 |
| | | N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |
| szabadidő | szabadidő | Correlation Coefficient | -,049 | -,031 | -,237** | -,125 | -,334** | ,203* | ,058 | -,003 | ,082 | -,083 | -,051 | ,029 | 1,000 |
| | | Sig. (2-tailed) | ,594 | ,734 | ,010 | ,176 | ,000 | ,027 | ,528 | ,971 | ,377 | ,370 | ,580 | ,753 | . |
| | | N | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 | 119 |

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

3. táblázat: Értékek korrelációja (forrás: Olvasztóné és mtsai, 2007/a)

*korreláció szignifikáns a $p < 0.05$ szinten,

**korreláció szignifikáns a $p < 0.001$ szinten

Correlations

| | | | TV | Olvásás | Zenehallgatás | Sporttevékenység | Alvás pihenés | Számítógépezés | Kirándulás | Társaság, barátok |
|-------------------|-------------------------|-------------------------|---------|---------|---------------|------------------|---------------|----------------|------------|-------------------|
| Spearman's rho | TV | Correlation Coefficient | 1,000 | -,177 | -,118 | -,363** | -,039 | ,149 | -,235** | -,249** |
| | | Sig. (2-tailed) | . | ,052 | ,197 | ,000 | ,669 | ,102 | ,009 | ,006 |
| | | N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| | Olvásás | Correlation Coefficient | -,177 | 1,000 | ,124 | -,138 | -,109 | -,171 | -,125 | -,210* |
| | | Sig. (2-tailed) | ,052 | . | ,176 | ,130 | ,232 | ,061 | ,171 | ,021 |
| | | N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| | Zenehallgatás | Correlation Coefficient | -,118 | ,124 | 1,000 | -,151 | -,320** | -,190* | ,149 | -,246** |
| | | Sig. (2-tailed) | ,197 | ,176 | . | ,099 | ,000 | ,037 | ,102 | ,007 |
| | | N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 |
| | Sporttevékenység | Correlation Coefficient | -,363** | -,138 | -,151 | 1,000 | -,083 | -,144 | ,022 | -,108 |
| Sig. (2-tailed) | | ,000 | ,130 | ,099 | . | ,365 | ,116 | ,814 | ,239 | |
| N | | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | |
| Alvás pihenés | Correlation Coefficient | -,039 | -,109 | -,320** | -,083 | 1,000 | -,213* | -,227* | ,032 | |
| | Sig. (2-tailed) | ,669 | ,232 | ,000 | ,365 | . | ,019 | ,012 | ,726 | |
| | N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | |
| Számítógépezés | Correlation Coefficient | ,149 | -,171 | -,190* | -,144 | -,213* | 1,000 | -,353** | -,164 | |
| | Sig. (2-tailed) | ,102 | ,061 | ,037 | ,116 | ,019 | . | ,000 | ,072 | |
| | N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | |
| Kirándulás | Correlation Coefficient | -,235** | -,125 | ,149 | ,022 | -,227* | -,353** | 1,000 | -,122 | |
| | Sig. (2-tailed) | ,009 | ,171 | ,102 | ,814 | ,012 | ,000 | . | ,183 | |
| | N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | |
| Társaság, barátok | Correlation Coefficient | -,249** | -,210* | -,246** | -,108 | ,032 | -,164 | -,122 | 1,000 | |
| | Sig. (2-tailed) | ,006 | ,021 | ,007 | ,239 | ,726 | ,072 | ,183 | . | |
| | N | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | 121 | |

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4. táblázat: Mindennapos tevékenységek korrelációja (forrás: Olvasztóné és mtsai, 2007/a)

*korreláció szignifikáns a $p < 0.05$ szinten,

**korreláció szignifikáns a $p < 0.001$ szinten

Az értékrendszer és az erre épülő mindennapi tevékenységek kapcsolata

Az értékrendszerek jellemzése, a különböző tevékenységek sorrendbe állítása és kapcsolódásának bemutatása után az értékeket és a hozzájuk kapcsolódó mindennapos tevékenységeket próbáltuk összevetni egymással.

Ahogy az 5. táblázatban látható, a $p < 0,01$ -es szignifikancia szinten a barátság, becsület, karrier, lakás, béke és tudás semmilyen korrelációt nem mutatott a mindennapos tevékenységekkel. Hasonlóan, az olvasás, alvás/pihenés, és társaság/barátok, mint rendszeres tevékenységek nem korreláltak egyetlen preferált értékkel sem. Azonban a pénz pozitív összefüggést mutat a TV/film nézéssel (0.213), míg a család negatívan korrelál a sporttevékenységgel (-0.202). Az egészségnek pozitív (kirándulás, 0.297) és negatív irányú kapcsolata is van (számítógépezés, -0.276). A szeretet és a boldogság is negatívan korrelál a kiránduláshoz (-0.198, -0.241), mint ahogy a szabadidő a zenehallgatáshoz (-0.211). Emellett a sport, mint érték pozitívan viszonyul a sporttevékenységhez (0.223),

A munkacsoport célja volt felmérni, hogy mely értékeket és tevékenységeket részesítik előnyben a magyar felnőttek és melyeket kevésbé. A feltárt szakirodalom alapján elmondható, hogy az értékrendszerek és a mindennapos tevékenységek témakörében számos hazai empirikus tanulmány található, azonban kevés a hozzáférhető szakirodalom ezek összevetéséről (Huszár és Bognár, 2006; Köte, 1998; Meleg, 2000; Pikó, 2007).

A korábbi szakirodalmi utalásokkal megegyezően, a felnőtt társadalom érték rangsorának vizsgálatából kiderült, hogy a sport és kirándulás jóval kevésbé preferált értéknek és tevékenységformának számít, mint a passzív pihenés, alvás, olvasás és TV nézés (Pikó, 2007). Ezzel szemben az elvégzett kutatás nem erősíti meg az 1991. évi nemzetközi értékvizsgálat eredményeit, mely szerint a magyarok számára kiemelkedően fontosak a materiális értékek (Andorka, 2006). Jelen eredményeink alapján elmondható, hogy az anyagi értékek, nem hangsúlyosan, a rangsor középső részén mutatkoznak (pl. pénz, lakás). Ezzel ellentétben, az értékek rangsorában a pedagógiai elméleteket tudjuk megerősíteni, mivel a család, egészség és szeretet hangsúlya a kutatásban részt vevő felnőttek esetében egyrészt morális és önfejlesztő (Bábosik, 2004), másrészt a proszociális és személyes (Nagy, 2000) tényezők jelenlétét bizonyítja. A tevékenységek vizsgálatánál egyértelmű, hogy az aktív pihenés nem jelenik meg számottevő tényezőként, ellenben a rangsor első helyein az alvás/pihenés, az olvasás és a TV/film nézés áll.

| | TV | Olvasás | Zenehallgatás | Sporttevékenység | Alvás pihenés | Számítógépezés | Kirándulás | Társaság, barátok |
|------------------|---------|---------|---------------|------------------|---------------|----------------|------------|-------------------|
| PéNZ | 0,213** | 0,010 | -0,050 | 0,060 | 0,034 | -0,035 | -0,071 | -0,125 |
| | 0,003 | 0,887 | 0,486 | 0,405 | 0,640 | 0,627 | 0,326 | 0,080 |
| Család | 0,015 | 0,091 | 0,045 | -0,202** | -0,056 | 0,048 | 0,048 | -0,053 |
| | 0,837 | 0,223 | 0,548 | 0,007 | 0,455 | 0,521 | 0,517 | 0,477 |
| Barátság | -0,044 | 0,019 | 0,099 | -0,057 | -0,093 | -0,014 | 0,045 | 0,064 |
| | 0,536 | 0,789 | 0,162 | 0,420 | 0,193 | 0,851 | 0,529 | 0,365 |
| Becsület | 0,000 | 0,056 | -0,040 | -0,064 | -0,029 | 0,073 | 0,052 | -0,060 |
| | 1,000 | 0,435 | 0,578 | 0,371 | 0,692 | 0,315 | 0,468 | 0,402 |
| Karrier | 0,042 | 0,013 | 0,084 | -0,117 | -0,021 | 0,117 | -0,136 | -0,008 |
| | 0,563 | 0,859 | 0,248 | 0,106 | 0,773 | 0,112 | 0,062 | 0,911 |
| Egészség | -0,100 | -0,017 | -0,026 | 0,050 | 0,060 | -0,276** | 0,297** | 0,047 |
| | 0,164 | 0,814 | 0,713 | 0,484 | 0,406 | 0,000 | 0,000 | 0,515 |
| Szeretet | 0,014 | -0,019 | -0,032 | 0,035 | 0,122 | 0,116 | -0,198** | -0,115 |
| | 0,846 | 0,799 | 0,654 | 0,633 | 0,094 | 0,112 | 0,006 | 0,114 |
| Boldogság | 0,034 | 0,039 | -0,067 | -0,009 | 0,149* | 0,050 | -0,241** | 0,112 |
| | 0,633 | 0,585 | 0,350 | 0,895 | 0,037 | 0,486 | 0,001 | 0,117 |
| Lakás | -0,071 | -0,151* | -0,138 | 0,073 | 0,115 | -0,038 | 0,044 | 0,054 |
| | 0,318 | 0,035 | 0,053 | 0,309 | 0,110 | 0,602 | 0,535 | 0,448 |
| Béke | 0,049 | 0,108 | 0,067 | -0,133 | -0,148* | 0,055 | 0,021 | 0,020 |
| | 0,492 | 0,133 | 0,344 | 0,062 | 0,039 | 0,445 | 0,771 | 0,783 |
| Tudás | -0,067 | -0,072 | 0,125 | -0,032 | -0,078 | 0,009 | 0,106 | 0,030 |
| | 0,351 | 0,319 | 0,083 | 0,661 | 0,282 | 0,906 | 0,140 | 0,673 |
| Sport | -0,113 | -0,158* | -0,079 | 0,223** | -0,075 | 0,012 | 0,066 | 0,023 |
| | 0,136 | 0,038 | 0,298 | 0,003 | 0,324 | 0,875 | 0,382 | 0,766 |
| Szabadidő | -0,008 | -0,035 | -0,211** | 0,170* | -0,039 | 0,046 | 0,049 | -0,037 |
| | 0,919 | 0,639 | 0,004 | 0,021 | 0,602 | 0,536 | 0,507 | 0,617 |

5. táblázat: Értékek és mindennapos tevékenységek korrelációja (forrás: Olvasztóné és mtsai, 2007/a)

*korreláció szignifikáns a $p < 0.05$ szinten,

**korreláció szignifikáns a $p < 0.001$ szinten

Ahhoz, hogy a szakirodalom által említett támogató értékeket (Meleg, 1998), illetve az értékrendszer jellemzéséből levonható következtetéseket (Andorka, 2006) a gyakorlatban is vizsgálni tudjuk, korreláció számítást alkalmazott kutatócsoportunk. Ennek segítségével megfigyelhetőek voltak a különböző tevékenységformák egymást gátló és segítő kapcsolatai. Az értékek szempontjából kiemelésre érdemes, hogy a karrier az egészséggel és a szabadidővel negatív kapcsolatban van, a lakás a sporttal viszont pozitív kapcsolatot mutat. Ezek szerint az eddig tapasztalatok és hitek valódiak a felnőttek szempontjából, vagyis aki karriert épít, az többnyire nem tud a saját egészségével eleget foglalkozni abban a kevés szabadidőben, ami jut neki (illetve amit szán rá). A tevékenységekkel kapcsolatban kimutatott korrelációértékek alapján érthetőnek tűnik, hogy aki sok TV-t és filmet néz, annak nincs ideje a sporttevékenységre, kirándulni és általában barátokkal lenni. Hasonlóan, aki sok időt tölt számítógépezéssel, az kevesebbet kirándul.

Szintén érdemes közelebbről megnézni az értékek és a mindennapos tevékenységek kapcsolatát. Érdekes módon a pénz, mint érték pozitív összefüggést mutat a TV/film nézéssel, tehát ezek szerint, akinek fontos a pénz, az rendszerint sok időt tölt a televízióval, filmekkel. A kérdést érdemes a másik oldalról is elemezni, tehát aki sokat néz televíziót, az a TV által közvetített értékeknek megfelelően a pénzt fontosnak tekinti. A család, mint érték viszont negatívan korrelál a sporttevékenységgel, vagyis akinek fontos a család, az általában kevesebb időt szán a sportolásra, ezzel együtt magára is. Az egészség értéként való elfogadása viszont pozitívan viszonyul a kiránduláshoz és negatívan a számítógépezéshez, mely megerősíti a korábbi eredményeket a témában (Huszár, Bognár, 2006).

Ahhoz, hogy a felnőtt társadalmat proszociális és perszonális értékek és tevékenységek felé motiváljuk, a pozitív értékeket kell feltárni, emellett erősíteni ezen tevékenységek helyzetét és prioritását (Penney, 2006; Simon, 2002). Mindezt eredményeink is alátámasztják, mert aki kirándul, az úgy tűnik fontosabbnak tarja az egészséget. Emellett értelemszerűen a sport, mint érték pozitívan viszonyul a sporttevékenységhez, valamint a szabadidő negatívan a zenehallgatáshoz. Elmondható, hogy aki fontosnak tarja a mozgást, az ténylegesen sportol is, valamint aki a szabadidőt előkelő helyre rangsorolta, az keveset hallgat zenét. Ennek alapján úgy tűnik, hogy a mintánk szempontjából a zenehallgatás nem a szabadidő része.

A szakirodalom alapján elmondható, hogy az értékek csak megfelelő értékrendszerre formálódva tudják befolyásolni a gondolatainkat, cselekedeteinket és ez által az egészségmagatartásunkat (Pál, Császár, Huszár és Bognár, 2005; Spirduso, Francis, MacRae, 2005). Ennek a gondolatmenetnek a beigazolódása tapasztalható eredményeink kapcsán.

Kiemelésre érdemes, hogy az egészség és sport értékei a vizsgálatunk alapján a spektrum két szélső (ellentétes) oldalán helyezkedik el, vagyis a mintában résztvevők úgy tűnik nem ismerik fel az egészség és sport kapcsolódási pontjait. A tevékenységek tekintetében a passzív pihenés, a sport, illetve a kirándulás/séta megjelenése, illetve elhelyezkedése mutatja az egészség kategóriájának komplexitását, különbözőségét.

Mindezek alapján úgy tűnik, hogy a felnőtteknél a sport, a kirándulás és séta meghatározó tényezővel bír az egészség, mint érték meghatározásánál. Adataink birtokában elmondható, hogy a legfontosabb tényezők pozitív hatása általában több kategóriához kötött, mint például nemhez, életkorhoz, lakóhelyhez, iskolai végzettséghez és sportolási szokásokhoz. Az egészségre való motiválást tehát mindezek alapján differenciálva kell megvalósítani. Ha a felnőtteknek tervezett egészségfejlesztő programokat ezekre az értékekre építjük, nagyobb hatékonyságot remélhetnénk (Chenoweth, 2007; McKenzie, Smeltzer, 1997). Az élethosszig tartó sport utáni igény kialakításával pedig nagy mértékben javulnának a társadalom egészségügyi mutatói. Csökkennének a stressz, és passzív életvitel okozta betegségek, a mozgásszervi bántalmak és lassulna az öregedés folyamata (Sidó, 2001, Vuori, 2004).

5.3 Értékközvetítés a fizikai aktivitás kapcsán felnőttek esetében

Egyes szerzők szerint (Gombocz és Hamar, 2014) a hazai szakirodalom „elfelejtette” és elhagyta a korábban oly gyakran használt szakkifejezést a testi nevelést. Helyette hasonló, ámde téves szerepkörben az egészségnevelést részesíti előnyben. Ugyanakkor megemlítik azt is, hogy a szakemberképzés (testnevelő tanár, sportszakember) területén a testi nevelés, mint terminus technikus nem nélkülözhető, ugyanis mind a pedagógiai szakirodalmakban, illetve a sporttudományban felbukkanó egészségnevelés nem helyettesítheti a tartalmában jelentősen különböző szakkifejezést a testi nevelést (Gombocz és Hamar, 2014).

Ugyanakkor az elmúlt évtizedekben, a társadalomban megváltozott elvárásokra reagálva, az iskolai testnevelésnek és sportnak tulajdonított hatások jelentősen gazdagodtak és komplexebbé váltak (Mikulán, 2013). Ezzel párhuzamosan felértékelődött az iskoláskorúak testi fejlődésére és egészségére gyakorolt pedagógiai hatások jelentősége, a testmozgás iránti motiváció kifejlesztése. A tanulók szabadidő-eltöltési szokásait vizsgáló felmérések azt mutatják, hogy az iskolai testnevelés és sport az iskoláskorúak jelentős részénél az egyetlen lehetőség a rendszeres, megfelelő intenzitású fizikai aktivitásra (Mikulán, 2013).

Azt az alapvető felismerést már a 21. századi modern nevelésemélet is hangsúlyozza, hogy „az egészség fenntartását szolgáló magatartásformák közül mindenekelőtt a mozgást kell kiemelni” (Bábosik, 2004, 29.). A gyermek mozgásigényének kielégítésében, rendszeres fizikai

aktivitásra törekvésének ösztönzésében mind a családoknak, mind az oktató-nevelő intézményeknek kitüntetett szerep jut (Csányi, 2010). A család mintaadása, életmódja természetesen alapvetően meghatározza a gyermek későbbi szokásrendszerét, amelyben az oktató-nevelő intézményeknek legtöbbször sajnos csupán kompenzáló szerep jut. A kérdés, hogy vajon milyen hatással van a felnövekvő nemzedékre az a társadalmi közeg (a család), amelyben a fizikai aktivitás szintje feltételezhetően korántsem éri el a kívánatos szintet (Csányi, 2010).

Az iskolai testnevelésnek és sportnak a tanulók egészségére és életmódjára gyakorolt hatásvizsgálatainak tudományos igényű felmérései hozzájárulnak a hatékonyabb tantervek és egészségfejlesztő programok kialakításához (Pate és mtsai, 2011). Az optimális hatás elérésének egyik alapvető feltétele, hogy az órák heti gyakorisága, az iskolai sportprogramokon való részvételi lehetőségek és az egyes órákon, programokon való részvétel intenzitása elérje azt a küszöböt, amelynél a mozgás pozitív hatásai már megjelennek (Mikulán, 2013). Tudvalevő az is, hogy a testmozgás mellett, hogy egészségmegőrző és -fejlesztő funkcióval rendelkezik, dinamikusan hozzájárul a személyiség formálásához és alakításához, és elősegíti a gyermekben rejlő képességek kibontakozását (Bíróné, 2004).

Tovább erősítve a gondolatmenetet megállapíthatjuk, hogy az empirikus pedagógiai kutatások alapján az az oktatási (mérési-értékelési) rendszer tűnik a leghatékonyabbnak, amelyik képes nemcsak tudást fejleszteni, hanem inspirálni és megfelelően motiválni is (Czeglédy, 2002).

A testnevelés óra tartalmával, illetve a tanulók érzéseivel kapcsolatos empirikus kutatásra épülő publikációk száma elenyésző. Az eddig megjelent kevés számú, a tanulókat megszólaltató empirikus tanulmány egyike Bognár és munkatársaitól (2005) származik, akik feldolgozták a testnevelés órai értékelés kérdéseit, és azt találták, hogy a tanulók többsége azonosulni tud a testnevelés órával, mint fizikai aktivitás értékének jellegével és folyamatával, valamint a többség elfogadja saját fizikai aktivitási szintjére vonatkozó értékelést. Ezen kívül Salvára és munkatársai (2006) tanulói véleményre építve vizsgálták a testnevelés óra céljait, tartalmát és ezek megvalósulását, mint a motivációs bázis kifejeződését.

A család, mint nagyobb egység, illetve azon belül a szülők szerepformáló és jellem alakító szerepére irányuló vizsgálatok a pedagógia és pszichológia tárgyköréből, azon belül is a neveléslélektan oldaláról ismerhetők meg. A fizikai aktivitás kapcsán nem található releváns kutatási eredmény. A pszichológia és pedagógia területén empirikus kutatások támasztják alá az anyai szerep fontosságát (Roediger és mtsai 1984; Shaffer, 1985; Shaffer és Brody, 1981;). Megállapítható, hogy eltérő az anya és az apa szerepe a gyermek teljesítménymotivációjában. Míg a motivált gyermek teljesítményét az anya fontosnak tartja, az apa pedig támogatja, addig

a rosszul teljesítő gyermek kudarca esetén az apát kifejezetten zavarja gyermeke rossz teljesítménye (Shaffer, 1985).

A gyermeknevelésre vonatkozó tudományos érdeklődés az utóbbi évtizedekig kevés figyelmet szentelt az apaság jelentőségének (Kósa, 2005). Az apaság szerepe azonban napjainkban átértékelődik és hatásuk sokkal fontosabbnak bizonyul, mint azt a korábbi tudományos érdeklődés sejtette. Megállapítható, hogy az utóbbi fél évszázadban egyértelműen nő az apák involváltsága a pszichológiai elemzésekkel célba vett kultúrák majd mindegyikében (Daniels és Weingarten, 1983; Lewis és mtsai, 1981). Ennek eredményeként feltárásra került, hogy az apai viselkedés lehetőséget teremt olyan pozitív kapcsolatépítésre, valamint példamutatásra, mely a korábbi tradicionális patriarchális felfogásban kevés lehetőség mutatkozott.

Mindezen gondolatok vezéreltek bennünket abba az irányba, hogy megvizsgáljuk a szülői szerepvállalást és példamutatást, valamint támogatói háttérrel a gyermekek fizikai aktivitás iránti attitűdjével kapcsolatban (Fügedi, 2017).

Az értékközvetítés kapcsán kapott eredményeink felnőttek esetében

Kérdőív segítségével kérdeztük meg egy vidéki nagyváros 6-12 éves gyermekeinek a szüleit (N=571), hogy ők ugyanebben az életkorban milyen sportolási szokásokkal bírtak, illetve a felnőtté válás után a mai napig végeznek-e rendszeresen sportmozgást. Rákérdeztünk a közös családi programokra, mennyire ismerik az iskola nyújtotta lehetőségeket, a gyerekeik rendszeres sportolási szokásaira. Hasonló módszerrel a gyerekeket is megkérdeztük (N=1218) ugyanezek kérdések mentén. Elemzésünkben most a sportolási szokásaikat, a fizikai aktivitással, azon belül is rendszeres testneveléssel kapcsolatos véleményüket hasonlítjuk össze. A kérdőívek nyílt- és zártvégű kérdéseket is tartalmaztak. A válaszokat kódoltuk, és SPSS 22.0 statisztikai programmal dolgoztuk fel. Az elemzés során alapstatisztikai mutatókat számoltunk (gyakoriság, %), a válaszok közötti eltérést Pearson-féle χ^2 próbával mutattuk ki, a csoportok közötti különbséget pedig t-próbával elemeztük.

Eredményeinket az alábbiakban mutatjuk be. Egyik kérdésünk a fiatalkori fizikai aktivitás rendszerességére, vagyis az aktív sporttevékenységre irányult. A 6. táblázatban látható válaszok azt mutatják, hogy a fizikai aktivitás tekintetében a szülők gyermekkorukban lényegesen többet mozogtak, mint a gyermekeik jelenleg. A gyerekek 58%-os nemleges válasza több, mint elkeserítő. Ugyanis ez azt jelenti, hogy jelenleg ők azok, akik egyáltalán nem végeznek semmiféle fizikai aktivitást a legszenzitívebb időszakban.

| | Anya | Apa | Gyermek |
|-----------------------|------|--------|---------|
| Igen | 69%* | 81,1%* | 42% |
| Nem | 31% | 18,9% | 58%* |
| Válaszadók száma (fő) | 525 | 424 | 1213 |

6. táblázat: Fiatalkori fizikai aktivitás (szülő, gyermek, %, *p<0.05) (saját szerkesztés)

Következő kérdésünkben (7. táblázat) arra kerestük a választ milyen gyakorisággal végeznek jelenleg testmozgást a szülők és gyermekeik. Így értelemszerűen a táblázatban már csak a korábban igennel válaszoló gyerekek adatait dolgoztuk fel, ez az előző táblázat csekély 42% válaszadóját jelenti. Ugyanakkor a szülők részéről a példa- és mintamutatás elemzése miatt a korábban „nem”-el válaszolók is szerepet kaptak. Fontosnak tartottuk mindkét szülő tevékenységrendszerének cízellálását ahhoz, hogy megértsük a norma- és érték közvetítő szerepüket. A szülők „nem” válasza erre a kérdésre azonban (anya 71,9%; apa 64,7%) sajnos igen magasnak tekinthető, különösen akkor, ha a gyermekkoruk, a korábbi fizikai aktivitásra vonatkozó adatokat is láthatjuk az előző táblázatban. Megjegyezzük, hogy a szakirodalom alapján a hetente legalább háromszor, min. 45 perces, rendszeresen végzett, legalább 60%-os intenzitású mozgást tekintettük sportolásnak. A kötelező jellegű, iskolarendszeren belüli testnevelés órát nem vettük figyelembe a gyermekek esetében sem.

| | Anya | Apa | Gyermek |
|-----------------------------------|--------|--------|---------|
| Hetente 2× vagy kevesebb | 9,4% | 13,3% | 70,7%* |
| Hetente 3× | 6,7% | 7,4% | 17,8% |
| Hetente 3-nál többször | 3,1% | 4,8% | 11,5% |
| Havonta 1x vagy alkalomszerűen | 8,9% | 9,8% | |
| Nem | 71,9%* | 64,7%* | |
| Összesen | 100% | 100% | 100% |

7. táblázat: Fizikai aktivitás rendszeressége jelenleg (szülő, gyermek, %, *p<0.05) (saját szerkesztés)

Következő kérdéseinkre (8. táblázat) adott válaszok kapcsán a választott szintereket elemeztük. A válaszok alapján azt tudjuk elmondani, hogy a fiúk a múltban is, és a jelenben is inkább az iskolán kívüli egyéb lehetőségeket részesítették előnyben. Azonban azt figyelhetjük meg, hogy

össességében (a mai gyermekek esetében) csökkent az iskolai keretek között sporttal foglalatokodó tanulók száma. Míg a szülők a maguk idejében 92,2%- iskolai keretek között sportol, addig a mai fiatalok csupán 42,2%-a sportol iskolán belül. Továbbra is az aktív fizikai tevékenység kapcsán igennel válaszoló gyermekek adatait elemeztük. Érdekes módon a gyermekek válaszaiban megjelent az önszorgalomból, szervezett kereteken kívüli fizikai aktivitás.

| | Anya | Apa | Gyermek |
|----------------|--------|--------|---------|
| Iskolában | 61,1%* | 31,1% | 42,2% |
| Iskolán kívül | 38,9% | 68,9%* | 49,4%* |
| Önszorgalomból | | | 8,4% |
| Összesen | 100% | 100% | 100% |

8. táblázat: Fizikai aktivitás szintere iskolás korban (szülő, gyermek, %, * $p < 0.05$) (saját szerkesztés)

A személyiségformáló hatással bíró, szervezett foglalkozások, úgy, mint a testnevelés óra azonban jelentős befolyással van a gyermekek attitűdjére, amint azt a korábbi fejezetek kapcsán is tárgyaltuk. Ezért kérdéseinkben a testnevelés óra szerepére, mint személyiségformáló színterre is rákérdeztünk. Elmondhatjuk, hogy a szülők és a gyerekek is zömében fontosnak tartják a testnevelést (9. táblázat). Elgondolkoztató viszont, hogy habár a gyermekek nagyobb arányban helyeslik a szervezett foglalkozás, a testnevelés óra meglétét, addig a szülői vélemény már szélesebb skálán mozog.

| | Anya | Apa | Gyermek |
|---------------------|--------|--------|---------|
| Nagyon fontos, igen | 61,7%* | 66,5%* | 91,8%* |
| Fontos | 33,5% | 28,4% | |
| Közepesen fontos | 4,4% | 4,5% | |
| Kevésbé fontos | 0,2% | 0,3% | |
| Nem | 0,2% | 0,3% | 8,2% |
| Összesen | 100% | 100% | 100% |

9. táblázat: Fontos-e a testnevelés óra, a testi nevelés? (szülő, gyermek, %, * $p < 0.05$) (saját szerkesztés)

Érdekes kérdésként merült fel a szervezett iskolai testnevelés órák tartalmának összeállításában való részvétel lehetősége (10. táblázat). A kapott válaszokból világossá válik, napjainkban a gyermeki igény szint jobban megjelenik az órai tartalomban. A tapasztalataink azt mutatják, többnyire a kedvenc játékokat szeretnék csinálni a tanórákon.

| | Anya | Apa | Gyermek |
|---------------------|-------|-------|---------|
| Semennyire | 49,6% | 54,2% | 31,7% |
| Tanár kedvétől függ | 4,0% | 5,6% | 1,4% |
| Játék esetén | | | 10,4% |
| Néha | 46,4% | 40,2% | 56,5% |
| Összesen | 100% | 100% | 100% |

10. táblázat: Milyen mértékben van/volt lehetőség részt venni a testnevelés óra tartalmának összeállításában? (szülő, gyermek, %, * $p < 0.05$) (saját szerkesztés)

Eredményeinkből úgy tűnik számunkra, hogy a szülők lényegesen többen sportoltak iskolás korukban, mint a mai gyermekek. A gyermekeknek több mint fele nem is végez sporttevékenységet. Ez azzal együtt is igaz, ha figyelembe vesszük, hogy a sportról alkotott kép a köztudatban sokkal tágabb jelentéssel bír, mint a szakmai berkekben, Kis túlzással mondhatjuk, egy tíz perces alkalmasszerűen végzett mozgást is sportolásnak neveznek. Eredményeinket azért tekintjük fontosnak, mert a kikérdezés előtt pontosítottuk a rendszeres fizikai aktivitás fogalmát mind a szülők, de főleg a gyermekek esetében, tehát a válaszadás során adekvát eredményeket feltételezünk.

A szülők kétharmada végzett iskolás korában valamilyen mozgást a kötelező órán tanórán kívül is, még ha ezt szerzett, iskolai keretek között tette is. Úgy tűnik a korábbi években az iskolai sport, az iskolához köthető sportolási tartalmak szélesebb körben voltak elterjedtek, valamint működőképesek. Természetesen ehhez szorosan hozzátartozik az iskola lehetőségeinek a határa. Ma erősen befolyásolja a testgyakorlás választását a gomba módra szaporodó lehetőségek csábítása. Így a helyi hagyományok mellett a divatos és megfelelően reklámozott mozgásfélések megosztják a gyerekeket. Mindenesetre a gyerekek képességeit figyelembe véve, érdemes lenne a helyi tantervek készítésekor figyelembe venni, és esetlegesen beépíteni az általuk javasolt tevékenységeket, mozgásformákat (Fügedi és mtsai, 2016).

Meg kell említeni, hogy az iskola úgy látszik régebben több gyereknek adott mozgáslehetőséget. Lehetséges, hogy az egyre több információ ellenére sem tudják a gyerekek

eldönteni mi az, ami az egészségük megóvása szempontjából a legfontosabb? Túl sok a csábítás, a szabadidejükből meg nem akarnak a sportra időt szakítani. Felvetődik a kérdés: az iskolában és a családi környezetben mi az, amit másként kell csinálni, hogy szokássá váljon a rendszeres mozgás. Feltételezzük azonban, hogy az apák alacsonyabb részvételi arányának okai azzal magyarázhatók, hogy valószínűen az anyák voltak a szorgalmasabbak a kérdőívek kitöltésében. Azt is érdemes figyelembe venni, sajnálatos módon sok a csonka család, és a gyerekek a gyakorlatnak megfelelően az anyáknál maradnak. Érezhető a családi környezetben egy, a problémát alapjaiban értő magatartás, azonban a kelleténél nagyobb mértékű a közömbösség. Ennek alapján úgy véljük, hogy a szülő, illetve a család, mint minta a fizikai aktivitás iránti attitűd kialakításánál sajnos a szakirodalommal ellentétben nem játszik olyan fontos szerepet, ezáltal a szokás- és tevékenységrendszer, tehát a magatartás kialakításában negatív hatással bír.

Megállapítható, hogy a gyermekkorban végzett fizikai aktivitás a mára felnőtt korosztály esetében azonos időszakban intenzívebb volt. Elszomorító tényként állapíthatjuk meg a mai fiatalok jelentős mértékű inaktivitását. Tényként állapítható meg ugyanakkor az is, hogy a testnevelés és a fizikai aktivitás fontosságát az általunk vizsgált mindkét korosztály elismeri. Fontos megjegyezni viszont, hogy a mai fiatalok közül, aki végez fizikai aktivitást, az tudatosabb a tevékenységgel kapcsolatban, hiszen megjelent a válaszok között az önszorgalomból végrehajtott fizikai tevékenység. Márpedig ez azt jelzi számunkra, hogy habár a részvételi arány csökkent az elmúlt időszakhoz képest, a tudatos cselekvés személyiségformáló hatása erősebb napjainkban. Azonban szükség van a megújulásra e téren, mert mind a statisztikai mutatók, mind a saját tapasztalataink alapján a mai fiatalság, a jövő nemzedék fizikai állapota katasztrofális képet mutat. Munkánkkal az volt az elsődleges szándékunk, hogy képet kapjunk a tanulók és a szüleik szokásairól, gondolkodásáról a rendszeres testmozgást illetően. Ennek ismeretében talán könnyebb lesz megfelelő megoldási javaslatokat kidolgozni a rendszeres mozgás érdekében, melyek az iskola aktív közreműködésével eredményesen terjedhetnek. Személyes megállapításunk az, hogy a szülői példamutatásnak jelentős szerepe van a személyiségformálásban, a fizikailag aktív magatartás kialakításában, és ez elsődleges beavatkozási felület kell, hogy legyen amennyiben a mai fiatalok egészségi, fizikai állapotán szeretnénk javítani (Fügedi és mtsai, 2017).

6. Az egészségnevelés feladata, szerepe, szintézise

6.1 Problémafeltárás, problémamegoldás lépései

Bármilyen szintű és mértékű programtervezést, intervenciót, valamint (nevelési)folyamatot akarunk is megvalósítani, elsődleges lépés a tervezés. A felmérési terv, programterv elkészítése előtt fontos számba vennünk vizsgálatunk céljait. Ez alapvetően három féle lehet (illetve ezek kombinációja is előfordulhat) (Babbie, 2008).

A *felderítés*, tipikusan akkor célunk, amikor egy adott kutatási területet, társadalmi problémát még nem ismerünk behatóan, de érdekel minket. Ekkor nem feltétlen tudunk kialakítani egy minden részletet figyelembe vevő kutatási koncepciót, célunk inkább az, hogy közelebb kerüljünk a minket érdeklő kérdéshez, azaz az egészségi, fittségi állapot feltárásához. A *leírás* a vizsgált társadalomtudományi kérdés, probléma, szakszerű megfigyelése, és leírása. Ilyen például a népszámlálás, népegészségügyi felmérések, egészségi állapot jelentések is, de sok kvalitatív kutatás is ezt a célt tűzi ki maga elé. A *magyarázó* kutatások, vizsgálatok nem elégednek meg a leírással, hanem próbálnak a „miért” kérdésre is válaszolni. Véleményünk szerint az egészségnevelés témakörét leginkább ez viszi előre.

A tervezés elkezdéséhez, illetve a kivitelezés eredményességéhez, valamint a szakszerűen felépített programok érdekében, de ugyanakkor a kompetenciahatárok tisztázása érdekében az elején szükséges rögzíteni, hogy kikkel, milyen célcsoporttal, és milyen jellegű vizsgálatokat, valamint programokat szeretnénk végrehajtani. Ennek kapcsán körvonalazódik, hogy a kívánt cél (egészség megőrzés, - nevelés, - fejlesztés, fittségi vizsgálatok, stb.) elérésnek érdekében, illetve a hatékony kivitelezés szempontjából milyen szakembereket kell bevonni a feladatba. A célcsoport még nem feltétlenül a végső elemzésre kerülő egységet jelenti. A tudományos kutatások és a diagnosztikai vizsgálatok szabályai alapján további szűkítés lehetséges. Továbbá szintén a kivitelezés elején elvégzett gondos tervezőmunka segíti majd az eredmények hatékony feldolgozását, esetlegesen interpretálását. Amennyiben tévedünk akár a célcsoporttal kapcsolatban, akár a kivitelezés szakszerűségét illetően az egész felmérés, program értelmét veszti, és hasznavehetetlen lesz. Márpedig abban az esetben, amikor szakmapolitikai irányítóknak, döntéshozóknak készül egy felmérés, ezt nem engedhetjük meg magunknak. Ennek érdekében sok esetben nélkülözhetetlen a kívánt célértékek és hatások vizsgálatának érdekében, tehát, hogy megvalósítható-e az elképzelésünk un. elő-kísérletek (pilot study) kivitelezése. A tudományos kutatással, illetve statisztikai felmérésekkel foglalkozó szakemberek számára (pl. KSH) fel sem merül a kérdés, hogy a mintaválasztás, illetve a módszer kiválasztásának tudományos kritériumait alkalmazni kell. A módszer, továbbá a

monitorozni kívánt tényezők kiválasztásának szempontjait is a tudományos kritériumok vezérlik, ugyanakkor amint azt a korábbi fejezetekben is említettük az egészséget, mint komplex fogalmat, oly sok összetevő befolyásolja, illetve határozza meg, hogy érdemes alaposan körüljárni a témát, és felkészülni a feladatra. Ilyen felmerülő probléma lehet esetlegesen a körültekintő tervezés hiányában, ha a célcsoport (populáció), azon belül is a minta kiválasztása sikeres, de nem kerül monitorozásra minden, az adott állapotot befolyásoló faktor. És hogy miért érdekes ez számunkra az egészségnevelés kapcsán? Tanulmányok sora igazolja, hogy milyen tényezők vannak hatással az egészségi állapotra. Ugyanakkor kevés empirikus közlemény található, mely a teljes spektrum mentén elemzi a szokás- és magatartásformákat. Gondolunk itt például az egészségi állapot vizsgálata kapcsán a serdülőkorúak egészségmagatartási szokásait elemezni készülő eljárásra, melynek keretében a mindennapos fizikai aktivitásra, táplálkozásra, káros szenvedélyekre, addikciókra, kortárshatásokra kiterjed ugyan az elemzés, de a családi anamnézis, illetőleg a családon belüli pozitív vagy negatív minták, valamint az oktatási rendszerben az egészségnevelésre fordított tényezők elemzése általában elmarad. Ebben az esetben sokszor tényként közlünk adatokat például a serdülőkorúak egészségmagatartásának állapotáról, okolva a fejlődő világunkat, az elektronikai cikkek térhódítását, a normálistól eltérő táplálkozási szokásokat, mozgásszegény életmódot, stb. Ez azonban egy állapotelemzésnek tekinthető csak, mely nem az okok feltárását, megszüntetését hivatott szolgálni. Viszont mivel nem került elemzésre a családi példamutatás vagy az egészségnevelési feladatok megvalósulása (családon belül vagy oktatási-nevelési, intézményi feladatként), nem vesszük észre, hogy a romló tendenciák bizony egy olyan faktornak köszönhetőek, melyet az elemzés során nem vettünk figyelembe, viszont az általunk vizsgált adatok nagymértékű befolyásoltság alá esnek általa (Fügedi, 2015). Tehát téves következtetések levonására ad lehetőséget. Amennyiben pedig ajánlásainkat ennek alapján fogalmazzuk meg, meglepetésként érhet, hogy eredményes beavatkozás esetén sem történik meg a változás a mért paraméterekben, illetve állapotban. Ugyanis a beavatkozást ebben az esetben pl. a családi körben kellene kezdeni.

A célmeghatározás témakörében kell említést tennünk a minőségi mutatók, illetve a mérhető, ellenőrizhető, valamint ismételt mérés esetén összehasonlítható eredményeket produkáló összetevőkről, az indikátorokról. Ezek azok a mutatók, melyek a programtervezés típusától függően (intervenció, keresztmetszeti, longitudinális, stb.), különböző hatásokra reagálnak, ezáltal a változás is kimutatható az adott célcsoport állapotában. Milyen a jó indikátor?

- a szükséges adat ténylegesen hozzáférhető
- megbízható (a valós állapotot tükrözi)

- érvényes (valóban arra a jelenségre vonatkozik, amit mérni szeretnénk)
- időszerű (egy adott időponthoz kötött indikátor valóban arra az adott időpontra vonatkozó információt mutatja)
- releváns (a projekt azon jelenségét kell mérnie, ami érdekes a program egésze szempontjából)
- egyértelmű, világos (a mutató értelme, jelentése, azonos kell, hogy legyen bárki számára, aki használja azt, a projektmenedzsmenttől a döntéshozókon át a nyilvánosságig)

Nézzük meg, hogy a fentiek alapján az indikátorok mely típusait lehet megkülönböztetni (Fügedi, 2015):

A) INPUT (forrásmutatók)

Számszerűsítve rögzítik a projektet megvalósítók által igénybe veendő eszközöket, jellemzően pénzeszközöket, a projekt költségvetésére vonatkoznak.

B) OUTPUT (kimenet mutatók)

A tevékenységekre vonatkoznak, számszerűsítik a tevékenységek nyomán létrejövő közvetlen eredményeket.

C) EREDMÉNY

A projekt azonnali és közvetlen hatásaira vonatkoznak, a közvetlen résztvevőket, illetve igénybevevőket érintő változásokról nyújtanak információt.

D) HATÁS

A projekt olyan következményeire utalnak, amelyek jellemzően közvetlenül és hosszabb időtávon jelentkeznek, bekövetkezésük általában a projekten kívül álló tényezőktől is függ.

Egy egészségprogram tervezésekor, függetlenül annak típusától (tehát, hogy preventív, fejlesztő vagy intervenció) a következő indikátorok monitorozása valósulhat meg:

- táplálkozás, testösszetétel, elhízás
- stressz
- dohányzás
- mozgás és mozgásszegény életmód
- életmód
- alkohol, drog
- kortárs hatások
- családi háttér
- életkor alapján nevelő hatású feladatokban részvétel
- lelki egyensúly

- pszichés egyensúly

Mint korábban is említettük az egészség, mint állapot komplexitásából fakadóan igen összetett, így a listát a teljes, kimerítő és alapos vizsgálat vagy tervezés érdekében hosszan lehetne sorolni. Itt inkább arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy a tervezés elején megnevezett indikátorok hatással lesznek az értékelés kapcsán levonható következtetésekre, melyre e fejezet korábbi szakaszában példát is hoztunk. Azonban nem szabad elfelejteni, hogy a hatásvizsgálatok sok esetben proaktív tevékenységek, pedig a nevelés hatékonyságának magas szintjét preventív cselekvéssel lehet elérni (Fügedi, 20015).

Nézzünk pár példát a teljesség igénye nélkül az egészségi állapottal kapcsolatos felmérések sorából, melyek az eddig említett indikátorok mentén vonják le következtetéseiket. A felnőtt és a gyermek lakosság esetében is az egyik legfőbb indikátor a születéskor várható átlag élettartam. Ha ezt a mutatót a 15 éves magyar és az Európai Unió országaiban élő serdülőkorúaknál összevetjük, láthatjuk, hogy fiaink 11, leányaink pedig 9 évvel kevesebb időt élnek, mint a többi európai fiatal (Aszmann, 2006). A HBSC 2010 (Health Behaviour in School-aged Children) felmérés adatai alapján a krónikus, rendszeres orvosi ellenőrzést igénylő betegségekről beszámoló tanulók száma a 9. évfolyamban fiúknál 18,4%, lányoknál 17,2%, míg a 11. osztályba járó fiú tanulók esetében 15,0%, a lányoknál 17,3% (Németh és Költő, 2011). Ugyanez a felmérés foglalkozik a mozgáshiánnyal és ezzel párhuzamosan megnövekedett fizikailag passzív, ülő életmóddal. A helytelen étkezési szokások mellett egyéb egészségkárosító magatartásformák (dohányzás, alkohol, pszichoaktív anyagok) fogyasztása is jellemző, sőt a szerek kipróbálásának és használatának ideje is egyre fiatalabb korra tevődik. Ezen országos felmérés szerint a szomatikus és pszichés tünetek előfordulása az idősebb lányok körében gyakoribb. Mind az élettartam, mind az orvoslátogatások számát elemző felmérés, de a többi vizsgálat is nélkülözi az okok feltárására irányuló elemzést. Ezt általában a kutatók meghagyják a döntéshozók felelősségének, ami teljesen elfogadható, ugyanakkor tudomásul kell venni, hogy a felelős szervezet, döntéshozókat teljesen más szempontok fogják vezérelni a problémák kezelésénél, mint a szakmai szempontból érintett kutatókat. Ezt a tervezésnél figyelembe kell venni, esetlegesen a háttérinformációk feltárásával megelőzni.

Nézzünk egy példát egy minden szempontból sokszereplős egészségprogram megvalósítására. Sokszereplős, ugyanis mind a tervezés és kivitelezés szempontjából több tudományterület (orvos, sport, pedagógia, stb.) képviselői vehetnek részt benne, ugyanakkor az eredményes és hatékony esetfeltárás érdekében szintén részletes, többszintű és több érintettre kiterjedő kutatást feltételez.

Jelen esetben egy iskolai egészségprogram felmérésben, az egészségprogram tervezése szempontjából érintett személyek azok, akik

1) valamilyen módon kapcsolatba kerülnek az egészségtervvel ők a kulcsszemélyek, akik lehetnek:

Belső érintettek: megvalósítók, felelősök, szakemberek, intézményvezetők, képviselők, stb., a helyi viszonyoknak megfelelően

Külső érintettek: lakosok, civil szervezetek, közösségek, helyi intézmények, gazdasági szereplők, egyház, stb. a helyi viszonyoknak megfelelően

2) vagy valamilyen módon arra befolyást gyakorolnak (érintettek - célcsoport és környezetük)

Az optimális problémafeltárást és helyzetértékelést, valamint a tervezés előkészítésének szempontjából nélkülözhetetlen információkat az alábbiak által kitöltött kérdőívek szolgálják:

- szülők (akiknek az átlagosnál erősebb kapcsolata van az iskolával, pl. szülői munkaközösség tagjai),
- iskolaigazgató,
- az iskolai egészségfejlesztésért/nevelésért felelős pedagógus,
- az iskolai védőnő,
- iskolaorvos,
- az iskola olyan tanárai, akik egészségnevelést, vagy azzal szorosan összefüggő ismereteket tanítanak,
- az iskola diákjai.

A minimális minta a következők véleményét tartalmazza:

- iskolaigazgató,
- az egészségfejlesztésért felelős koordinátor/pedagógus,
- iskolaorvos,
- iskolai védőnő,
- 1-2 pedagógus,
- évfolyamonként egy-egy, a témára rálátással bíró szülő
- minden évfolyam osztályaiból min. 2-3 diák.

6.2 Egészségfejlesztés, mint a nevelés hatása a személyiségre

Az egészségtudatos magatartás jellemzője, és az egészséges társadalom (normakövető) alapkövetelménye az egészség folyamatos és minőségi fejlesztése, vagyis az egészségfejlesztés (Fügedi, 2015). Az egészséget szolgáló magatartásnak két alapvető formája van: az egyéni (tanácsadás, nevelés, klinikai beavatkozás) és a közösségi (egészséggazdasági, társadalmi,

kulturális, természeti és technikai feltételek javítása). Az egészség megőrzésének, a betegségek elkerülésének egyik fontos eszköze az egészségtudatos magatartás – az egyén szemlélete, viselkedése, tevékenysége annak érdekében, hogy minél tovább és minél egészségesebb maradjon. Az egészségfejlesztés az Ottawai Charta megfogalmazásában (Ottawa, 1986. november 17-21.): "Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely módot ad az embereknek, közösségeknek, egészségük fokozottabb kézben tartására és tökéletesítésére. A teljes fizikai, szellemi és szociális jólét állapotának elérése érdekében az egyénnek vagy csoportnak képesnek kell lennie arra, hogy megfogalmazza és megvalósítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és környezetével változzék vagy alkalmazkodjon ahhoz. Az egészséget tehát, mint a mindennapi élet erőforrását, nem pedig mint életcélként kell értelmezni. Az egészség pozitív fogalom, amely a társadalmi és egyéni erőforrásokat, valamint a testi képességeket hangsúlyozza. Az egészségfejlesztés következtében nem csupán az egészségügyi ágazat kötelezettsége." (Kishegyi és Makara 2004).

A Charta az egészségfejlesztési tevékenységet, melynek célja mindazon - politikai, gazdasági, társadalmi, kulturális, környezeti, viselkedési (neveléstudományi) és a biológiai - tényezőknek, feltételeknek a kedvezővé tétele, amelyek az egészségre hatást gyakorolnak, az alábbiakban definiálja:

A) Egészséget szolgáló közpolitikák

Mely során valamennyi ágazatban és valamennyi szinten a politikát alakítók napirendjére kell tüzni az „egészséget”, tudatosítva bennük, hogy döntéseiknek milyen következményeik lesznek az egészségre nézve, illetve olyan döntések meghozatalát elősegíteni, amelyek a különböző egészséget befolyásoló területeken az egészségre kedvező hatást gyakorolnak.

B) Kedvező környezet kialakítása

A gyorsan változó környezet olyan irányú befolyásolása, amely biztosítja, hogy ezek a bekövetkező változások az ember egészségének javára váljanak.

C) Közösségi tevékenységek erősítése

A közösség fejlesztése annak érdekében, hogy részvételét és ellenőrzését növeljék az egészséggel kapcsolatos kérdésekben.

D) Egyéni képesség fejlesztése

Az egyén információval való ellátása, egészségnevelése, élethosszig tartó tanulás biztosítása, stb. annak érdekében, hogy minél több lehetőséget teremtsenek számára az egészség, az egészséges élet választásához.

E) Az egészségügyi rendszer átszervezése

Annak érdekében és úgy, hogy az a maga teljességében vett egyén szükségleteinek az összességére helyezze a hangsúlyt.

Az 11. táblázatban (Rootman, Goodstadt, Potvin és Springett, 2001) látható az egészségfejlesztéssel kapcsolatos definíciók forrás és dátum megjelöléssel ellátott összehasonlítása, mely további elemzéseket tesz lehetővé (Fügedi, 2015). Az olvasóra bízunk, hogy ebből a felsorolásból melyik meghatározással szimpatizál. Az eredeti források a hivatkozott publikációban megtalálhatóak.

| Forrás és dátum | Definíció (hangsúlyozott) |
|---|---|
| Lalonde, 1974. | Olyan stratégia, amely „mind az egyének, mind a szervezetek tájékoztatását, befolyásolását és segítését tűzi ki célul annak érdekében, hogy azok több felelősséget vállaljanak, és aktívabban működjenek közre a mentális és testi egészségre ható ügyekben”. |
| USA Egészségügyi, oktatási és jóléti főosztály, 1979. | „Az egészségi felvilágosítás és kapcsolódó szervezeti, politikai és gazdasági programok olyan kombinációja, amelyek célja az egészségi állapotot javító viselkedésbeli és környezeti változások támogatása.” |
| Green, 1980. | „Az egészségi felvilágosítás és kapcsolódó szervezeti, politikai és gazdasági beavatkozások bármely olyan kombinációja, amely az egészségi állapotot javító viselkedésbeli és környezeti változások elősegítésére lett tervezve.” |
| Green és Iverson, 1982. | „Az egészségi felvilágosítás és kapcsolódó szervezeti, politikai és gazdasági támogatások bármely olyan kombinációja, amely az egészséget elősegítő magatartást támogatja.” |
| Perry és Jessor, 1985. | „Olyan törekvések megvalósítása, amelyek elősegítik a jobb egészséget és a magasabb fokú jólétet mind a négy (testi, társas, pszichológiai és személyes) dimenzióban.” |
| Nutbeam, 1985. | „Az a folyamat, amely módot ad az embereknek, hogy az egészségüket befolyásoló tényezőket jobban kézben tudják tartani, és ennek következtében képessé válnak azt tökéletesíteni.” |
| WHO, 1984., 1986. Epp, 1986. | „Az a folyamat, amely módot ad az embereknek egészségük fokozott kézben tartására és tökéletesítésére.” |

| | |
|-------------------------------------|--|
| Goodstadt és munkatársai. I., 1987. | „Az egészség meglévő szintjeinek fenntartása és erősítése hatékony programok, szolgáltatások és szakpolitika megvalósítása által.” |
| Kar, 1989. | „A jóléti szint emelése, s az egészségre káros hatások kerülése az egészséget befolyásoló magatartásbeli, társadalmi, környezeti és biomedikális tényezők optimális szintjének elérése által.” |
| O'Donnell, 1989. | „Az a tudomány és művészet, amely segít az embereknek olyan életmódot választani, amely az optimális egészségi állapot elérésére irányul.” |
| Labonté és Little, 1992. | „Olyan tevékenység vagy program, amely úgy javítja a szociális és környezeti életkörülményeket, hogy az emberek jóléte is növekedik.” |

11. táblázat: Az egészségfejlesztés definíciói (forrás: *Rootman, Goodstadt, Potvin, Springett (2001): A framework for health promotion evaluation In: Rootman, Goodstadt, Hyndman, McQueen, Potvin, Sprongett, Ziglio (eds.) (2001): Evaluation in health promotion. Principles and perspectives WHO Regional Publications, European Series, No. 92 World Health Organization p 10.*)

Mint a definíciókból kitűnik, összefoglalóan megállapítható, hogy az egészségre nevelés (egészségfejlesztés=egészségnevelés) eredménye olyan viselkedésbeli és környezeti változások összessége, mely a magatartásban is tartós változást eredményez. Ennek kapcsán definiálhatók ugyan az egészség és egészséges életmód összetevői, azonban azokban változás, csakis nevelés, mégpedig a preventív szemléletű nevelés kapcsán érhetőek el. Ez eredményezni majd a magatartásbeli változást.

6.3 Az egészségnevelési programok jellemzői

A következőkben az egészségnevelési programok kategóriáit és felosztását ismertetjük Heves és Schád (2010) munkája alapján. Fontos kiemelni, hogy az egészségnevelés kapcsán szintén zajlanak szakmai viták abban a tekintetben, hogy pontosan mely egészségügyi szakterület tudhatja magáénak (pl. prevenció, egészségfejlesztés vagy rehabilitáció), azonban úgy véljük, hogy fontos külön kiemelnünk, hiszen az output tényezőket figyelembe véve jelentős hatással van az egészségtudatos életmódra, magatartásra. Ugyanakkor ugyanolyan súllyal tartozik a neveléstudomány témakörébe, mint az egészségtudományéba. A hatékony egészségnevelés tehát olyan közösségi (és ezen keresztül az egyéni) magatartás befolyásolására irányuló

tevékenység, melynek célja az életminőség javítása, az egészség megerősítése és a betegségek megelőzése a hiedelmek, a beállítódások és a magatartás befolyásolásán keresztül. A kategorizálást az alábbiakban látjuk értelmezhetőnek (Heves és Schád 2010):

Betegség-orientált egészségnevelési programok

E programok bizonyos betegségek megelőzésére irányulnak. Így pl. a szív- és ér- rendszeri, vagy a daganatos betegségek megelőzésére oly módon, hogy azokat a kockázati tényezőket csökkentésük, amelyek az adott megbetegedés kialakulásában jelentős szerepet játszanak. Az egészség e programokban nem jelenik meg, helyette a betegségek elkerülésén van a hangsúly.

Kockázati tényezők elkerülését támogató egészségnevelési programok

Ezekben a programokban a fő hangsúly egy vagy több kockázati tényező elkerülésén van, s azon a felismerésen alapul, hogy egy adott kockázat (pl. a mozgáshiányos életmód) többféle megbetegedéshez is vezethet. Ez a modell is szűken értelmezi az egészséget és megvalósításában ugyancsak a szakértők dominálnak.

Egészség-orientált programok

A cél e programok többségében kettős: javítani az életminőséget, az egészséget, s ezzel együtt megelőzni a betegségeket. Az egészség fizikai, lelki és a szociális dimenzióit egyaránt figyelembe próbálják venni, s ennek megfelelő programokat dolgoznak ki.

6.4 Az egészségnevelés terén megvalósítható programok alkotóelemei

Az egészségnevelési cselekvési terv javasolt programtípusait az alábbiak mentén tartjuk körülhatárolhatóknak:

- A kedvező környezeti feltételek alakítása érdekében javasolt (nevelési célzatú) programok
- Az egészségkárosító magatartások visszaszorítása érdekében javasolt (nevelési célzatú) programok
- A betegségek megelőzése érdekében javasolt programok
- Az egészséges életmód népszerűsítés érdekében javasolt programok
- Egészségfejlesztő életciklus programok
- Az egészségtudatos magatartás fejlesztési érdekében javasolt programok
- Operatív feladatok a stratégiai célok érdekében (döntéshozók számára)

Az egészségfejlesztési kezdeményezéseknek a következő alkotóelemekkel kell rendelkezniük (Goodstadt és mtsai 2001):

1. olyan célokat kell kitűzniük, amelyek túlmutatnak a betegségek csökkentésén vagy a megelőzésen, és arra törekednek, hogy javítsák az egészséget és a jó közérzetet;

2. összpontosítaniuk kell a pozitív egészségre, a holisztikus egészségre, a társadalmi igazságosságra, az egyenlőségre és a részvételre;
3. a képességeket belső mechanizmusként kell használniuk;
4. foglalkozniuk kell az egészséget meghatározó (vagy előfeltételező) tényezőkkel vagy makroszintű tényezőkkel, amelyek magukba foglalnak mindent, amit az ábrán bemutatunk;
5. az Ottawai Chartában lefektetett prioritások szerint kell tevékenykedniük: erősíteniük kell a közösségi cselekvéseket, építeniük az egészséget támogató közpolitikát, létre kell hozniuk a támogató környezetet, fejleszteniük a személyes készségeket, és új hangsúlyokat kell kialakítaniuk az egészségügy szolgálatában.

Néhány modell – ezek legfőbb példája az Ottawai Charta – erősen fogalmi, széles körű, átfogó célokat, értékeket, elveket és általános stratégiát fogalmaz meg az egészségfejlesztés számára. Mások, mint például a PATCH és a MATCH (Multilevel Approach to Community Health – a közösségi egészség többszintű megközelítése) pedig azért kerültek kifejlesztésre, hogy segítsenek a kezdeményezések operációs tervezésében.

Mindezek együttese azonban az egészségnevelés lépését hivatott megerősíteni, melynek a szokásrendszerek és a magatartásformák megváltoztatása az elsődleges célja és feladata.

6.5 Az iskolai prevenció/egészségnevelési programok értékelésének lehetőségei

Felmerül a kérdés, hogy miért mérjük a tanulók fizikai állapotát (F. Mérey 2006)? Az oktatás területén: a tanuló pillanatnyi edzettségi állapotának megfelelő individuális terhelhetőség mértékének meghatározásáért, az elvégzett program hatására bekövetkezett változások irányának és mértékének nyomon követéséért. Az egészségügy területén: a tanulók egészségi és a funkcionális (edzettségi) állapota közötti egyéni és országos szintű összefüggések feltárásáért. Az élsport területén: a kiváló testi – biológiai – fiziológiai adottságú, sportág speciálisan is jól terhelhető, versenyszerűen sportolni vágyó fiatalok mielőbbi feltérképezéséért. Nagyobb merítési lehetőség biztosítása az élsport számára (F. Mérey, 2006).

Az értékelés a pedagógia területén az oktató-nevelőmunka szerves része, melynek elsődleges funkciója a visszacsatolás, visszajelentés (Báthory, 2000). Minden érintett számára nyilvánvaló, hogy értékelés nélkül az oktatás legfontosabb tényezőjéről, vagyis a tanulók fejlődéséről, nem tudnánk bizonyosat állítani, azonban a szakszerű és céltudatos értékelés révén az iskolai munka egyértelműen előbbre megy (Vámos, 2001). Mivel az oktatás a társadalmi értékeket és elvárásokat is magában foglal, valamilyen szinten feltétlenül tükröznie kell a társadalmi értékeket és normákat (Szabó, 1999). Ezt pedig folyamatos és objektív értékelés

nélkül nehéz lenne biztosítani. És igaz ez a tanulók egészségügyi állapottelemzése és egészségközpontú fitsségi mérésével, értékelésével kapcsolatosan is.

Az értékelés akkor éri el igazán a célját, ha a tevékenység valós összképét és értékét tükrözi. A pedagógiai kutatások alapján az a mérési-értékelési rendszer tűnik a leghatékonyabbnak, amelyik képes nemcsak végeredményt nyilvánítani és tudást fejleszteni, hanem inspirálni és megfelelően motiválni is (Czeglédy, 2002). Éppen ezért nem kívántunk állást foglalni a különböző állapotfelmérő, fitsségi tesztrendszerek (HUNGAROFIT, EUROFIT, NETFIT) alkalmazása kapcsán sem, mert úgy véljük, hogy a gyakorlat fogja igazolni létjogosultságukat. Egyértelmű, hogy az értékelés során, illetve annak eredményeképp a komplex pedagógiai munkánk eredményét láthatjuk viszont (Ranschburg, 2004).

A teljesítmény, illetve a teljesítmény fejlődése a testnevelés tantárgy jellege miatt különösen jól érzékelhető, így objektíven mérhető. Kérdésként merülhet fel, hogy mennyire működik hatékonyan a jelenlegi ellenőrzési-értékelési gyakorlat, illetve a társadalmi elvárásoknak megfelelően hogyan érdemes fejleszteni? Természetesen nehéz erre konkrét feleletet adni, mert a különböző szakirodalmak az alkalmazott tesztesyűttesekkel kapcsolatban megoszlanak. Talán segít ebben, ha több oldalról is információkat, véleményeket gyűjtünk, és ezeket kritikusán elemezzük. Ennek egyik lehetséges területe a gyerekek véleményének megismerése is (Bognár, 2009).

És hogy miért az iskola az egészségfejlesztés egyik legfontosabb színtere? Simonyi (2004) foglalta össze a nevelés céljának, tehát a szokásformák és magatartás kialakulásának szempontjából, hogy miért is az iskolai közeg, és a szervezett keretek között zajló hatásmechanizmusok a leghatékonyabbak. A gyerekek és fiatalok hosszú éveket töltenek az iskolákban. Ebben az időszakban érdemi hatást lehet gyakorolni a személyiségfejlődésükre, mely nagyban meghatározza az életmódjukban később kialakuló szokásaikat, az életideálokat, preferenciák kialakítását. Az iskolának a gyerekekre gyakorolt hatása többretegű, komplex kommunikáció. Egyrészt létezik egy nyíltan megfogalmazott oktatási-nevelési terv, másrészt ezzel összefüggésben vagy ettől függetlenül, illetve ezt gyengítő, vagy erősítő módon ható úgynevezett rejtett tanterv, mely az iskolai mindennapok hozadéka, amelyben az iskola tárgyi környezete, az emberi viszonyok minősége egyaránt tükröződik. Az iskola, más társadalmi intézményekkel és szereplőkkel állandó kölcsönhatásban létezik, hatást gyakorol szűkebb és tágabb környezetének kapcsolatrendszerére, a környezet viselkedésére. Mindezeket figyelembe véve tehát, az iskola és az óvoda, a családi környezet mellett a szocializációnak azt a színterét jelenti, amelyben mód nyílik az egészségesebb életvitel készségeinek, magatartásmintáinak kialakítására és begyakorlására (Simonyi 2004).

6.6 Következtetések, ajánlások, összefoglaló eredmények

Az egészséggel és egészségneveléssel kapcsolatos kutatások jelentős korlátjának minősül, hogy – hazai és nemzetközi szinten egyaránt – tetten érhető egy negatív megközelítés: azaz, szinte kizárólagosan azt kutatjuk, hogy mitől romlik el az egészség. A pozitív megközelítés, nevezetesen, hogy mitől válik jóvá, vagy hogyan őrizhető meg az egészség, milyen faktorok jelenléte szükséges a szemléletformáláshoz, szinte teljes mértékben hiányzik a tudományos gondolkodásból és gyakorlatból. Szerencsés esetben legfeljebb egy-egy vizsgálat „oldalhajtásaként” jelentkezik, mely részben – elsősorban módszertani okokból – érthető is, mégis erősíti a sztereotip gondolkodás továbbélését a levonható következtetések tekintetében, és ezzel növelheti a nevelés hatékonyságának eredménytelenségét is (Fügedi, 2015; Füzesi, 2004).

Az egészségmagatartás területe oly széles, hogy a kutatások vagy célzottan, csak egy-egy magatartásforma részletesebb feltérképezésére irányulnak, vagy több életmódi tényezőt együttesen, de csupán érintőlegesen vizsgálnak. A következtetések levonásánál ez sem hagyható figyelmen kívül. Az életmód, az egészségmagatartások területén folyó hazai kutatások jelenleg rendkívül színesek és szerteágazóak a választott mintát, az alkalmazott módszereket és a feltett kérdéseket tekintve, mely összehasonlíthatóságukat nehezzé teszi (Füzesi, 2004).

A nevelés eredményességének vizsgálata pedig még ritkábban fedezhető fel az egészség, egészségfejlesztés tekintetében. Így erre vonatkozóan adatokat, következtetéseket csak az egészséget befolyásoló tényezők vizsgálatából nyerhetünk.

E sokféleség azonban éppúgy erény is lehet, és hozzájárulhat a helyzet realisabb, sokoldalúbb feltérképezéséhez. Szükség van tehát egyrészt a tendenciák pontosabb megítéléséhez rendszeresen, azonos módszerekkel megismételt (standardizált, kvantitatív) kutatásokra (pl. OLEF, ADE, ESPAD, HBSC), ám az életmód háttérében álló magatartások megértéshez nem nélkülözhetőek az egyedi (lehetőség szerint más – akár kvantitatív, akár kvalitatív – módszereket is alkalmazó) kutatások sem. Kiemelten a nevelés következtében létrejövő magatartás- és szokásrendszer alakulására tekintettel. Az ilyen jellegű kutatások nyújthatnak információkat egy átfogó, és részleteiben is pontos helyzetelemzéshez (Fügedi, 2015; Füzesi, 2004).

Az empirikus kutatásokat segítve, egy matematikai képlettel (modell) írjuk le a nevelés folyamatát, valamint az elvárható eredményt:

$$(\text{egészség})\text{nevelés} = \frac{\text{egészségfejlesztés}}{\text{magatartás- és szokásrendszer}}$$

3. ábra: Az egészségnevelés matematikai modellje (forrás: saját szerkesztés)

Fogadjuk el, hogy a nevelés eredményességének mutatója egy pozitív és állandó érték (egészségnevelés=1), ebben az esetben egy stabil, és állandó mutatót kapunk, melyet a nevelés eredményességének mérésére használhatunk. Tehát a nevelés akkor lesz eredményes, illetve fejt ki maradandó hatását, amennyiben az egészségfejlesztés, és az ahhoz kapcsolódó cselekvések a mindennapokba beépülve, az egyén magatartásának és szokásának részévé válik. Amennyiben ezek hányadosában eltérés áll fenn (nem alakul ki magatartásbeli változás, és szokásrendszer, illetve a preventív tényezők nem jelennek meg az egészségfejlesztés mutatóiban), a matematika szabályai szerint az értéke kisebb lesz, mint 1. Természetesen szigorúan ragaszkodva a tudományosság és matematika szabályaihoz mérhetővé és értékelhetővé kell tenni (számszerűsíteni) az egészségfejlesztés, a magatartás- és a szokásrendszer mutatóit is, mégpedig egy olyan skálán (alkalmas lehet a természetes, pozitív, egész számok halmaza), melynek hányadosa minden esetben kisebb/egyenlő 1-el. Ez további kutatások és tudományos munkák feladata lehet, ugyanakkor megvalósulása esetén a képletet felhasználva bármikor megállapítható a nevelés folyamatának aktuális állapota, a részterületek hiányossága, ezáltal a további fejlesztési és nevelési feladatok.

Az egészségi állapotot befolyásoló egészségmagatartási tényezők

Az egészségkultúra magában foglalja mindazokat a hiedelmeket, ismereteket, attitűdöket, melyek meghatározzák az egyén saját egészségi állapotának befolyásolhatóságával kapcsolatos gondolkodását. A gondolkodás aztán különböző – egészségmegőrző, -fejlesztő vagy -károsító – cselekvéseket indukál. Az egészségkultúra egyik jellemzője, hogy az egyének mit gondolnak arról, mely tényezők befolyásolják egészségi állapotuk alakulását. Erre a gondolkodásmódra lehet hatni egyszer a nevelés során.

Egy Magyarországon 2000-ben végzett országos egészségfelmérés szerint a lakosság vélekedése szerint a dohányzás, a stressz és az alkoholfogyasztás befolyásolja leginkább az egészségi állapotot (Boros, Németh, Vitrai, 2002).

Ugyanez a felmérés foglalkozott az egészségkultúra egy másik aspektusával – az egészségi állapot befolyásolhatóságával – is. Megállapították, hogy minden negyedik nő és minden ötödik

férfi úgy véli, semmit vagy csak keveset tehet saját egészségéért. Ezek az eredmények összhangban vannak az Európai Unió azon megállapításával, miszerint a frissen csatlakozó országok korábbi egészségügyi ellátórendszerének egyik legkedvezőtlenebb hatása az volt, hogy az állampolgárok elidegenedtek a saját egészségükért érzett felelősségtől. Évtizedeken keresztül a „gondoskodás” az állam feltételezett (szocialista eszmény által deklarált) kötelezettsége volt, ezért a lakosságot a passzív attitűd jellemezte, és sajnos valljuk meg őszintén, jellemzi ma is.

Az egészségi állapot szubjektív értékelése

Az egészségi állapot önértékelése a halandóság egyik legmegbízhatóbb előrejelzője, mivel az egészség más mérési módokkal nem regisztrálható személyes és összetett értékelését tükrözi.

A magyar népesség 46%-a kiválónak vagy jónak, 36%-a elfogadhatónak, 18%-a rossznak vagy nagyon rossznak tartotta egészségi állapotát 2003-ban (Boros, 2005).

Az egészségi állapot az életkor előrehaladtával párhuzamosan folyamatosan romlik, a nők azonban az élettartam teljes hosszában rosszabbnak ítélik az egészségi állapotukat, mint a férfiak.

A legidősebb (50-59 éves) korosztály esélye 8,14-szeres a rossz /nagyon rossz önértékelt egészségi állapotra, mint a legfiatalabbé (18-29 éves) (Boros, Németh, Vitrai, 2002).

Az egészségi állapot romlása az életkor növekedése mellett elsődlegesen a kedvezőtlen szociális tényezőknek köszönhető. A magasabb iskolai végzettségűek, a gazdaságilag aktívak, a családban, a jobb anyagi helyzetben, a fejlettebb gazdasági régiókban, a városokban élők és a társas támogatottsággal rendelkezők nagyobb valószínűséggel őrzik meg egészségüket, vagy kevésbé betegek (és érzik is úgy), mint azok, akik e dimenziók mentén kedvezőtlenebb helyzetben vannak (Boros, Németh, Vitrai, 2002).

Így például míg a felsőfokú végzettségűeknek 7,0%-a, az érettségizetteknek 10,0%-a, addig a legfeljebb 8 osztályt végzetteknek 31,6%-a értékelte egészségi állapotát rossznak (Boros, 2005). A teljes társas támogatottságot élvezők körében az egészségi állapotukat nem kielégítőnek tartók aránya 13,6%, az e támogatottság súlyos hiányával jellemezhető személyek esetében viszont már jelentősen magasabb, 23,5% (Boros, Németh, Vitrai, 2002).

Ajánlások

Az egészségkárosító magatartásformákkal szembeni hatékony fellépés, valamint az egészségnevelés hatékonyságának növelése gyökeresen új megközelítést igényel. Az előítéletek, a szokásos rutin és sztereotípiák helyett a racionális gondolkodás diktálta életszerű, és kutatásokkal igazolt, megoldások szükségesek. Ehhez azonban át kell gondolni, újra kell értékelni az egészségkárosító magatartásokhoz és e magatartásokat folytató emberekhez való

viszonyunkat, a kezelési módokat. Sajnos a káros egészségmagatartási formák következménynek, valamilyen kielégítetlen szükségletre adott válasznak, s nem pusztán magatartásbeli elferdülésnek, jobb esetben tudatlanságnak tekinthetők. Az egészségmagatartás befolyásolásával hivatásszerűen foglalkozó gyakorlati szakemberek számára is tudatosulnia kell, hogy az egyén egészségmagatartását döntően társadalmi-gazdasági helyzete határozza meg (Füzesi, 2004).

A beavatkozások megtervezéséhez figyelembe kell venni, hogy bizonyos kockázatokkal való együttélés mindig is hozzátartozott az emberek mindennapi életéhez, azaz a kultúrához. Az egészségmagatartás dimenzióinak többsége a leghétköznapibb, a legközönségesebb élet része. Ilyen például az evés, az alvás, a szexuális aktivitás, bizonyos élvezeti szerek fogyasztása, a mozgás stb.

A nevelés folyamatában elsődlegesen kívülről (heteronóm, külső szabályozással) akarjuk megváltoztatni a belsőt. Nagyon fontos kérdés tehát annak a megválaszolása, hogyan módosíthatóak (ha szükséges változtathatóak meg) úgy az egészségre ártalmas magatartásformák, hogy közben ne változtassuk meg a kultúrát, ne csökkentsük az egyének autonómiáját saját életükkel, döntéseikkel kapcsolatban, ne tegyük őket függővé az egészségügyi (vagy bármilyen más) szakértőktől, szolgáltatásoktól. Másként fogalmazva: át kell gondolni azt, milyen közvetítő közegen keresztül avatkozhatunk be az életükbe úgy, hogy saját léptéküknek és felmerülő szükségleteiknek megfelelően változtassanak életmódjukon, egészségmagatartásukon (Füzesi, 2004).

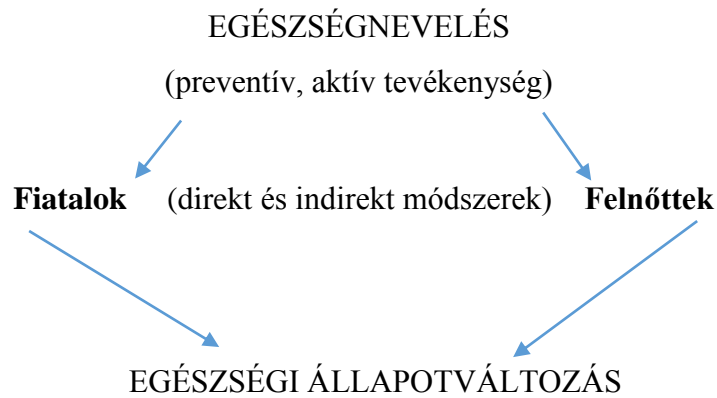
Az egészségmagatartás a leghatékonyabban abban a környezetben, közegben befolyásolható, változtatható, amelyben az emberek az életüket élik, azaz a mindennapi élet színterein (család, települési és civil közösségek, szomszédságok, iskolák, munkahelyek, civil szervezetek stb.). E közösségek befogadóvá tétele az egészségmagatartás befolyásolására lehet a leghatékonyabb módja a változtatások megalapozásának. Az életmód egészségesebbé tételére irányuló eddigi erőfeszítések eredménytelenségének egyik oka a kockázati, káros magatartások, életmódmodellek széleskörű társadalmi elfogadottsága (Fügedi, 2015; Füzesi, 2004). Az értékek és normák liberális elterjedésének lehetősége érzékeny táptalaja lehet az egészségmagatartás deformitásainak.

A társadalmi attitűd változtatása az egészségmagatartás alakításában (pl. a dohányzás, az alkoholfogyasztás, a túlsúlyosság stb. területén) legalább annyira fontos, mint az egyéni megközelítések. Érzékeny példája ennek az USA, ahol mind statisztikai mutatók, mind egyéb vizsgálatok keretein belül két véglettel is találkozhatunk; egyik a túlsúly, a másik pedig a testmozgás iránti addikció, mely már kóros következményekkel jár. A beavatkozásra irányuló

erőfeszítések mögött komoly szándéknak, közös elhatározásnak, és leginkább kitartó munkának kell állnia. Az attitűdök változásának eléréséhez szilárd és hosszútávú programok és ezzel összhangban cselekvő, illetve pozitív egészségmagatartást gyakorló közéleti személyek és szakemberek nem nélkülözhetőek. Azonban ezek akkor valósíthatóak meg sikeresen, ha minden érintett (család-társadalom, szülő-gyerek-nevelő, stb) aktívan részt vesz benne (Fügedi, és mtsai, 2016; Fügedi és mtsai, 2017). Az eredményesség nagymértékben növelhető a megfelelően kiválasztott módszerek alkalmazásával. A népesség többsége életmódjának, egészségmagatartásának változtatása nem várható pusztán az egyéni erőfeszítésektől, de a személyes autonómia megfosztásával, a paternalizmus továbbéltetésével sem érhető el eredmény. Az egészségre ártalmas magatartások elleni küzdelmet hosszú ideig szinte kizárólag a „félelemkeltő” és már rövidtávon is hatástalan technikák jellemezték (Füzesi, 2004). Az egészségben maradás, az egészséges életmód fontos feltétele a saját egészségi állapotra, az azt befolyásoló tényezőkre vonatkozó tudás, ismeret, az információhoz való jog és az információkhoz való hozzáférhetőség. A kognitív ismeretek önmagukban azonban nem vezetnek magatartásváltozáshoz, az affektív szférára való hatás, valamint a különböző társadalmi rétegek konkrét életfeltételeinek, tudásának, cselekvési lehetőségeinek és az ahhoz alkalmazkodó, követhető, megvalósítható életmódmodellek figyelembe vétele nélkül.

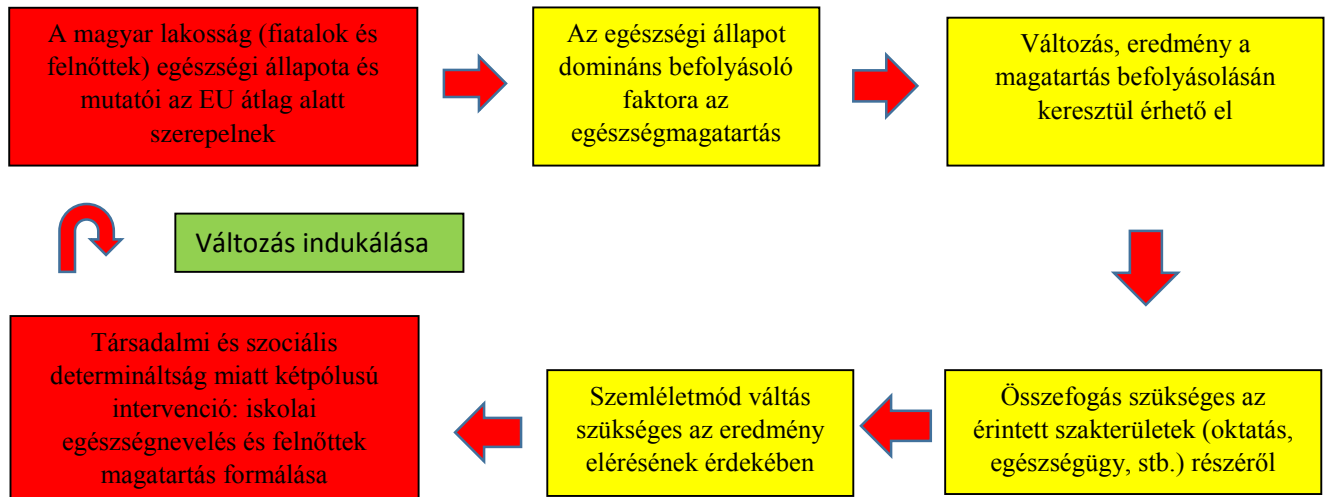
7. ÖSSZEFOGLALÓ

- A morbiditási és mortalitási mutatók (az egészségi állapot mutatói) preventív szemlélettel előzhetőek meg leghatékonyabban. Ugyanis nem szabad elfelejteni, hogy a(z) (egészségügyi)hatásvizsgálatok sok esetben proaktív tevékenységek, pedig a nevelés hatékonyságának magas szintjét preventív cselekvéssel lehet elérni (Fügedi, 2015).
- A preventív szemlélet egyik leghatékonyabb eszköze ugyanis a nevelés(tudomány), pontosabban az egészségnevelés folyamata és eszközei.
- Az egészségnevelés kapcsán az egészségfejlesztés során megvalósuló szokásrendszerek és magatartásformák kialakítása teszi lehetővé (ezáltal hatékonyá, eredményessé és gazdaságossá) a pozitív változást az egészségi állapot mutatóiban (Fügedi, 2015).
- Mivel a magyarországi társadalmi és szociális beidegződések mélyen gyökerező múlttal rendelkeznek, ezért kétpólusú beavatkozással, cselekvési tervvel kezelhetőek hatékonyan:



4. ábra: Az egészségnevelés hatásmechanizmusa (forrás: saját szerkesztés)

- Az egészséggel és egészségneveléssel kapcsolatos kutatások jelentős korlátjának minősül, hogy – hazai és nemzetközi szinten egyaránt – tetten érhető egy negatív megközelítés: azaz, szinte kizárólagosan azt kutatjuk, hogy mitől romlik el az egészség (Fügedi, 2015; Füzesi, 2004.).
- A nevelés folyamatában elsődlegesen kívülről (heteronóm, külső szabályozással) akarjuk megváltoztatni a belsőt. A megoldás azonban az, hogy hogyan módosíthatóak (ha szükséges változtathatóak meg) úgy az egészségre ártalmas magatartásformák, hogy közben ne változtassuk meg a kultúrát, ne csökkentsük az egyének autonómiáját saját életükkel, döntéseikkel kapcsolatban, ne tegyük őket függővé az egészségügyi (vagy bármilyen más) szakértőktől, szolgáltatásoktól.
- Az egészségmagatartás a leghatékonyabban abban a környezetben, közegben befolyásolható, változtatható, amelyben az emberek az életüket élik, azaz a mindennapi élet színterein (család, települési és civil közösségek, szomszédságok, iskolák, munkahelyek, civil szervezetek stb.) (Fügedi, 2015; Füzesi, 2004.).
- Mivel az egészségmagatartás társadalmilag erősen beágyazott, valamint lassan és nehezen változtatható, ezért nagyobb hatékonyság várható a fejlődésben lévő gyermekekre fókuszáló egészségfejlesztési beavatkozásoktól. Köztudott, hogy a gyermekkorban kialakuló egészségmagatartás az egyén egész későbbi életére jelentős hatással bír.



5. ábra: Az egészségmagatartás megváltoztatásának cselekvési folyamata (forrás: saját szerkesztés)

- Mindenesetre a gyerekek képességeit figyelembe véve, érdemes lenne a kötött és szervezett keretek között zajló (iskolai) nevelés tervezésekor figyelembe venni, és esetlegesen beépíteni az általuk javasolt tevékenységeket, mozgásformákat (Fügedi és mtsai, 2016).
- Az egészségértékek jelentős része a szocializáció során alakul ki az emberben. Így a család, mint elsődleges szocializációs közeg jelentős szerepet tölt be az értékek kialakításában és rendszerré szerveződésében (további szocializációs terek egyebek mellett az óvoda, iskola, baráti kör, munkahely).
- Azt az alapvető felismerést már a 21. századi modern nevelélmélet is hangsúlyozza, hogy „az egészség fenntartását szolgáló magatartásformák közül mindenekelőtt a mozgást kell kiemelni” (Bábosik, 2004, 29.).
- A gyermek mozgásigényének kielégítésében, rendszeres fizikai aktivitásra törekvésében mind a családoknak, mind az oktató-nevelő intézményeknek kitüntetett szerep jut (Csányi, 2010; Fügedi és mtsai, 2017).
- A pszichológia és pedagógia területén empirikus kutatások támasztják alá az anyai szerep fontosságát (Roediger és mtsai 1984; Shaffer, 1985; Shaffer és Brody, 1981;). Megállapítható, hogy eltérő az anya és az apa szerepe a gyermek teljesítménymotivációjában.

- Megállapítható, hogy az utóbbi fél évszázadban egyértelműen nő az apák involváltsága a pszichológiai elemzésekkel célba vett kultúrák majd mindegyikében (Daniels és Weingarten, 1983; Lewis és mtsai, 1981).
- Személyes megállapításunk az, hogy a szülői példamutatásnak jelentős szerepe van a személyiségformálásban, a fizikailag aktív magatartás kialakításában, és ez elsődleges beavatkozási felület kell, hogy legyen amennyiben a mai fiatalok egészségi, fizikai állapotán szeretnénk javítani (Fügedi és mtsai, 2017).
- Az attitűdök változásának eléréséhez szilárd és hosszútávú programok és ezzel összhangban cselekvő, illetve pozitív egészségmagatartást gyakorló közéleti személyek és szakemberek nem nélkülözhetőek. Azonban ezek akkor valósíthatóak meg sikeresen, ha minden érintett (család-társadalom, szülő-gyerek-nevelő, stb.) aktívan részt vesz benne (Fügedi és mtsai, 2016; Fügedi és mtsai, 2017). Az eredményesség nagymértékben növelhető a megfelelően kiválasztott módszerek alkalmazásával.
- A módszerek közül az lesz hatékony, mellyel eredményt, pontosabban változást – lehetőleg pozitív – érünk el. Napjainkban az egészségnevelés folyamatában az már nem kérdés, hogy a preventív megközelítés a leghatékonyabb megoldás, azonban a legnagyobb kihívás, azt az adekvát módszert megtalálni, mellyel az érintett célcsoportra eredményesen lehet hatni. A kutatóknak, szakembereknek pedig ezt a módszert kell mihamarabb megtalálni.

FELHASZNÁLT IRODALOM

1. 46/2003. (IV.16.) OGY határozat, az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról http://www.complex.hu/kzldat/o03h0046.htm/o03h0046_10.htm letöltve 2013-02-11.
2. AAP (American Academy of Paediatrics) (2001) Children, adolescents and television. *Pediatrics*, 107: 423–426.
3. Adams, J. (2006) Trends in physical activity and inactivity amongst US 14–18 year olds by gender, school grade and race, 1993–2003: evidence from the youth risk behavior survey *BMC Public Health* 2006, 6:57 doi:10.1186/1471-2458-6-57; <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/57> letöltve 2007. október 17-én
4. Ahamed, Y. et al. (2007) School-based physical activity does not compromise children's academic performance. *Med Sci Sports Exerc*, 39: 371–376.
5. Andersen, L. B. et al. (2006) Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (The European Youth Heart Study). *Lancet*, 368: 299–304.
6. Andorka, R. (2006) Bevezetés a szociológiába. Osiris Kiadó, Budapest.
7. Apor, P. (1999) Rehabilitációs edzésprogram belbetegségekből. *Orvosi Hetilap*, 11: 579-585.
8. Aszmann, A. (2003a) Társadalmi-gazdasági háttér (A tanulók családjainak szocio-ökonómiai helyzete). In: Aszmann, A. (szerk.) *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest. pp. 14-23.
9. Aszmann, A. (szerk.). (2003b) *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása*. Országos Gyermekegészségügyi Intézet, Budapest.
10. Ádány, R. (szerk.) (2006) *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó Zrt. Budapest.
11. Babbie, E. (2008): *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Balassi Kiadó, Budapest, ISBN: 978-963-506-764-0
12. Babbie, E. (1996) *A társadalomtudományi kutatás gyakorlata*. Balassi Kiadó, Budapest.
13. Bakacs, M., Vitrai, J. (szerk.) (2004) *Népegészségügyi jelentés 2003*, Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
14. Barabás, K. (2010) Egészségfejlesztés a közoktatásban. *Népegészségügy*, 88(1): 43–49.
15. Bábosik, I. (1999) *A nevelés elmélete és gyakorlata*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
16. Bábosik, I. (2004) *Nevelésemélet. Nevelés az Európai Unióban*. Osiris Kiadó, Budapest.
17. Bábosik Z. (2001) *Értékközvetítés napjainkban*. Új Pedagógiai Szemle, 12: 3-10.
18. Báthory, Z. (2000) *Tanulók, iskolák – különbségek. Egy differenciális tanításelmélet vázlat*. OKKER Oktatási Kiadó, Budapest.
19. Beckers, J.W., Nauta, A.P.W. (1983) Some facts about values in the Netherlands after 1945. In: J.W. Beckers, A.P. Nauta (Eds.), *Normen en waarden, verandering of verschuiving?* (pp. 113-117). Den Haag: Vuga.
20. Berger, B. G., Motl, R. W. (2000) Exercise and mood: A selective review and synthesis of research employing the Profile of Mood States. *Journal of Applied Sport Psychology*, 12: 69–92.
21. Bicsérdy, G. (2002) Sportágválasztás a különböző életkorokban. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 3-4: 7-10.
22. Bíró, N. E. (1999) *A prevenció néhány sportpedagógiai aspektusa*. Bp. Kézirat.
23. Bíró, N. E. (2004) (szerk.) *Sportpedagógia*. Dialóg-Campus, Budapest–Pécs.
24. Bíró, N. E. (2004) *A sportpedagógia társadalom-és természettudományos alapjai*. In: Bíró, N. E. (szerk.): *Sportpedagógia*. Dialóg Campus Kiadó, Budapest–Pécs. pp. 65-110.

25. Bluehardt, M. H., Wiener, J., Shephard, R. J. (1995) Exercise programmes in the treatment of children with learning disabilities. *Sports Med.* 19: 55–72.
26. Bognár, J. (2009) Értékelés. In: Szatmári, Z. (szerk.) (2009): Sport, életmód, egészség. Akadémiai Kiadó, Budapest, pp. 672-674.
27. Bognár, J. (2010) Pedagógiai és sportpedagógiai ismeretek, Jegyzet az OKJ-s sportszakember képzés számára. ÖM, Budapest.
28. Bognár, J., Ulrik, T., Kovács, T. L., Fügedi, B., Suskovics, Cs. (2005) Osztályzás a testnevelésórán: 5-8 osztályos tanulók tapasztalatai. *Iskolai testnevelés és sport.* 26: 7-10.
29. Bokor, J. (2001) Rekreáció és sportturizmus Magyar Sporttudományi Szemle 2: 14-17.
30. Boros, J., Németh, R., Vitrai, J. (szerk.) Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000. Országos Epidemiológiai Központ, 2002.
31. Boros, J. (2005): Egészségmagatartás. Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF 2003). Országos Epidemiológiai Központ, letöltve 2015. jan. 25. <http://www.oefi.hu/olef/OLEF2003/Jelentesek/EgeszsegmagatartasOLEF2003.pdf>
32. British Heart Foundation: Trends in physical activity; letöltve 2007. november 25-én <http://www.heartstats.org/datapage.asp?id=984>
33. Brosnahan, J., Steffen, L.M., Lytle, L., Patterson, J., Boostrom, A. (2004) The relation between physical activity and mental health among Hispanic and non-Hispanic white adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158: 818–823.
34. Brukner, P.D., Brown, W.J. (2005) Is exercise good for you? *Medical Journal of Australia*, 183: 538-541.
35. Brynteson, P., Adams, T. M. (1993) The effect of conceptually based physical education programs on attitudes and exercise habit of college alumni after 2 to 11 years of follow-up. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 64: 208–212.
36. Bucsyné, G., Katona, Gy. (2004) Szociálpedagógus női hallgatók egészség-kulturális magatartásának vizsgálata, különös tekintettel a fizikai aktivitásra. *Kalokagathia.* XVII. 1-2.: 109-121.
37. Budde, H., Voelcker-Rehage, C., Pietrabyk-Kendziorra, S., Ribeiro, P., Tidow, G. (2008) Acute coordinative exercise improves attentional performance in adolescents. *Neurosci. Lett.* 441: 219–223.
38. Camhi, S. M., Phillips, J. Y., Deborah, R. (2011) The Influence of Body Mass Index on Long-Term Fitness From Physical Education in Adolescent Girls. *Journal of School Health*, 81(7): 409–416.
39. Carlson, S. A. et al. (2008) Physical education and academic achievement in elementary school: data from the Early Childhood Longitudinal Study. *Am. J. Public Health*, 98: 721–727.
40. Carrel, A. L. et al. (2005) Improvement of fitness, body composition, and insulin sensitivity in overweight children in a school-based exercise program: a randomized, controlled study. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159(10): 963–968.
41. Cawley, J., Meyerhoefer, C., Newhouse, D. (2007) The impact of state physical education requirements on youth physical activity and overweight. *Health Economics*, 16: 1287–1301.
42. Chenoweth, D.H. (2007) *Worksite health promotion*, Human Kinetics, Champaign, IL.
43. Conner, M., Norman, P. (Eds.) (1996) *Predicting Health Behaviour*. Open University Press, Buckingham, UK.
44. Constitution of the World Health Organization (1946) In: *Basic documents – 48th edition*, WHO, 2014, Italy, ISBN 978 92 4 165048 9 (NLM Classification: WA 540.MW6) <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7> letöltve 2018. január 12.
45. Cowie, H., Sharp, S. (1996) *Peer Counselling in Schools*. David Fulton Publishers Ltd., London.

46. Cox, A. E., Smith, A. L., Williams, L. (2008) Change in physical education motivation and physical activity behavior during middle school. *The Journal of Adolescent Health*, 45: 506–551.
47. Czeglédy G. (2002): A tudást folyamatosan fejlesztő értékelési rendszer. Nem(csak) az iskolai osztályozónapoló lecserélésén múlik. *Új Pedagógiai Szemle*, 4: 72-78.
48. Csányi, T. (2010) A fiatalok fizikai aktivitásának és inaktív tevékenységeinek jellemzői. *Új Pedagógiai Szemle*, 3-4: 115–129.
49. Csányi, T. (2012) A HUNPASS kutatás módszertani bemutatása. (<https://sites.google.com/site/eltehunpass/publikaciok>) Letöltve: 2013. 07.20
50. Csepeli, Gy. (1991) Bevezetés a szociálpszichológiába. Tankönyvkiadó, Budapest. pp. 298 – 309.
51. Dale, D., Corbin, C. B., Dale, K. S. (2000) Restricting opportunities to be active during school time: Do children compensate by increasing physical activity levels after school? *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71: 240–248.
52. Daniels P., Weingarten K. (1983) *Sooner or later: The timing of parenthood in adult lives*. New York, Norton,
53. De Knop, P., De Martelaer, Van Heddegem, L. (1998) Child-centred youth sport organised by municipal authorities, sport clubs and schools. The perspective of children, parents and youth sport leaders. Preliminary Report. Brussels: Free University of Brussels.
54. Dexter, T. (1999) Relationships between sport knowledge, sport performance and academic ability: empirical evidence from GCSE Physical Education. *J. Sports Sci.* 17: 283–295.
55. Dollman, J., Boshoff, K., Dodd, G. (2006) The relationship between curriculum time for physical education and literacy and numeracy standards in South Australian primary schools. *Eur. Phys. Educ. Rev.* 12: 151–163.
56. Dollman, J., Norton, K., Norton, L. (2005) Evidence for secular trends in children's physical activity behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, 39: 892-897.
57. Drake, K. M. et al. (2012) Influence of sports, physical education, and active commuting to school on adolescent weight status. *Pediatrics*, 130(2): 296-304.
58. Dubbert, P. M. (2002) Physical activity and exercise: recent advances and current challenges. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 70: 526-536.
59. Due, P. et al. (2001) Physical activity. In Currie C.; Samdal O.; Boyce W. and Smith R. (Eds.), *Health behavior in school-aged children: A WHO Cross-National study (HBSC). Research Protocol for the 2001/2002 Survey*. Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edinburgh. pp. 59-70.
60. Dwyer, T. et al. (2001) Relation of academic performance to physical activity and fitness in children. *Pediatr Exerc Sci*, 13: 225-238.
61. Dwyer, T., Blizzard, L., Dean, K. (1996) Physical activity and performance in children. *Nutr. Rev.* 54, S27–31.
62. Eccles, J.S., Wigfield, A. (2000) *Schooling's Influences on Motivation and Achievement*. Danzinger, S.H., Waldfogel, J.(Eds.), *Securing the Future: Investing in Children from Birth to College*. New York, Russell Sage Foundation. pp. 153-181.
63. *Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2004 (2005) Központi Statisztikai Hivatal, Budapest*
64. Elbert, G. (2010) Testnevelési és európai kulcskompetenciák a közoktatásban. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 41(11): 10–13.
65. Elekes, A. (2006) *Egészségpedagógia*. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest
66. Elling, A., De Knop, P. (2001) Values and norms in sport. In: J. Steenbergen, P. De Knop, A.H.F Elling (Eds) (2001) *Values and norms in sport. Critical reflections on the position and meanings of sport in society*. Meyer & Meyer Sport, Aachen pp. 17-32.

67. Ericsson, I. (2008) Motor skills, attention and academic achievements: an intervention study in school years 1–3. *Br. Educ. Res. J.* 34: 301–313.
68. ESKI (2005) <http://www.eski.hu>
69. Európai Lakossági Egészségfelmérés 2009, KSH kiadványok 2010. IV:50, <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310021.pdf> letöltve 2018. február 8.
70. Európai Lakossági Egészségfelmérés 2014, KSH kiadványtár 2015. IX:29, <http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf> letöltve 2018. február 8.
71. European Health for All Database (HFA-DB) letöltve 2007. október 16-án <http://www.euro.who.int/hfadb>
72. F. Mérey, I. (2006) Amit a tanulók fizikai állapotának méréséről tudni érdemes. *Hungarofit*; letöltve 2014. dec. 19. <http://hungarofit.hu/amit-a-tanulok-fizikai-allapotanak-mereserol-tudni-erdemes/>
73. F. Mérey, I. (2007) Ajánlás a testnevelés tantárgy korszerűsítéséhez 1–12. évfolyam számára. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 8(29): 46–50.
74. Fairclough, S. J., Stratton, G. (2006) Physical activity, fitness, and affective responses of normal-weight and overweight adolescents during physical education. *Pediatr Exerc Sci.* 17: 53–63.
75. Falus, I. (szerk.) (2003) *Didaktika. Elméleti alapok a tanítás tanulásához.* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
76. Farrell, P. A. (2003) Diabetes, Exercise and Competitive Sports; *Sports Science Exchange* 90; 16, 3 letöltve 2007. November 27-én <http://www.gssiweb.com/reflib/refs/622/sse90.cfm?pid=38>
77. Feigenbaum, H. (1994) *Echocardiography*, Philadelphia: Lea and Febiger, p 152.
78. Field, T., Diego, M., Sanders, C. E. (2001) Exercise is positively related to adolescents' relationships and academics. *Adolescence*, 36: 105–110.
79. *Filozófiai Kislexikon* (1980) Szerk.: Szigeti Györgyné, Vári Györgyné, Volczer Árpád Kossuth Könyvkiadó, Budapest. pp. 91-92.
80. Fisek, S. T. (2006) *Társas alapmotívumok.* Osiris Kiadó, Budapest.
81. Forrai, J. (2005) Az egészségfejlesztés módszerei. In: Tompa Anna (szerk.): *Megelőző orvostan és népegészségtan.* Semmelweis Egyetem Közegészségtani Intézet, Budapest. pp. 17-23.
82. Földesiné, Sz. Gy. (1994) Testnevelés és testnevelők a hazai felsőoktatásban az 1990-es évek elején. In.: *A magyar felsőoktatás testnevelése és sportja (1993-1994).* MEFS. Bp. 11-61.
83. Frantz, J., Chandeu, M. (2011) School-based interventions on physical inactivity as risk factor of chronic diseases of lifestyles: A review. *African Journal for Physical Health Education, Recreation and Dance*, June (Supplement) pp. 39–48.
84. Fredricks, J.A., Eccles, J.S. (2004) Parental Influences on Youth Involvement in Sports. In: Weiss, M.R. (Ed.) *Developmental Sport and Exercise Psychology: A Lifespan Perspective*, (Chapter 5), Morgantown, Wv, Fitness Information Technology, Inc. pp. 145-164.
85. Fritz, P. (2006) *Mozgásos rekreáció.* Bába Könyvkiadó, Szeged.
86. Fügedi, B. (2009) A sport, mint az egészségfejlesztés, életminőség-javítás eszköze In: Szatmári Zoltán (szerk.): *Sport, életmód, egészség* . 1305 p. Budapest: Akadémiai Kiadó, pp. 917-924.
87. Fügedi, B. (2015) *Állapotfelmérő eljárások, egészségprogramok tervezése, értékelése.* Nyugat-magyarországi Egyetem, Sporttudományi Intézet, Szombathely
88. Fügedi, B., Bognár, J., Salvara, M.I. (2006) A mozgástanulás tervezése: 5-8. osztályos tanulók és testnevelők tapasztalata. *ACTA ACADEMIAE PAEDAGOGICAE AGRISIENSIS NOVA SERIES: SECTIO SPORT* 33: 47-64.
89. Fügedi, B., Nagyvárad, K., Kocsis, Csné (2010) Egészségi állapot és egészségmagatartás vizsgálata aktív korú munkavállalók körében. *Egészségfejlesztés* 51(5-6): 21-29.

90. Fügedi, B., Capel, S., Dancs, H., Bognár, J. (2016) Satisfaction and preferences of PE students and the head of the PE department: meeting the new curricular expectations *Journal of Human Sport and Exercise*, 11(1): 1-18.
91. Fügedi, B., Bognár, J., Révész, L., Horváth, C., (2017) A szülők és gyermekeik viszonya az egészségtudatos fizikai aktivitáshoz, avagy minta-e a szülő? XVII. Országos Neveléstudományi Konferencia. Nyíregyházi Egyetem, Nyíregyháza, 2017. november 9-11.
92. Füstös, L., Szakolczai, Á. (1994) Értékek változásai Magyarországon 1978-1993. Kontinuitás és diszkontinuitás a kelet-közép-európai átmenetben. *Szociológiai Szemle*, 1: 57-90.
93. Füzési, Zs. (2004) Egészségmagatartás, In: Bakacs Márta, Vitrai József (szerk.) Népegészségügyi jelentés 2003, Országos Epidemiológiai Központ, Budapest. pp. 255-332.
94. Gáldi, G. (2002) Fizikai aktivitás Magyarországon az ezredfordulón. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 3-4: 16-18.
95. Gáldi, G. (2004) "Szabadidő struktúra és fizikai rekreáció Magyarországon 1963-2000 között, életmód-időmérleg vizsgálatok tükrében" doktori értekezés. SE TSK pp. 112-113.
96. Gémesi, M., Pápai, J. (2003) Egyetemi és főiskolai hallgatók táplálkozási szokásai. *Magyar Sporttudományi Szemle*. 4: 5-8.
97. Giles-Corti, B., Donovan, R.J. (2002) Socioeconomic status differences in recreational physical activity levels and real and perceived access to a supportive physical environment. *Preventive Medicine* 61: 601-611.
98. Gochman, D.S. (ed) (1997) *Handbook of Health Behavior Research*. Plenum Press, New York
99. Gombocz J., Hamar P. (2014) Test és nevelés – egészségnevelés? *Új Pedagógiai Szemle*, 11-12: 92-102.
100. Goodstadt, M. S., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Rootman, I., Springett, J. (2001) Evaluation in health promotion. Synthesis and recommendations In: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Sprongett, J., Ziglio, E. (eds.) (2001): *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives* WHO Regional Publications, European Series, No. 92 World Health Organization
101. Gordon-Larsen, P., McMurray, R. G., Popkin, B. M. (2000) Determinants of adolescent physical activity and inactivity patterns. *Pediatrics*, 105: 83.
102. Gore, F. M. et al. (2011) Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*, 377(9783): 2093–102.
103. Halmai, R., Németh, Á (2010) Fizikai aktivitás és szabadidős tevékenységek. In Németh Ágnes, Költő András (szerk.) (2010) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010*. (HBSC 2010) (http://www.ogyei.hu/anyagok/HBSC_2010.pdf) Letöltve: 2013.02.15
104. Hamar, P, Peters, D. M., Berlo, Van K., Hardman. K. (2006) Physical Education and Sport in Hungarian Schools After the Political Transition of the 1990s. *Kinesiology*, 1: 86-93.
105. Hamar, P. (2008) Egy kifejejtett kulcskompetencia nyomában. *Új Pedagógiai Szemle*, 58(8-9): 87–95.
106. Hamar, P., Versics, A., Adorjáné, O. A., Karsai, I. (2012) 11-18 éves erdélyi tanulók iskolai testnevelés kötődés vizsgálatának összehasonlító elemzése. *Magyar Sporttudományi Szemle*. 13(51): 10-15.
107. Hankiss, E. (1983) *Társadalmi csapdák. Diagnózisok*. Magvető Kiadó, Budapest.
108. Hardman, A.E. (1996) Exercise in the prevention of atherosclerotic, metabolic and hypertensive diseases: a review. *Journal of Sport Science* 14: 2001-2018.
109. Harris, D.M., Guten, S. (1979) Health Protective Behaviour: an exploratory study. *Journal of Health and Social Behaviour*, 20: 17-29.

110. Heves, A., Schád, L. (2010) Megelőzés és egészségfejlesztés In: Földi, L., Járosi, É., Dr. Nagy, Á. (szerk.) (2010): Ifjúságügy - Ifjúsági szakma, ifjúsági munka - Módszertani kézikönyv, Mobilitás Országos Ifjúsági Szolgálat és az Ifjúsági Szakértők Társasága, Budapest.
111. Huszár, A., Bognár, J. (2006) Fiatal felnőttek testkultúrája, avagy az iskolai testnevelés felnőttkori hatásai Magyarország és Finnország példáján. Új Pedagógiai Szemle, 6: 107-114.
112. Ianotti, R. J. et al. (2008) Physical activity: Moderate-to-vigorous physical activity. In: Currie, C. et al. (eds). Inequalities in young people's health. Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC): International report from the 2005/2006 survey. World Health Organization, Copenhagen, pp. 105–108.
113. Ihász, F. (2013) Egészségmegőrzés, prevenció, terhelésélettani ismeretek. MSTT, Budapest.
114. Ihász, F., Rikk, J. (2010) Egészségfejlesztés. Szerzői Kiadás, Győr.
115. Ilyés, I. (2003) Az egészségmegőrzés komplex felfogása, szemléletmódjai és az alapellátás egészségmegőrzési feladatai. Családorvosi Fórum, 1: 56-61.
116. Istvánfi, Cs. (2002) A versenysportra történő kiválasztás aktuális problémái és megoldási lehetőségei az iskolában. Magyar Edző. 3: 8-10.
117. Kapás, Zs. (2008) Felismert(?), félreismert, fel nem ismert erőforrás: munkahelyi egészségfejlesztés. Népegészségügy, 86(2): 28–34.
118. Kapitány, Á., Kapitány G. (1995) Bevezetés. Értékrendszerek. Értékvákuum. In.: Vastagh Zoltán (szerk.) Értékátadási folyamatok és konfliktusok a pedagógiában. 1995, Pécs, pp. 33- 35.
119. Kaposi, J. (2012) Értékek és tartalmak, avagy a tartalom értékei. Új Pedagógiai Szemle, 2012(1-3): 5–23.
120. Kawachi, I.; Kennedy, B.P.; Lochner, K. Prothrow-Stith, D. (1997): Social Capital, Income and Inequality. American Journal of Public Health, 87: 1491-1498.
121. Kelemen, L. (1986) Pedagógiai pszichológia. Tankönyvkiadó, Budapest. pp. 199-200.
122. Keresztes, N., Pikó, B. (2006) A dél-alföldi régió ifjúságának fizikai aktivitását meghatározó szociodemográfiai változók. Magyar Sporttudományi Szemle. 1: 7-12
123. Keresztes, N., Pluhár Zs., Vass I., és Pikó, B. (2007) Szegedi és székelyudvarhelyi iskolások sportolási szokásai és pszichoszomatikus egészsége a kultúra tükrében. In Bognár J. (szerk). V. Sporttudományi Kongresszus Válogatott tanulmányok, Magyar Sporttudományi Társaság, (pp. 28-35.)
124. Kéri, K. (1998) „A beteg szíve kedvetlen, az étele ízetlen...” Egy 18. századi magyar orvos könyvei az egészségről. Egészségnevelés, 4: 183–184.
125. Kishegyi, J., Makara, P. (szerk.) (2004): Az egészségfejlesztés alapelvei. Módszertani füzetek. OEFI, Budapest.
126. Kiss, É. Zs. (2003): Fizikai aktivitás - fittség – prevenció Új utak az egészségügyben ÁNTSZ Budapest Fővárosi Intézete, Egészségvédelmi Főosztály.
127. Kis, J. (1794) „Egészséget tárgyazó katechismus a' köznépek és az Oskolába járó Gyermekeknek számára, Hogy tudhassák Egességjüket betsülni és örizni.” Sopron
128. Konczos, Cs., Szakály, Zs. (2007) Az ifjúság fizikai aktivitásának jellemzői, az életstílus befolyásolása, a fizikai aktivitás tudatos alkalmazása- témakörök irodalmi áttekintése. Magyar Sporttudományi Szemle, 2: 39-46.
129. Kopp, M. (1999) A magatartásorvoslás helye és jelentősége az orvostudomány területén. Orvosi Hetilap 5. 227-234.
130. Kopp M., Skrabski Á., Szedmák S. (1998) A szociális kohézió jelentősége a magyarországi morbiditás és mortalitás alakulásában. In Glatz F. (szekr.), Magyarország az ezredfordulón. MTA Stratégiai Kutatások, Népeesség, orvos, társadalom, Budapest (pp. 15-37).
131. Kósa, É. (2005) Az apák szerepe a gyermeknevelésben. In: Vajda Zs., Kósa É. (2005): Neveléslélektan. Budapest, Osiris. pp. 247-259.

132. Kovács, V. A. et al. (2010) Sportolási szokások és inaktív életmód óbudai általános iskolások körében. *Orvosi Hetilap*, 151(16): 652–658.
133. Kőrös, A. (1995) Tehetség gondozás, diáksport, versenysport. *Testnevelés Módszertani Lapok*. 3: 15-18.
134. Köte, S. (1998) Neveléstudomány és értékelmélet. *Új Pedagógia Szemle*, 1. 40-45.
135. Kretchmar, R.S. (1994) *Practical Philosophy of sport*. Champaign, Ill. Human Kinetics.
136. Kron, F. (2003) *Pedagógia*. Osiris Kiadó, Budapest.
137. Kulin, E., Darvay, S. (2012) Egészségfejlesztés az iskolában. In: Darvay, S. (szerk.) *Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlesztés témaköréből*. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest. pp. 67–81.
138. La Torre, G. et al. (2006) Physical Activity and Socio-economic Status collaborative group. Extracurricular physical activity and socioeconomic status in Italian adolescents. *BMC Public Health*, 6: 22.
139. Laki, L., Nyerges M. (2001) Sportolási szokások az ezredfordulón a fiatalok körében. *Kalokagathia*, 1-2: 5-19.
140. Lane, A. M., Crone-Grant, D., Lane, H. (2002) Mood changes following exercise. *Perceptual Motor Skills*, 94: 732–734.
141. Lappints, Á. (1998) Az értékekre alapozott nevelési modell megalkotásának szükségessége és esélyei. *Új Pedagógiai Szemle* 6: 17-26.
142. Lehmann, H., Medgyesi, M., Paksi, B., Polonyi, G. és Sági M. (1998) Empirikus felmérés a népesség egészségi állapotának meghatározottságáról. Társadalomkutatási Intézet Zrt, Budapest. pp. 73-94.
143. Levin, S. et al. (2001) Variability of physical activity during physical education lessons across elementary school grades. *Measurement in Physical Education and Exercise Science*, 5: 207–218.
144. Lewis M., Feiring C., Weinraub M. (1981) The father as a member of a child' social network. In: Lamb M. E. (ed.): *The role of father in child development*. 2nd ed. New York, John Wiley.
145. Lim, S. S. et al. (2012) A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380(9859): 2224–60.
146. Madsen, K. A. et al. (2009) Physical activity opportunities associated with fitness and weight status among adolescents in low-income communities. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 163: 1014–1021.
147. Magyarai, B. I. (2004) *Érték és Pedagógia*. Akadémiai Kiadó Rt, Budapest.
148. Malina, R. M. (1996) Tracking of physical activity and physical fitness across the lifespan. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67(3), Supplement, pp. 48-57.
149. Martinez-Gomez, D. et al. (2010) Recommended Levels of Physical Activity to Avoid an Excess of Body Fat in European Adolescents. The HELENA Study *Am J Prev Med*, 39(3): 203–211.
150. Mather, A. S. et al. (2002) Effects of exercise on depressive symptoms in older adults with poorly responsive depressive disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 180: 411–415.
151. McKenzie, J.F., Smeltzer, J.L. (1997) *Planning, implementing, and evaluating health promotion programs*. Allyn and Bacon, Boston, MA.
152. McKenzie, T. L. et al. (2000) Student activity levels, lesson context, and teacher behavior during middle school physical education. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71: 249–259.
153. McKenzie, T. L. et al. (2004) Evaluation of a two-year middle-school physical education intervention: M-SPAN. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 36: 1382–1388.

154. McNaughten, D., Gabbard, C. (1993) Physical exertion and immediate mental performance of sixth-grade children. *Percept. Mot. Skills* 77: 1155–1159.
155. Meleg, Cs. (1998) Az egészség értékrendszerünkben elfoglalt helye. *Egészségnevelés* 39: 155-159.
156. Meleg, Cs. (2000) Egészség. Egy szervezetfejlesztési program körvonalai. *Új Pedagógiai Szemle*, 12. 34–42.
157. Menschik, D. et al. (2008) Adolescent physical activities as predictors of young adult weight. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162: 29–33.
158. Mészáros, J., Simon, T. (1994) *Egészségnevelés*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
159. Mihály, O. (2001) Pedagógiai, etikai, tudományos és jogi normák az iskola erkölcsi szocializációjában. *Új Pedagógiai Szemle*, 1: 4-16.
160. Mikulán, R. (2013) Az iskolai testnevelés szerepe és jelentősége az egészségfejlesztésben. *Új Pedagógiai Szemle*, 7-8: 48-70.
161. Milosis, D., Papaioannu, A. G. (2007) Interdisciplinary teaching, multiple goals and self concept, In: Liukkonen, J. – Vanden Auweele, Y. – Vereijken, B. – Alfermann, D. – Theodorakis, Y. (Eds.): *Psychology for Physical Educators: Student in Focus*, 2nd ed. Human Kinetics, Champaign, IL, 175–198.
162. Mo, F. et al. (2005) Physical inactivity and socioeconomic status in Canadian adolescents. *Int J Adolesc Mental Health*, 17(1): 49–56.
163. Mood, D., Muskler, F.F., Rink, E.J. (1999) *Sport and recreational activities*. WCB, McGraw-Hill, Boston.
164. Morgan, C. F., Beighle, A., Pangrazi, R. P. (2007) What are the contributory and compensatory relationships between physical education and physical activity in children? *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 78: 407–412.
165. Morgan, W. P. (Ed.) (1997) *Physical activity and mental health.*, Taylor & Francis, Washington DC.
166. Murányi, E., Hamar, P. (2005) Beszédes testnevelés. *Iskolai Testnevelés és Sport*, 25: 14-18.
167. Murray, D.M., et al. (1994) Assessing intervention effects in the Minnesota Heart Health Program. *American Journal of Epidemiology*, 139(1): 91-103
168. Murray, N.G. et al. (2007) Coordinated school health programs and academic achievement: A systematic review of the literature. *Journal of School Health*, 77: 589–600.
169. Myers, J. (2008) On the health benefits and economics of physical activity. *Curr. Sports Med. Reports* 2008, 7(6): 314-316.
170. Nagy, J. (2000) *XXI: század és nevelés*. Osiris Kiadó, Budapest.
171. Nagykáldi, Cs. (1998) *A sport és a testnevelés pszichológiai alapjai*. Computer Arts Bt., Budapest.
172. NASPE (National Association for Sport and Physical Education). (2004): *Moving into the future : National standards for physical education* (2nd ed.). Reston. VA: NASPE
173. NAT 2012. *Új Pedagógiai Szemle*, 2012(1-3): 30–256.
174. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Promoting Physical Activity for Children and Young People*. London: NICE, 2009
175. Nelson, M. C., Gordon-Larsen, P. (2006) Physical activity and sedentary behavior patterns are associated with selected adolescent health risk behaviors. *Pediatrics*, 117: 1281–1290.
176. Németh, A. (1997) *Nevelés, gyermek, iskola*. Eötvös Könyvkiadó, Budapest.
177. Németh, Á., Költő, A. (szerk.) (2011) *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja 2010: az Iskoláskorú gyerekek egészségmagatartása* című, az Egészségügyi Világszervezettel együttműködésben zajló nemzetközi kutatás 2010. évi felméréséről készült nemzeti jelentés =

- Health Behaviour in School-age Children (HBSC): a WHO-collaborative cross-national study national report, 2010. Országos Gyermekégeszségügyi Intézet. Hungary, Budapest.
178. Neulinger, Á. (2009) A szabadidősport iránti érdeklődés Magyarországon 3. – Társas kapcsolatok és interakciók a sportban. Magyar Sporttudományi Szemle, 3-4: 29–32.
179. Nyerges, M., Laki, L. (2004) A fiatalok sportolási szokásainak néhány társadalmi összefüggése. Magyar Sporttudomány Szemle, MSTT, 2-3: 5-15.
180. O'Malley, P. M. et al. (2009) School physical activity environment related to student obesity and activity: a national study of schools and students. The Journal of Adolescent Health, 45: 71–81.
181. OLEF 2003 In: Epinfo 11. sz, 2004. letöltve 2009. április 23. <http://www.oek.hu/oek.web?nid=604&pid=1>
182. Olvasztóné, B.Zs., Bognár, J., Gangl, J., Polgár, T., és Fügedi, B. (2007/a) Felnőttek érték- és tevékenységrendszerének feltárása Egészségfejlesztés, 48(5-6): 7-13.
183. Olvasztóné, B.Zs., Huszár, A., Konczos, Cs. (2007/b) Az egészségkulturális magatartás és értelmezése, Kalokagathia, 1-2: 111-124.
184. OM (2004) Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez. Oktatási Minisztérium, Budapest, http://www.nefmi.gov.hu/letolt/kozokt/eg_segedletjav03161750sifp.pdf letöltve 2013-02-11.
185. Online Hungarian Health Database (IMEA), letöltve 2007. november 25-én (http://www.eski.hu/index_en.html)
186. OSEI (Országos Sportegészségügyi Intézet) (2012) Forgalmi adatok – Országos Sportorvosi Hálózat. 2012. évi beszámoló jelentés. Dr. Schiszler Gábor hálózatigazgató főorvos (szerk.) Összefoglaló jelentés a 2010/2011. tanévben végzett iskola-egészségügyi munkáról, (2012) http://www.ogyei.hu/upload/files/2010_2011_évi_iskolaegészségügyi_jelentés.pdf letöltve 2013-02-11.
187. Ottawa Charter for Health Promotion. Health promotion, 1(4): ii-v (1986).
188. Pál, K., Császár, J., Huszár, A. és Bognár, J. (2005) A testnevelés szerepe az egészségtudatos magatartás kialakításában. Új Pedagógiai Szemle, 6: 25-32.
189. Pápai, J., Lóczi, S.M. (2001) A tanítójelöltek sporttal kapcsolatos attitűdjeinek és néhány pszichikus tulajdonságának a vizsgálata, Kalokagathia, 1-2: 70-80.
190. Pápai, J., Szabó, T. (2003) Tornászgyermekek sportágválasztását befolyásoló tényezők. Kalokagathia. 1: 18-31.
191. Parti, Z. (2002) Testnevelés és sport. Új Pedagógiai Szemle, 52(12): melléklet
192. Pate, R. R. et al. (1996) Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. Am J Publ Health, 86(11): 1577–1581.
193. Pate, R. R., O'Neill, J. R., Mciver, K. L. (2011) Physical Activity and Health: Does Physical Education Matter? Quest, 63: 19–35.
194. Pedagógiai Lexikon (1977) Szerk.: Kiss Árpád, Akadémia Kiadó, Budapest. pp. 394-396.
195. Penney, D. (2006) Physical education, realising lifelong potential. Healthy Lifestyles Journal 53/1: 22-26.
196. Perényi, Sz. (2005) Transmission of sporting values via sports participation of Hungarian University students. In Gy.Sz. Földesi & A. Gál (Eds.), New Social Conditions in Sport. Hungarian Society of Sport Sciences, Budapest. pp. 175-191.
197. Photiou, A. et al. (2008) Lifestyle, Body Composition, and Physical Fitness Changes in Hungarian School Boys (1975-2005). Research Quarterly for Exercise & Sport, 79(2): 166–173.
198. Pihl, E.; Matsin, T., Jürimae, T. (2002) Physical activity, musculoskeletal disorders and cardiovascular risk factors in male physical education teachers. Journal of Sports Medicine and Physical Fitness 42: 466-471.
199. Pikó, B. (2002) Egészségszociológia. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.

200. Pikó, B. (2006) Orvosi szociológia Medicina Könyvkiadó Zrt, Budapest.
201. Pikó, B. (2007) A pszichoszomatikus szemlélet fontossága a családorvosi gyakorlatban. *Hipocrates*, IX/1. 43-47.
202. Pikó, B., Barabás, K., Markos, J. (1993) Egészségmagatartási minták populációs szintű vizsgálata: az ún. fizikai aktivitási magatartás. *Népegészségügy*, 74: 207-211.
203. Pluhár, Zs., Keresztes, N., Pikó, B. (2003) „Ép testben ép lélek” Középiskolások értékrendje fizikai aktivitásuk tükrében. *Magyar Sporttudományi Szemle*. 2: 29-33.
204. Pluhár, Zs., Pikó, B. (2003) A sport előfordulása és esetleges protektív hatása fiatalok körében. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 1: 26-29.
205. Polgár, T. (2008) Sportolási értéktartalmak ismertsége, Vas megyei középiskolás és főiskolás diákok körében, Disszertáció, Semmelweis Egyetem, Nevelés- és Sporttudományi Doktori Iskola, Budapest.
206. Pollatschek, J. L., O'Hagan, F. J. (1989) An investigation of the psycho-physical influences of a quality daily physical education programme. *Health Educ. Res.* 4: 341–350.
207. Powers, S.K. (2002) Exercise, antioxidants and cardioprotection, *Sports Science Exchange*, 85; 15, 2, letöltve 2007. november 26-án
<http://www.gssiweb.com/reflib/refs/567/85PDF.cfm?pid=38>
208. Rajki K.(1996): Óvóképzős hallgatók fizikai állapotának és életmódjának változása a képzési idő alatt. Doktori értekezés. MTE. Bp.
209. Ranschburg, Á. (2004) Az iskolák értékelési-mérési gyakorlata és a kompetenciák. *Új Pedagógiai Szemle*, 3: 52–68.
210. Rasberry, C. N. et al. (2011) The association between school-based physical activity, including physical education, and academic performance: A systematic review of the literature. *Preventive Medicine* 52: S10–20.
211. Raudsepp, L. (2006) The relationship between socio-economic status, parental support and adolescent physical activity. *Acta Paediatr*, 95: 93–98.
212. Raviv, S., Low, M. (1990) Influence of physical activity on concentration among junior high-school students. *Percept. Mot. Skills*, 70: 67–74.
213. Réthy, E. (2003) Motiváció, tanulás, tanítás. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest.
214. Rétsági, E. (2006) Röpirat a testnevelés mellett. *Kalokagathia* 1-2: 214-218.
215. Rétsági, E., Ács, P. (2010) A serdülők életmódja és testneveléssel kapcsolatos véleményük. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 11(44): 13–20.
216. Roediger H. L., Rushton J. P., Capaldi E. D., Paris S. G. (1984) *Psychology*. Boston, Toronto, Little, Brown and Company.
217. Rokeach, M. (1973) *The nature of human values*. New York: Free Press, McMillan.
218. Rókusfálvy, P., Kovács, Z. (1992) Egészségre nevelés. In: Nagy Andor (szerk): *Egészségre nevelés*, Kézirat. EKTF, Eger.
219. Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., Springett, J. (2001) A framework for health promotion evaluation In: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D. V., Potvin, L., Springett, J., Ziglio, E. (eds.) (2001): *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives* WHO Regional Publications, European Series, No. 92 World Health Organization
220. Ruiz, J. R., Ortega F. B. (2009) Physical activity and cardiovascular disease risk factors in children and adolescents. *Curr Cardiovasc Risk Rep*, 3: 281–7.
221. Sallis, J. F. et al. (1999) Effects of health-related physical education on academic achievement: Project SPARK. *Res.Q. Exerc. Sport*, 70: 127–134.
222. Salmon, P. (2001) Effects of physical exercise on anxiety, depression, and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21: 33–61.
223. Salvara M.I., Jess M, Abbott A., Bognár J. (2006) A preliminary study to investigate the influence of different teaching styles on pupils' goal orientations in physical education. *European Physical Education Review*, 12(1): 51-74.

224. Schwartz, S.H. (1992) Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In Zanna M. P. (ed). *Advances in experimental social psychology* (Vol. 25, 1-65). San Diego, CA: Academic Press.
225. Shaffer, D. (1985) *Developmental Psychology*. Boston, Wadsworth.
226. Shaffer D., Brody G. H. (1981) Parental and Peer Influences on Moral Development. In: Henderson R. W. (eds.): *Parent-child interaction*. New York, Academic Press.
227. Shephard, R. J. (1997) Curricular physical activity and academic performance. *Pediatr Exerc Sci*, 9: 113–126.
228. Shephard, R. J. et al. (1984) Required physical activity and academic grades: a controlled longitudinal study. In *Children and Sport* Edited by: Ilmarinen J, Valimaki I. Berlin: Springer Verlag; 58–63.
229. Sidó, Z. (2001) A fizikai tréning szerepe az elhízás kezelésében. *Hippocrates*, 9-10. III/5. 279-282.
230. Simon, T. (1993) Az egészségnevelés helye, szerepe és lehetőségei a korszerű egészségügyben. *Népegészségügy*, 74: 67-69.
231. Simon, T. (2006) Az egészségérték-gazdálkodás kialakítása, mint elsődleges egészségfejlesztési feladat. *Egészségfejlesztés*, 1-2: 2-8.
232. Simon-Kiss G. (2003) Az egészség nagyobb érték annál, hogy csak orvosokra bizzuk. *Lege Artis Medicinae*, 13(1): 89-91.
233. Simonyi, I. (szerk.) (2004) *Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez*. OM, Budapest.
234. Somhegyi, A. (2012/a) A teljes körű iskolai egészségfejlesztés országos megvalósítását elősegítő elemek a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXC törvényben. *Népegészségügy*, 9(3): 202–213.
235. Somhegyi, A. (2012/b) A teljes körű iskolai egészségfejlesztés megvalósulása. <http://ogk.hu/intezetunkrol/sajto/sajtokozlomenyek/2012/iskolai-egeszsegfejlesztes/> letöltve 2013-02-11.
236. Spirduso, W.W., Francis, K.L., MacRae, P.G. (2005) *Physical dimensions of aging*. Human Kinetics, Champaign, IL.
237. Strong, W. B. et al. (2005) Evidence based physical activity for school-age youth. *The Journal of Pediatrics*, 146: 732–737.
238. Szabó, B. G. (1999) Az iskolai kudarc leküzdése: kihívás az európai építkezési folyamat számára. *Új Pedagógiai Szemle*, 11: 118–127.
239. Szlatényi, Gy. (2002) A diáksport szerepe a versenysport utánpótlásának kiválasztásában. *Magyar Edző*, 3: 11-14.
240. Tassitano, R. M. et al. (2010) Enrollment in physical education is associated with health-related behavior among high school students. *The Journal of School Health*, 80: 126–133.
241. Timpka, S. et al. (2012) Performance in physical education and health impairment 30 years later—a community based cohort study. *PLoS One*. 7(4), e35718. doi: 10.1371/journal.pone.0035718. Epub 2012 Apr 23
242. Trzaskoma-Bicsérdy, G., Bognár, J., Révész, L. (2006) Sportágválasztás az általános iskolában. *Sporttudományi Szemle* 1: 21-25.
243. Tremarche, P. V., Robinson, E. M., Graham, L. B. (2007) Physical education and its effect on elementary testing results. *Phys. Educ.* 64: 58–64.
244. Tringer, L. (2002) A mentális betegségek megelőzésének és ellátásának korszerű szemlélete. *Orvostovábbképző Szemle*, IX:9.. pp. 12-21.
245. Trudeau, F., Shephard, R. J. (2008) Physical education, school physical activity, school sports and academic performance. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 5(10) <http://www.ijbnpa.org/content/5/1/10> doi:10.1186/1479-5868-5-10 letöltve: 2013-08-19.

246. Tsang, E. C. K. (2011) A Comparison on the Effect of Doing Exercise, Listening to Music and Taking Quiet Rest on Mood Changes. *Asian Journal of Physical Education & Recreation*, 17: 37-44.
247. Tuckman, B. W., Hinkle, J. S. (1986) An experimental study of the physical and psychological effects of aerobic exercise on schoolchildren. *Health Psychol.* 5: 197–207.
248. Urbán, R., Hann, E. (2003) Rendszeres testedzés és a szocioökonómiai státusz összefüggései a magyar reprezentatív mintában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 4: 11-16.
249. Uvacsek, M. (2003) A kövérség és az életmód összefüggése. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 1: 22-25.
250. Vámos, Á. (2001) Értékelés az iskolában. In Golnhofer E.–Nahalka I. (szerk.) *A pedagógusok pedagógiája*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. pp. 261–282.
251. Van Dusen, D. P. et al. (2011) Associations of Physical Fitness and Academic Performance Among Schoolchildren. *Journal of School Health*, 81, Issue 12: 733–740.
252. Varga J. (2002) Testedzés és egészségmagatartás – Védőfaktor-e a sport? Szakdolgozat, ELTE BTK pszichológia szak.
253. Varsányi, J, Vitrai, P. (szerk) *Egészségjelentés 2016*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Budapest, 2017. január http://www.egeszseg.hu/szakmai_oldal/assets/cikkek/17-05/egeszsegjelentes-2016.pdf letöltve 2018. február 7.
254. Vass, Z., Kun, I. (2010) Jövőorientált testnevelés az általános iskola bevezető és kezdő szakaszában. *Új Pedagógiai Szemle*, 2010/3-4: 140–150.
255. Vilhjalmsson, R., Kristjansdottir, G. (2003) Gender differences in physical activity in older children and adolescents: The central role of organized sport. *Social Science & Medicine*, 56: 363-374.
256. Vuori, I. (2004) Physical activity as a disease risk and health benefits of increased physical activity. In Pekka Oja & Jan Borms (Eds.): *Perspectives. The multidisciplinary series of physical education and sport science*. Meyer and Meyer Sport, Berlin. pp. 29–96.
257. Wallace, J.P. (2003) Exercise in hypertension. *Sport Medicine*, 33:585-589.
258. Wardle, J., Broderson, N. H., Boniface, D. (2007) School-based physical activity and changes in adiposity. *International Journal of Obesity (Lond)*, 31: 1464-1468.
259. WHO (2000) *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. Technical Report Series. 894. Geneva, World Health Organization.
260. WHO (2002) *The World Health Report 2002*, <http://www.who.int/whr/2002/en/> letöltve 2018. január 7.
261. Wickel, E. E., Eisemann, J. C. (2007) Contribution of youth sport to total daily physical activity among 6-to 12-yr-old boys. *Medicine and Science in Sport and Exercise*, 39: 1493–1500.
262. Williams, A. (1988) Physical activity patterns among adolescents: some curriculum implications. *Physical Educ Rev*, 11: 28-39.
263. Willms, J. D. (2003) Ten hypotheses about socioeconomic gradients and community differences in children’s developmental outcomes. *Human Resources Development Canada, Ottawa 2003*, <http://www.dsp-psd.communication.gc.ca/Collection/RH63-1-560-01-03E.pdf> letöltve 2013-08-19.
264. Zajkás, G. (1993) *Élelmezés és Táplálkozáspolitikai Magyarországon*. Magyar Tudomány. 38: 1305-1311.
265. Zrinszky, L. (2002) *Nevelélmélet*. Műszaki Könyvkiadó, Budapest.
266. Zsoffay, K. (2007) Az Obesitas Gyakorisága a Magyar Iskolás Gyermekeknél. *Folia Anthropologica*. 5: 111-114.