
KONCZOS CSABA

A PEDAGÓGIAI HATÁSRENDSZER AZ EGÉSZSÉGNEVELÉSBEN: AZ EGYÉNI FELELŐSSÉGVÁLLALÁS SZEREPE

Széchenyi István Egyetem, Egészség- és Sporttudományi Kar

Bevezetés

A tudományok fejlődéstörténetében egyre jelentősebb szerepet kap egy több-dimenziós és integratív szemlélet az ember természeti és társadalmi, szociális és individuális létezésének figyelembevételével. Az élővilág és a társadalom aspektusából nézve az egyén helyét, szerepét meghatározó négy lényeges dimenzió – egészség, szocializáció, nevelés, művelődés – elválaszthatatlan egészet alkot, és egymásra sajátos kölcsönhatást gyakorol.

Ismert, hogy a nevelés értékteremtés és értékközvetítés, elsődleges célja az egyén társadalmi cselekvőképességének kialakítása, fejlesztése (Bábosik, 1999). A köztudatban általánosan elterjedt és elfogadott az a nézet, hogy a nevelés lényege az értékteremtés, illetve az értékközvetítés a személyiség alakítása érdekében bizonyos közösségi és egyéni elvárások szerinti magatartás-formálás (Bognár, 2019).

Az érték rendelkezik egy közösségfejlesztő és egy individuális fejlesztőfunkcióval (Bábosik, 2010). Az értékben rejlő kettős funkció gyakorlati megvalósulásához leginkább a konstruktív életvezetés felel meg, hiszen az a közösség és az egyén fejlődését is elősegíti. A szociálisan értékes és egyénileg is eredményes életvitelt nevezzük konstruktív életvezetésnek.

A magatartás-formálás a nevelésben alapozó szerepet tölt be. Az egyén életvezetésének irányát és minőségét nagymértékben meghatározzák a kialakított, megerősített magatartás- és tevékenységformák, amelyek két csoportra oszthatók (Bábosik, 2004). Az egyik a közösségfejlesztő vagy morális magatartás- és tevékenységformák, ennek keretében a nevelő megerősítő és leépítő hatások mozgósításával alakítja a magatartást. A másik csoportba az önfejlesztő magatartás- és tevékenységformák tartoznak, ezek az egyén fejlődésének, eredményességének, sikereinek pedagógiai feltételei.

Az önfejlesztő magatartás- és tevékenységformák többnyire önálló nevelési feladatok formájában jelennek meg, mint például az értelmi nevelés, az esztétikai nevelés és az egészséges életmódra nevelés feladatai. Ezek a következő önfejlesztő magatartás- és tevékenységformák kialakítására, illetve megerősítésére irányulnak: intellektuális és művelődési tevékenységek, esztétikai tevékenység, az egészséges életmód normáit követő magatartás. A

társadalmi elvárásoknak megfelelő életvezetés kialakítása emberi aktivitást kíván, ami meghatározott személyiségbeli feltételrendszer szabályozása alatt áll. Tehát ha az életvezetést, vagyis a magatartás- és tevékenységrepertoárt akarjuk befolyásolni, akkor az említett személyiségbeli feltételrendszert kell megfelelő szociális minőségben kimunkálni. Ez a szubjektív feltételrendszer – ami a személyiség belső sajátosságaiból épül fel – fogja ösztönözni az egyént a konstruktív életvezetés kialakítására, ami társadalmi és egyéni értelemben is fejlesztő tevékenység. Vagyis a nevelés értékteremtés, mert a konstruktív magatartás- és tevékenységrepertoár kiépítése nélkül nem valósítható meg a konstruktív életvezetés megalapozása, és nem lehetne kifejleszteni a szubjektív oldalról szabályozó személyiségbeli sajátosságcsoportokat. Az életvezetés egészét (magatartás és tevékenység) a személyiség ösztönző-reguláló sajátosságcsoportja irányítja. Ez az ösztönző-reguláló sajátosságcsoport azonos a személyiség szociális szükségletrendszerével. A szükségleteknek pedig nagy szerepe van az emberi aktivitás szintjében és a döntésekben, amiken keresztül az életvezetés egészére is hatnak. A nevelés végső célja az autonóm erkölcsiség (moralitás) kialakítása. Ami annyit jelent, hogy a társadalom által elvárt magatartási formákat, tevékenységeket nem külső hatásra, hanem belső késztetés alapján végzi az egyén (Bábosik, 2004).

Az egészségnevelés tudatosan kialakított tanulási-tanítási folyamat, amely változatos módszerekkel bővíti, fejleszti az egészséggel kapcsolatos ismereteket, készségeket a lakosság körében, az egyén és a környezetében élők egészségének javítása, megőrzése érdekében (Horváth és Bognár, 2020). Fő feladata a meglévő értékek megtartására irányuló pozitív, aktív prevenció szemlélet és az aktív egészségtámogató magatartás kialakítása (Pál és mtsai., 2005). Az egészségnevelés a személyiségre irányul, kiemelt célja az egészségkultúráltság kialakítása, s ezzel az egyén alkalmassá tétele arra, hogy az egészségével kapcsolatos szükségleteit önmaga kielégítse (Molnár, Bognár, Vajda, 2015). Az egészségnevelés feladata: az emberek tudatos és felelősségteljes magatartásának kialakítására irányuló sokoldalú nevelőtevékenység. Ez magában foglalja az ismeretek átadását, az egészségi jártasságok, készségek, valamint szokások kialakítását (Gritz, 2007).

Az egészségműveltség a WHO 1998-as meghatározása szerint: „az emberek kognitív és szociális készsége (skills), amely meghatározza az egyének motivációját és az egyének képességét (ability), amely segítségével hozzáférnek, megértik és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik és fenntartják jó egészségüket.” Az egészségműveltség olyan személyes erőforrás, amely lehetővé teszi az egyén számára, hogy döntéseket hozzon az egészségügyi szolgáltatások, prevenció és egészségfejlesztés területein a mindennapokban (Nutbeam, 2008). Az egészségműveltség hozzájárul ahhoz, hogy az emberek tudása, motivációja és kompetenciája alkalmassá váljon az egészséginformációkhoz való hozzáféréshez, azok megértéséhez, értékeléséhez (appraise) és alkalmazásukhoz a mindennapi életben bekövetkező véleményalkotás és döntéshozatal idején. Mindez jelentős az egészségügyi ellátás, a prevenció és az

egészségfejlesztés területén az életminőséget fenntarthatósága vagy jobbítás érdekében (Sorensen és mtsai., 2012)

A téma aktualitása és bemutatása

Napjainkban az egészségmegőrzés területén egyre nagyobb hangsúlyt kap a megelőzés, azon belül is a primer prevenció. Ez érezhető, tapasztalható a közgondolkodásban, a különböző médiafelületeken megjelenő témák gyakoriságában és természetesen a tudományos kutatások területén olvasható vizsgálati eredmények publikálásaiban.

Az egészség az ember legnagyobb értéke, de tudatosan mégis csak a hiányakor értékelődik fel igazán a szerepe. Örökös kérdés, hogy melyek azok a tényezők, amelyek befolyásolhatják az emberek által megélt életéveket, illetve kik a felelősek az egészségesen megélt vagy betegségmentesen megélt évek számáért (Polgár és mtsai., 2009).

Amennyiben az élhető élet megvalósulását, az egészség megóvását befolyásoló „felelősöket” keressük, számos szakirodalmi leírásban (Varga-Hato és Karner, 2008; Vitrai, 2011; Hidvégi és Bíró, 2015; Bácsné és mtsai., 2021) leginkább az alábbi kategóriákkal találkozhatunk:

- a társadalom színvonala a jövedelmek tükrében (GDP),
- a politikai, illetve állami intézkedések, prioritások (egészségügy, oktatás),
- felelősségvállalás (egyéni, munkahelyi stb.),
- az ún. „genetikai csomag”.

Szakirodalmi megerősítések alapján és személyesen átélt empirikus tapasztalatok szerint is kijelenthető, hogy az egészségdeterminánsok prioritási sorrendjének megállapítása nagyban befolyásolja az egészségtudatos magatartás megvalósulásának mértékét, az egyéni életmód kialakítását (Bognár és mtsai., 2010).

Az egészségmegőrzés és a pedagógia kapcsolódási pontjai

Az egészséget nemcsak orvosi, hanem nevelési feladatként a nevelés általános céljával kell egybevetnünk. A WHO meghatározása szerint az egészségnevelés (health education) tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek összessége, melyek segítik az egyént és a közösséget egészségük előmozdításban tudásuk bővítésével, életmódjuk, magatartásuk alakításával.

Az egészségnevelés több tudományterületet ölel fel, mint például az orvostudomány, pedagógia, pszichológia, neveléstudomány és szociológia. „Az egészségnevelés feladatköre (tartalma) így lényegesen kitágul: figyelembe

veszi az ember biológiai állapotát (testi, szervezeti egészségét) csakúgy, mint a lelki (szellemi, érzelmi, törekvéses) tulajdonságait és a társadalmi együttélésből adódó szociális státuszát (anyagi-gazdasági helyzetét, családi harmóniáját, társadalmi beilleszkedési zavarait) és ezek együttes hatásrendszerében ítéli meg tennivalóit” (Gritz, 2007). Az egészségnevelés kifejezett célja az, hogy az egészségkulturális szint emelésével, az életmód formálásával elősegítse az egészség kialakítását, megtartását, a betegségek megelőzését (Pál és mtsai., 2005).

Az egyéni felelősségvállalás

Az egyéni (személyes) felelősségvállalás azt jelenti, hogy az állampolgárok felelősek saját életükért, kielégítik fiziológiai és a magasabb, intellektuális szükségleteiket, rendben tartják saját környezetüket, képesek életüket számukra megfelelő módon menedzselni (Borzán et al., 2009). Az egyéni felelősségvállalás értelmezésében fontos megemlíteni a holisztikus egészségtudatosság modelljét, hiszen nagyban segíti az egyéneket saját életük jobb megértésében, megélésében és fejlesztésében. A modell központi eleme a holisztikus egészségi állapot, aminek lényeges eleme az egyéni felelősség. Az egyéni felelősség – testi, lelki és mentális egészség dimenziókban – kiterjed az életmódra és az egészségmegőrzés különböző tényezőire (Mató-Juhász et al., 2016).

Az egyéni felelősségvállalás mértéke nem más, mint a nevelés sikeres megvalósulása. A nevelés olyan értékátadó, értékrendszert kialakító, fejlesztő folyamat, melynek célja, hogy az egyént életfeladatai megoldására képessé tegye. Csak az emberre jellemző tevékenység, történeti jellegű, nemzeti jellegű, tudatos, tervszerű, szervezett, fejlesztő hatású, bipoláris (kétirányú) folyamat (Czike, 1996). Mióta ember létezik, a felnőtt társadalom feladata a felnövekvő generációk felkészítése a társadalmi létre. Minden olyan személyiségjegyet ki kell alakítani, melyek segítségével az egyén képes a társadalmi beilleszkedésre, a társadalom folytonosságának és fejlődésének biztosítására. 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 értelmezhetők (Bognár, 2010).

A nevelést azonban nemcsak társadalmi szempontból kell és lehet meghatározni, hanem az egyén szempontjából is. A legáltalánosabban ismert megfogalmazás szerint a nevelés személyiségformálás, ami konkrét emberi tevékenység során következik be. Az embert élete során sok és sokféle hatás éri, s ezek alakítják személyiségét. A pedagógus feladata, hogy nevelői tevékenysége során ezeket a hatásokat szervezze, összehangolja.

A nevelő nemcsak saját, személyes ráhatásával nevel, hanem a megszervezett környezeti hatásokkal is. Akkor lehet az egyén és a társadalom számára is hasznos ez a tevékenység, ha ezek a ráhatások céltudatosak, tervszerűek, és a nevelésben a nevelt nem passzív szerepet játszik. A nevelés meghatározott

viszony, kapcsolat nevelők és neveltek között. Fontos feladata a pedagógusnak, hogy a nevelés során kialakítsa az önnevelés képességét is az emberekben.

A nevelés végső célja az autonóm erkölcsiség (autonóm moralitás) kialakítása. Az autonóm erkölcsiség megléte eredményezi, hogy a társadalom által elvárt magatartási formákat, tevékenységeket az egyén nem külső hatásra, hanem belső készítés alapján végzi. Az erkölcsi nevelés során az erkölcsi normáknak megfelelő magatartásformák kialakítása a feladat. Az erkölcs tehát társadalmi tudatforma, mivel az emberek közötti viszonyt, az emberi magatartást szabályozza és minősíti.

Az erkölcsi nevelés során magatartásformálás történik, kialakul a jellem. Az erkölcsös személyiség összetevőjéhez tartozik, hogy ismeri a normákat, elfogadja azokat, kialakultak erkölcsi szokásai. Az erkölcsi normák, szabályok tartalmának, lényeges jegyeinek ismerete még nem elegendő feltétele a helyes magatartásnak. Amennyiben a jelenségek következményeit, ok-okozati összefüggéseit felfogja, belátja, megérti, képes a mérlegelésre és az önálló döntésre, kialakul erkölcsi ítélőképessége, gondolkodása.

Amennyiben az egyénben az erkölcsileg helyes magatartásformák iránt kialakulnak a pozitív beállítódások, lehetővé válnak a normáknak megfelelő akarati cselekedetek. Az ismeretek, az érzelmek, a meggyőződés mellett erkölcsi szokásai is kialakulnak. A külső követelés, az erkölcsi norma belsővé válik. A jellem az erkölcsi normák beépült rendszere, komplex együttese, mely minden erkölcsi cselekedet szabályozója. A jellem szilárdsága meghatározza az erkölcsi irányultságot, a normáknak megfelelő magatartást (Bábosik, 2004).

Az egyéni felelősségvállalás mértékét az emberek cselekedeteikkel, magatartásukkal, viselkedésükkel tudják megmutatni. A társadalom által elvárt – az egészségmegőrzés területén mutatott – egyéni felelősségvállalás mértékét nagyban befolyásolja a személyiség bizonyos társadalmi normák szerinti formálódása. Az egyéni felelősségvállalás mértékére hatással van az emberek attitűdje és motivációs szintje is. A személyiségformálás során kialakított pozitív és erős viszonyulás, illetve egy viszonylag stabil, állandó motivációs szint az egészségmegőrzés területén is hatékony tud lenni.

Rövid összegzésként megfogalmazható, hogy az egyéni felelősségvállalás mértéke befolyásolható, és megnyugtató, hogy bizonyos pedagógiai módszerek rendelkezésre állnak annak megvalósításához.

Egészség-magatartás, egészségtudatos gondolkodás

Fontos kérdés, hogy az egészségdeterminánsok hatása mennyire irányítható az egészségtudatos életmóddal, és ebben mekkora szerepet kap az egyén felelősségvállalása az egészségtudatos gondolkodásával és tetteivel, vagyis az egészség-magatartásával. Az egészség-magatartás kifejezésnek a köztudatba kerülése a Lalonde Riport elnevezésű „jelentéssel” hozható összefüggésbe. A jelentés tudatosította, hogy egészségünk alakításáért nagy részben mi magunk

vagyunk felelősek, hiszen egészség-magatartásunk, káros vagy éppen hasznos életmódbeli szokásaink számos betegség kialakulásához vagy megelőzéséhez hozzájárulhatnak. Az egészség-magatartás hatással van a vezető halálokokra és a főbb megbetegedésekre, beleértve a betegségek kialakulását, illetve előrehaladását, a kezelések hatékonyságát és az életminőséget (Fisher EB et al., 2011, Behrens et al., 2013). Ma már egyértelműnek tűnik, hogy a leggyakoribb betegségek jelentős része visszaszorítható az egészség-magatartás megváltoztatásával (Alwin et al., 2010).

Becker úgy definiálja az egészség-magatartást, mint az egészségünk érdekében végrehajtott cselekvéseket, amelyeket a tudás, az attitűdök, a gyakorlatok, normák, elérhető választási lehetőségek, illetve az adott szituáció kontextusa befolyásol. Az egészség-magatartás hozzájárulhat az egészség megőrzéséhez vagy fejlesztéséhez, ugyanakkor betegségekhez is vezethet (Becker 1974).

Az egészség-magatartást értelmezhetjük úgy, mint egészséggel kapcsolatos, illetve mint egészségre irányuló magatartást (Glanz, 2002). Az előbbi általában nem tudatosan az egészségre irányul, de nem szándékolt következményként az egészségi állapotra is hatással van, az utóbbi pedig minden esetben célzottan az egészség fenntartását vagy javítását hivatott elősegíteni. Az egészség-magatartással kapcsolatban számos elméletet és modellt dolgoztak ki (Glanz, 2015).

A Lalonde jelentés utáni egyik legfontosabb egészségpolitikai dokumentum az Egészségügyi Világszervezet által megfogalmazott Ottawai Egyezmény (WHO 1986). A dokumentumban az egészség pozitív és holisztikus megközelítése kapott teret, s megalkották az egészség társadalmi modelljét, vagyis az egyéni életmód mellett felhívták a figyelmet az egészség és a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek, különbségek közötti kapcsolatra is. Az egyezmény fontosnak tartja kiemelni a saját élet és az egészség feletti kontroll lehetőségét is, s hangsúlyozza a társadalmi változás, politikai aktivitás szükségességét, a hiányokra való koncentráció helyett az erőforrások kiaknázását, s elkötelezett az egészségfejlesztés mellett (Horváth és Bognár, 2019). Az egészség-magatartás fogalma tehát előtérbe került, s értelmezésére számos kísérlet történt. Maga a fogalomhasználat sem egyértelmű, hiszen sok esetben keverednek a szakirodalomban az életstílus, életmód, egészségéletmód, rizikómagatartás kifejezések.

Egészség-magatartás az elhízás aspektusából

Két alapvető egészség-magatartás létezik, illetve a gyakorlatban ezek tiszta vagy bizonyos arányokban kevert változata: az egészségmegőrző (preventív) és/vagy az egészségkárosító (kockázati) magatartások.

Figyelembe véve a rendelkezésre álló lehetőségeket, az egészség-magatartási tényezők közül megkülönböztethetjük egyrészt az egészségkárosító életmódelemeket (dohányzás, mértéktelen alkoholfogyasztás, illetve a különböző

magatartáselemek következtében létrejövő elhízás), másrészt az egészség szempontjából protektív hatást kifejtő tényezőket (testmozgás, mérsékelt alkoholfogyasztás), valamint a típusától függően pozitív vagy negatív hatást egyaránt kifejtő táplálkozási szokásokat.

Az egészség-magatartás komponensei indikátorként jelennek meg, a tudományos vizsgálatok az egyik legmeghatározóbb összetevőre, az energiamérleg egyensúlyban tartásának fontosságára fókuszálnak, illetve rávilágítanak az elhízás gyakoriságának növekedésére, lehetséges következményeire (Szakály és mtsai., 2020).

Egészség-magatartás a fizikai aktivitás aspektusából

Az igen összetett struktúrájú népegészségügyi tevékenységen belül sajátos, kiemelt helyet foglal el a betegségek megelőzését célzó ún. preventív (preventív) tevékenység. Célja az esetek egy részében valóban a betegségek általános értelemben vett megelőzése (egészséges életmód propagálása) vagy egy adott konkrét betegség megelőzése (célzott immunizálás) (Ádány, 2011).

Fontos a fizikai aktivitás priorizálása, a fizikai aktivitással minden életkori szakaszban elérhető megfelelő fittség megszerzése, a fittség karbantartása (Szakály, 2021). A preventív gondolkodás a legnagyobb befolyással van az egyéni és a társadalmi attitűdre, az egészségtudatos magatartás kialakulására, gyakorlására. Nem utolsósorban az egyén felelősségvállalása a preventió területén látványos előrelépéseket tud produkálni az egészségi állapotban, illetve az egészségmutatókban tud pozitív változásokat gerjeszteni. A preventió – különösen az elhízás elleni primer preventió – vezető éllovasa egyértelműen a rendszeres fizikai aktivitás.

Egészség-magatartás a megelőzés aspektusából

Mára már evidenciaként kijelenthető, hogy a pedagógiailag átgondolt, módszertanilag kimunkált, szakmailag kontrollált programok, foglalkozások kedvezően befolyásolják a fizikai egészségnevelés hatékonyságát. Ezt a szerepet tölthetik be elsősorban a testnevelésórák, másodsorban a különböző sport- és rekreációs foglalkozások. A testnevelésórák fontosságát, elfogadását, illetve a nevelési folyamatban elfoglalt helyét és szerepét nem szabadna elfeledni (Bognár, 2019), emellett a testnevelő tanár szerepe és mintája kimagasló a képesség- és személyiségfejlesztésben (Bognár és Révész, 2009).

Ezek a testmozgásról szóló órák megalapozhatják a fizikai egészség megőrzésében is fontos szerepet betöltő egészségtudatos gondolkodást. A feltételes mód használatát az alábbiak indokolják. Számos európai országban az iskolai testneveléssel szemben ambivalens álláspontok léteznek. Egyrésztől hivatalosan elismerik a testnevelés fontos szerepét a nevelésben, ugyanakkor a felelős vezetők részéről nem történnek pozitív lépések a testnevelés fejlesztése érdekében. Az iskolai testnevelést, főként az iskolai tananyag feszítettsége következtében veszély fenyegeti a világ számos, elsősorban fejlett országában (Nádori, 2003).

A testi nevelés az iskolai pedagógiai programok végén jelenik meg konvencionálisan. Egyedülként áll a többi tantárggyal szemben mint olyan tantárgy, ami az egészséges életmódhoz szükséges fizikai aktivitást igényli. Ezért lenne indokolt, hogy a lista élére kerüljön, ez nem presztízskérdés (Frenkl, 2005).

Ez ügyben, hazai berkekben – a közoktatásban – némi kompenzáció történt a 2012-es mindennapos testnevelés bevezetésével. A 2000-es évek előtt a magyarországi felsőoktatás testnevelése meggyengült, több intézmény élt frissen szerzett önállóságából adódó jogával, és megszüntette az addig 1. és 2. évfolyamon kötelező testnevelést (Földesiné, 1994). Pedig a hallgatókat csak akkor érdemes feloldani a kötelező testedzés alól, ha az optimális feltételekkel biztosítható a kínálat, és a diákok részéről várható a kereslet. Ezek a feltételek még napjainkban sem adóttak, a fiatalokra általában jellemzőek a rossz sport-szocializációs előzmények, a hibás értékszemlélet és a túlterheltség. A testnevelés tanszékek sportkínálata hagyományos, általában a közoktatásban szereplő testgyakorlati ágakból választhatnak a hallgatók (atlétika, labdajátékok, úszás, torna). Hiányoznak a palettáról az új, illetve a hallgatók érdeklődését felkeltő vonzó rekreációs sportágak. Ennek oka lehet az anyagi-tárgyi feltételek hiányossága mellett a testnevelő tanárok szakmai orientáltsága (Nádori, 2004). A közoktatás befejeztével megszűnik a testnevelés „kötelező státusza”. A felsőoktatásból is – néhány intézmény kivételével – eltűntek az 1-2. évfolyamos testnevelés foglalkozások. A munkába állás idejétől számítva csak az egyéni felelősségvállalás mértékétől függ a fizikai egészség szintje.

A felvázolt problémák ismeretében megfogalmazhatjuk, hogy az oktatás minden szintjén, így a felsőoktatásban is meghatározó szerepet kell kapniuk a szervezett keretek közötti, szakmailag felügyelt és irányított foglalkozásoknak, vagyis a testnevelésóráknak. Majd a társadalmi szerepként betöltött „tanulás” utáni időszakban új nevelési színtereket kell létrehozni, ahol a testnevelés és sport műveltségi területének tanítási-tanulási folyamatán keresztül az egészséges életmód iránti értékítéletek és beállítódások tudatosítására, a tökéletes közérzet, a testi-lelki harmónia igényének a kialakítására van lehetőség. Ez csak egy hosszú folyamat eredményeként alakítható ki, melyben óriási a felelőssége makroszinten a társadalomnak, mikroszinten az egyénnek (Shephard, Trudeau, 2000). A tanárok, edzők és a fizikai rekreáció területén ténykedő szakemberek által közvetített magatartásminták meghatározó tényezők az egészségnevelésben.

Korosztályok mentén

Az egészséggel és egészségneveléssel kapcsolatos kutatások jelentős korlátjának minősül, hogy tetten érhető egy negatív megközelítés: a kutatások fókuszában elsősorban az van, hogy mitől romlik el az egészség. Hogy mitől lehet jobb, arra megnevezhető – a sok megoldás közül – egy lehetséges alternatíva, hiszen a területtel foglalkozó szakemberek egyetértenek abban, hogy

a helyes egészség-magatartás kialakítása felfogható pedagógiai feladatként is (Fügedi, 2018).

A *nappali tagozatos egyetemisták* körében végzett kutatások elsősorban az egészségfejlesztés hatékonyságát növelő fizikai aktivitást és a pedagógiai ráhatás szükségét fejtik ki. Az eredmények tükrében megállapítható volt, hogy azok a csoportok, akik a fizikai aktivitást az egészségfejlesztésben a legfontosabbnak vélték, ugyanazok voltak a legaktívabbak a gyakorlat szerint (Konczos és mtsai., 2012). Emellett pozitív kapcsolatot mutattak az eredmények az aktivitás szintje és az egészségi állapot megítélése között, ami egyértelműen a testmozgás egészségfejlesztő szerepét támasztja alá. A legaktívabbak és az egészségüket legpozitívabban értékelők csoportjába azok a sporttudományi képzésben részt vevő hallgatók tartoztak, akiknek a tanulmányaik során a kurzusainak jelentős hányada a fizikai aktivitásról és az egészségnevelésről szól. A kapott eredmények alapján megfogalmazhatjuk, hogy az oktatás minden szintjén, így a felsőoktatásban is meghatározó szerepet kell kapniuk a testnevelésóráknak és az adekvát pedagógiai módszereknek a hallgatók egészségnevelésében (Konczos, Szakály, Ihász, 2011).

A következő – szintén az egyetemisták mintáján bemutatott – vizsgálat aktív és hypoaktív női egyetemi hallgatók állóképességi teljesítményét és élettani mutatóit jellemezte változó attitűdjük tükrében (Konczos és mtsai., 2012). Fő kérdés volt, hogy a tanulás során megismert és elsajátított műveltségtartalom – mint kognitív motívum – hoz-e változást a vizsgálatban részt vevők fizikai aktivitás iránt mutatott viszonyulásában (attitűdjében), magatartásában és a teljesítendő teszt időeredményében, illetve a feltételezett megváltozott magatartás és teljesítmény okoz-e változást bizonyos élettani mutatókban. A vizsgálat során egy szubmaximális teszt felhasználásával négy féléven keresztül, négy adatrögzítéssel, aktív és hypoaktív, nappali tagozatos női egyetemi hallgatók körében felmérést végeztünk. Kognitív motívumok segítségével pedagógiai beavatkozást végeztünk attitűdformálás céljából a harmadik és negyedik adatrögzítés között. Megállapítottuk, hogy tanulás során kognitív motívumok segítségével, az attitűd pozitív irányú formálásával cselekvésükben a csoportok aktívizálhatók, jobb teljesítményt lehet elérni, mozgósíthatók a szervezet meglévő energiatartalékai nagyobb terhelésekkel szemben. Az eredmények tükrében ez az aktív csoportnál markánsan jelentkezett. A beavatkozással az instrumentális kondicionálás alkalmazása valósult meg, ami megerősítő hatások mozgósításával formálja, alakítja a magatartást. Megjegyzendő, hogy élettani szempontból a szervezetben pozitív változások egyik csoportnál sem következtek be, sőt romló tendenciák mutatkoztak. Az élettani eredmények pozitív irányú változása csak akkor várható, ha a pedagógiai hatás folyamatos, és ezzel erősítheti az önfejlesztő magatartás- és tevékenységformák kialakítását, stabilizálását.

A *felőtt fizikai dolgozók* körében végzett vizsgálatok górcső alá vették a fizikai fittséget a felőtt korosztály különböző életszakaszaiban, valamint a testösszetételük függvényében, ezeken kívül még a fizikai munkavégzés hatását az erőki-fejtésre és a kardiovaszkuláris szervrendszer egészségi állapotára vonatkozóan

(Konczos és mtsai., 2020). Az egyéni felelősségvállalás mértékére utaló eredmények egy önállóan végzett 6 hetes mozgásprogram bevonásával is kiegészültek. A kijelölt vizsgálati módszerek segítségével információkhoz jutottunk a vizsgálatban részt vevők életvezetési, életmódbeli szokásairól, az önfejlesztő magatartás és tevékenységformák közül elsősorban az egészséges életmód normáit követő magatartás, azon belül a testi nevelés szintjéről. Nevelő célzatú intervenciót szintén alkalmaztunk, amely indikátorként működött a vizsgálatban részt vevők egészségműveltségi szintjének megállapításához. Az autonóm erkölcsiség mértékének vizsgálata is része volt a célkitűzéseknek.

Az egyéni felelősségvállalás aspektusából nézve már a kialakult vizsgálati minta is beszédesnek mondható. A kutatásba – a közel 1500 fő munkavállalóból mindösszesen – 179 fő férfi fizikai dolgozót tudtunk bevonni. Továbbá a vizsgált mintára vonatkozóan elmondható, hogy az elhízás kialakulásának rizikófaktoraival megtalálhatók, melyek előre vetítik az egészségi állapot kedvezőtlen változásait is. Megállapítottuk, hogy az életkor előrehaladtával már viszonylag fiatalon (30-40 év között) megjelennek az egészségkockázatra utaló tényezők. A táplálkozással és a fizikai aktivitással szorosan összefüggő változók markáns korfüggése jelzésként fogható fel vizsgáltjaink és azok vállalati vezetői számára is. Az egészségtudatos életmód kialakítása közös feladat és felelőség. A mintát alkotó dolgozók fitsségi állapota átlagos, ezt leginkább a Ruffier-féle lépcsőteszt, a Back scratch-teszt és a törzsemelés-teszt eredményei bizonyították. A fitsségi mutatók némelyikében nagyon jónak mondható eredményeket is kaptunk, nevezetesen a kézi szorítóerő és az ülés-hajlékonysági tesztek kapott értékeivel. Azonban a kor változásával (az öregedés irányában) az eredmények numerikus szinten jelzésértékkel rosszabbodtak – mindegyik vizsgált fitsségi kategóriában – ami feltételezhetően a fitsségi állapotra is negatív hatással lehet. Három fitsségi mutató esetében szignifikáns eltérést mutattak az adatok a korcsoportok átlagainak különbségében az egyre idősebb korosztályok vizsgálatakor. Markáns különbségek mutatkoztak például a vállöv ízületi mozgékonyosságának mutatóiban. Az eredmények tudatában még indokoltabb felhívni a lakosság figyelmét az egészségműveltség és az egészségnevelés szintjének növelésére, a preventív, egészségővő magatartás kialakítására, még tudatosabban kell fellépni a korrall járó fitsségi állapot romlásának lassítására, annál is inkább, mert a folyamat befolyásolható.

A következő vizsgálat – még mindig a dolgozók köréből vett mintán – célja az aerob fittség és a maximális erő kifejtés terén mutatott fitsségi szint mérése volt. Előzményként a következő kérdések fogalmazódtak meg. A fizikai dolgozók esetében a munkahelyi fizikai aktivitás biztosítja-e a teljes fizikai fittséget? Szükséges-e a motorikus képességek „komplex karbantartása” a fizikai dolgozók számára? A feltételezések szerint az átlagos értékekhez viszonyítva a fizikai dolgozók teljes testére vonatkozó általános ereje nagyobb, és a fizikai dolgozók állóképessége magasabb szintet mutat. Motoros fitsségi tesztek alkalmazásával sorra került a Ruffier-lépcsőteszt – egy ún. szubmaximális teszt segítségével –, a keringési rendszer teljesítményének mérése, illetve – állítható markolatú

dinamométerrel – a maximális kéziszorító erő mérése. Az eredmények tükrében elmondható, hogy a vizsgált dolgozók erejüket tekintve az egészségzóna felső szegmensébe tartoznak, viszont az aerob állóképességük alapján átlagos mutatókkal rendelkeznek. A vizsgálatban részt vett fizikai dolgozók maximális erő kifejtésük eredményei alapján nagyon fittek, egészségesek, ami feltételezhetően a munkavégzési profiljukból adódóan teljesül. A fittséget az aerob állóképesség aspektusából vizsgálva már nem olyan egyértelmű a kép. A fizikai munkavégzés ellenére a kardiovaszkuláris szervrendszer egészségi állapotára utaló teszteredmények a feltételezett – az átlagnál jobb – értékektől elmaradnak, sőt az átlagos értékintervallum alsó határához állnak inkább közelebb. Az aerob fittségi mutatók általában a kardiovaszkuláris szervrendszer egészségi állapotáról tájékoztatnak, ami inkább a viszonylag hosszabb idejű egyenletes teljesítményt nyújtó képességekért, a kitartásért felelős. Hosszú távon a kitartás hiánya fáradékonyság képében jelentkezik a mindennapi rutin során. A napi nyolcórás rendszeres, váltott műszakos fizikai munka hatékony végzéséhez – főleg hosszú távon – szükség van a szervezet fiziológiás, szervi (szív, erek, tüdő) fejlesztésére, ezért is ajánlott az aerob motorikus képességek karbantartása (pl. kardioedzés, intervalledzés stb.), illetve a legfiatalabb korcsoportba tartozók részére annak fokozott fejlesztése. A vizsgálatban részt vevők egészségnevelés egyes területein mutatott jártasságának növelése, ismeretanyagának bővítése indokolt.

Az *időskorúak* vizsgálatában kiemelt cél volt a begyűjtött vélemények alapján tájékozódni az érintett korosztály egészségneveltségi és egészségműveltségi szintjéről. A vizsgálatban részt vevők véleményeire és tapasztalataira voltunk kíváncsiak. A vizsgálatot 60 és 95 év közötti Győrben és környékén élő időseknél végeztük el. Módszerként a kérdőívet választottuk, ami a leginkább alkalmas a vélemények, tapasztalatok, elégedettségek begyűjtéséhez, releváns információk megszerzéséhez. Az idősebb korosztály visszajelzése szerint Győrben és szűkebb régiójában az egészségügyi ellátás jónak mondható (Konczos és mtsai., 2019). Az egészségügyi szűrővizsgálatokkal való megelégedés is jó. Annak ellenére, hogy a mozgást a nagy többség fontosnak tartotta, a heti rendszerességet megkövetelő fizikai aktivitás mértéke közepesnek mondható. Mivel a megkérdezettek Győrben és szűkebb régiójában a rekreációs lehetőségeket közepesre értékelték, feltételezhetően ez is oka lehet a rendszeresen végzett aktivitás hiányának. A szociális jóllét nagy többségben „nagyon fontos” a válaszadók számára. Az egészségmegőrző magatartás esetében inkább az „átlagos” és az annál jobb kategóriákat jelölték meg. A mutatott igények figyelembevételével a szervezett, közösségben végezhető rekreációs lehetőségek palettáját indokolt bővíteni. A mintába tartozók önminősített egészségi, fittségi, edzetségi állapota alapján kijelenthető, hogy a fizikai aktivitás és a szervezett szabadidős programok jelentős mértékben, pozitívan befolyásolják az egészségtudatos életvitel kialakítását, amely nevelési folyamat eredménye a magas fokú egyéni felelősségvállalás és autonóm erkölcsiség.

Az idősek körében fontosnak tartottuk két csoportra osztani a válaszadókat.

Az egyikre a tudatosan választott fizikai aktivitás volt jellemző, míg a másikra nem. Az eredmények tükrében az aktív csoport egészségesebbnek érezte magát, és jelentősen többet is tesz az egészsége megtartásáért. A „Miért nem tud többet foglalkozni az egészségével?” kérdésre a kevésbé aktív csoportja elenyésző százalékban (6,25%) jelölte meg az idő hiányát, míg az aktívak leginkább erre hivatkoztak (40,54%). Mindkét csoportra egyformán jellemző volt, hogy az anyagiakra, illetve a társak hiányára kevesebben utaltak, míg a hangulatuk, kedvük egyformán befolyásoló hatással volt az aktivitásuk szintjére. A válaszok alapján az alábbi következtetéseket lehetett levonni. A kevésbé aktív csoport tagjai – mivel időhiányra nagyon kis százalékban utaltak, és nem volt rájuk jellemző az anyagi és a társasági szempontú kifogás sem – talán kevésbé tudatos gondolkodásúak, illetve nem rendelkeznek tervekkel az egészségmegőrzés terén. Az aktívak még több időt szeretnének szánni az egészségük megővésére annak ellenére, hogy az időráfordítás mértékét eleve magas százalékban jelölték meg. Az egészségük érdekében mutatott hajlandóság és tett mértéke – mindkét csoportnál hasonlóan magas százalékban – a kedv mint motívum jelenlététől függött.

Megállapítható, hogy a vizsgált korosztályban is fontos egészségmegőrző szerepe van a fizikai aktivitásnak. A motivációs kellékek a kedv/hangulat és a társas együttlét, amihez a testmozgásos foglalkozásokat meg kell szervezni, a motivációs bázist elő kell teremteni. Erre alkalmasak például a szakmailag igényes és változatos, pedagógiaileg megtervezett programok. Az időskorúak körében végzett vizsgálatoknál is bizonyítást nyert a pedagógiai befolyás, a nevelő hatás jelentősége egy leginkább preventív gondolkodással és magatartással jellemezhető életvitel kialakításához. Vagyis sikerült egy átfogó képet kapni azzal kapcsolatban, hogy az időskorúak egyéni felelősségvállalása milyen mértékű az egészségben megélt életevek meghosszabbításában.

Megbeszélés

A fentiekben ismertetett kutatómunka az egészségmegővésben mutatott egyéni felelősségvállalás mértékének bemutatására vállalkozott, a kiválasztott mintákat tekintve három meghatározó korosztály – fiatal felnőttek (egyetemisták), aktív felnőttek (fizikai dolgozók), időskorúak – bevonásával. Közös jellemző volt a különböző korcsoportok vizsgálataiban a pedagógiai beavatkozás jelenléte, ami alapján feltehető az a kérdés, hogy az egyéni felelősségvállalás mértéke mennyire befolyásolható különböző nevelési színtereken, bizonyos nevelésmódszertani eszközök alkalmazásával (Salvara, Bognár, Huszár, 2007).

Az **egyetemisták** körében egy 2020-as publikáció szerint a sportolási gyakoriságban a 2011-es eredményekhez képest nem tapasztaltak jelentős előrelépést: a hallgatónak 2019-ben is alig kevesebb mint fele nem sportol, harmada csak keveset sportol, és kicsivel több mint ötöde áldoz rendszeresen az idejéből sportolásra. Mindkét felvétel alkalmával az időhiányt jelölték meg mint

az inaktív életmód elsődleges okát, de sokan (44,4%) hivatkoznak arra, hogy túl fáradtak, és a válaszadók több mint harmada nem tudja rávenni magát sportolásra (Székely és Palusek, 2020). Egy másik, egyetemisták körében 2018–2020 között végzett felmérés eredményei szerint a hallgatók jelenlegi fizikai állapota az 1996-os (Aszmann–Frenkl–Kaposvári–Szabó) országos felmérési adatokhoz viszonyítva mind a nők, mind a férfiak vonatkozásában negatív változást mutatott. A testzsírszázalék tekintetében (nők: 26,8 > 27,2%; férfiak: 20,2 > 20,8%) is, a relatív oxigénfelvétel (VO₂ max: ml/kg/min) eredményei szerint (nők: 37,68 > 30,75; férfiak: 44,9 > 39,6) is rosszabb értékeket lehetett regisztrálni (Zakariás és mtsai., 2020). Szintén egyetemisták szokásaiban volt tapasztalható, hogy a passzív minősített szabadidős formák igen népszerűek a fiatalok körében, miközben sportolási hajlandóságuk alacsonynak tekinthető. A kutatási mintába kerülő fiatalok 39,5%-a végzett ún. szabadidős testmozgást a felmérést megelőző egy hónapban, a megkérdezettek több mint a fele (60,5%) ugyanabban az időszakban semmilyen sporttevékenységet nem végzett (Barabásné Kárpáti és Keresztes, 2019). Némi pozitívum, hogy Ács és mtsai. 2018-as felmérése szerint a normál kategóriába esett a vizsgált egyetemi hallgatóknak testtömegindexe. Azért óvatosságra int a szakirodalmak szerint megfigyelhető tendencia, hogy a fiatal felnőttek korcsoportjában (18–34 év) kiemelkedően megugrik a túlsúly és az elhízás előfordulása (KSH 2019).

A **felnyitkorúakra** vonatkozóan a sportolási hajlandóság és gyakorlati megvalósulás aspektusából nézve hazánk a 20. helyen szerepel az Európai Unió országai között, és a munkában álló felnőtt népesség időmérlegében is elhanyagolható az aktív mozgás (Boros és Kovács, 2018). Egy másik felmérés eredményei szerint az egészségkockázati tényezők csökkentését az életkornak és a képességeknek megfelelő rendszeres fizikai aktivitással meg lehet valósítani (Berényi és mtsai., 2015). A rendszeres sporttevékenységet folytatók 59%-a saját otthonában teszi azt (Eurobarometer, 2018). Az első és társszerzős kutatási eredmények tapasztalatai alapján nagy kérdés marad az egyéni felelősségvállalás hatékonyságának mértéke az önállóan (saját otthonukban) végzett tevékenységek során.

Az **időskori** sportolásra vonatkozó statisztikai adatok nemzetközi összehasonlításban is elszomorítóak (Boros, 2017, Olvasztóné és mtsai., 2011). Magyarországon nemcsak a felnőtt aktív lakosság, hanem az időskorúak időfelhasználásában is elhanyagolható a sport. Pedig Schnohr és munkatársai kutatása szerint van korreláció a sportág választása és az átlagos élettartam között, mert például a tenisz 9,7, a tollaslabda 6,2, a labdarúgás 4,7, a kerékpározás 3,7, az úszás 3,4, a kocogás 3,2, a gimnasztika 3,1 évvel növelte azt (Schnohr és mtsai., 2018). De ami még rosszabb fényt vet az öregedő lakosság életvitelére, hogy a nem alvással, illetve a passzív pihenéssel töltött idő nagy részét leginkább magányosan töltik (Monostori, 2015).

Konklúzió

Az egyéni felelősségvállalás megvalósítása az egyénről való gondoskodással alapozható meg. Igaz, a bevezetőben írtakra hivatkozva, szükség van olyan egészségdeterminánsokra is, mint a társadalom színvonalának emelése a jövedelmek tükrében (GDP) vagy a politikai, illetve állami intézkedések, prioritások. Hiszen ezeknek közvetett hatása van arra a pedagógiai munkára, amelyet először a bölcsődében, óvodában, közoktatásban dolgozók tesznek meg, majd a felsőoktatás sportoktatásért, sportolás megvalósulásáért felelős intézményei folytatnak, később a munkahelyi felelősségvállalás égisze alatt valósulnak meg, és végül különböző idősoththonok, nyugdíjasházak, klubok programjai, szakemberei végeznek el.

Több évtizedes oktatási és tudományos tapasztalat alapján kijelenthető, hogy az egészségmegőrzés és -fejlesztés területén is ezt a segítséget a legjobban a pedagógiai gondoskodás tudja biztosítani (Beregi és Bognár, 2022). Célként fogalmazható meg az élethosszig tartó olyan szakmai gondoskodás, ami tudást, hozzáértést ad a társadalmi elvárásoknak megfelelő egyéni egészség-magatartás megvalósításához (Vécseyné, Plachy, Bognár, 2008). Eszközül felhasználhatók a felsőoktatásban – tartalmi és szerkezeti megújulással – újból bevezetett „testnevelésórák”, a felnőttkor munkavégzési szakaszában a munka utáni időben elérhető – az egészségre pozitívan ható –, a munkaadó által támogatott, a dolgozókat ösztönző, szakmai felügyelettel zajló foglalkozások/tevékenységek, az időskorúak számára társaságot, jó hangulatot teremtő rekreációs programok. Mindezt a következők indokolják, a bemutatott vizsgálati eredmények és a releváns szakirodalmi megállapítások alátámasztásával.

- Az egyetemi évek végére bizonyított a fittségi mutatók romlása, az egyetemista korú fiatalok fizikai teljesítőképessége a tanulmányi idejük alatt romló tendenciát mutat (Konczos és mtsai., 2011; Konczos és mtsai., 2012).
- A 18–35 éveseknél jelentősen megnő a túlsúly és az elhízás előfordulása (KSH 2019).
- A munkába állással megváltozik az emberek életritmusa, ami a rendszeres fizikai aktivitás, a sportolás, vagyis a fizikai rekreáció megvalósulásának esélyét jelentősen csökkenti (Konczos és mtsai., 2020).
- A munkával vállalt társadalmi szerep jelentősen csökkenti a napi időmérlegben addig sportolásra szánt időt. Ennek okán a fiatal dolgozó életmódváltás nélkül a fizikai aktivitás megvalósítására szánt időt kénytelen feláldozni (Szakály és mtsai., 2020).
- Az életkor növekedésével az emberek életmódja egyre inkább mozgásszegényé válik, az időskorúak a passzív pihenéssel töltött idő nagy részét leginkább magányosan töltik (Monostori, 2015).

- A fiatalkorban kialakuló és rögzülő inaktív időtöltési szokások, a felnőttkorban kialakuló mozgásszervi (és egyéb) betegségek hosszabb távon még erőteljesebben csökkenő fizikai aktivitáshoz, majd időskori mozgásképtelenséghez vezethetnek (Konczos és mtsai., 2019).

Mindezek alapján tényként fogadható el:

- A fizikai aktivitásnak az időmérlegben betöltött fontos szerepe és gyakoriságának szintje pozitív hatással van az egyén saját egészségi állapotának megítélésére és a valós egészségi állapot szintjére.
- Az egyéni egészség-magatartás kialakításában jelentős szerepe van a folyamatos pedagógiai befolyásnak.
- A pedagógiailag átgondolt, szakmailag megalapozott, szervezett egészségmegőrző programok növelik az egyéni felelősségvállalás hatékonyságát.
- A szakmai irányítással, de önállóan végezhető feladatok terén az autonóm erkölcsiség megerősödése szükséges feltétele az egyéni felelősségvállalás eredményességének.
- Az egészségmegőrzés komplexitásának elfogadása szükséges feltétele az egyéni felelősségvállalás eredményességének.

A szociálisan értékes, de egyénileg is eredményes életvitel kialakításának alapfeltétele – a nevelés lényege – az értékteremtés és az értékközvetítés a személyiség alakítása érdekében, a bizonyos társadalmi elvárások szerinti magatartás-formálás. A tézisek kapcsán megállapítható, hogy szükséges:

- az egyén életvezetésének irányát és minőségét nagymértékben meghatározó magatartás- és tevékenységformák kialakítása, megerősítése, ha kell, átalakítása, átformálása;
- az ember aktivitásszintjére és döntéseire nagy hatást gyakorló, szubjektív oldalról szabályozó személyiségbeli sajátosságcsoportok, a személyiség szociális szükségletrendszerének kifejlesztése;
- a nevelés végső céljának, az autonóm erkölcsiségnek (moralitás) a kialakítása;
- a tudatosan kialakított tanulási-tanítási folyamat segítségével az aktív prevenció szemlélet és az aktív egészségtámogató magatartás kialakítása, megvalósítása, állandósulása;
- az egészség megvédésére, fejlesztésére, visszaszerzésére vonatkozó nevelési, magatartástudományi ismeretek elsajátítása;
- olyan kognitív és szociális készségek halmaza, amelyek meghatározzák az egyes emberek motivációját és képességét, hogy hozzáférjenek, megértsék és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik a jó egészség fenntartását és fejlesztését;
- az egyén egészség feletti kontrolljának megvalósítása.

Felhasznált szakirodalom

- Ádány R. (2011): Megelőző orvostan és népegészségtan Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Ács P., Prémusz V., Melczer Cs., Bergier J., Salonna F., Junger J., Makai A. (2018): Nemek közötti különbségek vizsgálata a fizikai aktivitás vonatkozásában a V4 országok egyetemista populációjának körében. Magyar Sporttudományi Szemle, 19: 74. 3-9.
- Alwin A., Maclean D. R., Riley L. M., et al. (2010). Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*. 2010 Nov 27;376(9755):1861-1868.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61853-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61853-3)
- Bábosik, I. (1999): A nevelés elmélete és gyakorlata. Budapest, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Bábosik I. (szerk.) (2004): Neveléstudomány: nevelés az Európai Unióban Osiris Kiadó, Budapest.
- Bábosik I. (2010): Értékek és pedagógia. Fókusz - Pedagógiai Közéleti Lap 12, 2. 28-40.
- Bácsné Bába É., Müller A., Molnár A. (2021): Az egészségünket meghatározó tényezők bemutatása egy lehetséges egészségmodell segítségével, Debrecen http://real.mtak.hu/125601/1/2021_1_ART_006_Bacsne.pdf
<https://doi.org/10.47833/2021.1.ART.006>
- Barabásné Kárpáti D., Keresztes N. (2019): Nyíregyházi egyetemisták szabadidős tevékenységei Magyar Sporttudományi Szemle 2019/4 21. o.
- Becker, M. H. (1974): The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
<https://doi.org/10.1177/109019817400200407>
<http://dx.doi.org/10.1177/109019817400200407> Letöltve: 2011. 09. 21.)
- Behrens G., Fischer B., Kohler S., Park Y., Hollenbeck A. R., Leitzmann M. F. (2013): Healthy lifestyle behaviors and decreased risk of mortality in a large prospective study of U.S. women and men. *Eur J Epidemiol*. 28(5):361-372.
<https://doi.org/10.1007/s10654-013-9796-9>

- Beregi E. és Bognár J. (2022): A tanulók fizikai aktivitásának szerepe az iskolai egészségnevelési programokban. In: Karlovitz, János Tibor (szerk.) Szakmódszertani és más pedagógiai tanulmányok Komárno, Szlovákia: International Research Institute s.r.o. 127-135.
- Berényi, L., Szolnoki, B., Bánhegyesi, L. (2015): Office work: Ergonomic and medical aspects. *European Scientific Journal*, 11: 2. 21-33.
- Bognár J., Gangl J., Konczos Cs., Fügedi B., Geosits B. K., Agócs A. (2010): How are quality of life and preferred values viewed by Hungarian adults? *Journal Of Human Sport And Exercise* 5, 1, 84-93.
<https://doi.org/10.4100/jhse.2010.51.09>
- Bognár J., Révész, L. (2009): Testnevelés tantervek. In: Szatmári Zoltán (szerk.): Sport, életmód, egészség. Akadémiai Kiadó, Budapest. 668-672.
- Bognár J. (2010): Pedagógiai és sportpedagógiai ismeretek, Önkormányzati Minisztérium, Budapest.
- Bognár J. (2019): A testnevelés értékorientációja, *Új Pedagógiai Szemle* 69:3-4 pp. 100-108., 9 p.
- Boros J., Kovács K. (2018): Egészségi állapot. In: Monostori J., Óri P., Spéder Zs. (szerk.): Demográfiai portré 2018. KSH-NKI, Budapest, 103-126.
- Boros J. (2017): Egészség időskorban. In: Giczi Johanna (szerk.): Ezüstkor: korosodás és társadalom. KSH, Budapest, 35-50.
- Czike B. (1996): Bevezetés a pedagógiába. Szöveggyűjtemény. Eötvös J. Kiadó Budapest.
- Eurobarometer (2010, 2014, 2018): <https://www.europarl.europa.eu/at-your-service/hu/be-heard/eurobarometer> (Letöltve: 2021. 09. 20.)
- Fisher E. B., Fitzgibbon M. L., Glasgow R. E. et al. (2011) Behavior Matters. *Am J Prev Med* 2011;40(5) p.15-30.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.12.031>
- 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.

- Frenkl R. (2005): Időszerű testkulturális gondok Magyar Sporttudományi Szemle 2005/1. Előadás, amely elhangzott az V. Országos Sporttudományi Kongresszuson.
- Fügedi, Balázs (2018) Az egészségnevelés tudományterületi szintézise. Habilitációs értekezés, Eszterházy Károly Egyetem.
- Glanz K., Maddock J. (2002): Behavior, Health-Related. Encyclopedia of Public Health. Encyclopedia.com http://www.encyclopedia.com/topic/Health_behavior.aspx
- Glanz K, Rimer BK, Vishwanath K. (2015:) Health Behavior - Theory, Research and Practice. 5th edition. Jossey-Bass, San Francisco.
- Gritz A.-né (2007): Az egészségfejlesztés kompetenciái a XXI. században. In: Egészségfejlesztés. 2007. 48. évf. 3. sz., p. 3-9.
- Hidvégi P., Bíró M. (2015): A rekreáció elmélete és módszertana 2. Egészségfejlesztés, ISBN 978-615-5621-08-6
- Horváth Cintia és Bognár József (2020): A szülők iskolai végzettségének szerepe a fiatal felnőttek egészséggel kapcsolatos érték- és szokásrendszerére. In: Hideg, Gabriella; Simándi, Szilvia; Virág, Irén (szerk.) Prevenció, intervenció és kompenzáció. Debrecen, Magyarország: Debreceni Egyetemi Kiadó, 140-151.
- Horváth Cintia és Bognár József (2019): Egy folyamatorientált egészségfejlesztési intervenció modelle: Az elmélet és gyakorlat találkozása. Acta Universitatis De Carolo Eszterházy Nominatae: Sectio Sport, 46, 83-92.
<https://doi.org/10.33040/ActaUnivEszterhazySport.2019.1.83>
- Konczos Cs., Szakály Zs. Ihász F. (2011): Health behaviour, body composition and motor performance in female university students. Annals of Research in Sport and Physical Activity, 11:4 9-14.
- Konczos Cs., Bognár J., Szakály Zs., Barthalos I., Simon I., Oláh Zs. (2012): Health awareness, motor performance and physical activity of female university students. Biomedical Human Kinetics, DOI: 10.2478/v10101-012-0003-3, 12:(4) 12-17.
<https://doi.org/10.2478/v10101-012-0003-3>
- Konczos, Cs.; Kovácsné, T. Á.; Faragó B.; Pápai, Zs.; Szakály, Zs. (2019): Időskorúak véleménye közvetlen környezetük rekreációs és egészségügyi ellátás lehetőségeiről, valamint az egyén felelősségének szerepéről az

- egészség-prevencióban. In: Gyömörei, Tamás Egészség Sport Gazdaság I. Győr, Magyarország: Mobilis, 40-49.
- Konczos, Cs.; Szakály, Zs.; Kovács, N.; Koppány, K.; Molnár, Zs.; Pápai, Zs.; Kovácsné, T. Á.; Faragó, B.; Kertész, T. (2020): Fizikai dolgozók fittsége koruk függvényében, mint egészségkockázati tényező In: Szakály, Zsolt (szerk.) Egészség SPORT Gazdaság II. Győr, Magyarország: Mobilis 234-245.
- KSH (2019): A KSH kiadványtára. Egészségügy átfogó elemzés (2020. 10. 15.) (Letöltve: 2020.10.23.) http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elefte_2019/index.html
- K. Sørensen, S. Van den Broucke, J. Fullam, G. Doyle, J. Pelikan, Z. Slonska, H. Brand (2012): A systematic review and integration of definitions and models Health literacy and public health https://www.researchgate.net/publication/313550741_Health_literacy_and_public_health 2021. 10. 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Molnár A., Bognár J., Vajda I. (2015): Pedagógusok szerepe az egészségnevelés folyamatában, különös tekintettel a pedagógusok egészség-magatartására. Acta Universitatis De Carolo Eszterházy Nominatae: Sectio Sport 51, 53-67. <https://doi.org/10.33040/ActaUnivEszterhazySport.2023.51.53>
- Monostori J. (2015): Öregedés és nyugdíjba vonulás. In: Monostori J., Óri P., Spéder Zs. (szerk.): Demográfiai portré 2015. KSH-NKI, Budapest, 115-134.
- Nádori L. (2003): Európai Unió és a sport. Dialóg Campus Pécs-Budapest
- Nutbeam, D. (2008) The Evolving Concept of Health Literacy. Social Science and Medicine, 67, 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050> <https://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.09.05>.
- Olvasztóné Balogh Zs., Herpainé Lakó J., Bognár J., Kopkáné Plachy J. (2011): Idős emberek életkörülményeinek és egészségmagatartásának vizsgálata. Egészségfejlesztés 52, 5-6, 24-30.
- Pál K., Császár J., Huszár A., Bognár J. (2005): A testnevelés szerepe az egészségtudatos magatartás kialakításában. In: Új pedagógiai szemle. 2005. 55. évf. 6. sz., p. 25-32.
- Polgár T., Fügedi B., Bognár J., Konczos Cs. (2009): Vas megyei fiatalok sportolási értéktartalmainak vizsgálata. Kalokagathia, 47: 2-3, 133-146.

- Salvara M. I., Bognár J., Huszár A. (2007): Exercise and health. Magyar Sporttudományi Szemle 8, 1, 24-30.
- Schnohr, P., O'Keefe, J. H., Holterman, A., Lavie, C. J., Lange, P., Jensen, G. B., Marott, J. L. (2018): Various leisure-time physical activities associated with widely divergent life expectancies: The Copenhagen City Heart Study. Mayo Clinic Proceedings, 93: 12. 1775-1785.
<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.06.025>
- Shephard, R. J., Trudeau, F. (2000): The legacy of physical education: influences on adult lifestyle. Pediatric Exercise Science 1: 34-50.
<https://doi.org/10.1123/pes.12.1.34>
- Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012 Jan 25;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80. PMID: 22276600; PMCID: PMC3292515.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Szakály Zs. (2021): A fittség életkor-specifikus vizsgálatának jelentősége: THE IMPORTANCE OF AGE-SPECIFIC FITNESS TESTING ACTA UNIVERSITATIS DE CAROLO ESZTERHÁZY NOMINATAE: SECTIKO SPORT 47 pp. 9-24. 16 p.
<https://doi.org/10.33040/ActaUnivEszterhazySport.2019.2.9>
- Szakály Zs., Pápai Zs., Kovácsné T. Á., Faragó B., Kertész T., Kovács N., Konczos Cs. (2020): Fizikai dolgozók testösszetétele, mint egészségkockázati tényező. In: Szakály Zsolt (szerk.) Egészség SPORT Gazdaság II. Győr, Magyarország: Mobilis pp. 218-233.
- Szakály, Zs., Pápai, Zs., Kovácsné T. Á., Faragó B., Kertész T., Koppány K., Konczos, Cs. (2020): Az elhízás gyakorisága fizikai dolgozóknál, lehetséges következmények. In: Szakály, Zs. (szerk.) Egészség SPORT Gazdaság II., Győr, Mo.: Mobilis Közhasznú Nonprofit Kft. pp 206-217., 12 p.
- Székely M., Palusek E. (2020): A hallgatók sportolását motiváló és akadályozó tényezők változásai 2011 és 2019 között. Magyar Sporttudományi Szemle 2020/3 90. o.
- Varga-Hatos Katalin, Karner Cecília (2008): A lakosság egészségi állapotát befolyásoló tényezők EGÉSZSÉGÜGYI GAZDASÁGI SZEMLE 2008/2.
<https://weborvos.hu/adat/egsz/2008maj/25-33.pdf>

Vécseyné Kovách M., Plachy J., Bognár J. (2008): A felnőttek egészséges, aktív életmódja - összehasonlító előtanulmány a fiatal felnőttek és idős korosztály életmódjáról, rendszeres fizikai aktivitásáról. Acta Academiae Paedagogicae Agriensis Nova Series: Sectio Sport, 35, 107-115.

Vitrai J. (2011): Az egészség és az egészség-egyenlőtlenség egyéni és közösségi szintű befolyásoló tényezői, doktori értekezés, Pécs.
https://doktoriiskola.etk.pte.hu/public/upload/files/Doktoriiskola/Tezisfuzetek/Ertekezés_VitraiJozsef.pdf

WHO (1986): Ottawa Charter <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (Letöltve: 2021. 10. 10.)

WHO (1998): Health Promotion Glossary., Genf. <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf> 2021. 09. 05.

Zakariás G., Gasztonyi T., Katona Zs. B., Simon J. (2020): Összehasonlító elemzés felsőoktatásban résztvevő hallgatók fizikai állapotáról. In Katona Zsolt Bálint (szerk.): Egészség SPORT Gazdaság IV.

Levelező szerző:

Konczos Csaba

konczos.csaba@sze.hu