

Beregi Erika¹ – Bognár József²

¹ Miskolci Egyetem Egészségtudományi Kar, Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Sporttudományi Intézet Sport- és egészségtudományi Kutatócsoport

² Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Sporttudományi Intézet, Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Sport- és Egészségtudományi Kutatócsoport

Fizikai aktivitás és jóllét megjelenése az egészségnevelésben: fókuszban a technikumi képzés

A kutatás az iskolai egészségnevelés sajátosságait, jólléttel és elégedettséggel való összefüggéseit vizsgálta kiemelten a fizikai aktivitás oldaláról Borsod-Abaúj-Zemplén vármegye egyik technikumában. A vizsgálat célja az említett jellegzetességek és összefüggések feltárása mellett a felmérés megvalósítását lehetővé tevő mérőeszköz létrehozása és tesztelése volt.

Bevezetés

A nevelési-oktatási intézményekben szerzett tapasztalatok számos terület mellett a tanulók egészségtudatosságára és egészségmagatartási szokásrendszerére is jelentős hatást gyakorolnak. Ezek háttérben a gyermekek szenzitív fejlődési periódusában megjelenő szervezett tapasztalatoknak van meghatározó szerepe (Tánczos és Bognár, 2020).

Ismert, hogy a rendszeresen végzett fizikai aktivitás pozitív hatással van a testi és a mentális egészségi állapotra, segítséget nyújt a stresszel való megküzdésben és az életminőség jobbításában (Boros és Kálmárné Rimóczi, 2011). Kiemelt célként fogalmazódik meg az, hogy a fiatalok mindennapjaiban az egészséges táplálkozás, a rendszeres fizikai aktivitás és egyúttal a jóllét biztosítása erőteljesen és folyamatosan megjelenjen. A sikeres megvalósításhoz a támogató környezet, az oktatási intézmények családokkal és a környezettel való együttműködés kereteiben végzett szisztematikus együttműködő tevékenységrendszerre emelendő ki (Ferenczi és Lenténé Puskás, 2021).

Az iskolák az egészséges életmódra nevelés során szabályozott rendszerben, tanórákon és azokon kívül, főleg a követelés, szabálykövetés és mintaadás révén tudják befolyásolni a fiatalok érték- és tevékenységrendszerét, valamint szemléletét. Mindezek segítségével válik lehetővé az, hogy a tanulók egészség tudatos aktív felnőttekké váljanak (Nagy, 2005).

Az iskolai egészségnevelés során több problémakört is azonosítottak az elmúlt évek során. Elsősorban a holisztikus szemléletű multidiszciplináris egészségfejlesztéssel kapcsolatos elmaradás emelendő ki (Benkő, 2010). Emellett evidenciának számít, hogy alig kerül sor az egészségfejlesztési programok hatásosságának olyan vizsgálatára, amely az értékeléshez, az esetleges korrekciók elvégzéséhez és a fejlesztési tevékenységek tervezéséhez és megvalósításához is szükségesek (Vitrai és Varsányi, 2015).

Elméleti háttér

Iskolai egészségnevelés és fizikai aktivitás

Az Egészségügyi Világszervezet (1948) meghatározása szerint az egészség a teljes testi, szellemi és szociális jóllét állapotaként értelmezhető. Az egészség jóllétként fogható fel, melyben különböző tényezőknek, az egyéni, a társadalmi és környezeti összetevőknek, valamint az élet során előforduló kihívásoknak van meghatározó szerepük (Bircher és Kuruvilla, 2014). Ugyanakkor az elmúlt években az egészségről alkotott társadalmi kép szubjektivitása erősödött meg a szakirodalomban (Morvacsik-Kornyicki és Fedor, 2021).

A holisztikus egészségfogalom hat elemet: a fizikai, érzelmi, mentális, spirituális, társas, valamint társadalmi egészséget foglalja magában (Naidoo és Wills, 1999). Az iskolai egészségnevelést megfigyelve több esetben is tapasztalható, hogy a holisztikus egészségfelfogás helyett a hangsúly a fizikai aspektusra kerül, jellemzően a szociális és lelki dimenziót mellőzve (Deutsch, 2011). A rendszeresen végzett, kornak és képességnek megfelelő testmozgás pozitív hatást gyakorol az élet valamennyi területére és az életminőségre (Mikulán, Keresztes és Pikó, 2010), a testi-lelki egészségre (Janssen és Leblanc, 2010), az intellektuális teljesítményre (Brassai és Pikó, 2007), hozzájárul a személyiség formálásához, a képességek kibontakoztatásához (Bognár, 2019). Emellett a sportnak a társas kapcsolatok fejlesztésében is hangsúlyos szerepe van, ezáltal a kirekesztés ellen protektív tényezőként is érvényesül (Kovács, 2015). Az egészségnevelés valamennyi területe kiemelt figyelmet érdemel, azonban csupán a fizikai aktivitásra hatva több egészségelem is kedvezően befolyásolható. Az ehhez kapcsolódó kutatási eredmények pedig az egyéb egészségfejlesztési területeket célzó további vizsgálatokat, beavatkozásokat is támogathatják.

A jóllét fogalma összetett, tudományterületenként változó, hétköznapi meghatározás szerint boldogságként és elégedettségként írható le. Pedagógiai és pszichológiai értelmezése azonban a fogalom többdimenziós szerkezetét hangsúlyozza, melyre a fizikai, szociális, pszichológiai és kognitív tényezők is hatást gyakorolnak (Pollard és Lee, 2002).

Az iskolai egészségnevelés magában foglalja azokat a stratégiákat, célokat, tevékenységeket, szolgáltatásokat, amelyek az iskolában, illetve ezzel összefüggésben az

A holisztikus egészségfogalom hat elemet: a fizikai, érzelmi, mentális, spirituális, társas, valamint társadalmi egészséget foglalja magában. Az iskolai egészségnevelést megfigyelve több esetben is tapasztalható, hogy a holisztikus egészségfelfogás helyett a hangsúly a fizikai aspektusra kerül, jellemzően a szociális és lelki dimenziót mellőzve. A rendszeresen végzett, kornak és képességnek megfelelő testmozgás pozitív hatást gyakorol az élet valamennyi területére és az életminőségre, a testi-lelki egészségre, az intellektuális teljesítményre, hozzájárul a személyiség formálásához, a képességek kibontakoztatásához. Emellett a sportnak a társas kapcsolatok fejlesztésében is hangsúlyos szerepe van, ezáltal a kirekesztés ellen protektív tényezőként is érvényesül. Az egészségnevelés valamennyi területe kiemelt figyelmet érdemel, azonban csupán a fizikai aktivitásra hatva több egészségelem is kedvezően befolyásolható.

iskoláskorúak életmódjában jelennek meg. Lényeges, hogy az egészségnevelés a tanulók fizikai, értelmi, érzelmi és szociális fejlődését segíti elő, és egyúttal kiterjed az egészségre, valamint az egészséggel összefüggő viselkedésekre, illetve az ezirányú oktatásra-nevelésre (Nagy és Barabás, 2011). Szem előtt tartva az egészség pedagógiai értékét, az egészségfejlesztés az iskola egész életét átfogó központi és komplex tevékenységrendszereként határozható meg (Fodor, 2015).

A teljeskörű iskolai egészségfejlesztés négy egészségfejlesztési alapeladatához tartozik az egészségismeretek elsajátítása, az egészséges táplálkozás, a gyermekek lelki egészségének biztosítása és a mindennapos testnevelés. Mindez a tanulók, a tantestület és az iskola minden alkalmazottja, az iskola-egészségügy szakemberei, a szülők, valamint a nevelési-oktatási intézmény környezetének bevonásával és szakmai felügyeletével valósulhat meg (Somhegyi, 2016). Az Iskolák az Egészségért program szerint azon tevékenységek bizonyulnak leghatékonyabbnak az iskola mindennapi életében, melyek a helyes táplálkozást, a lelki egészséget, valamint a fizikai aktivitást együttesen támogatják (Young, St Leger és Buijs, 2013).

Az egészség kapcsolatrendszerét a jólléttel számos kutatás alátámasztotta (Ferrer, Carbonell és Frijters, 2004; Veenhoven, 2008). Bizonyított, hogy a rendszeres testmozgás jótékony hatást gyakorol a mentális állapotra, segít a szorongás és a depresszióhajlam csökkentésében, illetve a stresszel való megküzdésben (Boros és Kálmárné Rimóczi, 2011). Egyértelmű, hogy a fizikailag aktív személyek jóval kevésbé tapasztalnak rossz kedvet és feszültséget, és a szubjektív egészségüket is jobbnak minősítik, mint inaktív társaik (Négele és mtsai, 2017).

Uvacsék (2021) azt találta, hogy az iskoláskorúak tápláltsági állapota és fizikai aktivitásának szintje negatív tendenciát mutatott 2010 és 2018 között. Míg a fiúk tekintetében stagnálás figyelhető meg a fizikai aktivitás gyakoriságát illetően, addig mindkét nem esetében tapasztalható a tápláltsági állapot kedvezőtlen irányba való elmozdulása.

Az egészségnevelés hatékonysága

Az iskolák számára előírásként szerepel, hogy a teljeskörű egészségfejlesztéssel kapcsolatos feladatokat az egészségfejlesztési programban rögzítsék, valamint követhető és mérhető módon tervezzék, végezzék (Vass és mtsai, 2015). Mára már számos módszer és eszköz alkalmas erre, illetve az egészséggel, egészségmagatartással kapcsolatos empirikus kutatások elvégzésére is, melyek kiváló lehetőséget adnak a(z)

1. egészségműveltség szintjének meghatározására (pl. Nagy és mtsai, 2015; Guo és mtsai, 2018; Horváth, Csányi és Révész, 2021),
2. egészségmagatartás jellemzőinek bemutatására (pl. Németh, Horváth és Várnai, 2019),
3. globális egészségindikátorok alkalmazására (pl. Kull, 2002; Sacker, 2006).

Tapasztalatok azt mutatják, hogy nem könnyű azt meghatározni, hogy általánosan és az adott iskolai szinten pontosan mit és hogyan szükséges mérni az egészségfejlesztés hatékonyságával vagy eredményességével kapcsolatosan. Ennek háttérben áll, hogy az egészségfejlesztés komplex és hosszú távú folyamat, az adott külső-belső befolyásoló tényezők folyamatosan változnak. Így nehéz objektíven bemutatni, hogy az iskolai tevékenységek milyen katalizátor- és hosszú távú szerepet játszanak az egészségmagatartás és -tudatosság fenntartásában (Nagy és Barabás, 2011).

Az egészségnevelés folyamatának és mérésének lehetőségeit tekintve figyelemre méltó a Precede-Proceed folyamatorientált egészségfejlesztési intervenció modell (Glanz, 2008). Az ebben alkalmazott két fő szakasz első szerkezetű elemeként a diagnosztikus részben a vizsgált minta szociális és epidemiológiai állapotának feltérképezése,

a probléma meghatározása, valamint a cselekvési terv kidolgozása történik. A második szakaszban zajlik a konkrét intervenció, azaz a cselekvési terv végrehajtása, valamint az értékelés folyamata (Horváth és Bognár, 2019). A modell diagnosztikus szakasza során alkalmazva a jelen tanulmányban bemutatott kérdéssor segítséget nyújthat a tanulók önminősített egészségi állapotának és fizikai aktivitásának megismerésében, az iskolai egészségnevelés szereplőinek, az alkalmazott módszereknek, a tartalomnak a vizsgálatában, valamint az iskolai egészségneveléssel való elégedettség feltárásában.

Mindezek alapján jelen kutatás célja az iskolai egészségnevelés jellemzőinek bemutatása, kiemelten a fizikai aktivitás oldaláról. A fő cél mellett célunk volt egy saját szerkesztésű mérőeszköz tesztelése és belső konzisztenciájának megállapítása, emellett a szubjektív jóllét és az iskolai egészségnevelés közötti összefüggések feltárása.

Anyag és módszer

Mintavétel

A vizsgálatot 2022 őszén, egy Borsod-Abaúj-Zemplén vármegyében található technikum 10., 11. és 12. évfolyamos tanulói körében végeztük. A 9. évfolyamos tanulók azért nem kerültek be a vizsgálatba, mert számukra még nem volt elegendő idő az intézmény egészségnevelési szolgáltatásainak és programjainak megismerésére.

Mindösszesen 104 fő képezte a mintát, mely 69,7%-a az érintett három évfolyam tanulóinak. A vizsgált egyének átlagéletkora $17,3 \pm 1,1$ év volt, a minta 35%-a 10. évfolyamos, 34%-a 11. évfolyamos, 31%-a pedig 12. évfolyamba jár. A minta 49%-a fiú, 51%-a pedig lány volt.

Lakóhelyüket tekintve a megkérdezettek 10,6%-a megyeszékhely városban, 55,8%-uk városban, 33,7%-uk pedig községben vagy faluban lakik. A vizsgálatban részt vevők 9,6%-a kollégista.

Adatfelvétel, adatelemzés

Az online kérdőív kitöltése az iskola számítógéppel felszerelt termében zajlott, anonim és önkéntes módon. Az adatfelvétel során alkalmazott kérdések általános bevezető részét a HBSC (Health Behaviour in School Aged Children) iskoláskorúak egészségmagatartását feltáró nemzetközi kutatás itemei közül adaptáltuk. A mérőeszköz további részét a WHO Jól-lét kérdőív (WBI-5) rövidített változata képezte, valamint egy saját szerkesztésű kérdéssor, mely az iskolai egészségnevelés jellemzőinek feltárására hivatott.

A HBSC kutatás nemzetközi háttérrel rendelkező, reprezentatív és a 11 és 17 év közötti iskoláskorúak egészséget befolyásoló magatartását, önminősített egészségi állapotát monitorozza (Németh, Horváth és Várnai, 2019). A vizsgálatban alkalmazott HBSC kérdéscsoportok tartalma: szocio-demográfiai adatok (pl. nem, életkor, évfolyam, lakóhely), sportegyesületi tagság és az állóképesség önminősítése.

A tanulók egyéni jóllétének vizsgálata a WHO Jól-lét kérdőív rövidített (WBI-5) változatának felhasználásával történt. Az Egészségügyi Világszervezet Jól-lét indexe (Well-being Index, WBI) egy nemzetközi kutatás keretében látott napvilágot. Susánszky és munkatársai (2006) a WHO Jól-lét kérdőív rövidített, öt tételes változatának hazai validálását a Hungarostudy 2002 egészségfelmérés során végezték el (Chronbach $\alpha = 0,85$). A mérőeszköz az egyének általános közérzetét tárja fel 0-tól-3-ig terjedő skálán. A 0 a nem jellemzőt, az 1-es érték az alig jellemzőt, a 2-es a jellemzőt, a 3-as pedig a teljesen jellemzőt jelöli, mely értékek az elmúlt két hét során érzett sajátosságokat mutatják be.

A saját szerkesztésű iskolai egészségnevelés jellemzőit feltáró kérdőív az alábbi kérdésköröket tartalmazza:

1. az iskolai egészségneveléssel általánosságban, valamint a fizikai aktivitás növelését célzó tevékenységekkel kapcsolatos tanulói elégedettség kérdései (n = 2),
2. az iskolai egészségnevelésben részt vevő személyekre, a végzett egészségnevelési területek és tevékenyegyek gyakoriságára, az alkalmazott módszerekre, valamint célirányosan a fizikai aktivitásra irányuló kérdések (n = 6),
3. az iskolában végzett egészséggel, egészségmagatartással, egészségneveléssel kapcsolatos felmérés, illetve a tanulók saját és kortársaik egészségi állapotának és fizikai aktivitásának megítélése, a NETFIT eredményekre vonatkozó tájékoztatás, tanulói érdeklődés kérdései (n = 8),
4. nyílt végű kérdések a tanulói vélemények, javaslatok megfogalmazására az egészségnevelés szereplői, az alkalmazott módszerek, az egészségmagatartás javítása és a fizikai aktivitás fokozását kínáló lehetőségek oldaláról (n = 5).

A kérdések típusát tekintve az adatfelvételnek zárt (pl. dichotóm, szelektív, Likert-skála), félig nyitott és nyitott kérdések is a részét képezték. Az iskolában végzett egészségneveléssel, valamint a fizikai aktivitás növelésével kapcsolatos elégedettség megadása egy 0-tól-3-ig terjedő skálán történt, ahol a 0 fejezte ki, hogy a tanuló egyáltalán nem elégedett, az 1-es érték, hogy kicsit elégedett, a 2-es azt, hogy elégedett, a 3 pedig, hogy nagyon elégedett. A tanulók eltérően értelmezhetik az egészségnevelést, ezért a kérdés után könnyen megérthető formában is olvasható volt a fogalmi meghatározása.

Az egészségnevelés gyakoriságát általánosságban, valamint a fizikai aktivitás növelését célzó tevékenység rendszerességét, illetve az egészségnevelés tartalmát egy 0-4-ig terjedő skálán volt lehetőség meghatározni. A skála 0 pontja jelölte az adott szakos tanár hiányát az iskolában, az 1, hogy egyáltalán nem, a 2 fejezte ki, hogy nagyon ritkán végez egészségnevelést (pl. évente egészségnapokon), a 3 az időnként (pl. havonta 1-2 alkalommal) végzett tevékenységet, a 4-es érték pedig a folyamatosan, napi szinten végzett egészségnevelést jelezte.

Egy 1-től-4-ig terjedő skálán volt módjuk a tanulóknak a saját és kortársaik egészségi állapotának, valamint saját és társaik fizikai aktivitási jellemzőinek meghatározására. Az 1-es érték a rosszat, a 2-es a megfelelőt, a 3-as jót, a 4-es pedig a kitűnőt foglalta magában.

A kérdőív végén a nyílt végű kérdések lehetővé tették, hogy a tanulók javaslatokat fogalmazzanak meg a tanárok munkáját segítve, a kortársaik és saját egészségi állapotuk, fizikai aktivitásuk növelése adta lehetőségek tekintetében.

A kérdőívben szereplő tételek belső konzisztenciájának vizsgálata Chronbach- α -érték számítására irányult alternatív reliabilitási mutató, „split half” módszer alkalmazásával.

A háttértényezők mentén két csoport összehasonlítására kétmintás t-próbát (a nemek és: a család jómódúságának megítélése, az állóképesség önminősítése, a sportegyesületi tagság, a jóllét elemei, az iskolai egészségneveléssel és fizikai aktivitás növelésével való elégedettség, az egészségnevelésben és a fizikai aktivitás fokozásában részt vevők, valamint egészségnevelési tevékenységük gyakoriságának megítélése), három csoport esetében pedig egyszempontos varianciaanalízist végeztünk (évfolyamok szerint) megfelelő post hoc vizsgálattal. Szignifikanciaszintnek a $p < 0,05$ értéket fogadtuk el. Az adatok statisztikai elemzése IBM SPSS 25.0 program alkalmazásával történt.

A vizsgálat kutatásetikai jóváhagyással rendelkezik (Eszterházy Károly Katolikus Egyetem Kutatásetikai Bizottság, RK/1369/2022). A kutatást az iskola vezetése támogatta, a kutatásetikai kérelmet az érintett tanulók szülei vagy gondozói elfogadták és a kutatásban való részvételhez hozzájárultak.

Eredmények

A családjuk jómódúságát 1-től-5-ig terjedő skálán közel „elég jónak” ítélték meg a tanulók ($M = 3,81 \pm 0,86$). Nemek és évfolyamok között nem tapasztalható különbség e tekintetben ($t = 1,33$; $p = 0,18$; $F = 0,62$; $p = 0,53$).

A tanulók állóképességének önminősítése 1-től-4-ig terjedő skálán $2,74 \pm 0,88$ volt, a fiúk jobbnak ítélték meg állóképességüket, mint a lányok ($t = 4,12$; $p < 0,001$). Az évfolyamok között a legalacsonyabb értéket a 11. évfolyam tanulói adták ($M = 2,49 \pm 0,88$), viszont az évfolyamok között lényeges különbség nem volt kimutatható ($F = 2,40$; $p = 0,96$).

A válaszadók 81,6%-a nem tagja sem iskolai, sem iskolán kívüli sportegyesületnek. Iskolai sportkörnek tagja a minta 3,9%-a, iskolán kívüli sportkörnek 11,7%, míg 2,9% pedig mindkettőnek tagja. Nemek és évfolyamok között sem tapasztaltunk jelentős eltérést a sportegyesületi tagságot illetően ($t = 1,24$; $p = 0,21$; $F = 0,52$; $p = 0,59$).

A középiskolások jólléte

A tanulók az elmúlt két hét során vidámnak és jókedvűnek érezték magukat, azonban napjaik nem voltak tele érdekes dolgokkal, és ébredéskor nem voltak élénkek és frissek (1. táblázat). A teljes kérdéssor esetében kapott Chronbach- α értéke 0,79.

Nemek tekintetében az elmúlt két hét során érezte-e magát „nyugodtnak és ellazultnak” ($t = 2,44$; $p = 0,01$), „aktívnek és élénknek” ($t = 2,82$; $p = 0,006$) és „ébredéskor frissnek és élénknek” ($t = 2,83$; $p = 0,005$) válaszok vonatkozásában volt kimutatható szignifikáns különbség. Mindhárom esetben a lányok értékei a kedvezőtlenebbek. A különböző évfolyamokon válaszoló tanulók között nem tapasztalható jelentős különbség.

1. táblázat. WBI-5 kérdőívre adott válaszok átlaga, szórása nemenként és évfolyamonként ($N = 104$)

Kérdések: az elmúlt két hét során érezte-e magát...	Átlag/ szórás, összes	Átlag/ szórás, évfolyamonként				Átlag/ szórás, nemenként		
		10. évf.	11. évf.	12. évf.	F/ Sig.	Fiú	Lány	t/ Sig.
...vidámnak és jókedvűnek?	2,12 $\pm 0,87$	2,11 $\pm 1,03$	2,15 $\pm 0,78$	2,09 $\pm 0,77$	0,03 0,96	2,12 $\pm 0,89$	2,13 $\pm 0,85$	0,07 0,94
...nyugodt-nak és ellazultnak?	1,55 $\pm 0,94$	1,46 $\pm 0,95$	1,66 $\pm 0,99$	1,53 $\pm 0,87$	0,40 0,67	1,78 $\pm 0,93$	1,34 $\pm 0,89$	2,44 0,01
...aktívnek és élénknek?	1,79 $\pm 0,83$	1,89 $\pm 0,78$	1,74 $\pm 0,99$	1,75 $\pm 0,88$	0,31 0,72	2,04 $\pm 0,88$	1,57 $\pm 0,82$	2,82 0,006
...ébredéskor frissnek és élénknek?	0,93 $\pm 0,92$	0,92 $\pm 0,96$	1,09 $\pm 0,90$	0,78 $\pm 0,90$	0,91 0,40	1,18 $\pm 1,04$	0,68 $\pm 0,72$	2,83 0,005
A napjai tele voltak számára érdekes dolgokkal?	1,34 $\pm 0,97$	1,36 $\pm 0,99$	1,37 $\pm 0,97$	1,28 $\pm 0,99$	0,08 0,92	1,49 $\pm 1,02$	1,19 $\pm 0,90$	1,59 0,11

Iskolai egészségnevelést vizsgáló kérdőív tesztelése

Első lépésként a belső konzisztencia vizsgálathoz szükséges Chronbach- α -érték meghatározását a teljes kérdéssor tételai estében végeztük el ($\alpha = 0,95$). A kérdéskörök csoportosítása során kapott eredményeket a 2. táblázat mutatja be.

2. táblázat. Chronbach- α értéke kérdéskörönként ($N = 104$)

Kérdéskör	Kérdések száma	Chronbach- α
1. Elégedettség (iskolai egészségnevelés, fizikai aktivitás növelése)	2 db	0,89
2. Iskolai egészségnevelésben részt vevők, területe, gyakorisága, egészségnevelés és fizikai aktivitás növelésének módszerei	6 db	0,95
3. Egészségmagatartással, egészségneveléssel kapcsolatos felmérés, saját és kortársak egészségi állapota, fizikai aktivitása. NETFIT eredményekre vonatkozó felmérés, érdeklődés	8 db	0,51
4. Nyílt végű kérdések	5 db	-

Az itemek közötti elvárt korrelációs szintet 0,5 fölötti értékben határoztuk meg. A korigált korrelációval számolt Spearman-Brown-féle „split half” megbízhatósága 0,89 értéket mutatott.

Az iskolai egészségneveléssel kapcsolatos értékek a tanulók elégedettségét mutatták ($M = 2,07 \pm 0,83$), a fizikai aktivitás szintjének növelését célzó tevékenységek vonatkozásában az eredmény az elégedettséghez közelít ($M = 1,93 \pm 0,87$). A fiúk és a lányok esetében az iskolai egészségnevelés ($t = 1,08$; $p = 0,28$) és a fizikai aktivitás növelését célzó tevékenységgel kapcsolatos elégedettség között ($t = 1,01$; $p = 0,28$) nem volt szignifikáns különbség.

A tanulók megítélése alapján az iskolai egészségnevelésben leginkább a testnevelő tanároknak (80,8%), az egészségügyi tanároknak (78,4%) és az iskolaorvosnak (70,6%) van feladatuk. Legkisebb szerepet a szakoktatóknak (11,7%), a reál tárgyakat (8,8%) valamint a humán tárgyakat tanító tanároknak (5,9%) tulajdonítottak e tekintetben.

Leggyakrabban a testnevelők végeztek egészségneveléssel kapcsolatos tevékenységeket ($M = 3,2 \pm 0,99$), mely havonta egy-két alkalmat foglal magában. Ezt követte az iskolaorvos ($M = 2,17 \pm 1,20$) és az egészségügyi tanárok ($M = 2,16 \pm 1,37$), ami nagyjából évente néhány alkalmat ölelt fel. Egyáltalán nem vagy csak nagyon ritkán vesznek részt e tevékenységben az iskola kisegítő dolgozói ($M=1,37\pm 1,10$), a humán tárgyakat ($M=1,29\pm 1,08$) és a reál tárgyakat tanító pedagógusok ($M=1,16\pm 1,01$) (3. táblázat).

3. táblázat. Az iskolai egészségnevelés véleményezett szereplői és az egészségnevelés gyakorisága (N = 104)

Sor-rend	Iskolai egészségnevelésben feladata van – a tanulói vélemények alapján	Gyakoriság, %	Sor-rend	Az egészség-nevelés gyakorisága – a tevékenységet végzők tekintetében	Átlag	Szórás
1.	testnevelő tanár	80,8	1.	testnevelő tanár	3,2	0,99
2.	egészségügyi tanár	78,4	2.	iskolaorvos	2,17	1,20
3.	iskolaorvos	70,6	3.	egészségügyi tanár	2,16	1,37
4.	védőnő	68	4.	védőnő	2,11	1,24
5.	külső szakemberek, szervezetek	53,4	5.	szülők	1,81	1,20
6.	szülők	52,4	6.	osztályfőnök	1,92	1,17
7.	biológia tanár	46,6	7.	biológia tanár	1,70	1,31
8.	osztályfőnök	28,8	8.	külső szakemberek, szervezetek	1,66	1,20
9.	iskolaigazgató	17,5	9.	iskolaigazgató	1,41	1,12
10.	az iskola kiegészítő dolgozói	15,5	10.	szakoktató	1,38	1,02
11.	szakoktató	11,7	11.	az iskola kiegészítő dolgozói	1,37	1,10
12.	reál tárgyakat tanító pedagógus	8,8	12.	humán tárgyakat tanító pedagógus	1,29	1,08
13.	humán tárgyakat tanító pedagógus	5,9	13.	reál tárgyakat tanító pedagógus	1,16	1,01
14.	egyéb személyek (edző, sportorvos, iskolapszichológus)	2,8- 2,9-19	14.	_____	_____	_____

Nemek és az évfolyamok tekintetében nincs szignifikáns különbség az iskolai egészségnevelésben és a fizikai aktivitás növelésében részt vevő személyek által végzett tevékenységek gyakoriságának megítélésében.

A nyílt végű kérdésekre adott válaszok alapján elmondható, hogy összességében az egészségi állapot, egészségmagatartás javítására vonatkozóan megfelelően működnek az erre irányuló tevékenységek. Kiemelendő a játékosabb testnevelésórákra, az ülésel töltött rövidebb tanórákra, a gyakrabban megjelenő egészségnapokra való kérés. A motiválásra való igény főképpen a fiúk és a magasabb évfolyamok körében jelent meg. Több egészségnap, a témához kapcsolódó beszélgetés mindhárom évfolyamon leginkább a lányok esetében elvárás. A konkrét

A nyílt végű kérdésekre adott válaszok alapján elmondható, hogy összességében az egészségi állapot, egészségmagatartás javítására vonatkozóan megfelelően működnek az erre irányuló tevékenységek.

javaslatok között jellemzően az szerepelt, hogy „Semmit nem kell tenni, jó, ahogy van.” „Nem tudom, mert ez nem az én feladatom.” „Játékosabban kellene lebonyolítani a testnevelésórákat, több izgalmas mozgásos feladatokkal.” „Rövidebbek legyenek a tanórák, ahol ülni kell.” „Több egészségnap, egészséggel kapcsolatos előadások tartása.” „Beszélgetni a tanulókkal és tanácsot adni.” „Ne lehessen az iskolába bevinni energiált.”

4. táblázat: Fizikai aktivitás növelését célzó tevékenységek gyakorisága a tevékenységben résztvevő szereplőkként, csoportosítva a válaszadók neme és évfolyama alapján (N=104)

Sorrend	Egészségnevelésben résztvevők – fizikai aktivitás növelését célzó tevékenységben	Átlag/szórás – összes	Átlag/szórás – évfolyamonként			F / Sig.	Átlag/szórás – nemenként		t / Sig
		Fizikai aktivitás növelésének gyakorisága	10. évf.	11. évf.	12. évf.		Fiú	Lány	
1.	testnevelő tanár	2,68 ± 1,30	2,71 ± 1,31	2,64 ± 1,24	2,68 ± 1,43	0,29 / 0,97	2,60 ± 1,36	2,75 ± 1,26	0,55 / 0,58
2.	védőnő	2,04 ± 1,27	2,00 ± 1,30	2,09 ± 1,18	2,00 ± 1,36	0,05 / 0,94	1,84 ± 1,18	2,24 ± 1,33	-1,58 / 0,11
3.	iskolaorvos	2,00 ± 1,27	2,09 ± 1,29	2,09 ± 1,18	1,78 ± 1,36	0,62 / 0,53	1,92 ± 1,18	2,08 ± 1,35	-0,62 / 0,53
4.	egészségügyi tanár	1,86 ± 1,39	1,94 ± 1,28	1,88 ± 1,47	1,72 ± 1,46	0,22 / 0,80	1,92 ± 1,38	1,81 ± 1,41	0,39 / 0,69
5.	szülők	1,80 ± 1,29	1,91 ± 1,31	2,00 ± 1,27	1,27 ± 1,26	1,81 / 0,16	1,84 ± 1,37	1,77 ± 1,23	0,27 / 0,8
6.	osztályfőnök	1,65 ± 1,20	1,91 ± 1,24	1,70 ± 1,23	1,28 ± 1,05	2,44 / 0,92	1,59 ± 1,18	1,71 ± 1,22	-0,49 / 0,69
7.	külső szakemberek, szervezetek	1,67 ± 1,33	1,40 ± 1,21	1,91 ± 1,37	1,66 ± 1,40	1,27 / 0,28	1,62 ± 1,32	1,71 ± 1,36	-0,34 / 0,73
8.	biológia tanár	1,50 ± 1,32	1,54 ± 1,31	1,36 ± 1,29	1,56 ± 1,39	0,39 / 0,80	1,65 ± 1,37	1,37 ± 1,26	1,09 / 0,27
9.	iskolaigazgató	1,49 ± 1,23	1,43 ± 1,33	1,45 ± 1,12	1,53 ± 1,24	0,06 / 0,94	1,54 ± 1,26	1,42 ± 1,20	0,44 / 0,65
10.	szakoktató	1,38 ± 1,15	1,26 ± 1,12	1,38 ± 1,12	1,47 ± 1,21	0,38 / 0,75	1,46 ± 1,26	1,31 ± 1,03	0,66 / 0,50
11.	az iskola kiegészítő dolgozói	1,33 ± 1,15	1,31 ± 1,25	1,33 ± 1,08	1,28 ± 1,11	0,01 / 0,98	1,44 ± 1,24	1,22 ± 1,04	0,98 / 0,32
12.	humán tárgyakat tanító pedagógus	1,28 ± 1,09	1,17 ± 1,17	1,39 ± 1,08	1,23 ± 0,99	0,37 / 0,68	1,29 ± 1,13	1,27 ± 1,06	0,05 / 0,95
13.	reál tárgyakta tanító pedagógus	1,28 ± 1,11	1,06 ± 1,08	1,41 ± 1,07	1,34 ± 1,15	1,00 / 0,37	1,34 ± 1,13	1,23 ± 1,09	0,49 / 0,62

Az iskolai egészségnevelésben való részvételhez hasonlóan a fizikai aktivitás szintjének növelését célzó tevékenységben szintén a testnevelők jártak az élen ($M = 2,68 \pm 1,30$), majd ezt követően a védőnők ($M = 2,04 \pm 1,27$) és az iskolaorvos ($M = 2,00 \pm 1,27$) következett. Legkevésbé fókuszáltak a tanulók fizikai aktivitásának növelésére az iskola kiegészítő dolgozói ($M = 1,33 \pm 1,15$), továbbá egyenlő arányban a humán ($M = 1,28 \pm 1,09$) és a reál tárgyakat tanító pedagógusok ($M = 1,28 \pm 1,11$) (4. táblázat).

A táblázatban látható, hogy sem az évfolyamok, sem a nemek tekintetében nem volt különbség a kérdéskörben.

Lényeges, hogy a különböző iskolák specifikumából adódóan egyéb személyek is megjelenhetnek a felsoroltakon kívül az egészségnevelés folyamatában, a fizikai aktivitás fokozásában. Ezt hivatott pótolni a kérdéssorban megjelent egyéb kategória, mely szöveges válaszadására is lehetőséget biztosított. Azonban a tanulók vagy nem rögzítettek plusz egyéneket vagy úgy fogalmaztak, hogy nem végez más személy ilyen jellegű tevékenységet az említettek kivételével.

Fizikai aktivitás szintjének növelése tekintetében a tanulók megfogalmazták a több testnevelősóra, gyakoribb kirándulásra, sportnapokra, sportszakkörökre való igényt. Többször megjelent a motiválás fontossága, melyet a fiúk és a felsőbb évfolyamok igénylik túlnyomórészt. Több játékos program, szórakoztató, érdekes sporttevékenység szükségessége valamennyi évfolyamon, de főként a lányok esetében került megfogalmazásra. A vélemények között jelent meg az, hogy „Ösztöndíjjal való motiválás.” „A tanulókat kötelezni kellene a több mozgásra.” A „több aktivitást igénylő tantárgy.” „Érdekesebb programok.” „Az iskolai edzőterem gyakoribb használatának biztosítása.” „Több foci.” „Hosszabb udvari szünet.” „Több sportrendezvény.”

Az iskolai egészségnevelés tartalmi elemeit tekintve a fizikai aktivitás jelent meg a leggyakrabban ($M = 2,01 \pm 0,80$), ezt követte a személyi higiéné ($M = 1,59 \pm 0,84$), majd a balesetvédelem témaköre ($M = 1,54 \pm 0,71$). Kevésbé hangsúlyos szerepet kaptak a szűrővizsgálatok ($M = 1,35 \pm 0,74$), az elsősegélynyújtás ($M = 1,21 \pm 0,84$), valamint az optimális családtervezés területe ($M = 1,18 \pm 0,78$) (5. táblázat). Az évfolyamok és a nemek tekintetében sem találtunk különbséget az egészségnevelés tartalmi elemei megítélését illetően.

5. táblázat. Az egészségnevelés tartalmi elemei, csoportosítva a válaszadók neme és évfolyama alapján (N = 104)

Sorszám	Az egészségnevelés tartalmi elemei	Átlag/szórás-összes Megjelenési gyakorisága	Átlag/szórás-évfolyamonként			F / Sig.	Átlag/szórás-nemenként		t / Sig.
			10. évf.	11. évf.	12. évf.		Fiú	Lány	
1.	fizikai aktivitás	2,01 ± 0,80	2,15 ± 0,78	1,91 ± 0,81	1,97 ± 0,82	0,77 / 046	2,02 ± 0,84	2,00 ± 0,76	0,12 / 0,90
2.	személyi higiéné	1,59 ± 0,84	1,70 ± 0,77	1,54 ± 0,98	1,53 ± 0,76	0,39 / 0,67	1,65 ± 0,86	1,55 ± 0,82	0,58 / 0,55
3.	balesetvédelem	1,54 ± 0,71	1,57 ± 0,69	1,49 ± 0,70	1,56 ± 0,75	0,14 / 0,86	1,58 ± 0,78	1,51 ± 0,63	0,50 / 0,61
4.	lelki egészségvédelem	1,51 ± 0,89	1,71 ± 0,78	1,57 ± 0,88	1,22 ± 0,97	2,76 / 0,06	1,64 ± 0,92	1,40 ± 0,86	1,38 / 0,16
5.	káros szenvedélyek	1,51 ± 0,75	1,63 ± 0,80	1,35 ± 0,69	1,56 ± 0,75	1,24 / 0,29	1,51 ± 0,91	1,53 ± 0,57	-0,12 / 0,90
6.	egészségügy szolgáltatások igénybevétele	1,47 ± 0,84	1,53 ± 0,88	1,50 ± 0,96	1,38 ± 0,79	0,30 / 0,74	1,53 ± 0,84	1,42 ± 0,84	0,68 / 0,52
7.	szexualitás	1,45 ± 0,81	1,63 ± 0,77	1,29 ± 0,86	1,44 ± 0,80	1,56 / 0,21	1,50 ± 0,95	1,42 ± 0,66	0,52 / 0,59
8.	egészséges táplálkozás	1,44 ± 0,78	1,38 ± 0,65	1,40 ± 0,88	1,53 ± 0,80	0,35 / 0,70	1,52 ± 0,78	1,37 ± 0,76	1,00 / 0,31
9.	környezetvédelem	1,40 ± 0,77	1,53 ± 0,77	1,37 ± 0,80	1,28 ± 0,77	0,86 / 0,42	1,49 ± 0,82	1,32 ± 0,72	1,48 / 0,14
10.	szűrővizsgálatok	1,35 ± 0,74	1,29 ± 0,71	1,24 ± 0,69	1,53 ± 0,80	1,51 / 0,22	1,41 ± 0,78	1,30 ± 0,69	0,72 / 0,47
11.	elsősegélynyújtás	1,21 ± 0,84	1,11 ± 0,83	1,26 ± 0,81	1,25 ± 0,91	0,30 / 0,73	1,34 ± 0,84	1,09 ± 0,83	1,47 / 1,42
12.	optimális családtervezés	1,18 ± 0,78	1,14 ± 0,84	1,09 ± 0,70	1,31 ± 0,82	0,73 / 0,48	1,26 ± 0,85	1,09 ± 0,71	1,07 / 0,28

Az egészségfejlesztés során alkalmazott oktatási és nevelési módszerek közül leggyakrabban az előadás 73,8%, a magyarázat 69,6%, az egészségnap/hét szervezése 68,6% jelent meg. Legkevésbé a kooperatív oktatási módszert, a tanulási szerződést és a vitát (25–20,6%) alkalmazták az iskolai egészségnevelés során. A fizikai aktivitást növelő módszerek tekintetében leginkább a testnevelésórák 77%, az egészségnap/hét 76,5% és sportprogramok szervezése 70,6% tapasztalható. Legkevésbé jellemző az ellenőrzés-követelés, büntetés és a szimuláció (32,7–18,4%) (6. táblázat).

6. táblázat. Az egészségnevelés során alkalmazott és a fizikai aktivitás növelését célzó módszerek megoszlása (N = 104)

Sorrend	Az egészségnevelés során alkalmazott módszerek	Gyakoriság %	Sorrend	Fizikai aktivitást növelő módszerek	Gyakoriság %
1.	előadás	78,8	1.	testnevelés órák	77,0
2.	magyarázat	69,6	2.	egészségnap/hét	76,5
3.	egészségnap/hét	68,6	3.	sportprogramok szervezése	70,6
4.	elbeszélés	66,3	4.	beszélgetés, felvilágosítás	55,9
5.	megbeszélés	66,3	5.	tanulmányi kirándulás	52,9
6.	beszélgetés, felvilágosítás	58,4	6.	hagyományos tantermi módszerek	49,0
7.	projekt módszer	53,4	7.	fizikális aktivitás növelése digitális eszközök alkalmazásával	47,6
8.	házi feladat	53,4	8.	projekt módszer	45,6
9.	tanulmányi kirándulás	52,0	9.	szerepjáték	50,5
10.	kortárs előadás	51,5	10.	gyakorlás	41,0
11.	szemléltetés	49,5	11.	jutalmazás	37,3
12.	játék	49,5	12.	példa, példaadás	34,3
13.	digitális eszközökkel történő támogatás	47,6	13.	ellenőrzés -követelés	32,7
14.	tanulói kiselőadás	46,6	14.	büntetés	20,2
15.	gyakorlás	40,8	15.	szimuláció	18,4
16.	példa, példaadás	38	16.	-----	-----
17.	szerepjáték	35	17.	-----	-----
18.	egyéb (jutalmazás, munkáltató módszer, ellenőrzés-követelés, büntetés, szimuláció, kooperatív oktatási módszer, tanulói szerződés, vita)	34–20,6	18.	-----	-----

Az egészségfejlesztés során alkalmazott nevelési és oktatási módszerek megítélése a nemek között jelentős különbséget mutatott. A lányok a következő módszerek alkalmazását tapasztalták gyakrabban, mint a fiúk: projektmódszer ($t = -2,03$; $p = 0,04$), egészségnap/ egészség hét szervezése ($t = -2,05$; $p = 0,04$), beszélgetés, felvilágosítás ($t = -2,24$; $p = 0,02$), illetve a fizikai aktivitás növelését elősegítő módszerek esetében: egészségnap/ egészség hét ($t = -3,33$; $p = 0,001$), sportprogramok szervezése ($t = -2,14$; $p = 0,03$), példaadás ($t = -2,05$; $p = 0,04$), beszélgetés, felvilágosítás ($t = -2,18$; $p = 0,03$).

A három évfolyam között a magyarázat ($F = 3,47$; $p = 0,03$), a vita ($F = 3,12$; $p = 0,04$) és a beszélgetés, felvilágosítás ($F = 4,22$; $p = 0,01$) esetében volt lényeges eltérés. A magyarázat a 11. évfolyamon fordult elő többször, a 10. évfolyamhoz képest. A vita a 12 évfolyamon, a beszélgetés, felvilágosítás előfordulása pedig a 10. évfolyamon volt

alkalmazva szignifikánsan többször. A fizikai aktivitás növelésére vonatkozó módszerek között nem volt évfolyamok szerinti különbség.

A tanulók kortársaik egészségi állapotának és fizikai aktivitásának megítélésakor $2,57 \pm 0,80$ valamint $2,55 \pm 0,87$ eredményt adott (1-től-4-ig terjedő skálán), mely a „megfelelő” és a „jó” érték között helyezkedik el. A saját egészségi állapotra és fizikai aktivitásra vonatkozóan pedig az átlag $2,82 \pm 0,82$ és a $2,86 \pm 0,81$, ami közel jónak felel meg.

Arra a kérdésre, hogy az iskolában időszakosan történik-e az egészségi állapottal, egészségmagatartással kapcsolatos felmérés a megkérdezettek 53,4% igennel, 14,6%-a nemmel válaszolt. A minta majdnem egyharmada (32,0%) nem tudja, hogy végeztek-e ilyen jellegű vizsgálatot. Az iskolai egészségnevelési tevékenységhez köthetően pedig 50,5% úgy gondolja, hogy volt ilyen típusú felmérés, 15,8% szerint nem és 33,7% pedig nem tudja.

A NETFIT eredményekről a testnevelő tanárok tájékoztatták a tanulókat a válaszadók 71,8%-a szerint. 9,7%-uk visszajelzése alapján nem, 17,5%-uk pedig nem emlékszik erre. A tanulók 27,7%-a utánanézett a pontszámainak, 27,7% nem kereste az eredményeket, mivel nem tudja, hogy hol kell megtekinteni. Emellett a minta 41,6%-a azért nem nézett utána, mert nem érdeklí és 3% pedig nem tudja, hogy mit jelent a NETFIT.

Az egészségi állapot, egészségmagatartás, iskolai egészségnevelés jellemzőinek felmérésére és a NETFIT eredményekre vonatkozóan sem volt a különböző évfolyamok, valamint a fiúk és lányok által adott válaszok között szignifikáns különbség. Ugyanakkor a fiúk kedvezőbbnek ítélték meg saját fizikai aktivitásuk szintjét, mint a lányok ($t = 2,45$; $p = 0,01$).

A jóllét, az egészségi állapot, a fizikai aktivitás és az iskolai egészségneveléssel való elégedettség összefüggései

Összességében a jóllét, az egészségi állapot, a fizikai aktivitás és az iskolai egészségneveléssel való elégedettség összefüggései között kevés kapcsolat mutatkozott. Az aktív, élénk állapot mértéke, valamint a tanulók saját egészségi állapotának megítélése között közepes erősségű korrelációt találtunk ($r = 0,45$; $p = 0,001$). Az elmúlt két hét során érzett aktív és élénk állapot, az iskolai egészségneveléssel, valamint a fizikai aktivitás növelésére irányuló tevékenységekkel való elégedettség között mérsékelt kapcsolat fedezhető fel ($r = 0,32, 0,29$; $p = 0,01, 0,03$). A tanulók által az elmúlt két hét során érzett vidám, jókedvű állapot és a saját egészségi állapot megítélése között szintén gyenge korreláció tapasztalható ($r = 0,29$; $p = 0,003$). Nem tapasztalható összefüggés az ébredéskor jellemző friss állapot és a saját egészségi állapot, valamint a fizikai aktivitásra vonatkozó önértékelés tekintetében ($r = 0,04, 0,08$; $p = 0,66, 0,39$).

Megbeszélés

Az egészségfejlesztés hosszú távú folyamat, mely során elérendő cél, hogy az egyén képessé váljon az egészség választására. Ezen tevékenységnek meg kell jelennie az iskola mindennapjaiban, valamint a tanórákon túl is (Somhegyi, 2012). Az iskolai egészségnevelés nem csupán a gyermekek és fiatalok egészségi állapotára van hatással, hanem egészséges felnőtté válva személyes és közösségi hatásai is jelentősek (Lippai és Vitrai, 2023).

A nevelési-oktatási intézményeknek a tanulók fizikai aktivitására gyakorolt hatásuk szempontjából is kiemelt szerepük van. Megerősíthetik a fizikailag aktív életmód kialakulását, amennyiben e terület értéként, célként megjelenik az iskola mindennapjaiban (Csányi, 2010). Korábbi tanulmányok jellemzően az iskolai egészségnevelési programokat az ehhez kapcsolódó dokumentumok oldaláról vizsgálták. A kutatási eredmények hiányosságát mutatták ki a konkrét egészségnevelési célok, az alkalmazott módszerek

és eszközök, valamint az egészségnevelésben részt vevő szereplők meghatározásában (Beregi és Bognár, 2022, 2023; Horváth, 2022). Elmondható, hogy az iskolai egészségnevelés a gyakorlat, módszertan és tartalmi elemek, emellett pedig a folyamat, illetve az eredmények hatásrendszere tekintetében kevésbé kutatott területnek számít. A hazai és nemzetközi kutatások többsége az esetenként előforduló iskolai intervenció programokat mutatja be, de hosszú távú következtetést nem tudtak kimutatni (Járomi, Szilágyi és Vitrai, 2016; Larsen és mtsai, 2018; Resaland és mtsai, 2018; Habib-Mourab, 2020).

A jelen tanulmányban alkalmazott és vizsgált kérdéssor az iskolai élet mindennapjában megjelenő egészségnevelés jellemzőit tárta fel. Az egészségnevelésben és a tanulók fizikai aktivitásának növelésben szerepet vállalók beazonosításában, az alkalmazott módszerek és tartalom vizsgálatában, gyakoriságában, az iskolai egészségneveléssel való elégedettség kimutatásában, valamint a jólléttel kapcsolatos összefüggések feltárásában kíván segítséget nyújtani. Mindez alkalmazhatónak bizonyulhat a Precede-Proceed modell diagnosztikus szakaszában történő helyzetfelmérés, valamint az elemzés-értékelés során is. Az iskolai egészségnevelés vizsgálatát célzó kérdőív kiváló belső konzisztenciával rendelkezik ($\alpha = 0,95$), alkalmas az ezen a szinten tapasztalható egészségnevelés főbb jellemzőinek és összefüggéseinek feltárására.

Eredményeink alapján megállapítható, hogy leggyakrabban a testnevelők, az iskolaorvos, valamint az egészségügyi tanárok végeznek egészségneveléssel kapcsolatos tevékenységeket a vizsgált középiskolában. Fizikai aktivitás szintjének növelése tekintetében szintén a testnevelők járnak az élen, őket a védőnő és az iskolaorvos követi. Az alkalmazott gyakoribb módszerek tekintetében különbség található általánosságban és konkrétan a fizikai aktivitás növelését célzó tevékenységekben. Míg a tágabb területet felölelő egészségnevelés leggyakoribb módszere az előadás, magyarázat, egészségnap/hét szervezése, addig a fizikai aktivitás növelését illetően a testnevelésórák, az egészségnap/hét, a sportprogramok szervezése a legjellemzőbb.

A három évfolyam és a nemek szerinti válaszok különbözőségeit vizsgálva megállapítható, hogy a legtöbb esetben nincs különbség az egészségnevelés, valamint a fizikai aktivitás növelését végző egyének és az alkalmazott módszerek tekintetében, csupán néhány módszer vonatkozásában. Az aktív és élénk állapot mértéke és a tanulók önminősített egészségi állapota között közepes erősségű kapcsolat volt tapasztalható.

Kiemelendő, hogy a fiúk jelentősen jobbnak vélik állóképességüket és saját fizikai aktivitásuk szintjét, mint a lányok. Így megerősíthetjük Brassai és Pikó (2007) korábbi kutatását, ahol a lényeges nemek között különbségeket mutattak be a szerzők, és

Kiemelendő, hogy a fiúk jelentősen jobbnak vélik állóképességüket és saját fizikai aktivitásuk szintjét, mint a lányok. Így megerősíthetjük Brassai és Pikó (2007) korábbi kutatását, ahol a lényeges nemek között különbségeket mutattak be a szerzők, és jellemzően a fiúk végeztek gyakrabban sporttevékenységet. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartását vizsgáló nemzetközi kutatás (HBSC) eredménye szintén rámutatott a nemek közötti különbségekre a végzett fizikai aktivitás jellemzői tekintetében. Megállapítást nyert, hogy a fiúk 49%-a, a lányok 35%-a végez hetente négy vagy többszöri alkalommal erőteljes mozgásformát. Általános jellemzőnek tűnik, hogy a lányok kevesebbet mozognak a fiúkhöz képest.

jellemzően a fiúk végeztek gyakrabban sporttevékenységet. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartását vizsgáló nemzetközi kutatás (HBSC) eredménye szintén rámutatott a nemek közötti különbségekre a végzett fizikai aktivitás jellemzői tekintetében. Megállapítást nyert, hogy a fiúk 49%-a, a lányok 35%-a végez hetente négy vagy többszöri alkalommal erőteljes mozgásformát (Inchley és mtsai, 2020). Általános jellemzőnek tűnik, hogy a lányok kevesebbet mozognak a fiúkhoz képest.

A szakirodalomban megfigyelhető, hogy a magasabb évfolyamokon visszaesik a mozgás mennyisége (Németh és Várnay, 2019). Jelen kutatás rávilágított arra, hogy a lányok kedvezőtlenebbnek ítélik meg állóképességüket a fiúkéhoz képest, ugyanakkor évfolyamok tekintetében nem volt szignifikáns különbség az állóképesség megítélését és mozgás mennyiségét illetően.

A kutatás korlátjaként meg kell említeni, hogy a vizsgálat csupán egy középiskola tanulói körében zajlott, tehát nem általánosítható. A kutatás a kérdéssor validálására irányult, és így a további kutatásokhoz és továbbfejlesztéséhez kellő információt adott. Erősségeként kiemelendő, hogy a tanulók fizikai aktivitását hangsúlyozva az iskolai egészségnevelés feltárása olyan komplex módon, több tényező figyelembevételével zajlott, melyre a korábbi kapcsolódó kutatásokban nem volt példa.

Következtetés

Az iskolai egészségnevelés és a tanulók fizikai aktivitási szintjének fokozása kiemelt figyelmet érdemel a tudományban és a gyakorlatban is, mivel a középfokú nevelési-oktatási intézményben töltött idő és az ezen színhelyen formált egészségmagatartás meghatározó a tanulók későbbi élete során. Ahhoz, hogy e nevelési feladat eredményes legyen, az egészségnevelés folyamatának valamennyi állomását figyelemmel kell kísérni és az adott lehetőségeket maximálisan kiaknázni.

A helyzetelemzéshez és az értékeléshez is segítséget nyújthat egy olyan objektív és megbízható mérőeszköz alkalmazása, amely a fiatalok egészségmagatartásának vizsgálata mellett az egészségnevelés jellemzőit több perspektívából is vizsgálja. A mérőeszköz tesztelése és folyamatos korszerűsítése, a fiatalok időszakos visszajelzése az iskolai egészségneveléssel kapcsolatosan elengedhetetlen az egészségnevelés hatékony megvalósításához, fejlesztéséhez. A tanulói elégedettség növelése és az egészségnevelés eredményessége érdekében alkalmazott módszerek, tartalom, illetve a tevékenységet végző szereplők tekintetében is indokoltnak tartjuk az iskolai egészségnevelés folyamatának felülvizsgálatát és fejlesztését.

Kulcsfontosságú, hogy a diákok számára lehetőséget biztosítsunk arra, hogy kifejthesék véleményüket az egészségnevelés és a fizikai aktivitás szintjének növelésére irányuló iskolai tevékenység vonatkozásában, hiszen ők a folyamat célszereplői. A fiatalok megkérdezése mellett fontos e tevékenységet a tanári és szülői-gondozói oldalról is feltárni, melyet érdemesnek tartunk további kutatási területként alkalmazni. Informatív lehet a fiúk és lányok körében tapasztalt különbségek, például a fizikai aktivitási szint, az állóképesség megítélés eltéréseinek elemzése.

Az egészségnevelés jellemzőinek feltárására alkalmasnak bizonyult az általunk vizsgált kérdéssor, melynek további gyakorlati alkalmazása, fejlesztése támogatást nyújthat az iskolákban történő egészségnevelés eredményes megvalósításához.

Irodalom

- Benkő, Zs. (2010). Egészségfejlesztés a közoktatásban és a tanárképzésben. *Népegészségügy*, 88, 37–42.
- Beregi, E. & Bognár, J. (2022). A tanulók fizikai aktivitásának szerepe az iskolai egészségnevelési programokban. In: Karlovitz, J. T. (szerk.), *Szaktudományi és más pedagógiai tanulmányok*. International Research Institute. 127–135.
- Beregi, E. & Bognár, J. (2023). Iskolai egészségfejlesztési programok vizsgálata az Észak-Magyarország régióban: Fókuszban a fizikai aktivitás. *Egészségfejlesztés*, 64(1), 2–13. DOI: [10.24365/ef.8883](https://doi.org/10.24365/ef.8883)
- Bircher, J. & Kuruvilla, S. (2014). Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. *Journal of Public Health Policy*, 35(3), 363–386. DOI: [10.1057/jphp.2014.19](https://doi.org/10.1057/jphp.2014.19)
- Bognár, J. (2019). A testnevelés értékorientációja. *Új Pedagógiai Szemle*, 69(3–4), 100–108.
- Boros, Sz. & Kalmárné Rimóczi, Cs. (2011). A szabadidő-eltöltési szokások testi énképre gyakorolt hatásai. *Kalokagathia*, 49(2–4), 118–128.
- Brassai, L. & Pikó, B. (2007). Protektív pszichológiai jellemzők szerepe a serdülők egészséggel kapcsolatos magatartásában. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 8(3), 2011–227. DOI: [10.1556/mental.8.2007.3.4](https://doi.org/10.1556/mental.8.2007.3.4)
- Csányi, T. (2010). A fiatalok fizikai aktivitásának és inaktív tevékenységeinek jellemzői. *Új Pedagógiai Szemle*, 60(3–4), 115–128. <https://folyoiratok.oh.gov.hu/uj-pedagogiai-szemle/a-fiatalok-fizikai-aktivitasanak-es-inaktiv-tevenysegeinek-jellemzoi> Utolsó letöltés: 2023. 06. 16.
- Deutsch, K. (2011). Iskolai egészségfelfogás és egészségfejlesztés kvalitatív és kvantitatív kutatások tükrében. *Új Pedagógiai Szemle*, 61(1–2–3–4–5), 225–234.
- Glanz, K. (2008). Using Theory in Research and Practice. In: *Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice*. Jossey-Bass, San Francisco, 405–433.
- Guo, S., Armstrong, R., Waters, E., Thirunavukkarasu, S., Alif, S. M., Browne, G. R. és mtsaik (2018). Quality of health literacy instruments used in children and adolescents: a systematic review. *BMJ Open*, 8(6). DOI: [10.1136/bmjopen-2017-020080](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020080)
- Ferenczi, M. & Lenténé Puskás, A. (2021). Az egészségtudatosság sajátos vonásai a 11-17 éves magyar fiatalok vonatkozásában az ezredfordulót követően a HBSC kutatás adatai alapján-szakirodalmi áttekintés. *Táplálkozásmarketing*, 8(1), 33–44. DOI: [10.20494/TM/8/1/3](https://doi.org/10.20494/TM/8/1/3)
- Ferrer, I., Carbonell, A. & Frijters, P. (2004). How important is methodology for the estimates of the determinants of happiness? *The Economic Journal*, 114(497), 641–659. DOI: [10.1111/j.1468-0297.2004.00235.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2004.00235.x)
- Fodor, L. (2015). Az egészségfejlesztés pszichopedagógiai módszerei. *Magiszter*, 13(1), 21–32.
- Habib-Mourad, C., Ghandour, L. A., Maliha, C., Awada, N., Dagher, M. & Hwalla, N. (2020). Impact of a one-year school-based teacher-implemented nutrition and physical activity intervention: main findings and future recommendations. *BMC Public Health*, 20(1), 256. DOI: [10.1186/s12889-020-8351-3](https://doi.org/10.1186/s12889-020-8351-3)
- Horváth, C. & Bognár, J. (2019). Egy folyamatorientált egészségfejlesztési intervenció modell: Az elmélet és a gyakorlat találkozása. *ACTA Universitatis, Sectio Sport*, Tom. XLVI, 83–92. DOI: [10.33040/actauniveszterhazysport.2019.1.83](https://doi.org/10.33040/actauniveszterhazysport.2019.1.83)
- Horváth, C., Csányi, T. & Révész, L. (2021). Serdülők egészségműveltségét mérő kérdőív hazai adaptációja. *Egészségfejlesztés*, 62(4), 4–12. DOI: <https://doi.org/10.24365/ef.v62i4.7498>
- Horváth, C. (2022). Az iskolai egészségnevelés elméleti megközelítése az egészségnevelési programok dokumentumelemzésével. *ACTA Universitatis, Sectio Sport*, Tom. L, 31–46. DOI: [10.33040/actauniveszterhazysport.2022.50.31](https://doi.org/10.33040/actauniveszterhazysport.2022.50.31)
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jastad, A., Cosma, A. és mtsaik (2020, szerk.). *Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. International report*. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Janssen, I. & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7, 40. DOI: [10.1186/1479-5868-7-40](https://doi.org/10.1186/1479-5868-7-40)
- Járomi, É., Szilágyi, K. & Vitrai, J. (2016). Egészséges életmóddal kapcsolatos kutatások a hazai iskolákban. *Egészségfejlesztés*, 58(1). DOI: [10.24365/ef.v57i1.24](https://doi.org/10.24365/ef.v57i1.24)
- Kovács, K. (2015). A sportolási szokások és a tanulmányi eredményesség egy határmenti régió hallgatóinak körében. *Educatio*, 24(2), 130–138.
- Kull, M. (2002). The relationships between physical activity, health status and psychological well-being of fertility aged women. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 12(4), 241–247. DOI: [10.1034/j.1600-0838.2002.00341.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0838.2002.00341.x)
- Larsen, B., Benitez, T., Cano, M., Dunsiger, S. S., Marcus, B. H., Mendoza-Vasconez, A. és mtsaik (2018). Web-Based Physical Activity Intervention for Latina Adolescents: Feasibility, Acceptability, and Potential Efficacy of the Niñas Saludables Study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(5). DOI: [10.2196/jmir.9206](https://doi.org/10.2196/jmir.9206)

- Lippai, L. & Vitrai, J. (2023). Merre tovább a magyar iskolai egészségfejlesztésben? *Iskolakultúra*, 33(1–2), 3–20. DOI: [10.14232/iskkult.2023.1-2.3](https://doi.org/10.14232/iskkult.2023.1-2.3)
- Miklán, R., Keresztes, N. & Pikó, B. (2010). A sport mint védőfaktor: fizikai aktivitás, káros szenvedélyek. In Pikó Bettina (szerk.), *Védőfaktorok nyomában. A káros szenvedélyek megelőzése és egészségfejlesztés serdülőkorban*. L'Harmattan. 115–130.
- Moravcsik-Kornyicki, Á. & R. Fedor, A. (2021). Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete. *Acta Medicinæ et Sociologica*, 12(32), 24–49. DOI: [10.19055/ams.2021.05/31/2](https://doi.org/10.19055/ams.2021.05/31/2)
- Nagy, J. (2005). Egészségnevelési programok az iskolai egészségfejlesztés szolgálatában. *Magyar Pedagógia*, 105(4), 263–282.
- Nagy, L. & Barabás, K. (2011). Az egészségműveltség és az egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei. In Csapó, B. & Zsolnai, A. (szerk.), *Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában*. Nemzeti Tankönyvkiadó. 173–224.
- Nagy, L., Korom, E., Hódi, Á. & B. Németh, M. (2015). Az egészségműveltség online mérése. In Csapó, B. & Zsolnai, A. (szerk.), *Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában*. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet. 147–177.
- Naidoo, J. & Wills, J. (1999). *Egészségmegőrzés gyakorlati alapok*. Medicina Kiadó.
- Négele, Z., Pápai, J., Tróznai, Zs. & Nyakas, Cs. (2017). Serdülőkorú sportoló és nem sportoló fiatalok szubjektív jólléte. *Testnevelés, sport, tudomány*, 2(1–2), 125–135. DOI: [10.21846/tst.2017.1-2.20](https://doi.org/10.21846/tst.2017.1-2.20)
- Németh, Á., Horváth, Zs. & Várnai, D. (2019). Egészségmagatartás serdülőkorban – Mi történt az ezredforduló után? *Educatio*, 28(3), 473–494. DOI: [10.1556/2063.28.2019.3.3](https://doi.org/10.1556/2063.28.2019.3.3)
- Német, Á. & Várnai, D. (szerk.) (2019). *Kamasz-életmód Magyarországon*. ELTE PPK – L'Harmattan Kiadó.
- Pollard, E. L. & Lee, P. (2003). Child well-being: a systematic review of the literature. *Social Indicators Research*, 61(1), 59–78. DOI: [10.1023/a:1021284215801](https://doi.org/10.1023/a:1021284215801)
- Resaland, G. K., Aadland, E., Nilsen, A. K. O., Bartholomew, J. B., Andersen, L. B. & Anderssen, S. A. (2018). The effect of a two-year school-based daily physical activity intervention on a clustered CVD risk factor score—the Sogndal school-intervention study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science Sports*, 28(3), 1027–1035. DOI: [10.1111/sms.12955](https://doi.org/10.1111/sms.12955)
- Révész, L. & Csányi, T. (2018). *Megalapozó tanulmány a tesztmozgásalapú iskolai programok fejlesztéséhez*. Líceum Kiadó. ISBN 978-963-496-006-5
- Sacker, A. (2006). Do adolescent leisure-time physical activities foster health and well-being in adulthood? Evidence from two British birth cohorts. *European Journal of Public Health*, 16(3), 331–335. DOI: [10.1093/eurpub/cki189](https://doi.org/10.1093/eurpub/cki189)
- Somhegyi, A. (2012). A teljeskörű iskolai egészségfejlesztés országos megvalósulását elősegítő elemek a nemzeti köznevelésről szóló 2011. évi CXCV törvényben. *Népegészségügy*, 90(3), 202–213.
- Somhegyi, A. (2016). Teljeskörű iskolai egészségfejlesztés (TIE): jelen helyzet. *Különleges Bánásmód*, 2(4), 61–80. DOI: [10.18458/kb.2016.4.61](https://doi.org/10.18458/kb.2016.4.61)
- Susánszky, É., Konkoly Thege, B., Stauder, A. & Kopp, M. (2006). A WHO Jól-lét Kérdőív rövidített (WBI) magyar változatának validálása a Hungarostudy 2002 országos lakossági felmérés alapján. *Mentálhigiénié és Pszichoszomatika*, 7(3), 247–255. DOI: [10.1556/mental.7.2006.3.8](https://doi.org/10.1556/mental.7.2006.3.8)
- Tánczos, Z. & Bognár, J. (2020). A munkahelyi egészségfejlesztés és az egészségtudatos magatartás fókuszban az egyházi fenntartású iskolákba járó gyermekek szülei. *Magyar Sporttudományi Szemle*, 84(21), 53–60.
- Teljes Körű Iskolai Egészségfejlesztési Konceptió. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, 2015. https://egeszseg.hu/uploads/dokumentumok/Teljes_k%C3%B6r%C5%B1_Iskolai_Eg%C3%A9szs%C3%A9gfejleszt%C3%A9s_Konceptio%C3%B3.pdf Utolsó letöltés: 2022. 11. 04.
- Uvacssek, M. (2021). *Iskoláskorúak tápláltsági állapota és fizikai aktivitása reprezentatív minták alapján*. In Rétsági, E. (szerk.), *Sport- és egészség tudományi füzetek 5(1)*. Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar.
- Young, I., St Leger, L. & Buijs, G. (2013). *School health promotion: evidence for effective action*. Background paper SHE Factsheet 2. <https://www.schoolsforhealth.org/sites/default/files/editor/fact-sheets/she-factsheet2-background-paper-school-health-promotion-evidence.pdf> Utolsó letöltés: 2023. 03. 19.
- Vass, Z., Molnár, L., Boronyai, Z., Révész, L., & Csányi, T. (2015). Zöld Könyv. A Testnevelés és az Egészségfejlesztésben Stratégiai Intézkedések. (T.E.S.I 2020) szakpolitikai stratégia helyzetlemező tanulmánya. Magyar Diáksport szövetség.
- Veenhoven, R. (2008). Sociological Theories of Subjective Well-Being. In Eid, M. & Larsen, R. (Eds.). *The Science of Subjective Well-Being: A Tribute to Ed Diener*. Guilford Publications, New York, 44–61.
- Vitrai, J. & Varsányi, P. (szerk.) (2015). *Egészségjelentés 2015. Információk a hazai egészségveszteségek csökkentéséhez*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
- World Health Organisation (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organisation as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946, and entered into force on 7 April 1948.

Absztrakt

A nevelési-oktatási intézményeknek jelentős feladatuk van a tanulók egészségmagatartási szokásrendszerének formálásában. A rendszeres fizikai aktivitás biztosítása, ezáltal a jóllét támogatása fokozott szerepet kell kapjon az iskola mindennapi tevékenysége során.

A kutatás célja az iskolai egészségnevelés jellemzőinek feltárása, kiemelten a fizikai aktivitás oldaláról. Továbbá célként fogalmazódott meg egy saját készítésű mérőeszköz tesztelése és az iskolai egészségnevelés jellemzőinek és összefüggéseinek feltárása. Az adatfelvétel Borsod-Abaúj-Zemplén vármegye egyik technikumának tanulói körében, online kérdőív segítségével történt (N = 104). A vizsgálat során a HBSC kutatás kérdés-sorából adaptált kérdések, a WHO Jól-lét kérdőív (WBI-5) rövidített változata és egy saját szerkesztésű kérdőív alkalmazására került sor. Ennek tesztelésére Chronbach- α számítást, a nemek válaszai közötti különbségek feltárására független kétmintás t-próbát, az évfolyamok esetében pedig varianciaanalízist végeztünk. Elmondható, hogy az iskolai egészségnevelés jellemzőinek feltárását biztosító kérdőív megbízható ($\alpha = 0,95$). Főbb eredményeink közé tartozik, hogy leggyakrabban a testnevelők végeznek egészségnevelési feladatokat, a tanulók önminősített egészségi állapota elfogadható, ami az aktív élénk állapot szintjével közepes erősségű korrelációt mutatott ($r = 0,45$; $p = 0,001$). Az egészségfejlesztés során alkalmazott oktatási módszerek közül leggyakrabban az előadás (73,8%) és a magyarázat (69,6%) jelent meg a vizsgált technikumban. Az iskolai egészségnevelés fejlesztéséhez és hatékonyságának méréséhez, a helyzetelemzéshez az értékeléshez is segítséget nyújthatnak olyan típusú mérőeszközök, melyek az egészségnevelés jellemzőit több perspektívából is vizsgálják.

Kulcsszavak: iskolai egészségnevelés, fizikai aktivitás, jóllét