

A felsőoktatás szerepvállalása a hallgatók
életminőségét megalapozó egészségfejlesztésben
Modellprogram fejlesztése a Pannon Egyetemen

Doktori értekezés

Edvy László

Testnevelési Egyetem
Sporttudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Gombocz János professor emeritus, CSc

Hivatalos bírálók: Dr. Hédi Csaba főiskolai docens, PhD

Dr. Freyer Tamás egyetemi docens, PhD

Szigorlati bizottság elnöke:

†Dr. Istvánfi Csaba professor emeritus, CSc

Szigorlati bizottság tagjai:

Biróné Dr. Nagy Edit professor emerita, CSc

Dr. Gáldi Gábor egyetemi docens, PhD

Dr. Tóth Orsolya főiskolai docens, PhD

Budapest

2017

Tartalom

1.	Bevezetés	5
1.1	Személyes kapcsolódási pont a választott témához	5
1.2	A téma személyes indíttáson túlmutató, társadalmi jelentőségéről	6
2.	Irodalmi áttekintés	9
2.1	A kutatás diszciplináris beágyazódása	9
2.2	A kutatás fogalmi háttere	9
2.2.1	A kutatási terület pozicionálása.....	9
2.2.2	Az egészségmagatartás és egészségfejlesztés fogalmi környezete	12
2.3	Az egészségfejlesztés társadalmi háttérének szociál-pszichológiai elemzése.....	14
2.4	A ma tetten érhető egészségfejlesztésről.....	17
2.4.1	Egészségfejlesztés kiemelt színtere – iskola.....	19
2.4.1.1	Egyénre szabott egészségfejlesztés.....	22
2.5	Egészségfejlesztés a felsőoktatásban.....	23
2.5.1	A fizikai aktivitás és az életminőséget meghatározó testi-mentális egészség kapcsolata	26
2.5.1.1	A fizikai aktivitásnak a hallgatók életminőségére gyakorolt lehetséges hatása.....	28
2.5.1.2	A hallgatók életminőség mutatóinak áttekintése az egészségfejlesztés felsőoktatás által hozzáférhető területein.....	29
3.	Célkitűzések	34
3.1	Megválaszolandó kérdések célok és hipotézisek	34
3.2	A kérdések és hipotézisek részletezése a longitudinális kutatás fázisaiban	35
3.2.1	A kutatás első szakaszában (<i>hallgatók életminőség mutatóinak feltárása</i>) megválaszolandó kérdések és feltevések	35
3.2.2	A második kutatási szakaszban (<i>kurzus fejlesztése</i>) megválaszolandó kérdések és feltevések	37
3.2.3	A kutatás harmadik szakaszában (<i>a kurzus eredményességének vizsgálata</i>) megválaszolandó kérdések és feltevések	38
4.	Módszerek	40
4.1	A hallgatók életminőség mutatóit feltáró kutatás módszertani ismertetése	41
4.1.1	Mintavétel.....	41
4.1.2	Adatgyűjtés eszközei	42
4.1.3	Adatfeldolgozási módszerek.....	45
4.2	A kurzus fejlesztésének módszertani ismertetése	46

4.2.1	Eszközök – akciókutatás	46
4.3	A kurzus eredményességét vizsgáló kutatási szakasz módszertani ismertetése	50
4.3.1	A vizsgált populáció – kurzusok hallgatói	50
4.3.2	Adatgyűjtés eszközei	51
4.3.3	Adatfeldolgozás módszerei	52
4.4	A kutatás etikai kérdései	52
5.	Eredmények.....	54
5.1	A hallgatók életminőség mutatóit feltáró kutatás eredményei	54
5.2	A kurzus fejlesztésének eredménye	61
5.3	A kurzus hatékonyságát vizsgáló kutatási szakasz eredményei	66
5.3.1	Az életminőség és egészségtudat szintjének összevetése az alapsokaságból nyert minta és a kurzusra jelentkező hallgatók között	66
5.3.2	A pszichológiai és testi egészséggel kapcsolatos életminőség, továbbá az egészségtudat képzés előtti és utáni szintjének összehasonlítása	70
5.3.3	A hallgatók kurzusról alkotott véleményének értékelése	79
5.3.4	A kurzus hosszútávú hatásának vizsgálata	80
6.	Megbeszélés	86
6.1	A felsőoktatásnak az egészségfejlesztésben való indokolt szerepvállalásáról	87
6.2	Az akciókutatással fejlesztett kurzusról	92
6.3	A kurzus eredményességéről.....	95
7.	Következtetések.....	100
7.1	A hipotézisek ellenőrzése	100
7.2	Ajánlások.....	103
8.	Összefoglalás	104
9.	Summary	105
10.	Irodalomjegyzék	106
11.	Saját publikációk jegyzéke.....	115
12.	Köszönetnyilvánítás	116
13.	Mellékletek	117
13.1	A hallgatók életminőségét feltáró kérdőív	117
13.2	Kontrollkérdőív – kurzus hallgatók általi megítélése	119
13.3	Az akciótervben meghatározott kurzus TVSZ által meghatározott dokumentációja	120
13.4	Mélyinterjú – alkalmazott szempontsor	123
13.5	Fittségi állapotfelmérés	124

Rövidítések jegyzéke

BDI	Beck Depression Inventory
BMI	Body Mass Index
BMR	Basal Metabolic Rate
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
FBM	Fat Body Mass
GTK	Gazdálkodástudományi Kar
HEPA	Health-Enhancing Physical Activity
HÖK	Hallgatói Önkormányzat
HÖÖK	Hallgatói Önkormányzatok Országos Konferenciája
KMO	Kaiser-Meyer-Olkin index
LBM	Lean Body Mass
MEFS	Magyar Egyetemi- Főiskolai Sportszövetség
MFTK	Modern Filológiai és Társadalomtudományi Kar
MK	Mérnöki Kar
MIK	Műszaki Informatikai Kar
MSTT	Magyar Sporttudományi Társaság
MTA PTI	Magyar Tudományos Akadémia Politikatudományi Intézete
NSRK	Nemzeti Stratégiai Referenciakeret
SE	Standard Error
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TÁMOP	Társadalmi Megújulás Operatív Program
TVSZ	Tanulmányi és Vizsgaszabályzat
WHO	World Health Organization

1. Bevezetés

1.1 Személyes kapcsolódási pont a választott témához

Az emberi szervezet megfelelő fejlődéséhez, működéséhez, az egészség szempontjából szilárd egyensúlyt biztosító edzettség kialakításához és megtartásához optimális idejű és intenzitású mozgásra, testedzésre van szükség. Ezzel testnevelő tanárként, atlétika edzőként és személyi trénerként tisztában vagyok. De vajon rendelkeznek-e fiataljaink azzal a minimális ismerettel, amely hozzásegítheti őket a fizikai aktivitás szükségességének felismeréséhez?

Huszonkettő éves tanári pályafutásom alatt számos felmérést végeztem középiskolások és egyetemisták körében, feltérképezve fittségi állapotukat. Bár kollégáimmal együtt rengeteg energiát fordítottam a fiatalok testnevelésére, az újabb és újabb évfolyamok egyre lesújtóbb eredményeket mutattak.

Csupán az a néhány tucat diák vált az aktív életforma hiteles képviselőjévé, aki személyes példamutatásunkon keresztül győződhetett meg a fizikai terhelés teljesíthetőségéről, tapasztalhatta meg annak előre prognosztizált következményeit. A felmérések és értékelések közös értelmezése, a fittségi célok együtt tervezése, valamint a mozgásprogram egyénre szabhatósága győzhette meg a diákokat arról, hogy van lehetőség a fizikumuk fölötti kontroll gyakorlására, az egészségi állapotuk befolyásolására.

Miután az általam tanított korosztályok életvezetésében az aktivitás – szakmai tapasztalataimra alapozva – egyre inkább teret vesztett, igyekeztem megoldást találni a folyamatok ellensúlyozására. A felsőoktatásba bekerülve olyan fiatalokkal találkoztam, akik a testmozgás tantárgyasult torzóját őrizték emlékeikben. Fizikai aspektusát tekintve az egyedfejlődés legkiegyensúlyozottabb időszakát megélve, ez a generáció nem látja szükségét, esetlegesen kényszerét inaktív napirendje megváltoztatásának.

Hogy pontosan mit tudunk a felsőoktatás keretei között ledolgozni a hallgatók életvezetésében felhalmozott, életminőségét negatívan befolyásoló deficitből, jelentette számomra azt a szakmai kihívást, amely a téma diszciplináris művelésére készítetett.

1.2 A téma személyes indíttatáson túlmutató, társadalmi jelentőségéről

A XX. század civilizációs vívmányai – ma már köztudottan – nem minden esetben szolgálják jólétünket. Az ember habituális mozgásmennyiségének drasztikus csökkenése által generált egészségi kockázatokra, azok komplexitására hívta fel a világ figyelmét a CDC 1996-os kiadványa (Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General, 1996) [1]. Számos nemzet igyekezett kormányzati szinten fellépni a prognosztizált negatív tendenciákkal szemben [2][3][4][5][6][7][8]. Az átütő siker elmaradt, amit bizonyít több követéses vizsgálat is [9][10][11]. Az egészséget megalapozni hivatott, tudatos tervezettségre épülő testedzés – egészségjavító fizikai aktivitás (*Health-enhancing physical activity HEPA*) [12] – azonban csak abban a társadalomban válhat általános érvényű gyakorlattá, amelyben a felnövekvő generáció ennek természetszerűségét és nem kötelező jellegét éli meg [13][14]. Ezt erősíti meg az a magyarországi reprezentatív felmérés is, amely szerint a fizikai aktivitás életvezetésben való jelenlétét az iskolázottság, lakóhely, jövedelem, valamint az életkor alapján lehet a legnagyobb biztonsággal megbecsülni [15]. Az életvitelében megállapodott egyén számára tehát az inaktivitásból való kitörés lehetősége erősen korlátozott.

Magyarországon a Nemzeti köznevelésről szóló törvény 2013-as módosításával (27. § (11) bekezdése a 2013: LV. törvény 6. §-ával megállapított szöveg) bevezetésre került mindennapos testnevelés adhat esélyt a felnövekvő generációnak az egyén által vezérelt, minőségi életre, hiszen az egészségmagatartást a korai életszakaszban kialakult szokások alapozzák meg [14]. De mi lesz a „hibás kódolással” inaktivitásából szabadulni nem képes egyéb korosztályokkal? Szükségszerű a társadalmi alrendszerek lehetséges szerepvállalásának átgondolása. A felsőoktatás e tekintetben többszörösen érintett és megszólított szereplő.

Nemzetközi kutatások szerint a prevenció célzatú rendszeres fizikai aktivitás bevezetésére legalkalmasabb csatornák az orvosok és egyéb szakemberek által vezetett konzultációk, illetve a tudományos megalapozottságú írásos tájékoztatók [16][17]. Ennek egyik lehetséges intézményi háttere lehet a felsőoktatás abban az esetben, ha az

egészségvédő magatartást segítő tudás közvetítését be tudjuk integrálni a képzési struktúrába.

A köznevelésben ma törvényi garancia van az egészség megóvását és fejlesztését támogató tudás közvetítésére. A 2012. január 1-én életbe léptetett Alaptörvény értelmében az egészséghez való jog alkotmányos jog. Ennek fogalmi háttérét, vagyis az egészségfejlesztés definiálását, az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény (EüTv.) 37.§ és 38. § – a WHO iránymutatásainak megfelelően – tartalmazta. A Nemzeti felsőoktatásról szóló 2011. évi CCIV. törvény pedig kötelezi a felsőoktatási intézményeket a hallgatók egészségfejlesztésére, elsősorban a rendszeres testmozgás feltételeinek biztosítása által. Ugyanakkor az egyetemekre bekerült, gyakran csak repetícióra alkalmas egészségtudattal rendelkező hallgatók körében – a felkínált sokszínű sportolási lehetőség ellenére – az „egészségvédő magatartás” egyik meghatározó tényezője, a rendszeres fizikai aktivitás csupán kis százalékban érhető tetten a mindennapokban. Ennek a patológiának a létrejöttére már az 1995-ben, Aszmann, Frenkl, Kaposvári és Szabó által koordinált, a felsőoktatásban tanulók életminőségének feltárására irányuló kutatás eredményei is felhívták a figyelmet. A törvényi szabályozások ellenére a folyamatok negatív irányát regisztrálta az említett kutatásnak 2005-ben a Pannon Egyetemen történő megismétlése [18]. A vizsgált célcsoportról a legutolsó információt a Magyar Egyetemi- Főiskolai Sportszövetség által – az Oktatási Hivatalnak a 2013-ban a 18-30 éves korosztályon végrehajtott reprezentatív mérése részeként – végzett másodlagos statisztikai adatfeldolgozás szolgáltatotta. Figyelmeztető eredmény, hogy a rendszeres testmozgás egészségszükségletnek megfelelő rekreációs szintjét (heti 2-3 alkalommal 30-40 perc sportolás) csupán a hallgatók 23,0%-a érte el.

A diagnosztizált probléma megoldása ösztársadalmi érdek, hiszen a hallgatók, mint speciális társadalmi csoport a későbbiekben – végzettségéből fakadóan – mintaadó, véleményalkotó és formáló tényezővé válik [19].

A kutatások, melyek az említett társadalmi szegmens életminőségével foglalkoznak – feltárva az egészséget veszélyeztető inaktivitás egyértelmű térnyerését –, adekvát válaszként, sporttudományi megalapozottsággal a fizikai fittséget erősítő mozgásprogramok ajánlására koncentrálnak [20]. A hosszútávú eredményesség szempontjából azonban fontos lenne mindezek előtt megválaszolni, hogy miként lehet

eljuttatni a hallgatót a rendszeres mozgás szükségességének felismeréséhez, hogyan válhat saját egészsége fejlesztésében önállóvá? Ez azonban már az életminőség kutatás interdiszciplináris megalapozottságú művelését feltételezi.

Értekezésemben – a Pannon Egyetem hallgatóira koncentrálva – az említett kérdésekre keresem a választ, feltárva a hallgatók életminőségét és megvizsgálva a felsőoktatás egészségfejlesztésben való szükséges szerepvállalásának lehetőségeit. Célom egy, a gyakorlatban alkalmazható, a hallgatók egészségtudatát eredményesen fejleszteni képes modell megteremtése.

2. Irodalmi áttekintés

2.1 A kutatás diszciplináris beágyazódása

A posztmodern világban szükségletként jelent meg az életminőség vizsgálata, amely a pszichológia, szociológia és az orvostudomány területén egymástól független kutatásokban realizálódott. A népesség jólétét célzó vizsgálatok és modellek eredményességének azonban feltétele az egyes tudományterületek eredményeinek összehangolása. Ennek az elvárásnak felel meg és adhat megfelelő kutatás-módszertani alapot az interdiszciplinaritással és rendszerszemlélettel bíró magatartástudomány [21].

A bevezetésben jelzett kutatási téma sporttudományi áttekintését igényli az életminőséget megalapozó testi egészségnek az egészségvédő életvezetés általi fejlesztése. (Egészség- és mozgáskulturális ismeretekre alapozunk). A neveléstudomány az említett tudáshiány feloldásának a felsőoktatás képzési rendszerébe való beillesztésében adhat útmutató metodikát.

A sportpedagógia, mint a sporttudomány felől induktív, a neveléstudomány felől deduktív viszonyt ápoló szubdiszciplína alkalmazott pedagógiaként (közvetítve az elmélet és a gyakorlat között), válhat a kutatás és fejlesztés szándékát is magában hordozó diszciplináris környezetté. Ez a pedagógiai alapviszony minden szereplőjét elemezve célozza meg a tudás átörökítését.

2.2 A kutatás fogalmi háttere

2.2.1 A kutatási terület pozicionálása

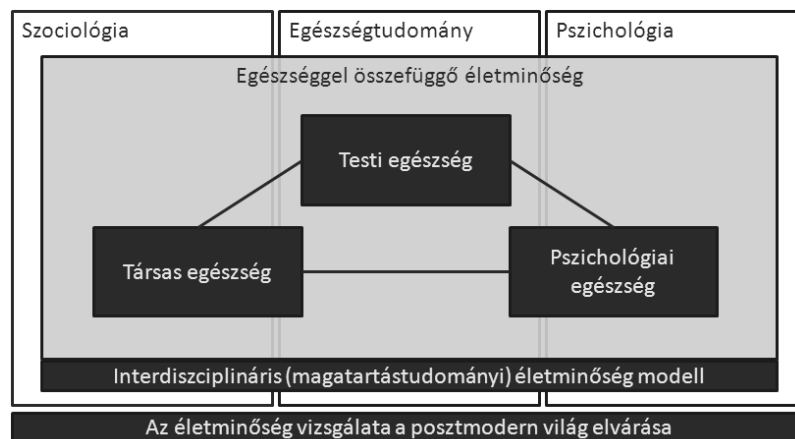
Az életminőség kutatás szükségességét eredményezte az a paradoxon, mely szerint, míg a civilizációs vívmányok egyre „komfortosabb” életfeltételeket teremtenek az embernek, addig a közérzetük bizonyíthatóan nem javul, sőt, sok esetben romlik [22]. Ugyanez az ellentmondás figyelhető meg az egyetemi szabadidősport kínálatában tetten érhető minőségi és mennyiségi javulás, valamint a hallgatók aktív testmozgástól való távolmaradásának dimenziójában. Ennek az egészségkockázati magatartásnak a vizsgálata – ismerve az életminőség kutatás interdiszciplináris motivációját – holisztikus elemzést feltételez.

Kutatásom számára elméleti alapot, viszonyítási pontot jelent Kopp Mária és munkatársai által, a magyar lakosság körében végzett életminőség vizsgálatokhoz alkalmazott interdiszciplináris (magatartástudományi) modellje [23]. Ebben az *egészséggel kapcsolatos életminőség modellben* Kopp az egymástól függetlenül fejlődő tudományágak (pszichológia, szociológia, orvostudomány, stb.) mentén megvalósuló önálló kutatásokat, mint az élet különböző dimenziói mentén történő vizsgálatokat vonja össze. Azt kutatja – túllépve az orvoslás által teljes mértékben objektivizált egészségi állapoton –, „hogyan a személy hogyan értékeli és mennyire elégedett jelenlegi funkcióival (tevékenységeivel és életvezetésével), ahhoz viszonyítva, hogy mit tart lehetségesnek vagy ideálisnak” [23].

Ebben a rendszerben pozícionálható az egészség, mint az életminőség egyik, standard körülmények között minimális boldogságot (életminőséget) biztosítani képes eleme [24]. Mára nyilvánvalóvá vált, hogy az egészség összetettsége túlmutat a csupán halálzási statisztikákkal is jellemezhető, számszerűsíthető, népesség egészére vonatkozó egészségi állapoton. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) jól ismert, 1946-os meghatározása szerint – szakítva a betegség hiányával összegezhető definícióval – három szegmens mentén (teljes testi, lelki, társadalmi jólét) válik értelmezhetővé és empirikus kutatások által megismerhetővé.

A feltárt egészség-összetevők közül a *testi egészség* a betegségek nélküli, jó szervrendszeri működéssel bíró testi állapotot jelenti. Ezt erősíti az egészségvédő életvezetés (rendszeres testmozgás, egészséges táplálkozás, önkárosító magatartásformák kerülése). A *pszichológiai egészség*: ez maga a lelki egészség, amely függvénye a problémamegoldó készségnek, az érzelmi stabilitásnak, kreativitásnak, nyitottságnak, továbbá a személyiség életkori sajátosságainak és fejlettségének. A harmadik összetevő a *társas egészség*, amely a kulturális-társadalmi tényezők által determinált [23].

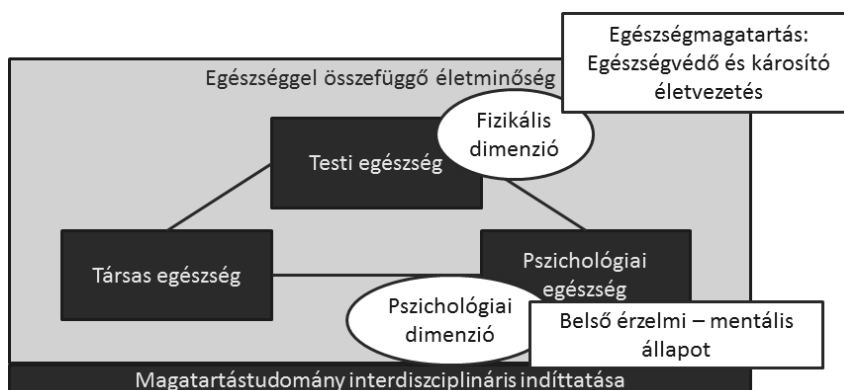
Az egészséggel kapcsolatos életminőség modell ezt a tagozódást követi (1. ábra). Ebben a struktúrában pontosan körvonalazható a vizsgálatom által – felsőoktatás érintettségében – lefedhető kutatási terület. Ennek kontúrjait részben az egészséggel összefüggő életminőség dimenzióinak – fizikális, mentális és szociális [25] – egyre szűkülő mérhetősége rajzolta meg.



1. ábra: Egészséggel kapcsolatos életminőség modell

A testi egészséget feltáró fizikális dimenzió többek között a hétköznapi fizikai aktivitását, az önellátás képességét, a fájdalom korlátozó hatását foglalja magába. Ezek a hallgatók körében egyértelműen beazonosíthatóak. A pszichológiai egészséget feltáró mentális dimenzió mérése már nagyobb körütekintést igényel, hiszen az érzelmi állapot (stressz, szorongás, depresszió, stb.) a viselkedés szintjén már nem egyértelműen érhető tetten. A folyamatosan változó környezet pedig gyengíti az alkalmazott mérőeszköz megbízhatóságát. Az általam használt életminőség-skála felállításában annak a kritériumnak kívántam megfelelni, miszerint a választott tényezők a felsőoktatás keretei és lehetőségei között befolyásolhatók, fejleszthetők, rehabilitálhatók legyenek. Az életminőség társas egészséget feltáró szociális dimenziója – azon túl, hogy objektív mérhetősége erősen korlátozott –, nem tesz eleget az említett feltételnek [23].

A hallgatók életminőségének vizsgálata kutatásomban a fizikai és mentális dimenzióra fókuszál (2. ábra).



2. ábra: Az életminőség felsőoktatásban vizsgált területei

2.2.2 Az egészségmagatartás és egészségfejlesztés fogalmi környezete

A hallgatók életminőségének fizikális és pszichológiai dimenziója látható módon szoros kapcsolatban van. Egymásra való hatásuk bizonyított [26][27]. Amennyiben az életminőség javítását célozzuk tehát meg, úgy annak komplexitását, rendszerjellegét tekintve, az csakis egy egységes és hiteles környezetben valósulhat meg. A felsőoktatás jelen intézményi környezete ennek a „globális” célnak egyelőre nem felel meg. Kiemelten kezelhető és a siker garantálásával fejleszthető azonban a testi egészséget erősítő egészségmagatartás. A felsőoktatás ezen esélyét támasztják alá azok a kutatások is, amelyek az egészségmagatartás alakításában a család, az iskola, az egészségpolitika által szabályozott egészségnevelés, az életminőséget támogató tudást, magatartásmintát közvetítő szervezetek szerepét hangsúlyozzák [28][29][30].

Szükséges az *egészségmagatartásnak*, mint a fizikai dimenzió felsőoktatás számára mérhető és befolyásolható szegmensének a definiálása: ez azon magatartás minták összessége, amelyek az egészséghöz kapcsolhatók. Ezeknek két, jól elkülöníthető típusa az egészségre káros *egészségkockázati magatartás*, valamint ezzel szemben az egészséget megóvó, esetleg fejlesztő *egészségvédő magatartás*. Meg kell különböztetnünk passzív (pl.: káros szenvedélyektől való távolmaradás) és aktív magatartásmódokat (pl.: rendszeres testmozgás), amelyek az egészségért való cselekvés vonatkozásában fontos szempontok lesznek. Ismernünk kell a magatartásminták közötti összefüggések Pikó által szemléltetett modelljeit. A *koherens életmód modell* szerint az egyes magatartáselemek összefüggnek, egymásra hatást gyakorolva. Aki tehát az étkezésére figyel, az nagy valószínűséggel fizikai aktivitását is betervezi hétköznapijaiba. Ez a kapcsolódás azonban nem minden esetben áll fenn. Erre hívja fel a figyelmet az *eltérő motivációjú életmód modell*, miszerint az egyes viselkedésformák mögött más-más ösztönzés áll [31].

Az egészségmagatartás életminőség szempontjából történő erősítését különböző terminussal és tartalommal igyekeztek beazonosítani az elmúlt évtizedekben. Az orvosi szaknyelv angol irodalmában „health protection” – egészségvédelem –, a „health promotion” – egészségmegőrzés –, a „health education” – egészségnevelés –, és a „health development” – egészségfejlesztés – kifejezésekkel találkozhattunk [32]. Ezek tartalma azonban árnyalt. Az egészségvédelmet a közegészségügynek a társadalmat a

fertőző és környezeti ártalmaktól megvédő tevékenységével azonosíthatjuk. Az egészségmegőrzés az egészségi állapot megőrzése a betegségekkel szemben, amely szintén az egészségügy feladatákként lett pozícionálva. Hazánkban az egészségfejlesztés és egészségnevelés bár szinonimaként is használt fogalmak, mégis lényegi különbséggel bírnak. Míg az egészségnevelés célja, hogy az egyént a gyakorlatban alkalmazható tudással vértesse fel egészsége kialakításában, addig az *egészségfejlesztés*, magában foglalva az egészségnevelést, az egészség javítását szolgáló gyakorlati tudás átadására is koncentrálnak [33].

Az első Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia által kiadott „Ottawai Charta” definiálta az egészségfejlesztést és egyúttal megalapozta annak elméletét. E szerint ez az érték közvetítő folyamat azt a kompetens tudást kell, hogy továbbítsa, amire alapozva az egyén képes életminősége teljes értékskálájának reális feltérképezésére, arra építve megfogalmazza és elérje az életminőségét javító szükségleteit [31].

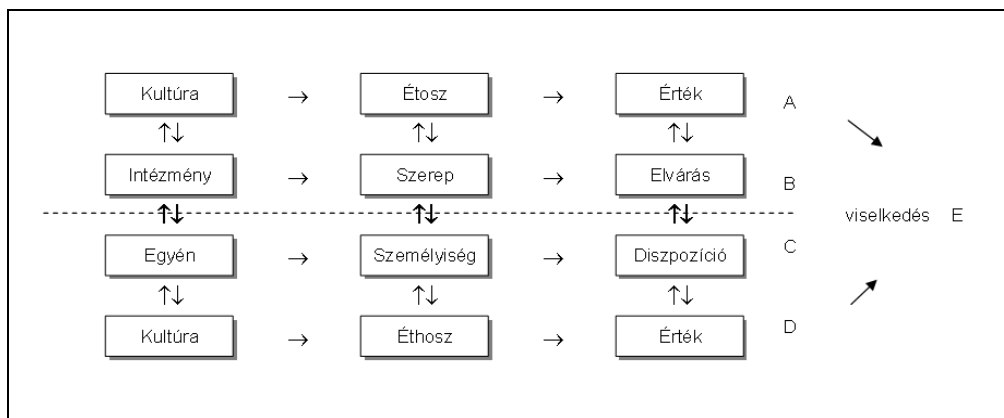
Az egészségfejlesztésnek a mindennapi világ különböző szinterein – a céloknak megfelelően – más-más modellje válik relevánssá. Így említhetjük meg a prevenciót szolgáló információk közvetítésére alkalmas orvosi modellt, a családban, mint az egészségfejlesztés speciális színterén adekvát magatartás-változtatási modellt, a betegek körében érvényes betegközpontú modellt, vagy a döntéshozók (esetlegesen a kormányzat) által alkalmazható radikális modellt [31]. Az *egészségnevelési modell*, amelynek Pikó értelmezésében a célja az egészséggel kapcsolatos ismeretek átadása, valamint annak gyakorlati megvalósítása, a köznevelés, így a felsőoktatás által vállalható szegmense az egészségfejlesztésnek. A remélt eredmény tehát az egészségtudatos magatartás kialakítása.

Az egészségfejlesztés hatékonyságának növelését szorgalmazza az az irányzat, amely a tudományosság – tervezhetőség és ellenőrizhetőség – szükségességét hangsúlyozza [34]. Az egészség megalapozásához elengedhetetlen aktív testmozgás adagolása ennek értelmében az edzéselmélet alapelveit követve kell, hogy történjen. Mindehhez tartalmi keretet a *mozgásos rekreáció* biztosítja, amely Fritz fogalmi tisztázásában azt, a gyakorlatok végrehajtásából álló tevékenységet jelenti, „melynek célja az egyén egészségének megőrzése és fejlesztése, teljesítő- és munkavégző képességének helyreállítása és szükség szerint annak növelése” – ami az optimális szomatikus és pszichés működési harmóniát, a szociális alkalmazkodóképességet,

valamint a mindennapi optimális cselekvő- és teljesítőképeséget magába foglaló *fittség* része [14].

2.3 Az egészségfejlesztés társadalmi háttérének szociálpszichológiai elemzése

A Getzels-féle modell azt a szociális rendszert kívánja bemutatni, amelyben az elvárt tartós és közvetlen kölcsönhatáson nyugvó normatív és érték szabályozással vezérelt társulások fedezhetők fel (3. ábra) [35].



3. ábra: Getzels–Thelen-féle szociális modell, 1960 [35]

Az alkalmazott modell szerint a szociális rendszerek két dimenzióval bírnak: intézményi, illetve egyéni. A társadalom által előírt normatív követelmények, mint formális célok (A), valamint az egyén szocializációja során elsajátított jellemzők, attitűdök (D) ütközése kódolhatja a patológikus állapotot. Hogyan lehet ezt elkerülni? Mindkét rendszeralkotó számára cél a sikeres működés, a hatékonyság és az eredményesség. Vagyis az intézményi értékek mellett a személyes érdekeknek is érvényesülniük kell az egyén életében.

Nézzük tehát a modell intézmény-egyéni, szerep-személyiség, elvárás-diszpozíció dimenzióinak beazonosítását az egészségfejlesztés szükségessége tekintetében.

Már egy 1999-ben született finn felmérés is igazolta, hogy a civilizációs vívmányok által „ránk kényszerített” fizikai inaktivitás a legerősebb mortalitási faktor [36]. Ennek a problémának nyilvánvaló megoldása az életvitelünkbe beültetett

rendszeres aktív testmozgás, amely melletti érvek már számos kutatás mentén nyertek orvos- és sporttudományi megerősítést. Az intézményes és a szubkulturális értékek tekintetében tehát nem lehet konfliktus a vizsgált szociális rendszerben.

Az állam, mint intézmény egészségfejlesztésben való szerepvállalása indokolt és tényként meg is ragadható. Nézzük ezzel szemben azt a kultúrkörnyezetet, amelyben a társadalom (egyén) életvezetése valósul meg! A rekreációs sport egészségre és közvetve az életminőségre gyakorolt jótékony hatása olyannyira kézenfekvő, hogy ma már nem a pozitív kapcsolat létének igazolása kell, hogy legyen a kutatások célja, hanem annak feltárása, hogy mely tényezők idézik elő a rendszeres testmozgással járó életmódváltást, illetve mi lehet a fenntarthatóság feltétele. Az irányváltás szükségességét erősíti Urbán és Hann vizsgálati eredménye is, miszerint az aktív életforma megvalósulását ma Magyarországon az iskolai végzettség, az életkor, a munkahelyfüggő jövedelem és a lakókörnyezet jósolja meg a legnagyobb biztonsággal [15]. Az életvitelében megállapodott egyén esetében tehát az életmódváltás nem magától értetődő vállalás.

A társadalom és a kormányzat által felépített kultúrkörnyezet nem azonos normák (étosz) mentén működik. Hol ütközik a közösség szereplőinek személyisége az állam „EU által vezérelt”, az egészségfejlesztésben elkötelezett szerepvállalásával? Az egészségfejlesztésben való állami funkciók nemzetközi egyezményekhez igazodva koordináltak, ahol az egészséggel kapcsolatos életminőség fejlesztése célérték. Az állam rendelkezéseiben ma tetten érhető a vállalt értékek melletti elkötelezettsége. Sportlétesítményeket épít, programokat, mozgalmakat szervez, forrást biztosít (ld. látványsportágak TAO-s finanszírozása) és nem utolsósorban a köznevelésben bevezette a mindennapos testnevelést. A fogyasztói társadalomban azonban megállapítható, hogy a materiális értékeket szem előtt tartó értékrend alacsonyabb egészségtudatossággal jár együtt [37][38], ami gátolja az aktív életforma vállalását. Ezt a Pannon Egyetemen végzett vizsgálatunk is igazolta [39]. A hosszú távú – fizikai aktivitás fenntarthatóságát garantáló – motiváció feltétele a külső ('extrinsic') és belső ('intrinsic') inspirációk egészséges aránya. A belső motivációk dominanciája pozitív hatással van a sporttal kapcsolatos attitűdökre, erősítve az egészség megőrzésének, esetleges fejlesztésének szándékát [40]. A szabadidő, pénz, valamint szemléletmód hármából – amelyek a vizsgálatok szerint a sportrekreációs tevékenységek választásának előfeltételei [41][42] – a szemléletmód az, amely közvetlenül hat a szabadidősport-fogyasztásra [43]. Itt

fedezhető fel – részben a közoktatásnak az egészségre irányuló patológikus tudásközvetítése által – az a hibás kódolás, amely a Getzels-féle szociális modellen belül az intézményes szerepek és a személyiség ütközését idézi elő.

Természetes elvárása a kormánynak, hogy döntései hatására a lakosság fizikai aktivitása, ennek megfelelően egészségi állapota javuljon. A mindennapos testnevelés azonban csupán a felnövekvő generáció számára jelent garantált szemléletváltást.

A felnőtt korosztálynak, mint szülőknek a fizikai aktivitással kapcsolatos attitűdje meghatározza a fiatalok fizikai aktivitáshoz való viszonyát [44]. Ebben a rendszerváltás után már fogyasztói társadalomként szocializálódott rétegben azonban a külső kontroll vált hangsúlyossá, amely manipulálhatóvá tette azt [45]. A média által sugallt életvezetés pedig sok esetben szükségtelenné teszi az aktív életformát. A civilizációs vívmányok hatására egyre jobban leszakadunk az emberre jellemző habituális mozgásmennyiség kívánt szintjétől. Az értéket pusztító diszkontinuitás, továbbá a közoktatás empátiát nélkülöző kommunikációja, tantárgyasult tudományművelése – ami az egyénre hangolt, eredményes egészségfejlesztést akadályozza – együttesen alapozza meg ebben a szociális rendszerben az állam és társadalom viselkedésének konfliktus-alapú megjelenését.

Összegzésként elmondható, hogy a szociális rendszer intézményi és egyéni szinten is tudáshiánnyal küzd. Bár a kulturális környezetben, ahol az állam a tevékenységét kifejti, az aktív életvezetés értéként jelentkezik, továbbá a kormánynak ennek közvetítésében való szerepvállalása is érzékelhető, az elvárások azonban nem megalapozottak, hiszen az eredményes egészségfejlesztés, a fizikai aktivitás szükségességének kommunikációja nélkülözi a személyes megszólítást. Ezt tudná pótolni a közoktatás, amely elvárt feladata tekintetében ez idáig szintén az alkalmatlanságát bizonyította (nem biztosítottak a személyre szabott egészségnevelés feltételei, hiányoznak a hiteles, tudásbefogadást segítő tanárok).

A rendszer egyéni dimenziója, vagyis a társadalom nem hordozza magában gyakorlati értéként az egészség – tudásalapú – aktív megőrzésének képességét. Mivel ez nem belső szükséglet, így a fizikai aktivitás a fogyasztói társadalom kínálati palettáján csupán egy a sok közül. A kínált érték befogadásának motivációja hiányzik.

A szociális rendszer mindkét összetevője számára közös cél az egyén életminőségének, fittségi állapotának, terhelhetőségének javítása. Ennek ellenére a

konfliktus feloldásának feltétele a generációváltás. Az egészségnevelés hiteles és eredményes színtere – ahogy ezt már említettem – az iskola lehet. A ma bevezetett mindennapos testnevelés teremthet esélyt arra, hogy a felnövekvő nemzedék az aktív életvezetés mentén szocializálódjon. Erre alapozva tudja az állam a közegészségügy terheit csökkentő prevenciók törekvéseit célba juttatni, s válhat hatékonyá. Mindemellett az egyén a saját fittségi céljai mentén lesz képes önállóan és tudatosan választani a kínált lehetőségekből, és tudja felmutatni az elvárt egészségiállapot-javulást.

Mit tehetünk ma? Amíg nem történik meg az említett generációváltás, addig az egészségfejlesztésben érintett társadalmi alrendszereknek meg kell találniuk a maguk adekvát szerepvállalását. Nem várható tehát el a társadalomtól, hogy megfogalmazza azt az egészségfejlesztéssel kapcsolatos elvárását, ami generátorává válik a vállalatoknak. A felsőoktatás is csupán belső indíttatással, lehetőségei és felelőssége tudatában pozícionálhatja magát az egészségfejlesztés terén.

2.4 A ma tetten érhető egészségfejlesztésről

Az államszocializmus idején a rendszertől idegen volt az a törekvés, hogy az egészségügy hatáskörén túllépve vizsgáljuk az emberek életkörülményeit és tegyünk kísérletet annak javítására az esetlegesen feltárt problémák alapján. Így Józán Péter illegálisan terjesztett – a fővárosi kerületek eltérő halálozási mutatóit feltáró – vizsgálataitól a ma már uniós forrásból finanszírozott egészségfejlesztő programokig hosszú utat kellett bejárni [46]. „Az egészségmegőrzéstől” az egészségfejlesztésig, az „Egészségügyi világszervezettől” az Egészség világszervezetéig” való eljutás nem csupán terminológiai korrekciót jelentett, sokkal inkább az egyén életminőségnek javítását célzó tényleges tartalmi bővülést.

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény (EüTv.) az Ottawai Karta alapelvei mentén határozza meg az egészségfejlesztést. Világossá teszi azt is, hogy annak művelése túlmutat az egészségügy és annak intézményi keretein, utalva a különböző társadalmi alrendszerek szükséges missziójára.

Magyarország új Alaptörvényének XX. cikk első bekezdése rögzíti, hogy az állampolgároknak joga van a testi, lelki egészséghez. Ez az egészséges élelmiszerek, az

ivóvíz biztosításán túl az egészségügyi ellátás, a munkavédelem megszervezésében realizálódik. Megjelenik továbbá a környezet védelmének és a rendszeres testmozgás, sportolás biztosításának vállalása is.

Az, hogy napjainkban az egészségfejlesztés az említett törvényi szabályozás keretei között milyen irányelvek és törekvések mentén érhető tetten, a Hétfő Kutatóintézet, a Budapest Intézet, valamint a Revita Alapítvány közreműködésével készített jelentésére támaszkodva mutatom be [47]. Bár a tanulmány külön vizsgálja a járóbeteg-ellátás fejlesztéseket, a gép-műszer kataszter fejlesztések, valamint az életmódprogramokat, disszertációm témájához igazodva csak az utóbbira vonatkozó megállapításokat ismertetem.

Ma elsősorban olyan egészségfejlesztő törekvéseket láthatunk, amelyek nem az intézményi háttér fejlesztésére, hanem a lakosságra, az egyénre koncentrálnak. Ezek a programok, kampányok, illetve szűrővizsgálatokat népszerűsítő akciók az egészségtudatosságot kívánják erősíteni, segítve a tudásbővülést, megcélözva az emberek egészségi állapotjavulását [47].

A 2007-2012 között megvalósított TÁMOP projektek az előző évekhez képest nagyobb anyagi forrást biztosítottak az egészségfejlesztő törekvésekhez. Ehhez a támogató kerethez az egészségügyi intézményeken túl más társadalmi szervezetek, köztük az önkormányzatok, vállalkozások és a köznevelés szereplői is hozzájuthattak. Az idézett jelentés szerint a legtöbb projekt az oktatási és nevelési intézetek (30%), munkahelyek (36%) és kistérségi önkormányzatok (17%) egészségfejlesztő törekvéseinek megvalósulásában realizálódtak [47].

A megvalósult programok eredményessége nem egyértelmű – azt a projektek 88%-a nem is mérte. A Hétfő vizsgálata szerint a fejlesztés nem érintett minden társadalmi szegmenst, többek között a felsőoktatást sem. A fejlesztett területekre fókuszált forrás eloszlása is aránytalanságot mutat: a projektek több, mint 80%-a koncentrált a testmozgásra és egészséges táplálkozásra, 40-50%-a a túlsúly és dohányzás kockázatára, 33%-a az életvezetési kompetenciák fejlesztésére, 22%-a az egészséges környezetre, és csupán 12%-a célozta meg az idősek egészségének javítását. Az elemzés felhívja a figyelmet arra is, hogy a projektek jellemzően több cél

megvalósítását is vállalták, ami viszont sok esetben a rendelkezésre álló anyagi keret értelmetlen felaprózásával járt [47].

A projektek a megszólított célcsoport (közösség, önkormányzat, iskola, stb.) érdekeit úgy kívánták érvényesíteni, hogy az aktuális programokat az érintettek bevonásával tervezték meg. Ez a „szakértői-egyeztető folyamat” azonban számos esetben formális volt. Nélkülözött a valós szükségletek felmérését és a célok megvalósításának tervezői folyamataiban sem volt tényleges együttműködés az érintett célcsoporttal [47].

A Hétfa-jelentésből nyilvánvalóvá vált, hogy az elmúlt évek programjai elsősorban kampányjellegűek voltak, sok esetben nem rendelkeztek kellő ismerettel a megszólítani kívánt társadalmi rétegről. Az áttekintett programoknak csak alig több mint 30%-a vállalt a projekt időszakát „túlélő” tevékenységet. Az érintettek mindössze a lakosság 2,5 százalékát tették ki. [47]

A projektek elemzéséből kiolvasható és a Hétfa tanulmánya is levonja azt a következtetést, miszerint az életmódprogramok sikerességének feltétele a választott célcsoport egészségfejlesztést megalapozó ismereteinek, igényeinek és életmódjának feltérképezése, valamint az így nyert ismeretek beépítése a tervezés folyamatába.

2.4.1 Egészségfejlesztés kiemelt színtere – iskola

Az egészségfejlesztés megvalósításának a mindennapi világ színterén való pozicionálása – annak stratégiai szerepe miatt – kiemelt jelentőséggel bír. A társadalmi alrendszerek közül az egyik legalkalmasabb szereplő a közjó említett elemének közvetítésére az iskola.

Az egészség a nevelésben célérték. Ennek megfelelően az iskolában is törvényi garancia mellett jelenik meg az egészségtudat fejlesztése. Az Európai Bizottság által kiadott „Fehér könyvek” többek között az Unió országainak egészségfejlesztésre vonatkozó stratégiáját is tartalmazza. Ezt az Országos Egészségfejlesztési Intézet, – amelynek feladata a lakosság egészségének védelme – az alapidokumentumai közé sorolja. Ez a szervezet erősíti szakmai véleményezésével az iskoláink egészségfejlesztési programjainak hatékonyságát.

Az egészségfejlesztés mai gyakorlati megvalósulása az oktatás színterén patológikus. A tudásközvetítés ugyanis a különböző tudományterületek mentén felsorakoztatott tantárgyakba beépítve kap helyet. A WHO által értelmezett egészség ebben a tantárgyasult formában azonban nem egységként, hanem különálló részekként válik értelmezetté. Az eredmény többnyire repetícióra épülő, a gyakorlati megvalósulást nélkülöző egészségtudat.

Az egészségfejlesztés terén, az említett probléma megoldásának szükséges, de nem elégséges feltétele a Zsolnai József által értelmezett pedagógikum megvalósítása, amely alapviszony három eleme az érték, az érték tanulása, valamint az érték tanulásának segítése. A rendszer lényege, hogy az érték (tudás) közvetítője a tanulónál tényleges értékörzést, esetleg értékteremtést, esetünkben kompetens egészségtudatos magatartást eredményezzen és nem elutasítást, vagy közönyt. Alkalmassá kell tenni tehát a diákot arra, hogy képes legyen egészsége javítására mind annak egyéni, életmódbeli, mind a tágabb környezetből vett meghatározó tényezőinek megváltoztatásával. Ahhoz azonban, hogy a tanítvány az önálló értékteremtés készségével rendelkezzen az egészségfejlesztés terén – ismerve az egészség több tudományterület, így tantárgy által érintett holisztikus szerkezetét –, már nem elegendő az említett háromszereplős pedagógikum megléte, hanem összetett rendszereknek kell egységes egységként ezen dolgoznia. Ezt a komplexitást tudja vállalni az oktatási intézmény. [48]

Az egészségmagatartást erősíteni hivatott tudás elsajátítása és a képesség annak alkalmazására még nem jelent garanciát arra, hogy az egyén életvitelében pozitív változások következzenek be. Az egészségfejlesztés ugyanis egyéni döntések mentén történik, amelyet a múltban szerzett tudás által determinált irányultságok, attitűdök befolyásolnak. Az átadott ismeretek tehát csak akkor realizálódnak, ha a katalizátorként ható személyiségjegyeket is erősítjük. Az attitűd, képesség, tudás hármasság a kompetens egészségtudat alapja [49].

Iránymutatónak tartom az egészségfejlesztésben a befogadó oldaláról megcélzott kompetenciáknak Gritz általi felsorolását:

- „Fejtse ki véleményét az egészség értékéről,
- pozitív és negatív példákon tudja elemezni a magatartás egészségvédő, illetve egészségkárosító hatását,

- tudjon érvelni valamely magatartás, szokás, viselkedés, társ-, és párkapcsolat egészséges vagy hibás voltáról,
- ismerje fel egy-egy egészségre ható tevékenység motívumait, azok indító szerepét,
- legyen képes egészségi állapotának, edzettségi fokának, fittségének, alkalmazkodó képességének elemzésére,
- ismerje és alkalmazza a szervezet edzésének programját, végezzen rendszeres testedzést, tudja mérni életműködésének jellemző értékeit,
- egészségi önismeretre, életmódjának revíziójára, az egészséges eltérő állapot felismerésére, kezelésére,
- vállalja fel tudatosan a saját egészségéért való felelősséget,
- tudja és alkalmazza az egészséget szolgáló táplálkozás szabályait a mindennapi életben,
- kedvezőtlen helyzetben, szokatlan körülmények között is képes legyen egészségének megóvására,
- alakuljon ki benne elutasító magatartás a dohányzással, az alkohol-, és drogfogyasztással, és az egészségre ártalmas szórakozásokkal (játékszenvedély), a felelőtlen szexuális magatartással,
- legyen gyakorlott a mindennapos egészségvédelem tennivalóiban (személyi, környezeti higiénia, fertőzések megelőzése)”[49].

Az ismeretek befogadását segítő tanár szakmai felkészültsége garancia lehet a tudás eredményes közvetítésére. Ez a szakmaiság a pedagógusképzés kimeneti követelményrendszere által garantált. Kockázati tényezők azonban az oktató személyiségjegyei. Hitelessége erősen befolyásolja a diák motivációs attitűdjeinek alakulását [50].

A pedagógikum harmadik eleme, a közvetített tudás interdiszciplináris megalapozottsággal bír. Tartalma a közjót szolgáló érték – az érintett tudományterületek mentén ez bizonyítást nyert.

2.4.1.1 Egyénre szabott egészségfejlesztés

Napjainkban a kiscsoportos foglalkozások szükségét szülte az a felismerés, hogy a hallgatóság nem az általános, egészség megőrzését segítő információk tézisszerű megfogalmazását várja, hanem az egyedi, személyre szabott tanácsokat [51].

A katedráról tehát le kell lépnie a tanárnak, s új szerepben, tanácsadóként kell funkcióját betölteni. Az 1970-es években ismerték fel az egészségnevelők – a szociológia, a pszichológia és a pedagógia eredményeit vizsgálva –, hogy korábbi felfogásuk nem vette figyelembe az egészséget befolyásoló tényezők közül az egészséghiedelem, az attitűd, valamint a környezeti hatások szerepét sem. Az új felfogás ennek korrigálásaként szükségesnek tartotta az ismeretközlő és befogadó személyiségének, az aktuális környezetnek és szokásrendszernek a megismerését.

Az egészségfejlesztés megjelenve minden szociális szinten, direkt és indirekt módszereivel fejti ki összetett tevékenységét. Célja, hogy az egészség-kulturális szint emelésével, az életmód formálásával elősegítse egyrészt az egészség kialakítását, megtartását, a betegségek megelőzését, másrészt, hogy a betegek egészségi állapota mielőbb helyreálljon. Az oktatónak ma a tanulás folyamatát megkönnyítő, támogató szerepet kell ellátnia, segítve az egészséggel kapcsolatos döntési helyzetekben a helyes választás megszületését.

A tanár végső célja az önkontroll képességének megteremtése a hallgatóiban. Ennek teljesítése csakis kölcsönösségen alapuló partneri viszonyban képzelhető el. A hangsúly azon van, hogy a tanuló személyiségét belülről vezérelve erősítsük meg, ne pedig külső „kényszer” hatására cselekedjen egészsége érdekében – ez az életkor előrehaladtával fokozottan érvényes. Ennek megvalósulását dinamikus, interaktív, a fiatalok részvételére és aktivitására építő egészségfejlesztési folyamatban képzelhetjük el [51].

Az oktatónak legitimálnia kell önmagát tanítványai előtt. Ennek feltétele, hogy maga is rendelkezzen eredményes – látható és érzékelhető – egészségtudattal. Személyes példája révén a tanítványok könnyebben elsajátíthatják a kívánt egészségmagatartást. Az eredményesség tehát feltételezi a pedagógus diákközpontúságát, valamint a saját egészsége iránti felelősségvállalását.

Az egyénre szabott egészségfejlesztéssel szemben, az előző bekezdésekben megfogalmazott elvárások a Dewey-féle reformpedagógia szemléletmódjával csengenek össze, melynek újkori adaptációja a projekt-oktatás. Ez, mint az atipikus tanítási-tanulási módszerek egyik ismert formája, az alábbi elveket követi:

- a tanulás a személyes tapasztalatra kell, hogy épüljön,
- a tudásátadásnál figyelembe kell venni a befogadó fejlődési szükségleteit,
- elvárás a tanulási folyamatban a hallgató aktív szerepvállalása. [52]

A projektorientált tanítás a témához kapcsolódó tudásterületeket integrálja, vagyis interdiszciplináris indíttatású. Az így örökített ismeret a befogadó számára nem öncélú, hanem a mindennapi világ szintjén alkalmazható lesz. Amennyiben a felsőoktatás egészségfejlesztése a projekt-tanítás protokollját követi, úgy annak végkifejlete nem egy érdemjegy által értékelhető kimenet lesz, hanem olyan produktum, amely a hallgató önálló alkotása (pl.: edzésterv, egészséges étrend, a dohányzásról való leszokás programja, stb.), s annak eredményessége a környezet által érzékelhető. [52]

2.5 Egészségfejlesztés a felsőoktatásban

Az életminőséget befolyásoló egészségmagatartás eredményes fejlesztésének feltétele tehát a koherens mintaképzés. Ez viszont a testi-lelki egészségnevelésnek átfogó, nevelési rendszerben való megjelenítését igényli. [53] Ezt, ahogyan már említettem, a család, illetve az iskola (köznevelés) fel tudja vállalni.

A felsőoktatás intézményi keretei között az említett komplex egészségfejlesztés nem lehet reális cél, azonban szerepvállalása mégis indokolt. A hallgatók életminőségét, egészségi állapotát feltáró mérések komoly rizikófaktorokat azonosítanak be a fizikai és pszichológiai dimenziók mentén.

Szociálpszichológiai elemzésünkben tisztáztuk, hogy a felsőoktatás az egészségfejlesztés terén vállalásait nem társadalmi indíttatással teszi. Ennek motivációs háttere szakmai eredetű. Az államnak a hallgatók, mint speciális célcsoport egészségfejlesztése mellett való elkötelezettsége pedig többek között a törvényi szabályozásból azonosítható be. Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény az egészségfejlesztésnek a felsőoktatásra háruló feladatait és kötelezettségeit is meghatározta. Mindezt a felsőoktatást koordináló jogszabály (2011. évi CCIV. törvény

a nemzeti felsőoktatásról 11. § (2)) is megerősíti és konkretizálja, miszerint „A felsőoktatási intézménynek az alaptevékenységéhez igazodóan biztosítani kell egészségfejlesztést is beleértve a rendszeres testmozgás és sporttevékenység megszervezését...”

Szükséges megjegyezni, hogy a felsőoktatásnak az egészségfejlesztésben való szerepvállalása nem lehet önzetlen. A Pannon Egyetemet támogató piaci szereplők körében végzett vizsgálat eredménye is ezt erősíti, miszerint a „piacorientált” tudást közvetíteni kívánó felsőoktatásnak a munkavállalótól elvárt, a fizikai teljesítőképességet meghatározó kompetenciák fejlesztésében is feladata van. [54] A megállapítást közvetve erősíti meg a Berzsényi Dániel Főiskola megbízásából készült kutatás, amelynek célja a felsőoktatási intézményekben tanuló elsőéves, illetve végzős hallgatók munkaerő-piaci szempontból fontos kompetenciáinak feltárása, kompetencia-profiljának meghatározása [55].

A felsőoktatásban ma tapasztalható egészségfejlesztési gyakorlatot a TÁMOP-6.1.1-12/1-2013-0001 „Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása” kiemelt projekt Felsőoktatási Alprojekt keretében készült elemzésre alapozva mutatom be. [56]

A célcsoport specifikumaiból – életkor, élethelyzet, stb. – adódóan a programok az alábbi területekre fókuszálnak:

- dohányzási szokások, drogprevenció stb.;
- mentálhigiéné, diszkomfort érzés és stresszes helyzetek kezelési képessége, megbirkózási stratégiák;
- kortárssegítés, tanácsadóképzés;
- fizikai fittség, aktivitás, sport;
- nemi érintkezés. [56]

A már áttekintett, hazai életmódprogramok megvalósításának gyakorlatához hasonlóan a felsőoktatási intézmények is elsősorban akció jelleggel vállalnak szerepet a felsorolt területek gondozásában egy-egy intézményi szervezeti egység érintettségében. A programok elsősorban az egészségkockázati magatartást kívánják befolyásolni, közepes és kis csoportok számára továbbított információátadással, illetve szolgáltatás bővítéssel. Az egészség fejlesztésének szándéka megjelenik a mentálhigiéné és egyetemi sport területén. Adóssága a programoknak, hogy sok esetben nélkülözik a

célcsoport megismerésére irányuló kutatásokat, továbbá az akciók hosszútávú fenntartása nem biztosított. [56]

Kutatásom érintettsége által indokoltnak tartom a mentálhigiénés tanácsadások, illetve a sportolást támogató projektek gyakorlati megvalósulásának részletesebb áttekintését. Az előbbi területen jó gyakorlatként tekinthetők azok a hallgatói kezdeményezésre létrejött központok, amelyek elsődleges célja az egyéni, személyre szabott tanácsadás megvalósítása. Azokat a drasztikus változásokat segítenek értelmezni és megélni, amit a felsőoktatásba való bekerülés élethelyzete teremtett (pl.: Szegedi Tudományegyetem Életvezetési Tanácsadó Központ, Debreceni Egyetem Mentálhigiénés és Esélyegyenlőségi Központ, Eszterházy Károly Egyetem - Kortárssegítő Mentálhigiénés Tanácsadó Iroda, Károli Gáspár Református Egyetem - Online Hallgatói Tanácsadás, TF Diáktanácsadó Szolgálat). Az 1995-ben létrejött Felsőoktatási Tanácsadás Egyesülete éppen ezen programok szakmai háttérét kívánja erősíteni rendszeres szimpóziumokkal, képzésekkel. Az Egyesület célja, hogy az egyéni tanácsadásban alkalmazott konzultációs és terápiás módszereket fejlessze, kidolgozza a felsőoktatási tanácsadás korszerű intézményi modelljét. Figyelemre méltó törekvés az egyetemek közötti szakmai párbeszéd támogatása, továbbá tevékenységének publikálása. [57]

A hallgatók fizikai aktivitását, így egészséges életmódját erősítő egyetemi sportnak számos és sokrétű megvalósítását regisztrálhatjuk. Az intézményi kezdeményezéseken túl megvalósult egy országos fejlesztési program: a MEFS a Magyar Olimpiai Bizottság jóváhagyásával megalkotta és közkinccsé tette azt a Hajós Alfréd Tervet, amely többek között rendelkezett arról a szabadidős és rekreációs sportról, ami a hallgatók nagy tömegét elérve lehet meghatározó eszköze a felsőoktatás egészségfejlesztésének. A program komplexitását tükrözi a terv előszavából idézett bekezdés: „Szabadidősport területén az egyetemi sport koordinálásához szükséges felsőoktatási Sportiroda-hálózat kialakítása, az önálló hallgatói sportnormatíva, egy országos szintű, a Hallgatói Önkormányzatok Országos Konferenciájával (HÖÖK) közösen szervezett egyetemi sport- és egészséges életmód népszerűsítő kampány indítása, az általános testnevelés rendszerének megújítása, és a fogyatékkal élő hallgatók sportolásának biztosítása egyaránt szerepel a fő feladatok között”. [58]

Figyelemre méltó eredmény, hogy a Hétfa-jelentésből levont konklúziók mentén, az érintett célcsoport bevonásával történik a hallgatók egészségvédő magatartásának fejlesztése. Ezt támasztja alá a HÖÖK aktív szerepvállalása, amely az általuk fejlesztett, a hallgatók széles körű elérését és a sportéletbe való bevonását támogató SportPont Programban realizálódik – ez a projektelem szerves része a hajós Alfréd Tervnek. A felsőoktatás egészségfejlesztésének másik kulcsfontosságú szereplője, maga az intézmény, szintén tevékeny és kreatív részese a programnak a Sportiroda-hálózathoz való csatlakozása által. A hálózat biztosítja a szakmai kommunikációt, generálva a folyamatos fejlődés és megújulás lehetőségét. A projekt hosszútávú fenntarthatóságára is garanciát vállal a program. [47]

2.5.1 A fizikai aktivitás és az életminőséget meghatározó testi-mentális egészség kapcsolata

Az ember habituális mozgásmennyiségének drasztikus csökkenéséből adódó egészségkockázat problémájának nyilvánvaló megoldása az életvitelünkbe beültetett rendszeres aktív testmozgás, amely melletti érvek már számos kutatás mentén nyertek orvos- és sporttudományi megerősítést.

A teljesség igénye nélkül kívánom bemutatni a fizikai aktivitás testi egészségre gyakorolt hatását:

A civilizációs ártalmak közé sorolt keringési rendszeri megbetegedések a kis- és közepes intenzitású tartós mozgásokkal ellensúlyozhatók, illetve megelőzhetőek. [59][60]

Igazolást nyert, hogy a kettes típusú cukorbetegség kialakulásának valószínűségét is csökkenti az említett aktivitás. [61][62][63][64]

A daganatos elváltozással szembeni hatása a rendszeres testmozgásnak ismert ugyan, de annak élettani mechanizmusa még vizsgálat tárgyát képezi. A sport prevenció és rehabilitáció hatásának lehetséges magyarázata az antioxidáns enzimrendszer kapacitásának növekedése. [65]

A mozgásszervi megbetegedések (gerincdeformitás, anyag tartás, csontritkulás, stb.) kialakulásának valószínűségét szintén bizonyíthatóan csökkenti a rendszeres testmozgás. [66][67] A passzív mozgatórendszert érő egyoldalú terhelésnek

következménye a nyaki és hátágyéki szakaszon megjelenő fájdalmak. Ezek erőteljes, életminőséget romboló hatással bírnak, amelyek mozgás általi kezelése sporttudományi bizonyítást nyert. [68]

Messze elmaradva a szükséges mozgásmennyiségtől, válik napjainkban népbetegséggé a túlsúly, ami indikátora a felsorolt betegségeknek. Ennek hosszútávú eredményt garantáló kezelése szintén a rendszeres és tervezett rekreációs mozgás által lehetséges. [69]

A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív vizsgálat is külön „fejezetet” szentelt a magyar lakosság – fizikai aktivitás függvényében értékelhető – életminőség mutatóinak feltárására. Természetesen ez esetben is igazolást nyert a rendszeres, hetente legalább egy-két alkalommal végzett sportolás pozitív élettani hatása. A magas vérnyomás, agyérbetegség, szívinfarktus, cukorbetegség és daganatos megbetegedések kialakulásában a mozgásszegény életmód 1,8-2,5-es „esélyhányadossal” bír. A logisztikus regressziós modell vizsgálat pedig azt mutatja, hogy – a testösszetétel és életkor mellett – a fizikai aktivitás önálló védőfaktornak bizonyul a felsorolt első négy betegséggel szemben.

Számos nemzetközi kutatás eredménye támasztja alá, hogy az életvitelébe beágyazott, rendszeres testmozgással élők a pszichológiai életminőség dimenziója mentén is előnyöket élveznek inaktív társaikkal szemben. Jobb közérzettel rendelkeznek, eredményesebben küzdenek meg a stresszel, ellenállóbbak a depresszió és vitális kimerültség terén, javítva az önértékelésüket, erősítve az önbizalmukat. [70][71][72][73]

A Hungarostudy 2002 idézett eredményei a magyar felnőttek körében hasonló eredményeket mutatnak: mind a Beck-depresszió, Vitális kimerültség, mind pedig a Reménytelenség kérdőív az aktív életformát vállalók védettségét igazolja a passzivitásban élőkkel szemben. A pozitív hozadékként regisztrált magasabb énhatékonyság erősíti az egyén kompetens szerepét a célok elérésében. [23]

Az egészségjavító fizikai aktivitás életminőségre gyakorolt hatása tehát egyértelmű. Ezzel az indíttatással született intervenciós sportprogramok azonban csak abban az esetben lehetnek eredményesek, ha ismert a célcsoport elérésének mikéntje – az aktív életformába való bevezetés és annak fenntartásának motívumai.

2.5.1.1 A fizikai aktivitásnak a hallgatók életminőségére gyakorolt lehetséges hatása

Az alap, illetve középfokú képzésből kilépő, tanulmányát a felsőoktatásban folytató hallgató számára új tartalmat nyer a fizikai fittség fogalma. Túllépve a tantárgyi követelmények mentén értékelt fizikai teljesítőképességen, újra fogalmazódnak a fittségi célok, egyénre szabottan módosulnak és súlyozódnak a kiemelt kondicionális képességek. Kutatásom szempontjából lényeges megállapítás, hogy a kedvezőtlen élettani folyamatok – keringési rendszer, immunrendszer, aktív és passzív vázrendszer leépülése – a fiatal felnőtt kor végén gyorsulnak fel. [74]

Az egészséges életmódot követő egyén számára elsődleges fontosságú az állóképesség fejlesztése, melynek működését támogató szervrendszer a légző- és keringési rendszer. Ennek folyamatosan ismétlődő stresszelése által kiváltott adaptáció következménye a jobb terhelhetőséget és a hatékonyabb regenerálódást eredményező élettani változások sora. Az izomerő fejlesztése által megnövekedett izomtömeg segíti az egészséges testösszetétel – testszír és testsúly arányának – fenntartását, a tónus fokozódása pedig a helyes testtartást, valamint a túlterhelt ízületek védelmét. Az ízületi mozgáshatár anatómiailag meghatározott szintjének megközelítése a nyújtás által, a terhelt aktív vázrendszer regenerálása mellett az ízületi felszínek épségének megőrzését szolgálja.

A korosztályra jellemző elsődleges, lehetséges fittségi célok a felsoroltak függvényében a következők:

- testsúlykontroll, (zsíryanycsere érzékenység fokozása, izomtömeg növelés),
- alakformálás, (izomrendszer kiegyensúlyozottságára való törekvés),
- általános jó kondíció megalapozása (a képességek harmonikus egyensúlyának megteremtése),
- sportági irányultságnak megfelelő képesség fejlesztés.

A magyar fiatalok egészségi állapota a mortalitási és morbiditási statisztikák szerint kielégítő. Ezt annak magas értéket mutató szubjektív megítélése is igazolja. Ennek megfelelően az inaktívok motiválása komoly kihívás. Ugyanakkor az életvezetés rutinjai ebben az életszakaszban alakulnak ki, amely a rossz reflexek esetén

megalapozzák a krónikus betegségek, mozgásszervi problémák későbbi kialakulását.
[75]

Véleményem szerint a mérésen alapuló valós fittségi állapot feltárása és annak értelmezése a hosszantartó motiváció szükséges feltétele.

2.5.1.2 A hallgatók életminőség mutatóinak áttekintése az egészségfejlesztés felsőoktatás által hozzáférhető területein

Kevés olyan hazai kutatás áll rendelkezésünkre, amely átfogó képet tud adni a hallgatók, mint a disszertációm szempontjából kitüntetett célcsoport életminőségéről. Elsősorban az őket magába foglaló korosztályos-, valamint a helyi, intézményi felmérések eredményeire támaszkodhatunk.

Longitudinális kutatásom megalapozásához szükséges szakirodalmi áttekintést 2007-2008-ban kezdtem el, s ekkor a vizsgált hallgatói közösségről elsősorban a Kopp Mária és munkatársai által végzett Hungarostudy felmérés korosztályok mentén feltárt ismereteire alapozhattam. Ebből egyértelműen kitűnik, hogy az egészségfejlesztés terén a legnagyobb kihívás az életminőség egyes dimenziói mentén a kor előrehaladtával regisztrált drasztikus állapotromlás ellensúlyozása. Az alkalmazott összehasonlító statisztikai eljárás (faktoranalízis) az egészséggel kapcsolatos és a pszichológiai életminőség faktorok jelentőségét mutatják. [23]

Az ismert dimenziókra koncentrálnak érdemes tehát áttekinteni az MTA Politikatudományi Intézete által készített „Nemzeti jelentés a magyar ifjúság helyzetéről az Európa Tanács számára 2007” című elemzésének eredményeit. (Bár a minta alapsokaságát nem a hallgatók adták, így a megállapítások nem reprezentatívak, de a választott korosztály (18-24 évesek) jelentős átfedést mutat.) A legfontosabb eredményeket az alábbi felsorolásban ismertetem:

- a fiatal felnőtt korosztály halálózási aránya kedvező az összlakosság viszonylatában,
- a morbiditási faktorok jelenléte elenyésző – allergiás tünetekkel bír a megkérdezettek 30%-a, csont és izombántalmakra panaszodik közel 10 %-uk,
- egészségi állapotuk önértékelésében – korábbi évek eredményeinek összevetésében – nem történt változás,

- a depresszív tünetek megjelenésének aránya csökkent ugyan, de a súlyos állapotban lévők száma megkétszereződött,
- az egészségkockázati magatartás tekintetében regisztrál tendencia, hogy azok megjelenése egyre fiatalabb korban érhető tetten,
- az egészségvédő magatartás fontos eleme a fizikai aktivitás, amelynek az életkor előrehaladtával egyre kevesebb időt szánnak – a fiúk esetében ez a visszaesés erőteljesebb. [76]

Az MTA jelentés a fiatalok egészség-jövőképét is feltárta, amely az egészségtudat fejlesztése szempontjából hasznos információt szolgáltat: a megkérdezettek többsége úgy véli, hogy egészségi állapotának alakulása elsősorban saját egyéni felelőssége és kompetenciája. [76]

Érdekes megállapítást tett a jelentés a fiatalok sportolási szokásai kapcsán. 2004-ben a rendszeresen sportolók számában növekedést regisztráltak, amely – tudjuk későbbi felmérésekből (pl.: Magyar Ifjúság 2012) – csupán átmeneti javulás. Ezt azzal magyarázta a tanulmány, hogy a rendszerváltás után jelentősen nőtt a közép- és felsőoktatásban tanulók száma, amely tendencia mára megfordult. Fontos konklúzió azonban, hogy a tanulás köré szerveződő életvitel kedvez a fizikai aktivitás megvalósításának. [76]

A felsőoktatás egészségfejlesztésben való eredményes szerepvállalásához fontos ismernünk a hallgatók egészségtudatának output értékeit, illetve azokat a motivációkat, amelyek az egészségvédő magatartást erősíthetik. A négyévenként megismételt Ifjúság-kutatássorozat – szintén csupán közvetetten, a korosztályra megállapított adatok mentén – szolgáltat iránymutató információval. Az 1. táblázatban a sportmozgáshoz kapcsolható attitűdök változását követhetjük nyomon négy év intervallumában. Ebben szembetűnő az egészség ösztönző erejének csökkenése, továbbá a fittség és jó közérzet közötti kapcsolat gyengülése. [77]

Bár ismert a fizikai aktivitás egészséghez való pozitív kapcsolódása, a hétköznapi élet szintjén ez nem valósul meg százszázalékosan, jelezve az eltérő motivációjú életmód modell valószínűségét. Ez az egészségtudat erősítésének szükségességére figyelmeztet.

1. táblázat: Rendszeres sportolás motivációi [77]

	2008. aki végez rendszeres testmozgást, sportol (% , N=820)	2012. aki végez rendszeres testmozgást, sportol (% , N=2829)
edzett legyen	60%	61%
egészséges legyen	68%	48%
jó legyen a közérzete	48%	33%
örömet okoz	39%	30%
a jó társaság kedvéért	20%	25%
jól nézzen ki	33%	22%
fogni szeretne	13%	9%
szülei javaslatára	3%	3%
egyéb	-	2%

A fiatalok egészségének és testtudatának szubjektív megítélését az egészséggel, a külsővel és az edzettség szintjével való elégedettség mentén azonosította be a Magyar Ifjúság 2012 felmérés (2. táblázat). Az eredményekből kiolvasható, hogy a sportolók körében mindhárom tényező esetében magasabb elégedettségi szint rögzíthető. A felmérés szerint a nemek tekintetében a nők kritikusabbak mind az edzettségük, mind pedig külsejük megítélésében. Ez lehet motiváló tényező is az aktív életforma választásához, azonban ha ez az elégedetlenség hosszú távon van jelen az egyén életében, úgy az az életminőséget gyengítő momentum lehet – csökkentve az önbizalmat, a szubjektív elégedettség érzetét.

2. táblázat: Elégedettség [77]

	egyáltalán nem elégedett	2	3	4	teljes mértékben elégedett	nem tudja, nem válaszol
az edzettségi szintjével						
teljes minta	4%	9%	33%	29%	23%	2%
nem sportoló	6%	11%	38%	26%	17%	2%
sportoló	2%	5%	25%	34%	34%	0%
a külsejével						
teljes minta	3%	6%	32%	37%	22%	2%
nem sportoló	3%	6%	35%	35%	19%	2%
sportoló	2%	5%	25%	40%	27%	0%
az egészségével, közérzetével						
teljes minta	1%	4%	21%	38%	35%	2%
nem sportoló	2%	4%	24%	38%	31%	2%
sportoló	1%	3%	15%	37%	44%	0%

Fontos kérdés, hogy a sportolás hogyan befolyásolja a vizsgált tényezők mentén mért elégedettséget (3. táblázat).

3. táblázat: Elégedettség – nemenkénti bontásban [77]

		1	2	3	4	5	átlag
edzettségével	sportoló férfi	1	5	22	35	37	4**
	nem sportoló férfi	4	9	37	29	19	3,6
	sportoló nő	2	7	30	32	29	3,8**
	nem sportoló nő	7	12	40	24	15	3,4
külséjével	sportoló férfi	1	3	24	41	30	4,0**
	nem sportoló férfi	2	5	36	35	20	3,8
	sportoló nő	3	7	28	39	22	3,7
	nem sportoló nő	4	7	35	35	18	3,7
egészségével	sportoló férfi	1	2	14	36	47	4,3**
	nem sportoló férfi	1	4	24	38	32	4
	sportoló nő	1	40	17	39	39	4,1
	nem sportoló nő	2	4	24	38	30	4

Az aktív és inaktív csoport között felfedezhető ugyan a várt pozitív irányú eltérés, azonban a férfi és nő vonatkozásában további értelmezést igénylő eredményt olvashatunk, ugyanis a sportoló és nem sportoló lányok egészsége, külseje és edzettsége megítélésében nincs szignifikáns eltérés. [77] Felmerül a kérdés, hogy vajon rendelkeznek-e a fiatalok azzal a kompetens egészségtudattal, amely az elvárásaiknak megfelelő fizikális, mentális állapotot eredményezi?

Az idézett felmérés elemezte a sportolási szokásokat is. Itt a tizenkét éves mérési sorozat eredményeire utalva, a rendszeresen sportolók arányának folyamatos csökkenését regisztrálták. A nemek összevetésben megállapítható az a nemzetközi trend, miszerint a gyengébbik nem sportolási hajlandósága alacsonyabb a férfiakénál. Ez esetünkben jelentős, 16%-os lemaradás. [77]

Összegezve elmondható, hogy bár a fizikai aktivitás egészségre és közvetve az életminőségre gyakorolt erősítő hatása bizonyított és tudott, az egészségmagatartás momentumaként mégsem válik a hétköznapi nyilvánvaló elemévé. Ez tetten érhető egyrészt a sportolás gyakoriságának csökkenésében, valamint az inaktivitásból

eredeztethető egészségproblémák relatíve nagyszámú feltárásából. Figyelemre méltó és az egészségfejlesztő programoknak kiemelt szempontja kell, hogy legyen a nemek között – a fizikai aktivitás komponensei mentén – beazonosított különbségek.

3. Célkitűzések

Az értekezésem célja annak feltérképezése, hogy milyen módon vezethető rá a hallgató az egészségvédő életvezetés meghatározó elemének, a rendszeres testmozgás szükségességének felismerésére, életvezetésébe való beépítésére. Ennek megfelelően a doktori kutatásom tárgya a felsőoktatásban megjelenő hallgatóknak az egészségtudatos magatartás által befolyásolt életminősége, amelynek feltárása, valamint – az állapot ismeretében – annak fejlesztése a kitűzött feladat.

A megvalósításhoz longitudinális vizsgálatot végeztem, amelynek célja egy általam felépített, a felsőoktatásba bevezethető kurzus hatékonyságának feltárása, amellyel az érték objektiváció vonatkozásában, az egészségvédő életvezetés területén felfedhető – elsődlegesen a fizikai inaktivitás mentén nyomon követhető – konfliktushelyzetet kívánom feloldani.

Empirikus kutatásom három részterülete:

- a hallgatók életminőség mutatóinak feltárása,
- a felmért szükségletekhez igazodva kurzus fejlesztése,
- a kurzus eredményességének igazolása.

3.1 Megválaszolandó kérdések célok és hipotézisek

A komplex – longitudinális vizsgálat – részterületei mentén felvetődő kérdések, amelyek az előbb említett célkitűzések sikeres megvalósításához megválaszolandók, a következők:

- A Pannon Egyetem hallgatóinak egészséggel kapcsolatos életminőség mutatói kapcsán:
Milyen állapotban van a vizsgált célcsoport egészséggel kapcsolatos életminősége – viszonyítási pontként tekintve a Hungarostudy 2002 „fiatal felnőtt” korosztályra vonatkozó adatait –, s a feltárt állapot indokolja-e a felsőoktatásnak egészségfejlesztésben való szerepvállalását?
- A felsőoktatásban alkalmazható egészségfejlesztő modell mentén:

Milyen módussal, és az életminőség mely dimenziója mentén tervezhető, fejleszhető az a modellprogram, amely a hallgatók egészségfejlesztését célozza meg? Hova pozicionálható ez a felsőoktatás képzési struktúrájában?

– A modellprogram eredményei tekintetében:

Mérhetőek-e a program keretében megvalósuló egészségfejlesztés hatásai, s ha igen, mely területi vonatkozásokban érhetőek azok tetten?

Hipotéziseim:

H₁ Feltételezem, hogy a hallgatók egészséggel kapcsolatos életminőség mutatói az országos (korosztályos) átlagnak megfelelő hiányosságokat mutatnak így felsőoktatásnak az egészségfejlesztésben való szerepvállalása indokolt.

H₂ Feltételezem, hogy a folyamatos reflexióra épülő akciókutatással megalapozható egy, a hallgatók egészségfejlesztését célzó kurzus, amely a hétköznapi életben megvalósuló egészségvédő életvezetést erősíti. Ez a képzésbe beilleszthető – minden hallgató által elérhető – „C” típusú tárgyként.

H₃ A kurzus eredményessége a következő dimenziók mentén mérhető:

- az egyéni fitsségi cél reális meghatározásában,
- a cél elérését segítő ismeretek továbbításában
- a gyakorlatban megvalósuló – rendszeres aktív testmozgásban realizálódó – egészségvédő életvezetés terén.

3.2 A kérdések és hipotézisek részletezése a longitudinális kutatás fázisaiban

3.2.1 A kutatás első szakaszában (*hallgatók életminőség mutatóinak feltárása*) megválaszolandó kérdések és feltevések

A 2. ábrán beazonosított kutatási területen, a felsőoktatás által felvállalható – az egészségtudatosságot fejlesztő – kurzus megalapozása érdekében a következő kérdéseket kellett megválaszolni:

- Pszichológiai életminőség mutatók vonatkozásában milyen állapotban van a vizsgált célcsoport, van-e a nemek, illetve karok tekintetében szignifikáns eltérés?

- Egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók vonatkozásában milyen állapotban van a vizsgált célcsoport, van-e a nemek, illetve karok tekintetében szignifikáns eltérés?
- Hogyan realizálódik a hétköznapi életben az egészséget védő, illetve károsító életvezetési gyakorlat, van-e azoknak nemek, illetve karok tekintetében szignifikáns eltérése?
- Az előző kérdésekre kapott válaszok tükrében van-e létjogosultsága a felsőoktatásban a tervezett fejlesztő kurzusnak – vannak-e felfedhető hiányosságok?

Az első kutatási szakaszban bizonyítandó hipotéziseim:

- Feltételezem, hogy a pszichológiai életminőség mutatók tekintetében nincs számottevő eltérés az országos (korosztályos) átlagtól. Nemek vonatkozásában szintén az országos átlagnak megfelelően a lányok erőteljesebb leterheltségét feltételezem. A karok esetében nem várok szignifikáns eltérést.
- Feltételezem továbbá, hogy az egészség önbecslés az országos átlaghoz mérten magas értékeket mutat. Nemi eltérés a fiúk jobb egészségi állapotát jelzi. A fájdalomérzet korlátozó hatása még nem jellemző ebben a korosztályban. A kezelt és nem kezelt betegségek száma azonban várhatóan magas. A karok vonatkozásában nem várok szignifikáns eltérést.
- Feltételezem, hogy a fizikai aktivitás terén a fiúk, míg az egészségkárosító magatartás vonatkozásában a lányok értékei kedvezőbbek. Mindkét nem esetében felfedhető az egészségtudatosság részleges patológiája. Várható a karok vonatkozásában szignifikáns eltérés.
- Szükséges és a felsőoktatás képzési struktúrájába beilleszthető az a kurzus, amely a hallgatók fizikai fittségét megalapozó egészségtudat fejlesztését célozza meg.

3.2.2 A második kutatási szakaszban (*kurzus fejlesztése*) megválaszolandó kérdések és feltevések

A kutatás második fázisában fel kellett tárom az egészségfejlesztésnek azt a szegmensét, amely a felsőoktatás által felvállalható. További feladat volt a kurzus megalapozásán túl, annak folyamatos önreflexiók mentén történő fejlesztése a tudásközvetítés eredményességének optimalizálása érdekében. Ennek kapcsán a következő kérdéseket kellett megválaszolnom:

- Az egészségfejlesztésnek mely szegmense fejleszthető egy, a felsőoktatási intézményben hirdetett kurzus által?
- Milyen módon vonható be a képzés tartalmi kereteinek megalapozásába, valamint annak továbbításához használt technikák fejlesztésébe az a hallgató, aki a pedagógikum szereplőjeként az ismeretek eredményes befogadásáért kell, hogy felelősséget vállaljon?
- Milyen kutatási eszköz alkalmazásával juthatok hozzá ahhoz a komplex ismerethez, amely segít a
 - belső szükségletre épülő motiváció fenntartásában,
 - a tanulás folyamatának erősítésében, a kompetens tudás elérésében,
 - az egyén fittségi céljának eléréséhez szükséges tartalmi elemek ellenőrzése mentén a kurzus folyamatos fejlesztésében?

A kurzus fejlesztése kapcsán megfogalmazott feltevéseim:

- Feltételezem, hogy a felsőoktatás egészségfejlesztést célzó szerepvállalásában felvállalható, a hallgatók életminőségét kiemelten befolyásoló faktor a gyakorlatban megvalósuló egészségvédő életvezetés.
- A folyamatos reflexióra épülő akciókutatással megalapozható egy, a hallgatók egészségfejlesztését célzó kurzus, amely a hétköznapi életben megvalósuló egészségvédő életvezetést erősíti. Ez a képzésbe beilleszthető – minden hallgató által elérhető – „C” típusú tárgyként.

3.2.3 A kutatás harmadik szakaszában (a kurzus eredményességének vizsgálata) megválaszolendő kérdések és feltevések

Tapasztalataim szerint a szabadon választható – fejlesztett – kurzusra való jelentkezés egyik jellemző motivációja a sport, rendszeres testmozgás iránti kiemelt érdeklődés. Ez a tény azonban a Pannon Egyetem hallgatóinak életminőségmutatóit feltáró kutatás mintájához képest eltérő minőséget teremthet a meghirdetett tárgyra jelentkezők esetében. Ennek értelmében viszont a kurzus eredményességének vizsgálata előtt fel kell tárnunk a résztvevők képzés előtti egészségtudatát, életminőségét, hogy a következő kérdéseket megválaszolhassuk:

- Az alapsokasághoz hasonlóan a kurzusra jelentkező hallgatók körében is feltárható-e az életminőség mutatóikra jellemző negatív értékek?
- Az alapsokaságnál feltárt, – a fizikai fittség megalapozását akadályozó – tudáshiány fellelhető-e az akciókutatásban részt vett hallgatóknál, vagyis indokolt-e a „speciálisan szerveződött” csoportok képzése?

Feltételeztem, hogy:

- a kurzusra jelentkezők csoportja az alapsokaság viszonylatában jobb életminőség mutatókkal és egészségtudattal rendelkezik,
- a feltárt jellemzők azonban még mindig elmaradnak az egészséget megszilárdító, kívánt szinttől,
- a kurzus szükségessége tehát a képzési rendszerbe szabadon választott tárgyként való bevezetésével is indokolt.

A kurzus eredményességének vizsgálata csupán akkor válhat releváns célkitűzéssé, ha az ismertetett feltevéseim igazolást nyernek. Ennek feltárásához az alábbi kérdésekre kellett választ találni:

- Mutatható-e ki rövidtávon változás a pszichológiai és egészséggel kapcsolatos életminőség vizsgált összetevőiben?
- A kurzus időtartama alatt bekövetkezik-e számottevő változás az egészségvédő életvezetés terén?

- A fizikai fittséget megalapozó egészségtudat kurzus általi megerősítése mutat-e mérhető változást?
- Tudatosabbá válik-e az egészséget, így az életminőséget erősítő testmozgás szervezése és megélése?
- Az ismeretek bővülése jelenthet-e hosszútávú motivációt az aktív életmód fenntartására?
- Az eredmények milyen mértékben tulajdoníthatók a kurzus hatásának?

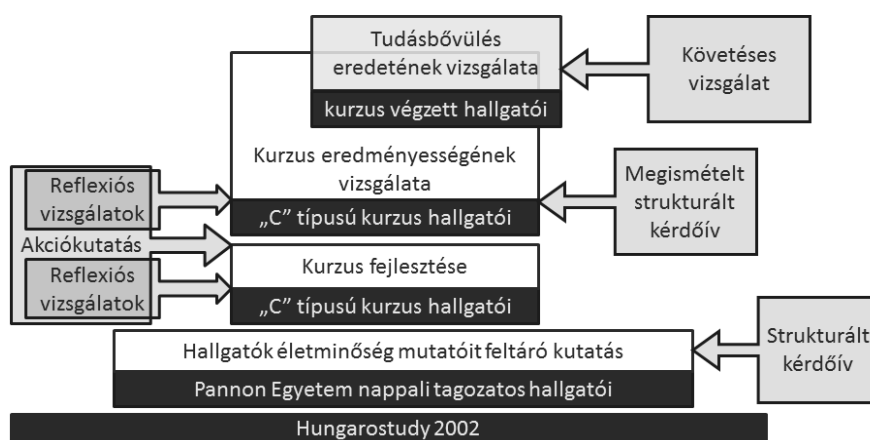
Feltevéseim a következők voltak:

- A pszichológiai és egészséggel kapcsolatos életminőség összetevőiben számottevő változás a kurzus rövid időtartama alatt nem valószínűsíthető, csupán pozitív irányú elmozdulás várható.
- Az egészségvédő életvezetés terén nagyobb mértékű javulás prognosztizálható, míg az egészséget károsító tényezők tekintetében ez nem feltételezhető, mivel a kurzus erre a területre nem összpontosít.
- Az egészségtudat vonatkozásában számottevő javulás várható.
- A fittségi célok megvalósítása az egészségtudat megerősödése által, feltételezéseim szerint a tudatos tervezettség megerősödését okozza.
- Feltételezem, hogy a hallgatók a tudásbővülésre alapozva reálisabban látják saját egészségi, fittségi állapotukat, s ez hosszútávú motivációt jelent a tudatos, egészségvédő életvezetés fenntartására.
- Végül feltételezem, hogy a kurzus nem egyedüli forrásként, de meghatározó, iránymutató tényezőként járul hozzá a prognosztizált fejlődéshez.

4. Módszerek

Ahogy ezt a bevezetésben is említettem, a kutatásban érintett célcsoport életminőségének feltárását célzó vizsgálat elméleti keretét Kopp Mária által koordinált ösztársadalmi viszonylatban történő felmérése, a Hungarostudy kutatás adta [23]. Ez, a magyar lakosság életminőségét feltáró vizsgálat óriási volumenű. Az élet minőségét meghatározó faktorokat a teljesség igényével világítja át és alkot képet a magyar társadalomról. Ezen arányok reprodukálása esetemben nem volt indokolt, hiszen a hallgatók életminőségének feltárására irányuló vizsgálatom ahhoz a kutatáshoz idomult, amely a felsőoktatás már említett szerepvállalását hivatott tisztázni.

Longitudinális vizsgálatom (4. ábra) első szakaszában tehát elsődlegesen azokat a – hétköznapi életvezetését minőségében megalapozó – tényezőket kellett megismernem, amelyek esetleges befolyásolása, javítása az egyetemi képzés által is vállalható egészségfejlesztési cél lehet. Ennek a vizsgálatnak az eredményeire épült az akciókutatás, amely az egészségfejlesztés felsőoktatás által vállalható területének a képzési rendszerbe integrálható kurzusként való megjelenítését célozta meg. További vizsgálat volt szükséges annak igazolására, hogy a bekövetkező és regisztrált változások valóban a kurzus hatásaként értelmezhetők. Az elsődlegesen kvalitatív kutatásom eredményének validitását erősíti a módszertani trianguláció [78][79] alkalmazása. Ennek megfelelően a mélyebb összefüggéseket, a remélt tudásbővülés valódi eredetét, a közvetített ismeretek hosszútávú hatását követéses vizsgálattal, – mély interjúval – kívántam feltárni és igazolni.



4. ábra: A longitudinális vizsgálat egymásra épülő szakaszai

Az alábbiakban részletezem a kutatás egyes szakaszaiban alkalmazott kutatás-módszertani hátteret.

4.1 A hallgatók életminőség mutatóit feltáró kutatás módszertani ismertetése

4.1.1 Mintavétel

A fejlesztendő kurzus tematikáját is nagyban meghatározó, így a longitudinális vizsgálat szempontjából alapozó kutatásnak tekinthető felmérés mintájának alapsokaságát a Pannon Egyetem Veszprémi Kampuszának nappali tagozatos hallgatói alkották. A négy kar (Műszaki Informatikai Kar, Mérnöki Kar, Gazdaságtudományi Kar, Modern Filológiai és Társadalomtudományi Kar) tanulói létszámának, valamint a nemek megoszlásának adatai a 4. táblázatban olvashatók. A kutatás szempontjából szerencsés, hogy a karok profiljából adódóan a nemek aránya közel azonos.

A minta a karok létszámaránya, valamint azon belüli nemek viszonylatában reprezentatív. Ezt a rétegzett mintavétel alkalmazásával tudtam biztosítani. A kor szerinti megoszlás reprodukálását nem tartottam szükségesnek, ugyanis a célcsoport tekintetben homogén (fiatal felnőttkor). A vizsgált hallgatói létszám nagyságát az összehasonlító elemzéseknél ajánlott 25 fős limitből kiindulva határoztam meg [80]. (A második legkisebb csoport, amelyhez az említett elvek mentén a minta nagyságát terveztem, a Mérnöki Kar lány hallgatói – 319 fő.) Az alapsokaság 8%-át sikerült elérni. A kiválasztás a NEPTUN adatbázisa alapján történt, felhasználva annak elektronikus, minden hallgató számára elérhető üzenő felületét. Az 4. táblázat összefoglalja a mintavétel számadatait.

A vizsgálat időpontja 2009 tavaszi félévének 4-5. hete volt. Az adatfelvétel időpontjának kijelölését, valamint intervallumának szűkre szabását indokolta az a 40 fővel végzett elővizsgálat, amely jelezte, hogy a felmérésben megcélzott pszichológiai dimenzió feltárása eltérő állapotokat mutathat a szorgalmi időszak különböző periódusaiban [81] – gondolva a zárthelyi dolgozatok, vagy egyéb számonkérések lelki egyensúlyra gyakorolt hatására.

4. táblázat: A Pannon Egyetem nappali tagozatos hallgatóiból, mint alapsokaságból vett reprezentatív minta

Nappali tagozatos hallgatók száma (2009): 6210 fő				
Karok				
	MIK*	MK**	GTK***	MFTK****
Arány	17,0%	14,9%	45,5%	22,7%
Létszám	1053	927	2823	1407
Férfi – nő	91,5% – 8,5%	65,6% – 34,4%	32,4% – 67,6%	26,7% – 73,3%
Létszám	964 – 89	608 – 319	915 – 1908	376 – 1031
Tervezett minta	488 fő			
Realizált minta	479 fő – 9 kérdőív hiányos, illetve hibás kitöltése miatt nem értékelhető			
Arány	17,3%	14,8%	46,1%	21,7%
Létszám	83	71	221	104
Férfi – nő	91,5% – 8,5%	66,2% – 33,8%	32,6% – 67,4%	27,9% – 72,1%
Létszám	76 – 7	47 – 24	72 – 149	29 – 75

* Műszaki Informatikai Kar, ** Mérnöki Kar, *** Gazdaságtudományi Kar, **** Modern Filológiai és Társadalomtudományi Kar

4.1.2 Adatgyűjtés eszközei

Az adatgyűjtés strukturált kérdőívvel történt (13.1 fejezet), amely az alábbi – az életminőség pszichológiai, testi dimenzióinak, valamint az egészségvédő magatartást megalapozó egészségtudatnak a komponenseit vizsgáló – kérdéscsoportokat tartalmazza:

- Alapadatok: személyi adatok, antropometriai adatok

A pszichológiai és testi egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók feltárására Kopp Mária által koordinált Hungarostudy 2002 országos reprezentatív felmérésének idevágó dokumentumait használtam fel. Az alkalmazott mérőeszközök leírása – a szükséges magyar adaptáció ismertetése –, illetve azok megbízhatóságának vizsgálata a felmérés dokumentációjában rögzítésre került [23].

- Pszichológiai életminőség mutatók:

- WHO Általános Jóllét Index [23][82][83],
- rövidített Beck Depressziós Kérdőív (BDI) [23][84][85],
- rövidített Vitális Kimerültség Kérdőív [23][86][87].
- Testi egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók:
 - Egészségi állapot önbecslés [23][88],
 - Fájdalomérzet korlátozó hatása [23][89],
 - Megbetegedési arányok vizsgálata, elmúlt évi betegnapok becslése [23].

Az egészségmagatartást feltáró kérdéscsoportok értelmezése, részletezése szükséges, mivel ezek önálló szerkesztések. Szempont volt ezek tervezésében, hogy az átvett mérőeszközök struktúrájához, alkalmazott értékskálájához illeszkedjenek.

- Egészségmagatartás, azt erősítő, illetve károsító magatartásformák, valamint az egészségtudat szintjének beazonosítása:
 - Egészségmagatartás
 - sportolás gyakorisága / hó
 - alkoholfogyasztási alkalmak / hó
 - dohányzás / hó
 - étkezések száma / nap

Ezek az intervallum skálán értelmezett változók együttesen nem kerülnek kiértékelésre, hiszen az egyes megnyilvánulások egyéntől függően más-más motiváció által determináltak.

- Egészségtudatosság: a kondicionális összetevők (edzésgyakoriság, állóképesség, erő, hajlékonyság) beazonosításának képességét, valamint azok egészség szempontú értékelését vizsgáltam a különböző fizikai teljesítmények szükségességének megítélésén keresztül. Ezek:
 - „Mennyire tartja fontosnak, hogy „hetente legalább kétszer sportoljon”
 - „... nyújtott lábbal előre hajolva elérje a talajt”
 - „... függeszkedve meg tudja tartani saját testsúlyát”
 - „... minimum 20 percig képes legyen egyenletesen futni, vagy úszni”
 - „... legalább 20 felülést tudjon végezni hanyattfekvésből”.

A fenti mérőeszköz reliabilitás mutatója (Cronbach-alfa: 0,792, tételek száma: 5) annak megbízhatóságát jelzi.

- Tudatos fittség: a fizikai fittség fejlesztésének tudatosságára irányuló kérdéscsoport a testmozgással kiváltott élettani hatások értelmezésének helyességét tárta fel, valamint azt, hogy ezek mértéke tervezett-e. A kérdések a következők:
 - „elfárad-e sportolás közben”
 - „jól esik-e a mozgás”
 - „tervezett-e a sportmozgás – valamilyen fittségi célt kíván megvalósítani”
 - „tudja-e előre, hogy a választott sportmozgás milyen mértékű fáradtsággal jár”
 - „tudja-e, hogy a választott sportmozgás milyen élettani változásokat eredményez a szervezetében”.

Az alkalmazott vizsgálati eszköz belső konzisztenciája (Cronbach-alfa: 0,668, tételek száma: 6) szintén jó értéket mutat.

- Gyakorolt sportmozgások: nyílt végű kérdés a gyakorolt sportmozgásra. A kiértékeléskor a megjelölt sportágak kerültek kategorizálásra a szerint, hogy mely kondicionális képesség által érintettek. Ennek megfelelően a három osztály: „állóképesség”, „erő”, illetve „erő és állóképesség”.
- Sportprogramok kiválasztásának szempontrendszere: a zárt végű többválasztós kérdéscsoport a következő tervezési szempontokat jelölte meg a sportmozgás választásához:
 - Sportmozgás típusa, időtartama, intenzitása (terhelés mértéke)
 - Saját edzettségi állapot, egészség szempontú szükséglet, várható fizikai hatás (pl.: fáradás mértéke)
 - Földrajzi környezet (domborzat, vízhőmérséklet, stb.)
 - Időjárási elemek (szél, hőmérséklet, páratartalom, stb.), fronthatások, frontérzékenység.

4.1.3 Adatfeldolgozási módszerek

Az adatfeldolgozás megkönnyítése érdekében a kérdőív válaszait számszerűsítettem, illetve – nyílt végű kérdések esetében – kódoltam.

Az adatok értelmezését és feldolgozását kérdéscsoportonként ismertetem:

A pszichológiai életminőség mutatókat feltáró kérdőívek közül a „WHO Általános Jólét Index” kérdéseire 0-5 értékskálán adható válaszok összege intervallumskála alapú változót képez. Hasonló a „Beck Depressziós Index” képezése is, amely a 0-3 értéktartományból vett válaszok összegeként egy 0-25-ös intervallumon értelmezhető változó lesz. A „Vitális Kimerültség” esetében – a 0 és 1 kimenetekkel rendelkező kérdések miatt – tízes skálát kapunk a változó beazonosítására. [23]

Az életminőség fizikális dimenzióját analizálni hivatott „Egészségi állapot önbecslés” 1-5, a „Fájdalomérzet korlátozó hatása” 1-3 intervallumon értelmezhető változót indukál. A „Megbetegedési arányok”, amely betegségtípusonként a beteg napok számát rögzíti éves összevetésben, intervallumskála alapú adatként kezelhető.[23]

Az életminőséget befolyásoló napi rutin megismerését célzó kérdéscsoportok közül az „Egészségmagatartás” négy változója, mint mennyiségi mutatók (alkalom/hó, perc/hó, db/hó) intervallumskálán értelmezhetők. Az „Egészségtudatosság” szintjét feltáró kérdésekre adott válaszokat 1-től 5-ig terjedő értékskálán kellett a válaszadóknak beazonosítani. Ugyanúgy a „Tudatos fittség” esetében is. A komplex változót mindkét esetben („Egészségtudatosság”, „Tudatos fittség”) a kérdésekre adott válaszok (ordinális változók) értékeinek összege adja, amely 1-25-ig terjedő skálán mozoghat.

A „Gyakorolt sportmozgások” az ismertetett kategóriáknak megfelelő kódolással (1-3) nominális változóként rögzíthető.

Nominális változóként azonosíthatóak a sportolási szempontok is. Azonban amikor ezeket összetett, a „Sportprogramok kiválasztásának szempontrendszeré” névvel beazonosítható változóként kezeljük, akkor ehhez a választott – válaszadó által bejelölt – szempontok számát kell rendelni, s így egy 10-es értékskálán értelmezhető változót generálunk.

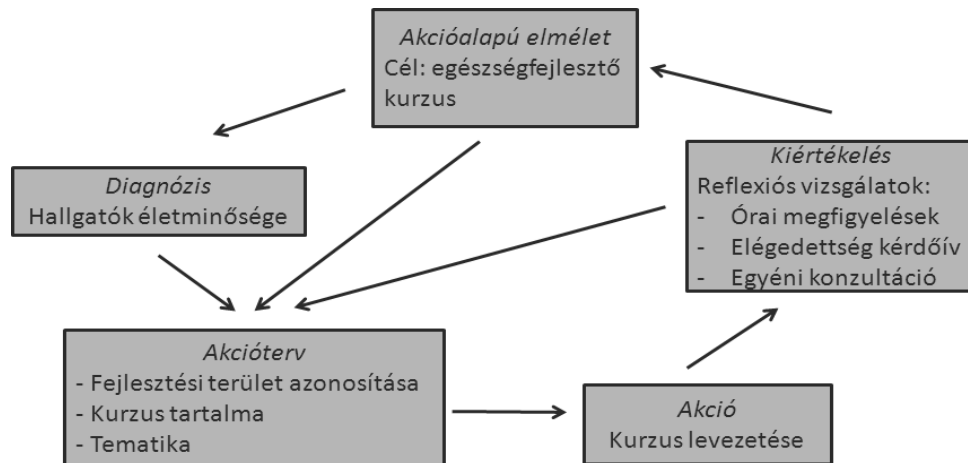
Fontos megjegyezni, hogy bár a vizsgálatban megjelenő változók némelyike ordinális skálán értelmezhető, viszont a Hungarostudy 2002 – a hallgatók és fiatal felnőttek esetében összehasonlítási alapként kezelt – vizsgálat ezeket intervallumskála alapúként használta. További megerősítést ad az adatkezelésben a kutatásom során iránymutató forrásként felhasznált szakirodalom (Falus I. - Ollé J.: Az empirikus kutatások alapja), amely szerint „a legalább ötfokú skála esetén lehetőség van intervallum jellegű adatnak értelmezni egy változó értékeit, különösen akkor, ha az egy komplex változó kiszámításának egyik iteme”. [80]

A statisztikai elemzésekhez az SPSS 18.0 verziót alkalmaztam (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). A leíró statisztikai adatfeldolgozás során az átlag és szórás értékeit számoltam. Különbözőségvizsgálatokra került sor a nemek, illetve karok összevetésében. Előbbinél a kétmintás *t*-próba, utóbbinál a varianciaanalízis, valamint az kiegészítő post hoc vizsgálat alkalmazásával. A változók közötti összefüggés feltárására a korreláció-számítást, az életminőség összetevői közötti kapcsolatrendszer feltárására az SPSS által kínált faktoranalízist választottam.

4.2 A kurzus fejlesztésének módszertani ismertetése

4.2.1 Eszközök – akciókutatás

Az egészségfejlesztésnek a felsőoktatásban történő megjelenítése gyakorlati probléma. Ennek megoldását célzó kutatás eredménye nem egy általános érvényű tudományos produktum, hanem az egészségfejlesztésnek egy tudományosan megalapozott, hatékony, a gyakorlatban alkalmazható modellje. A célok eléréséhez választott kutatási eszköz ennek függvényében az akciókutatás volt. Ez egy folyamatos, ciklikus önreflexióra épülő, elsődlegesen kvalitatív módszer, amely a tanulás-tanítás folyamatának mindegyik tagját a kutatás kompetens szereplőjeként értékeli és értelmezi. [78]. Ennek a tudományos megismerési módszernek a folyamata az alábbi ábrán követhető nyomon (5. ábra).

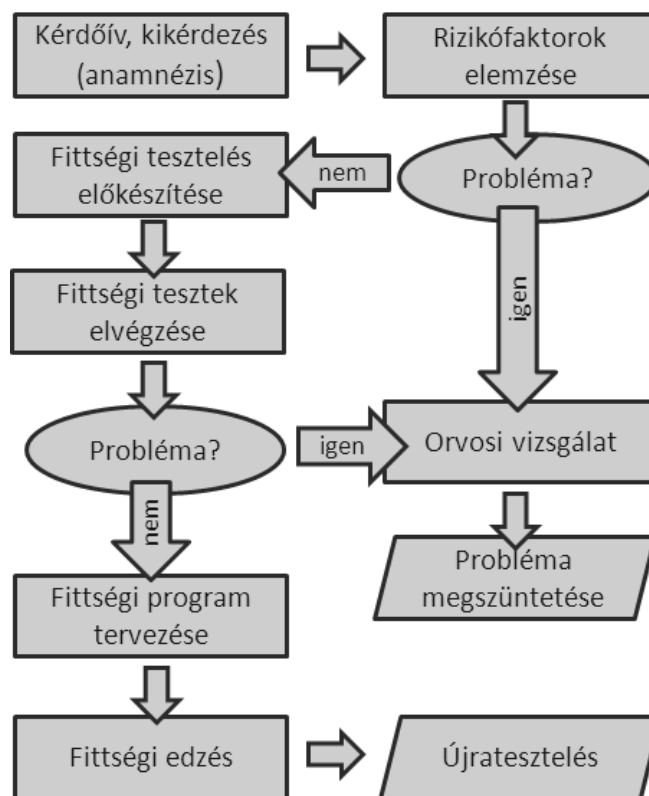


5. ábra: Az akciókutatás körfolyamata [90]

Az akciókutatás menete, az elemzett minta ismertetése az alábbiakban kerül részletezésre:

- Akció alapú elmélet: A cél egy, az egészségfejlesztést megalapozó és támogató kurzus beágyazása volt a felsőoktatás képzési struktúrájába.
- Diagnózis: A kurzus tematikájának megalapozásához fel kellett tárnunk a hallgatók életminőségét befolyásoló tényezőket. Az alapozó kutatás ismertetésére visszautalva, a felmérést tehát survey módszerrel végeztem, ahol a minta alapsokaságát a Pannon Egyetem nappali tagozatos hallgatói adták. A mintavétel a karok és nemek viszonylatában reprezentatív. Az alkalmazott strukturált kérdőív a 4.1.2. fejezetben részletezve lett. Az SPSS statisztikai programot alkalmaztam az eredmények értékelésére – leíró statisztikai eljárások, összefüggés- és különbségvizsgálatok, valamint faktoranalízis mentén.
- Akcióterv:
 - A faktoranalízis által generált új változók (faktorok) a statisztikai eljárás értelmében egymástól függetlenek, így az életminőségnek jól definiálható területeit képezik. Ennek ismeretében a felsőoktatás által felvállalható fejlesztési terület beazonosíthatóvá vált. (Az alapozó kutatás által bizonyított.)

- A kurzus tartalmi (tantervi) kereteinek meghatározásában elsődleges szempont volt a kérdőíves vizsgálat által feltárt, a hallgatók életminőségét negatívan befolyásoló értékvesztés. (Az alapozó kutatás által bizonyított.)
- A képzés tematikája azt a protokollt követte, amely mentén – egy professzionális szakma képviselője – a személyi edző vezeti be addig inaktív kliensét egy tervezett fittségi programba – biztosítva ezáltal a nevelésben gyakran hiányolt garanciát (6. ábra). A képzés kezdetben „Fittségi edzéstervezés” címen került meghirdetésre, melynek a TVSZ által előírt dokumentációja a 13.3 fejezetben olvasható.



6. ábra: A fittségi programba való bekapcsolás protokollja [91]

- Akció: Ez maga a kurzus levezetése az aktuális szorgalmi időszakban az akcióterv mentén, beépített folyamatos kontrollokkal. A ciklus addig ismétlődik, míg a kívánt – akcióalapú elmélet által meghatározott – célt el nem érjük. Kutatásomban az akció, vagyis a kurzus meghirdetése és levezetése a

Pannon Egyetem Testnevelési és Sport Intézetének koordinálásával történt. Az első aktív félév a 2010/11-es tanévben indult. Az elméleti, 15 órás tárgy az első évfolyam kivételével minden kar által elérhető volt.

- Kiértékelés: A kurzus közben és végén alkalmazott reflexiós vizsgálatok eredményei, azok értelmezése teremtette meg a fejlesztés lehetőségét. Az akciókutatás, mint kvalitatív neveléstudományi módszer eredményeinek validitását a triangulációs technika alkalmazásával erősítve több, az eredmények árnyalására alkalmas kutatási módszert használtam, melyeket az alábbiakban ismertetek:
 - Óravezetés során végzett megfigyelések, melynek szempontjai a következők voltak:
 - Fenntartható-e az egyéni motiváció az elméleti és gyakorlati foglalkozásokon?
 - Mi kap nagyobb figyelmet, az elméleti, vagy a gyakorlati képzés?
 - Az elméleti alapismeretek elsajátítására szának-e időt a hallgatók?
 - Az egészségtudat vonatkozásában „hozott” rossz beidegződések mennyire akadályozzák az új ismeretek befogadását?
 - Az érdeklődés, az életvitel és életminőség vonatkozásában megjelenő különbségek kezelhetők-e?
 - A hallgatók elégedettségét feltáró kérdőívvel (13.2 fejezet) a kurzusnak az egyéni motiváltságra, a reális állapot-önértékelésre, az erre épülő fittségi program végrehajthatóságára gyakorolt hatását kívántam felmérni. A mintát – és egyben az alapsokaságot – értelemszerűen a képzésben részt vett hallgatók alkották, melynek elemszáma 86 fő. Az adatfeldolgozást segítő, a kérdésekre adott válaszokat 5-fokozatú Likert-skálán rögzítettem (1- egyáltalán nem, 5- teljes mértékben). Az önálló szerkesztésű kérdéscsoport konzisztencia mutatója: Cronbach-alfa értéke 0,805, a tételék száma 6.
 - A kurzus végére tervezett egyéni konzultációkkal többek között az elégedettséget feltáró kérdőívet kívántam erősíteni. Ez a tudásközvetítés hatékonyságán túl az egyedi igények felmérésére is lehetőséget kínált.

4.3 A kurzus eredményességét vizsgáló kutatási szakasz módszertani ismertetése

Ahhoz, hogy a Pannon Egyetemen elindított, szabadon választott kurzus általi egészségnevelés általános elfogadottságot nyerjen, szükséges a képzés eredményességének tudományos igényű megerősítése. Ennek megvalósítása az alábbiakban ismertetett metódust követte.

4.3.1 A vizsgált populáció – kurzusok hallgatói

Az akciókutatást megalapozó vizsgálat alapsokaságát a Pannon Egyetem nappali tagozatos hallgatói adták (479 fő). A képzésben részt vett diákok száma 2013-ig – akik a kurzus eredményességének vizsgálatában a populációt alkotják – 98 fő. Ebből 86 vett részt a kontrollmérésekben. A különbözetet adó 12 fő esetében az adatvesztés azért történt meg, mert a kurzust késve kezdték.

Bár a képzésre való jelentkezés nem volt irányított (a hirdetett tárgy szabadon választott), a hallgatók karok és életkor vonatkozásában megközelítőleg az alapsokaságra jellemző arányokat produkáltak (5. táblázat). A nemek megoszlásának vizsgálata nem volt indokolt, hiszen a fejlesztett tárgy jelenleg külön fiúknak és lányoknak szóló kurzusként van hirdetve. A mégis megjelenő különbség a korábbi, nemi vonatkozásban még nem irányított képzési időszakból eredeztethető.

5. táblázat. A kurzusok hallgatóinak összetétele

Kurzusok hallgatói 2012/2013-ig: 86 fő				
	Karok			
	MIK	MK	GTK	MFTK
Arány	23,3%	19,8%	46,5%	10,5%
Létszám	20	17	40	9
Férfi – nő	80% – 20%	47,1% – 52,9%	50% – 50%	33,3% – 66,7%
Létszám	16 – 4	8 – 9	20 – 20	3 – 6

A kurzus hosszútávú hatásának feltárására használt mélyinterjút, melynek longitudinális vizsgálatomban való pozicionálása a 4. ábrán beazonosítható, 24 hallgatóval tudtam elkészíteni. Ez a jelentkezők 27,9%-a. Az interjú alanyai egyszerű véletlenszerű mintavétellel – a „kalapból húzás” technikáját alkalmazva – kerültek kiválasztásra. A megkeresések 2015 tavaszán realizálódtak – a kurzus befejezését követően legalább másfél év távlatában.

4.3.2 Adatgyűjtés eszközei

A hallgatók életminőségének feltárását célzó vizsgálat a már ismertetett strukturált kérdőívvel történt. Ezt a vizsgálatot az akciókutatással fejlesztett kurzusra jelentkező hallgatókon is elvégeztem a szorgalmi időszak kezdetén és kontrollként annak végén is. A megismételt mérés alapot teremtett az egyes faktorokban bekövetkező változások regisztrálására.

Az akciókutatás során a kiértékelést segítő reflexiós vizsgálatok egyike volt a hallgatók elégedettségét feltáró kérdőív, melyet a 4.2.1. fejezetben részleteztem. Az ebből nyert információk is kapcsolhatók a kurzus eredményességének ellenőrzéséhez, melyek révén mérhetővé vált az egyéni motiváltságra, a reális állapot-önértékelésre, az erre épülő fitnesz program végrehajthatóságára gyakorolt hatás.

További vizsgálat volt szükséges annak igazolására, hogy a bekövetkező és regisztrált változások valóban a kurzus hatásaként értelmezhetők-e. Kézenfekvő megoldás lehetett volna a kontrollcsoport alkalmazása. A kísérleti csoport azonban az egészséges életmód irányában olyan plusz motivációval, attitűddel rendelkezik, amely a kurzusra való „önként” jelentkezésben nyilvánul meg, s e tekintetben az összehasonlíthatóság kritériumának megfelelő homogén kontrollcsoport véletlenszerű képzése nem megoldható. Ebből adódóan a remélt tudásbővülés forrását és hosszútávú hatását követéses vizsgálattal, – mély interjúval – tártam fel, amely a projektmódszerekkel történő tanulás eredményességének ellenőrzésében bevált gyakorlat. [92]

4.3.3 Adatfeldolgozás módszerei

A kurzus eredményességének vizsgálata csak abban az esetben nyerhetett értelmet, amennyiben a szabadon választott kurzus „spontán szerveződött” csoportjainak képzése is indokolt, – vagyis e hallgatói kör életminőség mutatóinak, valamint egészségtudatuk gyakorlati alkalmazhatóságának szintje nem tér el lényegesen az alapozó kutatásban mért eredményektől. Ennek igazolását a független minták összehasonlítására alkalmas kétmintás t-próbával végeztem.

Az említett kérdőíves vizsgálat képzés elején és végén történő megisméltéséből származó, összehasonlító elemzésre alkalmas adatsorok közötti különbségek szignifikanciájának számszerűsítésére az intervallumskála alapú összetett változók esetén egymintás t-próbát, nominális adatoknál khi-négyzet-próbát végeztem.

A hallgatók képzéssel való elégedettségének vizsgálata által nyert ordinális adatok értelmezéséhez a leíró statisztikai elemzésen túl összefüggés vizsgálatot (Spearman-féle rangkorrelációs együttható számítás) alkalmaztam. Teret engedve a Falus-Ollé általi, intervallumskála alapú változók empirikus kutatásban megengedhető értelmezésének, több változó közti viszony feltárására a parciális korreláció eszközt is felhasználtam. [80]

Az interjúk esetében utólagosan szükség volt egy homogenitás vizsgálatra, ellenőrizve hogy az interjú alanyai és a kurzus hallgatói által alkotott csoportok a vizsgálat szempontjából lényeges tulajdonságaik mentén nem mutatnak-e különbséget. Amennyiben az illeszkedés igazolást nyer, úgy a részmintán tapasztalt eredmények az alaphalmazra nézve is érvényesnek tekinthetők. A két független minta esetleges különbözőségét a mért változók típusának megfelelően kétmintás t-próbával ellenőriztem. [80]

4.4 A kutatás etikai kérdései

Az alapsokaságból vett mintán végrehajtott kérdőíves vizsgálat azt a protokollt követte, amely az ilyen típusú empirikus kutatások esetében szükséges. Az adatközlés önkéntes volt, a személyes adatbekérés pedig biztosította a válaszoló anonimitását. A mérőeszköz (kérdőív) tartalmazta azt a rövid leírást, amely tájékoztatta a minta alanyát

a kutatás célkitűzéséről. A kérdőívek feldolgozását magam végeztem, így azok nem kerülhettek nyilvánosságra.

Az akciókutatás metodikája megköveteli a hallgató aktív bevonását a kutatás folyamatába. Ebben az esetben a kurzusra jelentkezett tanulókat tájékoztattam a kurzus fejlesztésének folyamatáról, az alkalmazott módszerek jellemzőiről. A személyes adatok használata ebben az esetben a NEPTUN adatkezelési szabályzatát követte.

Az interjú szintén önkéntes alapon, a kérdőíves vizsgálatnál ismertetett protokoll mentén történt.

5. Eredmények

5.1 A hallgatók életminőség mutatóit feltáró kutatás eredményei

A hallgatók életminőség mutatóinak táblázatos bemutatását a Hungarostudy felmérés adatstruktúrájához igazodva jelenítem meg. Az összefüggések és különbségek szignifikancia szintjét a társadalomtudományi kutatásokban kitüntetett tartalmi határértékhez ($p < 0,05$) alkalmazkodva értelmeztem.

A pszichológiai életminőség mutatók az 6. és 7. táblázatban olvashatók. A WHO Jólét Index szerint az „idő túlnyomó részében” jólét állapotát élvezte a megkérdezettek 9%-a. A hallgatóknak 14,4%-a azonban ezzel az állapottal csak „néha” találkozott, 2,3% pedig szinte „soha”. A Beck Depresszió skála határértékei szerint a megkérdezettek 8,8%-a bírt enyhe depressziós tünetekkel és mindössze 0,6%-uk mutatott súlyosabb állapotot. A krónikus stressz mérésére alkalmas Vitális Kimerültség Kérdőív eredménye jól tükrözi az országos trendet a tekintetben, hogy a nemek közötti eltérés 99,9%-os szignifikancia szinten valószínűsíthető, jelezve a nők férfiakhoz viszonyított egyértelmű túlterheltségét.

6. táblázat. Pszichológiai életminőség mutatók nemek szerinti megoszlása (kétmintás t-próba)

Pszichológiai életminőség mutatók	Férfi (N=224)		Nő (N=255)		Össz (N=479)		t	df	Sig.
	Átlag	SE	Átlag	SE	Átlag	SE			
WHO Általános Jólét Index	14,21	0,290	13,65	0,268	13,91	0,197	1,406	477	0,160
Beck Depressziós Index	3,74	0,258	4,45	0,230	4,12	0,173	-2,082	477	0,038
Vitális Kimerültség Index	1,53	0,099	2,15	0,106	1,86	0,074	-4,295	477	0,000

A pszichológiai életminőség mutatók karok szerinti megoszlásában a WHO Jólét Index és a Vitális Kimerültség értékei mutattak szignifikáns eltérést. Indokolt tehát a

post hoc vizsgálat a karok közötti valós különbségek feltárására. A WHO Jólét Index tekintetében az eljárás csupán egy csoportot képezett, amelyben a MK és a GTK között regisztrálhatunk csak szignifikáns különbséget, igazolva a Gazdálkodástudományi Kar hallgatóinak a jobb közérzetét. A Vitális Kimerültség esetében azonban már két csoportba sorolhatók a karok. A vitális leterheltség tükrében egyértelműen előnyös helyzetben vannak a MIK hallgatói (1. csoport), szemben a második csoportban található szignifikánsan magasabb kockázattal élő MFTK-s és GTK-s diákokkal.

A kar és nem kölcsönhatása egyik felsorolt életminőség tényezőnél sem igazolt.

7. táblázat. Pszichológiai életminőség mutatók karok szerinti megoszlása
(varianciaanalízis ANOVA)

Pszichológiai életminőség mutatók	MIK (N=83)		MK (N=71)		GTK (N=221)		MFTK (N=104)		F	Sig.
	Átlag	SE	Átlag	SE	Átlag	SE	Átlag	SE		
WHO Általános Jólét Index	13,82	0,481	13,01	0,530	14,52	0,265	13,28	0,465	3,311	0,020
Beck Depressziós Index	3,62	0,404	3,93	0,440	4,31	0,260	4,25	0,365	0,773	0,509
Vitális Kimerültség Index	1,38	0,140	1,74	0,179	1,98	0,102	2,07	0,200	3,610	0,013

A továbbiakban az egészséggel kapcsolatos életminőség mutatókat tekintem át (8-9. táblázat). Az Egészségi állapot önbecslés vizsgálat eredménye szerint a lányok gyengébbnek értékelik saját egészségi állapotukat a fiúkénál. A kortársak megítélése e szegmens mentén – önmagukhoz viszonyítva – egyértelműen rosszabb volt. A fájdalomérzet korlátozó hatása még nem várt tényező ebben a korosztályban, azonban azt láthattuk, hogy a megkérdezett diákok 35,1%-át „részben”, 6,3%-ukat pedig egyértelműen akadályozta napi tevékenységükben a megjelenő fájdalom. A nemek vonatkozásában itt a lányok életvezetésében regisztrálhattunk nagyobb, szignifikáns kockázatot. A beteg napok viszonylatában a nők váltak többször munkaképtelenné, ez azonban nem nyert általános igazolást. Legyengült immunrendszer, fertőzés a hallgatók 46,5%-át terhelte a vizsgálatot megelőző egy évben. 29,2%-uk szenvedett ortopédiai,

mozgásszervi betegségben, 13,6%-uk légzőszervi, 12,7% pedig emésztő rendszeri betegségben. 11,3%-uknál jelentkeztek szív-keringési rendszeri problémák. A tünetek ellenére csupán 62%-uk vett részt orvosi kezelésben.

8. táblázat. Egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók nemek szerinti megoszlása (kétmintás t-próba)

Egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók	Férfi (N=224)		Nő (N=255)		Össz. (N=479)		t	df	Sig.
	Átlag	SE	Átlag	SE	Átlag	SE			
Egészségi állapot önbecslés	3,81	0,051	3,61	0,046	3,70	0,034	2,919	477	0,004
Kortársak egészség becslése	3,01	0,051	3,11	0,044	3,06	0,730	-1,569	477	0,117
Fájdalomérzet korlátozó hatása	1,33	0,039	1,59	0,041	1,47	0,029	-4,516	477	0,000
Megbetegedési arányok vizsgálata	4,57	0,659	4,95	0,601	4,77	0,444	-0,428	477	0,669

9. táblázat. Egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók karok szerinti megoszlása (varianciaanalízis ANOVA)

Egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók	MIK (N=83)		MK (N=71)		GTK (N=221)		MFTK (N=104)		F	Sig.
	Átlag	SE	Átlag	SE	Átlag	SE	Átlag	SE		
Egészségi állapot önbecslés	3,87	0,076	3,76	0,097	3,65	0,049	3,63	0,077	2,091	0,101
Kortársak egészség becslése	2,99	0,081	3,14	0,088	3,04	0,048	3,13	0,075	0,992	0,396
Fájdalomérzet korlátozó hatása	1,36	0,065	1,39	0,081	1,49	0,043	1,55	0,061	1,550	0,201
Megbetegedési arányok vizsgálata	3,13	0,662	5,79	1,404	4,71	0,671	5,52	0,987	1,256	0,289

Az egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók a karok szerint nem mutattak szignifikáns eltérést.

Az egészségmagatartás mutatóit a 10. és 11. táblázatban foglaltam össze. Ebben látható, hogy a fizikai aktivitás terén átlagosan közel három edzést regisztrálhattunk hetente, azonban a hallgatók 39,1%-a nem érte el a heti két alkalmat sem. A sportolás havi gyakorisága szignifikáns különbséget mutat fiúk és lányok között. Az erősebb nem havonta átlagosan 4 alkalommal többször edzett. A karok hallgatóinak aktivitása között nem volt bizonyítható különbség. Az egészségvédő magatartás másik mért összetevőjéről, a napi étkezések számáról nyert ismeretünk, hogy a minta alanyainak 50,7%-a csupán három, vagy annál kevesebb alkalommal étkezett. Itt sem a nemek, sem a karok tekintetében nem volt szignifikáns eltérés.

10. táblázat. Egészségvédő életvezetés mutatóinak nem szerinti megoszlása
(kétmintás t-próba)

Egészségvédő életvezetés mutatói	Férfi (N=224)		Nő (N=255)		Össz. (N=479)		t	df	Sig.
	Átlag	SE	Átlag	SE	Átlag	SE			
Egészségmagatartás									
-hányszor sportol egy hónapban	12,61	0,534	8,82	0,436	10,59	0,351	5,544	477	0,000
-alkoholfogyasztás	4,13	0,276	2,32	0,177	3,16	0,165	5,649	477	0,000
-dohányzás	4,64	0,676	5,38	0,639	5,04	0,464	-0,801	477	0,423
-hányszor étkezik egy nap	3,71	0,077	3,67	0,123	3,69	0,074	0,266	477	0,790
Egészségtudatosság	19,27	0,276	19,50	0,244	19,39	0,183	-0,627	477	0,531
Tudatos fittség	19,63	0,211	18,55	0,207	19,05	0,150	3,659	477	0,000
Sportprogramok kiválasztásának szempontrendszere	5,25	0,114	6,18	0,102	5,75	0,079	-6,093	477	0,000

Az egészségkárosító tevékenységek közül az alkohol fogyasztásának nemek és karok szerinti meghatározottsága egyaránt tetten érhető volt. Az egészségkárosító tényező elutasításában a lányok mutattak kedvezőbb képet. A post hoc teszt csupán a MK és az MFTK között jelzett igazolt különbséget ($p=0.044$). Meg kell azonban

jegyeznem, hogy a varianciák homogenitása – mint a post hoc vizsgálat eredményességének feltétele – a Levene teszt szerint nem teljesül. Ez a változóban megjelenő kiugró értékekkel magyarázható. Mindemellett figyelemfelkeltő a Mérnöki Kar hallgatóinak elsőbbsége az egészségkárosító magatartásformák megjelenésében.

11. táblázat. Egészségvédő életvezetés mutatóinak karok szerinti megoszlása
(varianciaanalízis ANOVA)

Egészségvédő életvezetés mutatói	MIK (N=83)		MK (N=71)		GTK (N=221)		MFTK (N=104)		F	Sig.
	Átlag	SE	Átlag	SE	Átlag	SE	Átlag	SE		
Egészségmagatartás										
-hányszor sportol egy hónapban	11,33	0,801	11,56	0,976	10,55	0,525	9,43	0,717	1,424	0,235
-alkoholfogyasztás	3,83	0,344	4,11	0,573	2,86	0,245	2,64	0,262	3,899	0,009
-dohányzás	2,36	0,709	6,20	1,371	5,73	0,721	4,89	0,991	2,606	0,051
-hányszor étkezik egy nap	3,54	0,123	3,63	0,116	3,64	0,073	3,97	0,279	1,365	0,253
Egészségtudatosság	19,14	0,499	19,20	0,494	19,60	0,256	19,27	0,380	0,395	0,757
Tudatos fittség	19,16	0,359	19,42	0,383	18,94	0,228	18,96	0,302	0,447	0,720
Sportprogramok kiválasztásának szempontrendszer	5,01	0,200	5,41	0,201	6,00	0,109	6,04	0,167	8,894	0,000

A fizikai fittséget megalapozó egészségtudatosság kérdéskörében érdemes figyelmet fordítani az egyes fittségi összetevők hallgatók általi rangsorolására. A hajlékonyság, valamint a szükséges izomtömeg meglétét feltételező függeszkedés képességének értékelése volt a legalacsonyabb. Az előbbit a megkérdezettek 19, utóbbit 26,7%-uk tartotta az egészsége szempontjából fontosnak. Az „Egészségtudatosság”, mint összetett változó sem karonként, sem nemenként nem mutatott szignifikáns eltérést.

A „Tudatos fittség” komplex változó leggyengébb összetevője a sportolás élettani hatásainak ismerete volt. Csupán a megkérdezettek 24,2%-a volt teljes mértékben tisztában a választott fizikai terhelés adaptációs következményeivel. A nemek közötti

eltérés a fittséggel kapcsolatos ismeretek mentén igazolt, ami a fiúk előnyében realizálódott. A karok esetében nem volt mérhető kapcsolat.

Az utolsó vizsgált mutató a sportprogramok kiválasztásának szempontrendszere volt. A zártvégű kérdésre felsorolt 10 válaszból átlagosan 6-ot jelöltek meg a megkérdezettek. A mutatók nemenkénti és karonkénti eltérése ebben az esetben egyértelműen bizonyított volt (99,9%-os szignifikancia szint). Nemek esetében a lányok mondhatók körültekintőbbnek a sportprogramok választásában. A karok esetében a post hoc eljárás két homogén részhalmazt generált. Az első elemei a MIK és MK, a másodiké a GTK és MFTK. Az utóbbi halmaz hallgatói bizonyítottan gazdagabb szempontrendszert használnak a sportmozgások kiválasztására. A kéttényezős varianciaanalízis nem igazolta a nem és kar együttes hatását ($p=0,257$).

Az eddig vizsgált életminőség mutatók letisztult rangsorához a faktoranalízis alkalmazásával jutottam el. (Itt ismételen hivatkozom a legalább ötfokú skálák intervallum jellegű adatként való értelmezésének lehetőségére [80].) E bonyolult számítást megkönnyíti az alkalmazott SPSS rendszer, melynek eredménye vezethetett el a tervezés és fejlesztés szempontjából átláthatóbb, hangsúlyosabb adathalmazhoz.

A vizsgált, életminőséget jellemző tényezők összefüggésrendszerében az étkezés napi gyakoriságának, valamint a fájdalomérzet korlátozó hatásának kommunalitás értéke alacsony volt (csupán 25-28%-ban magyarázták az egyes változók hatását az összefüggés-rendszerben). Ezeket kihagyva a faktoranalízisből, már egy 60% feletti magyarázott varianciához jutottam, ami indokolhatta a többváltozós rendszer kisebb számú faktorról történő helyettesítését [80].

Az átláthatóság érdekében kihagytam a táblázatból a -0,2 és 0,2 közé eső faktorsúlyokat. A látottak azonban további egyszerűsítést indokoltak. „Varimax” rotáció alkalmazásával, valamint mellőzve a [-0,4; 0,4]-ba eső faktorsúlyok jelölését, egyértelműbben beazonosítható faktorokhoz jutottam (12. táblázat).

A faktoranalízis alapján az egészséggel kapcsolatos életminőség legmeghatározóbb faktora a *gyakorlatban megvalósuló egészségvédő életvezetés* bizonyult. A változók közül faktorsúlyuk alapján elsődleges az edzésgyakoriság, ezt követi a fittség önbecslés, majd a sportmozgások tudatos megélése, tervezése. Az

egészség önbecslés magas faktorsúllyal szerepelt itt, de számottevő tényező a 2. faktorban is.

12. táblázat. A teljes variancia értékei faktoronként Varimax rotáció után

KMO index	0,754				
Bartlett's teszt					
-Approx. Chi-Square	1224,710				
-df	91				
-Sig.	0,000				
Mesterséges változók	1. faktor	2.	3.	4.	5.
Sajátérték	3,310	1,432	1,382	1,251	1,096
Magyarázott variancia	23,65%	10,23%	9,87%	8,93%	7,83%
<i>Magyarázott variancia kumulatív összesen: 60,51%</i>					
hányszor sportol/hó	0,757				
fittség önbecslés	0,746				
tudatos fittség	0,657				
mozgás perc/alkalom	0,651				
egészség önbecslés	0,450	-0,496			
Beck Depressziós Index		0,806			
Vitális kimerültség Index		0,797			
WHO Jólét Index		-0,654			
programválasztás szemp.			0,799		
Egészségtudatosság			0,660		
dohányzás/alkalom				0,786	
alkohol/alkalom				0,751	
kortárs egészség becslése					0,735
beteg napok					-0,677

A 10,23%-os varianciájú faktort a *pszichológiai egészséget feltáró mentális dimenziók* alkotják. A legerősebb összetevő a depresszió. A faktor további tényezői a Vitális kimerültség és a WHO Jólét Index. Fel kell hívnom a figyelmet az összetevők előjeleire, miszerint az egészség önbecslés és a WHO Jólét Index negatív, a Beck Depressziós Index és a Vitális kimerültség pozitív értéket kapott. Ez úgy értelmezhető, hogy a faktor a „rossz életminőség” megvalósultságát méri.

A harmadik faktor azt a repetitív egészségtudatot azonosítja be, amely nem feltétlenül kapcsolódik a gyakorlathoz. A faktorhoz tartozik az a változó is, amely a

hallgatók sportprogram választásában megjelenő szempontokat kívánja feltárni. Ahogyan korábban ismertettem, a kérdőívben ezt zárt végű, többválasztós kérdéssel tartam fel. A változó faktorstuktúrában elfoglalt helye azt mutatja, hogy a hallgatók válaszadásában a „hogyan választok” helyett a „hogyan kellene választani” értelmezés volt a meghatározóbb.

A negyedik faktor beazonosítása egyértelmű volt. Ez az *egészségkockázati magatartás* változója. Hogy ennek összetevői nem az első faktorban jelentek meg negatív előjellel, mutatja, hogy az egyes egészséget befolyásoló magatartások más eredetű motivációt követnek.

Az ötödik faktor értelmezéséhez szükséges megemlítenem, hogy harmadik legnagyobb faktorsúlyú változóként ide tartozik az egészség önbecslés (0,374). Mivel a munkanapok betegség miatt történő kihagyása is gyakran szubjektív döntés eredménye volt (a betegség észlelése csupán 62%-ban vonta maga után az orvosi kezelést), e három változó együtt alkotja az *egészségi állapot szubjektív megítélését*, mint morbiditási faktort.

5.2 A kurzus fejlesztésének eredménye

A kurzus fejlesztéséhez kapcsolódó eredményeket az alkalmazott akciókutatás menetét követve mutatom be (diagnózis, akcióterv, akció, kiértékelés...).

A diagnózis a hallgatók egészséggel kapcsolatos életminőségének survey módszerrel történő vizsgálatára épült. E szerint a hallgatók életminőségét – a Kopp Mária és munkatársai által vezetett Hungarostudy 2002 mérési eredményeivel összhangban – mind a testi egészséget feltáró fizikai dimenzió, mind pedig a pszichológiai egészséget feltáró mentális dimenzió mentén számos rizikófaktor gyengíti. Az egészségmagatartást analizáló, önálló szerkesztésű vizsgálat az egészségjavító fizikai aktivitást megalapozó ismeretek hiányosságait regisztrálta. Kiemelhető továbbá, a lányok több dimenzió mentén feltárt hátrányos helyzete, állapota, valamint a karok tekintetében előforduló, elsősorban a Mernöki Kar túlterheltségét igazoló szignifikáns eltérések. Mindez az egészségfejlesztés szükségességét támasztotta alá.

Az akcióterv esetében a kurzus tartalmi megalapozását és didaktikai felépítését jelentette. Ezt a hallgatók feltárt állapotán túl az is befolyásolta, hogy a felsőoktatás az egészségfejlesztésnek mely területén képes valós eséllyel az eredményes szerepvállalásra. Ennek tájolásában segített a faktoranalízis, amely összefüggésvizsgálat a hallgatók életminőségének jól definiálható területeit adta eredményül. Ezek sorrendisége a 12. táblázatban volt olvasható.

A faktoranalízis alapján az egészséggel kapcsolatos életminőség legmeghatározóbb tényezője a gyakorlatban megvalósuló egészségvédő életvezetés. A változók közül faktorsúlyuk szerint elsődleges az edzésgyakorlás, ezt követi a fittség önbecslés, majd a sportmozgások tudatos megélése, tervezettség. A mindennapok terminusaival élve ez azt jelenti, hogy az objektíven feltárt fittségi állapotra épülő reális fittségi cél meghatározása, illetve annak gyakorlati végrehajtása, végrehajtatása segíti elsődlegesen a hallgatót a minőségi élet zálogaként értelmezett egészsége javításában. Ezt a folyamatot támogató, erősítő kompetens tudás közvetítése a felsőoktatás által felvállalható, képzési rendszerébe beilleszthető.

Az a protokoll, amely mintául szolgált a kurzus tematikájának felépítéséhez, – amelyre jól illeszthető az életminőség kiemelt faktorának megerősítését célzó képzés – az egyén fittségi programba való bekapcsolásának személyi edző által követett folyamata (6. ábra).

A kezdetben „Fittségi edzéstervezés” címet viselő kurzus Tanulmányi és Vizsgaszabályzatnak megfelelő tantárgyi adatlapja és tematikája a 13.3 fejezetben olvasható.

Az akció, vagyis a kurzus meghirdetése, levezetése – ezzel párhuzamosan végzett reflexiós vizsgálatok – a Pannon Egyetem Testnevelési és Sport Intézetének koordinálásával történt. Az első aktív félév a 2010/11-es tanévben indult. Az elméleti, 15 órás tárgy az első évfolyam kivételével minden kar által elérhető volt.

A kiértékelés az akciókutatás ciklusának azon eleme, amely a reflexiók által juttat minket új ismeretekhez és tapasztalatokhoz. Az erre épülő visszacsatolás volt a kurzus folyamatos fejlődésének a garanciája.

Az egyik beépített kontroll a képzés közben végzett folyamatos, a már ismertetett szempontok mentén történő megfigyelés volt. Eredményei a következőkben foglalható össze:

- A kurzus hatékonyságát megalapozó, az órákon mutatott hallgatói motivációról:

Megállapítható, hogy a motiváció akkor erősödik, amikor a közvetített ismeret személyes aktualitást nyer. Ezt igazolta az a megfigyelés, miszerint az állapotfelmérés és annak személyes kiértékelése után az aktív közreműködés – kérdések, egyéni problémafelvetések, személyes konzultáció igényének megjelenése – ugrásszerűen megnőtt.

- Az elmélet, illetve gyakorlat dominanciájáról:

A kurzus elején a gyakorlati foglalkozások nagyobb érdeklődést és aktivitást váltottak ki a hallgatókból, mint az előadások. Kezdetben csupán a gyakorlatban megismerhető mozgásformák tervezésében volt konstruktív együttműködés.

- Az ismeretek befogadásáról:

Az információk elsajátítására a hallgatók nem szántak külön „tanulási időt”. Ez részben egyéni bevallásuk, másrészt az órán feltett tudásellenőrző kérdések által igazolt. Az új ismeretek befogadása közvetlen gyakorlati megvalósulásuk által vált rögzíthetővé. A fizikai terhelések megélése és a hozzá kapcsolódó elméleti háttér társítása a hallgatók spontán, „értő” visszajelzését indukálta.

- A „hozott” hibás ismeretek kezeléséről:

Elsősorban a sportmúltsal, a fizikai aktivitás napi rutinjával rendelkező hallgatók esetében jelentett kihívást a hibás kódolású attitűdök felülírása. Ez csupán az ismeretek rendszerszemléletű elsajátítása, valamint a gyakorlati tapasztalatra épített meggyőzés által vált eredményessé. (A tapasztalt, leggyakrabban előforduló téves beidegződések: egyoldalú képesség fejlesztés, hibás terhelésadagolás, terhelések vélt következményeitől való félelem, eredményességgel szembeni szkepticizmus.)

- Az egyéni motivációkból fakadó különbségek kezeléséről:

A személyes indíttatás, illetve eltérő adottságok valós különbségeket rejtettek. Ennek való megfelelés csakis néhány fős – érdeklődés, életvitel és életminőség szempontjából homogén – csoporttal való foglalkozás által volt lehetséges.

Az egészségfejlesztés szempontjából kiemelt jelentőségű volt annak feltárása, hogy az ismeretek gyakorlati alkalmazhatósága, valamint a motiváció tekintetében milyenek ítélik meg a hallgatók a képzést. A kurzus végén végzett hallgatói elégedettségvizsgálat eredményei a 13. táblázatban olvashatók. A kérdésekre 1-től 5-ig értékskálán adott válaszok mutatják, hogy a képzés a felsorolt szegmensek mentén a hallgatók megítélésében sikeres volt. (Az elégedettség kérdőív által hordozott információkat a kurzus eredményességének bemutatásánál részletezem.)

A kurzus utolsó heteiben lehetőség volt a fittségi program tervezése kapcsán az egyéni konzultációra. Ezen alkalmakkor lehetőség nyílt a tárgy hallgatók általi befogadhatóságának ellenőrzésére, esetleges hiányosságok, valamint az egyéni elvárások feltárására. A konzultációkon szerzett tapasztalatokat összegezve elmondható:

- A kurzus befogadhatóságának egyik feltétele a motiváció fenntartása. Ez az ismeretek egyénre hangolásával oldható meg. Ezt tovább erősíti az előadó hitelessége, személyes példamutatása, nyitottsága.
- A hallgatók által felvetett tartalmi, szerkezeti és didaktikai hiányosságok a következők voltak: kevés gyakorlat, egyes esetekben az egyéni fittségi célok eléréséhez kevés specifikus ismeret továbbítása, egyéni képzés hiánya.

Az egyén által támasztott, kurzussal szembeni elvárások tovább erősítették a személyre szabott ismeretátadás igényét.

Összegezve, a reflexiók értelmezése és értékelése alapján a következő változásokat tartottam szükségesnek és indokoltnak az akciókutatás folyamán:

- A kurzusra való jelentkezés 15 főben lett limitálva, erősítve a személyes megszólítás lehetőségét.
- Az órakeret kétszeresére bővült a 15 óra gyakorlattal, az elmélet szükséges megerősítése céljából.
- A tematika folyamatos tartalmi bővülést és korrekciót igényelt a közölt ismeretek hatékonyabb befogadása céljából.

- A számonkérés módosult: a kezdetben elvárt két eredményes zárthelyi dolgozat helyett a belső motivációra, továbbá a reálisan értékelt állapotfelmérésre épülő egyéni edzésterv elkészítése lett a kurzus teljesítésének feltétele.
- A szorgalmi időszak végén, az egyéni edzéstervek elkészítésének folyamatában lehetőséget biztosítottam egyéni, illetve kis csoportos konzultációra.
- A 2012/13-as tanév őszi félévétől külön fiú és lány kurzust hirdettem, igazodva a nemi sajátosságokra épülő, eltérő fittségi motivációkra.

13. táblázat. Hallgatók kurzusról alkotott véleményének gyakorisági eloszlása

Kurzusról alkotott hallgatói vélemény	Értékskála	Gyakoriság	Relatív gyakoriság	Kumulatív gyakoriság
Változott-e saját fittségéről alkotott képe?	1	7	8,1	8,1
	2	4	4,7	12,8
	3	12	14,0	26,7
	4	41	47,7	74,4
	5	22	25,6	100,0
Motiváltabbá vált-e fittsége fejlesztésében?	1	1	1,2	1,2
	2	3	3,5	4,7
	3	8	9,3	14,0
	4	28	32,6	46,5
	5	46	53,5	100,0
Közvetített-e új ismereteket a kurzus?	1	1	1,2	1,2
	2	0	0	1,2
	3	2	2,3	3,5
	4	14	16,3	19,8
	5	69	80,2	100,0
Az új ismeretek birtokában át kell-e értékelnie fittségi céljait?	1	5	5,8	5,8
	2	1	1,2	7,0
	3	17	19,8	26,7
	4	37	43,0	69,8
	5	26	30,2	100,0
Fittségi célja megvalósításában segítenek-e az információk?	1	1	1,2	1,2
	2	1	1,2	2,3
	3	1	1,2	3,5
	4	15	17,4	20,9
	5	68	79,1	100,0
Alkalmasnak tartja-e az órát a fittségi ismeretek közvetítésére?	1	1	1,2	1,2
	2	0	0	1,2
	3	0	0	1,2
	4	12	14,0	15,1
	5	73	84,9	100,0

5.3 A kurzus hatékonyságát vizsgáló kutatási szakasz eredményei

5.3.1 Az életminőség és egészségtudat szintjének összevetése az alapsokaságból nyert minta és a kurzusra jelentkezett hallgatók között

Az alfejezet címében jelzett összehasonlító vizsgálatokban azt kívántam feltárni, hogy van-e lényeges különbség a Pannon Egyetem hallgatóit reprezentáló minta, valamint a kurzusokra jelentkezett hallgatók életminőségmutatói, egészségtudata mentén, ami megkérdőjelezhetné a spontán szerveződő csoportok képzésének szükségességét.

A statisztikai elemzések ismertetése előtt jelzem, hogy a legalább ötfokú skálán beazonosítható ordinális változókat az empirikus kutatásban megengedett értelmezéssel, intervallumskála alapúként kezeltem. [80]

A leíró statisztikai elemzések és különbözőség vizsgálatok eredménye a következő volt: Mind a pszichológiai, mind az egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók tekintetében felfedhető különbség a változók középvértékében és eloszlásában a kurzus hallgatói és az alapsokaságot reprezentatíve megjelenítő minták között (14. táblázat).

A kurzusra jelentkezettek esetében a változók magasabb átlagértékkel, valamint – a variációs együttható (relatív szórás) értékeiből is jól kiolvashatóan – minimálisan szűkebb szóródási terjedelemmel rendelkeztek. Ez alól kivétel a kortársak egészségi állapotának becslése, ahol látványosan kisebb átlagértéket és ezzel együtt magasabb szóródást állapítottam meg az akciókutatásban részt vett diákok mérésekor. Mindemellett a két csoport azonos változóinak eloszlásai között nagy az átfedés. A két minta összevetésében szignifikáns eltérést csupán a WHO jóllét indexben, valamint a kortárs egészségbecslésénél regisztráltam, melyet kétmintás t-próbával igazoltam (15. táblázat).

14. táblázat. A pszichológiai és egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók szórása és relatív szórása az egyetemi hallgatók és a kurzusra jelentkezők esetében

Életminőség mutatók		N	Terjed.	Min.	Max.	Átlag	Szórás	Rel. szórás
Kurzusra jelentkezők	WHO Jólét Index	86	16	6	22	15,26	3,361	22,02
	Beck Depressziós Index	86	11	0	11	3,42	2,81	82,16
	Vitális kimerültség	86	5	0	5	1,8	1,555	86,39
	Egészség önbecslés	86	3	2	5	3,64	0,631	17,34
	Kortárs egészségbecslés	86	3	1	4	2,69	0,673	25,02
	Fájdalom korlát	86	2	1	3	1,42	0,542	38,17
	Beteg napok száma	86	60	0	60	5,99	10,775	179,88
	Valid N	86						
Egyetemi hallgatók	WHO Jólét Index	479	23	2	25	13,91	4,309	30,98
	Beck Depressziós Index	479	20	0	20	4,12	3,78	91,75
	Vitális kimerültség	479	13	0	13	1,86	1,621	87,15
	Egészség önbecslés	479	4	1	5	3,7	0,755	20,41
	Kortárs egészségbecslés	479	4	1	5	3,06	0,73	23,86
	Fájdalom korlát	479	4	0	4	1,47	0,636	43,27
	Beteg napok száma	479	82	0	82	4,77	9,716	203,69
	Valid N	479						

15. táblázat. Az életminőség különbözőségének feltárására az egyetemi hallgatók és a kurzusra jelentkezők összehasonlításában (kétmintás t-próba)

Életminőség mutatók	Kétmintás T-próba				
	t	df	Sig.	Átlagok dif.-ja	SE differencia
WHO Jólét Index	2,749	563	0,006	1,346	0,489
Beck Depressziós Index	-1,638	563	0,102	-0,700	0,427
Vitális Kimerültség Index	-0,306	563	0,759	-0,058	0,189
Egészség önbecslés	-0,717	563	0,474	-0,062	0,086
Kortárs egészségbecslés	-4,478	563	0,000	-0,379	0,085
Fájdalom korlát	-0,673	563	0,501	-0,049	0,073
Beteg napok száma	1,049	563	0,295	1,214	1,158

Az egészségvédő életvezetés változóiról is az állapítható meg – összevetve a két mintát –, hogy a képzésre jelentkezett fiatalok ezen a téren is minimálisan jobb eredménnyel, így magasabb – a dohányzás és alkoholfogyasztás esetében értelemszerűen alacsonyabb – középértékkel rendelkeztek. A szóródás terjedelme kisebb intervallummal jellemezhető, viszont a két halmaz esetében ezek metszete jelentős átfedést mutatott (16. táblázat).

A kétmintás t-próba itt is két esetben jelzett szignifikáns eltérést: ez a fizikai képességek fejlesztésére irányuló egészségtudat és az edzésgyakorlás mentén volt felfedezhető (17. táblázat). Mindkét esetben a kurzus hallgatóinak előnyét láthattuk, amely elsősorban nem a kiemelkedő értékekben, hanem az egészségkockázattal járó magatartás modulok megjelenésének alacsonyabb számával magyarázható.

16. táblázat. Az egészségvédő életvezetés mutatóinak szórása és relatív szórása az egyetemi hallgatók és a kurzusra jelentkezők esetében

Életminőség mutatók		N	Terjed.	Min.	Max.	Átlag	Szórás	Rel. szórás
Kurzus hallgatói	hányszor sportol/hó	86	30	0	30	13,41	6,76	50,41
	alkohol-alkalom	86	20	0	20	2,97	3,359	113,1
	dohányzás-alkalom	86	31	0	31	3,5	8,344	238,4
	étkezés/nap	86	6	2	8	3,86	1,229	31,84
	egészségtudat	86	13	12	25	20,78	3,119	15,01
	tudatos fittség	86	16	13	29	23,23	3,408	14,67
	sportszemponatok	86	9	1	10	5,56	1,569	28,22
	Valid N	86						
Egyetemi hallgatók	hányszor sportol/hó	479	60	0	60	10,59	7,689	72,61
	alkohol-alkalom	479	31	0	31	3,16	3,614	114,37
	dohányzás-alkalom	479	32	0	32	5,04	10,16	201,59
	étkezés/nap	479	7	1	8	3,64	1,098	30,17
	egészségtudat	479	19	6	25	19,39	4,005	20,66
	tudatos fittség	479	20	10	30	22,29	3,888	17,44
	sportszemponatok	479	9	1	10	5,75	1,728	30,05
	Valid N	479						

17. táblázat. Az egészségvédő életvezetés különbözőségének feltárására az egyetemi hallgatók és a kurzusra jelentkeztettek összehasonlásában (kétmintás t-próba)

Életminőség mutatók	Kétmintás T-próba				
	t	df	Sig.	Átlagok dif.-ja	SE differencia
hányszor sportol/hó	3,182	563	0,002	2,816	0,885
alkohol-alkalom	-0,477	563	0,634	-0,200	0,419
dohányzás-alkalom	-1,323	563	0,186	-1,535	1,160
étkezés/nap	1,707	563	0,088	0,224	0,131
egészségtudat	3,053	563	0,002	1,389	0,455
tudatos fittség	1,245	563	0,214	0,471	0,378
sportszemponok	-0,958	563	0,338	-0,191	0,200

Az alapozó kutatás statisztikai elemzésének része volt az a faktoranalízis, amely a hallgatók életminőségét meghatározó tényezők összefüggésrendszerét, így azok esetleges sorrendiségét kívánta feltárni (12. táblázat). Emlékeztetőül jegyzem meg, hogy a 60,51%-os magyarázott varianciával bíró generált mesterséges változók közül a legmagasabb sajátértékkel a gyakorlatban megvalósuló egészségvédő életvezetés rendelkezett. Az akciókutatás által fejlesztett kurzus tematikáját is megalapozó faktor változói közül – faktorsúlyuk szerint – leghangsúlyosabb a fitességi állapot önbecslése, valamint az edzésgyakorlás volt. Ezt követte a sportmozgások tudatos megélése, a mozgás időintervalluma, valamint a helyes táplálkozás. Befolyásoló tényezője volt még ennek a faktornak az egészség önbecslése.

A kurzusra jelentkeztett hallgatók adathalmazán elvégzett faktoranalízis az elemzett két minta újabb összehasonlítására adott lehetőséget (18. táblázat). A fájdalomérzet kommunalitásértéke (0,558) – ellentétben a Pannon Egyetemet reprezentáló mintán végzett vizsgálattal – nem indokolta annak elemzésből való elhagyását. A Varimax rotációval nyert faktorstuktúra szintén a gyakorlatban megvalósuló egészségvédő életvezetést értékelte a legmeghatározóbb tényezőnek a feltárt életminőségek függvényében (3,918 sajátérték). A faktor változói hasonló rangsort mutattak a 12. táblázatban olvasottakéhoz.

18. táblázat. A kurzus hallgatóinak életminőségmutatóin végzett faktoranalízis –
kiemelve az 1. faktort

Faktoranalízis		KMO index	0,679
Bartlett's teszt			
-Approx. Chi-Si-Square			351,821
-df			136
-Sig.			0,000
Magyarázott variancia kumulatív összesen:			63,94%
Mesterséges változók		Sajátérték	Magyarázott variancia
1. faktor	Gyakorlatban megvalósuló egészségvédő életvezetés	3,918	23,046%
<i>Változói</i>		<i>Faktorsúly</i>	
tudatos fittség		0,758	
hányszor sportol/hó		0,756	
fittség önbecslése		0,655	
mozgás perc/alkalom		0,588	
étkezés/nap		0,443	
egészség önbecslése		0,405	

Összességében elmondható, hogy a kurzusra jelentkezett hallgatók életminősége és egészségtudata terén mért pozitív elmozdulás ellenére is felfedhetők az alapsokaságra diagnosztizált hiányosságok, ami az akciókutatás keretében fejlesztett tematika mentén történő képzés relevanciáját igazolja a spontán szerveződő csoportok esetében is.

5.3.2 A pszichológiai és testi egészséggel kapcsolatos életminőség, továbbá az egészségtudat képzés előtti és utáni szintjének összehasonlítása

A kurzus eredményességét a képzés által felvállalt fejlesztendő, az alábbiakban felsorolt területekre koncentrálni vizsgáltam:

- Reális egészségi, fittségi állapot értékelés.
- Az egészségvédő életvezetés erősítése, a károsító tényezők csökkentése.

- A fizikai képességek értelmezésére, fejlesztésének szükségességére irányuló egészségtudat fejlesztése.
- A fizikai fittség tudatos tervezésének és megélésének megalapozása.

Feltételeztem, hogy a tudásbővülés növekvő motivációt fog eredményezni az aktív egészségvédő életvezetés terén.

A kurzus folyamán megismételt kérdőíves vizsgálat eredményeiben mérhető változásokat egymintás t-próbával tártam fel a változók korábban indokolt, intervallumskála alapú értelmezésében. Nominális adatok esetében a khi-négyzet próbát alkalmazom. Az elemzések részletes ismertetése a vizsgált életminőség mutatók mentén történik.

A pszichológiai és egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók változásának ismertetése előtt fel kell hívnom a figyelmet arra a tényre, miszerint a kurzus vállalása a hallgatók gyakorlatban megvalósuló egészségvédő életvezetésének tudásalapú megerősítése volt. Ennek megfelelően – a képzés időtartama alatt – e két életminőségi paraméterre a képzés nem lehetett közvetlen hatással. Az egymintás t-próba ennek ellenére a minta időben két különböző állapotát rögzítette (19. táblázat).

19. táblázat. A pszichológiai és egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók összehasonlítása a kurzus elején és végén (egymintás t-próba)

Két időpontban mért változók	Adatpárok különbsége					
	Átlag	Szórás	SE. Átlag	t	df	Sig.
Pszichológiai életminőség mutatók						
WHO Jólét Index	-0,977	3,538	0,382	-2,560	85	0,012
Beck Depressziós Index	0,849	2,537	0,274	3,103	85	0,003
Vitális Kimerültség Index	0,698	1,406	0,152	4,600	85	0,000
Egészséggel kapcs. életminőség m.						
Egészségi állapot önbecslés	-0,174	0,706	0,076	-2,291	85	0,024
Kortársak egészségbecslése	0,093	0,680	0,073	1,269	85	0,208
Fájdalomérzet korlátozó hatása	0,174	0,513	0,055	3,152	85	0,002
Megbetegedési arányok	1,116	9,475	1,022	1,093	85	0,278

A hallgatók pszichológiai életminőség mutatói minden vizsgált szegmens mentén igazoltan javuló tendenciát mutattak. Az egészséggel kapcsolatos tényezők esetében az egészség önbecslésében és a fájdalom korlátozó hatásában rögzítettem pozitív irányú elmozdulást. A kortársak megítélése változatlan maradt, továbbá a megbetegedések terén sem találtam bizonyított eltérést.

Az egészségvédő életvezetés összetevőiben – az előzőekkel ellentétben – remélt és egyúttal elvárt fejlődést regisztráltam (20. táblázat). A sportolás gyakorisága bizonyítottan megnőtt. Az egészség megóvását tovább segíti, hogy az alkoholfogyasztás és a dohányzás gyakoriságában is csökkenés mérhető, bár ennek valószínűsége csupán az előbbinél nyert igazolást. Az étkezések eloszlásában mért pozitív változás szignifikancia szintje nem haladta meg a kritikus határértéket ($p < 0,05$).

Biztos javulás prognosztizálható a hallgatók egészségtudatában, a fittség tervezésének tudatos megalapozásában, valamint bővült a sportoláskor figyelembe vett szempontok rendszere (20. táblázat).

20. táblázat. Az egészségvédő életvezetés mutatóinak összevetése a kurzus elején és végén (egymintás t-próba)

Két időpontban mért változók	Adatpárok különbsége					
	Átlag	Szórás	SE. Átlag	t	df	Sig.
Egészségmagatartás						
- hányszor sportol egy hónapban	-1,547	6,112	0,659	-2,346	85	0,021
- alkoholfogyasztás alkalom/hó	0,616	2,087	0,225	2,738	85	0,008
- dohányzás nap/hó	0,419	4,407	0,475	0,881	85	0,381
- hányszor étkezik egy nap	-0,163	0,838	0,090	-1,801	85	0,075
Egészségtudatosság	-1,802	2,934	0,316	-5,697	85	0,000
Tudatos fittség	-1,977	2,217	0,239	-8,267	85	0,000
Sportprogramok kiválasztásának szempontrendszer	-1,023	2,023	0,218	-4,690	85	0,000

Tudott, hogy a vállalt elsődleges képzési cél a fizikai fittség megalapozását segítő egészségtudat fejlesztése. Szükségesnek tartom tehát ennek mérésére alkalmas „Egészségtudatosság” és „Tudatos fittség” azonosítóval ellátott összetett változók elemzésének részletezését.

Az „Egészségtudatosság” felmérésére szolgáló öt kérdés a kondicionális összetevők beazonosításának képességét, valamint azok egészség szempontú értékelését vizsgálta. Az ötfokozatú Likert-skálán mért eredmények mutatják, hogy a kurzus tanulói a képzés megkezdése előtt a rendszeres testmozgásnak, valamint az állóképességnek tulajdonítottak kiemelkedő jelentőséget. Az erő és hajlékonyság egészséget befolyásoló hatását messze alulértékelték. Míg az előbbit a megkérdezettek 29,1%-a, utóbbit csupán 23,3%-a tartotta az egészsége szempontjából „nagyon fontosnak” (21. táblázat).

21. táblázat. A kondicionális összetevők beazonosítása és egészség szempontú értékelése a képzés előtt és végén (gyakorisági eloszlás)

Két időpontban mért változók	Értékskála	Gyakoriság		Relatív gyakoriság		Kumulatív gyakoriság	
		eleje	vége	eleje	vége	eleje	vége
Rendszeres testmozgás (2 alkalom/hét)	1	0	0	0	0	0	0
	2	1	0	1,2	0	1,2	0
	3	6	1	7,0	1,2	8,1	1,2
	4	15	14	17,4	16,3	25,6	17,4
	5	64	71	74,4	82,6	100,0	100,0
Nyújtott lábbal előre hajolva elérjem a talajt	1	3	1	3,5	1,2	3,5	1,2
	2	7	1	8,1	1,2	11,6	2,3
	3	27	10	31,4	11,6	43,0	14,0
	4	29	34	33,7	39,5	76,7	53,5
	5	20	40	23,3	46,5	100,0	100,0
Függeszkedve meg tudjam tartani saját testsúlyomat 10 mp-ig	1	4	0	4,7	0	4,7	0
	2	10	2	11,6	2,3	16,3	2,3
	3	13	20	15,1	23,3	31,4	25,6
	4	34	21	39,5	24,4	70,9	50,0
	5	25	43	29,1	50,0	100,0	100,0
Képes legyek legalább 20 perc folyamatos testmozgásra	1	0	0	0	0	0	0
	2	1	0	1,2	0	1,2	0
	3	11	1	12,8	1,2	14,0	1,2
	4	24	20	27,9	23,3	41,9	24,4
	5	50	65	58,1	75,6	100,0	100,0
Tudjak végezni legalább 20 felülést	1	0	0	0	0	0	0
	2	3	1	3,5	1,2	3,5	1,2
	3	14	10	16,3	11,6	19,8	12,8
	4	25	19	29,1	22,1	48,8	34,9
	5	44	56	51,2	65,1	100,0	100,0

Az „Egészségtudatosság”, mint komplex változó egyes elemeit intervallumskála alapú értéként beazonosítva, az egymintás t-próba alkalmazásával a kurzus sikeres érték közvetítését sikerült igazolni. A 22. táblázatban nyomon követhető a fizikai képességek egészség szempontú megítélésének változása. Szembetűnő az erő és hajlékonyság kiemelkedő „felértékelődése”, így a képességek megítélésének kiegyenlítődése (Minden összetevő „fontos” vagy „nagyon fontos” besorolást kapott a hallgatók legalább 75%-tól). A regisztrált változások valamennyi esetben bizonyítást nyertek.

22. táblázat. A kondicionális összetevők egészség szempontú értékelésében bekövetkező változás (egymintás t-próba)

Két időpontban mért változók	Adatpárok különbsége					
	Átlag	Szórás	SE. Átlag	t	df	Sig.
Rendszeres testmozgás (2 alkalom/hét)	-0,163	0,611	0,066	-2,471	85	0,015
Nyújtott lábbal előre hajolva elérjem a talajt	-0,640	1,062	0,114	-5,586	85	0,000
Függeszkedve meg tudjam tartani saját testsúlyomat 10 mp-ig	-0,453	1,081	0,117	-3,891	85	0,000
Képes legyek legalább 20 perc folyamatos testmozgásra	-0,314	0,786	0,085	-3,704	85	0,000
Tudjak végezni legalább 20 felülést	-0,233	0,942	0,102	-2,291	85	0,024

A „Tudatos fittség”, mint az egészségjavító fizikai aktivitás tervezésének tudatosságát, a testmozgással kiváltott élettani hatások helyes értelmezését beazonosító változó a kurzus ideje alatt szignifikáns növekedést mutatott (20. táblázat). Az alábbiakban – az összetett változót analizálva –, az ötös értékskálán mért összetevők mentén ismertetem a fejlődés részleteit.

A képzés kezdetekor felfedhető volt az a tudáshiány, amely abban nyilvánult meg, hogy a hallgató nem ismerte a választott sportmozgások következményeit. A sportolóknak csupán 61,6%-a érte el az adaptációs folyamatokat indukáló fáradtságot. 48,8%-uk volt tisztában a fizikai terhelés élettani hatásaival. Ugyanakkor 65,1%-uk

állította, hogy fittségi célhoz kötött a mozgásprogram választása (23. táblázat). Ez az ellentmondás értelmezés tárgyát kell, hogy képezze.

23. táblázat. Fittség fejlesztésének tudatossága a képzés előtt és után
(gyakorisági eloszlás)

Két időpontban mért változók	Értékskála	Gyakoriság		Relatív gyakoriság		Kumulatív gyakoriság	
		eleje	vége	eleje	vége	eleje	vége
Elfárad-e sportmozgás közben?	1	0	0	0	0	0	0
	2	8	5	9,3	5,8	9,3	5,8
	3	25	12	29,1	14,0	38,4	19,8
	4	40	53	46,5	61,6	84,9	81,4
	5	13	16	15,1	18,6	100,0	100,0
Jólesik-e a sportmozgás?	1	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0
	3	2	5	2,3	5,8	2,3	5,8
	4	10	9	11,6	10,5	14,0	16,3
	5	74	72	86,0	83,7	100,0	100,0
Fittségi célhoz kötött-e a sportmozgás?	1	2	0	2,3	0	2,3	0
	2	11	3	12,8	3,5	15,1	3,5
	3	17	15	19,8	17,4	34,9	20,9
	4	23	27	26,7	31,4	61,6	52,3
	5	33	41	38,4	47,7	100,0	100,0
Ismert-e a választott sportmozgás által kiváltott fáradtság mértéke?	1	3	2	3,5	2,3	3,5	2,3
	2	13	4	15,1	4,7	18,6	7,0
	3	10	8	11,6	9,3	30,2	16,3
	4	38	34	44,2	39,5	74,4	55,8
	5	22	38	25,6	44,2	100,0	100,0
Ismertek-e a választott sportmozgás élettani hatásai?	1	2	1	2,3	1,2	2,3	1,2
	2	18	2	20,9	2,3	23,3	3,5
	3	24	5	27,9	5,8	51,2	9,3
	4	26	34	30,2	39,5	81,4	48,8
	5	16	44	18,6	51,2	100,0	100,0

A kurzus befejezése után mért „Fittségi tudat” összetevőiben pozitív irányú változás volt tetten érhető (23. táblázat). A legjelentősebb előrelépést az élettani hatások ismeretében mértem. A hallgatók 90,7%-a lett tisztában az egyes fizikai terhelések élettani következményeivel. Tudatosabb lett a sportmozgások kiválasztása is, hiszen a megkérdezetteknek már 79,1%-a igazította azt a fittségi céljaihoz. A fáradtság mértéke is kiszámíthatóbbá vált, így annak megvalósulása és az ingerküszöb átlépése is a hallgatók nagyobb arányánál volt megállapítható (23. táblázat).

A feltárt változások általános érvényűek, vagyis a fittség fejlesztésében elvárt tudásbővülés a kurzus végére egyértelműen prognosztizálható. Ez egymintás t-próbával

nyert igazolást (24. táblázat). Csupán a sportmozgás szubjektív megítélésében („Jólesik-e a sportmozgás?”) nem mérhető szignifikáns eltérés.

24. táblázat. A fittség fejlesztésének tudatosságában bekövetkező változások feltárására (egymintás t-próba)

Két időpontban mért változók	Adatpárok különbsége					
	Átlag	Szórás	SE. Átlag	t	df	Sig.
Elfárad-e sportmozgás közben?	-0,256	0,754	0,081	-3,145	85	0,002
Jólesik-e a sportmozgás?	0,058	0,443	0,048	1,216	85	0,227
Fitsségi célhoz kötött-e a sportmozgás?	-0,372	0,971	0,105	-3,555	85	0,001
Ismert-e a választott sportmozgás által kiváltott fáradtság mértéke?	-0,453	1,002	0,108	-4,198	85	0,000
Ismertek-e a választott sportmozgás élettani hatásai?	-0,953	0,919	0,099	-9,620	85	0,000

A „Sportprogramok kiválasztásának szempontrendszer” összetett változó a fizikai aktivitás tartalmi elemeinek kiválasztásához alkalmazott szempontok számát méri, amelyben szintén változást regisztráltam a kurzus végén (20. táblázat). Míg a hallgatók kezdetben a felsorolt tíz paraméter közül átlagosan 5 és 6 között választottak, addig a tudásbővülés eredményeként a kurzus végén ez plusz egy szemponttal bővült (20. táblázat).

A sportmozgás tervezéséhez használt szempontrendszer változása a 25. táblázatban olvasható. Az egyes kritériumok figyelembevétele mentén mért eltéréseket különbözőség-vizsgálattal, a nominális változókhoz igazodva khi-négyzet-próbával ellenőriztem. E szerint – bár a sportmozgás időtartama, az egyén fitsségi állapota, egészség szempontú szükséglete több hallgató által választott szemponttá erősödött – csak a mozgással kiváltható fáradtság mértéke, az időjárás, a fronthatás valamint a frontérzékenység mentén prognosztizált pozitív változást tekinthetjük a teljes alapsokaságra nézve általános érvényűnek (26. táblázat).

25. táblázat. A mozgásforma kiválasztásához használt szempontok gyakorisága a kurzus előtt és után

1 – választotta 0 – nem választotta	Érték	N	Kurzus előtt		Kurzus végén	
			Gyakoriság	Relatív	Gyakoriság	Relatív
Sportmozgás típusa	0	86	1	1,2	2	2,3
	1	86	85	98,8	84	97,7
Sportmozgás időtartama	0	86	27	31,4	16	18,6
	1	86	59	68,6	70	81,4
Sportmozgás intenzitása	0	86	18	20,9	13	15,1
	1	86	68	79,1	73	84,9
Saját fittségi állapot	0	86	21	24,4	11	12,8
	1	86	65	75,6	75	87,2
Egészség szempontú szükséglet	0	86	42	48,8	24	27,9
	1	86	44	51,2	62	72,1
Várható fizikai hatások	0	86	48	55,8	32	37,2
	1	86	38	44,2	54	62,8
Választott helyszín (környezet)	0	86	34	39,5	27	31,4
	1	86	52	60,5	59	68,6
Időjárási elemek	0	86	32	37,2	36	41,9
	1	86	54	62,8	50	58,1
Fronthatások	0	86	80	93,0	66	76,7
	1	86	6	7,0	20	23,3
Frontérzékenység típusa	0	86	79	91,9	67	77,9
	1	86	7	8,1	19	22,1

26. táblázat. A sportprogramok kiválasztásának szempontrendszerében regisztrált változások (khi-négyzet próba)

Szempontrendszer	χ^2	df	Sign.
Sportmozgás típusa	0,024	1	0,877
Sportmozgás időtartama	3,159	1	0,076
Sportmozgás intenzitása	0,896	1	0,344
Saját fittségi állapot	3,024	1	0,082
Egészség szempontú szükséglet	2,487	1	0,115
Várható fizikai hatások	7,607	1	0,006
Választott helyszín (környezet)	2,498	1	0,114
Időjárási elemek	8,920	1	0,003
Fronthatások	6,811	1	0,009
Frontérzékenység típusa	5,439	1	0,020

Az egészségjavító fizikai aktivitás abban az esetben hatásos, ha az a kondicionális képességek arányos fejlesztésére épül. Ennek értelmében az egészségtudat fejlődésének egyik kontrollja lehet, hogy a hallgatók a választott mozgásformákkal ezt a célt milyen mértékben tudják teljesíteni.

Az elemzéshez figyelembe kell vennünk a fittségi célok mentén egyértelműen beazonosítható nemi sajátosságokat. Ennek megfelelően – a nominális adatokhoz igazodva – a 27. táblázatban olvasható keresztábra adhat kellő információt a változások beazonosítására. A kurzus elején várható volt, hogy a képességek lefedettsége nem lesz arányos. Mindemellett a nemekre jellemző beállítódás mentén a fiúk elsősorban az erő, míg a lányok az állóképesség fejlesztését helyezték előtérbe. (A képességfejlesztésnek nemek szerinti eltérése bizonyított: $\chi^2=9,734$; $p=0,008$; $df=2$. Ez a nemenkénti differencia a képzés befejezésekor is tetten érhető volt: $\chi^2=9,394$; $p=0,009$; $df=2$) A hallgatók részéről az ismeretek eredményes befogadását jelzi, hogy a kurzus végén a képességek komplex fejlesztése teret nyert az egyoldalú fittségi programokkal szemben. A khi-négyzet próba a változás egyértelmű és általános érvényű bekövetkezését jelezte: $\chi^2=20,934$; $p=0,000$; $df=2$.

27. táblázat. A hallgatók által üzött sportágakkal fejleszthető kondicionális képességek a kurzus előtt és után (keresztábra elemzés)

Képességek lefedettsége		Kondicionális képességek			
		állóképesség	erő	vegyes	Össz.
Kurzus előtt	fiú	11	9	27	47
	lány	21	2	16	39
	Össz.	32	11	43	86
Kurzus után	neme fiú	3	1	43	47
	lány	12	0	27	39
	Össz.	15	1	70	86

5.3.3 A hallgatók kurzusról alkotott véleményének értékelése

A kurzus közvetlen, hallgatók által érzékelt hatásainak feltárását kontroll kérdőívvel végeztem. Az eredmény leíró, ordinális adatokra fókuszáló statisztikai elemzése a 13. táblázatban volt olvasható.

A kérdőív elemzése szerint az átfogó fitness tesztre épülő állapot felmérés és értékelés a hallgatók 73,3%-nál változtatta meg jelentős mértékben a fittségéről alkotott képét. 86,1%-uk jelezte erősödő elhivatottságát a fizikai állapotának fejlesztésében. A tudásbővülés által a korábbi fittségi céljaikat a diákok 73,2%-ának kellett nagymértékben átértékelni, újragondolni. A célok elérését segítették a továbbított ismeretek. Ezt jelezte a hallgatók 96,5%-a. 98,9%-uk tartotta alkalmasnak a kurzust a fittség fejlesztését segítő ismeretek közvetítésére.

A rangsorolt változók közötti összefüggést a Spearman-féle korrelációs együttható számításával tártam fel (28. táblázat). A mátrix áttekintésekor kitűnik, hogy a motiváció szignifikáns kapcsolattal bír minden, a hallgatói elégedettséget meghatározó faktorial.

28. táblázat. Hallgatói elégedettség vizsgálatának leíró statisztikai elemzése

Spearman's rho		változás	motiváció	új ismeret	cél átértékelés	segítség	alkalmasság
változás	Korreláció	1,000	0,361	0,105	0,387	0,244	0,078
	Sig.		0,001	0,336	0,000	0,023	0,478
	N	86	86	86	86	86	86
motiváció	Korreláció	0,361	1,000	0,363	0,344	0,266	0,278
	Sig.	0,001		0,001	0,001	0,013	0,010
	N	86	86	86	86	86	86
új ismeret	Korreláció	0,105	0,363	1,000	0,242	0,434	0,303
	Sig.	0,336	0,001		0,025	0,000	0,005
	N	86	86	86	86	86	86
cél átértékelés	Korreláció	0,387	0,344	0,242	1,000	0,280	0,225
	Sig.	0,000	0,001	0,025		0,009	0,038
	N	86	86	86	86	86	86
segítség	Korreláció	0,244	0,266	0,434	0,280	1,000	0,271
	Sig.	0,023	0,013	0,000	0,009		0,012
	N	86	86	86	86	86	86
alkalmasság	Korreláció	0,078	0,278	0,303	0,225	0,271	1,000
	Sig.	0,478	0,010	0,005	0,038	0,012	
	N	86	86	86	86	86	86

A rangsorolt adatok statisztikai elemzésének korlátait túllépve – amennyiben elfogadjuk az öt fokozatú skálán értelmezett változók intervallumskála alapú besorolását – a korreláció és parciális korreláció alkalmazásával pontosabb képet kaphatunk a motiváció szerepéről. Az új ismeretek befogadása és a fittségi állapot értékelésében bekövetkezett változás között pozitív, szignifikáns kapcsolat van ($r=0,272$; $p=0,011$). A motiváció kiküszöbölésével azonban a parciális korrelációs együttható már nem jelez bizonyított összefüggést ($r=0,035$; $p=0,751$), miközben a motiváció mindkét változóval szignifikáns kapcsolattal bír ($p=0,000$). A motiváció jelentős hatása fedezhető fel az új ismeretek és a reális fittségi cél meghatározása viszonyában is. A két változó kapcsolata ($r=0,404$; $p=0,000$) a motiváció kiküszöbölése esetén már nem mutat szignifikáns összefüggést ($r=0,210$; $p=0,053$).

5.3.4 A kurzus hosszútávú hatásának vizsgálata

A longitudinális vizsgálatom utolsó stádiuma annak megválaszolása, hogy a kurzus hallgatóinál mért változások valóban a képzés hatásaként értelmezhetők-e. E célból a regisztrált tudásbővülés forrását és hosszútávú hatását követéses vizsgálattal, mély interjúval tártam fel, amely 24 hallgató bevonásával készült el. Ez a kurzusra jelentkezettek 27,9%-a.

Ahhoz, hogy a kiválasztott csoportra tett kijelentések a kurzus minden hallgatójára nézve általános érvényűek legyenek, meg kellett győződnöm a két halmaz homogenitásáról. A véletlenszerű mintavétellel létrehozott interjúalanyok alaphalmazhoz való illeszkedését a pszichológiai és testi egészséggel összefüggő életminőség mutatók, valamint az egészségmagatartás ismertett – kurzus végén mért – szegmensei mentén vizsgáltam.

Ahogy a statisztikai elemzések bemutatásánál jeleztem, az empirikus kutatások megengedő értelmezésére alapozva, kétmintás t-próbával ellenőriztem a rész minta és a kurzus többi hallgatójának csoportja közötti esetleges eltérést.

A 29. táblázatból kiolvasható, hogy a regisztrált különbségek csupán a vizsgált minta esetében voltak tapasztalhatók, azokat az alaphalmazra nem terjeszthettük ki, hiszen a szignifikancia szint minden eltérésnél meghaladta a 0,05-ös küszöbértéket.

Mindezt megalapozta az F-próba eredménye, miszerint a két összehasonlított csoport varianciái között sem volt bizonyítható különbség.

29. táblázat. Az interjú és a kurzus csoportjának különbözőség vizsgálata (kétmintás t-próba)

Interjú és a kurzus csoportjának különbözőségvizsgálata	Kétmintás T-próba				
	t	df.	Sign.	Átlagok dif.-ja	SE differencia
Pszichológiai életminőség mutatók					
WHO Jólét Index	0,223	84	0,824	0,181	0,813
Beck Depressziós Index	-0,593	84	0,555	-0,402	0,678
Vitális Kimerültség Index	0,039	84	0,969	0,015	0,376
Egészséggel kapcsolatos életminőség mutató					
Egészségi állapot önbecslés	0,894	84	0,374	0,136	0,152
Kortársak egészségbecslése	0,165	84	0,869	0,027	0,163
Fájdalomérzet korlátozó hatása	-1,317	84	0,192	-0,171	0,130
Megbetegedési arányok	-0,243	84	0,809	-0,524	2,160
Egészségmagatartás					
- hányszor sportol egy hónapban	0,093	84	0,926	0,167	1,801
- alkoholfogyasztás alkalom/hó	0,034	84	0,973	0,022	0,634
- dohányzás nap/hó	-1,064	84	0,291	-2,026	1,904
- hányszor étkezik egy nap	1,677	84	0,097	0,437	0,261
Egészségtudatosság	-0,908	84	0,367	-0,523	0,576
Tudatos fittség	0,631	84	0,530	0,347	0,550
Sportprogramok kiválasztásának szempontrendszere	0,391	84	0,696	0,171	0,436

Az interjúalanyok csoportja tehát jól illeszkedett a kurzushoz.

A részben strukturált interjú négy kérdéskört ölelt fel: életvezetésben, egészségtudatban, motivációban bekövetkező változásokat kereste, valamint a kurzus összehatását vizsgálta. Az eredmények ismertetése ezek mentén történik.

Kérdés:

- *A kurzus befejezése óta van-e érezhető változás életvezetésében, sportolási gyakorlatában?*
- *Ha nem, mi az oka a változatlanságnak?*
- *Ha igen, miben nyilvánul ez meg?*
 - *Használta-e a kurzus alatt elkészített edzéstervét?*
 - *Ismeretei elég élők-e ahhoz, hogy edzéstervét jelen állapotához aktualizálja?*
 - *Honnan vár esetlegesen segítséget?*

A megkérdezettek 91,7%-a jelezte, hogy életvezetésében érzékelhető változás következett be a kurzus látogatása óta. A hallgató kiemelték a tudatos és rendszeres fizikai aktivitást, a megismert mozgásanyag sportolási szokásaikba való beépítését. A két nemleges válasz azzal a magyarázattal párosult, hogy továbbra is rendszeresen sportolnak – jelezve, hogy a képzés előtti időszakban is jelen volt életvitelükben az elvárt aktivitás – odafigyelve annak tervezettségére, valamint a táplálkozásra.

A kurzus teljesítésének feltétele volt egy mezociklus edzéstervének megszerkesztése, alapozva a fittségi felmérés eredményére és igazodva az erre felépített reális fittségi célhoz. Ezt a dokumentációt a hallgatók 66,7%-a használta alapnak, kiindulási pontnak. Négyen, erre építve, a tanult metodika alapján új, aktualizált edzéstervet készítettek a megváltozott fittségi céljukhoz hangolva. Ketten meghirdetett foglalkozásokra jártak, így számukra szükségtelen volt a terv alkalmazása, míg további két megkérdezett az interjú időpontjában kívánta elkezdni fittségi programját.

Az interjú alanyok 62,5%-a úgy vélte, hogy a kurzuson szerzett ismeretei élők, azokat napi szinten tudja hasznosítani. Hét hallgató jelezte, hogy volt jegyzeteire támaszkodva tud navigálni a fittség világában. Összességében, két kivétellel mindannyian hozzáférhetőnek tartották azt a tudást, amelynek birtokában aktualizálni tudják az edzéstervüket.

A fizikai aktivitás tervezése kapcsán, a felmerülő problémák megoldásához szükséges segítséget az alábbi forrásokból remélték a megkérdezettek: 25%-uk kérné sportszakember segítségét. 29,16%-uk – elsősorban még hallgatói jogviszonyban lévők – a szaktanárhoz fordulnának, és ugyan ilyen arányban keresnének megoldást a szakirodalomban (könyv, internet). Két diák jelezte, hogy barátaira támaszkodna.

20,8%-a a válaszadóknak úgy érezte, hogy önállóan meg tudja oldani fittsége eredményes fejlesztését.

Kérdés:

- *Fittségének fejlesztését megalapozó egészségtudatában történt-e változás?*
 - *Amennyiben igen, az mennyire eredeztethető a látogatott kurzusra?*
 - *A kurzus ideje alatt használt-e egyéb forrásokat tudása fejlesztésére?*
 - *Ezen források megválasztásában befolyásoló tényező volt-e a kurzus által továbbított ismeret?*

A fittséget megalapozó egészségtudat tekintetében a nagy többség (91,7%) pozitív fejlődést jelzett. Két hallgató „drasztikus” változásról számolt be, ketten pedig nem érzékelték számottevő átalakulást egészségszemléletükben.

Hét hallgató (29%) számára az egészséget megalapozó tudásbővülés teljes mértékben a kurzusra eredeztethető (Idézet: „22 évesen most hallottam először az elhangzott információkat”). A megkérdezettek 54,1%-a szerint az óra látogatása „nagyban” hozzájárult egészségtudatuk bővüléséhez. Ezzel a „célhoz vezető új ismereteket”, „megerősítést”, „új lendületet” kaptak, mindezzel együtt „tudatosabbá” váltak. Az egészséges életmód témájában korábban is tájékozódók számára (8,3%) iránymutató, megerősítő, illetve rendszerező hatással bírt a képzés.

A kurzus ideje alatt a megkérdezettek fele más forrást is használt az ismeretek elmélyítéséhez. Hatan jelölték plusz lehetőségként a világhálót. Ugyanannyien egészítették ki ismereteiket a nyomtatott szakirodalmak olvasásával. Egy válaszoló sportolók véleményére és tanácsára is hallgatott. 45,8%-uk azonban teljes mértékben a kurzus ismeretanyagára hagyatkozott. Az egyéb forrásokat felhasználók körében, egy kivétellel, mindenki azt állította, hogy az olvasott irodalmak kiválasztásánál, értelmezésénél, illetve befogadásánál az órakeretben közvetített tudás szűrőként funkcionált. (Szükséges megjegyezni, hogy a kurzus tematikája által feldolgozott ismeretanyagnak írott, összefoglaló jegyzete nincs. A hallgatók által használt „külső források” egy része a kurzus által ajánlott szakirodalmi körből került ki.)

Kérdés:

- *A kurzus hatására nőtt-e a motivációja fittsége fejlesztésére?*
 - *Mik azok a motívumok, amelyek előre lendítik fizikai aktivitásában, s ezek közül melyek erősödtek a kurzus hatására?*
 - *Összességében milyen hatással volt önre a kurzus?*

Minden megkérdezett állította, hogy az egészséges, aktívabb életvitel megvalósításában motiváltabb lett az órák látogatása által.

Három hallgató kijelentése szerint a fizikai terhelés élettani hatásainak megismerése új motivációt, illetve a fittségi célok eléréséhez egy érthetőbb szempontrendszerrel kínált a képzés. A diákok 37,5%-a az életminőségét kívánta javítani, s látva ennek esélyeit, jelentett számára kellő inspirációt. A sportolás érdemi tartalommal való megtöltése, amely a célok elérésében is előre visz, a megkérdezettek 16,7%-a számára volt ösztönző. (Idézet: „A gyerekkori kötelezőség unalomba hajtott. A tudatos edzéstervezés új motiváció.”) A motívumok között szerepelt még „önmagam legyőzése”, „külső elvárásoknak való megfelelés”, „eredményes versenyzés”, „új mozgásformák megtanulása”. Mindezek a motivációs tényezők a kurzus hatására erősödhetnek, hiszen ezen célok az átadott elméleti és gyakorlati ismeretek birtokában elérhetők, így a sikerélmény garantálható.

Az interjú utolsó részében a kurzusnak a hallgatóra gyakorolt összehatását kívántam feltárni. Nem segítettem iránymutató kérdésekkel, remélve, hogy a válaszadó a képzés számára legmegragadóbb momentumát fogja kiemelni. Az interjú alanyok 41,6%-a számára a képzés elsősorban „jó alapot” teremtett az egyéni fittségi célok eléréséhez. 37,5%-uk emelte ki válaszában, hogy gondolkodásmódjukban, életmódjukban erőteljes változást generált a befogadott ismeret. (Idézet: „Valószínűleg, ha nem lett volna ez a kurzus, akkor nem állnék ezen a szinten és lehet, hogy soha nem is jutottam volna el ideig.” „Hatalmas mértékű változást hozott az életemben... hihetetlen mértékben megváltoztatta a magamról és fizikai korlátaimról alkotott képemet... olyan mélyen beleivódott a mozgás szeretete az életembe, hogy már a környezetemre is hatással vagyok e téren.” „Egy lusta, kényelmes alakból segített egy fitt, egészséges embert alakítani magamból.” „A gyerekkori kötelezőség unalomba hajtott. A tudatos edzéstervezés új motiváció.”) A válaszok között többször elhangzott, hogy a kurzus hiteles szakemberek közvetítésével tudott jó alapot teremteni az

egészséges életmód egyéni megvalósításához. (Idézet: „A kezdeti "nem hiszem, hogy hallok újat" elképzelés után kellemeset csalódtam.” „Kiemelkedő és érthető szakmaiság.” „Minden középiskolásnak taníttatnám!”)

6. Megbeszélés

Az egészségtudatot erősítő kurzus fejlesztésének ötlete évekkorábban született. Ma azonban, amikor a közoktatásban bevezetésre került a mindennapos testnevelés és ezzel együtt felélénkült annak a felsőoktatásban való megjelenését garantáló törvényi megerősítés igénye, különös aktualitást nyert. Mindezen túl számos felmérés és tanulmány igazolja és sürgeti a felsőoktatásnak az egészségfejlesztésben való aktív szerepvállalását. Az MSTT Mozgás=Egészség Programjának az egyetemistákat is érintő vizsgálata figyelemfelkeltő észrevételt osztott meg az olvasóval: a felmérésben részt vett, legmagasabb rizikófaktorral rendelkező hallgatók számára a Program szakemberei segítségként felajánlottak – terápiás jelleggel – egy kontrollált mozgásprogramot, amit azonban az érintettek kivétel nélkül visszautasítottak. A szerzők a példával illusztrált patológus helyzet kezelésére a „teljes képzési idő alatt szervezett, kötelező jellegű testmozgás előírását” javasolták. [93]

A kóros inaktivitás ellensúlyozására bizonyára nem lehet elegendő a sportolási lehetőségek korlátlan bővítése. Ez az intézmények általános tapasztalata is. A kötelező jelleg a tanulmányi időszakra valószínűleg megoldást jelent. De mi lesz azután? Mindenképpen szükségesnek tartom – egyetértve Gémes célkitűzésével [73] –, hogy megoldást találjunk arra a problémára, hogy miként lehet elkezdni, majd fenntartani a rendszeres sportolást. Meg kell tehát alapozni azt az egészségtudatot, amely önmagában motivációt jelenthet az aktív életforma mellett való elköteleződésre, továbbá választ tud adni a fittségi célok eléréséhez megválaszolható kérdésekre.

A felsőoktatás képzési rendszere lehetővé teszi az önálló szakkal nem rendelkező intézmények számára is, hogy a hirdetett tárgyak körében az egészségtudatot erősíteni hivatott sporttudomány is képviseltesse magát. Itt nem csupán e diszciplína ismeretanyagának repetitív megjelenítéséről van szó, hanem annak egy speciális célcsoportra, meghatározott céllal történő adaptálásáról. Számos példát láthatunk, amikor a sportintézet, tanszék a rekreációs sport elméleti megalapozását célozza meg. Ebben a sorban a kutatásom által létrehozott kurzus újszerűsége abban fedhető fel, hogy a modellprogram fejlesztése tudományos megalapozottsággal történt, remélve annak nyilvános elfogadását és intézmények általi követését.

6.1 A felsőoktatásnak az egészségfejlesztésben való indokolt szerepvállalásáról

Napjaink egészségfejlesztő projektjeinek elemzéséből kiolvashattuk, hogy az életmódprogramok, így a hasonló céllal, a Pannon Egyetem hallgatói részére fejlesztett képzési modell is csak abban az esetben lehet sikeres, ha azt megelőzi a választott célcsoport egészségfejlesztést megalapozó ismereteinek, igényeinek és életmódjának feltérképezése, továbbá az így nyert információk beépítésre kerülnek a tervezés folyamatába. [47] Ennek megfelelően analizáltam a Pannon Egyetem hallgatóinak pszichológiai és testi egészséggel kapcsolatos életminőségét, valamint egészségmagatartását, egészségtudatát.

Az életminőség a kor előrehaladtával szignifikáns változást mutat. Ezt bizonyítja Kopp Mária által koordinált, a teljes népesség körében végzett vizsgálat is. Ennek értelmében a hallgatók eredményeit a szükséges kontroll céljából a – Hungarostudy által definiált – fiatalok (18-44 év) életminőség mutatóival tudtam érdemben összevetni.

Ebben az összehasonlításban a legfeltűnőbb különbség, hogy a nemek vonatkozásában regisztrált eltérés jóval kisebb mértékű volt az egyetemisták esetében, mint ami a fiatal felnőttek körében tapasztalható. Az alábbiakban részletezem az analízis eredményeit.

A pszichológiai életminőségről, annak szubjektív megítéléséről képet adó WHO Jólét Index fiúknál és lányoknál mért adatai közötti eltérés nem volt szignifikáns, bár az a teljes népességhez hasonlóan az erősebbik nem előnyét jelezte. A Beck Depresszió Kérdőív eredményei jóval kedvezőbbek voltak, mint a fiatal felnőttek körében mért átlagérték. A hallgatók többsége tünetmentes. A nemek vonatkozásában kiolvasható volt ugyan a jellemző – lányokat hátrányosan érintő – szignifikáns különbség, de annak mértéke az országos átlaghoz képest kisebb volt. A Vitális kimerültség kérdőíve, amely az élettani veszélyeztetettség szempontjából legmeghatározóbb krónikus stressz állapot mérésére alkalmas, hasonló tendenciákat tárt fel. A nemek közötti különbségek itt is kisebb mértékűek voltak, mint ami a fiatal korosztály egészénél tapasztalható, az átlag értékek pedig szinte megegyeztek a 18-44 éves népesség körében mért értékekkel.

Annak oka, hogy az országos felmérésnél tapasztalt nemek közötti eltérés más mértéket mutat a hallgatók esetében, a gyengébbik nem egészségére ható faktorai mentén keresendő. A magyar nők életminőségét korosztályonként más-más védő és kockázati tényezők befolyásolják. Ezek közül meghatározó az iskolai végzettség, a foglalkoztatási státusz, a kor és a családi állapot. A férfiakhoz képest nagyobb súllyal bír a szubjektív szegénység, valamint a bántalmazás is. Ezek kiemelt jelentősége magyarázható a gyengébbik nem „túlzott” társadalmi szerepvállalásával – a munkaerőpiacon túl tevékenyen részt vesznek a család életében, gyereknevelésben is –, ami a környezettel való többszintű érintettséget jelent. [94][95] A felsőoktatásban azonban az említett védő és rizikó faktorok nem mutatnak a nemek tekintetében nagy eltérést. Az iskolázottság, foglalkoztatottság, valamint családi állapot szempontjából is homogénnek tekinthető a vizsgált célcsoport.

Mindezek ellenére nem állíthatom a nemek közötti különbségek irrelevanciáját, hiszen bizonyítható volt a lányok nagyobb mértékű leterheltsége. Természetesen súlyos hiba lenne, ha a felsőoktatásban kívánatos készségnevelés nem igazodna a nemi sajátosságok aspektusaihoz.

A karok tekintetében nem volt egyértelmű a pszichés faktor különbözősége. A Jóllét Index esetében a sorrend (MK, MFTK, MIK, GTK) a Gazdálkodástudományi Kar hallgatóinak relatív kedvezőbb helyzetét láttatta, azonban szignifikáns eltérést csupán az első és utolsó viszonyában találtam. A depresszió mérésénél a GTK és MFTK kétes elsősége nem volt bizonyított. A vitális kimerültség mentén azonban egyértelműbb különbséget rögzíthettem. Ez esetben a GTK és az MFTK hallgatói szignifikánsan magasabb kockázatot viseltek. Ez azért is figyelemre méltó, mivel ezen karok esetében sérül a Pannon Egyetem kötelező testnevelési rendszere: míg előzőnél az alapképzésben csökkent a testnevelés órák száma, addig az utóbbi a mester képzésbe nem engedte be a kötelező testnevelést.

Az egészséggel kapcsolatos életminőséget az alábbi eszközökkel mértem fel: egészségi állapot önbecslés; kortársak egészségbecslése; fájdalomérzet korlátozó hatása; megbetegedési arányok. A saját egészség megítélésében a fiatalok országos átlagához képest kis mértékben elmaradt az egyetemisták önmaguknak prognosztizált életesélye, ugyanakkor a hallgatótársak állapotáról lesújtó véleménnyel voltak. Az

értékelésben való nagy különbség azzal magyarázható, hogy a megkérdezettek az „érvényes referenciákhoz” mérve minősítik saját, illetve korosztályuk állapotát, figyelmen kívül hagyva a nemzedéki változások okozta torzulást [96]. Más szóval, nem ismert az a sztenderd, amely igazodási pontot jelentene az egészség és fittség objektív megítélésében, ezzel szemben – alkalmazkodva a civilizációs „torzulásokhoz” – olyan testi-fizikai paraméterek váltak legitimmé, mint például a túlsúly, a testmozgás hiánya, a rossz testtartás, vagy a nem megfelelő étkezés. Mindez az egészségtudat hiányosságaira is utal.

A fájdalomérzet korlátozó hatása a várakozásnak megfelelően az egyetemisták esetében alacsonyabb volt a népesség 18-44 éves korosztályában mért értéknél.

Az elmúlt évi beteg napok az országos átlagtól két tekintetben is eltérést mutattak. Egyrészt az alkalmak tekintetében fele annyi munkaképtelenséget mértem, a nemek vonatkozásában pedig – szemben a fiatalok lakosságával – a lányok nagyobb betegségterheltsége volt megállapítható. A helyzet patológiájára utal az a tény is, hogy a hallgatók a feltárt betegségeknek csupán kétharmadánál vettek igénybe orvosi kezelést.

Összességében elmondható, hogy a testi egészséggel kapcsolatos életminőség jellemzők terén sem rendelkezik tartalékkal, többlettel a hallgatók csoportja. Fontos igazodási pont kell, hogy legyen az a feltárt tény, hogy a lányok mindegyik életminőség mutató tekintetében hátrányos helyzetben vannak.

Az egészségvédő életvezetés az életminőség fizikális dimenziójának speciális – feltételezésem szerint – a felsőoktatás által vállalható fejlesztési területe. Ez hangsúlyos szelete volt a vizsgálataimnak. Az ide tartozó kérdéscsoportok által kívántam ugyanis feltárni a hallgatóknak azt a tudását, amelynek kompetens birtoklása biztosíthatja a fittségük célirányos tervezését és fejlesztését.

Az egészségvédő magatartás, mint az életminőség egyik meghatározó összetevője, több kutatásnak célpontja. Az egyetemi éveit megkezdő diákok számára ez a komponens meghatározó lehet a tekintetben, hogy az új életforma, közösség és környezet, az eddig nem definiált problémák és kihívások stresszhelyzetet teremthetnek. Ez jellemzően összekapcsolódik negatív megküzdési stratégiákkal (alkoholfogyasztás,

dohányzás, étkezési problémák, stb.), továbbá kihat a pszichológiai életminőségre, kiemelten a depressziós tünetek megjelenésével. [97]

Az említett kihívásokra megoldást jelentő társadalmi védőfaktor lehet a sport. [98] Ennek lehetősége, megvalósulása azonban messze elmarad a kívánt szinttől. A hallgatók nagy része nem érte el a rekreációs ingerküszöbnek megfelelő minimum heti két edzésalkalmat. A Magyar Ifjúság 2012 adatait tanulmányozva tudható, hogy 2004-től e tekintetben egy romló tendenciát rögzíthettünk, amely folyamatban a lányok sportolási problémái súlyozottabbak a fiukénál. A Pannon Egyetem diákjai esetében is igazolást nyert az említett, nemek közötti differencia.

A fizikai aktivitás hiánya mellett, a szakirodalmi hivatkozást igazolandó, valóban megjelennek a hibás megküzdési stratégiák, mint egészségkárosító magatartásformák. Az alkoholfogyasztás – a karok között egyetlen szignifikáns eltérést mutató tényező – mellett a dohányzás és a nem megfelelő táplálkozás kockázata is tetten érhető.

A helyzet általános érvényű orvoslásának szükségességét erősíti az a tény, hogy több vizsgálat, köztük a Partiumban található felsőoktatási intézmények körében végzett komplex életminőség kutatás is hasonló végkövetkeztetéssel zárult a sport, valamint azt kiváltó „stresszkezelő” egészségkárosító magatartásformák vonatkozásában. [99] A sport melletti agitálásnak azonban nem lehetnek eredményes eszközei a csupán információ közvetítésén alapuló prevenciós programok. Baranyai és munkatársai által egyetemisták körében végzett, a szívbetegségekkel kapcsolatos egészségmagatartás feltárására irányuló vizsgálat kimutatta, hogy a rizikófaktorok ismerete nem vonta maga után az egészséges életmód megvalósulását. (A dohányzók körében a keringési rendszerre gyakorolt negatív hatások ismertebbek voltak, mint a nem dohányzóknál.) A tanulmány szerint tehát nem elegendő az ismeretek puszta átadása. Szükséges, hogy azok belső meggyőződéssé váljanak. Ehhez a közvetítő hitelességére, az egészséges életmód megvalósításához alkalmas környezetre, de konkrét prevenciós programokra, személyre szabott utasításokra is szükség van. [100]

A hallgatók egészségtudatának vizsgálata a hiányosságok feltárására, a modellprogram céljainak megalapozására, így a fejlesztendő kurzus tartalmi elemeinek összeállítására szolgált.

A kondicionális képességek beazonosításában, egészség szempontú értékelésében az alábbi hiányosságot tapasztaltam: a motoros képességeket nem tudták egyértelműen felismerni a hallgatók, így azok fontosságában – helytelenül –, sorrendiséget állítottak fel. Ez a tudásdeficit a kondicionális képességeknek a választott sportmozgások általi lefedettségében is megnyilvánult. A nemenként eltérő érdeklődés és fitneszi motiváció tovább gyengítette az arányos képességfejlesztés esélyét. A lányok elsősorban az állóképesség, míg a fiúk vagy az erő, vagy az állóképesség egyoldalú javítását célozták meg.

A fizikai terheléssel kiváltott élettani hatások ismeretében, továbbá a sportmozgások erre épülő tudatos tervezésében is hiánypótlásra van szükség. A fitneszi célok, melyek ma már elsősorban nem az „önmegvalósítást”, jóval inkább az egészség megőrzését szolgáló célkitűzések, az inaktív és időrendjét tekintve maximálisan kimért hétköznapiakban csak a tudatos tervezettség mentén valósíthatóak meg. Meg kell említenem, hogy a lányoknak ezen a területen is nagyobb segítségre van szükségük.

A sportprogramok kiválasztásának szempontrendszerre felületes. Számos, a terhelés intenzitását befolyásoló tényezőt figyelmen kívül hagytak a hallgatók, ami így a tervezhetőség, s ennek megfelelően az eredményesség szempontjából is problémás. A nemek és karok mentén regisztrált szignifikáns különbség ebben az esetben a lányok, azon túl a gazdasági és bölcsész kar előnyét mutatta. Ennek vélt magyarázata, hogy a nagy női hallgatólétszámmal rendelkező karoknál elérhető volt a sportrendezvény szervező szakirány, amely e többlettudás befogadását lehetővé tette.

A minta eddig ismertett vizsgálatából kiderült, hogy az életminőséget befolyásoló tényezők vonatkozásában számos deficittel rendelkeznek a hallgatók. Kiemelhető a lányok több dimenzió mentén feltárt hátrányos helyzete, állapota. A karok esetében mért szignifikáns különbségek a nagy hallgató létszámú intézmények számára jelenthetnek esélyt, ahol tudományterületek mentén lehet létrehozni csoportokat az egészségtudat hatékonyabb fejlesztése érdekében.

A felsőoktatásban bevezetni kívánt kurzus tartalmi fókuszpontjait a faktoranalízis eredménye egyértelműsíti. Eszerint a hallgatók körében az egészséggel kapcsolatos életminőség legmeghatározóbb faktora a gyakorlatban megvalósuló egészségvédő

életvezetés. Ez meghatározó kell, hogy legyen a képzés tematikájának és anyagának tervezésénél, egyúttal igényli annak gyakorlatközelségét.

Amennyiben az életminőséget az egészségvédő életvezetés oldaláról közelítjük meg – az alkalmazott faktoranalízis által –, akkor a második kiemelt tényező a pszichológiai egészséget feltáró mentális dimenzió lesz. A két változó kapcsolata már ismert.

A harmadik faktor azt a repetitív egészségtudatot jelenítette meg, amelyről bebizonyosodott, hogy nem elegendő a valós változások indukálására (pl.: „tudjuk, hogy egészség szempontjából fontos a heti két sportmozgás, ez mégsem realizálódik a hétköznapijainkban”).

Az egészségkockázati magatartás, mint negyedik faktor a fizikai aktivitás hiányában megjelenő hibás megküzdési stratégiaként gyengítheti a hallgató életminőségét. Tudjuk, hogy ennek a szegmensnek a háttérbe szorítása nem csupán az ismeretek átadásával, hanem azok gyakorlatba való eredményes átültetésével lehetséges.

Az ötödik faktor az egészségi állapot szubjektív megítéléséként lett pozícionálva.

6.2 Az akciókutatással fejlesztett kurzusról

A diagnózis tehát egyértelmű. A hallgatók életminőségének feltárása által nyert ismeretek (hivatkozva az előző fejezetre) egyértelműen bizonyították a felsőoktatásnak az egészségfejlesztésben való szükséges szerepvállalást. Beazonosíthatóak az egészségtudat fejlesztendő területei és ismertek azok a nem sajátosságok, amik mentén tervezhetővé válik a képzésben való szükséges differenciálás megjelenítése.

Az akciókutatás metodikája mentén haladva fókuszáljunk arra az akciótervre, amelynek dokumentációja magának a modellprogramnak a tematikája. Ez a mellékletben olvasható. A tartalmi elemeihez felhasznált szakirodalmak a személyi edző professzióját megalapozó interdiszciplináris környezetből kerültek kiválasztásra. A kurzus tematikája – céljából adódóan – a személyi edző által is használt protokollt követi, melynek végső verziója az akciókutatásba bevont hallgatók visszajelzéseire, reflexióira reagálva nyerte el jelen struktúráját. Ez a következőkben foglalható össze:

1. Anamnézis: Mint ahogyan a személyi edző megismeri leendő kliensét, úgy kerül bemutatásra a kurzus hallgatóinak saját korosztályuk, speciális

célcsoportjuk az országos, illetve az intézményi reprezentatív felmérések eredményeinek ismertetése által.

2. Rizikófaktorok elemzése: Az életminőséget romboló, az egészséget kockáztató tényezők feltárása következik, szintén jellemzően az egyetemistákra fókuszálva.
3. Problémák beazonosítása: A célcsoportnál regisztrált leggyakoribb rizikófaktorok élettani értelmezése, valamint kezelésének lehetősége tartozik ide.
4. Fittségi teszt előkészítése és lebonyolítása: A hallgatónak a képzésben való aktív részvételét fokozza amennyiben személyes érintettsége kézzelfoghatóvá válik. Ennek érdekében kerül a kurzus elejére az a fittségi állapotfelmérés, amely majdan a célok, illetve a tervezendő mozgásprogram alapját fogja képezni. Átadásra kerülnek azok az ismeretek, amelyek birtokában a felmérés eredményei a hallgató számára értelmezhetővé válnak.
5. Felmérés kiértékelése: Központi része a kurzusnak. A szubjektív önértékelés és az objektív mérési eredmények összevetése egyénenként történik. Mindez a környezet és a saját egészségi állapot megítélésében is számottevő változást hoz. Természetesen az általános érvényű tapasztalatok a köz kincsét képezik.
6. Fittségi program tervezése: Első lépésben a valós szükségletekre alapozott reális fittségi cél meghatározása történik. A megvalósításhoz az egészségtudat további bővítése szükséges. A kondicionális képességek fejlesztési eszközei előtt a hallgatók megismerik azok élettani összefüggéseit, feloldva ezzel azt a tudáshiányt, ami az egyes mozgásformák fiziológiai háttere, valamint azok által kiváltott differenciált adaptációs folyamatok kapcsolatának értelmezésében feltárható. Az alkalmazott edzéseszközök elméleti megismerését a feladatok gyakorlati elsajátítása követi, rögzítve azok hatás- és célrendszerét. Az ismeretek egyénre hangolása céljából meg kell keresni a hétről hétre megjelenő új tartalmi elemeknek a személyhez köthető és aktualizálható kapcsolódási pontjait. A gyakorlati órákon, amelyeken a célok konkrét mozgásminták általi megvalósítására kell ötleteket adni, szintén törekedni kell a sokszínűsége.

A rendszeres testmozgás megtervezését segítő edzésméleti alapelvek, és a periodizálás algoritmusának elsajátítása után a hallgató végül elkészíti saját, egyénre szabott fittségi edzéstervét – igénybe véve a személyes konzultáció lehetőségét.

7. Fittségi edzés: A program gyakorlati megvalósulása túlmutat a kurzus időkeretén, azonban a hallgató számára az igényelt folyamatos kontroll biztosított.

A Pannon Egyetemen a fizikai aktivitást biztosító, kínált sportolási lehetőségeken túl ez a modellprogram egy szabadon választható tárgy formájában realizálódott. Ez maga az akció. Az intézmény minden kara hozzájárult, hogy diákjai a meghirdetett kurzusokra jelentkezheszenek. Ehhez az eredményhez kellett az a meggyőző érvelés, amely többek között az életvitellel kapcsolatos problémák kari vonatkozásait is ismertette – jelezve a szignifikáns eltéréseket. A programot tehát sikerült integrálni abba a Testnevelési és Sport Intézet által fenntartott többpilléres rendszerbe, amely a fejlettebb egészségtudat számára megfelelő „gyakorlóteret” biztosít, fenntartva a kontroll lehetőségét is.

A kurzus a folyamatos reflexiók mentén 2013-ra érte el eredményes tudásközvetítésre alkalmas stádiumát. Az egyetemi képzési rendszerbe integrálódva, heti két-két óra elmélettel és gyakorlattal bíró, 4 kredit értékű tárgyként van meghirdetve. Indokolttá vált a nemek szerinti bontás. A kortárs hazai, illetve nemzetközi kutatások által is igazolt differenciákon túl [23][101][102][103] figyelembe kellett venni a lányoknál feltárt, életminőséget romboló állapotokat, valamint a fiúk magasabb fizikai aktivitását, amely alacsonyabb színvonalú tervezettséggel és tudatossággal párosul. Ennek megfelelően a 2012/13-as tanévben külön kurzus indult lányoknak és fiúknak. A létszámát 15 főben maximalizáltam. Ez a felső korlát szükséges ahhoz, hogy az igényelt, személyre szabott információ átadás megvalósulhasson.

A kiértékelés, mint az akciókutatás ciklusának záró eleme, a „kikényszerített” reflexiók által biztosította a kurzus folyamatos fejlődését. A legfontosabb feladat a hallgató motivációjának fenntartása volt. Ezt a célt nagyban erősítheti az előadó

szaktudása, személyes példamutatása valamint nyitottsága. A kurzus tudásközvetítésének sikere az ő hitelességén múlik.

6.3 A kurzus eredményességéről

Az akciókutatás által fejlesztett kurzus „C” típusú, szabadon választott tárgyként lett meghirdetve. E szerint az egyéni orientáció az össz hallgatóságnak egy speciális célcsoportját alkotja. Felvetődött tehát a kérdés, hogy vajon az így szerveződött csoport számára is szükséges és indokolt-e a képzés? Bebizonyosodott azonban, hogy az alaphalmaz, valamint a képzés iránt érdeklődők között nincs nagy eltérés. A sport iránti nagyobb nyitottság nem jár együtt azzal a kompetens egészségtudattal, amely hosszú távon megoldást jelenthet a Janus-arcú civilizáció kihívásaira. A szűkös szabadidő, valamint az inaktivitás által felhalmozott élettani deficit mértéke már nem kompenzálható a testmozgás ötletszerű adagolásával. A nagyobb fizikai aktivitás azonban még ennek ellenére is jobb életminőséget generál a kurzust önként választók körében. A minták homogenitását azonban tovább erősíti, hogy az életminőséget meghatározó faktorok sorrendisége és súlyozottsága csak minimális eltérést mutat. A kurzus eredményességének vizsgálata tehát releváns célkitűzéssé vált.

A professzionalitás, vagyis az eredményesség garanciájának vállalása a kurzus fejlesztése szempontjából alapvetés volt. Ennek megfelelően a tudásközvetítés folyamata azt a szakmai protokollt követi, amely mentén a személyi edző az életvitelében inaktív egyént bevezeti a rendszeres testmozgásba a siker szavatolásával.

Az ismeretek hallgatók általi befogadásának segítése az eredmények tükrében hatékonyan mondható. Ennek részleteit az alábbiakban ismertetem.

A kurzus vállalása a hallgatók gyakorlatban megvalósuló egészségvédő életvezetésének tudásalapú megerősítése volt. Ennek életminőségre ható érzékelhető eredményeit értelemszerűen a képzés befejezése utáni időszakra detektáltam. Ennek ellenére pszichológiai és egészséggel kapcsolatos életminőség összetevőiben, a kortársak egészségbecslésétől eltekintve szignifikáns, pozitív irányú változást rögzítettem a szorgalmi időszak végén. A nem várt eredmény véleményem szerint részben a már megváltozott gondolkodásmódból eredeztethető: a követéses vizsgálat

eredményeire előre utalva tudhatjuk, hogy a befogadott ismeretek birtokában több hallgató esetében is reálissá vált az addig elérhetetlennek tűnő célok megvalósítása. Ez hatással kell, hogy legyen a WHO Jólét Index és a depresszió vizsgálat eredményeire. Bár több hallgató már a kurzus ideje alatt változásokat eszközölt aktív életvitelében, a Vitális Kimerültség Index kurzus végén mért csökkenése a szemeszter sajátos bioritmusának is köszönhető.

A testi egészséget befolyásoló életminőség legmeghatározóbb tényezője az egészségi állapot szubjektív megítélése. Ennek bizonyított növekedése örömteli. Bár az egyéni fittségről a felmérés által kapott objektív kép sok esetben csalódás volt a hallgató számára, a célok eléréséhez szükséges tudás birtoklása az egészség esélyét növelte. A fájdalomérzet korlátozó hatása is azáltal csökkenhetett, hogy világossá vált annak inaktivitásból való eredeztethetősége, így eredményes kezelése is. Ezzel magyarázható a betegségi arányok kedvező irányú változása is, valamint a megfelelő ismeretekkel nem rendelkező kortársak egészségre való esélyének csökkenése – ez utóbbi két változás nem általános érvényű.

Az egészségvédő életvezetés összetevőiben már a hipotéziseimben is rögzített változásokat reméltem. Az egészségvédő magatartásformák közül a sportolási gyakoriság növekedését láthattuk. Ez azonban a remélt növekedésnek csupán a kezdete. Az étkezés kapcsán is előrelépést tapasztaltam, ez azonban nem szignifikáns. A tematikában az egészséges táplálkozás, sporttáplálkozás csak kis teret kapott. Ennek, a fittség szempontjából fontos szegmensnek a fejlesztése egy, a sportintézet gondozásában hirdetett önálló kurzusnak a feladata.

A kurzus csupán részsikereket ért el a hallgatók egészségkárosító magatartásának kezelésében. A dohányzás és alkoholfogyasztás esetében csak az utóbbinál tapasztaltam bizonyított előrelépést. Az egyik, objektív indok, hogy a tematika nem tartalmazza mélységében az érintett tudásterületet. Másrészt itt is bizonyosságot nyert, hogy az egyes egészséget befolyásoló magatartások más eredetű motivációt követnek. Ez, a már említett eltérő motivációjú életmódmodell alapja. Indokoltnak tartom tehát a kurzus tartalmi kereteinek, az említett hiányosságot kiküszöbölő további bővítését.

Egyértelmű és bizonyított, a kurzus ideje alatt bekövetkező változás a fizikai fittséget megalapozó egészségtudat fejlődése. A hallgatók az egyes kondicionális képességeket már nem csupán a teljesítményfokozás fejlesztési területeiként

értelmezték, hanem azon túlmutatva, világossá vált számukra az életminőséget alapjaiban meghatározó egészségnek a fizikai aktivitással való, szervrendszeri kapcsolatokon alapuló érintettsége. Ezen ismeretbővülés alapján értelmezett fittségi állapotfelmérés reális önértékelést és megvalósítható fittségi célt eredményezett. Azon túl, hogy a hallgatók felismerték és nevesíteni tudták fizikai szükségleteiket, nagy előrelépés volt, hogy az általuk megjelölt fejlesztendő terület a speciálistól – indokolatlan egyoldalú képességfejlesztéstől – az általános, minden szervrendszert stresszelni képes terhelés irányába tolódott el.

A „Tudatos fittség” változójának szignifikáns javulása azt a várt eredményt indukálja, hogy a fizikai terhelések élettani hatásainak ismeretében a mozgásprogramok tervezése céltudatosabb lesz, eredményesen igazítva a fittségi célokhoz.

A tudatosság a mozgásformák kiválasztásának szempontrendszerében is mérhető javulást mutatott. Bár minden egyes szempont gyakrabban fordult elő a hallgatók feltételrendszerében, általános érvényű változás csak a környezeti hatásokhoz valamint a mozgás által kiváltott fáradtság szintjéhez való alkalmazkodásban volt mérhető. Az eredményt torzító tényező lehet, hogy a kezdeti állapot felmérésekor a hallgatók nem csak a gyakorlatban használt szempontokat jelölték meg, hanem azokat is, amelyek egy vélt tudatos sportágválasztásnál elvárhatók lennének.

A kurzusnak hallgatók általi megítélése egy „C” típusú, szabadon választható tárgy esetében rendkívül fontos. Azon túl, hogy ez esetünkben az akciókutatás kiemelt reflexiós vizsgálata, egyben a kurzus népszerűségének is fokmérője, ami döntően befolyásolja a célcsoport minél szélesebb körben való megszólításának esélyét. Valóban fontos kérdés a kurzus hallgatók körében való ismertsége és elfogadottsága, hiszen a jelen képzési struktúrában az intézmény által vállalt egészségfejlesztő programhoz való csatlakozás önkéntes. A NEPTUN statisztikája igazolja, hogy a tárgy kezdeti hirdetése óta mindig maximális létszám regisztrál az aktuális kurzusra. Lemorzsolódás csupán az óraütközésekből adódóan fordul elő.

Nézzük a visszajelzéseket az akciókutatás kontrollja, a képzés eredményességének vizsgálata viszonylatában. A pozitív visszacsatolások egyik mérvadó megállapítása, hogy a tudásbővülésre épülő motiváció generálja azt a változást, amely a kiinduló fittségi állapot javításához, javulásához vezethet. Ennek értelmében a tudás befogadását

segítő oktató hitelessége, személyes példamutatása szintén feltétele, így elvárása kell, hogy legyen az eredményes képzésnek. Egyértelműen mérhető a hallgatók fizikai fittségét pozitívan befolyásoló szemléletváltás. A kontroll kérdőívet kitöltők háromnegyedének kellett újraértelmeznie saját fittségi állapotát és újrafogalmaznia céljait. Szinte minden diák úgy érezte, hogy kellő segítséget kapott az újrakezdéshez és a megvalósításhoz. Összességében alkalmasnak találták a kurzust az egészséges életmód gyakorlati megvalósításához szükséges tudás átadására.

Az, hogy a regisztrált eredmények mennyire tulajdoníthatók kizárólagosan a kurzusnak, s azok gyakorlatba való beépülése nyomon követhető-e az életvitelben bekövetkező változások mentén, követéses vizsgálattal tártam fel. Az alkalmazott metodikai eszköz ehhez a mély interjú volt, melynek válaszaiból kiderül, hogy az egészséggel kapcsolatos életminőséget erősítő életvezetésben jelentős előrelépés történt, ami a képzés alatt körvonalazott egyéni fittségi programra épül. Bizonyítást nyert, hogy a közvetített tudás alkalmas a hallgató életmódváltásának, illetve optimalizálásának végrehajtására – az átadott ismeret az információs közegben való tájékozódást is segíti. A tanuló, mint befogadó, motiválttá vált szerzett tudása gyakorlati adaptálásában. Ezt elsősorban életminősége javításának – tudásbővülésen alapuló – realitása, az elért eredmények, valamint a vélt korlátok leküzdése alapozta meg. Az ismeretek befogadását segítő tanár személyének hitelessége a követéses vizsgálatban megkérdezett hallgatók körében is kiemelt hangsúlyt kapott.

A kurzusnak a hallgatók életmódjára gyakorolt összhatása számomra is meglepő mértéket mutatott, amely az 5.3.4 fejezetben bemutatott idézeteken keresztül jól érzékelhető.

A 2010/11-es tanév óta 8 kurzus lett meghirdetve. Az akciókutatás végéig 96 hallgató teljesítette eredményesen a tárgy követelményeit. A vizsgálat folyamatába bevont fiatalok számos észrevétellel segítették a képzés tartalmi, módszertani, szerkezeti fejlődését és nem utolsósorban hatékony „reklámhordozói” a képzésnek. Az utóbbi években közülük került ki az egyetemi szabadidősport több vezéregyénisége (HÖK sporttal foglalkozó megbízottja, versenyszervezők, szakosztályok megalapítói, stb.). Ezek a hallgatók komoly véleményformáló erővé váltak a sportolni kívánó, de tudásdeficittal rendelkező társaik körében. A kurzust hirdető Testnevelési és Sport

Intézet is épít erre a csoportra. A tanulókon keresztül sikerült a karokkal közelebbi munkakapcsolatba kerülni, amely többek között közös szakdolgozati témák kiírásában valósult meg. Ezek közül kiemelném annak az interaktív edzéstervező szoftvernek a fejlesztését, amellyel a későbbiekben, mint tanítási segédlettel kívánom a képzési folyamatot erősíteni.

Az eredmények és sikerek mellett fel kell hívnom a figyelmet a képzés korlátaira is, melyek ledöntése további kutatást igényel. A fizikai fittség fejlesztésének tudásbázisa sokrétű. A kurzus jelenlegi fizikai keretei (2 óra elmélet, 2 óra gyakorlat hetente) a szükséges mennyiségű ismeret közvetítésére nem alkalmasak. Ennek a problémának a megoldására már kollégáimmal elindítottunk egy újabb akciókutatást, amelynek keretében két új kurzust („Egészséges táplálkozás” és „Alternatív gyógymódok”) kívánunk fejleszteni. A tudásbázist ebben az esetben is az alapozó kutatás eredményeire alapozzuk.

Tekintettel arra, hogy az egészségtudat fejlesztése, a képzés hatékonysága érdekében az egyénre hangolást helyezi előtérbe a frontális képzéssel szemben, a kurzus létszáma maximalizálva van 15 főben. Ez – annak ellenére, hogy nemenként külön képzést hirdetünk – nagyon szűkös áteresztőképességet mutat. A bővítés finanszírozási kérdéseket vet fel, amelyek megválaszolása kompetens döntéshozók pozitív állásfoglalását feltételezi.

A fejlesztett modell működik, van tehát esély a hallgatók életminőségének javítására.

7. Következtetések

A kutatásom célja egy általam fejlesztett, a felsőoktatásba bevezethető kurzus hatékonyságának feltárása volt, amellyel az egészségvédő életvezetés területén – elsődlegesen a fizikai inaktivitás vonatkozásában – felfedhető patológiákat kívántam ellensúlyozni a hallgatók körében. A doktori kutatásom tárgyát ennek megfelelően a felsőoktatásban megjelenő hallgatóknak az egészségtudatos magatartás által befolyásolt életminősége képezte, melynek feltárása alapozta meg azt az akciókutatást, amellyel az eredményt garantálni képes képzési formát kívántam létrehozni.

Értekezésem alábbi fejezetében áttekintem a kutatás indikátoraként megfogalmazott hipotéziseket, majd az eredmények tükrében megfogalmazom innovatív javaslataimat.

7.1 A hipotézisek ellenőrzése

Első hipotézisem (H_1), miszerint a hallgatók egészséggel kapcsolatos életminőség mutatói az országos (korosztályos) átlagnak megfelelő hiányosságokat mutatnak, igazolást nyert. „Az életkor és az iskolázottság az egészségi állapot legfontosabb demográfiai meghatározói” [104]. A hallgatók e tekintetben kétségtelenül előnyös helyzetben vannak a Hungarostudy által mért magyar lakossággal szemben. Ez a „védőfaktor” azonban nem elegendő a minőségi élet hosszútávú biztosításához, az erőteljes mortalitási faktorként értelmezhető fizikai inaktivitás hatásainak ellensúlyozásához.

A longitudinális kutatás első szakaszában megfogalmazott feltevések mentén részletezve:

- Igazolást nyert, miszerint a pszichológiai életminőség mutatók tekintetében nincs számottevő eltérés az országos (korosztályos) átlagtól, továbbá a lányok erőteljesebb leterheltsége is a reprezentatív kutatásokhoz illeszkedik. A karok esetében azonban a feltevésemmel ellentétben kimutatható kismértékű, de szignifikáns eltérés.
- A kutatási eredmények igazolják azt a feltevésemet, amely szerint az egészség önbecslés az országos átlaghoz mérten magas értékeket mutat,

továbbá a fiúk jobb egészségi állapota is a sztenderdhez igazodik. A fájdalomérzet korlátozó hatása, ahogy az várható volt, még nem jellemző ebben a korosztályban. A kezelt és nem kezelt betegségek tekintetében új felismerés, hogy a várt és igazolt magas betegesszámmal szemben az orvosi kezelések kisebb arányt mutatnak. A karok vonatkozásában, a feltevésnek megfelelően, nem volt kimutatható szignifikáns eltérés.

- Feltételezem, hogy a fizikai aktivitás terén a fiúk, míg az egészségkárosító magatartás vonatkozásában a lányok értékei kedvezőbbek, továbbá, hogy mindkét nem esetében felfedhető az egészségtudatosság részleges patológiája, igazolást nyert. A karok vonatkozásában, a hipotézisemet megerősítendő, mérhető szignifikáns eltérés.
- A fentiek függvényében igazolást nyert az a feltevés, amely szerint a felsőoktatásnak a még intézményi keretek között elérhető hallgatóság egészségfejlesztésében való szerepvállalás indokolt.

Második hipotézisem (H₂), miszerint a folyamatos reflexióra épülő akciókutatással megalapozható egy, a hallgatók egészségfejlesztését célzó kurzus, amely a felsőoktatás képzési rendszerébe sikeresen integrálható, bizonyítást nyert. A Pannon Egyetemen „C” típusú (szabadon választható) intézményi tárgyként van meghirdetve a fejlesztett kurzus.

A longitudinális kutatás második szakaszában megfogalmazott feltevések mentén részletezve:

- Feltételeztem, hogy a felsőoktatás egészségfejlesztést célzó szerepvállalásában felvállalható, a hallgatók életminőségét kiemelten befolyásoló faktor a gyakorlatban megvalósuló egészségvédő életvezetés. Ez a hallgatók életminőségét befolyásoló változók faktoranalízise által vált beazonosíthatóvá.
- Feltételeztem, hogy a folyamatos reflexióra épülő akciókutatással megalapozható egy, a hallgatók egészségfejlesztését célzó kurzus, amely a hétköznapi életben megvalósuló egészségvédő életvezetést erősíti. Ez igazolást nyert. A választott metodológia ugyanis nem a felépített elmélet, illetve az akcióterv igazolását vagy cáfolását, hanem annak fejlesztését szolgálja. Az

akciókutatásban a kutató és a hallgatók egyaránt „szakértőként” vannak jelen, biztosítva a tudás közvetítőjének és annak befogadójának érdekérvényesülését is. [105] A kurzusnak képzésbe való beilleszthetőségét igazolja annak Pannon Egyetemen való megvalósultsága.

Harmadik hipotézisem (H₃), miszerint a kurzus eredményessége az egyéni fittségi cél reális meghatározásában, a cél elérését segítő ismeretek továbbításában, valamint a gyakorlatban megvalósuló egészségvédő életvezetés terén mérhető, szintén igazolást nyert.

A longitudinális kutatás harmadik szakaszában megfogalmazott feltevések mentén részletezve:

- A feltevésem, miszerint a pszichológiai és testi egészséggel kapcsolatos életminőség összetevőiben számottevő változás a kurzus rövid időtartama alatt nem valószínűsíthető, nem igazolódott be. Szignifikáns fejlődés volt kimutatható a pszichológiai tényezők mindegyikénél, továbbá az egészség szubjektív megítélésében és a fájdalom korlátozó hatásában. Ez elsősorban a kurzus alatti folyamatos tudásbővülés részeredményeként értékelhető.
- Az egészségvédő életvezetés terén feltételezett nagyobb mértékű javulás valóban igazolható, bár e tekintetben a kurzus ideje alatt a javulásnak csupán a kezdeti jelei észlelhetők. Az egészséget károsító tényezők tekintetében nem feltételeztem számottevő változást, mivel a kurzus erre a területre nem összpontosít. A kontroll vizsgálatok ennek megerősítéseként nem jeleztek kimutatható eltérést.
- Az egészségtudat vonatkozásában feltételezett számottevő javulás, amely a fejlesztett kurzussal szembeni elsődleges elvárás, igazolást nyert. A hallgató ismerve a fizikai fittség szempontjából elsődleges kondicionális képességeket, azokat élettani hatásuk mentén – saját egészségügyi szükségletükhöz hangolva – rangsorolják. A mozgásforma kiválasztásának szempontrendszer is bővült, erősítve annak egyénre szabottságát.
- Feltételeztem, hogy a fittségi célok megvalósítása az egészségtudat megerősödése által, a tudatos tervezettség megerősödését okozza. Ezt

igazolják a hallgatók által eredményesen elkészített, állapotfelmérésre és reális fittségi cél meghatározásra épülő fittségi edzéstervek (egy mezociklus).

- Feltételeztem, hogy a hallgatók a tudásbővülésre alapozva reálisabban látják saját egészségi, fittségi állapotukat. Ez egyértelmű bizonyítást nyert. A hallgatóknak fittségükről alkotott képe erőteljesen megváltozott az állapotfelmérés egyéni kiértékelésével, ennek megfelelően fittségi céljaikat is át kellett alakítani. A követéses vizsgálat igazolja, hogy ez az ismeretbővülés hosszútávú motivációt jelent a tudatos, egészségvédő életvezetés fenntartására.
- Végül az a feltevés, miszerint a kurzus nem egyedüli forrásként, de meghatározó, iránymutató tényezőként járult hozzá a prognosztizált fejlődéshez, szintén beigazolódott. A mély interjúval vizsgált hallgatók kurzus hatására bekövetkezett, az életvezetésben regisztrálható változásról számoltak be. Az egyéb tudásforrások választásánál a képzés tartalmi elemei iránymutatóként jelentek meg.

7.2 Ajánlások

Szükségnek tartom a felsőoktatás egészségfejlesztésben való szerepvállalásának újragondolását.

A közoktatásban bevezetésre került mindennapos testnevelés „stresszhelyzetet” képezett. Ez az egészségfejlesztésben törvényi kötelezettséggel bíró, de már évek óta tehetetlen szakmát alkalmazkodásra kényszeríti. Ezt a mesterségesen gerjesztett indikátort javaslom kikényszeríteni a felsőoktatásban a kötelező testnevelés általános bevezetésével. Fontosnak tartom, hogy az intézmények a helyi sajátosságokhoz igazodva fogalmazhassák meg stratégiáikat.

A felsőoktatásnak az egészségfejlesztésben vállalható szerepbővítésére lehetséges alternatívaként javaslom a kutatásom által igazolt, eredményes tudásközvetítésre alkalmas kurzus bevezetését.

8. Összefoglalás

Értekezésem célja annak feltárása, hogy milyen módon vezethető rá a hallgató az egészséggel kapcsolatos életminőséget meghatározó rendszeres testmozgás szükségességének felismerésére. A majdan – életvezetés vonatkozásában is – véleményformáló erővé váló hallgatóknak egy, az egyetemi képzés szerkezetébe jól illeszkedő kurzust fejlesztettem ki, amely az egészségjavító fizikai aktivitást megalapozó egészségtudatot kívánta erősíteni, javítva azok életminőségét.

A *kutatásom célja*, hogy longitudinális vizsgálat alapján bebizonyítsam a kurzus hatékonyságát, életmódot befolyásoló hatását. Feltételeztem, hogy a hallgatók egészséggel kapcsolatos életminőség mutatói az országos (korosztályos) átlagnak megfelelő hiányosságokat mutatnak így felsőoktatásnak az egészségfejlesztésben való szerepvállalása indokolt. Feltételeztem továbbá, hogy a folyamatos reflexióra épülő akciókutatással megalapozható egy, a hallgatók egészségfejlesztését célzó kurzus, amely a hétköznapi megvalósuló egészségvédő életvezetést erősíti. Végül bizonyítani kívántam, hogy a kurzus eredményessége az egyéni fittségi cél reális meghatározásában, a cél elérését segítő ismeretek továbbításában, valamint a gyakorlatban megvalósuló egészségvédő életvezetés terén érhető tetten.

A hipotéziseim igazolására alkalmazott módszerek a következők: survey módszer (N= 479) a hallgatók életminőség mutatóinak feltárására; akciókutatás a kurzus fejlesztésére; megismételt kérdőíves vizsgálatból kiinduló összehasonlító elemzések, mélyinterjúk (N= 86) a kurzus eredményességének igazolására.

A kutatás *eredményei* szerint a hallgatók életminőségének éppen az a gyakorlatban megvalósuló egészségvédő életvezetés a legmeghatározóbb faktora, amelyben a felhalmozott deficit tetten érhető. Ennek erősítését célzó kurzus az akciókutatás eszközével kifejleszhető. A képzés által továbbított ismeretek rövidtávon hozzájárulnak ahhoz, hogy hallgatók tudatosabban tervezzék egészségvédő életvezetésüket, míg az életminőség mutatói hosszabb távon változtak.

Következtetésként megállapítható, hogy a kurzus általi tudásközvetítés a felsőoktatásnak felvállalható és sikeres törekvése az egészségfejlesztés terén.

9. Summary

The dissertation aims at unfolding ways of making students realize the importance of regular exercise in maintaining health-related quality of life. A course fitting well into the structure of university education has been developed for students who are to become opinion-shapers, in life-coaching among other respects. The course intends to strengthen consciousness of health, the basis of health-enhancing physical fitness, thus improving students' quality of life.

The *objective of my research* is to prove the effectiveness of the course and its impact on lifestyle through a longitudinal study. The assumption is that the students' indicators of health-related quality of life show deficiency corresponding to the nationwide (age-group) average, thus the role of higher education in improving health is well-founded. It is further assumed that a course aiming at students' health-enhancement can be founded through an action research based on continuous reflection, which in turn strengthens everyday health-enhancing life-coaching. It was to be proven that the effectiveness of the course could be traced through realistic determining of individual target fitness, passing on knowledge facilitating achievement of target, and through health-enhancing life-coaching as put in practice.

The *methods* used to support my hypotheses are the following: survey (N= 479) for unfolding students' indicators of quality of life; action research for improving the course; comparative analyses based on repeated questionnaire study; depth interviews (N= 86) for attesting the effectiveness of the course.

According to the *results* of the research, the most determining factor of students' quality of life is the very health-enhancing life-coaching in which the accumulated deficiency can be traced. The course aiming at strengthening it can be developed by means of the action research. In the short run, knowledge conveyed via the course contributes to students planning their health-enhancing life-coaching more consciously, while in the long run, indicators of quality of life change.

It can be *concluded* that knowledge transmission through the course is an undertakeable and successful endeavor of higher education in the field of health education.

10. Irodalomjegyzék

- [1] Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. 1996. CDC Web site. <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgrfull.pdf>. Letöltés: 2014. 10.
- [2] HHS. Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: CDC, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (NCCDPHP), 1996. CDC Web site. <http://www.cdc.gov/nccdphp/sgr/pdf/sgrfull.pdf>. Letöltés: 2014. 10.
- [3] Healthy People 2010. Understanding and Improving Health. U.S. Department of Health and Human Services November 2000. Healthypeople Web site. <http://www.healthypeople.gov/2010/document/pdf/uih/2010uih.pdf?visit=1>. Letöltés: 2014. 10.
- [4] Health Targets and Implementation Committee. Health for all Australians. Canberra: Australian Government Printing Service; 1988.
- [5] Department of Health. The Health of the Nation. A strategy for health in England. Cm. 1986. London: HMSO; 1992.
- [6] World Health Organisation/Europe. Targets for health for all. WHO web site. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/109779/WA_540_GA1_85TA.pdf Letöltés: 2014. 10.
- [7] World Health Organisation/Europe. Health for all targets. The health policy for Europe. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 1993.
- [8] Országgyűlési határozat. Az egészség évtizedének népegészségügyi programja. Budapest, Magyarország: 46/2003. (IV. 16.) OGY határozat; 2003.
- [9] Bruce M.J., Kattzmarzyk PT. (2002) Canadian population trend sin leisure-time physical levels, 1981-1998. *Can J Appl Physiol*, 27(6): 681-690.
- [10] Jaret P. (2002) Healthy People 2000: Helping Patients Change. *Hippocrates*, 14(1): 25-30.
- [11] Fu F.H., Guo L., Zang Y. (2012) An overview of health fitness studies of Hong Kong residents from 2005 to 2011. *J Exerc Sci Fit*, 10(2): 45–63.
- [12] World Health Organization. Steps to Health. A European Framework to Prommote Physical Activity For Health. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2007.

- [13] Jákó P. (2012) Sport, egészség, társadalom. *Acta Chimica Acad. Sci Hung*, 173: 1081-1090.
- [14] Fritz P. Fogalmak és jelentéseik a rekreáció területén. *Rekreáció mindenkinek III.* Líceum Kiadó, Eger, Kiadás alatt.
- [15] Urban R., Hann E. (2003) Rendszeres testedzés és szocioökonómiai státusz összefüggései magyar reprezentatív mintában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 4(1): 11-16.
- [16] Fuscaldó J.M. (2002) Prescribing physical activity in primary care. *W V Med J*, 98(6): 250-253.
- [17] Lowter M, Mutrie N, Scott EM. (2002) Promoting physical activity in a socially and economically deprived community: a 12 month randomized control trial of fitness assessment and exercise consultation. *J Sports Sci*, 20(7): 577-88.
- [18] Gaálné S.K., Edvy L. Az 1995-ös EUROFIT felmérés megismétlése a Pannon Egyetemen. V. Országos Sporttudományi Kongresszus, Budapest. 2005. Okt. 27-28.
- [19] Frenkl R. Az urbanizáció kihívása. In: Aszmann A, Frenkl R., Kaposvári J., Szabó T. *Felsőoktatás, értelmiség, egészsége.* Magyar Egyetemi-Főiskolai Sportszövetség, Budapest, 1997: 5-15.
- [20] Fritz P., Schaub G., Dorka P. (2007) Az egészségi állapot komplex fejlesztésére irányuló módszer kidolgozása és annak hatékonyságvizsgálata főiskolai és egyetemi hallgatók körében, *M Sporttud Szle*, 8(3): 21.
- [21] Kopp M. (2003) A magatartástudományi kutatások lehetőségei az orvoslás területén. *Magyar Tudomány*, 11:1352-1363.
- [22] Easterbrook G. *The progress Paradox: How life gets better while people feel worse.* Random House, New York, 2003: 317.
- [23] Kopp M., Kovács M. *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón.* Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006:552.
- [24] Nordenfelt L. *Quality of Life, Health and Happiness.* Aldershot, Avebury, 1993: 45.
- [25] Kullmann L., Harangozó J. (1999) Az Egészségügyi Világszervezet életminőség vizsgáló módszerének hazai adaptációja. *Orv Hetil*, 140: 1947-1952.

- [26] Mock V., Dow K., Meares C., Grimm P., Dienemann J., Haisfield-Wolfe M. (1997) Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 24(6): 991-1000.
- [27] Baldwin M.K., Courneya K.S. (1997) Exercise and Self-Esteem in Breast Cancer Survivors: An Application of the Exercise and Self-Esteem Model. *J Sport exerc Psychol*, 19(4): 347-359.
- [28] Németh Á. (2007) Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. *Gyógypedagógiai Szemle*, Budapest, 35(1): 1-11.
- [29] Pikó B. *Egészségtudatosság serdülőkorban*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2002: 113.
- [30] Urbán R. (2001) Útban a magatartásszempontról egészségpszichológia felé: Az egészségmegtartás pszichológiai elemzése. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 56(4): 593–622.
- [31] Pikó B. Az egészségfejlesztés elmélete. In: Aszmann A, Békefi D. *Iskolaegészségügy*. Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest, 2005: 316-344.
- [32] Gritz A. (2006) Az egészségfejlesztés kompetenciái a 21. században. *Egészségfejlesztés*, 48(3): 3-9.
- [33] Hidvégi P., Kopkáné P.J., Müller A. *Az egészséges életmód*. Eszterházy Károly Főiskola Sporttudományi Intézet, Eger, 2015: 10-11.
- [34] Koelen MA, Vaandrager L, Colomé C. (2001) Health promotion research: dilemmas and challenges. *J Epidemiol Community Health*, 55: 257-262.
- [25] The European Network of Health promoting schools. WHO. 1999. Web site. <http://pgsaudemental.files.wordpress.com/2009/04/reeps.pdf>
- [35] Getzels, J. W., Thelen H. A. The classroom group as a unique social system. In: Henry, N. B. (szerk.): *The dynamics of instructional groups, sociopsychological aspects of teaching and learning: The 59th yearbook of the National Society for the Study of Education*. University of Chicago Press, Chicago, 1960.
- [36] Haapanen-Niemi N, Vuori I, Pasanen M. (1999) Public Health Burden of Coronary Health Disease Risk Factors among Middle-Aged and Elderly Men. *Prev Med*, 28(4): 343-348.
- [37] Pikó B. *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2005.

- [38] Pluhár Zs., Keresztes N., Pikó B. (2003) „Ép testben ép lélek” – Középiskolások értékrendje fizikai aktivitásuk tükrében. *M Sporttud Sz*, 4(2): 29-33.
- [39] Edvy L. (2012) A Pannon Egyetem hallgatóinak fittségét megalapozó egészségtudata és az egészséggel kapcsolatos életminőség mutatói. *M Sporttud Sz*, 13(1): 4-10.
- [40] Deci E. L., Ryan R. M. (1985) *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press, New York, 1985: 333.
- [41] Budai E. (1999) Sport(t)örvényben fuldokolva. *Új Folyam*, 8(3-4): 20-33.
- [42] Laki L., Nyerges M. (2004): A fiatalok sportolási szokásainak néhány társadalmi összefüggése. *M Sporttud Sz*, 5(2-3): 5-15.
- [43] Paár D. A magyar sportfogyasztás dinamikája. In: „Sportkultúra – hagyomány és megújulás” VII. Országos Sporttudományi Kongresszus konferenciakiadványa. MSTT, Budapest, 2010.
- [44] Keresztes N., Piko B.F., Pluhar Z.F., Page R.M. (2008) Social influences in sports activity among adolescents. *J R Soc Promo Health*, 128: 21–25.
- [45] Pikó B. *Kultúra, társadalom és lélektan*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2003: 265.
- [46] Józán P. A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata, 1980- 1983. Központi Statisztikai Hivatal, 1986.
- [47] Egészségügyi tárgyú NSRK-fejlesztések értékelése. Pillanatfelvétel a felsőoktatási intézmények egészségfejlesztő tevékenységét támogató Magyarországi stratégiákról, meglévő kezdeményezésekről, eredményekről. Hétfa Kutatóintézet, Budapest, 2013.
- [48] The European Network of Health promoting schools. WHO. 1999. Web site. <http://pgsaudemental.files.wordpress.com/2009/04/reeps.pdf>
- [49] Gritz A. (2007) Az egészségfejlesztés kompetenciái a XXI. században. *Egészségfejlesztés*, 48(3): 3-9.
- [50] Deutsch K. (2011) Iskolai egészségfelfogás és egészségfejlesztés kvalitatív és kvantitatív kutatások tükrében. *Új Ped Szle*, 61(1-5): 225-234.
- [51] Tényi J., Sümegi Gy. *Egészségfejlesztés, egészségnevelés*. POTE jegyzet, Pécs, 1997.
- [52] Kacsoda L. *Az atipikus oktatási módszerek*. Nemzeti Felnőttképzési Intézet, Budapest, 2006: 5-23.

- [53] Meleg Cs. (2002) Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. *M Ped*, 102(1): 11-29.
- [54] Edvy L. (2012) Az egészségnevelés létjogosultsága a felsőoktatásban. *Eruditio-Educatio*, 7(1): 109-118.
- [55] Bíró K., Csányi Zs., Vincze Sz. A hallgatók elhelyezkedéséhez kötődő kompetenciák vizsgálata. Berzsényi Dániel Főiskola, Szombathely, 2007: 154 p.
- [56] TÁMOP-6.1.1-12/1-2013-0001 – „Egészségfejlesztési szakmai hálózat létrehozása” kiemelt projekt – Felsőoktatási alprojekt. Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2014: 44-60.
- [57] *Educatio*. Modell tanulmányok. Szegedi Tudományegyetem, Debreceni Egyetem, Eszterházy Károly Főiskola, 2013.
- [58] Hajós Alfréd Terv – Az egyetemi-főiskolai sport szakmai programja, 2013-2020. MEFS, 2013: 2.
- [59] Arnett D.K., McGovern P.G., Jacobs D.R., Shahar E., Duval S., Blackburn H., Luepker R.V. (2002) Fifteen-year trends in cardiovascular risk factors (1980-1982 through 1995-1997): the Minnesota Heart Survey. *Am J Epidemiol*, 156(10): 929-935.
- [60] Lee I.M., Sesso H.D., Oguma Y., Paffenbarger Jr. (2003) Relative Intensity of Physical Activity and Risk of Coronary Heart Disease. *Circulation*, 107(8): 1110-1116.
- [61] Ikka V. (1998) Does Physical activity enhance health? *Patient Educ Couns*, 33: 95-103.
- [62] Mayer-Davis E.J., Costacou T. (2001) Obesity and sedentary lifestyle: modifiable risk factors for prevention of type 2 diabetes. *Curr Diabet Rep*, 1: 170-176.
- [63] Scheen AJ. (2003) Treatment of type 2 diabetes. *Acta Clin Belg*, 58(5): 318-324.
- [64] Kriska A. (2003) Can a physically active lifestyle prevent type 2 diabetes? *Exerc Sport Sci Rev*, 31(3): 132-139.
- [65] Radák Zs., Sasvári M., Nyakas Cs., Kaneko T., Tahara S., Ohno H., Goto S. (2001) Single bout of exercise eliminates the immobilization-induced oxidative stress in rat brain. *Nurochem Int*, 39: 33-38.

- [66] Pescatello L.S., Murphy D.M., Anderson D., Costanzo D., Dulipsingh L., De Souza M.J. (2002) Daily physical movement and bone mineral density among a mixed racial cohort of women. *Med Sci Sports Exerc*, 34(12): 1966-1970.
- [67] Vuori I. (1988) Does Physical activity enhance health? *Patient Educ Couns*, 33: 95-105.
- [68] Woolf S.K., Barfield W.R., Nietert P.J., Mainous A.G., Glaser J.A. (2002). The Cooper River Bridge Run Study of low back pain in runners and walkers. *J South Orthop Assoc*, 11(3): 136-143.
- [69] Anonymous. (2000) Overweight, obesity, and health risk. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity. *Arch Intern Med*, 160(7): 898-904.
- [70] Emery C.F., Hauck E.R., Blumenthal J.A. (1992) Exercise adherence or maintenance among older adults (1-year follow-up study). *Psychol Aging*, 7: 466-470.
- [71] Morgan W.P. (1985) Affective beneficence of vigorous physical activity. *Med Sci Sports Exerc*, 17(1): 94-100.
- [72] Dubbert P.M. (2002) Physical activity and exercise: recent advances and current challenges. *J Consult Clin Psychol*, 70(3): 526-536.
- [73] Gémes K. Sport és életminőség. In: Kopp M., Kovács M. A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 167-180.
- [74] 2003 Népegészségügyi gyorsjelentés, Országos Epidemiológiai Központ, http://193.225.50.35/dokumentum/NEJ/nej2003_gyorsjelentenes.pdf. Letöltés: 2014. 10.
- [75] Susánszky É., Szántó Zs., Hajnal Á. Életkor és életminőség. In: Kopp M., Kovács M. A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 116-126.
- [76] MTA PTI Nemzeti jelentés a magyar ifjúság helyzetéről az Európa Tanács számára. Magyar Tudományos Akadémia, Budapest, 2007.
- [77] Magyar Ifjúság 2012, Kutatópont, Budapest, 2013.
- [78] Szabolcs É. Kvalitatív kutatási metodológia a pedagógiában. Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 2001: 36-37.
- [79] Sántha K. (2007) A kvalitatív metodológiai követelmények problémái. *Iskolakultúra*, 20(6-7): 168-177.

- [80] Falus I., Ollé J. Az empirikus kutatások gyakorlata. Nemzeti Tankönyvkiadó Zrt, Budapest, 2008: 171-260.
- [81] Edvy L. (2012) A Pannon Egyetem hallgatóinak fittségét megalapozó egészségtudata és az egészséggel kapcsolatos életminőség mutatói. M Sporttud Szle, 13(1): 4-10.
- [82] Bech P., Staehr-Johansen K., Gudex C. (1996) WHO (Ten) Well-Being Index: Validation in diabetes. *Psychother Psychosom*, 65: 183-190.
- [83] Rózsa S., Réthelyi J., Stauder A., Susánszky É., Mészáros E., Skrabski Á., Kopp M. (2003) A Hungarostudy 2002 általános módszertana és a felhasznált tesztbattériái pszichometriai jellemzői. *Psychiatr Hung*, 18(2): 83-94.
- [84] Beck A.T., Beck R.W. (1972) Sortend version of BDI. *Postgrad Med J*, 52: 81-85.
- [85] Rózsa S., Szádóczky E., Füredi J. (2001) A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatr Hung*, 16(4): 384-402.
- [86] Kopp M., Falger P., Appels A., Szedmák S. (1998) Depressive symptomatology and Vital Exhaustion are differentially related to behavioural risk factors for coronary artery disease. *Psychosom Med*, 60: 752-758.
- [87] Appels A., Mulder P. (1988) Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J*, 9: 758-764.
- [88] Idler E.L., Benyamini Y. (1997) Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*, 38: 21-37.
- [89] Réthelyi J., Berghammer R., Kopp M. (2001) Comorbidity of pain-associated disability and depressive symptoms in connection with sociodemographic variables: results from a cross-sectional epidemiological survey in Hungary. *Pain*, 93(2): 115-121.
- [90] Zsolnai J. Paradigmák és paradigmaváltások a magyarországi anyanyelv és irodalompedagógiai kutatások körében. Veszprémi Egyetem Tanárképző Kar Pedagógiai Kutatóintézete, Pápa, 2001: 92-93.
- [91] Zopcsák L. Személyi edző képzés tanfolyami jegyzet. International Wellness Institute, Budapest, 2010.
- [92] Tóth Z., Revákné M.I. Osztálytermi kutatás. Debreceni Egyetemi kiadó, Debrecen, 2015: 79-142.

- [93] Szmodis M., Bosnyák E., Bede R., Farkas A., Protzner A., Trájer E., Udvardy A., Tóth M., Szóts G. (2013) Az MSTT Mozgás=Egészség Programjának Magyarországi tapasztalatai – A fiatal generációk fizikai teljesítményének háttérvizsgálata. *Népegészségügy*, 91(2): 141-149.
- [94] Csoboth Cs. A magyar nők életminősége. In: Kopp M, Kovács M. A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 106-114.
- [95] Raphael D., Bryant T. (2004) The welfare state as a determinant of women's health: support for women's quality of life in Canada and four comparison nations. *Health Policy*, 68(1):63-79.
- [96] Bíróné N.E. Sportpedagógia. Dialóg Campus Kiadó, Budapest-Pécs, 2004: 101-103.
- [97] Bland H.W., Melton B.F., Welle P., Bigham L. (2012) Stress Tolerance: New Challenges for Millennial College Students. *College Student Journal*. 2: 362–375.
- [98] Pikó B., Keresztes N. Sport, lélek, egészség. Budapest, Akadémiai Kiadó, 2007: 138.
- [99] Kovács K. (2014) Boldogító mozgás. A sportolás hatása a partiumi hallgatók szubjektív jóllétére, lelki edzettségére és egészségének. *Kapocs 2*: 2-13.
- [100] Baranyai R., Bakos G., Steptoe A., Wardle J., Kopp M. (2006) Egyetemisták és főiskolások szívbetegséggel kapcsolatos egészségmagatartása, rizikótudata és hiedelmei. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7(2): 125-138.
- [100] Huang W.Y., Wong S.H., Salmon J. (2013) Correlates of physical activity and screen-based behaviors in Chinese children. *J Sci Med Sport*, 14(6): 509-514.
- [101] Wiksten-Almströmer M. (2009) Gender differences in sexuality and life quality among young people visiting a Swedish youth clinic. *Int J Adolesc Med Health*, 21(1): 29-39.
- [102] Herman K.M., Hopman W.M., Craig C.L. (2011) Sex differences in the association of youth body mass index to adult health-related quality of life: the physical activity longitudinal study. *Can J Public Health*, 102(1): 42-48.
- [103] Kopp M., Skrabski Á., Székely A. Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében a Hungarostudy 2002 vizsgálat

alapján. In: Kopp M, Kovács M. (szerk.), A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 84-105.

[104] Kindler J. (1980) A pozitivisták módszertan válsága. Világosság, 8-9: 484-493.

11. Saját publikációk jegyzéke

Témához kapcsolódó publikációk

Edvy L. (2016) Társadalmi elvárás-e a fizikai inaktivitás orvoslása? A Pannon Egyetem által felvállalt egészségfejlesztés társadalmi háttérének szociálpszichológiai elemzése. *Iskolakultúra*, 26(4): 108-114.

Edvy L. (2015) New prospect for Improving University Students' Quality of Life. *Phys Cult Sport Stud Res*, 66(1): 65-74.

Edvy L. (2013) Quality of Life Indicators of University Students in Hungary. *Phys Cult Sport Stud Res*, 57(1): 53-60.

Edvy L. (2013) Egészségtudatot formáló kurzus megalapozása és fejlesztése a Pannon Egyetemen. *M Sporttud Szle*, 14(53): 25-29.

Edvy L. (2012) A Pannon Egyetem hallgatóinak fittségét megalapozó egészségtudata és az egészséggel kapcsolatos életminőség mutatói. *M Sporttud Szle*, 13(1): 4-10.

Edvy L. (2012) Az egészségnevelés létjogosultsága a felsőoktatásban. *Eruditio - Educatio* 7(1): 109-118.

Edvy L. (2011) Action research at the University of Pannonia about the course establishing the fitness of the students within the standards of creatology and its touristic gains. In: Jaroslav Broďáni , Nora Halmová (szerk.) *Šport a zdravie: Sport and Health: zborník vedeckých prác* . Nyitra: Univerzita Konstantina Filozofa v Nitre, : 226: 165-168.

Edvy L. (2011) A Pannon egyetemen tanuló hallgatók fizikai aktivitását a kreatológia szemléletmódjával megalapozó egészségtudat fejlesztése. In: *Lehetőségek és alternatívák a Kárpát-medencében. Módszertani tanulmányok*. Kaposvári Egyetem, Kaposvár, 396-403.

Egyéb publikációk

Edvy L. (2014) Az aktív turizmusnak a fittség megalapozását biztosító egészségtudat patológikumában való érintettsége. *Recreation*, 4(2): 24-27.

12. Köszönetnyilvánítás

Meggyőződésem, hogy a fokozat eléréséhez a személyes ambíció nem lehet elegendő. Szükséges az a támogató szakmai háttér, amely a tudományművelés ezen rangjára kíván emelni. Szerencsésnek mondhatom magamat, hiszen ezt a segítséget én is élvezhettem. Csak remélni tudom, hogy nem érdemtelenül.

Köszönöm Dr. Földesiné Dr. Szabó Gyöngyi szakmai irányításait, gondosságát. A tudománynak alázattal való művelése az Ő személyében vált számomra megismerhetővé.

Köszönöm Dr. Gombocz Jánosnak, témavezetőmnek, hogy lehetőséget teremtett kutató munkám végig viteléhez.

Hálával emlékezem meg Dr. Zsolnai Józsefre, aki által vezetett doktori iskolában juthattam el az abszolutóriumig.

Köszönöm Bánhidi Miklósnak, hogy segített a tudomány világába való bekapcsolódásban.

Köszönöm kollégáimnak a bizalmat és támogatást.

Mindenek előtt azonban szerető és megértő Családomnak tartozom hálával.

13. Mellékletek

13.1 A hallgatók életminőségét feltáró kérdőív

Tisztelt Hallgató!

Átgondolt válaszaival megteremti egy, az egészségtudatot eredményesen fejlesztő kurzus megalapozását.

Együttműködését előre is köszönöm!

1. Alapadatok	Neme: (1) férfi (2) nő	Életkora:				
	Magassága:	Súlya:				
	Hallgatta-e már a TSI által hirdetett, egészséges életmódot közvetítő tárgyak valamelyikét? (1) igen (2) nem					
	Kar: (1) MK (2) MIK (3) GTK (4) MFTK	Szak:				
2/a Pszichológiai életminőség mutatók	<i>Az elmúlt két hét során érezte-e magát?</i>					
	1. Vidámnak és jókedvűnek	<i>Válaszlehetőségek:</i> 0 soha, 1 néha, 2 az időnek kevesebb, mint felében 3 az időnek több mint felében, 4 az idő legnagyobb részében, 5 mindig				
	2. Nyugodtnak és ellazultnak					
	3. Aktívnak és élénknek					
	4. Ébredéskor frissnek és kipihentnek					
	5. A napjai tele voltak érdekes dolgokkal					
	<i>Hogyan érezte magát az elmúlt időszakban?</i>					
	1. Minden érdeklődésemet elvesztettem mások iránt	<i>Válaszlehetőségek:</i> 0 egyáltalán nem jellemző, 1 alig jellemző, 2 jellemző, 3 teljesen jellemző				
	2. Semmiben sem tudok dönteni többé					
	3. Több órával korábban ébredek, mint szoktam, és nem tudok újra elaludni					
4. Túlságosan fáradt vagyok, hogy bármit is csináljak						
5. Amyira aggódom testi-fizikai panaszok miatt, hogy másra nem tudok gondolni						
6. Semmilyen munkát nem vagyok képes ellátni						
7. Úgy látom, hogy a jövőm reménytelen és a helyzetem nem fog változni						
8. Mindennel elégedetlen, vagy közömbös vagyok						
9. Állandóan hibáztatom magam						
<i>A következő kérdésekre „1”(igen), vagy „0”(nem) értékkel feleljen!</i>						
1. Gyakran érzi fáradtnak magát?						
2. Gyengének érzi-e magát?						
3. Kedvtelenebbnek érzi magát, mint régebben volt?						
4. Jobban irritálják apróbb dolgok, mint régen?						
5. Érzi-e úgy néha, hogy a teste olyan, mint egy kimerülő elem?						
2/b Egészséggel kapcsolatos életminőség mutatók	<i>A következő kérdésekre „1”(nagyon rossz), „2”(rossz), „3”(közepes), „4”(jó), „5”(kiváló) értékkel feleljen!</i>					
	1. Összességében hogyan minősíti saját egészségi állapotát?					
	2. Hogyan minősíti kortársai egészségi állapotát?					
	<i>A következő kérdésre „1”(nem), „2”(részben), vagy „3”(igen) értékkel feleljen!</i>					
	1. Ha vannak fájdalmai, ezek korlátozzák napi tevékenységében,					
	<i>A következő táblázatot „1”(igen), „0”(nem) értékekkel, illetve a napok számával töltse ki!</i>	Szív, keringési rendszer problémái (pl.: magas vérnyomás)	Légzőszervi problémák (pl.: asztma)	Túlsúly, cukorbetegség, évesi zavarok	Ortopédiai problémák, mozgásszervi betegségek	Legyengült immunrendszer, gyakori fertőzöttség (pl.: megfázás)
	Szenvedett-e valamelyik betegség típustól?					
	Állt-e kezelés alatt?					
	Az elmúlt évben hány napot volt munkaképtelen a betegség miatt?					

3. Szociális képzetek	A következő kérdésekre adott válaszok alapján szeretnénk megtudni, hogy mit gondol azokról, akiknek az életében napi rendszerességgel jelen van a fizikai aktivitás. Válaszlehetőség minden esetben: egyáltalán nem értek egyet 1 2 3 4 5 teljesen egyetértek értékskálán jelölendő!								
	1. Az ilyen ember fizikailag fitt	1	2	3	4	5			
	2. Az ilyen ember céltudatos	1	2	3	4	5			
	3. Az ilyen ember egészséges	1	2	3	4	5			
	4. Az ilyen ember sportos	1	2	3	4	5			
	5. Az ilyen ember izmos	1	2	3	4	5			
	6. Az ilyen ember gondtalan/szabad	1	2	3	4	5			
	7. Az ilyen ember népszerű	1	2	3	4	5			
	8. Az ilyen ember unalmas	1	2	3	4	5			
	9. Az ilyen ember vonzó	1	2	3	4	5			
	10. Az ilyen ember intelligens	1	2	3	4	5			
11. Az ilyen ember magabiztos	1	2	3	4	5				
4. Egészségmegőrzés	A következő kérdések az elmúlt fél évre vonatkoznak!								
	1. Hányszor sportolt átlagosan egy hónapban?								
	2. Hány percet mozgott átlagosan egy-egy alkalommal?								
	3. Hányszor iszik egy pohárnál több alkoholt egy hónapban?								
	4. Hány olyan nap van egy hónapban, amikor dohányzik?								
5. Hányszor étkezik egy nap?									
5/a Egészségtudat	A következő kérdésekre „1” (egyáltalán nem), „2” (kevésbé), „3” (is-is), „4” (valamennyire), „5” (nagyon) értékkel feleljen!								
	1. Edzettnek, fittnek tartja-e magát?								
	2. Elfárad-e sportmozgás közben?								
	3. Jól esik-e a sportmozgás?								
	4. Tudatosan tervezett-e a sportmozgása? – valamilyen fittségi célt kíván elérni vele?								
	5. Tudja-e előre, hogy az aktuális sportmozgás milyen mértékű fáradtsággal jár?								
6. Tudja-e, hogy a választott sportmozgás milyen élettani változásokat eredményez a szervezetében?									
5/b Egészségtudat	Mennyire tartja fontosnak általában az egészség, illetve az Ön fittségi elképzelése szempontjából a következőket? Válaszlehetőség minden esetben: egyáltalán nem fontos 1 2 3 4 5 nagyon fontos értékskálán jelölendő!								
	Mennyire tartja fontosnak...	Egészség szempontjából		Ön fittségi célja szempontjából					
	1. Hetente legalább két alkalommal sportoljak								
	2. Nyújtott lábbal előrehajolva elérjem a talajt								
	3. Függeszkedve meg tudjam tartani saját testsúlyomat 10 másodpercig								
	4. Minimum 20 percig képes legyek egyenletesen futni (vagy úszni, korcsolyázni...)								
5. Tudjak végezni legalább 20 db felülést hanyattfekvésből									
5/c Egészségtudat	Mennyire függenek össze véleménye szerint a táblázatban (sor-oszlop) jelzett fogalmak? Válaszlehetőség minden esetben: egyáltalán nem 1 2 3 4 5 nagyon értékskálán jelölendő!								
		Életminőség	Szív, tüdő	Immunnr.	Edzettség	Csontozat	Izomzat	Erő	Testsúly
	Életminőség	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
	Szív, tüdő		*****	*****	*****	*****	*****	*****	*****
	Immunrendszer			*****	*****	*****	*****	*****	*****
	Edzettség				*****	*****	*****	*****	*****
	Csontozat					*****	*****	*****	*****
	Izomzat						*****	*****	*****
	Erő							*****	*****
	Testsúly								*****
6.	Ön milyen sportmozgás(oka)t végez?								

7. Sportolás - szempontrendszer	<i>Jelölje „1” (igen) értékkel azokat a szempontokat, amelyeket figyelembe szokott venni sportprogramjai tervezésében, illetve kiválasztásában! A figyelmen kívül hagyott paramétereket „0” (nem) értékkel jelölje!</i>	
	1. Sportmozgás típusa	
	2. Sportmozgás időtartama	
	3. Sportmozgás intenzitása (terhelés mértéke)	
	4. Saját edzettségi, fittségi állapot szintje	
	5. Egészség szempontú szükséglete	
	6. Várható fizikai hatások (pl.: fáradás mértéke)	
	7. Sportmozgáshoz választott helyszín – domborzat szintkülönbségei, vízhőmérséklet...	
	8. Időjárási elemek – szél, hőmérséklet...	
	9. Fronthatások	
10. Frontérzékenysége		

13.2 Kontrollkérdőív – kurzus hallgatók általi megítélése

Tisztelt Hallgató!

Átgondolt válaszaival segíthet, hogy az Ön által is hallgatott, egészségtudat fejlesztését célzó kurzus még eredményesebben tudja közvetíteni hallgatótársai felé a fizikai fittséget megalapozó ismereteket.

Kritikus és építő válaszait, észrevételeit előre is köszönöm!

<i>A kurzus vonatkozásában válaszoljon a következő kérdésekre!</i>		
1. Változott-e saját fittségéről alkotott képe?	<i>Válaszait 1-5-ig értékskálán jelezze! (1 – egyáltalán nem, 5 – teljes mértékben)</i>	
2. Motiváltabbá vált-e fittsége fejlesztésében?		
3. Közvetített-e új ismereteket a kurzus?		
4. Az új ismeretek birtokában át kell-e értékelnie fittségi céljait?		
5. Fittségi célja megvalósításában segítenek-e az információk?		
6. Alkalmasnak tartja-e az órát a fittségi ismeretek közvetítésére?		

<i>A kérdésekre válaszolva, kérem jelezze a kurzus egyéb hiányosságait!</i>	
1. Milyen tartalmi (elméleti, gyakorlati) hiányosságokat kellene pótolni az eredményesség érdekében?	
2. Milyen óravezetési, szervezési, technikai hiányosságokat kellene pótolni a hatékonyabb tudásközvetítés érdekében?	

13.3 Az akciótervben meghatározott kurzus TVSZ által meghatározott dokumentációja

Érvényes: 2010/2011 tanév 1. félévére

Oktató aláírása:.....

Tantárgyi követelmények és leckekönyv-aláírási feltételek

Tantárgy adatai	
Tantárgy neve	Fittségi edzéstervezés
Tantárgy kódja	Szak
Óraigény	2+0 Kreditpont
Számonkérés módja ¹	<p>a) folyamatos számonkérés javítási lehetőség nélkül (gyakorlati jegy)</p> <p>b) folyamatos számonkérés javítóvizsga lehetőséggel (gyakorlati jegy)</p> <p>c) vizsgaidőszakon belüli számonkérés (kollokvium)</p> <p>d) félévközi és vizsgaidőszakon belüli számonkérés kombinációja (kollokvium)</p>
Tantárgyi előfeltételek	Emberi test (VEGTTN5344a)
Tantárgy típusa ²	<p>a) előadás</p> <p>b) szeminárium (tantermi gyakorlat)</p> <p>c) gyakorlat (laboratóriumi gyakorlat)</p>
Tantárgyfelelős neve	Edvy László
Tantárgyi követelmények, leckekönyv-aláírási feltételek	
Félévközi beadandó feladatok	
Félévközi számonkérések (típusa, száma, pótlásának lehetősége)	A leadott tananyag időarányos számonkérése, - két dolgozat – egy-egy javítási lehetőséggel
Aláírási (vizsgára bocsátási)	A két dolgozat megírása, illetve az órákon való jelenlét

¹ A TVSZ 15. § (2) alapján

² A TVSZ Fogalomtára alapján

feltételek , aláírás pótlásának lehetősége	
Gyakorlati jegy kialakításának módja [ha a számonkérés módja a) vagy b)]	A két, minimum elégséges szintű dolgozat
Vizsgajegy kialakításának módja [ha a számonkérés módja c) vagy d)]	
Egyéb feltételek	

A tantárgy neve: Fittségi edzéstervezés		Kódja:	
A tantárgy neve angolul: Fitness workout planning			
Kötelező előtanulmány(ok) kódja(i):			
Tantárgyfelelős neve: Edvy László		A tantárgy oktatásának tanéve/féléve:	
Óraigény: E: 2 GY: L:	Számonkérés módja: Gy	Kreditértéke:	
Oktatási cél: A fizikai fittség javítását célzó ismeretanyag átadása és elsajátítása után a hallgató képessé válhat saját fittségi állapotának felmérésére, a képességek terén megjelenő hiányosságoknak, illetve a fittségi elképzeléseknek megfelelően egy tervezett, eredményeket időhatáron belül garantáló edzésprogram elkészítésére.			

Ismeretkörök : (heti bontásban)

1. A fittségi állapot fejlesztésének szükségessége
2. Fittségi állapot felmérése
3. Fittségi célok a rizikófaktorok és egyéni elképzelések mentén
4. Fittségi szempontból elsődleges kondicionális képességek – élettani vonatkozások
5. Keringési rendszer által támogatott állóképesség fejlesztése a fittségi célok tükrében
6. Ideg-izom rendszer által támogatott erőfejlesztés a fittségi célok tükrében
7. Mint 6.
8. Izületi mozgáshatár növelése a fittségi célok tükrében
9. Bemelegítés tervezése annak élettani hatásait ismerve
10. Az edzés levezető részének élettanilag megalapozott tervezése
11. Edzéstervezés - periodizáció
12. Pulzusmérés - az edzésintenzitás objektív tervezése
13. A testsúlycsökkentés hosszú távú tervezése
14. A kondicionális képességek fejlesztésére használt edzéseszközök, gyakorlatok ismertetése
15. Mint 14.

Ajánlott tankönyvek, jegyzetek:

Dömötör Edit: Pulzuskontroll –testsúlykontroll, Szakkönyv – Budapest, 2005

Dr. Frenkl Róbert: Élettan, sportélettan

Dr. Kenneth H. Cooper: A tökéletes közérzet programja, Sport – Budapest, 1990

Wolfgang Miessner: Edzés gépeken, Cser – Budapest, 2004

Tanszékvezető aláírása:**A tárgy oktatójának aláírása:**

13.4 Mélyinterjú – alkalmazott szempontsor

A fizikai fittség fejlesztését megalapozó ismeretek forrásait, valamint az aktivitás rendszerességének fenntartásához szükséges motiváció eredetét kívánom feltárni és tisztázni.

1. Mikor végezte a kurzust?
 - a. Neme, kurzus teljesítésekor betöltött életév, kar, szak...
2. A kurzus befejezése óta van-e érezhető változás életvezetésében, sportolási gyakorlatában?
 - a. Ha nem, mi az oka a változatlanságnak?
 - b. Ha igen, miben nyilvánul ez meg?
 - i. Használta-e a kurzus alatt elkészített edzéstervét?
 - ii. Ismeretei elég élők-e ahhoz, hogy edzéstervét jelen állapotához aktualizálja?
 - iii. Honnan vár esetlegesen segítséget?
3. Fittségének fejlesztését megalapozó egészségtudatában történt-e változás?
 - a. Amennyiben igen, az mennyire eredeztethető a látogatott kurzusra?
 - b. A kurzus ideje alatt használt-e egyéb forrásokat tudása fejlesztésére?
 - i. Ezen források megválasztásában befolyásoló tényező volt-e a kurzus által továbbított ismeret?
4. A kurzus hatására nőtt-e a motivációja fittsége fejlesztésére?
 - a. Mik azok a motívumok, amelyek előre lendítik fizikai aktivitásában, s ezek közül melyek erősödtek a kurzus hatására?
5. Összességében milyen hatással volt önre a kurzus?

13.5 Fittségi állapotfelmérés

A három érték együttesen utal a túlsúlyra. Ha mindhárom érték a túlsúly irányában mozdul el, akkor mondhatjuk, hogy az egyén valóban súlyfelesleggel bír.

Testsúly		
Testmagasság		
Derék		
Csípő		
ÁLLÓKÉPESEG TESZTELÉSE		
P1		Eredmények: 6-9,9 kitűnő 10-12 nagyon jó 12-14 jó 14-16 közepes +16 rossz
P2		
P3		
$F = \frac{P1+P2+P3-200}{10}$		
ERŐ TESZTELÉSE		
3 fokozatú felülés teszt	Igen nem	Ha nem sikerül, az gyenge törzsizomzatra utal
Guggolás 30mp-ig		20> rossz, 20-24 jó, 30< kitűnő
Fekvőtámasz 20mp-ig		10> rossz, 10-14 jó, 15< kitűnő
HAJLÉKONYSÁG TESZTELÉSE		
Előrehajlás ülésben		
Oldalra hajlás		2cm-nél nagyobb eltérés deformitásra utal
Vállöv teszt	Igen cm	Optimális, ha a kéz éle eléri a falat
Kombinált teszt	Igen nem	Sikertelen gyakorlat a farizom combizmok, illetve a vádli kötöttségére utal
KOORDINÁCIÓ TESZTELÉSE		
Koordinációs teszt		
SZÁRMAZTATOTT ÉRTÉKEK		
FBM(zsirtömeg)		
LBM(zsírmentes testtömeg)	Testsúly-FBM =	
Derék-csípő arány	Derék/csípő =	0,9>megfelelő, 0,9-1,0 rizikófaktor, 1< elhízás
BMI(testtömeg index)	$\frac{\text{Testsúly (kg)}}{\text{Testmagasság}^2(\text{m})}$	20> sovány, 20-25 normál, 25-30 enyhetúlsúly, 30< nagy túlsúly
Testzsír %		10-20 optimális, 21-25 enyhe tulsúly, 25< lhízás
BMR (alapanyagcsere)	$LBM \times 24 =$	
Napi kalóriaszükséglet		