

# Tartalom

## TOVÁBBKÉPZÉS

- Fejleszthető (tervezhető) egészség 2  
Módszertani útmutató egészségtervekhez – II. rész  
*Solymosy József Bonifác, Dr. Kishegyi Júlia*

## FELMÉRÉSEK

- Fiatalok szexuális magatartása – I. rész 12  
Veszélyeztetett korú diákok prevenció igényei és szükségletei  
Iskola – egészségfejlesztés – szexedukáció  
*Dr. Simich Rita, Fábíán Róbert*

- A „Családi életre nevelés” mint kulcsfontosságú, nemzetmentő 16  
nevelési terület tanításának lehetőségei  
szakköri kereteken belül, középiskolás tanulók részére  
*Tamásné Marek Erika, Prof. Dr. Simon Tamás*

- A válasz hatása a gyermekekre és a szülő–gyermek kapcsolatra 22  
*Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD, Nagy Noémi, Szilák Ágnes*

- A sport által egészségfejlesztés gazdasági jelentősége 31  
*Paár Dávid PhD-hallgató*

- Középiskolás fiatalok sportolási szokásai 38  
szociodemográfiai tényezők tükrében  
*Bollók Sándor PhD-hallgató, Takács Johanna PhD-hallgató*

## RECENZÍÓ

- Dr. Decastello Alice: Mediáció az egészségügyben 47  
*Prof. Dr. Schmidt Péter*

## KITÜNTETÉS

- Prof. Dr. Schmidt Péter Batthyány–Strattman-díja 48

## AZ EGÉSZSÉG ÜGYE ANNO ÉS MOST

- Amikor már nagy a baj – Mentők Budapesten 49  
*Bilics Edit, Solymosy József Bonifác*

Health  
Development

# EGÉSZSÉG- FEJLESZTÉS

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet folyóirata.

A lap alapítói: prof. dr. Métényi János,  
prof. dr. Vilmon Gyula

A szerkesztőbizottság tagjai:  
prof. dr. Balázs Péter,  
dr. Gyárfás Iván, prof. dr. Hollán Zsuzsa,  
dr. Kovács Attila, prof. dr. Molnár Péter,  
prof. dr. Simon Tamás

Főszerkesztő: Gábor Edina

Felelős szerkesztő:  
prof. dr. Simon Tamás

Vezető szerkesztő:  
Balogh-Háromszéki Zsuzsanna

Szerkesztőség: OEFI,  
1096 Budapest, Nagyváradi tér 2.  
Levelezési cím: 1437 Budapest, Pf. 839/3.  
Telefon: (1) 428-8272.  
Fax: (1) 428-8273.  
E-mail: titkarsag@oeffi.antsz.hu  
Honlap: www.oeffi.hu

Kiadja:  
az Országos Egészségfejlesztési Intézet.

Terjeszti:  
előfizetésben a Magyar Posta Rt.  
Hírlap Üzletága,  
1080 Budapest, Orczy tér 1.  
Előfizethető valamennyi postán,  
a kézbesítőknél,  
e-mailen: hirlapelofizetes@posta.hu,  
faxon: 303-3440.

További információ: 06-80-444-444  
Megjelenik kéthavonta.

Egy példány ára 2000 Ft.  
Előfizetési díj egy évre 12 000 Ft,  
fél évre 6000 Ft.  
Index: 25 214, ISSN 1786-2434

Tipográfia és tördelés:  
Reneszánsz Tipográfiai Műhely  
Nyomdai munkálatok:  
Porszinter Nyomda  
1033 Budapest, Benedek Elek u. 1–3.



# Fejleszthető (tervezhető) egészség

## Módszertani útmutató egészségtervekhez – II. rész

Solymosy József Bonifác főigazgató-helyettes<sup>1</sup>,  
Dr. Kishegyi Júlia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Országos Egészségfejlesztési Intézet

### V. Az egészségterv, mint ciklikus működési mód

Az egészségterv működésének előfeltételei:

- az együttműködésre való közösségi igény,
- a problémák detektálási és kommunikálási képességeinek fejlettsége,
- a folyamatos és ciklikus a működtetésre való szakmai kompetencia (tervezés, megvalósítás, értékelés),
- társadalmi támogatottság.

Az egészségtervek ciklikus működési módja olyan társadalmi gyakorlat, amely a problémák megoldása során az autonóm módon szerveződő közösségekre épít, önbizalmat ad és cselekvési lehetőséget biztosít. Az ilyen közösségek kialakulása nem csupán eszmei jelentőségű. A saját problémáik megoldásában aktívan résztvevő közösségek erőforrásként kezelhetők – létük egyúttal a céljaik eléréséhez szükséges eszközöket is biztosítja.

A jól működő egészségterv egyfelől kielégíti a szintér szereplőinek igényeit, másfelől újabbakat is generál. Az előző ciklus tapasztalatai és az újabb igények körvonalazzák a folytatást, az újabb ciklus indítását.

Az a célravezető, ha a szintér összes szereplőjét magába foglaló egészségforum (pl. a falugyűlés, állománygyűlés, tantesületi ülés összekapcsolva a diákönkormányzattal és a szülői munkaközösséggel) határozza meg az egészség szempontjából legfontosabb problémákat, részt vesz a tervezés, a megvalósítás és az értékelés fázisaiban. Egy nagy csoport hatékony működése/működtetése önmagában is tanulási folyamat, amely alapos előkészítést, tetemes háttérmunkát igényel.

Ennek a háttérmunkának a letéteményese a partnerségi csoport (vagy egészségkoalíció). Több funkciója/munkacsoportja lehet, lényeges, hogy a tervezést, a kommunikációt, a technikai előkészítést, az operatív megvalósítást és a monitorozást transzparens módon megvalósítsa.

A partnerségi csoport tagjainak nem kell feltétlenül minden szakterületről információval rendelkezniük, ezeket egy szakmai grémiumtól is átvehetik. Tagjait az önkéntesség elvét megtartva

nemcsak az adott szintér állandó szereplői delegálják, hanem mindazon „stakeholderek”, akik érdeklődésükkel, pozíciójuknál és/vagy érdekeik mentén a szintérrel kapcsolatban állnak.

Az egészségforum által elfogadott cselekvési terv lesz az a tevékenységcsokor, amelyet a közösség a szintéren megvalósít.

### VI. Az egészségterv, mint dokumentum

Az alábbiakban az egészségterv öt lényegi fejezetét (*Állapotleírás, Problématérkép, Stratégia, Cselekvési terv, Visszacsatolás*) tekintjük át.

#### 1. Állapotleírás

Az egészségterv, mint minden stratégiai terv, az állapotleírással kezdődik, amelynek alapvető elemei minden szervezet íróasztalfiókjában, éves jelentésében, a *KSH* és az *ÁNTSZ* dokumentumaiban könnyen megtalálhatóak. Azokat a szempontokat, amelyekkel a szintér állapotát jellemezzük, érdemes az egészséget befolyásoló tényezők köré csoportosítani és segítségükkel az egészség előfeltételeinek meglétét/hiányát bemutatni.

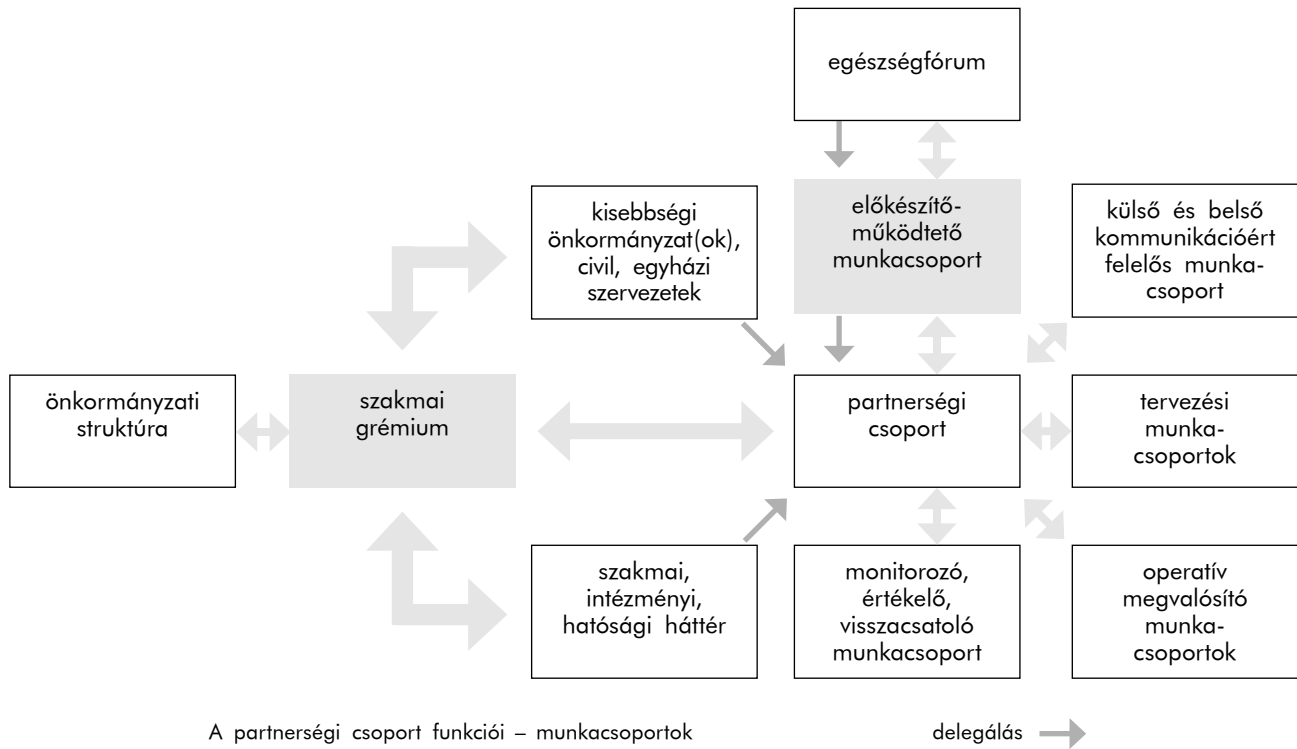
Amikor az állapotleírást készítjük, nemcsak a szinteret jellemző átlagok fontosak számunkra, hanem az átlagtól való eltérés, illetve ezek időbeli alakulása is lényeges. Ennek oka, hogy az egészségtervvel nem egyszerűen a szintér átlagát szeretnénk javítani, hanem a szintéren belüli egyenlőtlenségeket is mérsékelni kívánjuk. Ezért fontos, hogy az általunk fellelt statisztikákat leírásokat ne egyszerűen átmásoljuk, hanem értelmezzük is.

#### 2. Problématérkép

A problémák megfogalmazása önmagában is közelebb visz a probléma megoldásához. A szintér szereplői, mint a kompetenciájukba tartozó problémák „tulajdonosai”, motiváltak a megoldás keresésében, megvalósításában.

*A tanulmány egy két részből álló cikksorozat második darabja. Az első részt 2010/5–6. lapszámunkban olvashatták.*

1. ábra

**Egészségterv (működési mód)**

2. ábra

**Egészségterv**

I. Állapotleírás

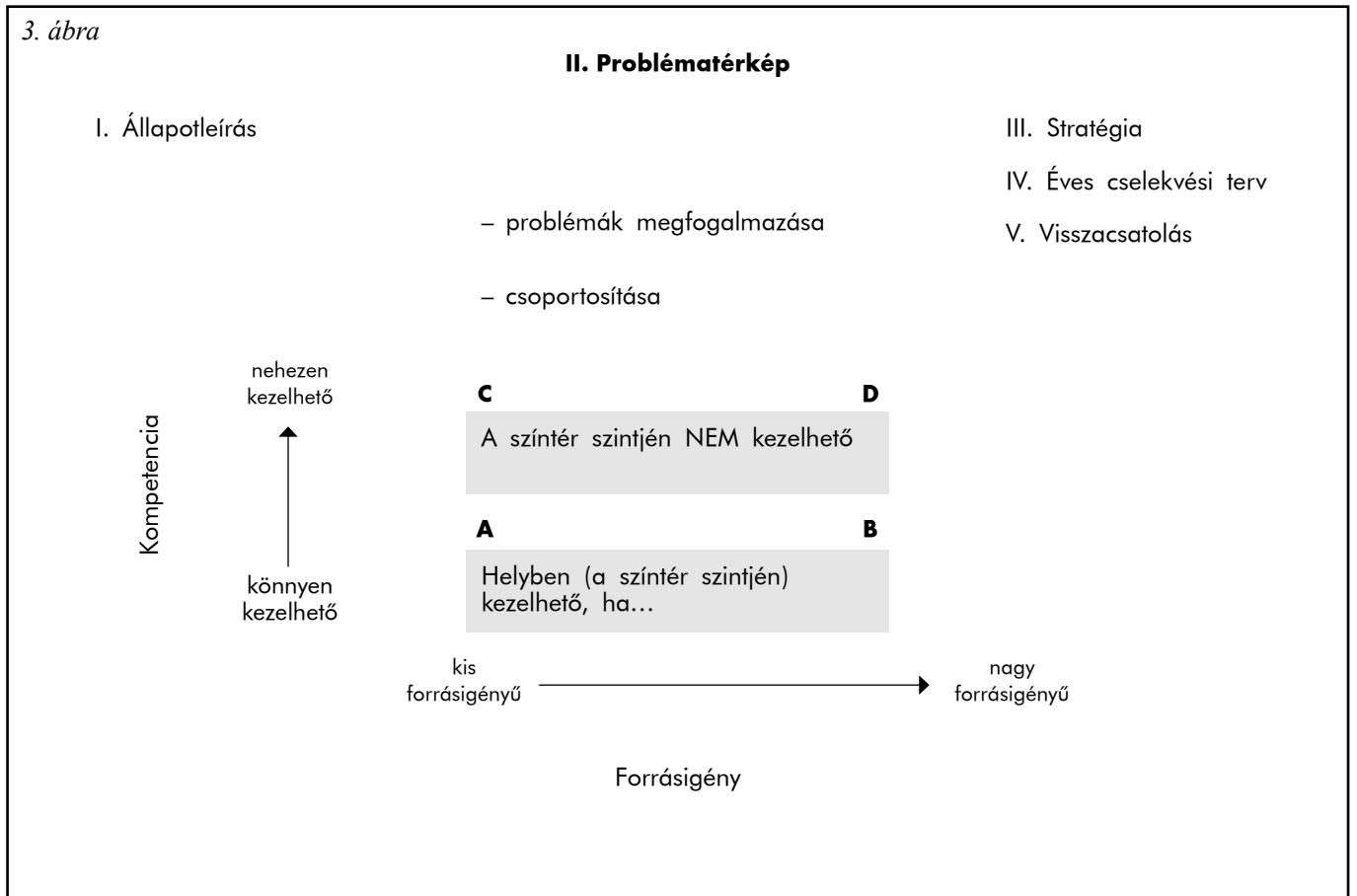
- további fejezetei:
- II. Problématérkép
  - III. Stratégia
  - IV. Éves cselekvési terv
  - V. Visszacsatolás

**A színtér bemutatása**

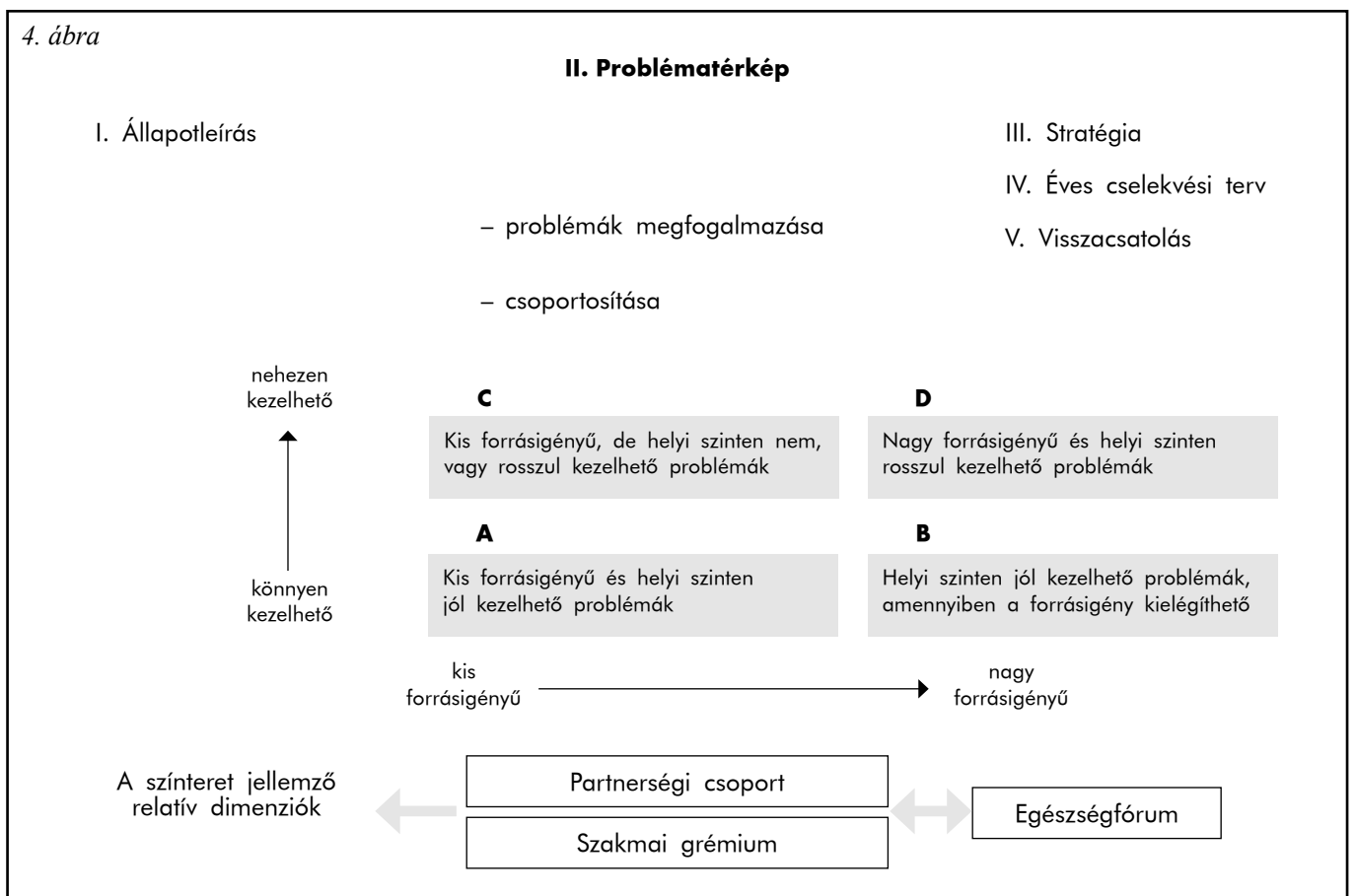
Az egészség előfeltételei

Az egészségi állapotot befolyásoló tényezők

3. ábra



4. ábra



Az egészségforum által készített „laikus” problémagyűjtemény jó kiindulási alap lehet a partnerségi csoport (egészségkoalíció) számára, hogy alapos, megfontolt, közös munkával történő szűrés, értelmezés, kiegészítés során az egészségterv kompetenciájába tartozó problémákat ki tudják gyűjteni. A problémákat el kell különíteni az előfeltételektől és a kockázatoktól, szét kell választani a feltételezésektől, a megoldási javaslatoktól, az utópiáktól és az igény- és/vagy hiányjelenségektől. Az így megszürt problémák többnyire három csoportba sorolhatóak: (1) azonnali beavatkozást igénylők (többnyire az intézményi/hatósági beavatkozáshoz szükséges jelzés lehet a partnerségi csoport feladata); (2) komplex, nagy volumenű, ágazatot érintő problémák (a partnerségi csoport feladata ezek egyértelmű kommunikálása a szintér feletti hierarchikus szervezetnek); (3) jó stratégiával helyben megoldható problémák (ezek képezik a problématerkép elemeit, ezek megoldására fókuszál az egészségterv).

Az egészségterv problémái jelen idejűek, negatív állapotot fejeznek ki. Tényeken és nem feltételezéseken alapulnak, minőségi és mennyiségi jelzőkkel pontosítottak. (Ezek a problémát pontosan körülhatároló jelzők adják majd a cselekvési tervben az indikátorok kiinduló értékét!) Amennyiben a problémák megfogalmazása körültekintően megtörtént, akkor érdemes mindegyiknek külön „címet” adni, így az átfedések, ismétlések elkerülhetőek.

Amikor a problémák címeit csoportosítjuk, összerendezzük, akkor azzal elemzésüket is megkezdtük. Az adott szintér egészségtervének hatáskörébe bevont problémák elemzésekor két relatív, az adott szintér szempontjából értelmezhető tényezőt érdemes megvizsgálni. Az egyik a probléma megoldásához szükséges erőforrások mértéke – ezen értve többek között a szintérre egyedileg jellemző tudást, adottságokat, hagyományokat, emberi erőforrásokat és természetesen pénzügyi erőforrásokat is. Ilyenkor el kell dönteni azt, hogy a probléma megoldásához saját meglévő forrásainkon túlmenően mekkora és milyen típusú külső erőforrásra van szükségünk. A másik szempont, hogy kompetensek vagyunk-e a probléma kezelésére, azaz a szintér lehetőségeihez képest ez a probléma könnyen vagy nehezen kezelhető. Ilyen módon lesznek olyan problémák, amelyek kis forrásigényűek és helyben kezelhetőek (A), illetve nagy forrásigényűek és helyben kezelhetőek (B) (általában erre szolgálnak a pályázati források).

Lesznek olyan problémák, amihez kevés a kompetenciánk (C; D) az általunk vizsgált szintéren nehezen kezelhetőek, viszont magasabb szinten nagy valószínűséggel igen. A mi szintérünkön észlelt, de helyben nem kezelhető problémák megoldása, ha ezeket egy magasabb szintű, nagyobb kompetenciával és több forrással rendelkező szintér felé toljuk tovább, így esély nyílik arra, hogy előbb-utóbb ezek is támogatást kaphassanak.

A problématerkép elkészítése azért is nagyon hasznos, mert a kis forrásigényű és helyi szinten jól kezelhető problémák egy részéről kiderülhet, hogy minden külső forrásigény nélkül, helyben megoldhatóak. (Ezt számtalan, olyan korábbi, pályázaton nem nyert egészségterv is bizonyítja, amely tervezett projektjét mégis megvalósította.) Segít a probléma-

terkép abban is, hogy a problémák kezelésének időbeni sorrendjét kijelölhessük.

A partnerségi csoportoknak a problématerkép összeállításakor meg kell állapodniuk az alapvető elvekben, amelyeket majd a „stratégia” című fejezetben rögzíteniük is kell. Ezek közül talán a legfontosabbak az esélyegyenlőség, a szolidaritás, az emberközpontú szolgáltatási alapállás, az átláthatóság és az elszámoltathatóság. A demokratikus részvételt a partnerségi csoport önmagában biztosítja. A fenntarthatóság záloga egyfelől az igények, a közösségi támogatottság megléte, másfelől a saját források biztosítása.

### 3. Stratégia

*Amikor van jövőképünk, misszióink, ismerjük jelenlegi helyzetünket és szembenéztünk problémáinkkal, akkor a stratégiaépítés, és nem az azonnali problémamegoldás következik.*

A stratégiaépítés vonatkozásában külső és belső körülményeket egyaránt figyelembe kell vennünk. Belső körülményeink erősségeinkből és gyengeségeinkből adódnak. Erősségeink azon sajátosságaink, amelyek alkalmas kitörési pontot jelenthetnek szervezetünk számára a jelen helyzetből egy jobb minőségű jövő felé. Minden szervezetnek vannak gyengeségei is, amelyek kiküszöbölése hozzájárulhat ahhoz, hogy a jövő lehetőségeit ki tudjuk használni. Saját szervezetünk belső környezetén túl a külső környezet is tartogathat számunkra lehetőségeket. (Ilyen például a NFT-ből adódó források megpályázása és stratégiai fejlesztésre való felhasználása.)

A külső környezet természetesen tartalmazhat lehetőségeket, hordozhat veszélyeket is. A kérdés mindig az, hogy a külső környezet megítéléséhez rendelkezünk-e elegendő mennyiségű és megfelelő minőségű információval, ismerettel.

Az egyes kategóriákba (erősségek, gyengeségek, lehetőségek, veszélyek) fontossági sorrend szerint három-négy tényezőnél többet ne tegyünk, a megfogalmazás pontos és rövid legyen. Ugyanaz a tényező ne szerepeljen több különböző kategóriában (ami elég gyakori hiba).

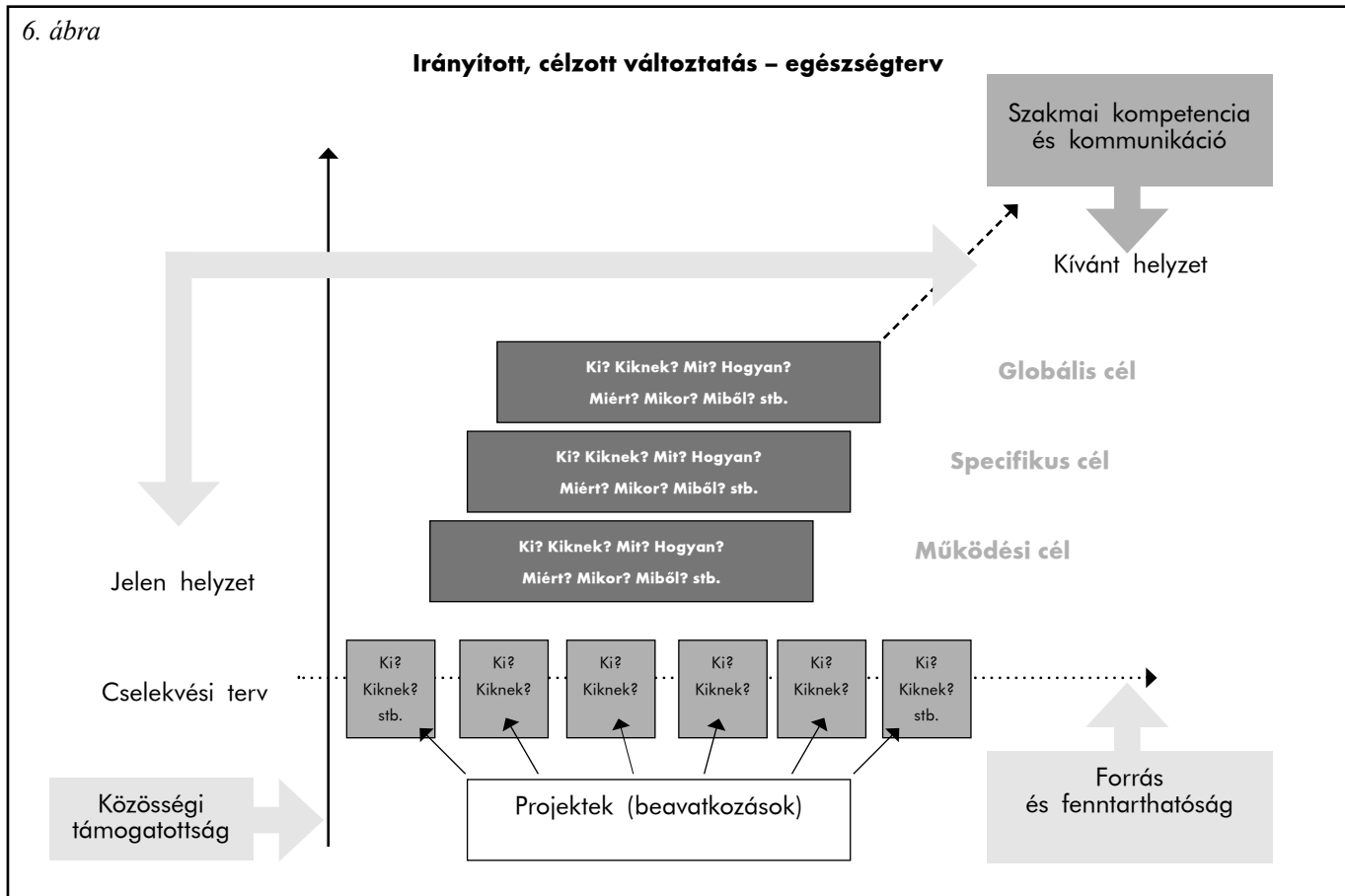
Ilyen módon gondolhatunk szervezetünkre úgy, mint egy „tükörtojásra”, ahol a sárgája jelenti a szervezetet (erősségeinket és gyengeségeinket), míg a fehérje lehetőségeinket és a veszélyeket, amelyek a külső környezet felől érkeznek. A négy kategória átgondolásával a szervezet jelen állapotát mutatjuk be.

A kategóriák elemeinek metszeteiben egyenként kell a megoldási módokat megfogalmaznunk ahhoz, hogy kirajzolódjanak a stratégiai irányok (erősségek és lehetőségek metszete), valamint az operatív, gyors beavatkozást igénylő területek (gyengeségek és veszélyek metszete).

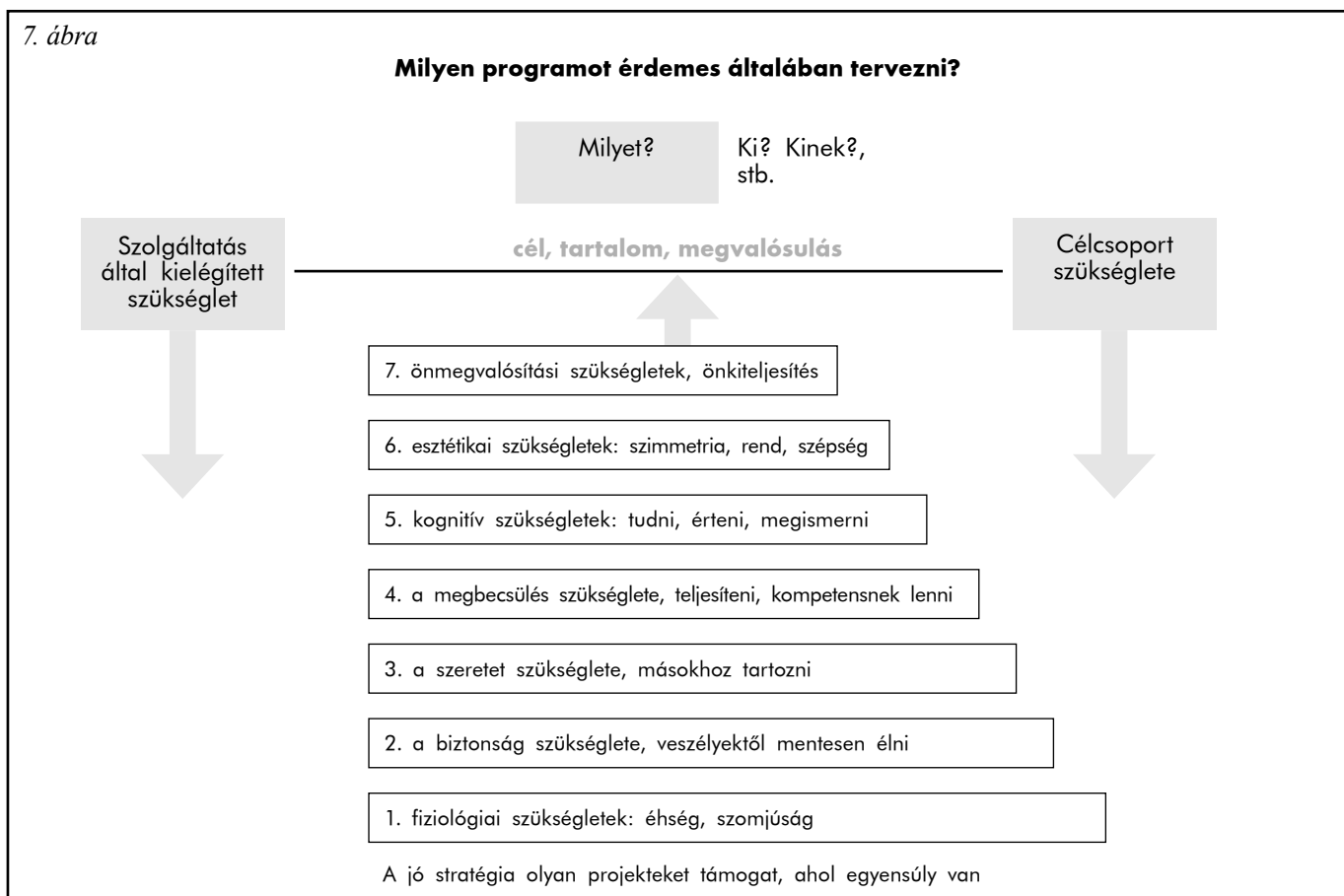
A stratégiai irányok meghatározása után szükséges azon szervezetek és személyek áttekintése, meghatározása amelyek/akik stratégiánkat akár pozitív, akár negatív irányban befolyásolhatják. Ezen befolyásoló a „stakeholder”-ek, s stratégiánkhoz való viszonyulásuk feltérképezése a stakeholder-analízis. A jó analízis lehetővé teszi, hogy a feltérképezett gátló és/vagy közömbös pozíciókra átalakító stratégia születhessen.



6. ábra



7. ábra



8. ábra

**Az indikátorokkal szemben támasztott  
általános követelmények – SMART**

<b>Specific</b>	Mennyiség és minőség tekintetében specifikusak
<b>Measurable</b>	Objektív módon mérhetőek
<b>Achievable</b>	Teljesíthetőek
<b>Relevant</b>	Relevánsak, szelektívek, függetlenek
<b>Time-based</b>	Időhöz kötöttek

ségre, a fenntarthatóságra, a monitorozásra, a hatás- és elégedettségmérésre, valamint arra, hogy a projekt eredményei visszacsatolhatóak legyenek, és a visszacsatolással lehetővé tegyünk az egészségterv ciklikus működését.

A projekt tervezésekor meg kell terveznünk a folyamatot, az eredményt és a hatást – ehhez indikátorokat kell találnunk. Ezeket az indikátorokat úgy kell megválasztani, hogy mind mennyiség, mind minőség tekintetében az általunk tervezett projekttel specifikusak legyenek. Szükség van arra, hogy az általunk kiválasztott indikátorok objektív módon mérhetőek legyenek. Az indikátorban nevesített mennyiségi vagy minőségi jellemzőnek teljesíthetőnek is kell lennie, hiszen ez jelzi, hogy a vállalat sikeres volt-e vagy sem. Az indikátornak relevánsnak is kell lennie, vagyis az általunk választott cél elérésének eredményeként kell megjelennie, s mindezek mellett időhöz kötöttek kell megvalósulnia. Ahogyan a szervezet elemzésekor a „SWOT” betűszót alkalmaztuk, ugyancsak angoltól vettük át a „SMART” rövidítést, amely az indikátorokat jellemzi.

## 5. Visszacsatolás, új ciklus indítása

A visszacsatolás megerősíti a szintér közösségét.

Az elemzés eredményeire alapozva szükséges az állapotleírás finomítani, amelynek hatásait a stratégiában és a cselekvési tervben megfogalmazott célkitűzések módosításával kell érvényesíteni. A szintérprogram készítésének folyamata tehát újraindul. A visszacsatolás lényege, hogy az egészségterv ciklikus működése alapján előkészítsük és megtervezzük az elkövetkezendő év tevékenységeit és projektjeit. A visszacsatolás minden résztvevő számára fontos – amennyiben pályázati forrást használtunk, úgy kötelező is. A forrásokkal való elszámolás és a program eredményeinek bemutatása szorosan hozzátartozik a jövőbeli működés megalapozásához.

A mennyiségi és minőségi indikátorok teljesülése mellett számtalan tapasztalatra teszünk szert, amelyek segítségével

mind a tervezés, mind a megvalósítás során eredményesebbek lehetünk.

A visszacsatolás részben kiterjesztést is jelent, hiszen a sikeres projekt eredménye más szinterek számára is jól hasznosítható tapasztalat. A sikeresen megvalósított projektek intézményesülését segíti, ha a különböző ágazati szakpolitikák az elért eredményeket figyelembe veszik, legyen az helyi rendelet vagy törvényalkotás, -módosítás.

A visszacsatolás a minőség fejlesztését megalapozó tevékenység, amelynek során a kezdetekkor rögzített elvek megvalósulását is vizsgáljuk.

## VII. Kezdetek: hogyan és mit, hol és miért?

Az egészségterv elkészítése komplex tervezési és jelentős közösségfejlesztési folyamat, megvalósítása pedig egy olyan ciklikus folyamat, ahol az újabb és újabb igények egyre komplexebb eseményeket, tevékenységeket indítanak el.

A tervezés, a megvalósítás és az értékelés minden egyes lényegi fázisát a célcsoporttal szoros együttműködésben érdemes megvalósítani, mert így nemcsak a rövidtávú közösségi részvételt, de a hosszútávú fenntarthatóságot is biztosíthatjuk.

Hogy mit és miért fejlesszünk, az minden szintéren az előfeltételek vizsgálatából következhet.

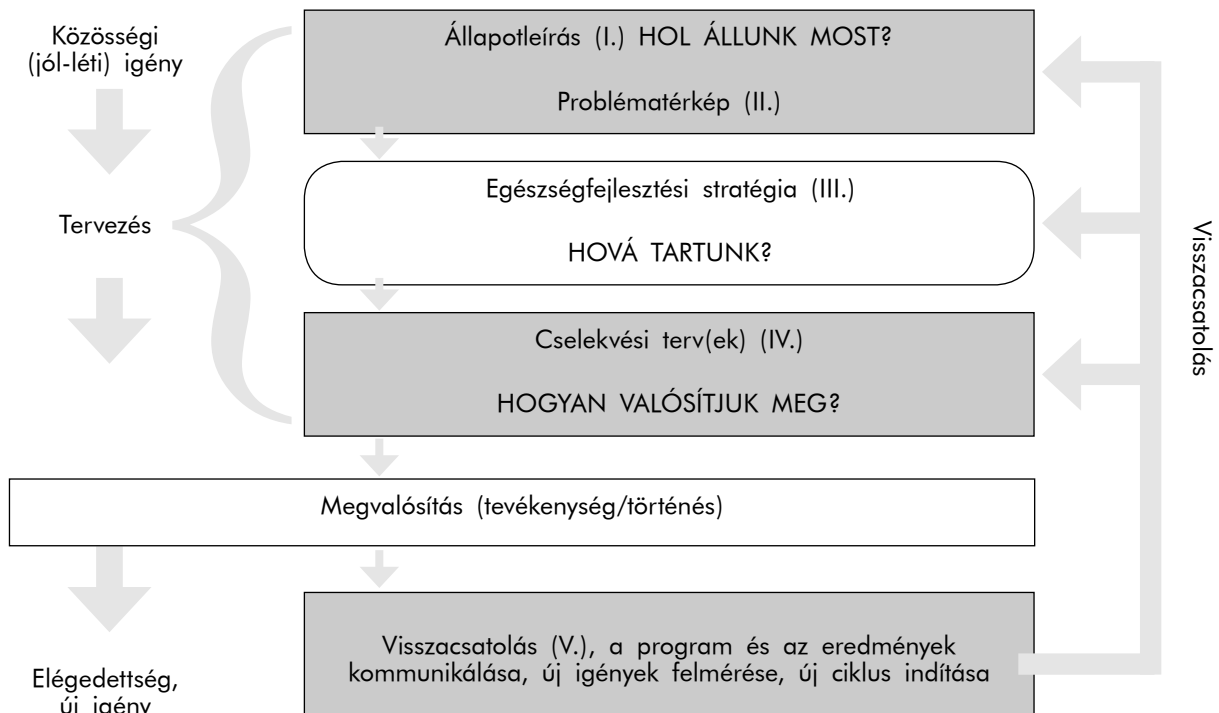
Ez a tízfokú skála a egészségtervet már megvalósító szinterek tapasztalatai alapján alakult ki. Mivel az egyedi eltérések jelentősek, idődimenziót nem tartalmaz.

## VIII. Pályázati háromszögek

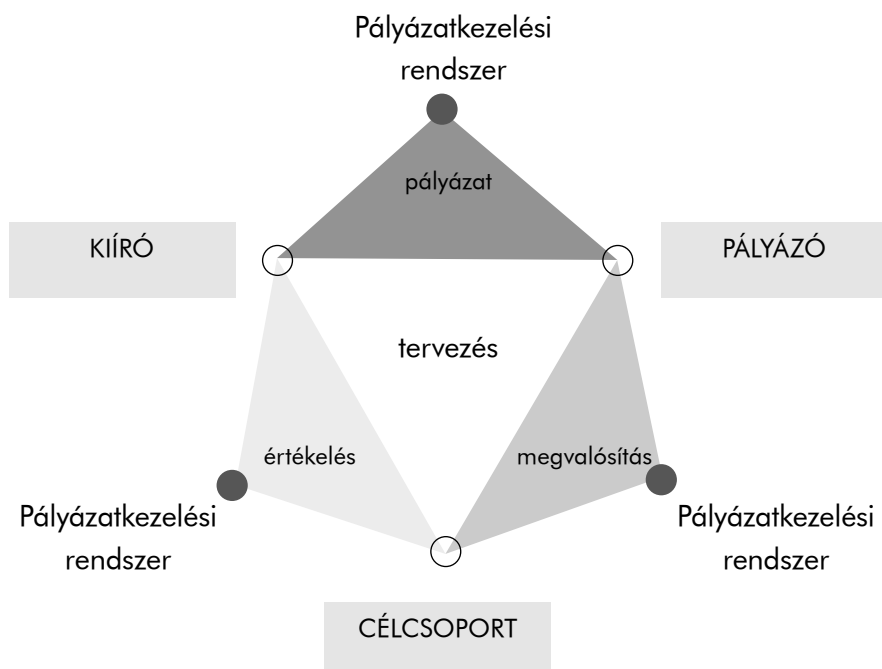
Amennyiben a fejlesztéshez szükséges anyagi források egy részét pályázati rendszerben akarjuk elérni, úgy a kiíró tartalmi és a pályázati rendszert működtető formai elvárásainak is meg kell felelni. Így a kétszereplős szolgáltató–célcsoport sablon – pályázat esetén – kiegészül még két szereplővel, és a szolgáltató szerepe kiegészül a pályázói funkcióval.



9. ábra

**Visszacsatolás a program szempontjából**

10. ábra

**Pályázati háromszögek**

Pályázni akkor érdemes, ha a pályázó intézmény/szervezet saját globális és specifikus céljai nagymértékben megfelelnek a pályázati kiírás globális és specifikus céljainak.

*A pályázat többnyire terv bemutatása, amely a megvalósítási és értékelési tevékenységre is utal. A bemutatás – „tálatás” – a gyakorlat és jártasság mértékében fejleszthető. Az, hogy mit „fűzünk”, a célcsoport és a szakmai megvalósító közös ügye, a szakmai programterv. A pályázat elbírálásakor nem önmagában a szakmai programtervet bírálják, hanem a „tálatás módját” is.*

Nyilvánvaló, hogy a háromszögekkel modellezett pályázati rendszerben szerepenként, nézőpontként különböző tevékenységek kapnak hangsúlyt, és azonos elnevezésű tevékenységek is kaphatnak különböző tartalmakat. Ezeket érdemes áttekinteni a célcsoport, a pályázó, a kiíró és a pályázatkezelési rendszer szempontjából is.

## IX. Közösségi szinterekre irányuló, támogatásra érdemes programok

A szintéren megvalósuló vagy megvalósítani tervezett program önmagában nem értelmezhető, hiszen jelentősen függ – többek között – az adott szintér fejlettségi állapotától, adottságaitól, normáitól és korábbi közösségi gyakorlatától.

A szintereken megvalósuló egészségfejlesztési tevékenységek közül különös figyelmet és támogatást érdemelnek azok, amelyek:

- az egyes életkori csoportok egészségének fejlesztésére irányulnak, mindeközben olyan módszereket alkalmaznak, amelyek jól illeszkednek a szintér sajátosságaihoz, illetve kiaknázzák az e sajátosságokban rejlő lehetőségeket;
- maguk kezdeményezte programokkal kívánják szűkebb-tágabb környezetükben az egészségfejlesztés érdekében tevékenykedni;
- e közösségi szintereken folyó tevékenységek közül különösen eredményesnek, modellértékűnek bizonyulnak;
- a szintérben rejlő lehetőségeket erőforrásként kezelik és ekként hasznosítják azokat;
- olyan öfenntartó folyamatokat indítanak el, amelyek hatásai hosszú távon is, illetve külső támogatás nélkül is életképesnek bizonyulnak.

Az egészségfejlesztési elvek meglétének vizsgálata támpontot nyújthat – többek között – egy egészségterv megvalósításának eldöntéséhez. Ezek olyan általános elvek, amelyek egy konkrét program vizsgálata során is tájékoztatást ad(hat)nak annak eldöntéséhez, hogy milyen fejlesztési lehetőségek, irányok mentén érdemes folytatni, megvalósítani a szintér egészségfejlesztési programját.

Az átfogó értékelés szempontjából az alapelvek az egészség pozitív és átfogó megítélésén alapulnak, figyelembe veszik az egészséget, az egészség előfeltételeit és meghatározó tényezőit, figyelembe veszik és értékékként kezelik az érintettek részvételét és az egészségi állapotban is meglévő egyenlőtlenségek csökkentését.

Az előkészítés és tervezés módszertanában tényeken alapuló egészségfejlesztési célokat fogalmazznak meg, amelyek eléréséhez megfelelő módszertant is bemutatnak.

A megvalósítás minden lényegi elemre kiterjed; a monitorozás és az értékelés szakszerű módszertanon alapul, biztosítva a visszacsatolás lehetőségét.

Amikor a projektet a minőségi kritériumok alapján értékeljük, akkor újra és újra végiggondoljuk, hogy a projekt eredményei között szerepel-e ismeret, tudás, önbecsülés vagy a helyi demokrácia működtetésének javulása, az egyéni és a közösségi kapacitások növelése, s sikerült-e mérsékelni az egészségi állapot egyenlőtlenségeit.

## X. Zárászó helyett

Néhány egyszómondatos megfogalmazás az egészségterv lényegéről (egy 2007-es *OEFI*-tréning résztvevőitől):

- „*Kell egy csapat. Egyedül nem megy. A tervezést is meg kell tervezni.*”
- „*Ne a gombhoz varrjunk télikabátot!*”
- „*Közösségi felhatalmazás nélkül nem érdemes belekezdeni.*”
- „*Sokat kell beszélgetni az emberekkel.*”
- „*Meg kell tanulunk közösen működni. Az igény felkelése az igazi szakmai kihívás.*”
- „*Közös a siker öröme és közös a kudarc felelőssége.*”
- „*Mindenki annyit tud kivenni magának, amennyit beletett.*”
- „*Végre közösséggé formálódunk.*”
- „*Több lett a mosolygós arc körülöttem.*”

## Összefoglalás

A *Fejleszthető (tervezhető) egészség* című tanulmány a szintereken folyó egészségfejlesztési tevékenység elméleti és gyakorlati megvalósításának összefoglalója. Bemutatja, hogy az egészség ügyének szolgálatában, az egészségterv módszertanának használatával hogyan valósítható meg a szubszidiaritás. Az egészségterv áttekintése három szempontból – mint dokumentum, mint működési mód és mint fejlesztési folyamat – történik.

A tanulmány célja, hogy koherens fogalmi keretek között segítse a *TÁMOP*-forrásokra pályázókat, valamint azokat, akik kistérségi szintű egészségtervezésre is gondolnak. Ezért kitér a szintereken folyó egészségfejlesztési programok általános minőségi kritériumaira, valamint a pályázati szereplők és érdekek bemutatására is. Külön fejezetben tárgyalja a kezdeteket, azt, hogy egy szintéren milyen előfeltételek mentén milyen fejlesztési célokat érdemes kitűzni.

Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* reményei szerint a tanulmányban bemutatott egészségterv-módszertan hozzájárul ahhoz, hogy a meglévő, mintaértékű kezdeményezések és helyi akciók vektorai összeadódjanak és egy irányba mutassanak: a lakosság egészségi állapotának javulása, a társadalmi versenyképesség fokozása felé.

## Summary

The essay „*Health that Can Be Developed (Planned)*” is a theoretical and practical implementation summary

## 1. táblázat

## Fejlesztési célok és előfeltételek

	Mit kell fejleszteni?	Minek érdekében kell fejleszteni?	Előfeltétel
1.	Intézményi hálózat és szakmai humán háttér	Alapellátás, ÁNTSZ-munkatársak, védőnők és polgármesterek, jegyzők, helyi civilek kapcsolatának erősítése	Forrás, tematika, fórumok optimális részvétellel, közösségi tér
2.	Helyi, települési humán-erőforrás	A közösségfejlesztés előfeltételeinek megteremtésére	Igényfelkeltés, az értékek hierarchiájának detektálása, a közösségi együttlétre fordítható egyéni idő
3.	Közösségek	A szükségletek felismerése és megfogalmazása	Közösségi részvételi szándék
4.	Helyi tervezési képességek	Az egészségterv elkészítése a szintereken	Közösségi támogatottságú célhierarchia
5.	Egészségtervek megvalósítása	A helyi közösségi kohézió javítása	Partnerség–koalíció folyamatos működése, problématerkép, cselekvési terv
6.	Egyéni ismeret, tudásszint, attitűd	A kockázatok elkerülése, megelőzése és kezelése	Ismeret- és attitűdmérési technikák
7.	Közösségi kohézió	Életmódváltozás közösségi minták alapján	Programok, tevékenységek igény szerinti kínálati oldala
8.	Életmódváltozás közösségi minták alapján	Az egészségi állapot javulása, térségi egészségtervek megvalósulása	A szubjektív egészségállapot-besorolás éves mérése
9.	Az egészségi állapot javulása, térségi egészségtervek elterjedése	Egyéni munkavégzőképesség, foglalkoztathatóság, koordinált térségi fejlesztések lakossági összefogással	A helyi egészségtervekre épülő kistérségi és régiós egészségtervek
10.	Munkavégzőképesség, foglalkoztathatóság	A társadalmi egyenlőtlenségek csökkentése, a versenyképesség növelése	A jó gyakorlatok intézményesülése

of health promotion activity in settings. It describes how subsidiarity can be implemented in the interest of health, applying the methodology of health plans. Health plans are reviewed from three aspects: from the aspect of a document, a mode of operation and a development process.

The aim of the essay is to help *TÁMOP* applicants and those who also pay attention to micro regional health planning, in a coherent conceptual framework. Thus, it mentions the general quality criteria of health promotion program-

mes in settings and it presents participants of applications and the applicants' interests. A separate chapter describes the beginnings and it details what kind of development aims are worth to set in different settings and within different pre-conditions. The *National Institute for Health Development* hopes that the health plan presented in this essay will cumulate the effects of the various promising practices and local initiatives on improving the health status of the population and enhancing social competitiveness.

## IRODALOM

1. *Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai)*. Egészségfejlesztési módszertani füzetek (1), Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004.
2. *Egészségfejlesztés a szintereken*. Egészségfejlesztési módszertani füzetek (3), Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004.
3. Dr. Füzési Zsuzsa–Dr. Tistyán László: *Egészségfejlesztés és közösségfejlesztés a szintereken*. Egészségfejlesztési módszertani füzetek (4), Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004.
4. Vercseg Ilona: *Legalábbennyit a közösségfejlesztésről*. Egészségfejlesztési módszertani füzetek (5), Országos Egészségfejlesztési Intézet, 2004.
5. Kósa Karolina: „Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés?” In: *Népegészségügy*. Az Egészségügyi Minisztérium tudományos és egészségpolitikai folyóirata, 88. évfolyam, 1. szám

# Fiatalok szexuális magatartása – I. rész

## Veszélyeztetett korú diákok prevenciós igényei és szükségletei

### Iskola – egészségfejlesztés – szexedukáció

Dr. Simich Rita<sup>1</sup>,  
Fábián Róbert<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Országos Egészségfejlesztési Intézet

<sup>2</sup>Nemzeti Drogmegelőzési Intézet

*„A kiegyensúlyozottan, egészségesen fejlődő személyiségű egyén nem igényel pótcselekvéseket. Kielégítő nemi élete hozzájárul ahhoz, hogy ne tévutakon keresse feszültségeinek oldását, nem kell jó útra téríteni, hiszen jó úton jár.”*

#### Bevezetés

Az Egészségügyi Minisztérium támogatásával, az Országos Egészségfejlesztési Intézet szervezésében, a „Véleménypiac” Társadalomkutató Bt. lebonyolításában, a most zárult tanévben folytatott vizsgálat célja a veszélyeztetett korban élő diákok egészségtudatosságának, ismereteinek és attitűdjeinek, valamint a befogadó iskolák igazgatói és testülete ítéleteinek megismerése volt az iskolai szexedukációról.

A tanulmány 3300 diák és közel ezer pedagógus körében készült kérdőíves adatfelvétel legfontosabb tapasztalatait tartalmazza.

Elegendő-e a fiatalok tudása éppen abban a korban, amikor érdeklődésük középpontjában a társas kapcsolatok, a szexualitás állnak? Kellően felkészültek-e egészségük megőrzésére, a számtalan veszéllyel és esetleg egy hibás döntés miatt súlyos következményekkel járó eseményre, a szexuális kapcsolatok megkezdésére?

A 14 évesek 7–20%-a már nyolcadikos korában, vagy akár azt megelőző életkorban túlesik azon az eseményen, amelyhez fizikai, szellemi érettség egyaránt szükséges. A harmonikus szexualitás az életminőséget alapvetően meghatározza, ehhez tanult, elsajátított képességek és készségek szükségesek. Az iskola és a pedagógusok mit tesznek hozzá, pótolják vagy kiegészítik-e a családi nevelést? Kontrollálják-e a szexedukációs igényeket és szükségleteket, vagy kizárólag a kötelező tananyag esetleges elolvasása szolgálja ezt a célt?

Ezekre a kérdésekre is választ kapunk a gyorsjelentésből.

#### Az iskolai szexedukáció

Az iskolai szexualitással kapcsolatos megelőző tevékenység – nevezzük szűkebb értelemben szexedukációnak,

vagyis olyan folyamatnak, amelyben a pszichoszexuális fejlettséghez szükséges készségek, képességek és ismeretek átadása direkt módon és intézményes keretek között történik – áttekintése több okból is aktuális.

1. Az AIDS visszaszorítása érdekében elfogadott *Nemzeti Stratégia* immár sok éve „állami-társadalmi” feladatként jelöli meg a szexuális úton terjedő betegségek magatartási kockázatainak csökkentését, elsősorban az iskolai prevenciós eszközeivel. Ennek teljesítéséhez feladatként határozza meg a prevenciós programok elterjesztését az általános és középiskolákban.

2. A *Népegészségügyi Program* szintjén megfogalmazott szükséglet, amely szerint az abortuszok számának csökkentése, a csecsemőhalandóság visszaszorítása, a szexuális úton terjedő betegségek számának radikális csökkentése – az egészségkárosító magatartásformák csökkenésével együtt – a lakosság egészségi állapotának jelentős indikátorra Magyarországon.

3. Különböző ideológiák mentén, de társadalmi szinten fogalmazódik meg az igény arra, hogy a felnövő nemzedék tagjai egészségesebb családi környezetben éljenek, amelyhez a válások, az egyszülős háztartások számának csökkenése vezet. Általános az aggodalom a népesség drasztikus csökkenése, a születések alacsony száma miatt, amelyet sokan az uralkodó erkölcsi normák megváltoztatásával, a tudatosabb családtervezéssel kívánnak elérni. Ennek alapja a felnövő generáció pszichoszexuális érettségének intézményes segítése – vagyis az eredményes szexedukáció.

A szakirodalom ismeretének birtokában világosan megfogalmazható az, hogy a pszichoszexuális fejlődés a csecsemőkortól az ifjúkorig töretlenül tart és elválaszthatatlan a személyiségfejlődéstől, annak egy eleme. A tanulmány

*A tanulmány egy három részből álló kutatási beszámoló első darabja. A következő részt 2011/3. lapszámunkban olvashatják.*

mottójában is szerepel az a megállapítás, hogy az egészséges személyiségfejlődés eredménye az egészséges, érett szexuális magatartás. Az egészséges személyiségfejlődéshez pedig hozzátartozik a szükséges készségek és képességek elsajátítása, a tudatos életvitelhez szükséges ismeretek megszerzésével együtt. Az intézményes nevelés, az óvodai, iskolai életszakasz ugyan relatívan hosszú, de nyilván nem kizárólagos és egyedül meghatározó nevelési forma. A pszichológusok és szexológusok egyaránt döntő jelentőségűnek látják a csecsemő- és kisgyermekkor történéseit, a szülők – elsősorban az anya – szerepét, viselkedését, miközben a későbbi életszakaszokban az oktatási intézmények fontos szerepét és feladatát is vallják. Ezt a feladatot komplex módon értelmezik, vagyis az ismeretek növelése mellett a fiatalok személyiségfejlődésében – a készségek és képességek kifejlesztésében is – intézményes feladatot látnak.

## Hazai tapasztalatok

A komplex személyiségfejlesztés esélye az iskolákban rendkívül differenciált – elsősorban iskolatípusonként csoportosítható. A pedagógusok tudják, hogy az oktató és a nevelő munka egyaránt szükséges feladatuk, de úgy vélik, hogy az iskola legfőbb feladata az oktatás, az ismeretek átadása – a nevelés kiegészítő tevékenység. Elsősorban a községekben tanító általános iskolai pedagógusok véleménye egységes annyiban, hogy jelentősen megnőtt pedagógiai-nevelési terhelésük, hiszen a gyerekek úgy érkeznek az iskolába, hogy a legalapvetőbb szabályokkal sincsenek tisztában. Képtelenek a fegyelemre, nem ismerik a közösségi szabályokat. Emiatt addig nem indulhat el a szakmai munka, amíg nem tanulják meg a viselkedési szabályokat, nem alakulnak ki a közösségi normák. A családi környezet konfliktusai miatt egyre többen az iskolai időszak végéig problémát jelentenek viselkedésükkel, emiatt a tanárok gyakran érzik magukat eszköztelennek. A középiskolák között – bár egyetértés van a szakmai munka elsődlegességében – különbségek láthatók az elit-gimnáziumok és a szakközépiskolák között. Ennek oka az, hogy a gimnáziumokban céltudatosabb, jobb családi háttérrel rendelkező, kedvezőbb szociokulturális közegből érkezett fiatalok tanulnak, míg a szakmunkásképzőkben és a szakközépiskolákban gyakran fontosabb és aktuálisabb a rend és a fegyelem megteremtése, a közösségi normák kialakítása és készségszintre való emelése (valójában állandó fegyelmezési gondok kísérik végig a tanéveket), mint a szakmai – elsősorban a humán – tárgyak oktatása, ami viszont a szexedukáció lehetőségét jelentősen korlátozza. Vagyis sem a tanítás, sem a nevelés nem mondható ideálisnak.

Azt látjuk, hogy a komplex társadalmi előnyök és hátrányok az iskolai szexedukációban is éppúgy jelentkeznek, ahogyan az élet minden területén. A leginkább szükségletekkel jellemezhető fiatalok azokban az iskolákban tanulnak, ahol sem a nevelés, sem az oktatás nem mondható ideálisnak, míg a megfelelő családi háttérben szocializálódó fiataloknak van esélye az ideálisabb iskolai szexedukációra – az egyéni és csoportos képesség- és készségfejlesztésre, a szükséges ismeretek megszerzésére. Mindezekből következik,

hogy komplex egészségfejlesztésre elsősorban azokban az iskolákban tanulónak van esélyük, akik a legkevésbé szorulnak rá, s azoknak van égető szükségük, amelyek kedvezőtlen működési feltételek között, deficitese családi háttérrel rendelkező diákokat oktatnak, vagy a munkaerőpiacon kedvezőtlen helyzetű szakmákra képeznek fiatalokat.

Ami az ismeretek átadását illeti, más jellegű vizsgálatainkból tudjuk, hogy a diákok érdeklődésének középpontjában áll a szexualitás, hiányos, sokszor téves ismereteiket mégis elegendőnek ítélik. A pedagógusok szerint a diákok 14 éves korukra már rendelkeznek a legfontosabb ismeretekkel: a nemi szervek felépítésével és működésével, a hormonális és idegrendszeri sajátosságokkal, de sokkal kevésbé, vagy egyáltalán nem a fogamzás természetes módjával, a fogamzásgátlással és a szexuális úton terjedő betegségekkel.

A humán tárgyak óraszámát a tanárok kevésnek tartják, ráadásul az alaptanterv sem tartalmazza azokat a szükséges ismereteket, amelyek a szexedukáció tárgyaéhoz köthetők, emiatt a tanár döntésére van bízva, milyen időtartamban, milyen tematikát alkalmazva foglalkozik az emberi szexualitással. A pedagógusok eszközei megfelelőnek mondhatók. Akkreditált tanárképző programok elvégzésével bővíthetik eszközeiket és ismereteiket, számtalan komplex egészségfejlesztési és szexedukációs program közül választhatnak, s segítséget kaphatnak az iskola-egészségügyi dolgozóktól is. Az ismeretek növelésének legfőbb akadálya az időhiány. A tantárgyakban – időnként keresztntantervi formában is – fellelhető, szexualitáshoz kapcsolódó tananyagot elegendőnek ítélik, s tartalmát is jónak látják. Az anatómiai ismeretek mellett a szexuális úton terjedő betegségek, a családtervezés és a fogamzásgátlás is kellő mértékben szerepel a könyvekben. Ugyan évi tíz alkalommal az osztályfőnöki órákat is egészségnevelési tematikával kell levezetni, de ennek betartása gyakran akadályokba ütközik. A pedagógusok tapasztalatukból igazolják, hogy pusztán olvasni vagy hallani az emberi szexualitásról nem elegendő ahhoz, hogy ez interiorizált formában, az aktuális és későbbi cselekvésben is megnyilvánuljon. Az eredményes szexedukáció csak interaktív formában, intim egyéni foglalkozással és nyílt, csoportos beszélgetésekkel valósítható meg, s nem mellőzhetők a személyiségfejlesztési elemek, amelyek az egészségfejlesztési céloknak megfelelnek.

Mottónk alapján igazoltnak látjuk azt, hogy a megfelelően eredményes iskolai szexedukáció csak a komplex személyiségfejlesztés útján valósulhat meg. A diákok személyiségének egészséges fejlődését az oktatási intézmények csak abban az esetben képesek segíteni, ha holisztikus szemléletű egészségfejlesztő programot valósítanak meg a teljes szorgalmi időszakban, a diákok érettségétől, fejlettségétől, családi háttérétől, ismereteinek szintjétől függetlenül megválasztott tematikával, felkészített tanárokkal, az iskola-egészségügy aktivitásával. Ráadásul az iskolai környezet – a büfé választékától a megfelelő világításon át a tornaterem kialakításáig, a sportolási lehetőségek megteremtéséig ugyancsak az egészséget kell, hogy szolgálja.

Amíg évről évre csökken azon iskoláknak száma, ahol a tantervbe építve, legalább heti egy órában egészségfej-

lesztési órákat tartanak, amíg a tantestületek nem érzik közös felelősségüknek a diákok egészségének megőrzését, amíg az iskolafenntartók nem szorgalmazzák – és főleg nem finanszírozzák – ezt a tevékenységet, s amíg a szülők nem értik meg az ügy fontosságát, addig nem várható változás. Adminisztratív megoldást nem látunk eredményesnek – például az osztályfőnöki órák felhasználására vonatkozó előírás be nem tartása is ezt igazolja.

Programok, segédanyagok, képzések kellő számban a rendelkezésünkre állnak, egyedül a szemléletváltás vezethet eredményre.

## Jogi háttér

A Kormány 243/2003. (XII. 17.) számú rendeletével hatályba lépett *Nemzeti Alapanttervet (NAT)* a 202/2007. (VII. 31.) kormányrendelet módosította. A módosított *NAT* alapján kerül sor a kerettantervek, az iskolai pedagógiai programok és azon belül a helyi tantervek felülvizsgálatára. A *NAT* értelmében az egészségnevelés a közoktatás kiemelt fejlesztési feladata, amelynek az iskolai oktatás valamennyi elemét át kell hatnia, elő kell segítenie a tantárgyközi kapcsolatok erősítését, a tanítás–tanulás szemléleti egységét, a tanulók személyiségének fejlődését. A közoktatásról szóló 1993. évi LXXIX. törvény 48. § (3) bekezdése értelmében az iskoláknak nevelési programjuk részeként meg kell fogalmazniuk az egészségneveléssel és egészségfejlesztéssel kapcsolatos nevelési feladataikat.

További fontos feladatokról rendelkezik

– a 96/2000. (XII. 11.) sz. Országgyűlési határozat (*Nemzeti stratégia a kábítószer-fogyasztás visszaszorítására*),

– a 46/2003. (IV. 16.) sz. Országgyűlési határozat az *Egység Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról*,

– az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről, 38. § (1) bekezdés,

– a 2003. évi LXI. törvénnyel módosított 1993. évi LXXIX. törvény a közoktatásról, 48. § (3) bekezdés (*Iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési és környezeti nevelési program kidolgozása*),

– a *Nemzeti Alapantervkiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról* szóló 243/2003. (XII. 17.) Kormányrendelet,

– a 1036/2003. (IV. 12.) Kormányhatározat a 96/2000. Országgyűlési határozat rövid- és középtávú céljainak végrehajtásával kapcsolatos kormányzati feladatokról,

– a *nemdohányzók védelméről és a dohánytermékek fogyasztásának, forgalmazásának egyes szabályairól* szóló 1999. évi XLII. törvény,

– az *iskolaegészségügyi ellátásról* szóló 26/1997. (IX. 3.) NM-rendelet 2. és 3. sz. melléklete.

Ezek a jogszabályok körvonalazzák a célrendszert, valamint az ahhoz rendelt jogi feltételrendszert. Ezeknek megfelelően fontos feladat, hogy az iskolák átgondolják egészségnevelési tevékenységüket.

A felsorolt jogszabályokat (rendeleteket) fontosnak tartjuk abban az értelemben, hogy a közoktatási intézményeknek meg kell felelniük az abban foglaltaknak. A megfelelés azonban nem jelent azonos, mindenki által követendő szakmai színvo-

nalat. Nyilvánvalóan ezt nem is lehet előírni, hiszen a megfelelés nagymértékben függ az intézmény tárgyi és személyi feltételeitől, azonban mindenképpen el kellene gondolkodni azon, hogyan lehetne a színvonal ilyen mértékű szóródását megakadályozni, megszüntetni. Tarthatatlan az állapot, amely szerint létezik olyan iskola, ahol tantárgyba beillesztett egészségneveléssel találkozunk, de még mindig vannak olyan intézmények, ahol legjobb esetben is csak az egészségnap jelenti az egészségmegőréssel kapcsolatos ismeretek átadását. A rendelet fontos, de a rendelet betartására vonatkozó monitorozási rendszer megalkotására is szükség van.

A jogszabályok és rendeletek „igazi létezését” a valóság, a helyi attitűdök határozzák meg.

## Az iskolai egészségfejlesztés – a szexedukáció közelmúltja

Az 1945 utáni első évtizedekben az iskolai szexedukáció – éppúgy, mint más, az egészségmagatartásra hatást gyakorló tematika – az iskolákból éppúgy teljességgel hiányzott, mint a tudományos közéletből. Az egészségnevelés kizárólag felvilágosító jellegű volt, javarészt a testi higiéniahoz kapcsolódó témákkal. A szexualitás különösen mellőzöttnek számított, mivel a népesedéspolitikai elvek és gyakorlat miatt hiányoztak a védekezéshez szükséges ismeretek, hiszen az uralkodó ideológia szerint „dicsőségnek” minősült a lányok teherbe esése is. A hetvenes évekig kellett várni a változásra, éppen a népesség gyarapodásában beállt kritikus változások és a családok felbomlásának gyakorisága miatt. 1973-ban született egy népesedéspolitikai kormányhatározat, amely kötelezően előírta a pedagógusok számára az ötödik évfolyam felett leadandó, „családi életre nevelés” tematikájú órák megtartását. Azonban a pedagógusoknak senki sem adott segítséget a tematika és módszer tekintetében, és a feladat végrehajtását sem ellenőrizték. Való igaz, hogy a tankönyvekben megjelentek az anatómiai ismeretek – elsősorban a középiskolai biológia tantárgy részeként.

Ma a pszichológusok és az orvosok – elsősorban a nőgyógyászok – hallatják hangjukat a pszichoszexuális nevelés kényszerítő szükségességéről. Ezt legtöbbször az abortuszok magas száma és a nemi élet egyre fiatalabb korban történő kezdete mellett a szexuális úton terjedő betegségek számának stagnálásával, időnkénti növekedésével indokolják. A holisztikus egészségnevelő programok tematikájában – ahogyan a későbbiekben láthatjuk – szerepel a szexualitás témája is. E programok elsősorban készség- és képességfejlesztő szemléletűek, amelyek – komplex módon – a felelős, tudatosabb életvezetés készségét kívánják elsajátíttatni, de a szakértők szerint a szexuális nevelés ennél is összetettebb megközelítést igényel.

Az 1990-es évek elején az egészségfejlesztési programok iskolai megjelenése nagy lendületet vett. Ez az igények olyan szintű megnyilvánulásának volt köszönhető, amelyre választ kellett adni, s ne feledjük, hogy a viharos gyorsasággal bekövetkező társadalmi változások is jó terepet nyújtottak. A hirtelen jött változásokhoz hirtelen akartunk alkalmazkodni, így természetesen ez a folyamat is megfizette a tanulópénzt.

A kezdetet a külföldi, főleg amerikai programok felbukkanása és magyarországi adaptálása jelentette (fordítottunk és alkalmaztunk). A teljesség igénye nélkül:

– *Susan Shapiro – Carol Flaherty Zonis* (12–18 év): szexuális nevelés, alkohol- és drogmegelőzés, dohányzásprevenció, egészséges táplálkozás. Középiskolai egészségnevelési program (*Soros Alapítvány*);

– *CHEF-program – Egészséged testben, lélekben* (6–18 év): személyiségfejlesztő alkohol- és drogprenvenációs program (*Soros Alapítvány*);

– *UNICRI-program* (10–18 év): alkohol- és drogmegelőző integrált prevenció program (*az Egyesült Nemzetek Területközi és Igazságügyi Kutató Intézete projektje*).

A későbbiek során megjelentek a magyar szerzők által jegyzett komplex egészségfejlesztő programok. Különösen akkor erősödött a tendencia, amikor a pedagógusok akkreditált képzéseken való részvétele finanszírozásban részesült.

– *Életvezetési ismeretek és készségek program* (5–18 év): önismeret-fejlesztő, egészséges és biztonságos életre oktató, a személyes biztonság és felelősség kérdéseit oktató program (*Csendes Éva*);

– „*Egészségvirág*”-program (10–18 év): komplex iskolai egészségnevelési program (*Egészségvirág Egyesület*);

– „*EGÉSZÉGES ÉLET*” (6–18 év): komplex egészségfejlesztési program a képességek és készségek fejlesztésével (*Egészségesebb Iskolákért Hálózat Magyarországi Egyesülete*).

A Nemzeti AIDS Bizottság 2004 nyarán készítette el a Népegészségügyi Program részeként a Nemzeti Stratégiát a HIV-vírus terjedésének megakadályozása céljából. E stratégia a szűrővizsgálatok, a fertőzöttek gondozása, az orvosi ellátás feladatain kívül nagy terjedelemben foglalkozik a prevencióval. Attekintve azokat az iskolai egészségfejlesztő programokat, amelyek alkalmasak a biztonságos szexre való nevelés feladatának ellátásához – nem meglepő, hogy a felsorolt programok mindegyike holisztikus szemléletű, komplex egészségfejlesztő program (*EGÉSZÉGES ÉLET, CHEF- és Shapiro-program, DADA*). Ezeket egészíti ki a kortárs-segítő hálózat és az utcai szociális munkások jelentős szerepével, amelyek elsősorban a veszélyeztetett csoportokban folytatott megelőzési tevékenységben kapnak nagyobb szerepet. Az iskolai prevenció közvetlen céljaként a szexuális úton terjedő betegségek magatartási kockázatának csökkentését tűzi ki, különösen a fiatalok körében.

A teljesség igénye nélkül néhány hazai, iskolai szexedukációs felvilágosító program:

– „*Beszéljünk erről...*”: a *Szexuális Nevelés és Kultúra Elősegítéséért Alapítvány* programja általános és középiskolás fiataloknak (iskolai oktatás, amelyhez szexuális ismeretterjesztő könyv is készült).

– „*Fiatalok az élet küszöbén (FÉK)*”-program: a tananyag az önmegtartóztatáson, a türelmen, a felkészülésen át vezeti a fiatalokat a boldogsáig, a házasság és a gyermekáldás kellően megválasztott időpontjáig (pedagógusok számára készült kézikönyvből lehet a fiatalokat oktatni).

– „*A-HA!*” Országos Szexuális és Mentálhigiénés Felvilágosító Program: a Szülészeti-Nőgyógyászati Prevenció Tudományos Társaság programja a fiatalok igényeihez alkalmazkodva (honlap, kiadvány, stb.), oktatótevékenység formájában nőgyógyászokkal, orvostanhallgatókkal és védőnőkkel folytat felvilágosító munkát a közoktatási intézményekben.

– *A Szex Edukációs Alapítvány programja* 11–17 éves fiatalok számára. „*A magánélet és az egészség kultúrája*” című tanári kézikönyv, tanulói munkafüzet, interaktív CD-ROM és szórólap, valamint *AIDS Világnapi Hírlevél* segíti a témában történő eligazodást diákoknak és pedagógusoknak.

Az iskolai egészségfejlesztés folyamatát és eredményességét tekintve számunkra az „ideáltipikus” modell (program) az, amelyik tananyaghoz kapcsolódik, tanórán belüli tevékenységként – a tanterv részeként – folyik és egyben holisztikus megközelítést alkalmazó, integrált egészségfejlesztési program. Ezen programok komplex személyiségfejlesztő hatása igazolt, s egyben az összes egészségkárosító magatartásforma megelőzését szolgálják.

## Összefoglalás

A népegészségügyi szinten érzékelhető problémák csökkentése érdekében az iskolai prevenció, elsősorban a szexedukáció helyzetének áttekintése volt célunk. Az evidensnek bizonyult összefüggések révén eljutottunk oda, hogy a szexuális magatartást nem lehet elválasztani az általános egészségmagatartástól, annak részeként kell értelmeznünk, s a problémák megelőzése is csak azonos, komplex módon lehetséges.

*Kulcsszavak:* iskola (diákok, pedagógusok), egészségfejlesztés, prevenció, szexedukáció, tanterv

# A „Családi életre nevelés” mint kulcsfontosságú, nemzetmentő nevelési terület tanításának lehetőségei

szakköri kereteken belül, középiskolás tanulók részére

Tamásné Marek Erika<sup>1</sup>,  
Prof. Dr. Simon Tamás<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Egészségtan-tanár, biológia–földrajz szakos középiskolai tanár

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Közegészségtani Intézet, Társadalomorvosi Csoport,  
a Pápai Páriz Egészségnevelési Országos Egyesület elnöke, a Magyar Rákellenes Liga elnöke

„Az ifjúságot nevelni azt jelenti,  
a holnapot a mában  
a szellemet az anyagban,  
a szellemi létet a földi életben ápolni”  
(Rudolf Steiner)

## Bevezetés

Középiskolai biológia–földrajz szakos tanárként régóta érlelődött bennem a gondolat, hogy a sok fontos elméleti ismeret mellett, azt kiegészítve, arra alapozva, hogyan tudnék kisvárosi iskolánk serdülőkorú diákjainak (elsősorban a lányoknak) hasznos, gyakorlati ismereteket átadni. Tanulóink a középiskola elvégzése után viszonylag kis arányban tanulnak tovább, az iskolát követően munkába állnak, vagy elvégeznek egy-két tanfolyamot, de az a tapasztalatunk, hogy sokan közülük rövid időn belül családot alapítanak. Sajnos, néhány alkalommal előfordult, hogy középiskolai tanulmányaikat sem fejezték be egy bekövetkező terhesség miatt, számosan pedig abortuszon estek át. A tanulók jelentős része csonka családból származik, nehéz körülmények között élő, alacsony iskolázottságú szülői háttérrel rendelkezik, erkölcsi, érzelmi és anyagi támogatottságuk megkérdőjelezhető. Ezek tükrében – miután ikerlányaim születésével kétszeresen is anyai örömök elé nézhettem – a várandósság és a gyermekeim születését követő időszakban is tudatosan készültem egy jövőbeni szakkör tematikájának körvonalazására. Az éveken át olvasott, összegyűjtött szakirodalom és egyéni tapasztalat végül egy diplomadolgozat formájában öltött testet, amely a Semmelweis Egyetem egészség-tanár szakán *Dr. Simon Tamás Professzor Úr* szakmai iránymutatásával készült el.

## A „családi életre nevelés”, a szexuálpedagógia helyzete, jogsabályi háttere

### Helyzetkép: az 1970-es évektől a rendszerváltásig

A szexuális nevelés helyzete az utóbbi évtizedekben hazánkban meglehetősen ellentmondásosan alakult (Szilágyi, 2003). A kommunista diktatúra első évtizedeiben, az 1950-es évektől a 1970-es évekig jóformán szóba sem kerülhetett. 1970 után azonban mind több cikk és adat jelent meg az ún. „családi életre nevelés” (s benne a szexuális nevelés) szükségességéről. Ennek okaként főként a népesség

fogyását, a gyermekvállalási kedv csökkenését, a nagy számú válást és családbomlást tekinthetjük.

Ezek hatására 1973-ban népesedéspolitikai kormányhatározat született, amely előírta a „családi életre nevelés” „*az állami oktatás minden szintjén*”, vagyis az általános iskoláktól a főiskolákig való bevezetését. Sajnos megvalósításáról az államapparátus nem gondoskodott. Az *Oktatásügyi Minisztérium* kiküldött az iskolákba egy tájékoztatót, és elrendelte, hogy az 5. osztálytól évente három-négy osztályfőnöki órán foglalkozni kell a családi életre neveléssel. A tanárokat viszont nem készítették fel, és nem is ellenőrizték, így aztán meghívtak egy védőnőt vagy orvost előadónak, hogy tartson a gyerekeknek felvilágosító órát. Ők maximum ismereteket közöltek a terhességről, a nemi betegségekről, a fogamzásgátlásról, de nem tudták ellensúlyozni a médiából áradó negatív, pornográf hatá-



sokat. A tanárok pedig osztályfőnöki óráikon beszéltek esetleg a családi élet szépségéről, de a szexuális témákat kerülték. Ezek után az 1980-as években a kamaszok „szexuális felvilágosítását” javarészt a pornográfia vette át, ennek következtében a „szexotechnika” egyes részleteit ugyan megismerték, de alapvető kérdésekben tájékozatlanok maradtak.

Az 1990-es évektől, a politikai rendszerváltás óta a szexuális nevelés helyzete alig javult (Szilágyi, 2003). Különböző kezdeményezések ugyan történtek a családi életre nevelés (pl. Dr. Czeizel Endre könyve) vagy a kulturált magánéletre nevelés érdekében, de ezek csak szűk körben és átmenetileg javították a helyzetet. Erős ellenállás mutatkozott ugyanis a konzervatív körök, egyes egyházak és pártok részéről.

## Az 1993-as közoktatási törvény és az 1997-es egészségügyi törvény

Az 1993-as közoktatási törvény alapelveiben az oktatási rendszer feladatául szabja, hogy felkészítse a tanulót a családi életre, a családtervezésre. (Magyar Közlöny, 1993/107. sz., 1993. évi LXXIX. tv.)

Az 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről 38. paragrafusának 1. bekezdésében előírja, hogy

„a köz- és felsőoktatási, valamint a szakképzési rendszer, illetőleg a felnőttoktatás keretében az életkorhoz és a tanulmányokhoz igazodva meg kell ismertetni

a) az emberi szervezet működésének és a természeti, társadalmi, pszichés környezet kölcsönhatásainak törvényeit,  
b) az egészséges táplálkozásra, életmódra, valamint az egészséges környezet megteremtésére vonatkozó tudnivalókat,

c) a személyes testi és lelki higiénés ismereteket,  
d) a testmozgás és a sport egészségmegőrző szerepét,  
e) a stresszhelyzetek megelőzésének, megoldásának és a konfliktusok kezelésének módszereit,

f) a szexuális kultúrával és a családtervezéssel, a nemi érintkezés útján terjedő betegségek megelőzésével kapcsolatos tudnivalókat,

g) a szenvedélybetegségeket, ezek káros hatásait, és a rászakas elkerülésének módját,

h) az elsősegélynyújtás elméletét és gyakorlatát,  
i) az egészségügyi szolgáltatások igénybevételének feltételeit és lehetőségeit,

j) az egészséggel összefüggő etikai alapokat.”

(Magyar Közlöny, 1997/119. sz., 1997. évi CLIV. tv.)

Továbbá ugyanezen törvény 41. paragrafusa, amely a család és növekedési gondozás céljaként megfogalmazza, hogy:

„a gyermekvállalás optimális biológiai és pszichés körülményeinek elősegítése a fogamzás előtti gondozás és genetikai tanácsadás, valamint a termékenység ciklus alatti gondozás (a várandós anya gondozása, a magzat születés előtti gondozása, a gyermekágyas és szoptató anya gondozása) eszközeivel,

b) megismertetni az egyénnel azokat a családtervezési ismereteket – ideértve a terhesség megszakítással járó veszélyeket is – és fogamzásgátló módszereket, amelyekkel megtervezhetik és elősegíthetik utódaik fogantatását a kívánt

számban és időben, hogy a gyermekek minél jobb egészségi állapotban születhessenek meg”.

Ezen törvényi előírások, célok megvalósításában nagy felelősség hárul az iskolákra és a családokra.

## Oktatáspolitikai viharok: nemzeti alaptantervek, kerettantervek, népegészségügyi program

Az 1995-ben megszületett, majd 1998 szeptemberétől fokozatosan bevezetendő *Nemzeti Alaptanterv* még műveltségi területekben gondolkodott. Az 1998-as kormányváltást követően megindult tartalmi szabályozások eredményeként 2000-re kidolgozták a kerettantervet, ami a 12. évfolyam végéig szabályozta a tartalmakat, követelményeket (a *NAT* 1995 csak a 10. évfolyam végéig), szabályozta az órakeretet és visszaállította a tantárgyi kereteket. A *Nemzeti Alaptantervben* megfogalmazott irányelveket bontották le a kerettantervek kidolgozói iskolatípusra, évfolyamokra. Ajánlásokat, minimumszinteket fogalmaztak meg.

2003-ban kormányrendelet született a *Nemzeti Alaptanterv* kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról. Ez előírja az iskoláknak a helyi tanterv elkészítését a *NAT* 2003 alapján. Ebben támaszkodhatnak akár az oktatási és kulturális miniszter által kiadott, korrigált, 2000. évi kerettantervekre is, illetve az iskolák választhatnak különböző oktatási programcsomagok közül is. Ez a kormányrendelet kiemelt fejlesztési feladatként megfogalmazza, hogy az „iskola megkerülhetetlen feladata, hogy foglalkozzon a szexuális kultúra és magatartás kérdéseivel, a családi életre, a felelős, örömteli párkapcsolatokra történő felkészítéssel” (Magyar Közlöny, 2003/147. sz., 243/2003. [XII. 17.] Korm.r.). A kerettanterv az alapfokú nevelés-oktatás alapozó és fejlesztő szakaszára az általános iskola 6. évfolyamára (12 éves kor) az *egészségtan* tárgyi tartalmi előírásaiban fogalmazza meg – a szexualitás témakörén belül – a kamaszkor, a nemi érés, nemi identitás, nemi szerepek, párkapcsolat tartalmakat. (Magyar Közlöny, 2004/68/II. sz., 17/2004. [V. 20.] OMr.). Az *etika* tantárgy a 7. és 8. évfolyam során tárgyalja a nemiség, a szerelem és a házasság témakörét, majd a *biológia* és *egészségtan* tárgyi a 8. tanévben tér ki részletesen a szaporító szervrendszer felépítésére és működésére, a nemi élet, a fogamzásgátlás, a terhesség, a szülés, a nemi szervek higiénéje és a nemi betegségek megelőzése tartalmakra. A tapasztalat azt mutatja, hogy ezeket a témákat a felső tagozat kezdetétől folyamatosan be kellene építeni a tananyagba, mivel sajnos a kamaszok nem ritkán már a serdülőkor elején elkezdnek nemi életet élni.

A középfokú oktatásra vonatkozó kerettantervek csökkenő óraszámok mellett mind a gimnáziumi, mind a szakközépszolai, mind a szakiskolai oktatás tartalmaként előírják az emberi szexualitás biológiai-társadalmi kérdéseinek ismereteit és a felelősségteljes nemi magatartásra való törekvés elsajátíttatását (Magyar Közlöny, 2000/95. sz., 28/2000. [IX. 21.] OMr.).

Mindezeket kiegészítendő, 2003-ban országgyűlési határozat is született az „Egészség Évtizedének Johan Béla

*Nemzeti Programja*”-ról (Magyar Közlöny, 2003/38. sz., 46/2003. [IV. 16.] Ogy.hat.). Ez a népegészségügyi program egyik céljával az AIDS-megelőzést tüzte ki, és a megvalósítás stratégiai irányainak egyikeként pedig feladatának írta elő „az iskolákban az egészségnevelés részeként családi életre nevelési ismeretek oktatása, elősegítve a fiatalok értékrendjének, személyiségének fejlődését, felelős szexuális és drogelkerülő magatartás kialakítását.”

A sorozatos rendeletek, határozatok alapján megállapíthatjuk, hogy a közoktatás szintjénél magasabb kormányzati, minisztériumi szinteken is egyértelmű a korszerű nemi nevelés és szexuális kultúra bevezetésének fontossága. Igaz ugyan, hogy a kerettanterv előírja, hogy a helyi tantervben is – az egészségre nevelés keretein belül – szerepeltetni kell a családi életre nevelést, de más megkötés nincsen. A szexuális nevelés tehát Magyarországon egyáltalán nem tekinthető megoldottnak, holott a szexuális egészséget sokféle veszély fenyegeti. Ilyen például a házasság és a család intézményének mai világválsága, amely elsősorban a válások és különélések számának folyamatos növekedésében, a gyermekvállalás kerülésében nyilvánul meg (Szilágyi, 2003). Hazánkban évtizedek óta jóval kevesebb gyermek születik, mint ahányan meghalnak, így nemzetünk létszáma évről-évre fogy (már alig 10 millió). Az utóbbi években évente 95–97 ezer gyermek született, közülük 6–7 ezer kiskorú lányanyáktól (sőt, évente 100–120-an 14 éves aluli lányoktól). Ugyanakkor évente 54–59 ezer művi abortuszra került sor; ezek közül évi 6–7 ezer a 15–19 éveseknél, 160–180 pedig a 12–14 éves lányoknál. Vagyis a művi abortuszok 11–12%-a fiataloknál történik (ami kb. tízszerese a nyugat-európai átlagnak). Mindez elsősorban az átfogó és intézményes szexuális nevelés hiányának következménye.

Fontos leszögezni, hogy a gyermekek szexuális nevelése nem csupán az iskola feladata, csírái már a családban kell, hogy gyökerezzenek. A jó családi élet, a boldog, kiegyensúlyozott gyermekkor az egészséges személyiségfejlődés alapfeltétele. A család és az iskola közös feladata, célja a harmonikus életvezetés kialakítására való törekvés képességének kialakítása.

## A szakkör oktatási, nevelési, képzési céljai, alkalmazott módszerek

Az általam összeállított szakköri tematika és részletesen kidolgozott óravázlataim bizonyos korlátozásokkal felhasználhatóak a középfokú oktatás különféle iskolatípusaiban, gimnáziumban, szakközépiskolában és szakképző iskolában is, az adott szakköri csoport előképzettségét, érdeklődését, értelmi képességeit figyelembe véve. A szakkör megvalósítását a 10., 11., és 12. évfolyamokon tartanám időszerűnek, igaz, már a 9. osztálytól fontos lenne ezeket a kérdéseket mélységeiben tárgyalni, de bizonyos feladatok feltételezik, hogy a csoporton belül a tagok ismerik egymást (pl. önismereti feladatok).

A szakkör tananyaga az általános iskolai és a középiskolai biológia tananyagra épül, azt számos egészségügyi vonatkozással és gyakorlati ismerettel egészíti ki.

A továbbiakban néhány, a tanév során megvalósítandó oktatási, nevelési és képzési célt foglaltam össze. A felsorolt módszerek köre természetesen tovább bővíthető, gazdagítható.

## Oktatási célok

– ismerjék a tanulók a férfi és női ivarsejtek, ivarszervek felépítését és működését, forma és funkció összefüggéseit, legyenek tisztában a szaporító szervrendszer idegi és hormonális szabályozásának alapjaival, részletesen ismerjék a menstruációs ciklus eseményeit;

– tegyék magukévá az egészséges életmód szabályait az egészségmegőrzés 12 pontja alapján;

– legyenek tisztában a szexualitás testi-lelki vonatkozásaival, fokozataival;

– ismerjék az egyes fogamzásgátlási módszerek előnyeit-hátrányait, hatékonyságát, alkalmazásának módját;

– kapjanak képet a mesterséges megtermékenyítés alapjairól;

– ismerjék a terhesség korai jeleit;

– ismerjék a leggyakoribb nemi betegségek – különös tekintettel az AIDS – tüneteit, lefolyását, következményeit, terjedési útjait és megelőzési módját;

– ismerjék a megtermékenyítés folyamatának biológiai hátterét, a terhesség korának kiszámítási módját, eseményeit főbb vonalakban;

– szülési terv ismerete, az alternatív és hagyományos szülés összehasonlítása, a szülés folyamatának, szakaszainak, a fájdalomcsillapítás lehetőségeinek ismerete;

– legyenek tisztában a csecsemő ellátásához szükséges alapvető felszerelésekkel, eszközökkel, azok funkciójával, ismerjenek egy-két hasznos szakirodalmat a témában;

– tudják, hogy az anyatej mindennél fontosabb a csecsemő táplálása szempontjából, ismerjék az anyatej biológiai szerepeit, tudjanak érvelni a szoptatás mellett, de ismerjék a tápszerekészítés módját is;

– elméleti és gyakorlati óra keretein belül sajátítsák el a csecsemőápolás alapjait;

– ismerjék az első életév főbb eseményeit a baba táplálkozására, napirendjére, egészségi állapotára, pszichomotoros fejlődésére és társasági életére vonatkozóan;

– ismerjék a hozzátáplálás folyamatának lépéseit, az egészséges babatáplálás alapjait.

## Nevelési célok

– *egészségre nevelés:*

– a serdülőkori testi változásokkal kapcsolatos higiénia, szexuálhigiénia, mindennapos testápolás, a nemi szervek alapvető betegségeinek ismerete, a szűrővizsgálatok jelentősége;

– legyenek tisztában a fogamzásgátlás jelentőségével, módjaival, az abortusz és a serdülőkori terhesség testi-lelki következményeivel;

– a nemi betegségek megelőzése, a tünetek felismerése, az időben orvoshoz történő fordulás jelentősége;

– a várandós anya egészséges életmódjának ismerete, sze-

repe: az egészséges táplálkozás, a káros szenvedélyektől való mentesség, a mozgás, a stresszmentesség, a várandósság fizikai tünetei, a nehézségek kezelése;

– az újszülött és a csecsemő egészségvédelme, higiénája, ellátása, biztonsága;

– a szoptatás jelentősége, higiénája, körülményei, nehézségei.

– *erkölcsi nevelés:*

– önismeret, pozitív énkép kialakítása, önfogadás, önbecsülés, kritikai gondolkodás;

– kooperatív munka, csoportmunka, párkötés, bizalmas légkör kialakítása;

– kultúrtörténeti feldolgozás, pl. a fogamzásgátlás története, az abortusz története;

– a család, mint a társadalom építőköve, a család szerepe;

– a barátság, a szerelem, a hűség, a szüzesség erkölcsi tartalmainak, értékének elmélyítése;

– az abortusz elítélése, elkerülése, az emberi élet értéke, felelősségvállalás.

– *esztétikai nevelés:*

– az emberi élet csodálata: a magzat fejlődése, az anyaság értéke, az emberi élet szépsége: pl. film a terhességről, a magzat fejlődéséről.

– *értelmi nevelés:*

– önálló gondolkodásra való nevelés;

– önálló munkára való nevelés (pl. kiselőadások, házi feladatok);

– az összefüggésekben való gondolkodás fejlesztése;

– a logikai és a kritikai gondolkodás fejlesztése.

## Képzési célok

– szókincsfejlesztés, a halmazban való gondolkodás fejlesztése;

– a rajzkészség fejlesztése;

– az önkifejezésre való képesség fejlesztése;

– a érvelés, a véleményalkotás készségének fejlesztése;

– az ábraelemzés, táblázatértelmezés képességének fejlesztése, szövegértelmezés;

– a forráselemzés készsége, lényegkiemelés;

– az összehasonlító készség fejlesztése, az előnyök/hátrányok mérlegelése (pl. fogamzásgátlási módszerek);

– szerezzenek gyakorlati jártasságot a csecsemőgondozás alapvető gyakorlati teendőiben: pelenkázás, fürdetés, bébiétel-készítés.

## Alkalmazott módszerek

– frontális osztálymunka;

– beszélgetés, vita, érvelés, problémafelvetéshez kapcsolódó páros és csoportos véleményformálás;

– szövegértelmezés, lényegkiemelés;

– kooperatív csoportmunka, pármunka, páros munka tényanyag-gyűjtés és jegyzetelés együttesével, egyéni munka;

– tanári szemléltetés és magyarázat;

– adatgyűjtés, -feldolgozás, könyvtári, adattári kutatás, az adatok felhasználásával önálló kiselőadás;

– szituációs játék;

– házi feladatok megvitatása;

– gyakorlati feladatok elvégzése kiscsoportokban;

– vélemények, gondolatok társítása posztereken;

– meghívott előadókkal való beszélgetés, filmfeldolgozás.

## A szakkör tematikája

A szakkör tematikája érinti a serdülőkor testi-lelki változásait, a párkapcsolatok kialakulását, a család szerepét, ami napjainkban sajnos egyre gyengébb lábakon áll. Külön alkalmat szentelnék a szexualitás témakörének, a serdülőkori terhesség és az abortusz testi-lelki következményeinek. Részletesen áttekinténék a különböző fogamzásgátlási módszereket, a szexuális úton terjedő betegségeket, természetesen kitérnék az AIDS-re is. Fontosnak tartom, hogy felkészítsem a lányokat a várandósság időszakára, számos gyakorlati tanáccsal látnám el őket a terhességre, a szülésre és a gyermekágyas időszakra vonatkozóan. Úgy gondolom, hogy számos családban sem a serdülőkorban, sem a fiatal felnőttkorban nem esik szó ilyen témákról, a leendő szülő teljesen tanácstalan, az információkat innen-onnan szedi össze, és sokszor beleesik abba a csapdába, hogy számos felesleges dolgot megvesz, amire pedig szüksége lenne, azt nem veszi meg. Ebben is szeretnék segíteni, kis eligazítást adni a tanulóknak, hogy mit, hol és miért érdemes beszerezni. Nagyon fontos a szoptatás témaköre, nem lehet eléggé hangsúlyozni az anyatej, a szoptatás szerepét. Kitérnék a csecsemőápolás legfontosabb mozzanataira, majd gyakorlati óra keretein belül a tanulók mindent kipróbálhatnának, a fürdetést, a pelenkázást és egy-két bébiételt is készíthetnénk. A szakkört gazdagítanánk egy-két tanulságos filmmel, multimédiás oktató céddel, és a körzeti védőnőt is szívesen bevonnánk a foglalkozások lebonyolításába, különösen a csecsemőápolás témakörében. A védőnőn kívül meghívunk egy-egy alkalommal szülész-nőgyógyász szakorvost, illetve gyermekpszichológust is.

## Összegzés

Jelen tanulmány egy diplomadolgozat váza, jelen keretek nem teszik lehetővé a részleteiben kidolgozott óravázlatok közlését. A diplomadolgozat és a tanulmány első részében a „*Családi életre nevelés*” kapcsán rövid oktatáspolitikai áttekintést vázoltam fel, majd ezt követően elkészítettem a tervezett 36 órás szakkör egy évre szóló tanmenetét, összegyűjtöttem a szakkör folyamán megvalósítandó oktatási, nevelési és képzési célokat, az alkalmazott módszereket, majd a szakdolgozatban a tematikának megfelelően kidolgoztam a szakköri foglalkozások óravázlatait. Törekedtem a serdülőkort érintő legfontosabb és legkényesebb témákat is feldolgozni, igyekeztem az órákat változatos módszerekkel fűszerezni: kiselőadásokkal, filmekkel, meghívott szakértők (védőnő, gyermekpszichológus, szülész-nőgyógyász orvos) bevonásával, gyakorlati foglalkozás lebonyolításával.

A dolgozat elkészítése során újabb és újabb ötletek merültek fel, mind a témával, mind pedig azzal kapcsolatosan,

1. táblázat

**Éves tanmenet a „Családi életre nevelés” 36 órás szakkörhöz**

HÓNAP	HÉT	ÓRASZÁM	AZ ÓRA CÍME
SZEPTEMBER	1.	1.–2.	Bevezetés. Egészségmegőrzés. A serdülőkor lelki változásai. Önismeret
	2.		
	3.	3.–4.	A serdülőkor testi változásai, szaporítószervek biológiája
	4.		
OKTÓBER	5.	5.–6.	A menstruációs ciklus, testápolás, szexuálhigiéne
	6.		
	7.	7.–8.	Párkapcsolatok, család, felkészítés a családi életre
	8.		
NOVEMBER	9.	9.–10.	Az emberi szexualitás és a fogamzásgátlás
	10.		
	11.	11.–12.	A serdülőkori terhesség és az abortusz
	12.		
DECEMBER	13.	13.–14.	Film az abortuszról: Néma sikoly
	14.		
	15.	15.–16.	Szexuális úton terjedő betegségek
	JANUÁR	16.	
	17.	17.–18.	Terhesség a magzat és az anya szempontjából
	18.		
	19.	19.–20.	Film a terhességről: Élet az anyaméhben.
	FEBRUÁR	20.	
	21.	21.–22.	A szülés és a szülés utáni gyermekágyas időszak
	22.		
	23.	23.–24.	A várakozás ideje, előkészületek a baba fogadására
	MÁRCIUS	24.	
	25.	25.–26.	Szoptatás, mesterséges táplálás
	26.		
	27.	27.–28.	Az újszülött ápolása, az első félév eseményei
	ÁPRILIS	28.	
	29.	29.–30.	A második félév eseményei, a hozzátáplálás
	30.		
	31.	31.–32.	Gyakorlati óra: csecsemőápolás
	32.		
MÁJUS	33.	33.–34.	Film a csecsemő fejlődéséről vagy a kisgyermek neveléséről
	34.		
	35.	35.–36.	Év végi összefoglalás
JÚNIUS	36.		

hogyan hány olyan fontos terület lenne még, ami nem a szó szoros értelmében vett tananyag, de az „életre nevelésben” alapvető, s amiben a család mellett az iskolának is kiemelkedő szerepe van. Gondolok itt pl. a természetgyógyászatra, a homeopátia alapjaira, a házi betegápolásra, az egészséges táplálkozásra, a táplálkozási rendellenességekre, és végül, de nem utolsósorban a káros szenvedélyekre. Ezek már nem férnének bele sem a biológia tanórák, sem e szakkör kereteibe, hanem előrevetítik egy újabb, hasonló jellegű szakkör terveit.

## Összefoglalás

Statisztikai adatok nélkül is mindenki számára nyilvánvaló a tény, hogy a házasság és a család intézménye válságban van. Ez megmutatkozik a válások és különélések számának folyamatos növekedésében, a házasságon kívül született gyermekek arányának növekedésében. A média és különböző kulturális trendek hatására a fiatalok egyre korábban kezdenek nemi életet élni, a serdülőkorból adódó pszichológiai sajátosságaiktól fogva türelmetlenek, felelőtlenek, keresik a veszélyt, a kockázatot. Nem számolnak felelőtlen magatartásuk folyományaival: a nemi betegségekkel, a nem kívánt terhességgel, illetve az abortusz testi-lelki következményeivel. A középiskolás tanulók jelentős része középfokú tanulmányai befejeztével, vagy már a középiskola alatt anyai „örömök” elé néz: váratlanul, felkészületlenül, tapasztalatlanul, megkérdőjelezhető erkölcsi, érzelmi és anyagi háttérrel, esetleg instabil (vagy alkalmi) párkapcsolatból kiindulva.

A rendszerváltást követően történtek próbálkozások a korszerű nemi nevelés meghonosítására, ezt igazolja számos kormányzati rendelet, országgyűlési határozat, azon-

ban a riasztó statisztikák arra engednek következtetni, hogy továbbra is hiányzik az átfogó és intézményes szexuális nevelés. Jelen tanulmányban a szerzők ezen hiány pótlására kínálnak lehetőséget szakköri kereteken belül.

## Summary

It's an obvious fact even without statistical data, that the state of marriage and family life is in great crisis. It is manifested in the increasing number of divorces and separations, the decrease in the will of getting married and bringing up children, and also the raising ratio of illegitimate children. The media and different cultural trends influence young adults to start sexual life ever younger, and deriving of the psychical specialities of the adolescence they are impatient, irresponsible, ready to take risks. They do not reckon the outcomes of their irresponsible behaviour: venereal diseases, unwanted pregnancy, and the physical and psychical consequences of abortion. Significant part of the high school students soon after the secondary education or even during their high school studies become „in the family way”: unexpectedly, unprepared, inexperienced, with questioned moral, emotional and financial background or probably living in an instabil (or occasional) partnership.

After the change of the political power structure in Hungary in the beginning of the 90s, some steps have been taken to establish the modern sexual education. This is proven by several governmental order and parliamentary resolution, however the warning statistics still point to the fact that global and institutional sexual education is still missing. In the present study, the authors offer possibilities to fill in – at least partly – this gap within the frameworks of study group.

## IRODALOM

- Czeizel, E. (1996): *Felkészülés a családi életre*. Corvina, Budapest
- Forrai, J. (szerk.) (1994): *Szexuális felvilágosítás és nevelés*. Aranyhíd Kft., Budapest
- Forrai, J. (2002): *A magánélet és az egészség kultúrája*. Dialóg Campus, Budapest–Pécs
1993. évi LXXIX. (VIII. 3.) tv. a közoktatásról. Magyar Közlöny, a Magyar Köztársaság Hivatalos Lapja, 1993/107. szám
1997. évi CLIV. (XII. 23.) tv. az egészségügyről. Magyar Közlöny, a Magyar Köztársaság Hivatalos Lapja, 1997/119. szám
- 28/2000. (IX. 21.) OMr. A kerettantervek kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról. Magyar Közlöny, a Magyar Köztársaság Hivatalos Lapja, 2000/95. szám
- 46/2003. (IV. 16.) Ogy.hat. Népegészségügyi program. Az egészség évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról. Magyar Közlöny, a Magyar Köztársaság Hivatalos Lapja, 2003/38. szám
- 243/2003. (XII. 17.) Korm.r. a Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról. Magyar Közlöny, a Magyar Köztársaság Hivatalos Lapja, 2003/147. szám
- 17/2004. (V. 20.) OMr. Kerettanterv az alapfokú nevelés-oktatás alapozó és fejlesztő szakaszára. Magyar Közlöny, a Magyar Köztársaság Hivatalos Lapja, 2004/68/II. szám, 92–97., 164–168., 236–244.
- Nemzeti Alaptanterv (1995). Művelődési és Közoktatási Minisztérium, Budapest
- Szilágyi, V. (2003): „A szexuális nevelés nálunk és másutt.” *Új Pedagógiai Szemle*, 2003/11., 104–107. Oktatókutatási és -fejlesztési Intézet, Budapest

# A válás hatása a gyermekekre és a szülő–gyermek kapcsolatra

Soósné Dr. Kiss Zsuzsanna PhD, főiskolai docens<sup>1</sup>,  
Nagy Noémi védőnő,  
Szilák Ágnes védőnő<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar, Egészségfejlesztési és Klinikai Módszertani Intézet,  
Egészségtudományi Klinikai Tanszék

<sup>2</sup>Hernád Védőnői Szolgálat

## Bevezetés

A házasság, mint többezer éves múltra visszatekintő intézmény, napjainkban egyre inkább meginogni látszik. A hazai és nemzetközi statisztikák egyértelműen bizonyítják a családok felbomlásának növekvő tendenciáját (17, 21, 23; 1. ábra). A házasságok leggyakrabban a házasságkötést követő 5–9 év között válnak el. Ennek a jogi aktusnak jellemzően kiskorú résztvevői is vannak, Magyarországon évente körülbelül 30.000 gyermek érintett (2).

A házasságok szinte rutinszerű felbontása háttérben többek között a család funkcióinak, a családi életciklus eltolódásainak és a családra vonatkozó társadalmi normáknak a változása áll. A családnak alapvetően öt fontos funkciója (termelési, fogyasztási, reprodukciós, a gyermekek szocializációja, a felnőttek pszichés védelme) volt. A gazdasági funkciók gyengülnek, a gyermekek szocializációja és a felnőttek pszichés védelme területén egyre inkább teret hódítanak az intézményes megoldások. A modern társadalmakra jellemző élettársi kapcsolatok népszerűsége azzal magyarázható, hogy nagyobb szabadságot ad, mint a házasság, nincs papír, amely összeköti a feleket, a kapcsolat kudarca esetén könnyebb kilépni belőle. A családi életciklusok mentén történő változások jelentősek. Megnőtt a születéskor várható élettartam, egy házaspár akár 40–45 évig is együtt élhet. Az „üres fészek” időszaka átlagosan 15–20 évre emelkedett. Az utódok „kirepülését” követően sokan szembesülnek azzal, hogy a gyermeknevelés miatt addig háttérbe szorult párjuk szinte idegen számukra, az előttük álló évek elviselhetetlennek tűnnek, a gyermek sem jelent már összetartó erőt, így sokan a kapcsolat helyreállítása helyett a válás mellett döntenek (1, 24). A változásokban a női emancipáció szerepe is jelentős. A karrierépítés, a munka mellett sokszor nem marad energia a családon belüli problémák kezelésére. A munkába állásnak köszönhetően a nők kevésbé vannak a férfiakra utalva, s gyakran nem látják értelmét, hogy életük végéig egy rossz házasságban vegetáljanak (2, 3, 26, 28).

Komoly problémát jelent a nemek egymással szemben támasztott túlzott elvárása, amit a média által sugárzott tökéletes nő és férfi képe csak tovább nehezít. Sokan nem elégednek meg egy nem tökéletes, de jól működő kapcsolattal, ehelyett újra és újra fejest ugranak egy kezdetben ígéretesnek tűnő párkapcsolati helyzetbe, s mindeközben megfélemlenek arról, hogy mintaként szolgálnak gyermekeik számára (3, 19).

A válás nem egyszeri esemény, hanem hosszú folyamat, amelynek két fő szakasza a döntéshozatal (a válás első megfontolásától a tényleges különválásig) és az alkalmazkodás (kialakul a válás utáni új életvitel viszonylagos stabilitása és az ezzel harmóniában lévő stabil identitás) fázisa. A válási folyamatok a jogi és gazdasági válás, az érzelmi leválás, a szülő–gyermek kapcsolat újradefiniálása és a társas kapcsolatok átrendeződése (5).

A válás alatt átélt események befolyásolják a gyermekek egészségét, jövőképét, a kedvezőtlen válási tapasztalatok távlati hatásaként csökkenhet a házasságkötési és gyermekvállalási kedv, a szülőktől átvett helytelen konfliktuskezelő stratégia miatt nagyobb az esélye, hogy majdani saját házasságuk is felbomlik (3, 4, 7, 8).

A fenti tények önmagukban is indokoltá teszik a téma kutatását, és prevenciós javaslatok megfogalmazását.

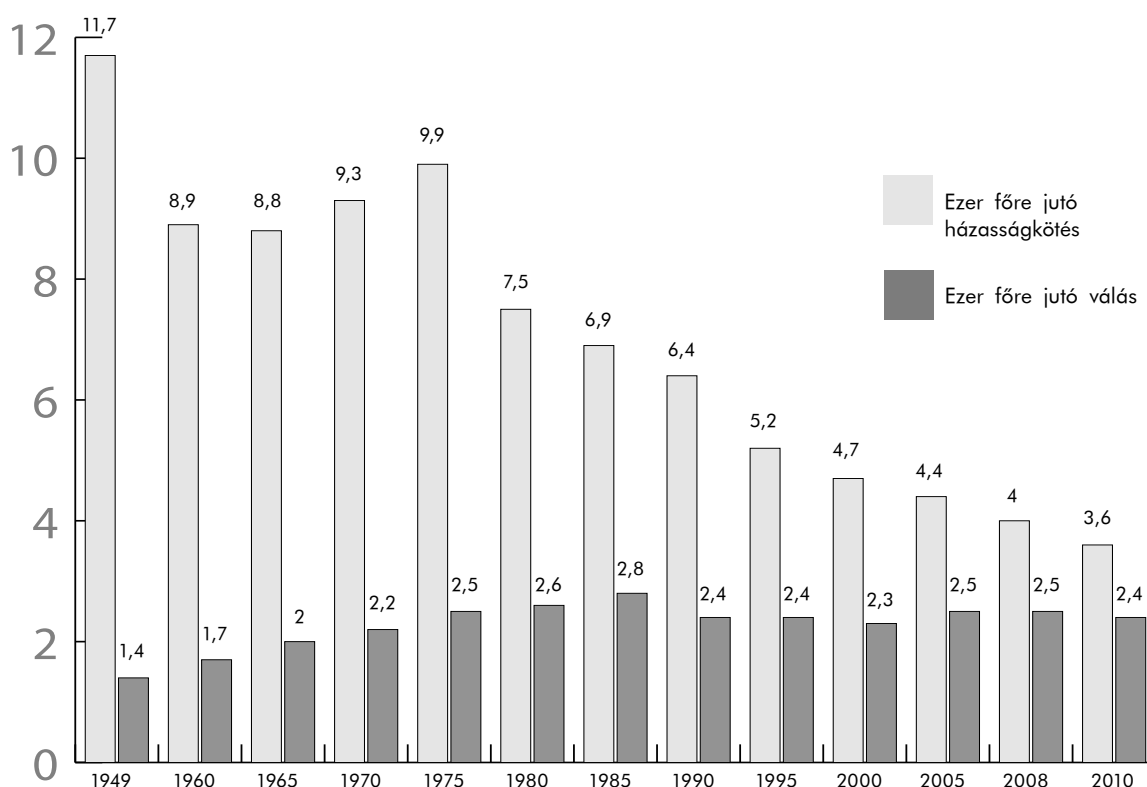
## A kutatás bemutatása

### Célkitűzés

A szülők válásának gyermekekre gyakorolt hatását vizsgáló kutatásunk során olyan diákok véleményére voltunk kíváncsiak, akiknek szülei elváltak, és életkorukat tekintve már kissé közelebb állnak a felnőtté váláshoz, a családalapításhoz.

Kutatásunk célja annak feltárása, hogy az elvált szülők gyermekei hogyan élik meg szülei válását, a szülők által a válás során tanúsított magatartás befolyásolja-e a válás fel-

1. ábra

**Ezer főre jutó házasságkötések és válások száma Magyarországon (1949–2008)**


dolgozásához szükséges időt, jellemzően melyik szülőnél maradnak és van-e beleszólásuk az elhelyezésükre vonatkozó döntésbe? Keressük a választ arra, hogy vannak-e olyan gyermekek, akiknek nemcsak a válással, hanem azzal egyidejűleg a lakóhelyváltozással is meg kell küzdeniük, s vajon ez a váltás megváltoztatja-e a gyermek és a távolélő szülő kapcsolatát? Megvizsgáljuk, hogy a szülők válása utáni első új, komoly párkapcsolat hogyan befolyásolja a szülő–gyermek viszonyt? Vizsgáljuk továbbá, hogy a válást követően jelentkeznek-e a gyermekeknél testi, lelki vagy magatartásbeli tünetek, betegségek, s ha igen, melyek a legjellemzőbbek, vajon a válást közömbösen vagy pozitívan fogadó gyermekek között is találunk tünethordozókat? Megvizsgáljuk azt is, hogy a nemek tekintetében mutatkoznak-e tünetbeli különbözőségek, vannak-e, illetve ha vannak, melyek a fiúk-nál és a lányoknál jelentkező tipikus problémák?

### Módszer és minta

Kvantitatív, kérdőíves vizsgálatunkat két dabasi és egy-egy, Dabas vonzaskörzetéhez tartozó település, Ócsa és Örkény középiskoláiban végeztük 2008. május–június hónapban. A célpopulációt olyan 9–12. évfolyamos diákok alkották, akiknek szülei elváltak vagy külön éltek. A kritériumoknak megfelelő 140 tanuló közül 112-en adtak értékelhető választ, ez 80%-os válaszadási arányt jelent. A megkérdezettek 65%-a volt lány (73 fő), 35%-a fiú (39 fő). A diákok 47,3%-a gimnáziumban,

42,0%-a szakközépiskolában, 10,7%-a szakiskolában végezte tanulmányait. Átlagéletkoruk 16,13 év, a legfiatalabb 14, a legidősebb 20 éves, a váláskor átlagosan 9,01 évesek, a legfiatalabb 1, a legidősebb 18 éves volt.

Empirikus kutatásunk alapját egy saját szerkesztésű, zárt és nyílt kérdéseket egyaránt tartalmazó kérdőív szolgálta. Az előzetesen próbainterjú alá vetett kérdőív végleges formája 13 zárt és 7 nyílt kérdést tartalmazott. Az adatfeldolgozás Microsoft Excel program segítségével, matematikai és statisztikai módszerek alkalmazásával történt. Kutatásunk során mindvégig betartottuk a kutatásetikai szabályokat. Az adatfelvételhez az intézmények vezetői is hozzájárultak. A kérdőíveket a diákok önkéntesen, anonim módon töltötték ki.

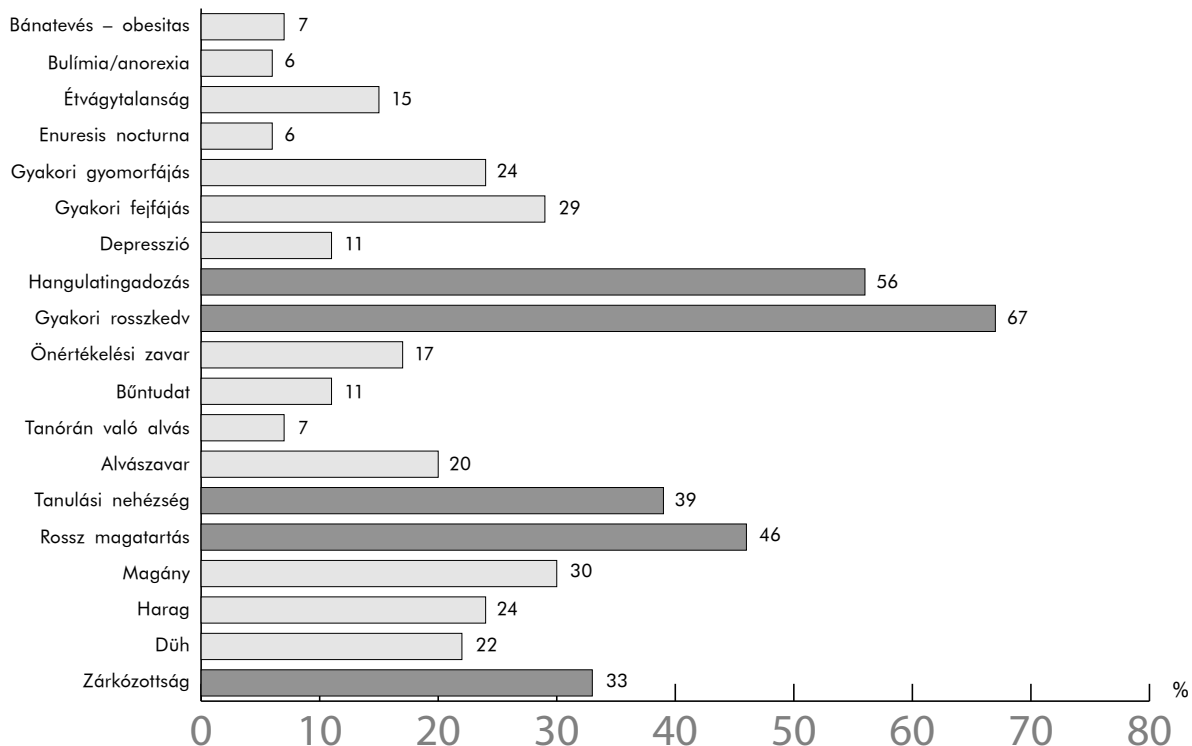
### Eredmények

#### Változások a gyermekek életében, a szülő–gyermek kapcsolatban

A válás tényének fogadása tekintetében megoszlottak a gyermeki reakciók. A diákok több mint fele (54,4%) fogadta egyértelműen negatívan (haraggal, szomorúsággal) szülei válását. 28,8%-uk közönyt, 13,4%-uk megkönnyebbülést érzett, 3,4%-uk kifejezetten örült a változásnak. A diákok egyik fele a válást feszültséggel teli folyamatként élte meg, másik fele úgy ítélte meg, hogy szülei kulturáltan próbálták ezt a helyzetet megoldani (1. táblázat). 1/3–1/3 arányban sikerült a válást

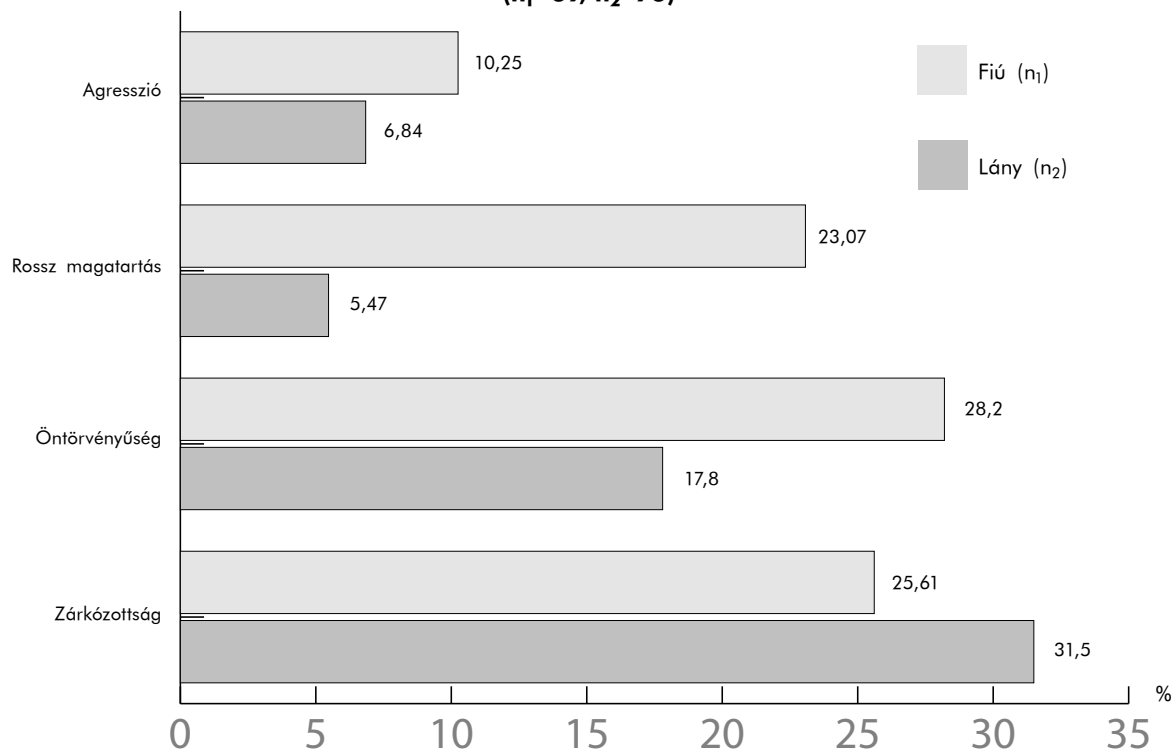
2. ábra

**A választ követően jelentkező tünetek  
(n=112)**



3. ábra

**Magatartásváltozás nemek szerinti megoszlása  
(n<sub>1</sub>=39, n<sub>2</sub>=73)**





1. táblázat

**A szülők válásának feldolgozásához szükséges idő a válás minőségétől függően (N=112)**

A feldolgozás ideje	1 évnél kevesebb (%)	1–3 év (%)	4–6 év (%)	A mai napig sem (%)	Összesen (%)
A válás típusa					
Feszültséggel teli	14,3	10,7	5,4	19,6	50,0
Kulturált	21,4	8,9	4,5	15,2	50,0
Összesen (%)	35,7	19,6	9,9	34,8	100,0

1 éven belül, illetve 1–6 év alatt feldolgozniuk, míg ugyanilyen részben vannak azok, akik a mai napig nem tudták túltenni magukat a helyzeten. A tanulók 34,8%-a napjainkig nem tudta feldolgozni szülei válását, arányait tekintve ez 19,6% (22 fő) feszültséggel teli, 15,2% (17 fő) kulturált válási helyzetet megélő diákok jelentett. A feldolgozási idő tekintetében a két-féle szituációt megélő gyermekek között a válást 1–3 év, illetve 4–6 év alatt feldolgozók között jelentős különbséget nem találtunk. A válást kulturáltan megoldó szülők gyermekeinek (21,4%) – a feszültségeket megélő gyermekekhez (14,3%) képest – több, mint 50%-al nagyobb arányban sikerült 1 éven belül megoldaniuk a helyzetet. A kulturált válást megélő diákok között magasabb arányban vannak olyanok, akik 1 éven belül, alacsonyabb arányban, akik a mai napig nem tudták feldolgozni ezt a traumát.

A 73 lányból 57 (78,1%) került az édesanyjához, 14 az édesapjához, 2 gyermeket nem a szülőknél helyeztek el a válás után. A 39 fiú közül 30 (76,9%) került az édesanyjához, 8 az édesapjához, 1 gyermeket szintén nem a szülőknél helyeztek el. A 112 diákból 15-en vallották azt, hogy elhelyezésükre vonatkozóan a szülők nem vették figyelembe a véleményüket. Tizenegy esetben az apához kerülést akadályozták, közülük 5 gyermek érezte úgy, hogy megromlott a kapcsolata az édesanyjával. Négy tanulónál fordult elő, hogy az anyánál akart maradni, de az apánál helyezték el. Rájuk jellemző volt, hogy az apa–gyermek kapcsolat kivétel nélkül megromlott, holott a válás előtt 3-nak jó vagy nagyon jó, 1-nek átlagos volt az édesapjához való viszonya. A 15, akarata ellenére elhelyezett gyermekből 9-nek negatívan változott a kapcsolata az öt gondozó szülővel, közülük az apához kerültek mindegyikének megromlott a viszonya az apjával.

A 112 gyermek közül 25-öt a válási procedúra és a szülők költözése mellett a lakóhely változása is érintett. Közülük 15-en észleltek negatív változást a távol élő szülővel való viszonyukban, 8 esetben ugyanolyan maradt a kapcsolat, 2 fő a költözést követően pozitív változásról számolt be. A negatív élményekről számot adó 15 gyermek közül 4-nek a költözés előtt kifejezetten jó volt a kapcsolata érintett szülőjével, ami a településváltás után nagyon rossz lett. Ketten nagyon jónak ítélték a kapcsolatot, amiben kisebb minőségi romlást észleltek a költözés után. Három esetben nagyon jó viszony után közömbössé váltak egymás iránt. Hat gyermeknél az eleve semleges kapcsolat tovább romlott.

Az édesanyák 73,2%-ának lett új párkapcsolata, az édesapák esetén ez az arány 76,8%. A családok többségében vál-

tozatlan maradt a kapcsolat a vérszerinti szülővel/szülőkkal, harmaduknál megromlott, elhanyagolható azoknak a száma, akiknél javult a helyzet. Az anya–gyermek kapcsolat 48,8%-ban, az apa–gyermek viszony 59,3%-ban maradt változatlan. A kapcsolat negatívvá válása az édesanyák és gyermekek között gyakori veszekedésekben és az egymástól való eltávolodásban, az édesapák és gyermekek esetén kevesebb látogatásban, nem megfelelő kommunikációban, illetve a kapcsolat teljes megszakadásában nyilvánult meg leginkább. A jobbnak ítélt anya–gyermek, illetve apa–gyermek kapcsolatot a hatékonyabb kommunikációnak és a szülők nagyobb engedékenységének tudták be.

### A válás hatására jelentkező tünetek

A gyermekeknél jelentkező tünetek megoszlását szemlélteti a 2. ábra. Annak ellenére, hogy a kiskorúak 45,6%-a közönyösen, megkönnyebbülve vagy pozitívan viszonyult a szülők válásához, a gyermekek 100%-a tünethordozónak tekinthető, vagyis kivétel nélkül mindenkinél jelentkezett valamilyen tünet. Az 5 leggyakoribb probléma a gyakori rosszkedv, rossz közérzet, a hangulatingadozás, a rossz magatartás, a tanulási nehézség és a zárkózottság volt. A mindennapokat érintő gyakori rosszkedv a kutatásban részt vett diákok több mint felénél (67 fő), a gyakori hangulatingadozás a gyermekek éppen felénél (56 fő) jelentkezett. A gyakorisági rangsorban következő tünetek az iskolai teljesítmény területén okoztak problémákat, tanulási nehézségben (40 fő), rossz magaviseletben (37 fő) nyilvánultak meg, és a megkérdezettek több mint harmadát érintették. Zárkózottá vált, és ezt nehézségként érzékelt a tanulók több mint negyede (33 fő). A tünetek egy része orvosi beavatkozást is igényelt. A diákok 25,9–21,5%-a részesült orvosi kezelésben funkcionális eredetű *cephalalgia*, *colica abdominalis*, alvásprobléma és táplálkozási zavar/betegség (étvágytalanság, *anorexia nervosa*, *bulimia nervosa*) miatt. Kilencen jeleztek a mindennapi életben problémát jelentő agresszív megnyilvánulásokat. Hat-hat tanulónál jelentkezett regresszív formában az *enuresis nocturna*, új betegségként a *bulimia/anorexia nervosa*. Öt gyermeknél diagnosztizáltak olyan betegséget (1 lány *bulimia nervosa*, 1 fiú epilepszia, 2 lány és 1 fiú *ulcus ulcერი*), amiről a gyermekek úgy gondolják, hogy kialakulásukban a szülők válása is szerepet játszhatott.

Vizsgáltuk, hogy van-e különbség a tüneteinek mennyisége a válást semleges/közönyösen, pozitívan (öröm, meg-

könnyebbülés) vagy negatívan (harag, szomorúság) megélték között. Akik haraggal vagy szomorúsággal reagáltak az eseményekre, azoknál átlagosan 6, akik semlegesén vagy pozitívan, azoknál 5 tünet jelentkezett, a legmagasabb tünetszám 17 volt.

A tünetek 3 csoportra (magatartászavarok, az érzelmi élet változásai, funkcionális eredetű kórképek) osztása után nem-specifikusságra vonatkozó vizsgálatot végeztünk (3., 4. és 5. ábra).

A magatartásváltozások (3. ábra) tekintetében a fiúk negyedtét érintette az öntörvényűség, a zárkózottság, a rossz magaviselet, 10,25%-ukat az agresszió. A magatartásváltozások nagy része, mint az agresszió, a rossz magatartás és az öntörvényűség a fiúknál jelentkezett nagyobb arányban. A lányok harmada zárkózottá vált, ez a rájuk jellemző domináns magatartásbeli tünet. Szembetűnő különbség a két nem között, hogy a rossz magatartás több mint négyszer, az öntörvényűség 1,5-szer nagyobb gyakorisággal fordult elő a fiúknál.

Az érzelmi változások/zavarok tekintetében (4. ábra) a fiúknál dobogós helyen – gyakorisági sorrendben – a rosszkedv, a hangulatingadozás, és azonos arányban a düh–magány–önértékelési zavar állt. A lányoknál a rosszkedv, a hangulatingadozás és a magányosság került az első három helyre. Mindkét nemnél az utolsó két helyen szerepelt a depresszió és a büntudat. Az érzelmi élet tekintetében a két nemnél nem tapasztaltunk a magatartásbeli változásokhoz hasonlóan kiugró különbséget. Az ebbe a csoportba tartozó 8 tünet közül 4 (a gyakori hangulatingadozás, az önértékelés zavara, a büntudat és a düh) a fiúknál jelentkezett nagyobb arányban, a depresszió, a rosszkedv, a magányosság és a harag inkább a lányokra volt jellemző.

A funkcionális eredetű kórképek közül (5. ábra) a fiúk körében a leggyakoribb tünet a *colica abdominalis*, második helyre került – egyenlő előfordulási gyakorisággal – a táplálkozási zavar és a *cephalalgia*, a legkevésbé jellemző az *enuresis nocturna*. A lányok több mint negyede döntően *cephalalgia* miatt szenvedett, 17,8%, illetve 16,4%-ukat érintette a *colica abdominalis* és a táplálkozási zavarok. A 73 lány közül 2-nél diagnosztizáltak *enuresis nocturnat*. A funkcionális eredetű kórképek tekintetében – a magatartászavarokhoz hasonlóan – igaz, hogy a fiúk veszélyeztetettebbek. A táplálkozási zavarok 1,2-szer, a *colica abdominalis* 1,5-szer, az *enuresis nocturna* négyszer nagyobb gyakorisággal jelentkeztek náluk, mint a lányoknál. A lányok körében majd 1,5-szer magasabb volt a *cephalalgia* előfordulási gyakorisága.

## Megbeszélés, javaslatok

A témához kapcsolódó szakirodalmakban (6, 9–16, 18, 25, 27, 29) ellentmondásos vélemények születtek arra vonatkozóan, hogy miként hat a válás a kiskorú elszenvedőkre. Ami bizonyos, hogy komoly veszteségként éri őket a család felbomlása. A megterhelés abból is adódik, hogy el kell szakadniuk egyik vagy mindkét szülőtől. A szakemberek szerint a szülők gyakran tanúsítanak éretlen, kulturálatlan magatartást, amely tovább nehezíti a helyzetet. Tipikus hibának számít a parentifikáció (a gyermek szülői alrendszerbe emelése),

a gyermek lojalitáskonfliktusba kényszerítése (a szülő saját oldalára állítja/kényszeríti a gyermeket), a másik fél hibáztatása, durva jelzőkkel való illette. Többen hangsúlyozzák, hogy a lakóhelyváltás, a megszokott életszínvonal csökkenése, az új szülő(k) megjelenése és ezzel az ún. patchwork-család kialakulása a gyermeknek plusz terhet jelenthet.

Kutatásunkat a szülők válását megelőző, jelenleg középfokú tanulmányaikat folytató 112 diák körében végeztük, 4 középiskolában, teljes körű lekérdezéssel. Megállapításaink az adott mintára érvényesek, de úgy gondoljuk, hogy kutatási eredményeink sok hasznos információval bírnak.

A kutatásban részt vettek váláskor betöltött átlagéletkora 9,01 év, a válási procedúra alatt jellemzően kisiskolások voltak. A válási folyamat elsősorban a korai iskolás éveket nehezíti, így szakmailag a tanítónők, az iskolákban dolgozó orvosok, védőnők, gyermekvédelmi felelősök, pszichológusok és az iskolavezetés felelőssége nagyon jelentős.

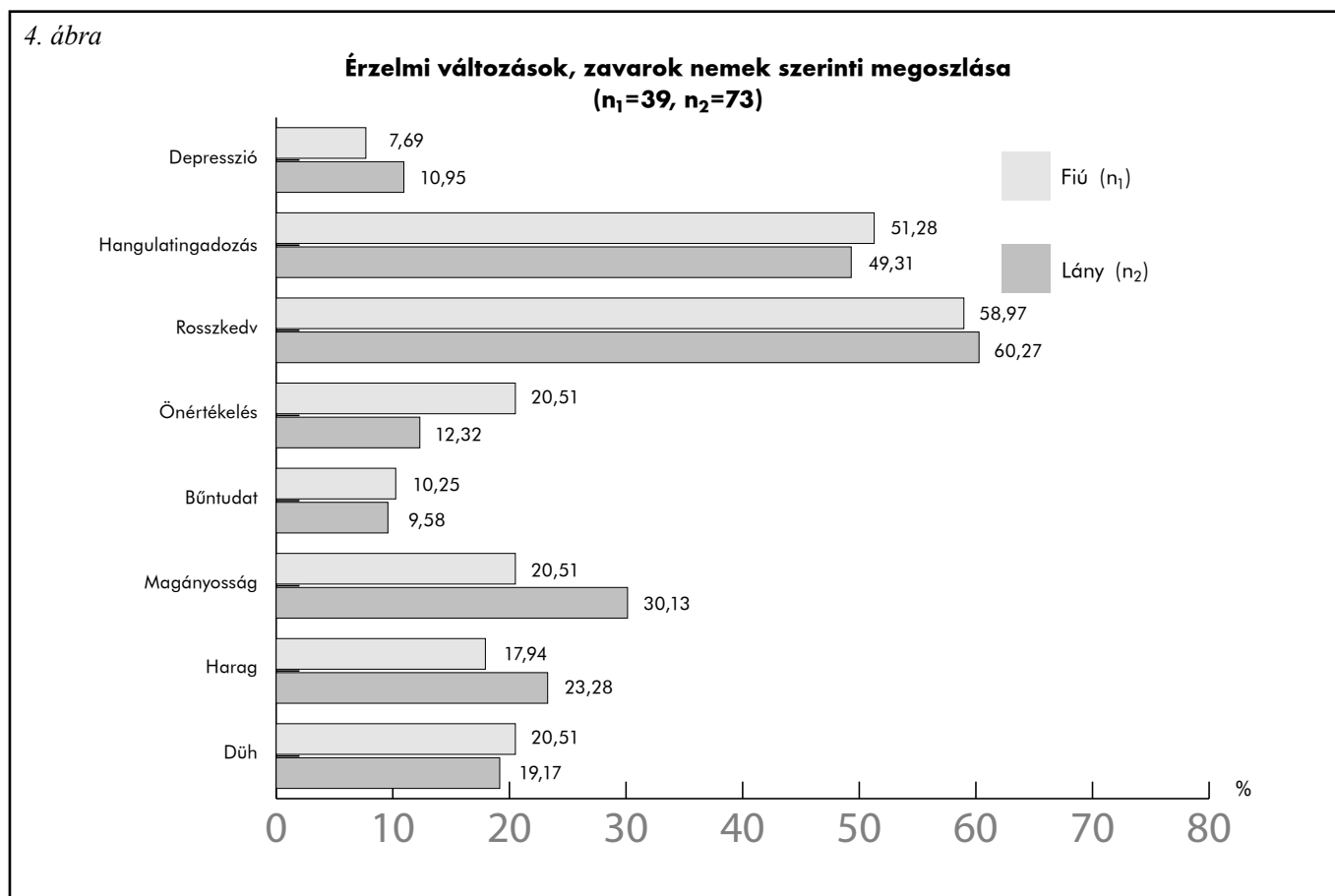
A szülők válási edukációjának szükségességét támasztja alá eredményünk, amely szerint a diákok szülei válását fele-fele arányban feszültséggel teli, illetve kulturált családi folyamatnak élték meg. Pozitívum, hogy a szülők fele sikeresen kezelte ezt a helyzetet, viszont ugyanennyien nem tudták helyesen megoldani.

A válásra a gyermekek jellemzően negatívan (54,4%) vagy közönyösen (28,8%) reagáltak, viszont voltak olyanok is, akik megkönnyebbülést (13,4%) vagy kifejezetten örömet (3,4%) éreztek. Tisztában kell lennünk azzal, hogy a gyermekek leginkább negatívan, közömbösen, esetenként megkönnyebbüléssel vagy örömmel, de nem egyformán reagálnak a válásra.

A válás időbeli feldolgozása szempontjából a diákokat megközelítőleg három egyenlő csoportba (1 éven belül, 1–6 év alatt, a mai napig nem feldolgozott válás) tudtuk sorolni. A válás feldolgozatlanására vonatkozó adat igen elgondolkodtató. Figyelemre méltó, hogy a kulturált válási szituációt megelőző diákoknak nagyobb arányban sikerült a válást 1 éven belül feldolgozniuk, de körükben is találunk olyanokat, akiknek a helyzettel a mai napig nem sikerült megbirkózniuk. Eredményeink alapján nem mondható ki egyértelműen, hogy a válás alatt tanúsított kulturált szülői viselkedés garancia a sebek gyorsabb begyógyulására.

A gyermekek háromnegyedét jellemzően az anyánál helyezte el a bíróság. A fiúk jelentős részével is ez történt, így a nemi identifikáció és férfi szereptanulás szempontjából ők kedvezőtlenebb helyzetbe kerültek. Ezt az állapotot tovább nehezíti, hogy 10,25%-uknak eleve rossz volt a kapcsolata az édesapjával, 33,3%-uknak pedig a válást követően romlott meg vele a viszonya. A gyermekek 13,4%-ánál az elhelyezésükre vonatkozó kérést – jellemzően az apánál történő elhelyezést – a szülők figyelmen kívül hagyták, így az amúgy is nehezített mindennapjaikat azzal a szülővel kellett tölteniük, akivel kevésbé szerették volna. Jelzésértékű, hogy a 15, akaratára ellenére elhelyezett gyermekből 9-nek negatív irányba változott a kapcsolata az öt gondozó szülővel. Véleményünk, hogy a gyermeki akarat és a gyermek nemének figyelembe vétele az elhelyezésre vonatkozó döntés kardinális kérdése kell, hogy legyen. Az egyszülős családban sérül a szerepek

4. ábra



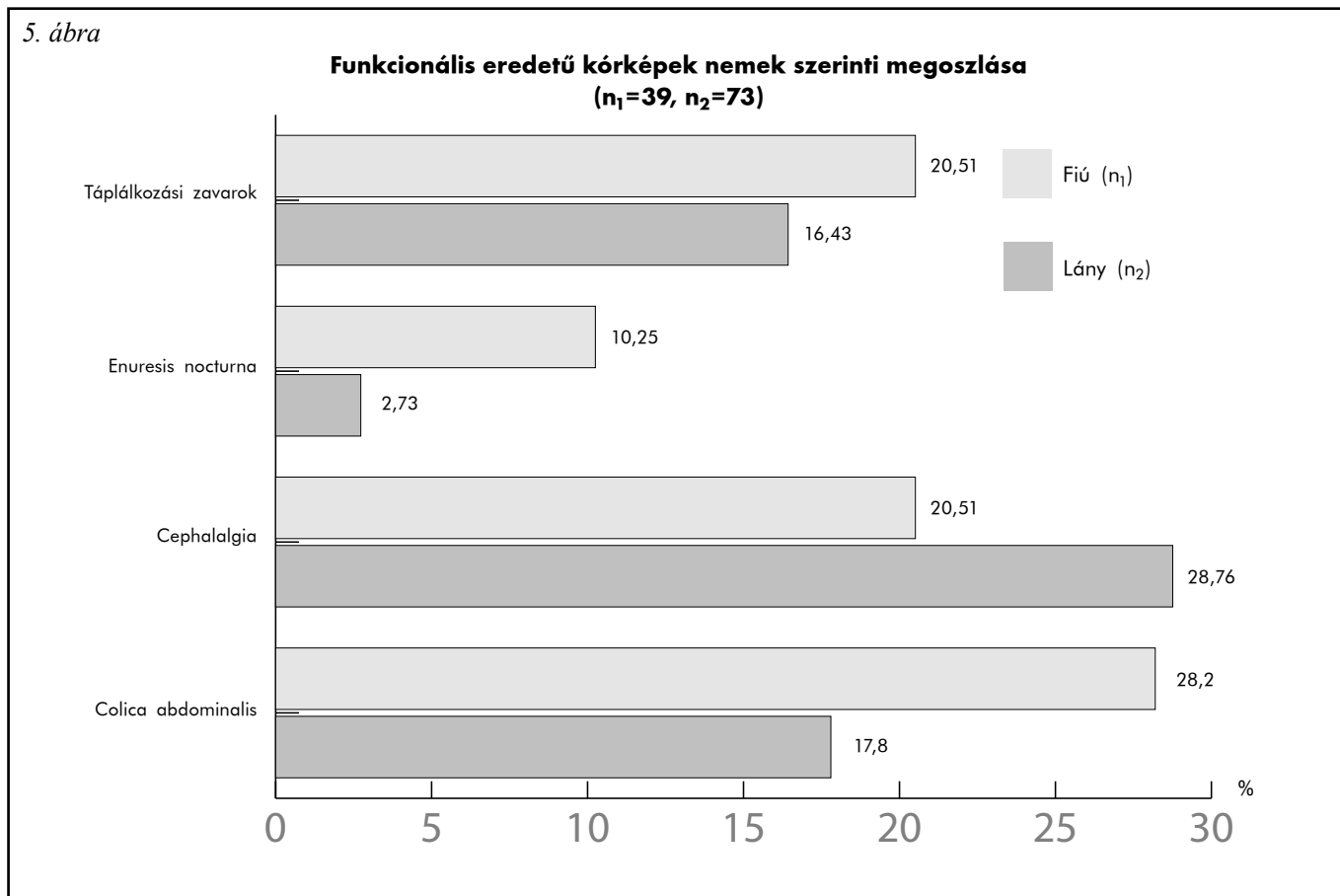
elsajátítása, ezért fontos, hogy a távol élő szülővel megegyező nemű személy (rokon, családi barát, pedagógus..., stb.) a gyermek közelében legyen. Ideális az lenne, ha a gondozó szülő nem akadályozná a távol élő szülővel való kapcsolat-tartást.

A gyermekek majdnem negyedének (22,3%) a válási pro-cedúra és a szülők különköltözése mellett a lakóhelyváltozással is meg kellett küzdeniük. 60%-uknak a távol élő szü-lővel való viszonya negatív irányban változott. Eredményünk alátámasztja azt a szakmai tapasztalatot, hogy a lakóhelyváltozással járó válás nemcsak az új helyzetbe, szociális miliő-be történő beilleszkedés, a régi, megszokott környezet, osztálytársak..., stb. elvesztése miatt jelent kritikus helyzetet, hanem a távol élő szülővel való kapcsolattartási nehézségek miatt is.

Az elvált szülők háromnegyede létesített új párkapcsolat-tot a válást követően, ami azt is jelenti, hogy a gyermekek háromnegyede kapott kéretlenül új szülőt, családot, eset-leg nem vérszerinti testvért is. Ez a helyzet, a vérszerinti szülővel/szülőkkel való viszonyon jellemzően nem változta-tott, viszont a gyermekek harmada számolt be megromlott kapcsolat-ról. Ezt igen magas aránynak találjuk. Úgy tűnik, hogy a családok egy részének nagy kihívást jelent ez a hely-zet, a családstruktúra nagyon bonyolulttá, kezelhetlenné válik, a vérszerinti és a nevelőszülők, a gyermekek nem tud-ják kezelni. Mindenképpen speciális szakmai segítségre van szükség.

Egyetértünk azokkal a szerzőkkel, szakemberekkel, akik azt vallják, hogy abban az esetben, ha a szülők legkésőbb a válás kimondásával megszüntetik a csatározásokat, akkor számos pozitív tapasztalatot nyer a gyermek. Megtapasztalja, hogy az élet rengeteg változást rejt magában, egy új helyzet nem feltétlenül rossz, nem kell katasztrófa-ként felfogni (13, 20, 22). Hangsúlyozzuk, hogy már a válás kimondása előtti nehéz időszakot is igen fegyelmegyetten, az egyéni párkapcsolati sérelmeket teljesen félretéve kell a szülőknek megoldaniuk.

Kutatásunkban igazolást nyert, hogy a válás a gyerme-kek-nél jelentkező tünetek tekintetében egyértelműen negatív hatású. Elgondolkodtató, hogy kivétel nélkül minden diák-nál jelentkezett valamilyen tünet, egyetlen gyermek sem volt, aki valamilyen őt zavaró probléma/nehézség/betegség nélkül vészelt volna át ezt a helyzetet. Jellemzően nem egy, hanem több tünett kellett megküzdenniük, a legtöbb tünet-szám meglehetősen sok (17) volt. A válást haraggal vagy szomorúsággal viselőknél átlagosan 6, azt semlegesen vagy pozitívan megélőknél 5 tünet jelentkezett, tehát lényeges különbség nincsen a két csoport között. Az 5 leggyakoribb probléma a gyakori rosszkezd, rossz közérzet, a hangulat-ingadozás, a rossz magatartás, a tanulási nehézségek és a zárkózottság volt. A tünetek 3 csoportra (magatartászava-rok, az érzelmi élet változásai, funkcionális eredetű kórké-pek) osztása után, a nem-specifikusságra vonatkozó vizsgá-latok szerint a fiúk körében gyakoribb a magatartásváltozás és a funkcionális eredetű kórképek előfordulása. Az érzelmi



élet zavarai esetén nem kaptunk statisztikailag alátámasztott bizonyítékot, mivel mindkét nem erősen érintett a problémában. A magatartászavarok tekintetében a fiúkra inkább jellemző az agresszió, a rossz magatartás és az öntörvényűség, a lányokra a zárkózottá válás. Funkcionális zavaroknál a fiúknál a *colica abdominalis*, táplálkozási zavar, *enuresis nocturna*, lányoknál a *cephalalgia* jellemző.

Az érzelmi élet területén a fiúk inkább éreztek hangulat-ingadozást, büntudatot, önértékelési zavart, dühöt, a lányok rosszkedvet, magányosságot, haragot, váltak depresszióssá. Az elvált szülők gyermekei által felsorolt, a válás után saját magukon észlelt tünetek, azok sokasága jelzésértékű. Úgy tűnik, hogy a bajban levő fiúk és lányok nem-specifikusan – és attól függetlenül is – számos módon jeleznek viselkedésükkel, érzelmeikkel, testi bajaikkal, jellemzően nem egy, hanem több tünettel is! A szülőknek, a gyermekek egészségéért felelősséggel tartozó szakembereknek sokkal jobban figyelniük kellene ezekre az egyértelmű jelzésekre és a problémák kezelésére is.

Tekintettel kutatásunk „súlyos eredményeire”, amelyek azt mutatják, hogy a válást a legnagyobb odafigyeléssel menedzselő szülők gyermekei is sérülnek a folyamatban, úgy gondoljuk, hogy az elsődleges cél a család részéről a tudatos családalapítás, a párkapcsolat/családi élet folyamatos karbantartásának, fejlesztésének akarata és az ezzel való munka, a szakemberek részéről a fentieket támogató kompetens szakmai segítségnyújtás, míg a másodlagos cél

a szülők válási edukációja. Javasoljuk, hogy a gyermekekkel a mindennapokban foglalkozó szakemberek képzési és továbbképzési, valamint az iskolák oktatási-nevelési programjainak kötelező részei legyenek a válásnak és a válás prevenciójának témakörei.

## Összefoglalás

Napjaink válási mutatói arra utalnak, hogy a párok már nem törekednek a házastársi és családi problémák kezelésére, megoldásként gyakran a válást választják, megelégedve a válás kiskorú elszenvedőiről.

Kutatásunk célja annak vizsgálata, hogy hogyan élik meg a gyermekek a szülők válását, az egyik szülőnél történő elhelyezésüket, a lakóhelyváltást, az új nevelőszülő megjelenését, s hogy ezek a változások miképp befolyásolják a szülő-gyermek kapcsolatot? Vizsgáljuk azt is, hogy a válást követően jelentkeznek-e a gyermekeknél tünetek/betegségek, és vannak-e közöttük nem-specifikusak?

Kérdőíves felmérésünket 2008. május–június hónapban négy Pest megyei középiskolában, olyan 9–12. évfolyamosok körében végeztük ( $N=112$ ), akiknek szülei elváltak.

A váláskor betöltött átlagéletkor 9,01 év, a válási folyamat elsősorban a korai iskolás éveket nehezíti. A gyermekek a válást fele-fele arányban feszültséggel telinek, illetve kulturáltként élték meg, jellemzően negatívan (54,4%) vagy közönyösen (28,8%), kevesebben megkönnyebbülve

(13,4%) vagy örömmel (3,4%), de nem reagáltak egyformán. A gyermekelhelyezésre vonatkozóan a nemek tekintetében nem mutatkozott különbség. A szülőkkel való kapcsolatot nehezítette a gyermek elhelyezéssel kapcsolatos véleményének figyelmen kívül hagyása és a lakóhelyváltás is. A fiúk a nemi szereptanulás szempontjából rosszabb helyzetbe kerültek. A szülők háromnegyede létesített új párkapcsolatot, az új „szülőt kapók” harmada számolt be megromlott vérszerinti szülő–gyermek kapcsolatról. A gyermekek 100%-ánál jelentkezett valamilyen magatartásbeli, testi vagy lelki, jellemzően több tünet. A legjellemzőbbek a gyakori rosszkedv, rossz közérzet (59,8%), hangulatingadozás (50,0%) és tanulási nehézség (34,8%). A fiúknál gyakoribbak a negatív magatartásváltozások és a funkcionális eredetű zavarok, érzelmi területen a nemek tekintetében nem találtunk jelentős különbséget. Nem mondható ki egyértelműen, hogy a kulturált szülői viselkedés – bár igen pozitív hatású – garancia a kevesebb tünetre és a sebek gyorsabb begyógyulására.

Kutatásunk „súlyos eredményeire” alapozva elsődleges szakmai célként fogalmazzuk meg a tudatos családalapítás és a házasság/párkapcsolat/családi élet folyamatos karbantartásának és fejlesztésének segítségét, másodlagos célként a szülők válási edukációját. Javasoljuk a szakemberek képzési és továbbképzési, valamint az iskolák oktatási-nevelési programjaiba kötelezően beépíteni a válásnak és a válás prevenciójának témaköreit.

## Summary

Divorce statistics of today hint to the fact that couples have not seek to tackle marriage or family problems yet, but often chose divorce as real solution forgetting interests of the minor endurers.

Our project goal is to examine how children can go through divorce of the parents, domicile changing, appearing of foster-parent and how these all can affect the child-parent

relation. Moreover we examine whether there are symptoms or diseases appearing after divorce, and are any of those sex-characterized.

Our questionnaire survey was carried out in four secondary school in Pest county between May and June 2008, focusing to children of 9–12 classes with divorced parents (N=112).

Average age of the children affected by divorce was 9,01, so divorce process makes mostly the early school years difficult. There were 50-50 percent of those who have gone through divorce with full of tension or lived that as cultured. They have typically reacted negatively (54,4%) or uninterestedly (28,8%), fewer with relief (13,4%) or with pleasure (3,4%), but not equally. Concerning placement of children there has been no difference between the two sexes. Neglecting the child's point on placement and domicile changing hampered relation to parents. Boys fell into a worse position as for the sex role-learning. Three-fourth of the parents got a new relation, where one-third of the children “getting new parent” reported worsened blood-parent-child relation. 100% of the children were affected by attitude-like, physical or mental (typically several) symptoms. The most typical ones were the frequent bad mood or general condition (59,8%), waving humour (50,0%), and learning difficulty (34,8%). Negative attitude changing and functional rooted disorders are more often in case of boys, while emotionally there is no significant difference between the two sexes. It cannot be said unambiguously that cultured parent behaviour guarantees less symptoms and faster recovery, even though it has quite positive effects.

Based on “heavy outcomes” of our survey, we point out the promotion of conscious family founding and that of permanent maintenance and development of marriage/relation/family life as primary vocational goal, while parental divorce education as secondary goal. We put forward to integrate compulsorily subjects like divorce and prevention of divorce to training and post-graduating programs of experts and to educational programs of schools.

## IRODALOM

1. Andorka Rudolf: *Bevezetés a szociológiába*. Budapest, Osiris, 2003, 351–372.
2. Bagdy Emőke–Kalo Jenő–Popper Péter–Ranschburg Jenő: *A család: harcmező és békesziget*. Budapest, Saxum–Affarone Kft., 2007
3. Baktay Miklós–Baktay Zelka–Csernus Imre–Kalo Jenő–Popper Péter: *Boldogtalan kapcsolatok: döntés, felelősség, gyávaság*. Budapest, Saxum–Affarone Kft, 2008
4. Bánki Árpád: *Válás gyerek szemmel, 1. rész*. <http://pkm.hu/?id=cikk&cid=38>, 2009. 01. 15.
5. Bognár Gábor–Telkes József: *A válás lélektana*. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1986
6. Buda Béla: *A személyiségfejlődés és a nevelés szociálpszichológiája*. Budapest, Tankönyvkiadó, 1986, 60–62.
7. Buda Béla–Szilágyi Vilmos: *Párválasztás*. Budapest, Gondolat, 1988, 75–109.
8. Cole, Michael–Cole, Sheila R.: *Fejlődéslektan*. Budapest, Osiris, 2006, 440–441.
9. Csernus Imre: *Ki nevel a végén?* Budapest, Jaffa, 2008, 10–87.
10. Feuer Mária: *A gyermek és a válás – A „mártír” szülő*. <http://www.patikamagazin.hu/index.php?cikk=1355>, 2009. 01. 15.
11. Feuer Mária: *A gyermek és a válás – El ne áruld!* <http://www.patikamagazin.hu/index.php?cikk=1816>, 2009. 01. 15.
12. Feuer Mária: *A gyermek és a válás – Menj a szobádba!* <http://www.patikamagazin.hu/index.php?cikk=1290>, 2009. 01. 15.
13. Figdor, Helmut: *A reménység peremén*. Budapest, Fekete Sas, 1996, 118–207.
14. Fischer Eszter: *Modern mostohák*. Budapest, Saxum, 2005
15. Gaier, Otto R.: *Elvált szülők gyermekei mesélik*. Budapest, Magvető, 1980

16. Ginott, Haim: *Szülők és gyermekek*. Budapest, Medicina, 1980, 192.
17. Hernádi Miklós: *Újabb családbomlási adatok és álláspontok az angolszász országokban*. <http://www.socio.mta.hu/mszt/20011/hernadi.htm>, 2008. 12. 08.
18. Horváth Magdolna: *A válás hatása a gyermekekre*. <http://koloknet.hu/289-a-vals-hatsa-a-gyermekekre>, 2009. 01. 15.
19. Kalo Jenő–Pándy Mária–Popper Péter–Ranschburg Jenő: *Felcserélt szerepek*. Budapest, Saxum–Affarone Kft., 2007
20. Kelemen Hetti: *A válás hatása a gyermekekre*. <http://csaladinet.hu/index.php?module=news&target=article&id=468>, 2009. 01. 15.
21. *Központi Statisztikai Hivatal*. [http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/tab11\\_01ib.html](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/tab11_01ib.html), 2011. 05. 10.
22. Loerser, Sven: *Ha a szülők válnak...* Budapest, Park, 1996, 11–33.
23. Maushart, Susan: *Asszonyors*. Budapest, Alexandra, 2001, 10–27.
24. Pongrácz Tiborné–Spéder Zsolt: „Élettársi kapcsolat és házasság – Hasonlóságok és különbségek az ezredfordulón.” *Szociológiai Szemle*, 2003., 4. évfolyam, 55–75.
25. Szakács László: *Menni vagy maradni? Kérdezd meg a gyermeked!* <http://www.freeweb.hu/kulon-ut/2000-2/3/index.html>, 2009. 02. 04.
26. Török Mónika: *Olympe de Gouges – A nők jogainak nyilatkozata szerzője*. <http://www.minok.hu/node/573>, 2009. 02. 05.
27. Vajda Zsuzsanna–Kósa Éva: *Neveléslélektan*. Budapest, Osiris, 2005, 533–539.
28. Watkins, Susan Alice–Rueda, Marisa–Rodriguez, Marta: *Nesze neked feminizmus!* Budapest, Ikon, 1996
29. Winn, Marie: *Gyermekek gyermekkora nélkül*. Budapest, Gondolat, 1990, 167–172., 177–180.

# A sport által egészségfejlesztés gazdasági jelentősége

Paár Dávid PhD-hallgató

Nyugat-magyarországi Egyetem, Közgazdaságtudományi Kar, Vezetés-szervezési és Marketing Intézet

## Az egészség közgazdasági nézőpontból

Többszörösen bizonyított, hogy a fizikailag aktív életmód számtalan élettani folyamatra, s ezáltal az egyén egészségi állapotára is pozitívan hat. Ugyanakkor az egyén nem elszígetelt, hanem közösségbe ágyazottan él, ezáltal a fizikai aktivitás az egyénen keresztül a társadalomra is hat, sőt, a közös testmozgás a közösségre is közvetlen hatást gyakorol. Mivel a társadalomtól elválaszthatatlan a gazdálkodás fogalma, ezért ésszerűnek tűnik, hogy a fizikai aktivitás és a gazdasági teljesítmény között is találhatók összefüggések. A tanulmány célja rávilágítani ezen összefüggésekre és átfogó képet adni róluk.

Először az egészség fogalmát kell közgazdasági szempontból elemeznünk, ahhoz, hogy a fizikai aktivitás gazdasági hatásait értelmezhesük. Nagyon leegyszerűsített felfogás az, amikor a közgazdászok csupán árúként értelmezik az egészséget. Eszerint az egészséget eladni és megvenni lehet, így az egészség inkább valamely szolgáltatásnyújtás eredményeként jelenik meg. Ez a megközelítés azonban meglehetősen erőltetett, a valóságtól elrugaszkodott és túlzottan profitorientált, ami inkább az egészségügyi szolgáltatásokat nyújtók – és nem elsősorban a szolgáltatásokat igénybe vevők – érdekeit tartja szem előtt.

Egy másik megközelítés az életszakaszokon keresztül – az egészség versenyképességben játszott szerepén át – ragadja meg a fogalmat. (Dézsy, 2006) Eszerint fiatal korban olyan képességek és készségek megszerzése teszi az embert egészségessé, amelyek segítségével a későbbi életszakaszokban a társadalom többi tagjával szemben versenyképes lesz a munkaerőpiacon. Ekkor az egyén célja, hogy minél előbb képes legyen a szülőket a gondoskodás alól mentesíteni. Az ezt követő leghosszabb életszakaszban az tekinthető egészségeseznek, aki képes versenyképességét megtartani, illetve helyreállítani. (Ebben az értelmezésben megengedhetőek bizonyos fogyatékoságok is, amelyek azonban nem meghatározóak az egyén életvitele során – ebből érezhető, hogy más-más életpályák más-más egészségigényt támasztanak.) Végül a harmadik szakaszban már nem a versenyképesség áll előtérben, hanem az életkornak megfelelő

életminőség, a fájdalommentesség, a mobilitás, a társadalmi életben való részvétel és a lelki, illetve szellemi épség – azaz az élet legmagasabb szintű élvezete.

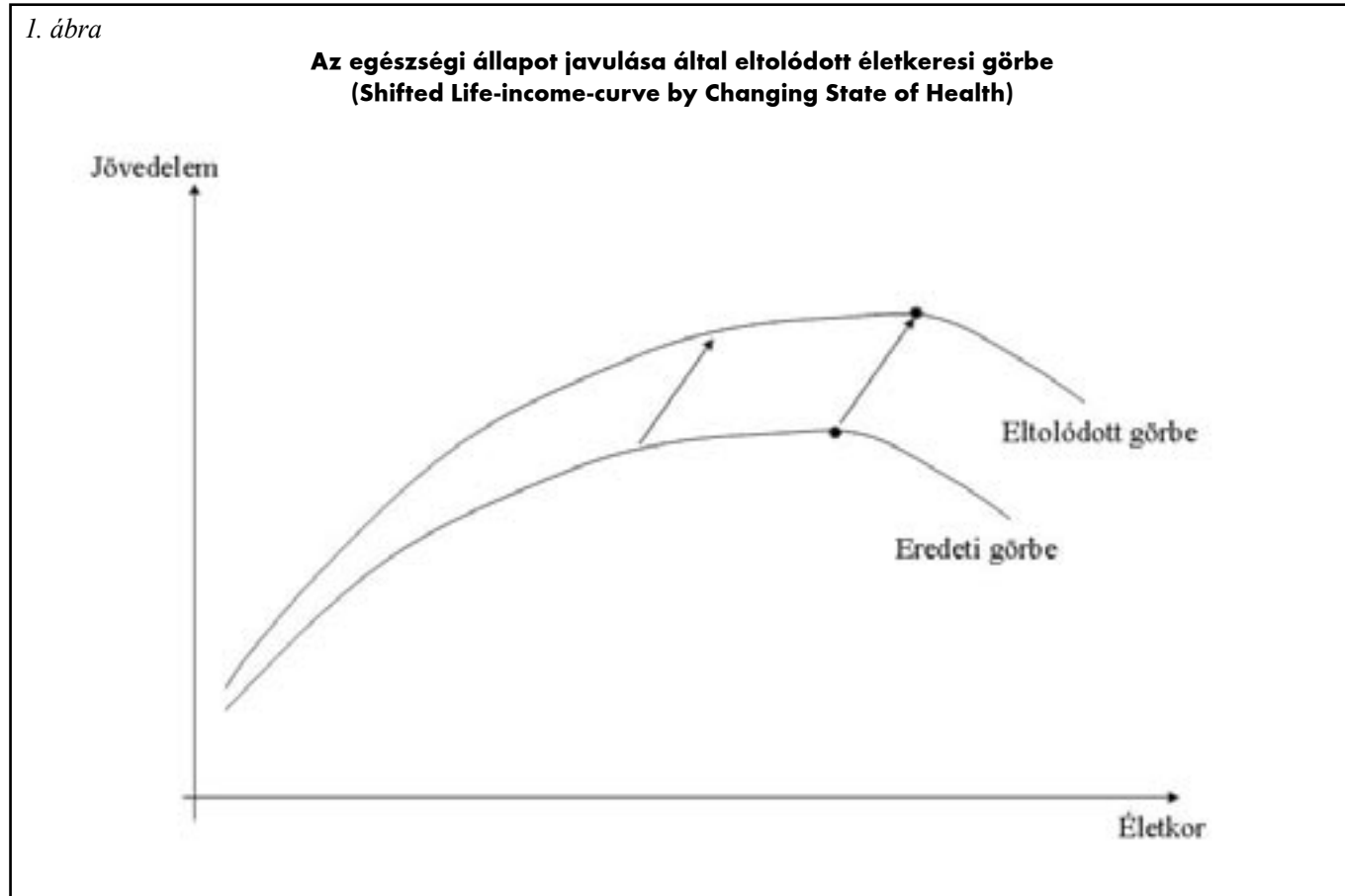
Mivel a versenyképesség minden területen más-más tulajdonságok meglétét feltételezi, ezért mindenképpen helytálló az a megállapítás, miszerint az emberek eleve más-más életfeltételek között kezdik életpályájukat, ami eleve egyenlőtlenségeket szül. Épp ezért egészségeseznek akkor tekinthető az ember, ha azokkal a képességekkel rendelkezik, amelyek lehetővé teszik számára, hogy munkája révén megvalósíthassa lehetőségeit és kiteljesíthesse személyiségét. (Naidoo és Wills, 1999)

Végül egy negyedik megközelítési módban az egészség, mint a humántőke egy komponensére is tekinthetünk. Erre az a közgazdaságtani szemléletváltás adott lehetőséget, amely a munkaerőre nem mennyiségi, hanem sokkal inkább minőségi szemmel tekintett. A *Grossmann-modell* szerint az egészség nem csupán egy fogyasztási jószág, amelynek előnyeit az egyén élvezi, hanem termelési jószág is. Az egyén pedig ennek a termelési jószágnak egyszerre hasznosítója és előállítója. Ennek megfelelően érvényes rá az elméleti megfontolás, amely szerint az egészségbe történő befektetéseknek létezik egy optimális szintje, ahol a határköltés meg egyezik a határbevétellel. (Kollányi–Imecs, 2007a)

## A rekreációs sport pozitív gazdasági externáliái

A rekreációs sport egészségen keresztül ható pozitív gazdasági externális hatásait több szempontból vizsgálhatjuk. Vizsgálhatjuk a vállalatok és munkáltatók szempontjából, a társadalmi ellátórendszerek szemszögéből, de bármelyik szempontot is vesszük figyelembe, mindegyik alapja az egyén egészsége, így a különböző egészségi állapotú egyének hozzájárulása a termeléshez és a nem tökéletes fittségből eredő költségekhez.

Az egyén és a háztartás szintjén megállapítható, hogy az egészségi állapot befolyásolja a béreket, a jövedelmeket, a ledolgozott munkaórák számát, a munkaerőpiaci részvételt, a nyugdíjazás időpontját, stb. Az egészségi állapot és a termelékenység közötti kapcsolat mérésére az egyik esz-



köz az órabér vagy valamely berráta – a neoklasszikus közgazdaságtan feltételezéséből kiindulva, miszerint az órabér egyenes arányban áll a dolgozó termelékenységével és a munkavállaló munkájának határtermékén fizetik meg. A betegség következtében megváltozhat az egyén munkaerőpiaci helyzete – csökkenő egyéni munkakínálat, kiesés a munkaerőpiacról – ezáltal csökken az egyén jövedelme. Jellemző a háztartásokra, hogy a tradicionális családi szerepeknek megfelelően a férfiak házastársuk betegsége esetén csökkentik munkakínálatukat, míg a nők éppen ellentétesen, növelik azt. (Harmath–Czárán, 2006a).

A túlsúlyosságot, kövérséget mérő szám a *body-mass-index* (*BMI*), amely összefüggésbe hozható a halálozások valószínűségével. Az azonos *BMI*-értékkel, de eltérő magassággal rendelkező emberek közül az alacsonyabbak nagyobb halálozási kockázattal rendelkeznek. (Fogel, 1994) Ugyanígy összefüggés található a fiziológiai állapot (magasság, *body-mass-index*) és a bérek, jövedelmek között. Nagyobb magasság nagyobb bért, magasabb *BMI*-érték alacsonyabb bért jelez. Ez a kapcsolat valószínűleg egyfajta társadalmi értékítéletet is tükröz (Harmath–Czárán, 2006b), de ennek meghatározó eleme lehet a már említett halálozási valószínűség. Azaz a fizikai aktivitás, amellyel a túlsúlyosság, kövérség megelőzhető, közvetlenül kapcsolatba hozható az elérhető jövedelmekkel.

Ugyanakkor az egészségi állapot javulásával párhuzamosan növekvő termelékenység az egyén számára életkereseti görbéjében pozitív változást eredményez, amennyiben elfo-

gadjuk, hogy a munkaerőt határtermékén fizetik meg. Ebben az esetben az életkereseti görbe – függetlenül az iskolázottság szintjétől – felfelé és jobbra tolódik el. (1. ábra)

A munkaadók és a munkavállalók szemszögéből megfigyelve a fizikai aktivitás pozitív externáliáit, egyszerre találunk olyan tényezőket, amelyek javuló, mások mérséklődő, de mindkét esetben pozitív hozadéku tendenciát mutatnak. (1. táblázat) Ugyanakkor ezek közül a tényezők közül a többség igen nehezen vagy egyáltalán nem mérhető. Éppen ezért az egészségbe – jelen esetben az egyén tevékenységébe – fektetett ráfordítások nehezen hozhatóak párhuzamba az abból eredő nyereségekkel, azaz a beruházásértékelés módszerei nehezen használhatóak. Ettől függetlenül ezeket a pozitív – gyakran élettani – hatásokat semmiképpen sem hagyhatjuk figyelmen kívül.

A jobb termelékenység tényét igazolja Bloom és Canning nemzetközi adatokat felhasználó elemzése, amely szerint a felnőttkori túlélési ráta (*ASR – Adult Survival Rate*: azok aránya, akik a 15 éves népességen belül várhatóan meg fogják élni a 60. életévet) 1 százalékpontos emelkedése a munkaerő termelékenységének 2,8 százalékos növekedését eredményezi. (Bloom–Canning, 2005)

Közös haszon a munkaadók és munkavállalók számára a betegállományban töltött napok számának csökkenése. Ez a könnyen számszerűsíthető és pénzben is kifejezhető haszon között vehető figyelembe. Ugyanakkor a koncentrációképesség növekedése pénzben nehezen mérhető.



## 1. táblázat

**A fizikai aktivitás pozitív hatásai a munkaadók és a munkavállalók számára  
(The Positive Effects of Physical Activity for Employers and Employees)**

Az előny élvezője	Mérséklődés	Javulás
Munkaadók		Nagyobb produktivitás
Munkaadók és munkavállalók együttesen	Betegállományban töltött napok számának csökkenése	A teljesítőképesség növekedése A koncentráció javulása
Munkavállalók	A krónikus megbetegedések kialakulási valószínűségének csökkenése A szívinfarktusra való hajlam csökkenése A félelemre és depresszióra való hajlam csökkenése A feszültségérzés csökkenése A mozgató szervrendszer megbetegedései kialakulási valószínűségének csökkenése	Hangulatjavulás A stressz-toleranciaszint és a stressztűrő képesség javulása Jobb közérzet Az önértékelés javulása

*Forrás: Bleyer és Saliterer (2007) alapján*

Közvetlenül az egyén életminőségét érintő pozitív hatások között említendő a különböző betegségek kialakulásának csökkenő valószínűsége. Ide tartoznak például a keringési megbetegedések, a csontritkulás, különböző daganatos megbetegedések, a cukorbetegség és a mozgató szervrendszer megbetegedései. Az egyes betegségek különböző rizikótényezők hatására alakulnak ki – mint mozgásszegény életmód, helytelen táplálkozás, dohányzás, stb. A nemzetközi orvosi szakirodalomban számos tanulmány készült, amelyek ezen rizikótényezők kockázatait vizsgálják az egyén életmódjában jelenlévő aktivitás esetén, illetve annak hiányában.

Az egyén életminőségét javító tényezők továbbá különböző, elsősorban pszichológiai hatások, mint pl. a stressztűrés, az önértékelés – amelyek kétségtelenül hozzájárulnak az egyéni teljesítőképességhez –, ugyanakkor pénzben nem igazán mérhetőek.

Összességében a munkaadók számára a jobb egészségi állapotú lakosság jobb termelőerőnek minősül, így hozzájárul az egyes vállalatok stratégiai céljainak megvalósulásához. (2. ábra)

Az eddigiektől eltérően aggregált szempontból is megvizsgálhatóak a fizikai aktivitás gazdasági hasznai. Ekkor számos közvetett haszonról beszélhetünk, de érdemes a felsorolást egy közvetlen pénzügyi haszonnal kezdeni. Ez pedig nem más, mint mindazon megtakarítások, amelyek a társadalmi ellátórendszerekben, a biztosítóknál a betegek számának csökkentésével elérhetőek. Ezek konkrétan számszerűsíthető, pénzben mérhető adatok.

Kevésbé közvetlen, de ugyanakkor mégis jelentős, további pozitív gazdasági hatásokról beszélhetünk a fizikai aktivitás kapcsán. Ilyenek például a jobb munkaerőellátás megvalósulása, mivel az egészségben eltölthető életévek számának növekedésével az idősebb korosztályok is a munkaerőpiacon maradhatnak, valamint az idő előtt a munkaerőpiacról kilépő egyének száma is csökkenthető, ezáltal nő a munkaerőpiaci verseny, és a munkáltatóknak nagyobb tudásbázis állhat rendelkezésére gazdálkodási céljai megvalósításához.

Itt említendő meg a képzéssel kialakított jobb készségek

felhalmozódása is. Egyértelmű, hogy a képzettebb egyének nagyobb jövedelműek és termelékenyebbek. Ezért az a gyerek, aki egészséges, többet van iskolában, jobban képezhető, így magasabb végzettséget fog szerezni. Ugyanez igaz a már munkaerőpiacon lévő egyénekre és az arról ideiglenesen kilépőkre is. Azaz ők is nagyobb hajlandóságot éreznek új ismeretek elsajátítására, ha későbbi munkavállalásuk során a képzés költségei – a várhatóan magasabb fizetéssel – megtérülnek számukra. A magasabb várható élettartamú egyén több készletet érez arra, hogy továbbképezze magát.

További hatásként említhető, hogy a fizikai – itt elsősorban a fizikai aktivitást segítő fizikai környezetre kell gondolni – és szellemi tőkébe való beruházás következtében megnőnek a háztartások tartalékai. A hosszabb és egészségesebb élet során több megtakarítást lehet elérni, valamint a már említett megnövekedett szakképzettség magasabb jövedelmeket eredményez az egyén számára, ami a megtakarítások alapját képezi.

### A fizikai inaktivitás számba vehető költségei

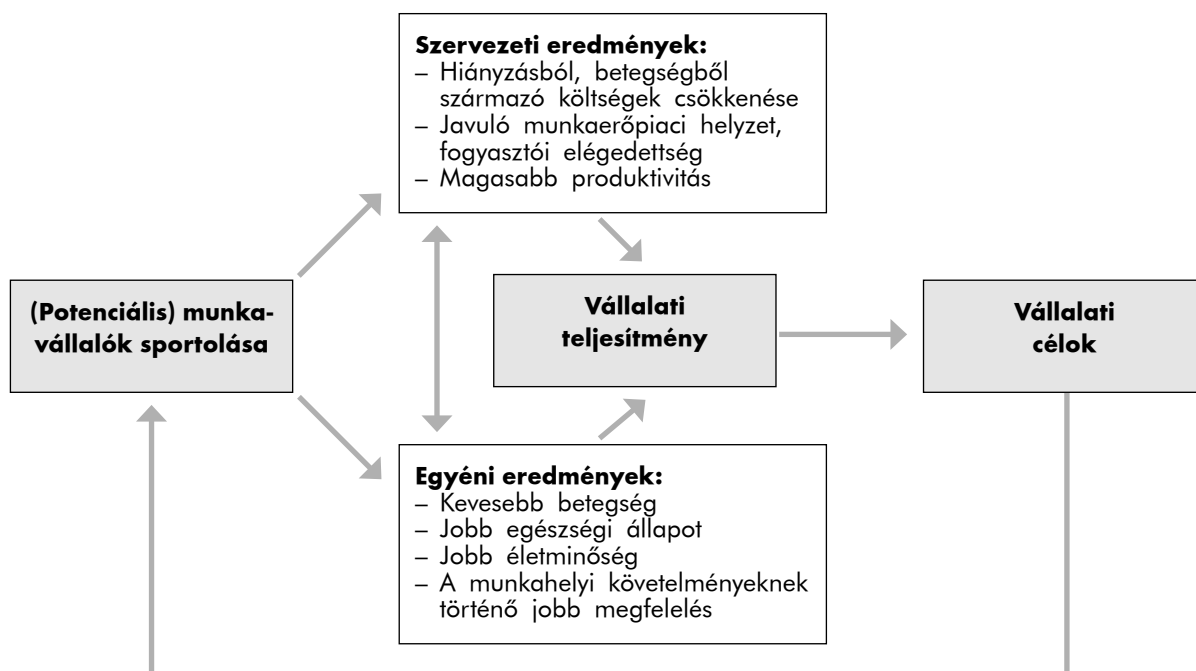
Napjaink fejlett társadalmi az elöregedés problémájával küzdenek, mivel a népességben mind nagyobb arányban vannak jelen az időskorú csoportok. Ehhez társuló tendencia, hogy a fejlett országokban nő az egyének által megélt életévek száma. Mindez a nyugdíjelosztási és az egészségbiztosítási rendszereknek fokozott terhet jelent, ráadásul ez utóbbi terheit növeli az orvostudomány töretlen fejlődése, ami a gyógyászati ellátások költségeinek rohamos növekedését is maga után vonja.

Az egészségügyi szolgáltatásokat az idősebb emberek nagyobb számban veszik igénybe, rendszerint egyszerre több szolgáltatást is, így a kezelésekhöz kapcsolható költségek az életkorral együtt növekednek.

Az ellátórendszerek fenntarthatóságának érdekében a jövőben kulcskérdés lesz, hogy az adott ország lakossága milyen mértékben lesz ráutalva az egészségügyi szolgáltatások igény-

2. ábra

**A sport hozzájárulása a vállalati célok megvalósulásához  
(Contribution of Sport to the Corporate-objectives)**



Forrás: DeGreef és Van den Broek (2004) alapján módosítva

bevételére, azaz milyen lesz az egészségi állapota. Ennek kialakításában pedig a fizikai aktivitás döntő szerepet játszhat, általa számos betegség által okozott teher csökkenthető.

A különböző betegségek terheit számba vevő, ún. „*cost-of-illness*” (COI) tanulmányok célja megállapítani, hogy „mennyibe kerül” egy betegség, és mekkora veszteséget okoz, ha a nyugdíjkorhatár előtt meghal valaki. A COI-tanulmányok több perspektívából alkalmazhatóak, így az egészségügyi ellátó rendszerek és a társadalombiztosítás, illetve a vállalati szektor szemszögéből is. Az eltérő perspektívák eltérő költségszámítási módokat feltételeznek. (2. táblázat)

A költségek számbavételekor három csoport különíthető el (Kollányi–Imecs, 2007b):

- **Közvetlen költségek:** a betegséggel kapcsolatban felmerülő összes költség (pl. gyógyítás, vizitdíj, gyógyszerkiadások, egyéb gyógyeszközök, táppénz, kifizetendő biztosítás vagy rokkantnyugdíj);

- **Közvetett költségek:** a kiesett termelés értékének becslése;

- **Puha vagy eszmei költségek:** azok a pszichés terhek, amelyeket a betegnek és családjának kell elviselnie (pl. fájdalom, kiszorulás a munkaerőpiacról), a társadalmi kohéziót romboló hatások. Ezek azonban olyan terhek, amelyeket a COI-tanulmányok nem számszerűsítenek.

Értelemszerűen az össztársadalmi nézőpont a legátfogóbb, mivel egyszerre tartalmazza a közvetlen és közvetett költségeket is, függetlenül attól, hogy azok a társadalom mely tagjait terhelik. Ugyanakkor a transzfereket nem szokás ebben

az esetben figyelembe venni, ugyanis csupán erőforrás-átadásnak, nem pedig erőforrás-felhasználásnak számítanak. A betegségterhek számbavételét ugyanakkor ebből a nézőpontból nehezíti, hogy széleskörű adatgyűjtést igényel, ráadásul ezeket az adatokat sokszor nehéz beszerezni.

Az egészség- és társadalombiztosítási rendszerek perspektívájából vizsgálva költségként merülnek fel azok az orvosi ellátáshoz kapcsolódó költségek, amelyeket az egészségbiztosítás finanszíroz. Ezek közvetlen költségnek minősülnek: fekvőbeteg- és járóbeteg-ellátás, gyógyszerek, és gyógyászati segédeszközök, gyógyszerár-támogatás, utókezelés és rehabilitáció, diagnosztika, valamint további költséget jelentenek a transzfernek minősülő táppénzkifizetések.

Ha a munkáltató vállalkozások szempontjából vizsgáljuk az inaktivitásból származó költségeket, akkor a munkáltatót közvetlenül terhelő egészségügyi költségek mellett a közvetett költségek azok, amelyek jelentős terhet rónak a gazdaságra:

- az aktív munkavállaló nyugdíjkorhatár előtti elhalálozásából adódó termelésbeli kiesés (ami az elmaradt jövedelmek alapján számítható, de ekkor felmerül a kérdés, hogy milyen életkorig tekinthető valaki aktív keresőnek);

- a munkavállaló betegsége miatt mulasztott munkanapokon kieső termelés (*absenteeism*);

- a munkavállaló csökkentett kapacitású munkavégzéséből eredő veszteségek, amikor a munkavállaló a munkahelyén van, de nem képes maximális teljesítőképességgel

2. táblázat

**Cost-of-Illness tanulmányok költségeinek számbavétele különböző nézőpontokból  
(Review of Costs in Cost-of-Illness Studies from Different Perspectives)**

Nézőpont	Egészségügyi költségek	Megbetegedési költségek	Halálozási költségek	Nem egészségügyi költségek	Transzferek
Társadalmi	Minden költség	Minden költség	Minden költség	Minden költség	–
Egészségügyi ellátórendszer	Minden költség	–	–	–	–
Vállalati szektor	Betegséggel kapcsolatos, munkáltatót terhelő költségek	Kiesett termelés (presenteeism/absenteeism)	Kiesett termelés	–	–
Betegek és családjaik	A betegséggel kapcsolatos, saját maga által fedezett költségek	Kieső munkabér/háztartási munka	Kieső munkabér/háztartási munka	A betegséggel kapcsolatos, saját maga által fedezett költségek	Kapott transzferek

*Forrás: Segel (2006) alapján*

a munkáját elvégezni, betegségét lábon hordja ki (*presenteeism*) – mert ha kiesne a munkából, akkor ő maga is jelentős bértől esne el – de ezzel a munkavégzés hatékonyságát is csökkenti;

- a munkavállaló termelőképességének rövidebb vagy hosszabb távú részleges vagy teljes elvesztése;
- az egészséges munkavállaló beteg családtagjának gondozása miatt a munkától távol töltött idő.

A betegek és családtagjaik szemszögéből készült tanulmányok azon költségeket veszik számításba, amelyek az egyes háztartásokat aggregált szinten ténylegesen terhelik – gyógyszerek, kezelések költségei, a gyógyulás érdekében eszközölt, nem egészségügyi jellegű ráfordítások –, valamint szintén itt veszik számításba a háztartások a munkából való kiesés és a korai halálozás következtében elmaradt jövedelmeit, sőt a háztartásban el nem végzett munka értékét is. Ebben a perspektívában a költségeket csökkentik azok a transzferek, amelyeket a háztartások a kormányzattól kapnak.

Mind a közvetlen, mind a közvetett költségek többféle módon értékelhetőek, sőt, számos olyan költség is felmerül,

amelyet a COI-tanulmányok nem számszerűsítanak, mivel a betegségek olyan, hosszú távú hatásaiként jelentkeznek, amelyeket nehéz közvetlenül az egyes betegségekhez kapcsolni. (3. táblázat)

A közvetlen költségek értékelésekor – az egyes kezelések költségeinél – rendszerint egy költség/díj-arányt szokás alkalmazni, mivel az egészségügyi szolgáltatók által kiszámlázott díjak lényegesen felülbecsültté tehetik a kezelés tényleges költségeit, így torzítana, ha csak a kiszámlázott díjakat vennénk figyelembe. Ugyanakkor amennyiben a tényleges költségeket vennénk számításba, akkor a számításokból kimaradna a szolgáltató intézmény haszna – amely például magánkórházaknál jelentkezik.

A közvetett költségek értékelésekor a vállalat vesztesége – mint a munkás által egy időszak alatt meg nem termelt érték – többféle módon is kiszámítható: például – a neoklasszikus modell szerint – a munkabér nagyságával, az adott időszakra eső GDP vagy GNP egy főre jutó részével, vagy a vállalat éves árbevételének egy foglalkoztatottra eső részével.

3. táblázat

**Betegségterhek értékelése  
(Evaluation of Economic Burden of Illnesses)**

Közvetlen költségek	Közvetett költségek	Nehezen számba vehető költségek
Gyógyítás számlázott díjai alapján	munkabérek alapján	háztartások módosuló fogyasztása és megtakarítása
Gyógyítás tényleges költségei alapján	GDP/fő vagy GNP/fő alapján	vállalati termelékenység módosulása
	egy főre jutó árbevétel alapján	módosuló piaci hozamok
	súrlódási költségek alapján	módosuló tőkevonzó képesség

*Forrás: a szerző saját gyűjtése alapján*

A munkaerő-túlkínálattal rendelkező országokban jobb módszer az ún. súrlódási költség alapú költségszámítás, amely a kieső munkavállaló helyettesíthetőségét feltételezi – egy ideig kollégái vehetik át feladatát, majd felvehetnek valakit a helyére –, így annak az átmeneti időszaknak a költségeit kell csak figyelembe venni, amíg a helyettesítés nem történik meg. A módszer hátránya, hogy csak a termelési kiesést veszi figyelembe, de emellett a kiesés csökkenti annak a csoportnak a munkahatékonyságát is, amelyben a megbetegedett ember dolgozott, sőt, az új munkaerő megtalálásának folyamata is költségként jelentkezik. (Boncz, 2005)

## Összegzés

Az egészség megromlásának egyik rizikófaktora a fizikai inaktivitás. Napjaink felgyorsult világában, az ülő életmód térnyerésével azonban mind kevesebbet sportolnak, mozognak az emberek. Ennek súlyos következményei lehetnek.

Tény, hogy a jó és rossz egészségi állapotú országok gazdasági teljesítményében tendenciózus különbségek vannak. Az egészségi állapot elsősorban alacsonyabb fejlettségi szinten befolyásolja, fogja vissza a gazdasági teljesítményt. Minél fejlettebb egy gazdaság, annál jobb az emberek egészségi állapota, a termelékenységét annál inkább más humántőke-komponensek határozzák meg (mint az iskolázottság, a szaktudás és egyéb skillek).

Ugyanakkor még a fejlett országokban is – mind mikro-, mind makroszinten – komoly költségmegtakarítás érhető el a fizikai inaktivitás felszámolásával, legalábbis csökkentésével. Éppen ezért széleskörű társadalmi összefogás szükséges

annak érdekében, hogy a fizikai inaktivitást sikeresen visszaszoríthassuk, s így gazdasági versenyelőnyt érhesünk el.

## Összefoglalás

A tanulmány célja összefoglalást adni arról, hogy a sporttevékenységek üzése által elérhető egészségi állapot-javulás gazdasági szempontból milyen előnyöket hordoz magában. Ehhez először a sajátos közgazdasági egészségdefiníciókat tekintjük át, majd számbavesszük azokat a pozitív gazdasági externáliákat, amelyek a sporttevékenységből származhatnak. Ezt követően bemutatjuk azon betegségterheket, költségeket, amelyek különböző nézőpontokból készíthető betegségteher-vizsgálatok alapjait képezhetik, s amelyek egy része a lakosság fizikai aktivitási szintjének növelésével megtakarítható lenne.

*Kulcsszavak: egészség, fizikai aktivitás, pozitív gazdasági externáliák, betegségterhek*

## Summary

Aim of the study is to summarize the economic advantages of health development through sport activities. First of all we survey the definitions of health focusing on the economic perspectives. After this we specify the positive economic externalities coming from sport activities. We present the costs of illnesses, which can be the basics of cost-of-illness studies various perspectives and which can be saved through the improvement of the population's physical activity rate.

*Keywords: health, physical activity, positive economic externalities, costs of illnesses*

## IRODALOM

1. Bleyer, M.–Saliterer, I. (2007): „Sport im Kontext betrieblicher Gesundheitsförderung: Entwicklungslinien und Ansatzpunkte für Sportprogramme in Unternehmen.” In: Urnik, S. (szerk.): *Sport und Gesundheit in Wirtschaft und Gesellschaft*. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, Wien. 101–118.
2. Bloom, D. E.–Canning, D. (2005): *Health and Economic Growth: Reconciling the Micro and Macro Evidence*. CDDRL Working Papers, Center on Democracy, Development and the Rule of Law, Stanford Institute on International Studies. Visszakereshető 2008. november 10-én: [http://iis-db.stanford.edu/pubs/20924/BloomCanning\\_42.pdf](http://iis-db.stanford.edu/pubs/20924/BloomCanning_42.pdf)
3. Boncz Imre (2005): „A termelékenységi költségek mérésének összehasonlítása Magyarországon: emberi tőke és súrlódási költség.” In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 43: 5. 29–31.
4. Dézsy J. (2006): *Egészséggazdaságtan egy kissé másképpen*. Springmed, Budapest
5. Fogel, R. W. (1994): *The relevance of Malthus for the study of mortality today: long-run influences on health, mortality, labor force participation, and population growth*, NBER Working Paper Series on Historical Factors in Long Run Growth, Cambridge. Visszakereshető 2008. november 10-én: <http://www.nber.org/papers/h0054.pdf>

6. Harmath Gy.–Czárán E. (2006): „Az egészség szerepe az Európai Unió országainak gazdaságában.” In: *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 44: 2. 14–17.
7. Kollányi Zs.–Imecs O. (2007): *Az egészség-befektetés – Az egészségi állapot hatása a gazdasági teljesítőképességre és az életminőségre*. DEMOS Magyarország Alapítvány, Budapest
8. *A Magyar Köztársaság Külügyminisztériumának honlapja*. <http://mfa.gov.hu>
9. Naidoo, J.–Wills, J. (1999): *Egészségmegőrzés – Gyakorlati alapok*. Medicina, Budapest
10. *Az OECD honlapja*. <http://www.oecd.org>
11. Országos Egészségfejlesztési Intézet: *Move Europe. Egészséges munkavállaló az egészséges munkahelyeken*. Visszakereshető 2008. október 1-én: <http://www.oefi.hu/move-europe/MoveEuro.pdf>
12. Segel, J. E. (2006): *Cost-of-Illness Studies – A Primer*. RTI International, RTI-UNC Center of Excellence in Health Promotion Economics. Visszakereshető 2008. november 10-én: [http://www.rti.org/pubs/coi\\_primer.pdf](http://www.rti.org/pubs/coi_primer.pdf)
13. World Health Organization (1946): *Alapszabály*. WHO, New York

# Középiskolás fiatalok sportolási szokásai a szociodemográfiai tényezők tükrében

Bollók Sándor PhD-hallgató,<sup>1</sup>  
Takács Johanna PhD-hallgató<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Semmelweis Egyetem, Testnevelési és Sporttudományi Kar

<sup>2</sup>Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet

## Bevezetés

A magyar lakosság egészségi állapota lényegesen rosszabb annál, mint az az ország gazdasági és kulturális státusza alapján elvárható lenne. Ez a lemaradás nem magyarázható sem az egészségügyi ellátórendszer színvonalával, sem a finanszírozási rendszer okozta hozzáférési okokkal [1]. Ezért olyan szemléletváltásra van szükség, amely méltó helyén kezeli a népegészségügy, a prevenció lehetőségeit. A megelőzés napi gyakorlattá válásához az egészségfejlesztésben új utakra van szükség, amelyek több más társadalmi alrendszer (egészségügy, oktatás, sport) és a civil szervezetek összehangolt működését igénylik. Ugyanakkor azt is el kell fogadni, fogadtatni, hogy mindenki saját maga is felelős egészségi állapotáért [2].

Az egészségmagatartás, az életmód elemei közül a sport, a fizikai aktivitás az egyik leghatékonyabb védőfaktor. Természetesen a sporttevékenység jellegében számos különbség mutatkozik, és az eltérések mindenekelőtt olyan dimenziókban ragadhatók meg, mint a sportolás célkitűzései, a sportolók társadalmi státusza, a sporttevékenység érdekszférái, a sport moralitása, a sport társadalmi életfunkciói; s a testedzés életteni és lelki jelentősége mellett szocializációs erővel is bír [3]. Azonban az egyén gyermekkori mozgásfejlesztése és – későbbi életszakaszban – a rekreációs sport egészségvédő hatása megkérdőjelezhetetlen. A sport nemcsak formálja a fiatalok egészségét, egészségmagatartását, de edzi testüket, pozitívan befolyásolja még bizonytalan értékrendjüket, segíti a pozitív gondolkodást és növeli az önbizalmat is [4].

A sportolás – más egészségmagatartási szokásokhoz hasonlóan – korai gyermekkori mintákhoz kötődik, ezért fontos, hogy ekkor kialakuljon a testedzés szeretete, és a gyermekek hozzászokjanak a rendszeres fizikai aktivitáshoz. A serdülők és fiatalok alkotják azt a populációt, akinek a primer prevenció a leghosszabb távú sikereket ígéri, s a káros magatartási formák megváltoztatása leginkább ekkor lehetséges [5].

A hazai kutatások azt igazolják, hogy a gyermekek szeretik az iskolai testnevelést és a szabadidős fizikai aktivitás is életük szerves részét alkotja. Azonban a serdülőkorú évek

alatt, a középiskolában az aktivitási szint jelentős csökkenést mutat [4,6]. Ez azért különösen fontos tény, mivel a rizikómagatartások a serdülő fiatalok körében nagyon elterjedtek, így ez a korosztály a sportolás hiányában veszélyeztetettebb a káros szenvedélyek, a szerhasználat (dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás) tekintetében. Az aktivitási szint felnőttkorban még tovább csökken. Ez azt jelenti, hogy a sport kedvező életteni és pszichológiai hatásait a lakosság nagy része nem használja ki. Ennek pedig igen komoly negatív népegészségügyi következményei vannak [5,7].

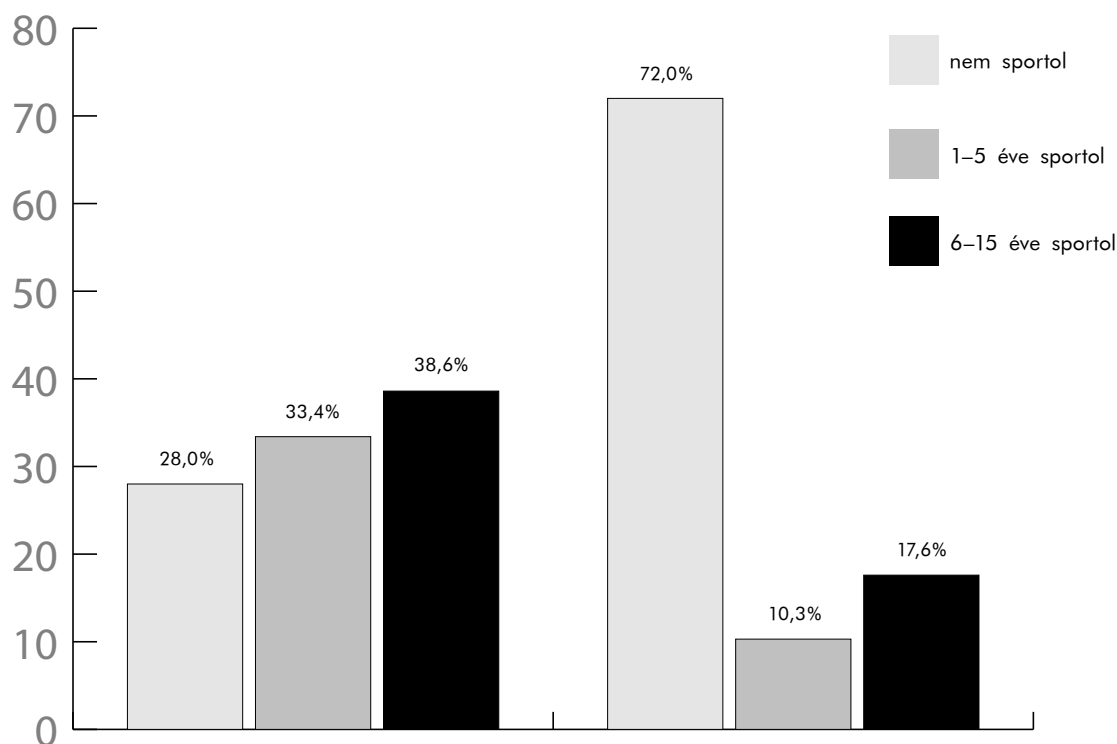
Az általános iskolában még nem, a középiskolában viszont már a fizikai aktivitásban is jelentős nemi különbségek fedezhetők fel. Ezek az eltérések kapcsolatba hozhatóak a két nem eltérő sportmotivációjával: a lányok az egészséget és az esztétikai szempontokat; míg a fiúk az erődemonstrációt, a versenyzést és a győzelemre való törekvést tartják szem előtt [8]. Testátalakítási törekvéseikben is hasonló a hangsúly, a fiúk a rendszeres testedzést; a lányok már inkább a fogyókúrás táplálkozási módszereket preferálják [9].

A társadalmi-gazdasági státuszt és a fizikai aktivitást vizsgálva *Pikó és munkatársai (2004)* egy „J” alakú görbét figyeltek meg, amit a sportmotivációval való összefüggés jellemez. A felső társadalmi osztályba tartozó fiatalok sportolnak a legtöbbit, a legalacsonyabb rétegbe tartozók testedzése azonban felülmúlja a középosztálybeliét. Az eredményt azzal magyarázták, hogy az alsó társadalmi osztályoknak a sport egyfajta kitérési lehetőséget jelent, míg a felső osztályok számára a szabadidő hasznos eltöltésének formája [8,10]. A társadalmi környezet döntően befolyásolja a gyermekek sporthoz való viszonyát. A mai edzésintenzitás, a tanulmányi elvárások, a sportágak verseny-, sportszer- és ruházatigénye általában megkívánja, hogy a gyermek mögött erős családi háttér álljon. Ha ez kedvezőtlen, a gyermek gyengébb teljesítményre lesz képes, eredmények hiányában pedig könnyen lemorzsolódik, befejezi a sportolást [11].

A sport protektivitása, szociális és lelki funkcióinak teljesülése függ attól is, hogy a környezet hogyan viszonyul az egyén ebbéli tevékenységéhez. A középiskolás korosztály esetében a legrelevánsabb környezeti tényező a lakókör-

1. ábra

## Sportoló és nem sportoló fiatalok nemi megoszlása



nyezet és a család, illetve azon belül is elsősorban a szülők. A szülők aktív vagy passzív szupportivitása, más esetekben ellenző-tiltó viszonyulása fontos kérdésként merül fel a sport és a káros szenvedélyek viszonyában is [3].

A közösség, a család „diktálta” életmód és értékrendszer „szociogenetikus” átvitele, amely a gyermekkorban erősen függ a szülők társadalmi helyzetétől, később a felnőttkori életmód-repertoár alakulására is kihat. Egy társadalom egészséges működését a korai szocializáció épsége alapozza meg, hiszen ez biztosítja az egyén, a csoport és a tágabb közösségek, valamint a társadalom egyensúlyát.

Kevésbé feltárt kutatási terület a fiatalok sportolási szokásainak területi meghatározottsága. A megyeszékhelyeken, városokban élő fiatalok sportolási gyakorisága szignifikánsan magasabb, mint az egyéb településeken élőké [6]. A szociális különbségek erősen befolyásolják a népesség sportolási szokásait, a sport megjelenését a mindennapi tevékenységstruktúrákban. A családi körülmények, hagyományok, iskolatípusok okozta különbségek már a diákéletben észlelhetők. A gazdaságilag fejlettebb települések képesek lépést tartani a gyorsan változó sporttrendekkel, a hátrányosabb helyzetben lévő vidéki társadalom szűkösebb kínálatot nyújt [12]. A falusi fiatalok elsősorban fociznak és más labdajátékokat űznek, a budapestiek preferenciája azonban lényegesen színesebb. Ebben a körben jellemzőbb az új és divatosabbá vált sportágak választása, mint az aerobic, a fitness, a testépítés, a kerékpározás, a kocogás vagy az úszás. Ezek mind egyé-

ni sportok, amit magyarázhat a nagyvárosokban jellemző nagyobb mértékű individualizáció. A divatos sportokhoz való hozzáférés a városokban jóval egyszerűbb, mint falusi környezetben [13].

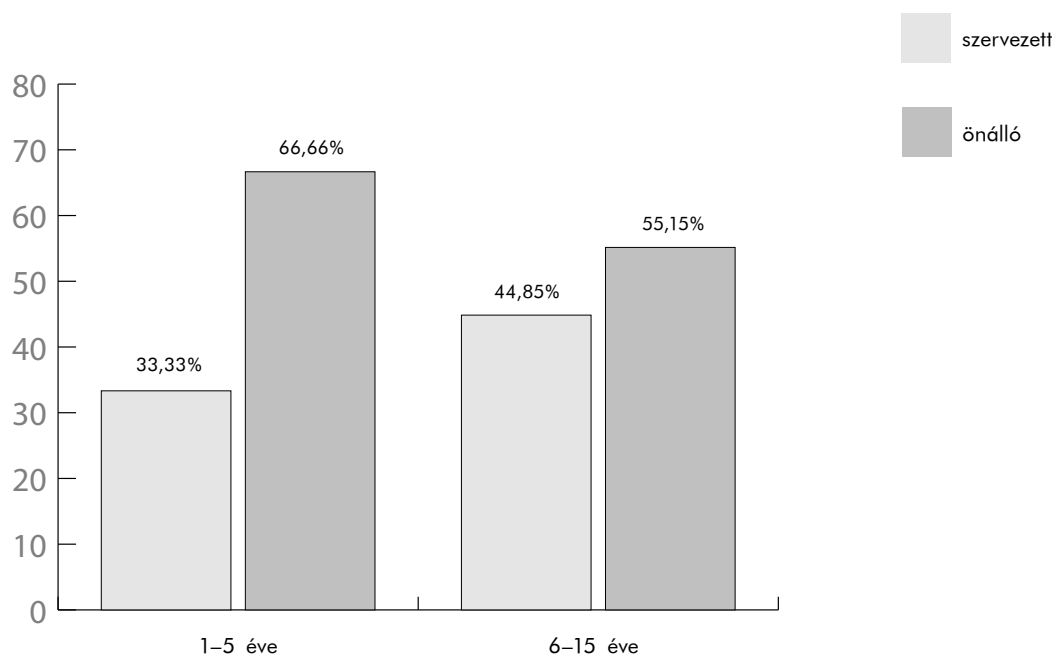
Ahhoz, hogy a sportolás egészségvédő hatásait a gyakorlatban is sikeresen alkalmazzuk, ismerni kell azokat a meghatározó tényezőket, motivációkat, attitűdöket, amelyek a sportot az életmód keretei közé illesztik. A kutatások a sporttal kapcsolatos értékorientáció két típusát különböztetik meg: külső (*extrinsic*) és belső (*intrinsic*) értékeket. Az önelfogadás, a csoporthoz tartozás, az egészség és a közösségi érzés belső, míg az anyagi sikerek, a hírnév, a jó megjelenés külső értékek [6].

A sportolás fő okaiként a fiatalok az egészséget, az edzettséget, a stressz levezetését, az örömforrást említik [14]. Az eredmények is azt igazolják, hogy a rendszeres fizikai aktivitásban résztvevők egészségi és edzettségi állapotukat magasabbra értékelik, életükkel elégedettebbek, kevesebb depresszív tünettől rendelkeznek, tehát jobb életminőségről és kedvezőbb pszichoszociális egészségi állapotról számolnak be [15,6].

Kutatásunk célja az volt, hogy saját eredményeinket az „Ifjúság 2008”-as kutatással [16] összehasonlítva megvizsgáljuk a 17–19 éves fiatalok sportolási szokásait, és a mintára jellemző szociodemográfiai tényezőket. A korábbi tapasztalatok alapján a középiskolás kor eléréseig a gyermekek egyik kedvelt időtöltése a fizikai aktivitás, a serdülőkor

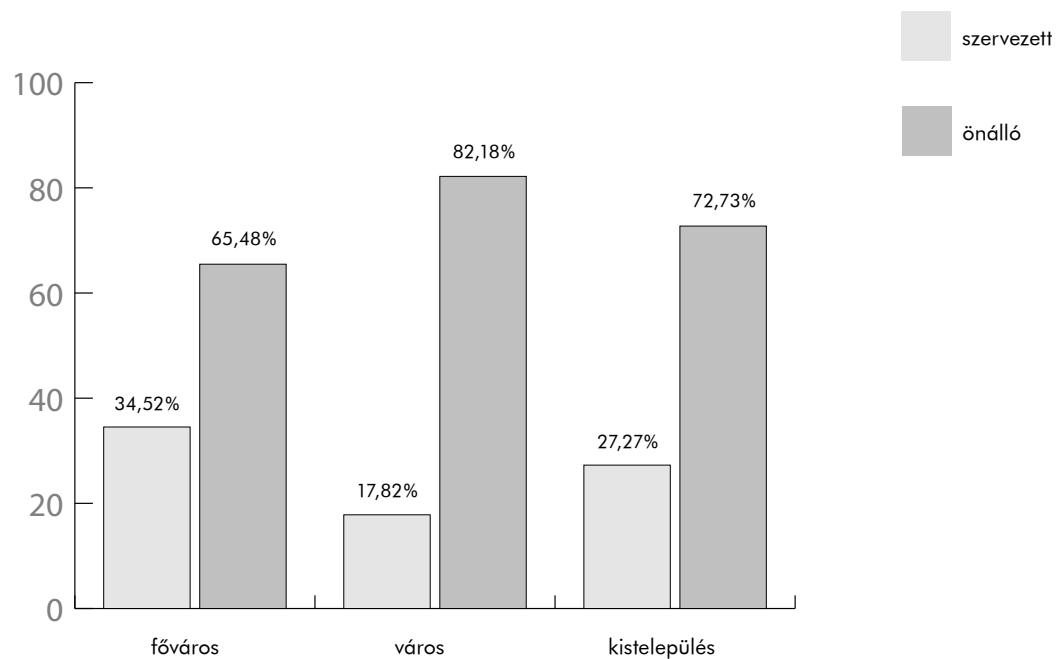
2. ábra

**Sportoló fiatalok szervezett vs. önálló sport preferenciája**



3. ábra

**A szervezett és önálló sportolás településtípusonkénti megoszlása**





## 1. táblázat

Fővárosi, városi és kistelepülési sportoló és nem sportoló fiatalok aránya

	Nem sportol	1-5 éve sportol	6-15 éve sportol
Fővárosi	46,5%	19,4%	34,1%
Városi	52%	20,2%	27,8%
Kistelepülési	54,2%	23,1%	22,7%

sportjában azonban már nemek közötti különbséget is találhatunk. Feltételeztük, hogy szoros összefüggés tapasztalható a társadalmi-gazdasági környezet (lakóhely típusa) és a fizikai aktivitás között. A korábbi vizsgálatok a sportolás meghatározó okaként az egészségvédelmet, az edzettséget és a sportot, mint örömforrást emelték ki, ennek elemzésekor a fiatalok sport iránti értékpreferenciáját és érzelmi aspektusát vizsgáltuk.

## Módszer

## A vizsgálatban résztvevő személyek

A vizsgálatban összesen 600 személy (17–19 év, átlag: 17,7 év;  $s=0,76$ ) vett részt; budapesti, miskolci, kecskeméti, gyomaendrődi, somogyzsitvai és e települések környékén élő tanulók. Lakóhely szerint három csoportot különítettünk el: fővárosiak 129 fő, városiak 233 fő, községben élők 238 fő. A nemek arányát tekintve 253 fő lány, 347 fő fiú. Iskolatípus szerinti megoszlásuk a következőképpen alakult: a legnagyobb számban a szakközépiskolások képviseltetik magukat 348 fővel (58%), míg a fennmaradók kb. 1/3–1/3–1/3 arányban gimnázium, szakmunkásképző iskola és szakiskola.

## Eszközök, eljárás

A minta keresztmetszeti vizsgálatát önkitöltő kérdőívek (zárt kérdések) segítségével végeztük. Az adatfeldolgozás során SPSS 15.0 statisztikai programot használtunk, *Pearson-féle  $\chi^2$* -tel, illetve nemparametrikus tesztekkel (*Mann–Whitney U-próba*, *Kruskal–Wallis H-próba*) elemeztük a változók egymásra hatását és kapcsolatát.

## Eredmények

## Sportolási szokások

A tanulók sportolási szokásait tekintve megállapítható, hogy 310 fő (51,7%) egyáltalán nem végez testedzést, míg 127 fő (21,2%) 1–5 éve, 163 fő (27,2%) 6–15 éve folytat rendszeres sporttevékenységet. (Sportolónak tekintettük azokat a vizsgált személyeket, akik hetente legalább három alkalommal, legalább egy óra időtartamban végeznek valamilyen sportmozgást).

A fizikai aktivitás nemi megoszlásában szignifikáns különbségeket találtunk ( $\chi^2(2)=48,248$ ;  $p<0,005$ ). A fiúk

többsége 209 fő (72%) rendszeresen sportol, míg a lányoknál csak 81 fő (28%). A sportoló fiúknál 97 fő (33,4%) 1–5 éve, 112 fő (38,6%) 6–15 éve edz, míg a lányoknál 30 fő (10,3%), valamint 51 fő (17,6%) ez az arány. (1. ábra)

## Sportolás és lakóhely

A különböző településtípusokon élő fiatalok között nem találtunk szignifikáns különbséget; a 129 fő fővárosi fiatal közül nem sportol 60 fő, 1–5 éve 25-en, 6–15 éve 44-en sportolnak. Városi fiatalok 233-an vettek részt a vizsgálatban, közülük 121 fő nem folytat testedzést, 1–5 éve edz 47 fő, 6–15 éve 65-en sportolnak. A kistelepüléseken 238 fő közül a nem sportolók száma 129 fő, az 1–5 éve sportolóké 55 fő, 6–15 éve aktívan sportol 54 fő. (1. táblázat)

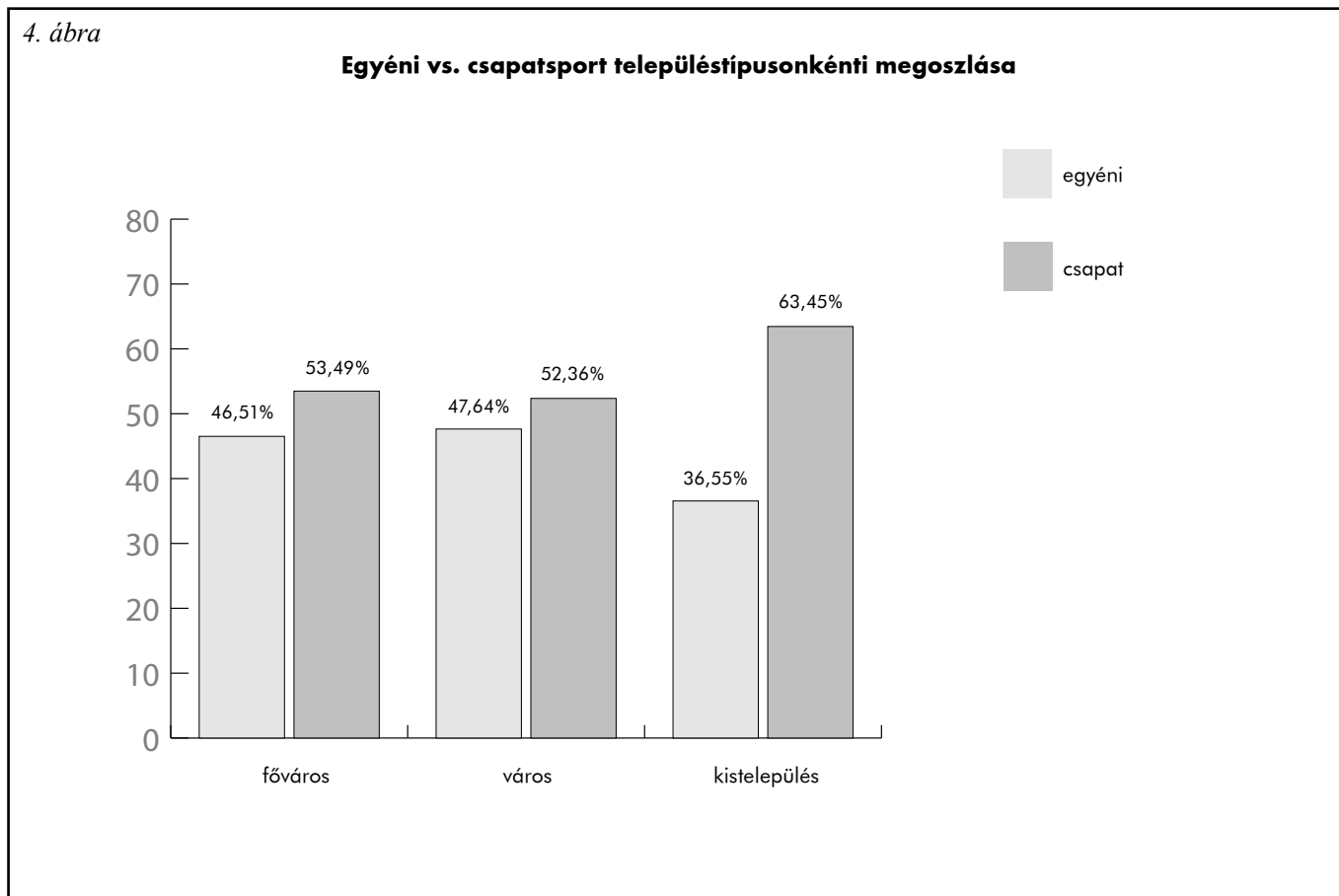
A sportolás típusai: szervezett vs. önálló – egyéni vs. csapatsportok  
Szervezett vagy önálló keretek között végzett testedzés

A változó vizsgálata során kizártuk azokat, akik erre a kérdésre a „nem sportolok” választ adták, illetve korábban „nem rendszeres sportoló”-ként jelölték meg magukat (353 fő). Először megvizsgáltuk, hogy az 1–5, illetve 6–15 éve sportoló fiatalok a szervezett vagy önálló sportolást részesítik-e előnyben. (2. ábra) Az eredmények szerint szignifikáns mértékben, függetlenül a sportolás időtartamától, a sportoló fiatalok az önálló testedzési formákat preferálják (60,32%) ( $\chi^2(2)=74,531$ ;  $p<0,005$ ).

## Település szerint

Feltételezésünk szerint a sportoló fiatalok preferenciáját a szervezett vs. önálló keretek közötti testedzés tekintetében befolyásolja a lakóhely típusa. Megvizsgáltuk a szervezett és önálló sportolást településtípusonkénti megoszlás szerint. A változó vizsgálata során kizártuk azokat, akik erre a kérdésre a „nem sportolok” választ adták (177 fő). Az eredmények szignifikánsan különböznek ( $\chi^2(2)=9,322$ ;  $p<0,005$ ). A fővárosban 27,6%, a városokban 29,5%, míg a kistelepüléseken 42,9% szervezett közösségben tölti el edzésidejét. Az önállóan gyakorlók 17,3%-át a fővárosi, 45%-át városi, ugyanakkor 37,7%-át a kistelepüléseken élő fiatalok teszik ki. (3. ábra)

4. ábra



### Egyéni vs. csapatsport-preferencia

A sportoló fiatalok között nem találtunk szignifikáns különbséget az egyéni vs. csapatsport-preferenciában; a sportoló fiatalok 41,4%-a az egyéni, 58,6%-a inkább a csapatsportokat kedveli.

### Település szerint

Az egyéni vs. csapatsport-változót településtípusonként is megvizsgáltuk. Az eredmények alapján szignifikáns különbség van a fővárosi, városi és kistelepülési fiatalok preferenciájában ( $\chi^2(2)=6,718$ ;  $p<0,005$ ). A fővárosi és városi fiatalok közel egyenlő arányban kedvelik az egyéni és csapatsportokat, a fő különbség a kistelepülési fiatalok esetében jelentkezik, ahol a fiatalok 36,5%-a az egyéni, míg nagyobb részük, 63,5%-uk inkább a csapatsportokat részesíti előnyben. (4. ábra)

### A sportolás okai, motívumai

A sportolás okait és motívumait keresve, a következő kérdésekre adott válaszokat vizsgáltuk: 1) sportolás közben mennyire fontos a – jó eredmény, – a szabályok betartása, – a játék, szórakozás, kikapcsolódás; 2) a kérdőívben megadott 18 válaszlehetőség közül – „Szerinted az alábbi dolgok mennyire fontosak a sportban? Pl.: testmozgás, fitt-

ség, verseny, győzelem, küzdelem, stb.” – melyeket jelölték meg „*nagyon fontos*”-ként (7-fokú Likert-skálán); 3) a kérdőívben megadott 26 válaszlehetőség közül – „Az alábbiak közül milyen érzéseket ad neked a sport? Pl.: öröm, felszabadultság érzete, jobb vagyok másoknál, ez életem értelme, stb.” – melyeket jelölték a legmagasabb mértékben.

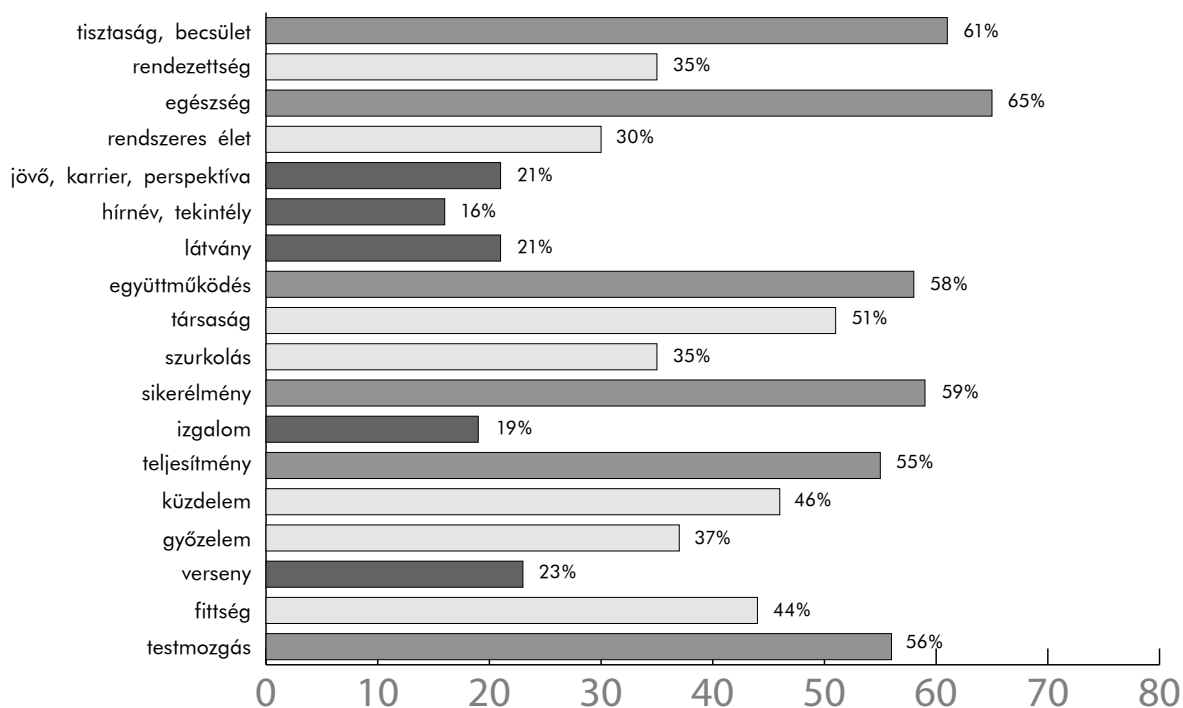
A fiatalok sportolás közben fontosnak tartják a „jó eredmény” elérését (77,7% jelölte), a „szabályok betartását” (81,2%) és többségük a „játék, szórakozás, kikapcsolódást” jelölte meg a sportolás fő okaként (92,2%).

Az értékpreferenciát tekintve – mely dolgok fontosak a sportban – a megadott 19 válaszlehetőség közül a következőket emelhetjük ki (5. ábra): „egészség”: 64,5%; „tisztaság, becsület”: 61,2%; „sikerélmény”: 58,7%; „együttműködés”: 58,2%; „testmozgás”: 56%; és „teljesítmény”: 55%. A fontossági sorrendben 20% alatti eredmény jutott a „hírnév és tekintélynek”, valamint a „jövő, karrier és perspektíva” válaszlehetőségnek.

A sport érzelmi aspektusait vizsgálva a fiatalok a legfontosabbnak jelölték „az örömet” 62,5%, „a felszabadultság érzetét” 59%, „az egészséget” 49,3%, „a sikerélményt” 65,2% és „a jobb külső megjelenést” 46,5%. (6. ábra – Az ábrán a 20% alatti értéket adó változókat nem jelöltük, ezek a következők voltak: *Jobb vagyok másoknál* – 17,8%; *Ez életem értelme* – 5,8%; *Ennek több értelme van, mint bármi másnak* – 6,5%; *Elégedettség, mert a legfőbb vágyam teljesül* – 15%; *Nyerő típus vagyok* – 10,3%; *Hosszú távon gon-*

5. ábra

## Értékpreferencia



dolkodom – 11,7%; Nem baj, ha máshol lemaradok a többiekétől, a lényeg, hogy a sportban jó legyek – 16,8%; A sport jó hatással van a felnőttekhez való viszonyulásomra – 11,3%; A sport által erkölcsösebb leszek – 9,3%; A sport által gazdagabb leszek, mint nélküle – 15,5%; A sport révén sikeresebb leszek, mint nélküle lennék – 16,8%; A sport révén jobban fogok érvényesülni, mint nélküle tenném – 14,2 %).

## Következtetés

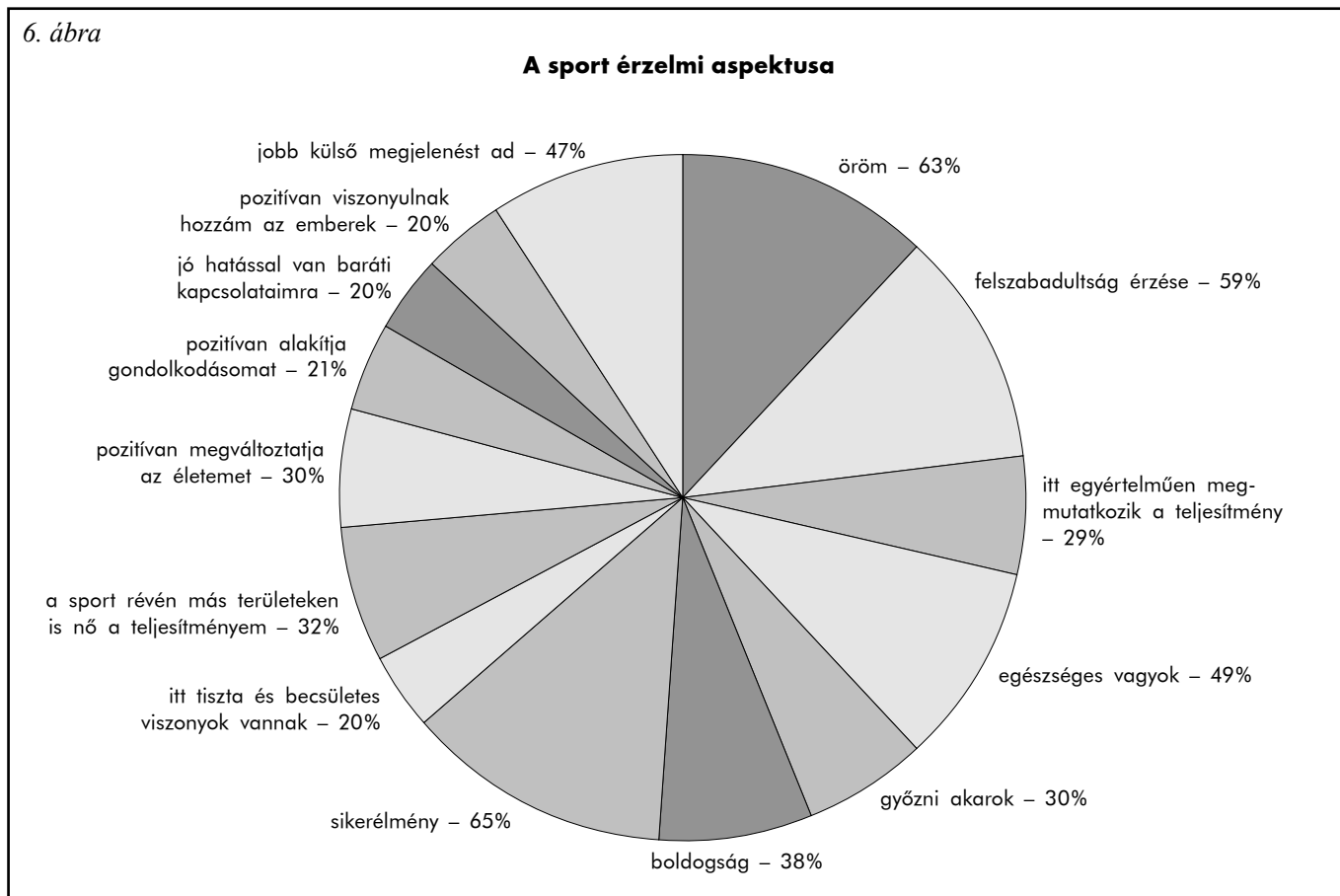
Az ifjúság fizikai aktivitásának értékelését különösen aktualizálja, hogy a közelmúlthoz képest is jelentősen változott a sporttal kapcsolatos felfogásuk, elvárásaik és szokásaik [17]. Vizsgálatunk fő céljának tekintettük, hogy saját eredményeinket az „Ifjúság 2008”-as gyorsjelentéssel összehasonlítva megvizsgáljuk a 17–19 éves fiatalok sportolási szokásait és a mintára jellemző szociodemográfiai tényezőket. Az említett kutatás a magyarországi 15–29 éves fiatalok anyagi és kulturális erőforrásairól, valamint életmódjáról és értékrendszeréről ad horizontális és vertikális képet, amelyet korábban 2000-ben és 2004-ben is elvégeztek. Feltételeztük, hogy a jelentésben szereplő minta és saját adataink attribútumaikat tekintve illeszkedést mutatnak. A lakóhely típusát tekintve fővárosi, városi és kistéleplési csoportokat hoztunk létre.

A sportolási szokások tekintetében eltérést találtunk, saját mintánkban magasabb volt a rendszeresen sportoló fiúk aránya, míg a lányok aktivitási kedve megegyezett. Az eltérés

oka lehet az átlagéletkorból adódó különbség; mintánk a 17–19 évesekkel, míg a nagymintás kutatás a 15–29 éves korosztállyal foglalkozott. Ennek ellenére több kutatás alapján azt tapasztaltuk, hogy a középiskolában csökkenni látszik a fizikai aktivitás szerepe a tanulók életrendjében [4,5]. Ebben az életkorban a fiatalok jelentős biológiai és pszichés változásokon mennek keresztül, igyekeznek önálló életmódot és szokásrendszert kialakítani, azonban értékrendszerük még nem stabil. Ez az időszak a káros szenvedélyek kipróbálásának ideje is, sportaktivitásuk fokozatosan csökken, és a kortársak is egyre fontosabb szerepet töltenek be életükben [5,6]. Sajnálatos, hogy ez az aktivitási szint felnőttkorban tovább süllyed más, káros egészségmagatartási formákkal is társulva, amelyeknek komoly népegészségügyi hatásai vannak [3,6]. A középiskolában már felfedezhetők a nemi különbségek a sportolás terén; empirikus vizsgálatok felhívják a figyelmet a lányok hátrányos helyzetére [5,8]. A sportpályafutásukat korábban kezdők (6–15 éve) inkább szervezett formában, egyesületekben edzenek, a rövidebb sportmúlthoz (1–5 év) rendelkezők az önálló tevékenységet preferálják. Ebben szerepe van napjaink sporttrendjének (divatsportok: aerobic, testépítés, kerékpározás, futás, úszás), valamint annak a ténynek, hogy a versenysportra nevelő egyesületek „idősebb” fiatalokkal már nem szívesen foglalkoznak.

Az „Ifjúság 2008” kutatás szerint az urbanizációs szint növekedése együtt jár a sportolási aktivitás emelkedésével.

6. ábra



A vidéki városokban 5%-kal emelkedett a sportolók száma, köszönhetően az új sportlétesítményeknek, önkormányzati programoknak. A korábbi vizsgálatokhoz képest a fővárosban azonban csökkent a sportolók aránya; ennek okaként említik a szabadidős tevékenységek túlkínálatát, a megváltozott értékszéméletet, a távolságokból és közlekedésből származó idővesztést, az értelmiségi családok agglomerációba való kiköltözését. Vizsgálatunkban hasonló eredményre jutottunk: a fővárosi, városi és kistelepülési sportoló és nem sportoló fiatalok aránya nem különbözik, összességében a fiatalok fele nem végez rendszeres testedzést. A település típusa, urbanizációs jellege a sportolás formájára – egyéni vs. csapatsportok –; illetve a sportolás szociális meghatározottságára – szervezett vs. önálló aktivitás – van döntő hatással. Összességében a városi és kistelepülési fiatalok a szervezett keretek közötti testedzést részesítik előnyben a főváros individualizált világával szemben. A fővárosi és városi fiatalok közel egyenlő arányban kedvelik az egyéni és csapatsportokat, a fő különbség a községi fiatalok esetében jelentkezik, ahol a fiatalok inkább a csapatsportokat preferálják. Vidéken még jobban fellelhetőek azok a közösségi értékek, amelyek a mindennapi tevékenységstruktúrában is jelen vannak, így a sport terén is. A fővárosi fiatalok előnyösebb helyzetben vannak, hiszen a sportolási lehetőségek színesebb palettájáról választhatnak, jellemzően előbb találkoznak új trendekkel, divatos sportágakkal, mint a kistelepüléseken élő társaik [12,13]. A kistelepüléseken a testedzés terén inkább

a hagyományok diktálnak, ezért a legnépszerűbb sportlehetőségek a labdajátékok, különösen a labdarúgás és a kézilabda. A városi sportolási jellegzetességek már kevésbé különülnek el a fővárosi szokásoktól, e tekintetben sem hagyhatjuk figyelmen kívül napjaink globalizálódó világát, ahol a kulcsszó az információ, és amelyben a multimédiás berendezések és a számítógépes hálózatok segítségével a nyilvánosság is globálissá vált [19]. Fontos megismerni az eltérő településtípuson élők sportolását akadályozó tényezőket, ugyanis támpontot adhatnak a sikeres egészségfejlesztéshez, mivel megmutatják azokat a célcsoportokat, amelyekre különösen figyelni kell [5].

Az „*Iffúság 2008*” kutatás már kereste azokat a fizikai aktivitást meghatározó tényezőket, motivációkat, attitűdöket, amelyek a rendszeres testedzést az életmód szolgálatába állítják. Kiemelkedő értéket kapott az örömforrás, az egészség és az edzettség, mint a sporttevékenység alapvető okai. Elemzésünkben hasonló eredményeket kaptunk. A fiatalok döntő többsége (92,2%) a sportolást játéknak, szórakozásnak, kikapcsolódásnak tekinti, ez bizonyítja a szabadidős sporttevékenység rekreációs jellegét. Emellett fontosnak tartják a szabályok betartását, ami az erkölcsi normák követésének fontosságát hangsúlyozza a sportban. A sport értékalapú megítélésében az egészséget, a tisztaságot és a becsületet, a sikerélményt, az együttműködést, a testmozgást és a teljesítményt emelték ki. A sportolás, mint affektív élmény az eredmények alapján elsősorban örömforrás;

a felszabadultság érzetét és sikerélményt, illetve jobb egészséget és jobb külső megjelenést ad. A rendszeres testedzők jobb közérzetről, jobb egészségi állapotról számolnak be, így a sportolói magatartás kapcsolatba hozható a jobb életminőséggel [18,20]. A rendszeressportfejlesztés az önbizalmat, pozitív gondolkodásra készítet, segíti a szorongás, a depresszió oldását, csökkenti a stressz kedvezőtlen hatásait, fokozza a kompetenciaérzést, az autonómiát, a belső kontroll, az öndetermináció kialakulását, javítja az önértékelést és az énhatékonyságot, formálja a fiatalok versenyszellemét és teljesítményorientációját [5].

A korábbi kutatások már rámutattak a testedzésre, mint biológiai és pszichoszociális védőfaktorra. Azonban a magyar fiatalok jelentős része nem él a sporttevékenység protektív jellegével, ezt vizsgálatunk eredményei is megerősítik. Ennek ellenére a középiskolás tanulók jelentős része elismeri a sport rekreációs hasznosságát, valamint közösségi értékeit és erkölcsi nevelő hatását. Fontos, hogy a sport szeretete gyermekkorban kialakuljon, s gyakorlása rendszeressé váljon. Ebben szerepe van – többek között – a családnak és az iskolának is. Az iskolában valamennyi műveltségi terület részt vesz, részt vehet az egészséges életmód kialakításában, de a testnevelés és a sport szerepe, lehetőségei kiemelkedőek. Már az iskolában fel kell készíteni a tanulókat arra, hogy az iskola befejezése után is tovább sportoljanak, a fizikai aktivitás életük szerves részévé váljon, a testedzés élethosszig tartó tevékenység legyen [21,22]. Mindez azt mutatja, hogy a sport, mint társadalmi alrendszer továbbra sem elhanyagolható területe a népegészségügynek, s értékközvetítő szerepe meghatározó.

## Összefoglalás

600 fővárosi, városi és kistéleplési fiatal sportolási szokásait és szociodemográfiai jellemzőit vizsgáltuk az „Ifjúság

2008” kutatással összehasonlítva. A szervezett – önálló és egyéni – csapatsport-preferenciát a település jellege befolyásolja. A fiatalok a sportolást játéknak, szórakozásnak, kikapcsolódásnak tekintik. A legfontosabb motívumok a sportban: az egészség, a tisztaság és a becsület, a sikerélmény, az együttműködés, a testmozgás és a teljesítmény. A sport érzelmi aspektusai: az öröm, a felszabadultság érzete, az egészség, a sikerélmény és a jobb külső megjelenés. A fiatalok jelentős része elismeri a sport rekreációs hasznosságát, közösségi értékeit és erkölcsi hatását; a sport, mint társadalmi alrendszer fontos területe a népegészségügynek, s értékközvetítő szerepe meghatározó.

*Kulcsszavak: sportolási szokások, szociodemográfiai tényezők, értékpreferencia, rekreáció*

## Abstract

In our study we have examined 600 young adults in the capital city, towns, and villages to explore the connection of sport activities and social demographic parameters, and we have compared our results with „Youth 2008”. Organized – separated or individual – team sport depend on the settlement’s characters. Young adults perceive sport as game, entertainment, relaxation. In their eyes the most important motives are: health, honesty and virtue, success, teamwork, exercise and accomplishment. They perceive sport in emotions as: happiness, relief, mental health, sensation and better appearance. Notable percentage of young people agree to the importance of the sport as recreational, team building and moral; thus sport as a system plays a major part in the nations’ health and its role has a high value.

*Keywords: sport habits, social demographic factors, value-preference, recreation*

## IRODALOM

- Kincses Gy.: Prevenció: „Állami felelősség – piaci lehetőség.” In: *Népegészségügy*, 85 (2): 124–126, 2009
- Ábrahám A.: „Új szemlélet az egészségügyben.” In: *Népegészségügy*, 85 (2): 123–124, 2009
- Vingender I.: *A droghasználat szociális kontextusa*. Semmelweis Egyetem Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 227–264, 2003
- Keresztes N.–Pluhár Zs.–Pikó B.: „A fizikai aktivitás gyakoriság és sportolási szokások általános iskolások körében.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 4: 43–47, 2003
- Pikó B.–Keresztes N.: *Sport, lélek, egészség*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2007
- Keresztes N.: „Ifjúság és sport.” In: Pikó B. (szerk.): *Ifjúság, káros szenvedélyek és egészség a modern társadalomban*. L’Harmattan, Budapest, 184–199, 2005
- Vingender, I.–Sipos, K.–Tóth, L.–Nagy, S.–Bollók, S.: *Social changes altering drug habits amongst young professional athletes*. 29<sup>th</sup> Stress and Anxiety Research Conference (STAR). Bierbeck University of London, UK, 2008
- Pikó B.–Pluhár Zs.–Keresztes N.: „Külső kényszer vagy belső hajtóerő? Gyermekek és serdülők fizikai aktivitásának motivációs tényezői.” In: *Alkalmazott pszichológia*, 3: 40–54, 2004
- Bollók, S.: *Body metaphors. Social appearance of students in secondary school*. 30<sup>th</sup> Stress and Anxiety Research Conference (STAR), Semmelweis University, Budapest, 2009
- Pluhár Zs.–Pikó B.: „A sport előfordulása és esetleges protektív hatása fiatalok körében.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 1: 26–29, 2003
- Velencei A.–Kovács Á.–Szabó T.–Szabó A.: „Társadalmi változások a magyarországi sportutánpótlás-nevelésben egy sportegyesület tükrében.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 4: 25–30, 2008
- Laki L.–Nyerges M.: „Sportolási szokások az ezredfordulón a fiatalok körében.” In: *Kalokagathia*, 1–2: 5–19, 2001

13. Laki L.–Nyerges M.: „A budapesti és a falusi fiatalok sportolása.” In: *Sporttudomány*, 3: 3–11, 1999
14. Neulinger Á.: „A szabadidősport iránti érdeklődés Magyarországon I. – A sportolás megítélése és gyakorlata.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 4: 12–15, 2008
15. Pikó, B.: „Health-related predictors of self-perceived health in a student population: the importance of physical activity.” In: *Journal of Community Health*, 25: 125–137, 2000
16. *Iffjúság 2008 gyorsjelentés*. Szociális és Munkaügyi Minisztérium
17. Traskom-Bicsérdy G.–Bognár J.–Révész L.: „Sportágválasztás az általános iskolában.” In: *Magyar Sporttudományi Szemle*, 1: 21–25, 2006
18. Pluhár Zs.–Keresztes N.–Pikó B.: „A rendszeres fizikai aktivitás és a pszichoszomatikus tünetek kapcsolata általános iskolások körében.” In: *Sportorvosi Szemle*, 4: 285–300, 2004
19. „Pszichoszomatikus tünetek és a szubjektív egészségértékelés epidemiológiája középiskolások körében.” In: *Orvosi Hetilap*, 140: 1297–1304, 1999
20. Pikó B.: *Kultúra, társadalom és lélektan*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 61–64, 2003
21. Hamar P.: „Testedzés és torna a 8 és 15 éves lányok heti időrendjében.” In: *Kalokagathia*, 1-2: 49–57, 1997
22. H. Ekler J.: „Az iskolai testnevelés szerkezeti változásai.” *IV. Országos Sporttudományi Kongresszus, tanulmánykötet*, 112–116, 2005

## Tisztelt Szerzőink!

Kérjük, hogy az *Egészségfejlesztés*be szánt írásait, az ábrákkal és képekkel együtt, e-mailben (csatolt file-ként) vagy lemezen/CD-n – ez esetben a nyomtatott változatot és az eredeti képe(ke)t mellékelve –, levélben küldjék el a szerkesztőség címére.

*A szerkesztőség címe és telefonszáma megváltozott:* 1096 Budapest, Nagyvárad tér 2.

*Levelezési cím:* 1395 Budapest, Pf. 839/3.

*Telefon:* (1) 428-8272. *Fax:* (1) 428-8273.

*E-mail:* haromszeki.zsuzsanna@t-online.hu. *Honlap:* www.oefi.hu.

### *A kézirat formája*

A cím alatt szerepel a szerző(k) neve, munkahelye, telefonszáma és e-mail címe. Egy lapoldalt meghaladó terjedelmű (ötezer karakternél hosszabb) cikk, tanulmány, elemzés esetén célszerű alcímekkel tagolni az anyagot. Az írást kérjük rövid magyar és angol nyelvű összefoglalóval (az angolra lefordított címmel együtt), valamint irodalomjegyzékkel zárni. Ötezer karakternél rövidebb írás, könyvismertetés és lapszemle esetén nem alkalmazunk alcímeket és összefoglaló sem szükséges. Az ábrák elkészítésénél vegyék figyelembe, hogy azok fekete-fehérben fognak megjelenni.

Fáradásukat köszöni és eredményes munkát kíván

a Szerkesztőbizottság

# Mediáció az egészségügyben

**Dr. Decastello Alice**

Prof. Dr. Schmidt Péter

A kilencvenes évek második felétől a mediáció világszerte divatos témává vált, de hazánkban eddig csak érintőlegesen foglalkoztak ezzel a fontos témakörrel. Az egészségügyben jelentkező polgári peres eljárások, az ún. műhibaperek száma és a megítélt kártérítések összege hazánkban is növekszik. Becslések szerint ma évente kb. 300 műhibaper indul Magyarországon; akadt olyan ügy is, amelyben csak öt év után született döntés.

A könyv első három fejezete része tárgyalja az egészségügyben tapasztalható konfliktushelyzeteket, kitér az egészségügyi törvényben szereplő betegjogokra, orvosjogokra. A szerző elemzi a konfliktusok megoldási módját, a betegjogi képviselők tevékenységét, az ún. műhibaperek okait és a peren kívüli egyezséget. A második három fejezet tárgyalja az egészségügyi mediációt, a kapcsolódó törvényt a hozzá tartozó rendeletekkel együtt, míg a hetedik fejezet a gyakorlati esetekkel foglalkozik, különös tekintettel az egészségnevelés, egészségfejlesztés kérdéseire.

A szerző részletesen bemutatja az alternatív vitarendezés (ADR) történetét, a konfliktusok megoldásának lehetőségeit,

valamint – hazai és nemzetközi kitekintéssel – a közvetítői tevékenység, azon belül az egészségügyi közvetítői eljárás szervezeti formáit. Külön kitér az egészségügyi közvetítői eljárás szervezeti és működési rendjének korszerűsítésére, amelyet az esetelemzések bemutatása követ.

A szerző 240 oldalon ismerteti a mediációval kapcsolatos legfontosabb tudnivalókat, amelyből a 163 oldalas elméleti és gyakorlati részt 77 oldalas függelék egészíti ki.

A függelék külön bemutatja az egészségügyről, az orvosi titoktartási jog legfontosabb indikátorairól, valamint az egészségügyi adatok és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről, továbbá a betegjogi képviselő jogállásáról és az eljárásra vonatkozó szabályokról szóló 1997. évi CLIV. törvényt.

A kitűnő könyv nemcsak hiánypótló volta, de komplexitása miatt is figyelemreméltó, s valamennyi háziorvosnak, kórházi orvosnak, az ÁNTSZ és az OEP állományában dolgozó orvosnak és jogi szakembernek, valamint egészségügyi szakdolgozónak ajánlható. Az egészségfejlesztéssel és egészségneveléssel foglalkozó szakemberek figyelmét különösen szeretnénk felhívni erre a kitűnő kiadványra.

## Prof. Dr. Schmidt Péter Batthyány–Strattmann-díja

Az egészségügy területén adható legrangosabb szakmai elismerést Batthyány-Strattmann Lászlóról nevezték el hazánkban. *Dr. Réthelyi Miklós* miniszter, a Nemzeti Erőforrás Minisztérium vezetője, *Dr. Jávor András* közigazgatási államtitkárral közösen, nemzeti ünnepünk alkalmából, március 11-én a rangos Batthyány-Strattmann László-díjjal tüntette ki Prof. Dr. Schmidt Pétert. A győri gyermekorvos több évtizeden keresztül példaértékű gyógyító és megelőző munkát végzett szakterületén, az egészségmegőrzéssel és egészségneveléssel összefüggésben országosan egyedülálló módon szervezte meg az egészségügyi alapellátás orvoscépzését és továbbképzését, míg oktató családorvosként a jövő orvosgenerációjának folyamatos, magas szintű gyakorlati és elméleti képzését, valamint a prevenció és az egészségfejlesztés elsődleges szerepének előtérbe helyezését valósította meg. Prof. Dr. Schmidt Péter 2003-ban delegáció vezetőjeként vett részt Rómában Batthyány-Strattmann László boldoggá avatási ünnepségén.

Fotó: Bertleff András





Az „Egészség” című folyóirat (Egészségtani ismeretek terjesztésére s a közegészségügy érdekeinek előmozdítására, szerkesztő: Dr. Fodor József, kiadó: Országos Közegészségügyi Egyesület) 1887–1942 között megjelent példányait a közelmúltban az Országos Egészségfejlesztési Intézetnek ajándékozták. (A példányok tartalomjegyzéke az OEFI honlapján megtekinthető, betekintés személyes egyeztetés után lehetséges.) Folyóiratunk visszanyúl a múltba, s az akkori szemléletmód – a mai állásponttal párhuzamos – bemutatásával új cikksorozatot indít el. Időutazásra invitálunk mindenkit az 1800-as és 1900-as évekbe, és ezzel párhuzamosan bemutatjuk a témával kapcsolatos aktuális adatokat, álláspontokat is.



## Amikor már nagy a baj – mentők Budapesten

Bilics Edit<sup>1</sup>,  
Solymosy József Bonifác főigazgató-helyettes<sup>1</sup>



<sup>1</sup>Országos Egészségfejlesztési Intézet

1887-ben megalakul a *Budapesti Önkéntes Mentős Egyesület* (BÖME), amelynek feladata gyors, szakszerű elsősegély nyújtása Budapest lakosainak. Megalakulásában fontos szerepet játszott *dr. Kresz Géza V.* kerületi tisztiorvos, aki nemcsak az egyesület, hanem egyben a szervezett mentés magyarországi megalapítója is.

A második világháborút követően a kormányzat a magyarországi mentőintézmények államosítása mellett döntött. 1948. május 10-én – a *Budapesti Önkéntes Mentőegyesület* és

a *Vármegyék és Városok Országos Mentő Egyesülete* összeolvadásával – megalakul Magyarország legnagyobb egészségügyi intézménye, az *Országos Mentőszolgálat* (OMSZ). A BÖME és az OMSZ székhelye egyaránt Budapest (Markó utca), ahol egyúttal a magyarországi mentéstörténelem és elsősegélynyújtás történetét bemutató *Kresz Géza Mentőmuzeum* is található.

(A cikkek eredeti nyelvezetét nem változtattuk meg.)

### 1887-ben megjelent közlemény a BÖME megalakulásáról

*Önkéntes mentő-egyesület Budapesten. Nagy városokban, az élénkebb forgalom, a számos gyári s egyéb technikai vállalatok székhelyein, gyakrabban fordulnak elő balesetek. Ezek igen gyakran olyan természetűek, hogy gyorsan alkalmazott segítséssel könnyen elejét vehetjük a későbbi nagyobb veszedelemnek.*

*Minthogy a hatóság közegei nincsenek mindig s azonnal abban a helyzetben, hogy a szerencsétlenség színhelyén az első segélyt megadják, kívánatos, hogy a hatóság e téren a társadalom részéről támogatásban részesüljön.*

*Örömminkre szolgál jelenthetni, hogy Budapesten a közlelőbb mult napokban önkéntes mentő-egyesület alakult, mely feladatául tűzte ki, hogy első segélyt adjon s egyáltalában a mentésben részt vegyen balesetek alkalmával (utczákon, gyárakban, nyilvános épületekben, vasutakon), továbbá árvízveszély, mozgósítás és háború esetén Budapest főváros határán belül.*

*Az egyesület e célból a főváros egyes kerületeiben mentő állomásokat létesít, a melyeken orvosi és segéd személyzet áll rendelkezésre éjjel-nappal. E mentő állomásokon tartatnak készen az utczán hirtelen megbetegültek s sebesültek számára való szállító kosarak és kocsik, valamint a szükséges kötőszerek, sebészeti eszközök és orvosságok.*

*Az egyesületnek alapító tagja, ki egyszer mindenkorra 200 frtot, pártoló tagja, a ki egyszer mindenkorra 50 frtot adományoz, éves fizető tagjai, kik évi 3 frtot fizetnek. Vannak még működő és tiszteletbeli tagjai is.*

*Kívánatosnak tartjuk, hogy az első segélynyújtás s egyáltalában a mentés intézménye a vidéken, különösen vidéki főbb városainkban is elterjedjen s gyökeret verjen. A vörös kereszt-egyesület, melynek a vidéki főbb városokban virágzó fiókjai vannak, volna leginkább hivatva a humanizmus ezen ügyének felkarolására, a mely eredetileg kitűzött nemes céljával – a háborúban való segélynyújtással – igen szépen megegyezik.<sup>1</sup>*

I. táblázat

**Az 1887-es és 2010-es budapesti kivonulási adatok összehasonlítása**

Adatok	BÖME/1887. (esetszám)	OMSZ/2010. (esetszám)
Esetfeladatok:		
• rögtöni roszullétnél	17	3219
• sebzésnél és sérülésnél	33	2214
• elmezavarodottaknak	2	850
• öngyilkoságnál és öngyilkossági kísérletnél	4	43
• váratlan halálnál	2	194
• súlyos betegek szállításánál	6	3524
Esetek száma összesen:	64	10044

**1887-ben megjelent közlemény a BÖME működésének első hónapjáról**

A budapesti önkéntes mentőegyesület f. é. május 10-től 31-ig 66 esetben nyújtott segítséget. Még pedig rögtöni roszullétnél 17 esetben; sebzés és sérülésnél 33 esetben; elmezavarodottaknak 2 esetben, öngyilkoságnál és öngyilkossági kísérletnél 4 esetben; váratlan halálnál 2 esetben, súlyos betegek szállításánál 6 esetben.



Az egyesület helyiségében 15 ellenőrző orvos 21-szer tartott inspektiót. A 300 működő tag (orvosnövendékek) közül 84 teljesített őrszolgálatot és ugyanannyi tartaléki szolgálatot.

Ezek az adatok eléggé tanúsítják az egyesület szükséges voltát és hasznos működését, valamint az egyesületi tagoknak áldozatra kész buzgóságát.<sup>2</sup>

**Az Országos Mentőszolgálat feladatai ma: ki és mikor hívhat mentőt?**

Állampolgárságtól és egészségbiztosítási jogviszonytól függetlenül a Magyar Köztársaság területén bárki hívhat mentőt:

- ha életveszély, vagy annak gyanúja áll fenn (eszméletlen állapot, bármilyen eredetű súlyos vérzés, stb.);
- baleset, sérülés, bármilyen eredetű mérgezés esetén;
- megindult szülés, illetve fennálló terhesség alatt bekövetkező rendellenesség miatt;
- ha erős fájdalom, vagy más riasztó panasz, illetve tünet észlelhető (pl. fulladásérzés, nehézlégzés, végtagbénulás, stb.);
- ha olyan magatartászavart észlelünk, amelynek során a beteg saját maga, vagy mások életét veszélyezteti.<sup>3</sup>

Ezek a kritériumok lényegében megegyeznek az 1887-ben megfogalmazottakkal.

**Az 1887-es és 2010-es budapesti kivonulási adatok összehasonlítása**



Az 1887-es és a 2010-es adatok közötti eltérés szembetűnő. Budapest lakossága 4,5-szeresére, az ellátott esetek száma 157-szeresére nőtt. Így az elmúlt 123 év alatt – mennyiségi elemzés alapján – a mentők kapacitása 35-szörösére emelkedett, s

ez az adat nem tükrözi a minőségi változásokat. (I. táblázat)

A minőségi változás „felhasználói” és „szolgáltatói” oldalról is sokrétű:

- A közlekedés fejlődése (a 2010-es esetfeladatokból 294 közlekedési balesetkből származik, s nemcsak a balesetek számának növekedése, hanem a mentők kivonulási gyorsasága és hatékonysága szempontjából is érdekes).
- A kommunikációs hálózat fejlődése (nem biztos, hogy kevesebb volt a beteg, csak éppen nem tudtak segítséget hívni, ami napjainkban elképzelhetetlen).
- Az orvostudomány fejlődése és az orvosi ellátás elérhetőségének köztudatba való beépülése.

Az élet minden területére elmondható, hogy gyorsul, fejlődik, s ez mind a betegek, mind a „mentettek” számát növeli.



Ha 1887-ben beigazolódtott, milyen nagy szükség van a Mentő Egyesület munkájára Budapesten, akkor ez a megállapítás 2010-ben 35-szörösen is megerősíthető.

*Az V. kerületi Markó utcai Központi Mentőállomás tavaly nyáron ünnepelte fennállásának 120. évfordulóját. Minden budapesti lakos nevében ezúton fejezzük ki köszönetünket, s kívánunk boldog születésnapot!*

IRODALOM

1. *Egészség*, 1887. május 1., I. évfolyam, 1. és 2. füzet. Rövid közlések
  2. *Egészség*, 1887. július 1., I. évfolyam, 3. füzet. Rövid közlések
  3. [www.mentok.hu](http://www.mentok.hu)
  4. 2010. május 10. és 31. közötti mentési adatok (Országos Mentőszolgálat)
- Halálózási adatok (1887) – *Egészség*, 1887. július 1., I. évfolyam, 4. füzet.  
Rövid közlések

Budapest lakossága (1887) – [http://bfl.archivportal.hu/id-271/kozari\\_monika\\_budapest\\_bekeidokban.html](http://bfl.archivportal.hu/id-271/kozari_monika_budapest_bekeidokban.html)

Halálózási arány (2010) – [http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat\\_eves/i\\_int004.html](http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_int004.html)

A képek forrása: [www.mentok.hu](http://www.mentok.hu) (az Országos Mentőszolgálat engedélyével)

# CONTENTS

## TRAININGS

- Health that Can Be Developed (Planned) 2  
Methodical Guide for Health Concepts – Part II.  
*József Bonifác Solymosy, Júlia Kishegyi M.D.*

## SURVEYS

- Sexual Behaviour of Young People – Part I. 12  
*Rita Simich M.D., Róbert Fábrián*

- Facilities of Teaching „*Training for Family Life*” as a Nation-rescuer Educational Area, 16  
Key Task within the Frameworks of Study Group for High School Students  
*Erika Marek Tamásné, Prof. Tamás Simon M.D.*

- Impact of Divorce to Children and Parent–Child Relationship 22  
*Zsuzsanna Kiss Soósné M.D., PhD, Noémi Nagy, Ágnes Szilák*

- Economic Importance of Health Development through Sport Activities 31  
*Dávid Paár PhD-student*

- Sport Activities Behaviour of Young People through Sociodemographic Facts 38  
*Sándor Bollók PhD-student, Johanna Takács PhD-student*

## BOOK REVIEW

- Alice Decastello M.D.: Mediation in Health Care 47  
*Prof. Péter Schmidt M.D.*

## HONOURS

- Batthyány–Strattman Prize for Professor Péter Schmidt M.D. 48

## THE MATTER OF HEALTH – PAST AND PRESENT

- Emergency Service in Budapest 49  
*Edit Bilics, József Bonifác Solymosy*

### Megrendelőlap

Előfizetésben megrendelem az Egészségfejlesztés című lapot ..... példányban.

Előfizetési díj:  1 évre 12 000 Ft  1/2 évre 6000 Ft

Megrendelő (fizető):

Cím: .....

Kézbesítési cím: .....

(csak akkor töltsse ki, ha a fizető cím nem azonos a kézbesítési címmel)

.....

aláírás

A megrendelőlapot a következő címre borítékban szíveskedjen feladni: Magyar Posta Rt. Telefonos értékesítési csoport  
1900 Budapest