

Greksa Evelin – Szederkényi Attila

## Egészségügyi ismeretek és egészségtudatosság/egészségmagatartás vizsgálata középiskolások körében

Kutatásunk egészségügyi ismeretek és egészségtudatosság/egészségmagatartás vizsgálatára terjedt ki középiskolások körében. A kutatásban anonim kérdőíves felmérést végeztünk két pécsi gimnázium 10. évfolyamos (átlag életkor: 17,4) diákjai között, ahol a tanulók egészségügyi ismereteit vizsgáltuk és egészségfelmérést végeztünk. A tudományos munkánk során a diákokat különböző, az egészségi állapotukat meghatározó; függő, független és determinált jellemzők alapján tanulmányoztuk. Összefüggéseket kerestünk a szociális helyzet és a meglévő ismeretek között. Összehasonlítottuk a roma és nem roma tanulók tudását, életmódját és egészségattitűdjét. Kutatásunkat indokolja, hogy rövid szakirodalmi áttekintés után arra a következtetésre jutottunk, hogy nem készült mostanában ilyen jellegű kutatás Magyarországon.

Kutatói kérdéseket fogalmaztunk, megemlítek az alábbiak voltak: Összefüggésben áll-e a tanulók egészségügyi ismerete, az egészségtudatossággal? Összefügg-e a szociális helyzetük és az egészségtudatosság? A szülők iskolai végzettsége, az egészségmagatartással és egészségtudatossággal összefüggésben áll? Egészségtudatosság és a nemzetiség vonatkozásában tapasztalunk különbséget? Milyen a roma és a nem roma attitűdje az egészséges életmódra vonatkozóan?

A kutatás célja a kutatói kérdések megválaszolása tudományos módszerekkel. A kutatással feltérképeztük, hogy a tanulók honnan szerzik az ismereteket leginkább (iskola, internet, televízió, család). Kutatásunkban arra vonatkozóan is megkérdeztük a tanulókat, hogy az egészségnevelési programok mennyire fontosak és hasznosak számukra.

A kutatási téma előzményei néhány szakirodalom felhasználásával: Az információ modern világunkban nagyon gyorsan terjed az audiovizuális eszközön keresztül, így azok a tévhitek is gyorsan célba érnek, melyek negatívan befolyásolhatják az emberek életminőségét. A kereskedelmi adók nem, vagy csak nagyon kevés tudományos ismereterjesztő és egészségnevelő reklámot sugároznak. Az iskolának nagyon nagy szerepe van abban, hogy ezeket a problémákat megoldja, hogy az egyén fejlődését, ismereteit bővítsse. Különböző rendeletek, jogszabályok kötelezik az iskolákat az egészségnevelésre. A kutatás témáját és a kutatói kérdéseket az alábbi szakirodalomra alapoztuk: Ianole – Druica – Cornescu, 2014; Bíró – Balajti – Ádány – Kósa, 2008; Nagy, 2005; Aszmann – Kovacsics – Kökönyei – Örkenyi és mtsai, 2007; Németh – Aszmann – Halmai – Kökönyei és mtsai, 2010; Simich – Fábíán, 2011; Gábor – Kiss, 2006; Gábor – Kiss, 2007.

A kutatásunk vizsgálati módszerei és az eredmények: A résztvevők száma 45 fő volt, a kérdőív 46 kérdésből állt, az utolsó hármat kivéve zárt kérdések voltak. A kérdőív



**Kismarci Henrietta**  
**Biológia Bsc, WHSZ tag, PTE TTK**

Nekem nagyon tetszett, hogy a tréningeken komoly témákról beszélgettünk játékosan. Először fény se derült rá, hogy milyen kemény témákkal foglalkozunk, csak a végén döbbsentünk rá erre. Nekem sok segítséget nyújtott az angol nyelvi kurzus, mert nem vagyok jó angolos, mindig is a német állt hozzám közelebb. Nagyon sok értékes embert ismertem meg és ugyan nem szerettem volna, hogy így legyen, de mégis, néha megyek a folyosón és már hiányoznak. Tehát egy közösség része lettem. Olyanok is hiányoznak, akikre azt mondtam volna, hogy soha nem fognak.

szociodemográfiai adatokkal(nem, szülők végzettsége, születési idő, lakhely, nemzeti-ség) kezdődött, majd az egészségtudatosságra vonatkozó kérdések következtek, ezután egy tesztsor alapján (a 2013. évi középszintű egészségügyi alapismeretek érettségi egy része) vizsgáltuk az egészségügyi alapismereteket. Mérési skálákat alkalmaztunk, amelyek során alacsonyabb és magasabb mérési szinteket használtunk, például a dohányzással kapcsolatban a magas mérési szinten történt az adatfelvétel, míg az anyagi helyzetüket alacsony mérési szinten kérdeztük le (jó, kevésbé jó).

A kutatás eredményei: A szubjektív egészségi állapot megítélésben a többség inkább jónak (24 fő) tartotta a saját egészségi állapotát (ez több mint a fele volt a tanulóknak). A szubjektív megítélés és az egészségtudatosság között nem volt szignifikáns eltérés. Az egészség megőrzése érdekében végzett tevékenységek közül túlnyomó többségben a testmozgást részesítették előnyben (30 fő).

95%-os megbízhatóság mellett állíthatjuk, hogy a tréningeken való részvétel és az egészségtudat között nincs jelentős különbség, de akik egészségnevelő programokra járnak, körükben megfigyelhető, hogy egészségtudatosabbak és az egészségügyi alapismeretük is jobb eredményt hozott.

Az eredményekből fény derült arra, hogy a kitöltők nagy része dohányzik. Az alkohol vonatkozásában láthatóvá vált, hogy a fiatalok többsége gyakran fogyaszt alkoholt. Csupán 7 olyan tanuló volt, aki soha nem fogyasztott még alkoholt.

Az egyik feltételezésünk az volt, hogy az egészségügyi ismereteket a tanulók leginkább az internetről szerzik. Ez a feltételezés helytálló volt, viszont az egészségtudatossággal nem hozható összefüggésbe ( $p=0,997$ ).

Az egészségügyi alapismeretek teszteredményét összehasonlítottuk az egészségtudatossággal. A teszten jó eredményt elérték egészségtudatosabbak, mint akik rosszabb eredményt értek el ( $p=0,009$ ).

Fontosnak találtuk, hogy a szexuális magatartást is vizsgáljuk. A mintában szereplő tanulók átlagosan 15,6 évesen kezdik meg a szexuális életet. Megnéztük, hogy a szülőikkel való kapcsolat befolyásolja-e a szexuális élet megkezdését. E tekintetben nagyon kevés eltérés mutatkozott ( $p=0,777$ ), de akik nem élnek szexuális életet, ott rosszabb volt a kapcsolat a szülőikkel, ahol pedig jó a kapcsolat, már élnek szexuális életet.

Megkérdeztük a tanulókat arról, hogy a személyes problémákat kivel beszélnek meg

leginkább. Feltételezésünk szerint, akik a szülőkkel beszélnek a problémáikról, ott a szexuális élet megkezdése is későbbre tolódik, bár ennél a kérdésnél sincs jelentős különbség a válaszok megoszlásában ( $p=0,972$ ).

Kutatásunkban a szociális helyzetre és az egészségtudatosságra is kitértünk, feltételezésünk, miszerint a jobb szociális helyzetben lévők egészségtudatosabbak. Ez valamelyest igazolódott, de jelentős különbség nem volt ( $p=0,344$ ). A rosszabb szociális helyzetűek rosszabb eredményt értek el a teszten, mint a jobb helyzetben lévők. A szülőkkel való kapcsolat és a szociális helyzetösszefüggéseiben megfigyelhető volt, hogy jobb szociális helyzetűek közül sokan rossz kapcsolatot ápolnak a szülőkkel és kevésbé egészségtudatosak. A problémák megbeszélése terén az volt megfigyelhető, hogy a rosszabb szociális helyzetűeknél többen vannak, akik nem a szülőkkel beszélnek meg a problémáikat.

A szociális helyzet és a nemzetiség között jelentős különbséget tapasztaltunk ( $p=0,0008$ ), ez annak tudható be, hogy az megkérdezettek közül az egyik iskolában alapvetően roma, cigány hátrányos helyzetű diákok tanulnak.

Összefoglalás, javaslatok: A vizsgálat eredményeiből arra következtethetünk, hogy az egészségnevelő tréningeken és programokon való részvétel fontos tényezője az egészségmagatartás szakszerű elsajátításának, mert azon tanulónak, akik e programokon részt vettek, a teszteredményük jobb lett. Fontosnak találjuk, hogy az iskolai egészségnevelő programoknak nagyobb hangsúlyt kellene fektetnie a szexuális felvilágosításra, főleg a védekezési módszerek tekintetében, mert kutatásunkban arra jutottunk, hogy nagyon kevés tanuló választja a megfelelő védekezési módszereket.

## Irodalomjegyzék

- Aszmann Anna – Kovacsics Leila – Kökönyi Gyöngyi – Örkényi Ágota és mtsai (2007): *Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja, Szexuális magatartás*. 99-103.
- Bíró É. – Balajti I. – Ádány R – Kósa K. (2008): Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében. *Epidemiológiai Tanulmányok*, 149, 46. sz. 2165-2171.
- Gábor Edina – Kiss Judit (2006): A drogfogyasztás hazai tendenciái a '91-es évektől napjainkig 3. *Egészségfejlesztés*, XLVII., 4. sz., 7-13.
- Gábor Edina – Kiss Judit (2007): Mentális egészség és rizikómagatartás-formák összefüggései serdülőkorúak körében. *Egészségfejlesztés*, XLVIII., 1-2. sz. 26-31.
- Ianole, R. – Druica, E. – Cornescu, V. (2014): Health knowledge and health consumption in the Romanian society. *Procedia Economics and Finance*, 8. 388-396.
- Nagy J. (2005): Egészségnevelési programok az iskolai egészségfejlesztés szolgálatában. *Magyar Pedagógia*, 105. 4. sz. 263–282.
- Németh Ágnes –Aszmann Anna – Halmai Réka –Kökönyei Gyöngyi és mtsai (2010):*Serdülőkorú fiatalok egészsége és életmódja, Szexuális magatartás*. 55-58.
- Simich Rita – Fábrián Róbert (2011): Fiatalok szexuális magatartása – III. rész, Veszélyeztetett korú diákok prevenciós igényei és szükségletei, Iskola – egészségfejlesztés – szexedukáció. *Egészségfejlesztés*, LII. 4. sz. 2-5.