

Egészségtudományi képzésben résztvevők egészségmagatartása és egészségértése

ABSZTRAKT Az életmód, az egészségtudatos magatartás döntően befolyásolja az egyén egészségi állapotát. Az egészségügyi szakdolgozók azonban nem csak a saját egészségükért felelősek, életvitelükkel közvetett hatást gyakorolnak az ellátottakra is. Ezeket a saját egészségük érdekében hozott döntéseiket nagyban meghatározza az egészségértésük, ami hatással lesz a későbbi egészségfejlesztő tevékenységeikre is. Kutatásunk célja a hallgatóink egészségmagatartásának és egészségértésének, valamint ezek összefüggéseinek vizsgálata. 2021. szeptember és október között végeztünk kvantitatív, leíró jellegű keresztmetszeti felmérést az SZTE ETSZK egészség tudományi képzésben résztvevő hallgatói körében, célzott mintavétellel (n=152). Az adatgyűjtés online módon zajlott, a kitöltés önkéntes és anonim volt. Az adatgyűjtés eszköze saját szerkesztésű kérdésekből és validált kérdéssorokból összeállított kérdőív volt. IBM SPSS Version 25.00 szoftver segítségével leíró statisztikai elemzés mellett khi-négyzet próbát, Fisher's exact tesztet, továbbá Mann Whitney próbát végeztünk 95%-os valószínűségi szinten ($p < 0,05$). A válaszadók többségének (82,1%) a szubjektív egészsége legalább jó, hetente legalább 150 percet azonban csak a mintában résztvevők fele (51%) mozog. Naponta a résztvevők 43,7%-a fogyaszt gyümölcsöt és 41,7%-a zöldséget. Egyharmaduk egészségértése kitűnő. A zöldségfogyasztás és a tápláltsági állapot szignifikáns összefüggést mutat ($p = 0,001$), az elhízottak közül senki nem eszik legalább egyszer naponta zöldséget. Az első évfolyamosok szignifikánsan nagyobb arányban fogyasztanak gyümölcsöt naponta ($p = 0,006$), azonban a cukros üdítők fogyasztása is körükben a gyakoribb ($p = 0,033$). Az alsóbb évekűkre jellemzőbb ($p = 0,027$), hogy eleget mozognak. Az egészségértése a védőnőknek szignifikánsan rosszabb ($p = 0,013$). A fizikai aktivitásra vonatkozó eredményeinkre biztosan hatással volt a pandémiás időszak, azonban a tanulmányokban való előrehaladással együtt egyik egészségmagatartással kapcsolatos tényező sem mutatott javulást. Annak ellenére, hogy a hallgatók leterheltsége a felsőbb évfolyamokon egyre fokozódik, fontos lenne elérni, hogy az ismereteik bővülésével párhuzamosan az életmódjuk is tudjon javulni.

ABSTRACT Lifestyle and health-conscious behavior have a decisive influence on an individual's state of health. However, health professionals are not only responsible for their own health, but they also have an indirect impact on those who they care for. Their decisions for their own health will be determined by their health literacy, and their understanding of health will also affect their future health promotion activities. The aim of our research is to examine the health behavior and understanding of our students and their correlations. Between September and October 2021, we conducted a quantitative, descriptive cross-sectional survey among students participating in health science training at the University of Szeged, with targeted sampling (n = 152). Data collection was online and completed voluntarily and anonymously. The data collection tool was a questionnaire composed of self-edited questions and validated question sets. In addition to descriptive statistical analysis using IBM SPSS Version 25.00 software, a chi-square test, Fisher's exact test, and Mann Whitney test were performed at a 95% confidence level ($p < 0.05$). The majority of respondents (82.1%) have at least good subjective health, but only half of the sample participants (51%) exercise for at least 150 minutes per week. 43.7% of the participants consume fruit and 41.7% vegetables daily. One-third of them have an excellent understanding of health. Vegetable consumption is significantly affected by body shape ($p = 0.001$), and none of the obese eat vegetables at least once a day. First-graders consume a significantly higher proportion of fruit per day ($p = 0.006$), but consumption of sugary soft drinks is also more common among them ($p = 0.033$). It is more common in the lower age group ($p = 0.027$) to move enough. The health perception of nurses was significantly worse ($p = 0.013$). Our results on physical activity were certainly affected by the pandemic period, however, along with progress in studies, none of the factors related to health behaviors showed improvement. The workload of students in the upper grades is increasing, but it would be important to ensure that their lifestyles can improve as their knowledge expands.

10.14232/ACTASANA.2022.1.3-14

KULCSSZAVAK

egészségmagatartás,
egészséges táplálkozás,
fizikai aktivitás,
egészségértés

SZERZŐI INFORMÁCIÓ

Masa Andrea¹, Dr. Tobak Orsolya²

¹Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és Szociális
Képzési Kar, Preventív
Egészségügyi Gondozás Tanszék;
Pécsi Tudományegyetem
Egészségtudományi Kar,
Egészségtudományi Doktori Iskola
e-mail: masa.andrea@szte.hu

²Szegedi Tudományegyetem
Egészségtudományi és Szociális
Képzési Kar, Preventív
Egészségügyi Gondozás Tanszék
e-mail: tobak.orsolya@szte.hu

Bevezetés

Az egészségügyi szakemberek mellett egyre szélesebb rétegben a laikusok körében is ismert, hogy az egészség olyan kincs, melynek megőrzésében az egyén felelőssége, szerepvállalása döntő tényező. Azt talán kevesebben tudják, hogy az egészség gazdasági szempontból is érték. Ezt támasztja többek között alá az, hogy a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (Organisation for Economic Co-operation and Development, OECD) a fejlett ipari országok egészségi állapotát rendszeresen monitorozza, hiszen a munkaerő épsége a gazdaság egyik fő pillére (Tompa, 2019). Több kutatás igazolja, hogy az egészségveszteségek (morbiditás és mortalitás) döntően az egyének egészség- és rizikómagatartásával vannak összefüggésben. Megfelelő életmóddal például hazánkban a korai halálozás több mint fele, és az összes halálozás több mint egynegyede megelőzhető lenne (Varsányi & Vitrai, 2017). A Noncommunicable Diseases (NCD), vagyis járványszerűen terjedő nem fertőző betegségek közé a daganatos megbetegedések, a diabetes, a kardiovaszkuláris betegségek és a krónikus légzőszervi megbetegedések tartoznak (Hídvégi, 2017). A 2019-es statisztikák alapján globálisan ezek a halálozás 68%-áért felelősek, elsősorban a 60 év alatti férfiakat érintve. Az NCD-k legfőbb kiváltó okai a helytelen táplálkozás, a dohányzás, a rendszeres alkoholfogyasztás és a kevés mozgás (Boros és mtsai, 2021; WHO, 2019).

Az egyén viselkedését, ezen belül esetünkben az egészségtudatos magatartást elsősorban a családi minta határozza meg. Az óvoda, az iskola és a kortárs kapcsolatok szintén formálják a szokásokat, szerepet játszanak az egyén döntéseiben. Ideális esetben ezek a közegek interiorizálják az egészségtudatos magatartás elemeit. A morbiditási és mortalitási mutatók ismeretében azonban látszik, hogy a lakosság életmódja jelentős kockázati tényező az NCD-k kialakulásában. Az egészségügyi szakemberek egészségfejlesztő munkájára ezért óriási szükség van. A családok és a köznevelési intézménybe járó gyermekek életében, közösségi szintereken jelen lévő védőnők, a betegellátásban szerepet vállaló ápolók, dentálhigiénikusok és gyógytornászok egyaránt részt kell vállaljanak a szemléletformálásban. Emellett, ahogyan a szülők és a pedagógusok nevelő tevékenysége sem csupán az elmondottak révén érvényesül, úgy az egészségügyi szakemberek saját egészségtudatos viselkedése is hatást gyakorol az általuk ellátottakra. Így közvetve és közvetlenül az egészségtudományi képzésben résztvevők egészségmagatartása azon túl, hogy a saját egészségi állapotukat meghatározza, jelentős szerepet játszik a későbbi hiteles szakmai működésükben, életmódjukkal befolyásolják a populáció egészségi állapotát is.

A képzés korszerű szakmai ismereteket nyújt az egészségtudatos magatartás elemeiről: a káros szenvedélyektől való mentesség, a megfelelő táplálkozás, a rendszeres testmozgás, a lelki egészség jelentősége, a lehetőleg stresszmentes mindennapok, az egészséges szexualitás, a szűrővizsgálatokon való megjelenés, a védőoltások fontossága és a teendők betegségek esetén témakörökben. Talán elvárható lenne, hogy ezen tudás birtokában az egészségtudományi képzésben résztvevők egészségmagatartása jó irányba változzon, azonban kutatások támasztják alá, hogy a felsőoktatásban résztvevők életmódja inkább negatív irányba tolja el az egészségi állapotukat. A megváltozott napi rutin sem a kiegyensúlyozott táplálkozást, sem a megfelelő mennyiségű mozgást nem támogatja, a stressz pedig például a függőségek kialakulásának kockázati tényezője (Haase és mtsai, 2004; Hussain és mtsai, 2013; Pöszment & Bácsné Bába, 2016; Vitályos és mtsai, 2018; Vitályos és mtsai, 2020).

Néhány évtizede került a tudományos érdeklődés fókuszába a health literacy, azaz az egészségértés fogalomköre. Jelen ismereteink szerint az egészségértés az egyén ismeretanyagának, motivációjának, kompetenciájának a szintje, alapvető egészségügyi információkhoz való hozzáférési, feldolgozási és

megértési képessége, mely a saját egészséggel, egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatos helyes döntések meghozatalához elengedhetetlen. Szintjét több tényező is befolyásolja, mint például a kultúra, a nyelv, az életkor, a nem, az iskolázottság, vagy a jövedelem. Megállapítást nyert azonban, hogy az egészségértés javítható, következményesen pedig javul az egyén egészség feletti kontrollja is (Csizmadia, 2016; Sørensen és mtsai, 2012; Taller és mtsai, 2015).

Mindezek tükrében az egészségtudományi képzésben több szempontból is hasznos a health literacy témakörével foglalkozni. A hallgatók saját egészséggel kapcsolatos minél jobb döntései érdekében érdemes megvizsgálni, hogy szükséges-e javítani az egészségértésüket, hiszen az leendő egészségügyi szakemberként az ellátott betegekkel kapcsolatos egészségfejlesztő tevékenységükre is hatással lesz. Nem elhanyagolható az sem, hogy a betegellátás sikerességét jelentősen meghatározza majd a páciens egészségértése is, amelyet a későbbiekben szakdolgozóként minden folyamatban érdemes lesz figyelembe venniük.

Kutatásunk célja az egészségtudományi képzésben résztvevő hallgatók egészségi állapotának, egészségmagatartásának és egészségértésének vizsgálata. Összefüggéseket kívánunk feltárni a tápláltsági állapot, valamint a tanulmányokban való előrehaladás és a mozgás, a táplálkozási szokások között, továbbá a szociodemográfiai faktorok és az egészségértés relációjában.

Anyag és módszer

Kvantitatív, leíró jellegű keresztmetszeti kutatásunkban célirányos, nem véletlenszerű mintavételt alkalmaztunk. Az elektronikusan kitölthető kérdőívet a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar egészségtudományi képzésben résztvevő hallgatóihoz a tanszékvezetők segítségével online felületen juttattuk el 2021. szeptemberében. A kérdéssor így kb. 850 hallgató számára volt elérhető, a visszaérkezett 152 válaszból 151 volt értékelhető.

Kérdőívünkben a szociodemográfiai faktorok mellett az egészségi állapotra, egészségmagatartásra (mozgás, táplálkozási szokások) az Európai Lakossági Egészségfelmérésben alkalmazott kérdésekkel kérdeztünk rá (KSH, 2014). Az egészségértést a HLS-EU 47 validált kérdéssor segítségével vizsgáltuk (Koltai & Kun, 2016). A feltett 47 kérdés válaszaiból a nemzetközi ajánlás alapján az összesített egészségértés, továbbá az egészségügyi, prevenciós és egészségfejlesztési alindexek átlagát és kategóriáit határoztuk meg.

A kérdőívet az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásügyi Bizottsága a 41197-2/2019/EKU ügyiratszámú határozattal engedélyezte. A kutatásban való részvétel önkéntes és anonim volt. IBM SPSS Statistics Version 25.00 programcsomag felhasználásával leíró statisztikai elemzés mellett chí-négyzet próbát, Fisher's exact tesztet, továbbá Mann Whitney próbát végeztünk 95%-os valószínűségi szinten ($p < 0,05$).

Eredmények

A mintában résztvevők átlag életkora 21,44 (SD: 2,229) év, a legfiatalabb válaszadó 18, a legidősebb 40 éves.

Változó	Attribútumok	n	%
Nem			
	férfi	12	7,9
	nő	139	92,1
Lakhely			
	község	45	29,8
	város	65	43,0
	megyeszékhely	32	21,2
	főváros	9	6,0
Szak			
	ápoló	44	29,1
	dentálhigiénikus	3	2,0
	gyógytornász	47	31,1
	védőnő	57	37,8
Évfolyam			
	első	16	10,6
	második	55	36,4
	harmadik	43	28,5
	negyedik	37	24,5

1.táblázat: Szociodemográfiai és képzési jellemzők megoszlása (n=151)

Az 1. táblázat alapján elsősorban nők (92,1%) választották meg a kérdőívet, többségük városban, illetve nagyvárosban (70,2%) él.

Egészségi állapot

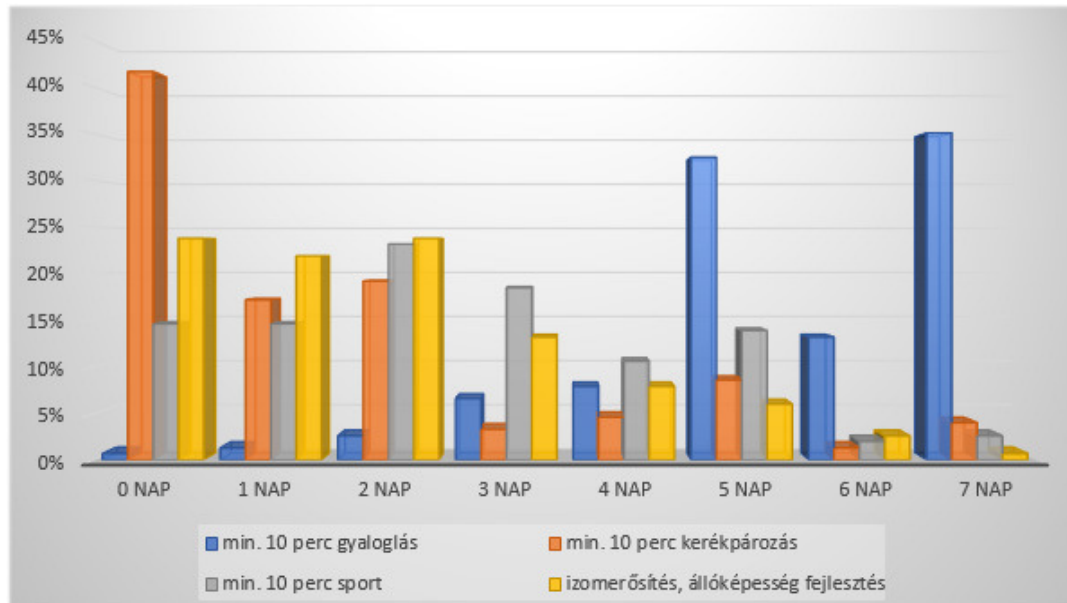
A vizsgálatban résztvevő hallgatók közül 124 fő (82,1%) érzi úgy, hogy általában jó, vagy nagyon jó az egészsége, 27 főnek (17,9%) kielégítő, és rossznak vagy nagyon rossznak senki sem ítélte meg az egészségi állapotát. 148 fő (98%) véleménye szerint sokat, illetve nagyon sokat tehet a saját egészségéért, 3 fő (2%) gondolta úgy, hogy csak keveset.

Legalább 6 hónapja tartó krónikus betegsége a résztvevő hallgatók ¼-ének van (39 fő, 25,8%). Mindennapi tevékenységében 4 főt (2,6%) korlátozott ebben az időszakban súlyosan egészségügyi probléma.

A mintában résztvevők tápláltsági állapota az Egészségügyi Világszervezet (WHO) tápláltsági állapotra vonatkozó osztályozása szerint az alábbiakban oszlik meg: enyhén sovány 5 fő (3,3%), normál tápláltsági állapota 106 főnek (70,2%) van, I. fokú elhízás 30 főnél (19,9%), II. fokú elhízás 8 főnél (5,3%) és III. fokú elhízás 2 főnél (1,3%) igazolódott a saját bevallásuk szerint (World Health Organization, 2010).

Mozgás

A válaszadó hallgatók többsége (102 fő, 67,5%) a hétköznapokban nagyrészt ül, vagy nem végez semmiféle munkát. Sportolással, sportos tevékenységekkel a mintában résztvevők átlagosan 184,8 percet (SD:163,8, median:150) töltenek hetente (0-750 perc). A WHO által javasolt legalább heti 150 perc mozgás a válaszadó hallgatók felét (77 fő, 51%) jellemzi.

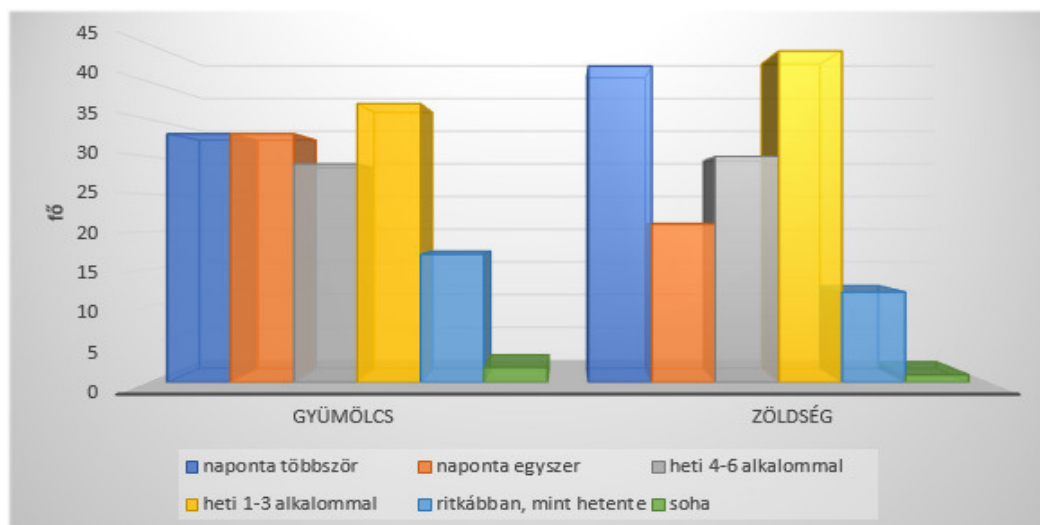


1. ábra A különböző mozgásformák heti előfordulásának gyakorisága (n=151)

A hallgatók közel fele nem kerékpározik heti rendszerességgel sem, négyötöde legalább heti 5 napon gyalogol minimum 10 percet, hogy egyik helyről a másikra eljusson. (1. ábra)

Táplálkozási szokások

A vizsgálatban résztvevők közel egyharmada (48 fő, 31,8%) tart valamilyen diétát, legtöbbször cukorbetegség, lisztérzékenység és tejérzékenység miatt. Hozzáadott cukor napi rendszerességgel 82 főnél (54,3%) jelenik meg, elsősorban napi 1-5 teáskanál mennyiségben. 5 hallgató (3,3%) mindig megszózza az ételt anélkül, hogy megkóstolná, 17 fő (11,3%) esetében ez gyakran és 35 fő (23,2%) esetében ritkán fordul elő.



2. ábra Gyümölcs és zöldség fogyasztás megoszlása (n=151)

Legalább napi rendszerességgel 66 fő (43,7%) fogyaszt gyümölcsöt, átlagosan 2,1 adagot és 63 fő (41,7%) zöldséget, átlagosan 2,5 adagot. (2. ábra)

Élelmiszertípusok	Fogyasztás gyakorisága					
	naponta többször	naponta 1 alkalommal	hetente 4-6 alkalommal	hetente 1-3 alkalommal	havonta 1-3 alkalommal	ritkábban, mint havonta
Teljes kiőrlésű vagy graham kenyér, pékáru	14,6%	20,5%	9,3%	25,2%	9,9%	20,5%
Hal, halkonzerv	0%	3,3%	2,6%	18,5%	40,4%	35,2%
Előre csomagolt édességek	6,6%	14,6%	10,5%	32,5%	23,2%	12,6%
Cukros üdítőital	4,0%	7,3%	6,0%	23,8%	27,1%	31,8%
Energiaital	5,3%	4,6%	4,0%	6,0%	7,9%	72,2%

2.táblázat: Különböző típusú élelmiszerek fogyasztásának gyakorisága (n=151)

A válaszadók egyötöde nem fogyaszt teljes kiőrlésű gabonafélét. Rendszeres fogyasztónak minősítettük azokat, akik bizonyos élelmiszercsoportokból legalább heti 4-6 alkalommal, vagy annál gyakrabban fogyasztanak. Ezek alapján a hallgatók közel egyharmada (31,7%) minősül rendszeres édesség-, 26 fő (17,3%) rendszeres cukros üdítőital és 21 fő (13,9%) rendszeres energiaital fogyasztónak, saját bevallása szerint. (2. táblázat)

Egészségértés

A HLS EU 47 teszt belső validitása a mintánkban kiváló (Cronbach $\alpha=0,982$). Tekintettel arra, hogy az egészségértés indexek és alindexek csak azok számára hozhatók létre, akik a 47 kérdésből legalább 43-ra érvényes választ adtak, ennél a témakörnél csupán 115 hallgató válaszait tudtuk figyelembe venni. Az összesített egészségértés index mellett meghatározásra került 3 alindex is, melyek kategóriáinak eredményét a küszöbértékeknek megfelelően a 3. számú táblázat mutatja.

Egészségértés index és egészségértési alindex kategóriák	A különböző kategóriákban való sikeresség aránya				Átlagok és szórások (0-50 skálán)
	elégtelen	problémás	elégséges	kitűnő	
összesített egészségértés index	7%	20,9%	39,1%	33%	37,3 SD:9,7
egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia alindex	6,1%	20%	43,5%	30,4%	37,4 SD:9,0
prevenció alindex	7,8%	19,1%	35,7%	37,4%	37,3 SD:10,5
egészségfejlesztés alindex	11,3%	18,3%	31,3%	39,1%	36,7 SD:11,2

3.táblázat Az összesített egészségértés index és a három alindex eloszlása és átlaga a küszöbértékek menti kategóriákban (n=115)

Korlátozott (elégtelen vagy problémás) az egészségértése a vizsgálatban résztvevő hallgatók valamivel több, mint negyedének. Az egészségfejlesztési alindex vonatkozásában a legmagasabb azok aránya (közel 30%), akik egészségértése elégtelen, illetve problémás, amit az indexátlagok is tükröznek.

Évfolyamok	A különböző kategóriákban való sikeresség aránya				
		elégtelen	problémás	elégéges	kitűnő
1. évfolyam (n=14)					
	összesített egészségértés	0%	14,3%	50%	35,7%
	egészségügyi	0%	14,3%	57,1%	28,6%
	prevenációs	7,1%	7,1%	50%	35,7%
	egészségfejlesztési	7,1%	7,1%	42,9%	42,9%
2. évfolyam (n=37)					
	összesített egészségértés	8,1%	13,6%	45,9%	32,4%
	egészségügyi	10,9%	8,1%	48,6%	32,4%
	prevenációs	5,4%	18,9%	40,6%	35,1%
	egészségfejlesztési	8,1%	16,2%	37,8%	37,9%
3. évfolyam (n=37)					
	összesített egészségértés	8,1%	35,2%	32,4%	24,3%
	egészségügyi	2,7%	35,2%	45,9%	18,9%
	prevenációs	8,1%	29,8%	35,1%	27%
	egészségfejlesztési	16,3%	32,4%	21,6%	29,7%
4. évfolyam (n=27)					
	összesített egészségértés	7,5%	14,8%	33,3%	44,4%
	egészségügyi	7,4%	22,3%	25,9%	44,4%
	prevenációs	11,1%	11,1%	22,2%	55,6%
	egészségfejlesztési	11,1%	7,4%	29,6%	51,9%

4.táblázat Az összesített egészségértés index és a három alindex évfolyamonkénti eloszlása a küszöbértékek menti kategóriákban (n=115)

Mind az összesített egészségértés, mind az egészségfejlesztés alindex tekintetében a harmadik évfolyamos válaszadók körében a legmagasabb a korlátozott egészségértésük aránya, valamint minden mutatóban közülük kerülnek ki legnagyobb arányban a problémás egészségértésük. (4. táblázat)

A tápláltsági állapot és az életmód

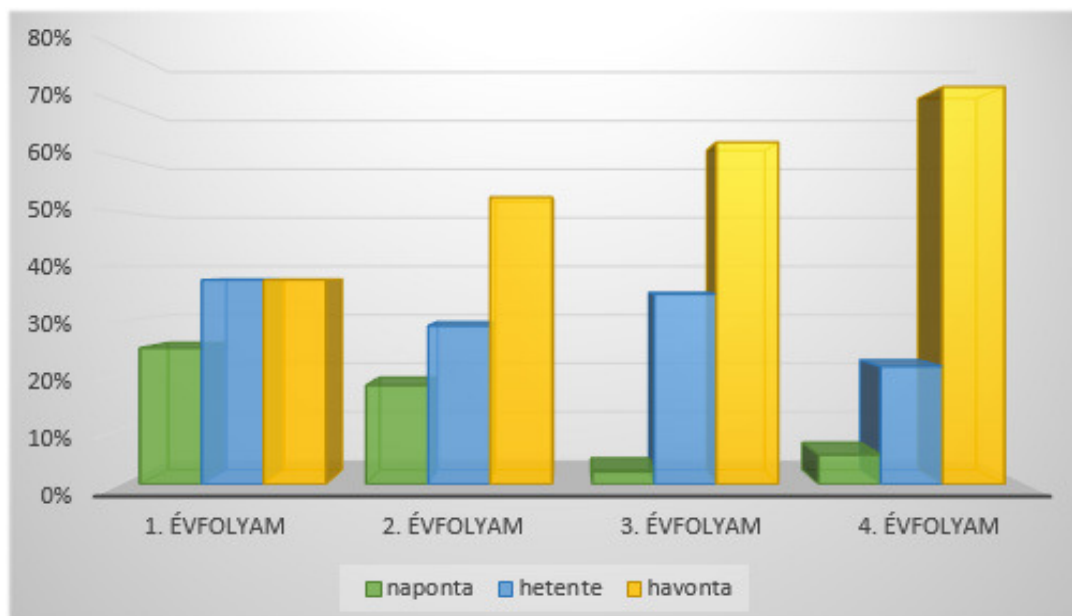
A táplálkozás tekintetében az összehasonlítás alapja a legalább napi rendszerességgel fogyasztott zöldség, gyümölcs, a hozzáadott só és cukor mellőzése, valamint az üdítőitalok és csomagolt édességek minél ritkább előfordulása volt. Szignifikáns különbség egyedül a zöldségfogyasztás vonatkozásában igazolódott ($\chi^2=9,067$, $p=0,010$). Az elhízottak közül senki nem válaszolta azt, hogy minden nap enne legalább egy alkalommal zöldséget, míg ez a túlsúlyosok körében 50%, a normál tápláltsági állapotúak esetében 43,2% volt.

A mozgás és a tápláltsági állapot között szignifikáns különbség a mintában résztvevők körében nem volt.

Tanulmányok előrehaladása és az életmód

A táplálkozás vonatkozásában szignifikáns különbség a gyümölcsbevitel és a cukros üdítők fogyasztása tekintetében igazolódott az egyes évfolyamok között.

Az évfolyamokat külön-külön megvizsgálva az látható, hogy az első évfolyamosok közül szignifikánsan többen ($\chi^2=12,551$, $p=0,006$) esznek naponta valamilyen gyümölcsöt (78,75%), mint a felsőbb évfolyamokban (másodévesek 33,26%, harmadévesek 47,28%, negyedévesek 51,36%).



3. ábra: Cukros üdítők fogyasztási gyakoriságának aránya a különböző évfolyamokban (n=151)

Az első évfolyamban szignifikánsan nagyobb ($\chi^2=13,622$, $p=0,033$) azok aránya, akik naponta isznak cukros italokat, mint a felsőbb évfolyamokban (25% ellentétben a 18%, a 2,32%, és az 5,4%-kal). (3. ábra)

Naponta legalább 150 percet szignifikánsan nagyobb ($\chi^2=4,911$, $p=0,027$) arányban mozognak az első és másodévesek (60,6%), mint a felsőbb éves hallgatók (42,5%).

Egészségértés és a szociodemográfiai faktorok

Nincs szignifikáns különbség az egészségértés és a nem, a lakóhely, illetve az évfolyam szerint.

Egészségértés index és egészségértési alindexek átlagai	védőnő	nem védőnő	p érték
összesített egészségértés	3,08	3,32	0,013**
egészségügyi rendszerrel kapcsolatos kompetencia	3,09	3,33	0,008**
prevenció	3,10	3,26	0,049**
egészségfejlesztés	3,02	3,31	0,014**

5. táblázat: Védőnő és nem védőnő szakos hallgatók egészségértésének összefüggése (n=115)

Szignifikánsan rosszabb azonban az egészségértése a védőnő hallgatóknak a többi szakon tanulókéhoz képest. (5. táblázat). Ez a különbség az egyes kategóriák tekintetében is igazolódott.

Megbeszélés

Kutatásunk célja az volt, hogy képet kapjunk a képzésünkben résztvevő hallgatók egészségi állapotáról, egészségmagatartásáról és egészségértéséről. Noha a különböző szakokon kicsit más-más megközelítésben, de a tanulmányok előrehaladtával a hallgatók egyre többet tanulnak az életmód egészséget befolyásoló szerepéről és az egészségfejlesztésről. Abból indultunk ki, hogy ezek a tényezők az eredményekben is megjelennek majd. Mielőtt azonban eredményeinket más kutatók eredményeivel összevetnénk, fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy a vizsgálatunk a COVID-19 világvárvány intenzív időszakában zajlott. A felhasznált irodalmakban bemutatott kutatások viszont ezt megelőzően történtek, ami állhat a különbségek hátterében.

Orvostanhallgatókat vizsgált Dombrádi és munkatársai, ahol az ELEF adataival megegyezően azt találták, hogy a válaszadók 1,4%-a rossznak vagy nagyon rossznak ítéli meg az egészségi állapotát (Dombrádi és mtsai, 2019; KSH, 2021). Jelen kutatásunkban résztvevők között azonban a vélt egészsége ennél mindenkinek jobb volt. A válaszadó hallgatók között ugyanakkora arányban jelennek meg a krónikus betegségek, mint a 18-34 év közöttiek körében országosan általában (KSH, 2021). A túlsúly és az elhízás (kb. 25%) hasonló korosztályban az ELEF eredményei szerint a hazai lakosság körében nagyobb arányban (30-40%), míg egy régebbi kutatásban az ELTE egyik karának (20%) és a Debreceni Egyetem jogi és orvoskarának (9%) válaszadói között kisebb mértékben fordul elő (Dombrádi és mtsai, 2019; KSH, 2021; Vítályos és mtsai, 2018). A felmérésben résztvevő hallgatóink közül kevesebben mozognak a WHO által javasolt legalább 150 percet hetente (51%), mint a hasonló korú átlag lakosság Magyarországon (56-71%) (KSH, 2021). A mintánkba bekerülők átlagosan eltöltenek ugyanannyi időt sportolással egy héten, mint a debreceni vizsgálatában résztvevők (kb. 180 perc), azonban ezt a tápláltsági állapot a mi hallgatóink körében, ellentétben Lévai eredményeivel, szignifikánsan nem befolyásolja (Dombrádi és mtsai, 2019; Lévai és mtsai, 2018).

A válaszadó hallgatók közel egyharmada tart valamilyen diétát, szemben a hazai 1/5-ös aránnyal (KSH, 2021). Többen fogyasztanak viszont napi rendszerességgel zöldséget (41,7%) és gyümölcsöt (43,7%) is a vizsgálatban résztvevők, mint általában a hazai lakosság (40 % ill. 40,6%) és mint amit Bencsik kutatásában olvashatunk (27,5% ill. 28,7%) (Bencsik és mtsai, 2018; KSH, 2021). Cukros üdítőket azonban a mi hallgatóink fogyasztanak nagyobb arányban legalább napi rendszerességgel (11,3% vs. 7,3%) (Bencsik, és mtsai, 2018).

Az egészségértés vonatkozásában eredményeinket először az első hazai reprezentatív vizsgálattal és egy debreceni népegészségügyi ellenőr alapszakos hallgatók körében végzett felméréssel vetettük össze. Az átlagok tekintetében jelentősen magasabb (össz.: 37,3) értékeket tapasztaltunk, mint a nemzetközi összehasonlító vizsgálatban Koltai és Kun (össz.: 32,3). Mind az összesített egészségértés index, mind az alindexek vonatkozásában továbbá azt látjuk, hogy az elégséges kategóriába közel hasonló arányba kerültek válaszadók. A jelentős különbség, ami az átlagok eltérését is alátámasztja, a korlátozott és a kitűnő kategóriák között mutatkozott. A résztvevő hallgatók kitűnő kategóriába 30-40% körüli arányban kerültek, míg ez a másik két vizsgálatban 8-15% körüli volt csak. A korlátozott egészségértés mutatóinál pedig értelemszerűen ellenkező irányú volt az eltérés (Koltai & Kun, 2016; Végh & Bíró, 2018). Egy litván egyetemi hallgatók körében végzett felmérés eredményeiben szintén kisebb a magukat kiváló egészségértésű kategóriába sorolók aránya (23,5%) (Sukys és mtsai, 2017). Más kutatásokkal ellentétben nálunk nem igazolódott összefüggés az évfolyamok és az egészségértés között (Végh & Bíró, 2018).

Nemzetközi irodalmakat tekintve azt találtuk, hogy hozzánk hasonlóan más képzőhelyen is megjelenik a különbség a különböző egészségtudományi hallgatók között (Mullan és mtsai, 2017).

A fenti eredmények alapján több kérdés is felmerült bennünk. Egyértelműen kiemelt jelentőségű azoknak az egészségmagatartása, akik egészségügyi dolgozónak készülnek, hiszen életmódjukkal közvetve befolyással lehetnek a lakosság egészségi állapotára. A felsőoktatás az utolsó szintér, ahol még van lehetőség az egészséges életmód iránti beállítódások kialakítására.

Következtetéseink megfogalmazásánál figyelembe kell vennünk, hogy a pandémia időszakában zajlott a felmérés. Ahogyan saját környezetünkben is tapasztaltuk, a világjárvány ambivalens hatással volt például a mozgásunkra. Egyrészt a feladataink (munka, egyetemi előrehaladás) jellemzően a számítógép mögé kényszerített bennünket és beszűkült a mozgástér. Figyelembe kell vennünk azt is, hogy a hallgatók jelentős része munkát vállal a képzés mellett, a szabadidejüket arra fordítják, hogy dolgozzanak, nem pedig például arra, hogy mozogjanak. Másrészt (bár ezt a hírcsatornák kevésbé közvetítették), a fittség szerepe felerősödött, a testmozgásra a fizikai és mentális egészség megőrzése szempontjából is óriási szükség lett volna. Így részben érthető, hogy hallgatóink is kevésbé voltak aktívak, viszont leendő egészségügyi szakemberként fontos lenne, hogy az ilyen fajta egészségtudatosság is megjelenjen körükben. A táplálkozás tekintetében van olyan terület, amiben az eredményeink kedvezőek, hiszen a zöldség és gyümölcs fogyasztás gyakorisága a hallgatók bevallása szerint egészen jó, azonban a cukorbevitel üdítőitalok formájában például nagymértékű. Ha még azt is figyelembe vesszük, hogy jelentős a túlsúlyos és elhízott hallgatók aránya, mindenképpen az látszik, hogy tovább kellene mélyíteni a helyes táplálkozással kapcsolatos ismereteket és attitűdöket a képzés során. Egyértelmű, hogy az egyetemista életforma nem kedvez a rendszeres, kiegyensúlyozott étkezésnek, azonban lehetne egészségesebb ételeket és italokat is választani még ebben a hektikusabb napirendben is.

Az egész karra vonatkozó következtetéseket természetesen nem vonhatunk le az életmóddal kapcsolatban, hiszen a megkérdezettek alig egyötöde vett csupán részt a felmérésben. Figyelembe véve az önkiválasztási torzítást, lehetséges, hogy a teljes képzésben résztvevők körében ezek az eredmények rosszabbak lennének, de ezt biztonsággal nem jelenthetjük ki.

Az alacsony részvételi arány miatt tekintettünk most el az életmódra vonatkozó eredmények és az egészségértés összefüggéseinek vizsgálatától is. Kérdés, hogy az egészségértés akkor is ennyivel jobbnak bizonyult volna-e más kutatók más mintán végzett eredményénél, ha a teljes karról mindenki megválaszolja a kérdéssort, vagy ez az eltérés annak tudható be, hogy akik szívesen részt vettek a kutatásban, az ő egészségértésük alapvetően az átlagnál jobb. Azonban tény, hogy emellé a kimagaslóan jó egészségértés mellé nem társult átlagon felüli egészségmagatartás. Elgondolkodtató továbbá, hogy miért pont a védőnő hallgatók esetében találtunk a mintán belül szignifikánsan gyengébb mutatókat az egészségértés kapcsán.

Összességében azt látjuk, hogy már ezeknek az eredményeknek a mentén is szükséges lenne átgondolni, hogy mind a képzés, mind a hallgatói élet tekintetében hogyan tudjuk segíteni a képzéseinkben résztvevőket abban, hogy fontos legyen számukra az egészséges életmód és tudjanak/akarjanak is tenni ennek érdekében. Másrészt a teljes képhez és a pontosabb következtetések levonásához szükséges lenne a vizsgálat megismétlése a kar összes hallgatójára kiterjesztve.

Összeférhetetlenség

A szerzők kijelentik, hogy nincs összeférhetetlenség

Köszönetnyilvánítás

A szerzők ezúton nyilvánítanak köszönetet a Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar Dékánjának, hogy lehetőséget biztosított a kérdőív hallgatókhoz való eljuttatására, valamint a résztvevő hallgatóknak a válaszadásért.

A munka a Nemzeti Kutatási, Fejlesztési és Innovációs Hivatal (pályázati azonosító: 2020-1.1.2-PIACI-KFI-2021-00199) NKFIH alapból megvalósuló projektként jött létre.

Irodalomjegyzék

Bencsik, A., Csanádi, Á., Horváth-Csikós, G. & Juhász, T. (2018). Az egészségmagatartás jellemzői egyetemista fiatalok körében. *Valóság*, 61 (5), 53-67.

Boros, J., Gárdos, É. & Kovács, K. (2021). Egészségi állapot. In: *Demográfiai portré 2021* (139-162). KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest.

Csizmadia, P. (2016). Az egészségműveltség definíciói. *Egészségfejlesztés*, LVII (3), 41-45. <https://doi.org/10.24365/ef.v57i3.68>

Dombrádi, V., Czifra, E., Gáll, T., Nagy, A. & Bíró, K. (2019). Az egészségmagatartás összehasonlító vizsgálata az orvostanhallgatók és jogáshallgatók körében. *Egészségfejlesztés*, LX (1), 6-19. <https://doi.org/10.24365/ef.v60i1.344>

Haase, A., Steptoe, A., Sallis, J. F. & Wardle, J. (2004). Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development. *Preventive Medicine*, 39 (1), 182-190. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2004.01.028>

Hídvégi, T. szerk. (2017). *Civilizációs betegségek – A leggyakoribb népbetegségek megelőzése*. SpringMed Kiadó, Budapest

Hussain, R., Guppy, M., Robertson, S. & Temple, E. (2013). Physical and mental health perspectives of first year undergraduate rural university students. *BMC Public Health* 13, 848. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-848>

Koltai, J. & Kun, E. (2016). A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*, LVII (2), 3-21. <https://doi.org/10.24365/ef.v57i3.62>

KSH (2014). Európai Lakossági Egészségfelmérés Kérdőív https://www.ksh.hu/elef/archiv/2014/pdfs/elef2014_kerdoiv.pdf
Letöltés dátuma: 2022.02.15.

KSH (2021). Tehetünk az egészségünkért. Központi Statisztikai Hivatal https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/te_2019/index.html#szubjektvegszsgillapot
Letöltés dátuma: 2022.02.15.

Lévai, K., Rucska, A. & Kiss-Tóth, E. (2018). Fizikai aktivitás és egészség: avagy milyen összefüggés található a lakosság fizikai aktivitása és egészségi állapota között. *Egészségtudományi közlemények*, 8 (2), 59-70.

Mullan, J., Burns, P., Weston, K., McLennan, P., Rich, W., Crowther, S, Mansfield, K., Dixon, R., Molsen, E.& Osborne, R. H. (2017). Health Literacy amongst Health Professional University Students: A Study Using the Health Literacy Questionnaire. *Education Sciences*, *MDPI*, 7,54 <https://doi.org/10.3390/educsci7020054>

Pöszment, T. & Bácsné Bába, É. (2016). Sportolási szokások felmérése a Debreceni Egyetemre 2016-ban felvételt nyert hallgatók körében. In: *Sport és társadalom* (37-48). Debreceni Egyetem Sporttudományi Koordinációs Intézet, Debrecen.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J. Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Sukys S., Cesnaitine V. J. & Ossowsky Z. M. (2017). Is Health Education at University Associated with Students Health Literacy? Evidence from Cross-Sectional Study Applying HLS-EU-Q. In: *Hindawi BioMed Research International*, Article ID 8516843, 9 p. <https://doi.org/10.1155/2017/8516843>

Taller, Á., Makara, P. & Tonté, D. (2015). Az egészségműveltség értelmezése és fő kihívásai a mai magyar társadalomban - I. rész *Egészségfejlesztés* LVI (1-2), 17-22. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegefejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=103&path%5B%5D=148> Letöltés dátuma: 2022.02.15.

Taller, Á., Makara, P. & Tonté, D. (2015). Az egészségműveltség értelmezése és fő kihívásai a mai magyar társadalomban - II. rész *Egészségfejlesztés* LVI (3), 2-8. <http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegefejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=102&path%5B%5D=147> Letöltés dátuma: 2022.02.15.

Tompa, A. Népegészségügyi látélet. (2019) In: Feith Helga Judit, Falus András (szerk.), *Egészségfejlesztés és nevelés*. Akadémiai Kiadó.

Varsányi, P. & Vitrai, J. szerk. (2017). *Egészségjelentés 2016*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest

Végh, B. & Bíró, É. (2018). Egyetemi hallgatók egészségműveltségének vizsgálata. *Egészségfejlesztés*, LVIX (6), 3-13. <https://doi.org/10.24365/ef.v59i6.357>

Vitályos, G., Dancs, G., Bärköpfné Zsoffay, K., Vényingi, B.& Darvay, S. (2018). Egyetemi hallgatók vérnyomásának, tápláltsági állapotának és életvitelének összefüggései. *Anthrop. Közl.* 59, 31-45. <https://doi.org/10.20330/AnthropKozl.2018.59.31>.

Vitályos, G., Dancs, G., B. Zsoffay, K., Vényingi, B.& Darvay, S. (2020). Az ELTE TÓK hallgatóinak testi-egészségi állapotának változásai az egyetemi évek alatt. *Gyermeknevelési Tudományos Folyóirat*, 8(3), 166-178. <https://doi.org/10.31074/gyntf.2020.3.166.178>.

World Health Organization (2010). A healthy lifestyle – WHO recommendations <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/a-healthy-lifestyle---who-recommendations> Letöltés dátuma: 2022.02.15.

World health statistics 2019: monitoring health for SDGs, sustainable development goals. World Health Organization, Switzerland, 31-36 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?sequence=9&isAllowed=y> Letöltés dátuma: 2022.02.15.