

Az egészségfejlesztési tanulmányok szerepe a védőnő hallgatók egészségmagatartásának változásában és hiteles szakemberré válásában

Balogh Mónika tanársegéd¹,
Dr. habil. Barabás Katalin egyetemi docens²

¹Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

²Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet

Bevezetés

A hazai egészségügyi ellátási rendszerben számos szakember feladata és kompetenciája a lakosság egészségi állapotának megőrzése, javítása és fejlesztése. Miután maga a feladat, az egészségfejlesztés folyamata is összetett, így szakemberek széles skálájára, és teammunkában való együttműködésükre van szükség. Ennek a teamnek jeles képviselői a védőnők (sajnos szakmai, társadalmi elismertségük jelenleg még nem ezt tükrözi), akik négy éves felsőoktatási képzés keretében sajátítják el mindazon elméleti tudást és gyakorlati készségeket, amelyek birtokában képessé válnak a kompetenciájukba tartozó feladatok magas szinten való ellátására.

A felsőoktatásban zajló bolognai folyamat eredményeként az egészségügyi képzési rendszerek is átalakuláson mentek/ mennek keresztül. Az egykor *Védőnő* szakon tanulmányait megkezdő hallgatók ma már *Egészségügyi gondozás és*

prevenció alapszakra jelentkeznek, és a képzés második évében választhatnak a *Védőnő*, valamint a *Népegészségügyi ellenőr* szakirányok között. Az alapképzési szak képzési célja a képesítési követelményekben foglaltak alapján a következő: „A képzés célja olyan szakemberek képzése, akik az egészségtudomány eredményei alapján az emberi egészség megőrzése törvényszerűségeinek megismerésével gondozzák a társadalom egyéneit, közösségeit és elősegítik egészségük fejlesztésének lehetőségeit.” A képzési célból adódóan a hivatásra való felkészítésben a *Védőnő* szakirányon az egészségfejlesztésre való felkészítés kiemelt hangsúlyt kap, amelynek eredményeként a hallgatók többek között megismerik:

„– az egészségvédelmi szűrővizsgálatok rendszerét és elvi alapjait,

– az egészségmegőrzés, egészségfejlesztés gyakorlati ismereteit,

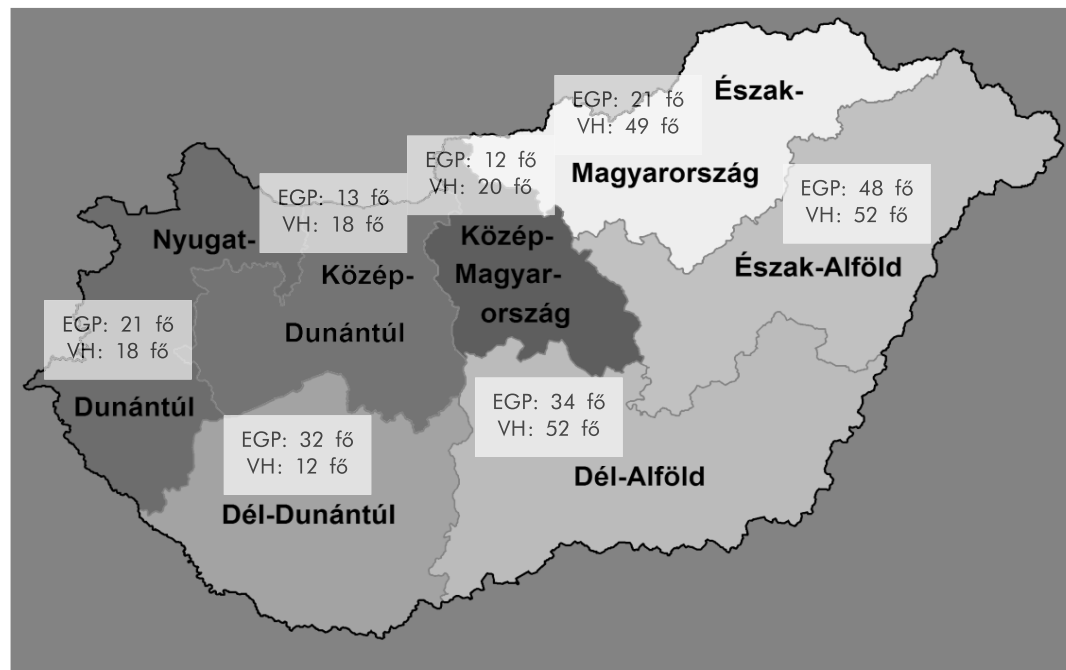
1. táblázat

A felmérésben részt vett hallgatók létszáma, képzőintézmények szerint
(N=412)

Képzőintézmények	Egészségügyi gondozás és prevenció alapszakos hallgatók	Végzett védőnő hallgatók	Összesen
Debreceni Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar (Nyíregyháza)	39 fő	53 fő	92 fő
Miskolci Egyetem, Egészségügyi Főiskolai Kar	13 fő	27 fő	40 fő
Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Szombathelyi képzési központ	19 fő	23 fő	42 fő
Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar, Kaposvári képzési központ	32 fő	14 fő	46 fő
Semmelweis Egyetem, Egészségtudományi Kar (Budapest)	45 fő	53 fő	98 fő
Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar	37 fő	57 fő	94 fő
Összesen	185 fő	227 fő	412 fő

1. ábra

A vizsgált minta régió és évfolyam szerinti megoszlása
EGP: Egészségügyi gondozás és prevenció alapszakos hallgatók; VH: Végzett hallgatók
 (N=412)



– a gondozási, egészségfejlesztési és prevenció modelleket.” (15/2006. (IV.3.) OM rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről.)

Ahhoz, hogy a védőnő, mint primer prevenció szakember az egészségfejlesztést – annak bármely szintjét és bármely szintjén – magas színvonalon tudja művelni, elengedhetetlen, hogy saját egészségét értéknek tekintse, s egészségmagatartása, az egészséggel kapcsolatos attitűdje, valamint mindennapi magatartása is ezt tükrözze. Fontos, hogy mindazt, amit klienseitől az egészséges életmód és az egészség szemlélet terén elvár, azzal azonosulni tudjon, s annak közvetítésében hiteles legyen.

Kutatási cél

Jelen tanulmányban egy országos felmérés részeredményeit mutatjuk be, amelyről már korábban beszámoltunk. A kutatás célja többértékes volt, amelyek között szerepelt annak a kérdéskörnek a vizsgálata is, hogy a végzett hallgatók mennyire érzik magukat hitelesen felkészültnek az egészségfejlesztési feladatok ellátására, valamint milyen szerepe van/volt a felsőoktatásban tanult ezirányú ismereteknek. Vizsgálatunkkal fel kívántuk tájni, hogyan vélekednek a leendő védőnők jövőben végzendő egészségfejlesztési feladataikról, mennyire látják meghatározónak leendő munkájukban saját egészségmagatartásukat, egészséggel kapcsolatos értékítéletüket. Továbbá célunk volt megismerni a hallgatók vélekedését a pályán való elhelyezkedésükről, arról, hogy felsőoktatási

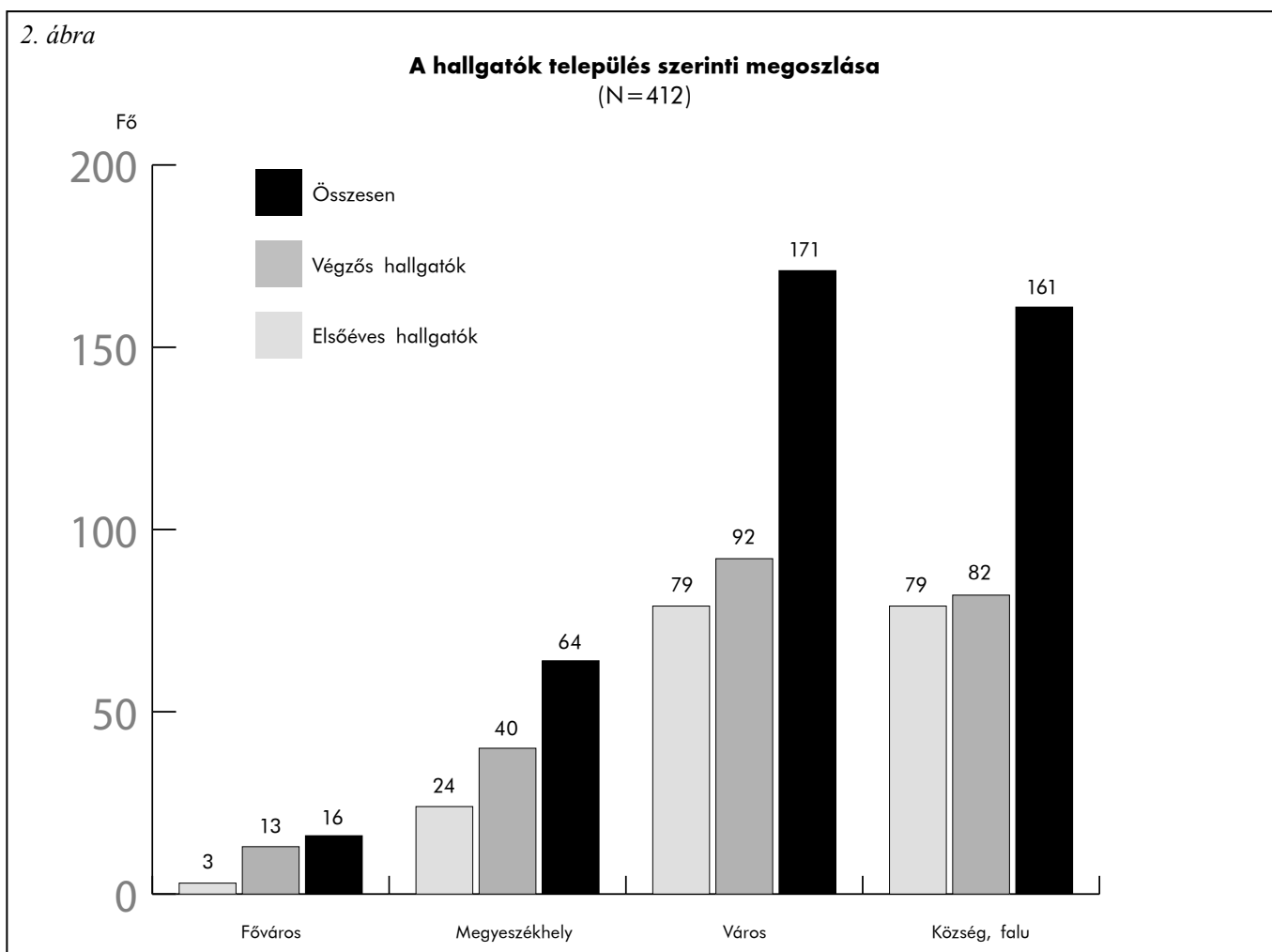
tanulmányaik befejeztével szeretnének-e védőnőként dolgozni.

Minta

A felmérésben hat képzőintézmény vett részt – Budapest, Kaposvár, Nyíregyháza, Miskolc, Szeged, Szombathely. Hallgatói létszám tekintetében az *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapszakos hallgatók (a későbbiekben EGP) közül 185 fő, míg végzett védőnő hallgatók közül 227 fő vett részt a felmérésben (összesen 412 hallgató). (1. táblázat)

A hallgatói részvételi arány valamennyi intézmény esetén 98% fölötti volt. Mindössze négy férfi töltötte ki a kérdőívet, akik elsőéves hallgatók, és a népegészségügyi ellenőrpályára készülnek (az *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapszakra jelentkező hallgatók második tanulmányi évük megkezdésekor választanak szakirányt, amely *Védőnő* vagy *Népegészségügyi ellenőr* szakirányt jelent; nem minden oktatási intézményben van lehetőség mind a két szakirányon továbbtanulni). Életkor tekintetében az átlagéletkor az elsőévesek esetén 19,26 év ($\pm 1,71$), végzős hallgatók esetén 23,88 év ($\pm 2,79$). (1. ábra)

A felsőoktatási intézményekbe érkezett hallgatók régió szerinti megoszlását a 1. ábra mutatja. Legmagasabb arányban az észak-alföldi (100 fő), a dél-alföldi régióból (86 fő), valamint Észak-Magyarországról (70 fő) érkeztek hallgatók, majd ezt követi a dél-dunántúli (44 fő) és a nyugat-dunántúli régióból (39 fő) érkezett hallgatók aránya. Közel azonos



a Közép-Magyarországról (32 fő) valamint a Közép-Dunántúlról (31 fő) bekerülő hallgatói létszám. A hallgató által választott képzőintézmény nagyon sok esetben nem esik egybe a hallgató lakhelyével, számos esetben lakóhelyüktől távolabb eső intézményben folytatják/folytatták tanulmányaikat a fiatalok. (2. ábra)

A fővárosból mindössze 16 fő (3,88%), míg megyeszékhelyről 64 fő (15,53%) érkezett a választott felsőoktatási intézménybe. Közel azonos arányban végzik/végezték tanulmányaikat a városból (171 fő, a minta 41,50%-a) és a községből, faluból (161 fő, a megkérdezettek 39,07%-a) érkező fiatalok. (3. ábra)

A lakóhely megválasztása egyrészt attól függ, hogy a hallgatók milyen távolságról érkeznek az adott képzőintézménybe, másrészt, hogy milyen lehetőségeik vannak a mindennapi életkörnyezet kialakítására, megválasztására, s ez befolyásolhatja egészségmagatartásukat is.

Az elsőéves hallgatók esetén közel azonos a kollégiumban és a családban élők aránya, amelytől nem messze marad el azoknak a száma, akik jelenleg albérletben laknak. Mindössze 2,16%-uk rendelkezik saját lakással, és 1,08%-uk lakik rokonoknál. (4. ábra)

A végzős hallgatók legnagyobb százaléka a családdal otthon él (38,33%). 33,04%-uk kollégiumban, míg 20,70%-uk albérletben lakott az adatfelvétel időpontjában. Az elsőéves

hallgatókhoz viszonyítva magasabb azok aránya, akik saját lakásban élnek (7,05%).

Módszer

Vizsgálatunkhoz az írásbeli kikérdezés módszerét és a kérdőív eszközt alkalmaztuk. A kérdőív összetett volt, kutatási céljainknak megfelelően több szerkezeti egységre tagolódott, amelyek közül jelen tanulmányban az alábbi kérdéseket mutatjuk be (valamennyi szerkezeti egység reliabilitás-mutatója, a Chronbach-alfa értéke a kutatómódszertanilag elvárt érték felett van): a hallgatók egészségmagatartását befolyásoló tényezők; a felsőoktatásban tanult egészségfejlesztési ismereteik és azok saját egészségükre gyakorolt hatása, valamint a tanulmányok befejezése után a pályán való elhelyezkedés kérdése. Az adatfelvétel végzős hallgatók esetén a 2007–2008-as tanév II. félévének végén, május–június hónapban, elsőéves hallgatók esetén a 2008–2009-es tanév I. félévének elején, szeptember–október hónapban történt.

Eredmények

Ahogy már utaltunk rá, jelen tanulmány egy országos felmérés részeredményeit mutatja be, amelyből három hipotézist emelünk ki.

1. hipotézis: Az egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatók egészségét és egészségmagatartását befolyásoló tényezők között elsődleges szerepe a családi szokásoknak, a szülői mintának van, és csak ezt követően érvényesülhetnek a képzőintézményben tanult ismeretek. (5. ábra)

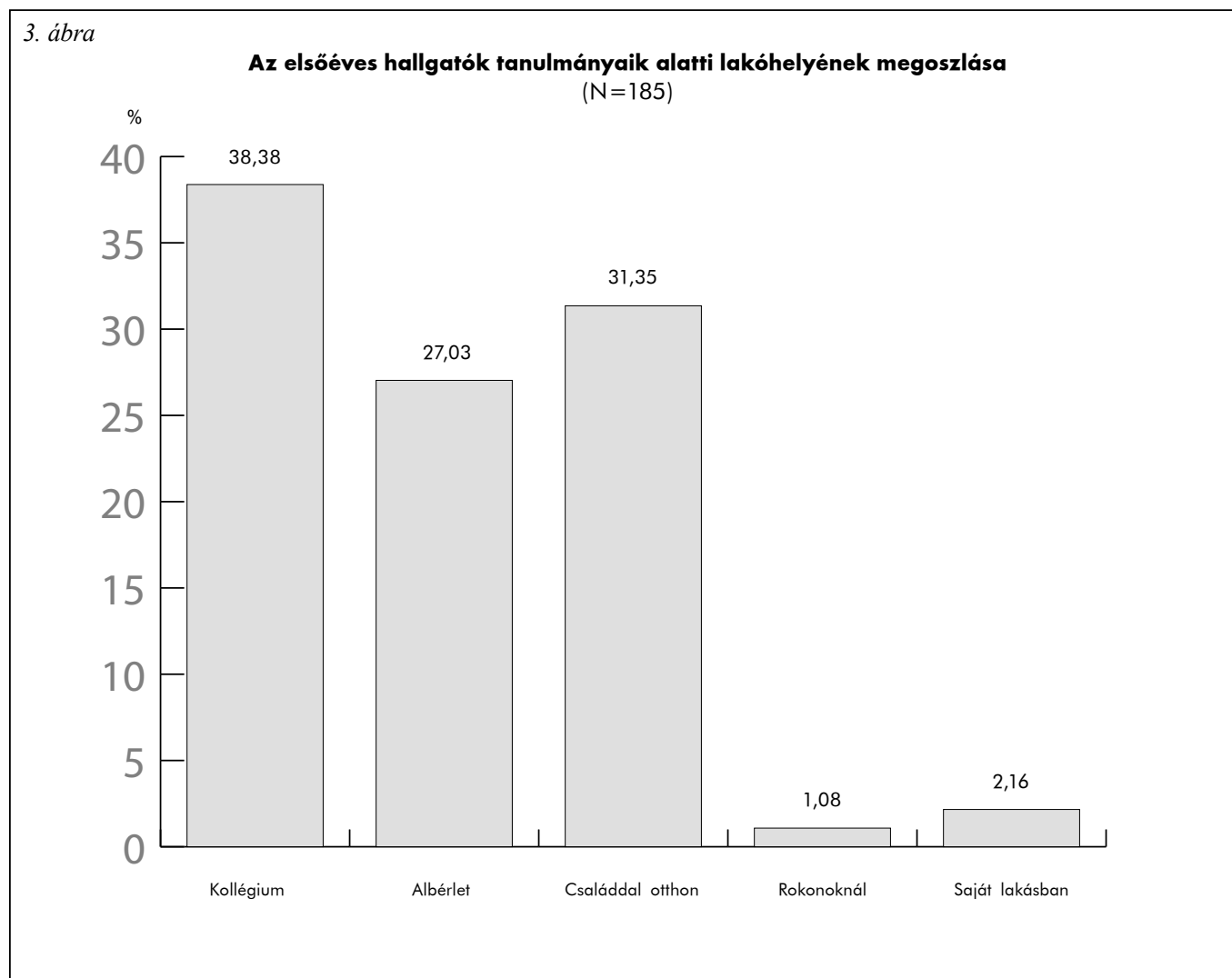
Külön megvizsgáltuk a felsőoktatási tanulmányaikat most kezdő és a végzett hallgatók válaszait. Négyfokozatú skálán kellett bejelölniük azt, hogy az általunk felsorolt egészségmagatartást befolyásoló tényezők mennyire vannak hatással saját egészségmagatartásukra. Átlagértékpontot számolva az elsőévesek esetén az anya véleménye (átlagértékpont: 2,94), a családi szokások (átlagértékpont: 2,9) és az eddigi tanulmányok (átlagértékpont: 2,6) szerepeltek az első három helyen. Legkevésbé befolyásoló hatással a megkérdezett hallgatók válaszai alapján a vallás (átlagértékpont: 1,65) és a média (átlagértékpont: 1,81) bír. (6. ábra)

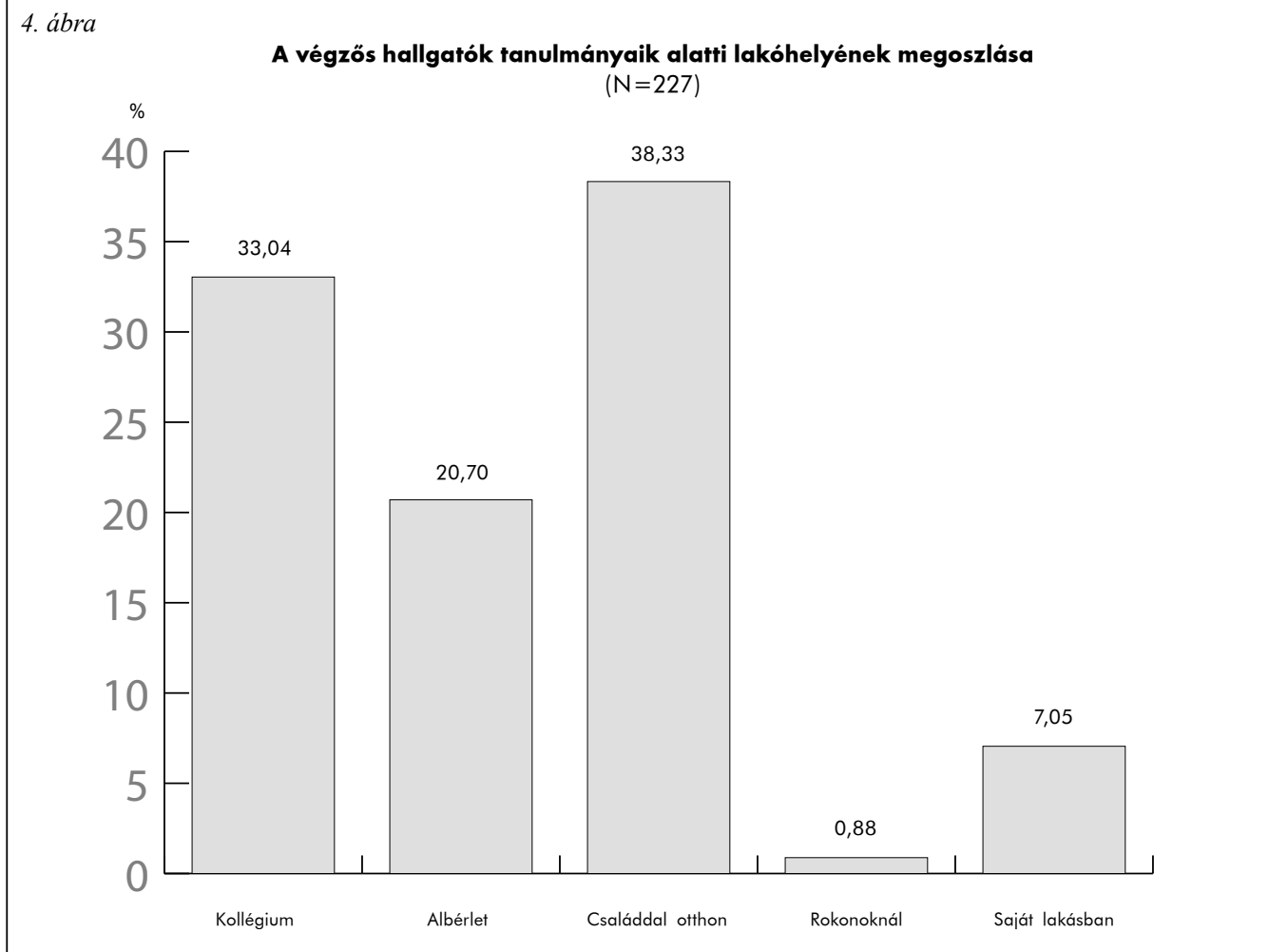
A végzős hallgatók válaszait tekintve a következő sorrend figyelhető meg az átlagértékek alapján: első helyen az anyagi helyzet (átlagértékpont: 3,17), második helyen a felsőoktatási tanulmányok (átlagértékpont: 3,13), míg harmadik helyen a családi szokások (átlagértékpont: 2,95) szerepelnek. (2. táblázat)

Az egészségmagatartást befolyásoló tényezők erősségének összehasonlítására Friedman-tesztet alkalmaztunk. A teszt nullhipotézise szerint nincs szignifikáns különbség az egyes befolyásoló tényezők hatása között. Mindkét évfolyam esetén a teszt szignifikanciaszintje <0,05 (EGP hallgatók esetén: Chi-Square = 448,278; p = 0,000; Végzett hallgatók esetén: Chi-Square = 463,695; p = 0,000), ezért ezt a nullhipotézist elvetjük, azaz a különböző tényezők befolyásoló hatásai nem tekinthetők azonosnak. Ha megvizsgáljuk a hatások sorrendjét, akkor a Ranks-táblázat alapján megállapíthatjuk, hogy az elsőéves hallgatók esetén az anya véleményének (mean rank 6,61) volt a legerősebb hatása, ezt követi a kialakult családi szokások (mean rank 6,58), majd az anyagi helyzet, valamint az eddigi tanulmányok hatása (utóbbi két tényező esetén a mean rank egyaránt 5,75). A végzett tanulók esetén legerősebb befolyásoló hatással az anyagi helyzet bír (mean rank 5,80), második helyen a felsőoktatási tanulmányok szerepe (mean rank 5,72), harmadik helyen pedig a családi szokások (mean rank 5,34) állnak.

Az egészségmagatartásra ható egyes tényezők befolyásoló hatásának erősségén túl külön megvizsgáltuk, hogy a szülők egészségmagatartási mutatói és a hallgatók egészségmagatar-

3. ábra





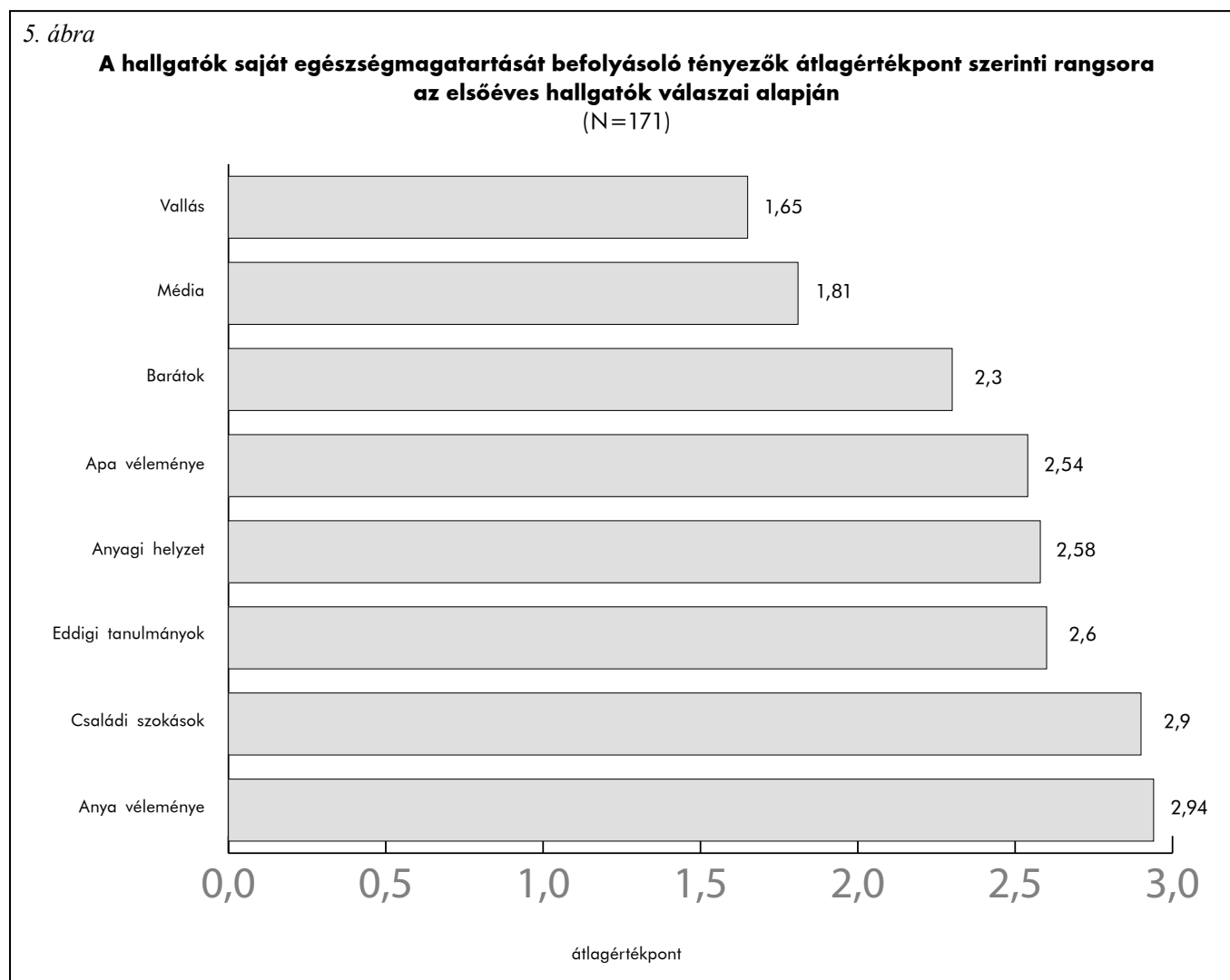
tása között milyen kapcsolat mutatható ki. A felsőoktatási tanulmányaikat most kezdő hallgatók 69,2%-a (182 fő) az elmúlt egy hónapban tudatosan odafigyelt étkezési szokásaira, igyekezett egészségesen táplálkozni. Az elsőéves hallgatók 50,0%-a gondolja úgy, hogy szülei egészségesen táplálkoznak, míg a hallgatók másik fele ellenkező véleményen van. Ha összehasonlítjuk a tanulók saját táplálkozási szokásainak megítélését a szülők táplálkozási szokásainak megítélésével, szignifikáns összefüggés mutatható ki (Chi-square = 6,603; $p = 0,010$). A válaszadók 39,6%-a nem fordít kellő figyelmet saját táplálkozási szokásaira, ugyanakkor a szülők ezirányú szokásait sem tartják helyesnek. A táplálkozási szokásaikra oda nem figyelő hallgatók 22,0%-a szülei táplálkozási szokásait egészségesnek tartja.

A végzős hallgatók 68,4%-a szülei táplálkozási szokásait nem tartja egészségesnek, 31,6% azonban igen. A 225 válaszadó 79,1%-a igyekszik odafigyelni az egészséges táplálkozásra. A szülei táplálkozási szokásait egészségesnek, illetve egészségtelennek tartó hallgatók között közel azonos az egészségtelenül táplálkozó aránya (21,1%, illetve 20,8%). A két tényező közötti összefüggés a végzős hallgatók esetén – ellentétben az elsőéves hallgatókkal –, nem szignifikáns (Chi-square = 0,004; $p = 0,952$).

A táplálkozási szokások mellett a szülők alkoholfogyasz-

tási és dohányzási szokásait is vizsgáltuk. A válaszadó elsőéves hallgatók 0,5%-a szerint rendszeresen (hetente 4–5-ször), 3,8%-a szerint néhányszor (2–3-szor), 29,0%-a szerint párszor (1–2-szer), 63,9%-a szerint egyáltalán nem fogyaszt édesanyja alkoholt, 2,7%-a nem tud az anya alkoholfogyasztásáról. A válaszadók 69,4%-a fogyasztott az adatfelvételt megelőző egy hónapban alkoholt, míg 30,6%-uk nem. Ezt az édesanya alkoholfogyasztási szokásaival összevetve látható, hogy azon hallgatók között a legmagasabb az alkoholfogyasztók aránya (100%), akik szerint édesanyjuk rendszeresen (hetente 4–5-ször) fogyaszt alkoholt. Azaz szignifikáns kapcsolat mutatható ki a hallgatók és az édesanya alkoholfogyasztási szokásai között (Chi-square = 12,870; $p = 0,012$).

Az EGP-hallgatók válaszai alapján az apák ivási szokásai a következő képet mutatják: 5,3%-uk szerint rendszeresen (hetente 4–5-ször), 5,3%-uk szerint gyakran (hetente 2–3-szor), 5,3%-uk szerint hetente egyszer, 13,5%-uk szerint néhányszor (2–3-szor), 38,6%-uk szerint párszor (1–2-szer), 28,7%-uk szerint egyáltalán nem fogyaszt édesapja alkoholt, 3,5%-uk nem tud az apa alkoholfogyasztásáról. A hallgatók és az apák alkoholfogyasztási szokásait összevetve látható, hogy azon hallgatók között a legmagasabb az alkoholfogyasztók aránya (88,9%), akik szerint édesapjuk gyakran (hetente 2–3-szor) fogyaszt alkoholt. Az erre vonatkozóan



végzett Chi-négyzet próba eredménye alapján az összefüggés nem szignifikáns (Chi-square = 8,370; $p = 0,212$).

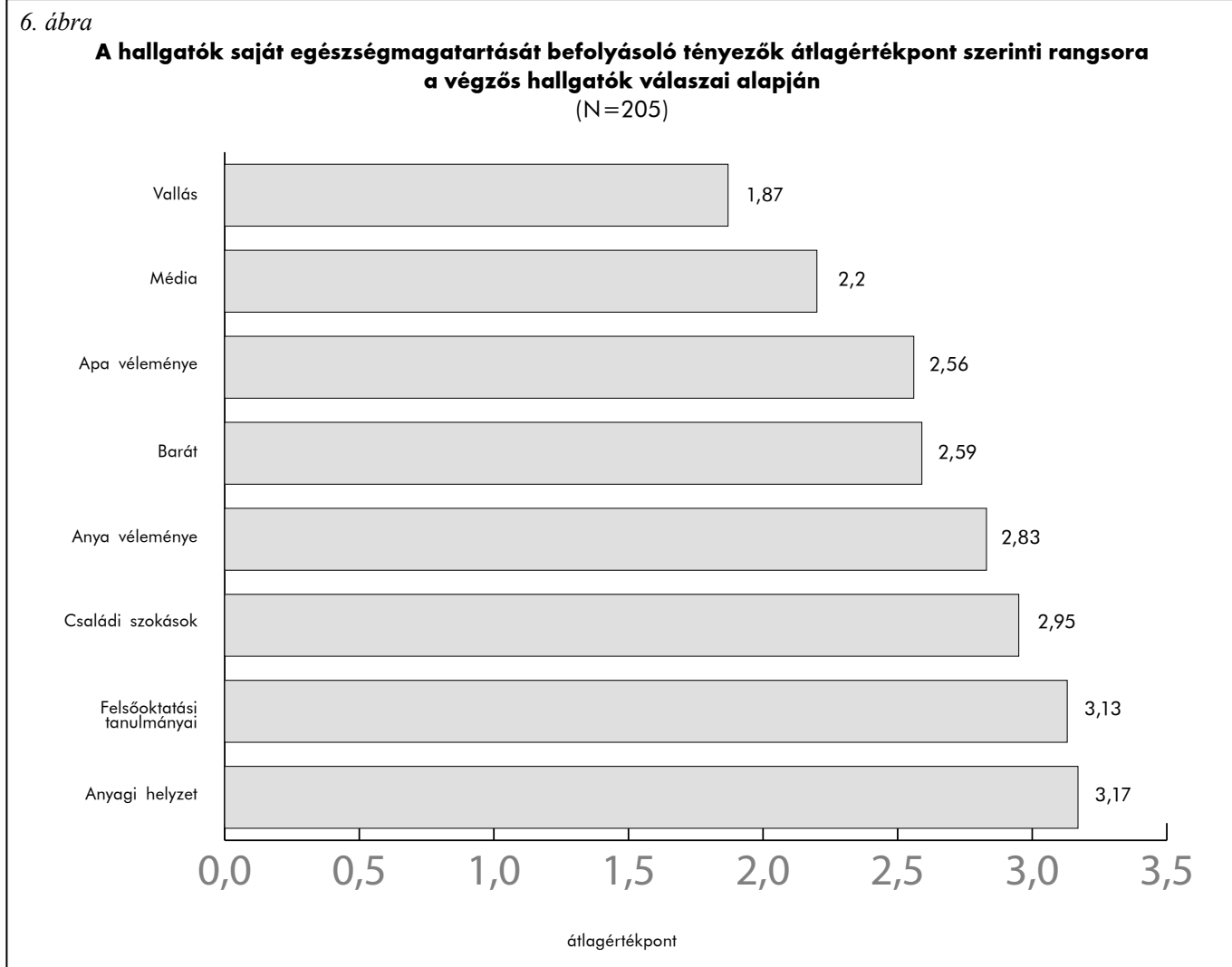
Végzett hallgatók esetén az anyák alkoholfogyasztási szokásai a következőképpen alakultak: 1,8%-uk szerint rendszeresen (hetente 4–5-ször), 2,7%-uk szerint gyakran (hetente 2–3-szor), 3,1%-uk szerint gyakran (hetente egyszer), 3,6%-uk szerint néhányszor (2–3-szor), 31,7%-uk szerint párszor (1–2-szer), 50,4%-uk szerint egyáltalán nem fogyaszt édesanyja alkoholt, 6,7%-uk nem tud az anya alkoholfogyasztásáról. A válaszadók 57,1%-a fogyasztott az elmúlt egy hónapban alkoholt, míg 42,9%-a nem. Ezt az édesanya alkoholfogyasztási szokásaival összevetve látható, hogy azon hallgatók között a legmagasabb az alkoholfogyasztók aránya (100 százalék), akik szerint édesanyjuk gyakran (hetente egyszer) fogyaszt alkoholt (Chi-square = 20,592; $p = 0,002$).

A tanulmányaikat most befejező hallgatók esetén az apa alkoholfogyasztási gyakorisága magasabb az anyákhoz képest: 9,5%-uk szerint rendszeresen (hetente 4–5-ször), 9,0%-uk szerint gyakran (hetente 2–3-szor), 7,1%-uk szerint hetente egyszer, 8,6%-uk szerint néhányszor (2–3-szor), 37,6%-uk szerint párszor (1–2-szer), 23,3% szerint egyáltalán nem fogyaszt édesapja alkoholt, 4,8%-uk nem tud az apa

alkoholfogyasztásáról. Ugyanakkor a hallgatók ivási gyakoriságával kapcsolatban nem mutatható ki összefüggés, nem magasabb azon apák gyermekeinek alkoholfogyasztása, akik rendszeresebben isznak (Chi-square = 8,963; $p = 0,176$).

2. hipotézis: A végzett hallgatók felsőoktatási tanulmányaik során kellő információt és ismeretet kaptak az egészségfejlesztésről, de mindezt nem minden esetben alkalmazzák tudatosan saját egészségmagatartásukban. (7. ábra)

A felmérésben résztvevő végzett hallgatók 94,2%-a (214 fő) úgy gondolja, felsőoktatási tanulmányai alatt kellő információt kapott az egészségről, az egészségfejlesztésről. Mindössze 11 fő (4,8%-uk) állította az ellenkezőjét. A kapott ismeretek saját egészségmagatartásukra vonatkozó meghatározó szerepét a hallgatók egytől ötig terjedő skálán értékelték, amelynek eredményeként 3,62 ($\pm 0,827$) átlagértékpontot adtak. A kapott információk jellegének megítélése során látható, hogy a képzés során a legmagasabb arányban kognitív jellegű információk hangzottak el (192 fő – 84,9%), 122 fő (53,9%) szerint pszichomotoros, 96 fő (42,4%) szerint affektív vonatkozásai is voltak a kapott információknak, ismereteknek. A végzős hallgatók 96,0%-a fontosnak tartotta,



hogy felsőoktatási tanulmányai során tanuljon az egészségről, az egészségfejlesztésről, 1,8%-a nem tartotta fontosnak, 2,2%-a pedig nem tudta eldönteni a kérdés fontosságát. (8. ábra)

A válaszadó végzős hallgatók 75,1%-a (169 fő) gondolja úgy, hogy felsőoktatási tanulmányai hatására változott, 18,2%-a (42 fő) szerint nem változott egészségmagatartása, 6,7%-a (15 fő) pedig nem tudja eldönteni a kérdést. (9. ábra)

Azok a hallgatók, akik úgy érezték, hogy egészségmagatartásuk változott, táplálkozási szokásain 166 fő (90,1%), stresszkezelési szokásain 80 fő (43,4%) testmozgási szokásain 77 fő (41,8%) változtatott. Mindössze 23 fő (12,5%) szerint dohányzási szokásai, míg 12 fő (6,5%) szerint alkoholfogyasztási szokásai vettek pozitív irányú változást. (10. ábra)

Az egészségmagatartásban bekövetkezett változások közül a hallgatók véleménye szerint a táplálkozási szokásokban következett be a legmagasabb arányban változás. Összefüggéseiben megvizsgáltuk, hogy van-e összefüggés a felsőoktatási tanulmányok során kapott kellő mennyiségű információ és az egyes táplálkozási mutatók között. A napi táplálkozási gyakoriság tekintetében elmondható,

hogyan a végzős hallgatók közel fele, 105 fő (48,2%) háromszor, 54 fő (25,0%) négyszer és 30 fő (16,1%) ötször étkezik naponta. A válaszadóknak csak 10,7%-a, 24 fő étkezik három alkalomnál kevesebbszer naponta. Azok között, akik úgy gondolják, hogy kellő információt kaptak az egészségről, az egészségfejlesztésről, mégis vannak olyan hallgatók, akik táplálkozási szokásaikban nem a preventív magatartást követik, s naponta három alkalomnál kevesebbszer étkeznek (11,3%). A Chi-négyzet próba eredménye szerint a tanulmányok során kapott információk, ismeretek „megfelelősége” és a napi étkezések gyakorisága között szignifikáns kapcsolat mutatható ki (Chi-square = 13,161; p = 0,0031). (11. ábra)

Megkérdeztük a hallgatókat, mennyire figyelnek oda a napi étkezések során arra, hogy egészségesen táplálkozzanak. A végzős hallgatók nagyobb hányada próbál erre figyelni, mindössze 26 fő (11,6%) állítja azt, hogy egyáltalán nem figyel étkezésére. A 224 válaszadó közül 84–84, azaz 168 fő időnként, illetve legtöbbször figyel étkezésére, próbál egészségesen táplálkozni. Ha az egészséges étkezésre fordított figyelmet összevetjük azzal, hogy kellő információt kaptak-e a hallgatók az egészségről, az egészségfejlesztésről felsőoktatási tanulmányaik során, akkor láthatjuk, hogy a kellő

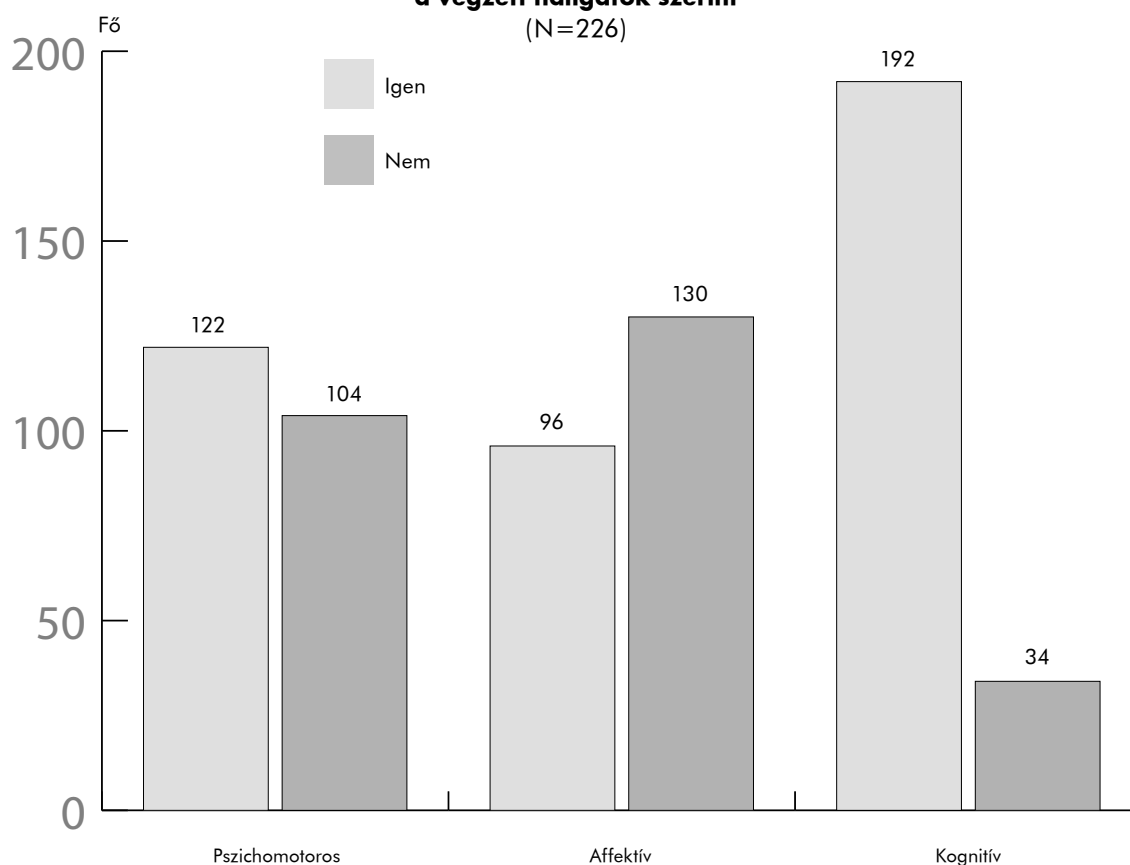
2. táblázat

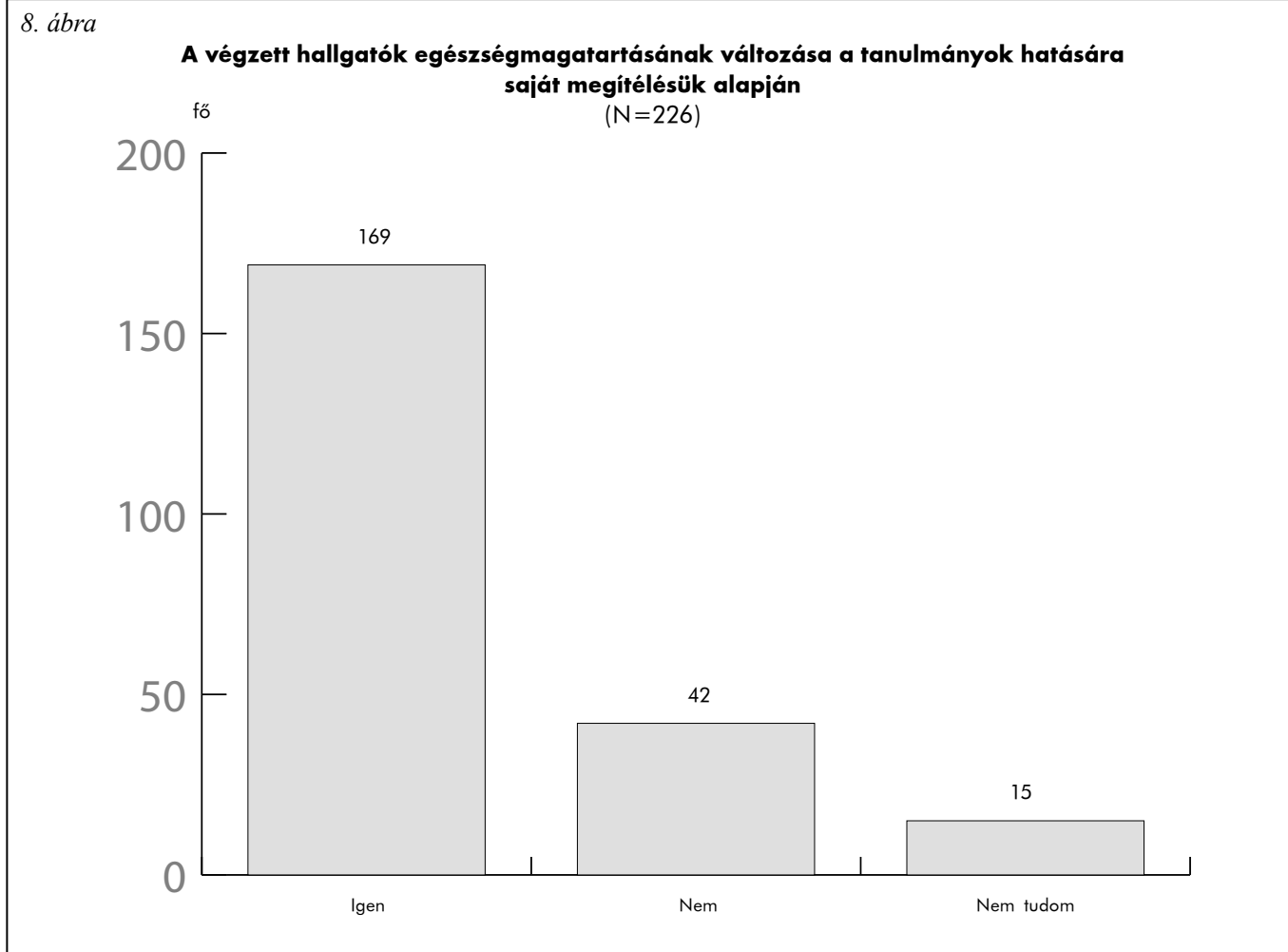
Az EGP-hallgatók (N=171) és végzett hallgatók (N=205) egészségmagatartását befolyásoló tényező hatásának összehasonlítása

Befolyásoló tényezők	EGP-hallgatók Mean Rank	Befolyásoló tényezők	Végzett hallgatók Mean Rank
Anya véleménye	6,61	Anyagi helyzet	5,80
Családi szokások	6,58	Felsőoktatási tanulmányok	5,72
Anyagi helyzet	5,75	Családok szokások	5,34
Eddigi tanulmányok	5,75	Anya véleménye	4,93
Apa véleménye	5,44	Barát	4,24
Barátok	4,84	Apa véleménye	4,20
Média	3,49	Média	3,22
Vallás	2,97	Vallás	2,55

7. ábra

A felsőoktatási tanulmányok során kapott ismeretek jellegének megítélése a végzett hallgatók szerint
(N=226)





információt kapott hallgatók közül csak 9 fő (5,0%) figyel mindig étkezésére. A Chi-négyzet próba értékeinek elemzésekor szignifikancia tekintetében nem állapítható meg összefüggés [Chi-square = 1,312; $p = 0,884 (>0,05)$].

3. hipotézis: *A végzett védőnő hallgatók az egészségfejlesztés szempontjából hitelesen felkészült szakembereknek érzik magukat, amely pozitív irányú kihatással van a védőnői pályán való elhelyezkedésükre. (12. ábra)*

A végzős válaszadók 4,9%-a (11 fő) biztosan pályaelhagyó lesz, míg 14,2%-uk (32 fő) bizonytalan a kérdést illetően.

A válaszadó 225 végzős hallgató közül csupán 4,0% (9 fő) nem tartotta magát hitelesnek a leendő egészségfejlesztési feladatok elvégzésére. A többiek közül közel kétszer annyian (139 fő, a válaszadók 61,8%-a) gondolják teljesen, mint részben hitelesnek magukat (77 fő).

Ha a pályaelhagyást és az egészségfejlesztés szempontjából való szakmai hitelesség kérdésének összefüggését vizsgáljuk meg, megállapítható, hogy a pályaelhagyók nagyobb hányada (72,7%-a) hitelesnek tartja magát, mint a pályán biztosan maradni szándékozók aránya (62,1%). Azonban e különbségből messzemenő, általános következtetést nem vonhatunk le, mivel a biztos pályaelhagyók száma túl alacsony (11 fő) (Chi-square = 4,987; $p = 0,289$).

Következtetések

Az első hipotézisben feltételezett, egészségmagatartásra ható tényezők sorrendisége az eddigi részeredmények alapján, az elsőéves hallgatók esetén igazolódott; az egészségmagatartást befolyásoló tényezők között legerősebb hatással az anya véleménye, majd a családi szokások bírnak, és csak ezt követi az eddigi tanulmányok hatása. A végzős hallgatók esetén csak részben nyert igazolást a hipotézis. Az egészségmagatartást befolyásoló tényezők közül a második legerősebb hatása a felsőoktatási tanulmányoknak van, de elsődleges szerepe – a hallgatók válaszai alapján – nem a családi szokásoknak, hanem az anyagi helyzetnek van. A családi szokásokat, családi minta befolyásoló hatását tovább vizsgálva, az anya alkoholfogyasztási szokásai szignifikáns hatással bírnak a hallgatók ivási szokásaira, mindkét évfolyam tekintetében. Ugyancsak szignifikáns a kapcsolat a szülők és a hallgatók táplálkozási szokásai között. Az apa alkoholfogyasztási, valamint a szülők dohányzási szokásai nem befolyásolják jelentősen a fiatalok magatartását.

A második hipotézis a bemutatott eredmények alapján igazolódott. A hallgatók úgy érzik, kellő információt és ismeretet – elsősorban kognitív jellegű információkat – kaptak felső-

oktatási tanulmányaik során. A végzett védőnők legnagyobb százaléka úgy gondolja, a megszerzett tudást, ismeretet alkalmazni tudta. Amíg választott hivatásukra készültek, saját egészségmagatartásukban – hangsúlyozottan táplálkozási szokásaikban – pozitív irányú változások következtek be.

A harmadik hipotézis a kapott eredmények alapján részben teljesült. A végzett védőnő hallgatók az egészségfejlesztés szempontjából hitelesen felkészültnek érzik magukat, ugyanakkor a pályán való elhelyezkedésüket szignifikánsan nem befolyásolja ez irányú szakmai hitelességük érzése.

A védőnői hivatásra való felkészítésben nagy hangsúlyt kap az egészségfejlesztési feladatokra való felkészítés, az attitűdformálás, a magatartásváltoztatás. A védőnő kompetenciájából adódó preventív feladatok elvégzéséhez úgy gondoljuk, elengedhetetlen a szakember hitelessége, példamutató magatartása, hiszen az ismeretek átadása akkor lesz hatékony, akkor érvényesül a gondozottak körében, ha maga a szakember is elkötelezett mindamelllett, amit képvisel.

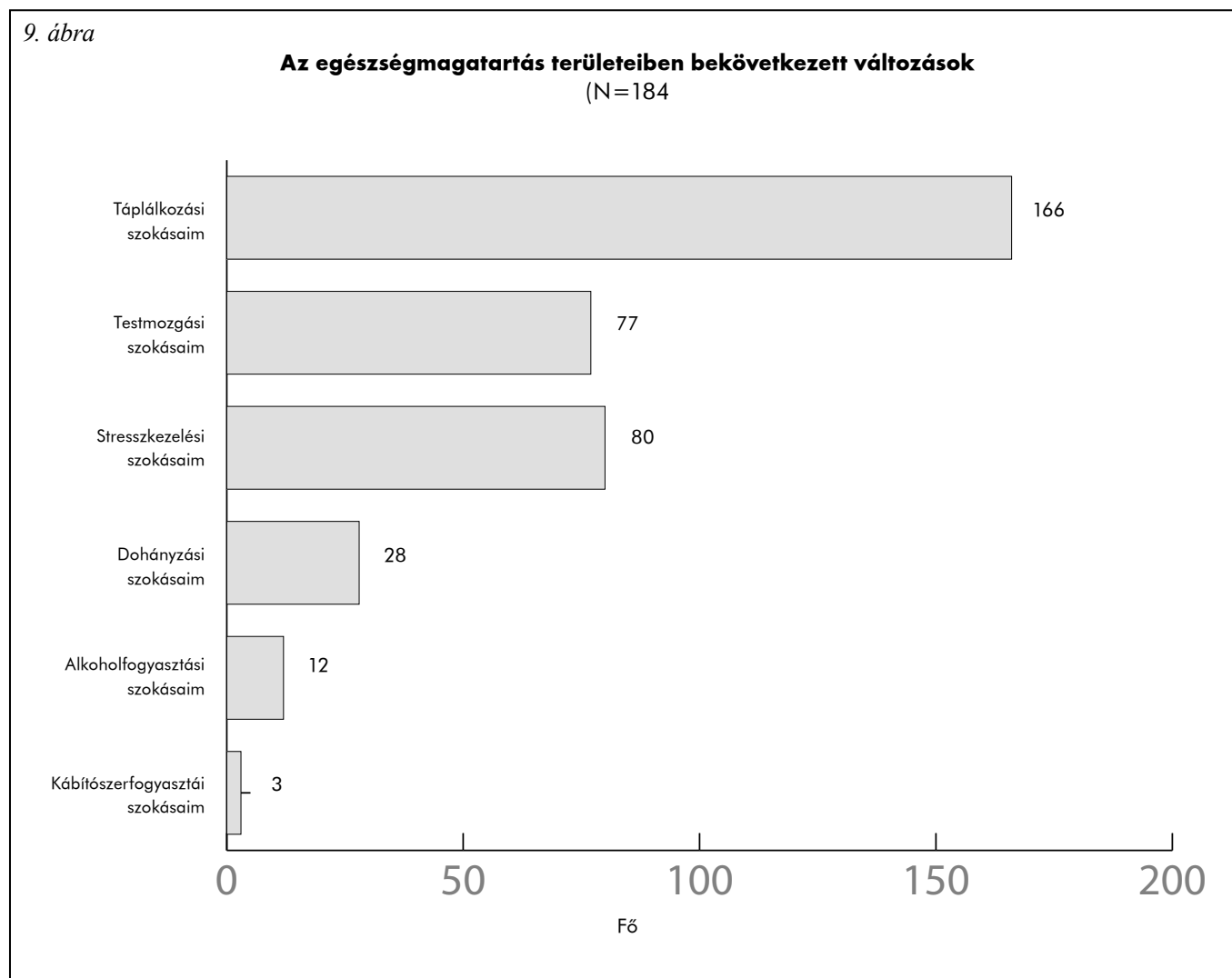
Az általunk végzett átfogó kutatás eredményei irányt mutathatnak a védőnői curriculum fejlesztéséhez, de bizonyos értelemben információt is nyújtanak oktatásunk hatékonyságáról.

Összefoglalás

A védőnő hungaricumnak számító szakember a világon, aki hivatásából eredően a lakosság egészségi állapotának javításáért, az egészség fejlesztéséért felelős. Munkájában – az anya- és gyermekvédelmen túl – elsődleges feladata a prevenció, amelyre több szinten is lehetősége nyílik, a szakmai kompetenciájában meghatározott feladatköröknek megfelelően. Ahhoz, hogy a megelőző munka során közvetített információk, ismeretek, attitűdök ténylegesen eredményt tudjanak elérni az adott célcsoportnál, elengedhetetlen, hogy a szakember, a védőnő saját szemléletében, magatartásában is a preventív egészségmagatartást gyakorolja. A szakmai hitelesség és példamutatás az egészségnevelő munka olyan elemei, amelyek alapvetően kihatással vannak a prevenció eredményességére.

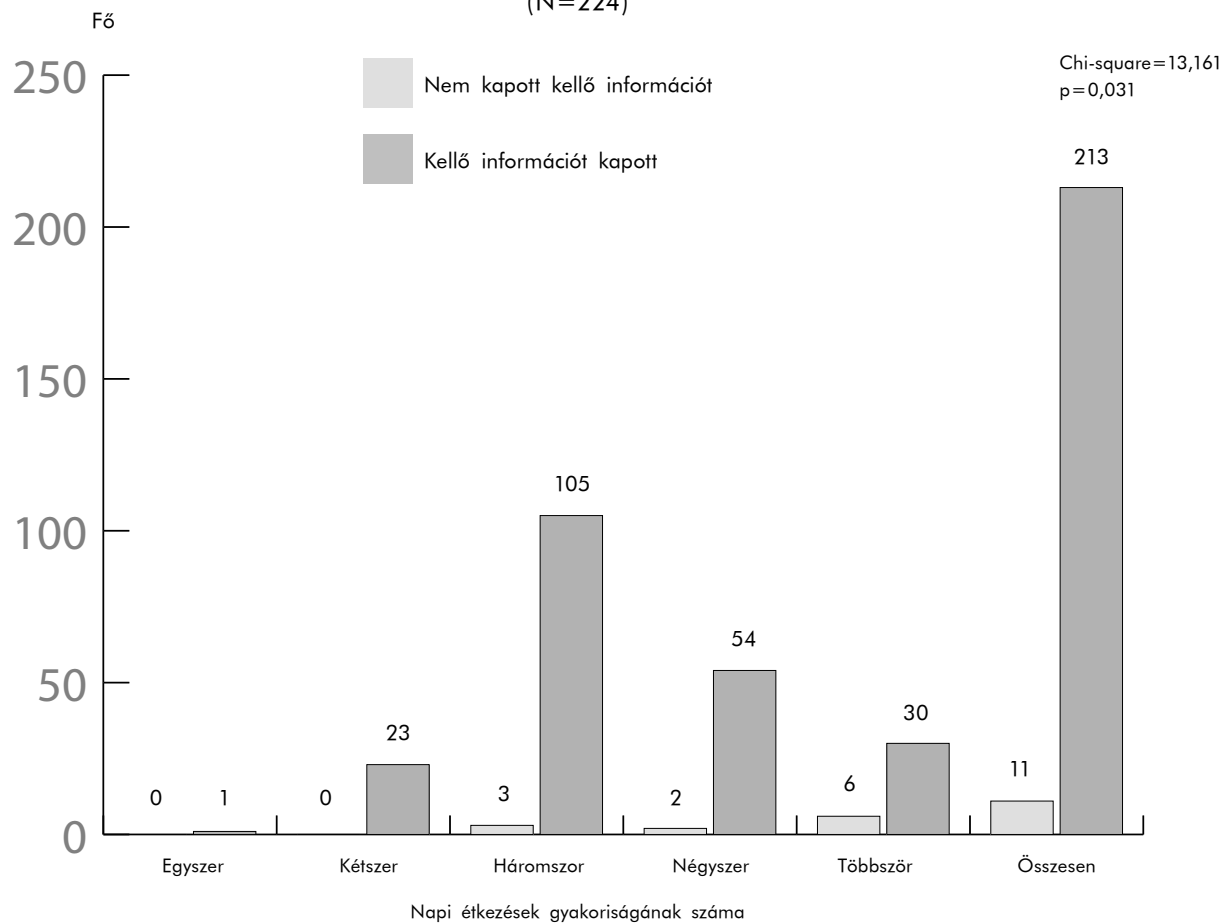
Jelen tanulmányban egy országos felmérés részeredményeit mutatjuk be. A vizsgálat bizonyos részéről korábbi tanulmányokban már beszámoltunk. Kutatásunk egyik célja volt feltárni, hogy a védőnő hallgatók egészségmagatartásának alakulásában milyen szerepe van a felsőoktatásban tanult egészségfejlesztési ismereteknek. Továbbá célunk volt

9. ábra



10. ábra

A felsőoktatási tanulmányok során kapott információk és a napi étkezés gyakoriságának közötti kapcsolat végzős hallgatók eseték
(N=224)



megismerni a hallgatók vélekedését a pályán való elhelyezkedésükről, arról, hogy felsőoktatási tanulmányaik befejeztével szeretnének-e védőnőként dolgozni.

Minta: A felmérésben hat képzőintézmény – Budapest, Kaposvár, Nyíregyháza, Miskolc, Szeged, Szombathely – vett részt. Az *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapszakos hallgatók (a későbbiekben EGP) közül 185 fő, míg végzett védőnő hallgatók közül 227 fő vett részt a felmérésben, összesen 412 hallgató. A részvételi arány valamennyi intézmény esetén 98% fölötti volt. A minta átlagéletkora 20,57 év [EGP: 19,26 év ($\pm 1,71$); Végzett hallgatók: 23,88 év ($\pm 2,79$)].

Módszer: Vizsgálatunkhoz az írásbeli kikérdezés módszerét és a kérdőív eszközt alkalmaztuk. A kérdőív összetett volt, kutatási céljainknak megfelelően több szerkezeti egységre tagolódott, amelyek közül jelen tanulmányban az alábbi kérdéseket mutatjuk be: a hallgatók egészségmagatartását befolyásoló tényezők; a felsőoktatásban tanult egészségfejlesztési ismereteik és azok saját egészségükre gyakorolt hatása, valamint a tanulmányok befejezése után a pályán való elhelyezkedés kérdése. Az adatfelvétel végzős hallgatók esetén a 2007–2008-as tanév II. félévének végén,

május–június hónapban, elsőéves hallgatók esetén a 2008–2009-es tanév I. félévének elején, szeptember–október hónapban történt.

Eredmények: A hallgatók egészségmagatartását befolyásoló tényezők sorrendiségét illetően a vizsgált két évfolyam között eltérés mutatkozott. Átlagértékpontot számolva az elsőévesek esetén az anya véleménye (átlagértékpont: 2,94), a családi szokások (átlagértékpont: 2,9) és az eddigi tanulmányok (átlagértékpont: 2,6) szerepeltek az első három helyen. Legkevésbé befolyásoló hatással a megkérdezett hallgatók válaszai alapján a vallás (átlagértékpont: 1,65) és a média (átlagértékpont: 1,81) bír. A végzős hallgatók válaszait tekintve az egészségmagatartást befolyásoló tényezők közül első helyen az anyagi helyzet (átlagértékpont: 3,17), második helyen a felsőoktatási tanulmányok (átlagértékpont: 3,13), míg harmadik helyen a családi szokások (átlagértékpont: 2,95) szerepelnek.

A felmérésben résztvevő végzett hallgatók 94,2%-a (214 fő) úgy gondolja, felsőoktatási tanulmányai alatt kellő információt kapott az egészségről, az egészségfejlesztésről. Mindössze 11 fő (4,8%-uk) állította az ellenkezőjét. A válaszadó végzős hallgatók 75,1%-a (169 fő) úgy gondolja,

hogy felsőoktatási tanulmányai hatására változott, 18,2%-a (42 fő) szerint nem változott egészségmagatartása, 6,7%-a (15 fő) pedig nem tudja eldönteni a kérdést.

A végzős válaszadók 4,9%-a (11 fő) biztosan pályaelhagyó lesz, míg 14,2%-uk (32 fő) bizonytalan a kérdést illetően. A válaszadó 225 végzős hallgató közül csupán 4,0% (9 fő) nem tartotta magát hitelesnek a leendő egészségfejlesztési feladatok elvégzésére. A többiek közül közel kétszer annyian (139 fő, a válaszadók 61,8%-a) gondolják teljesen, mint részben hitelesnek magukat (77 fő).

Vizsgálataink eredményei alapul szolgálhatnak a védőnői oktatás curriculum fejlesztéséhez.

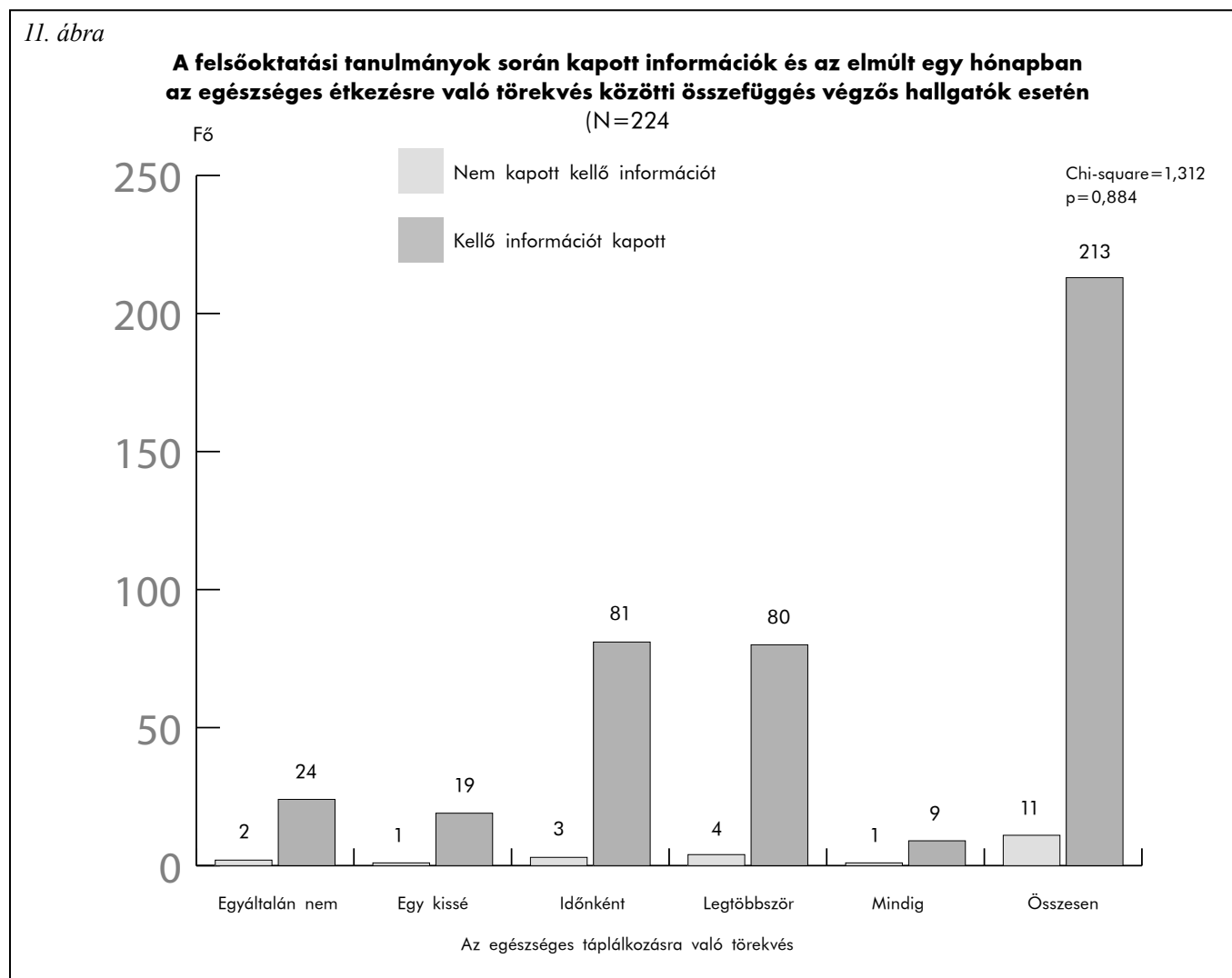
Summary

Health visitor is a specialist considered to be a Hungaricum in the world is originally responsible for improving the health state of the population and health development itself, too. Beyond mother and child protection the primary task of health visitor is especially prevention which can be performed in several areas in accordance with the professionally determined functions and specialties. To attain effective

results at a given target group as a result of information, knowledge and attitudes transferred during preventive work, it is also essential for health visitor to exercise the model behaviour of health and prevention in both practice and theory. Professional authenticity and exemplariness are such elements of health education work which have fundamental effects on the efficiency of prevention.

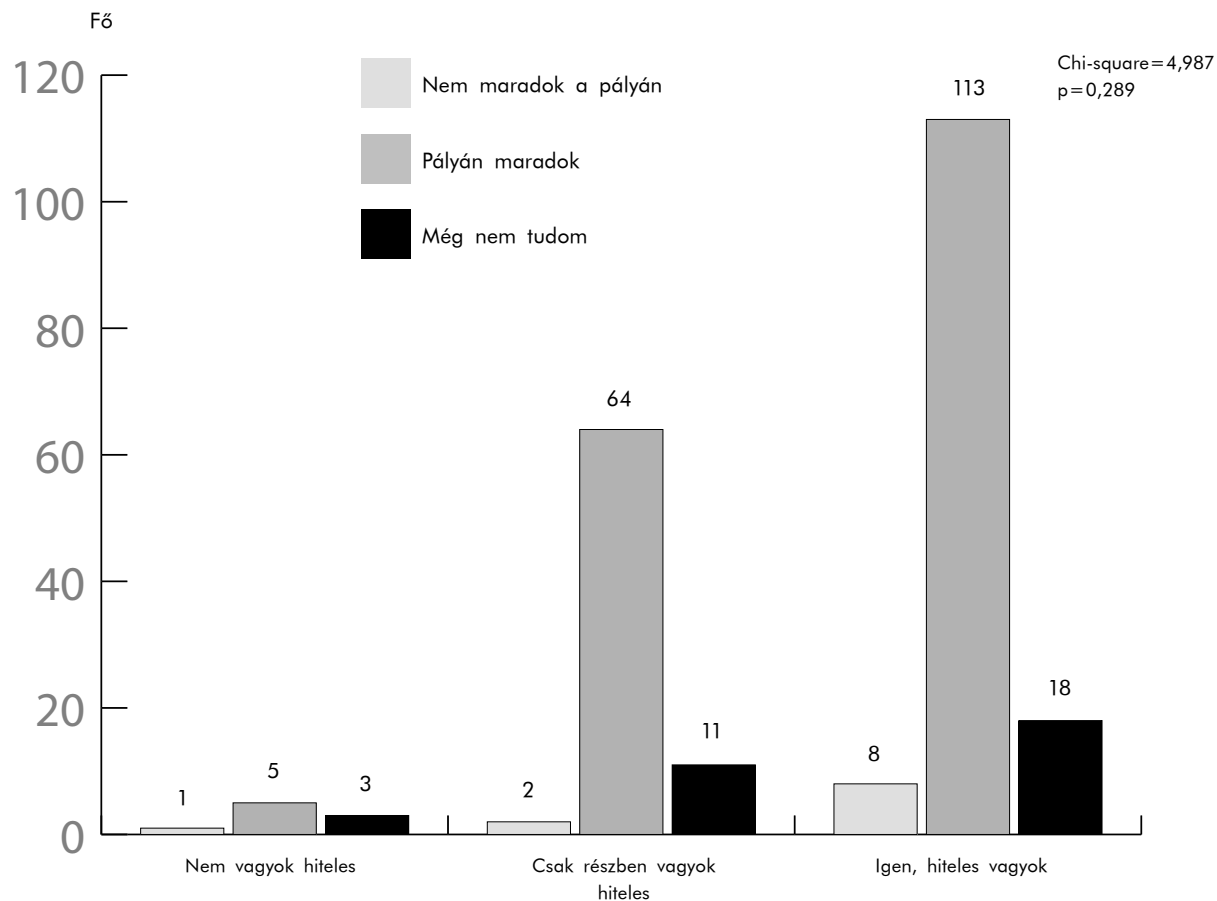
The results indicated in the following studies are partial results of a national survey. In previous studies we have already reported on certain parts of this inquiry. In our research one of the aims was to reveal what role health development knowledge acquired in higher education plays in forming health visitor students' model behaviour of health. Our further aim was to find out more about students' opinion about their careers as health visitor as well as their intention to work as health visitor after finishing their higher education studies.

Sample: Six training institutions have taken part in the survey, namely Budapest, Kaposvár, Nyíregyháza, Miskolc, Szeged and Szombathely. 185 student specialized in health care and prevention studies (later HCP) and 227 graduate health visitor students participated in the survey which



12. ábra

Az egészségfejlesztés szempontjából érzett szakmai hitelesség és a pályán való elhelyezkedés közötti összefüggés végzős hallgatók esetén (N=225)



means 412 students altogether. The participative proportion was over 98% in case of all institutions. The average age of the sample was 20,57 yrs [HCP: 19,26 yrs (+-1,71)]. In case of graduate students it was 23,88 yrs(+2,79).

Method: In our survey we used questionnaires and other written forms of data collection. The questionnaires were sort of complex and according to our research aims they were divided into several structural units from which the following questions will be introduced in the present study: factors influencing students' model behaviour of health, students' health development knowledge and its effects on their own state of health and the question of career and working as health visitor after finishing their studies. In case of graduating students data collection took place at the end of the second term (in May, June, session of 2007/2008.) while 1st grade students were questioned at the beginning of the first term (in September, October, session of 2008/2009).

Result: As for the sequence of the factors influencing students' model behaviour of health a certain difference was found between the two grades of students tested in the survey. Counting an average score in the case of 1st grade students, mother's opinion (score: 2,94), family traditions

(score: 2,6) and previous studies (score: 2,6) were listed in the first three places. Based on the responses of the students questioned in the survey religion (score: 1,65) and media (score: 1,81) have the least affecting impact on students' behaviour. Regarding the answers of graduating students about factors affecting students' model behaviour of health, financial situation (score: 3,17) was mentioned in the 1st place followed by higher education studies (score: 3,13) and family traditions (score: 2,95) in the 2nd and the 3rd places separately.

94,2% of graduates (214 students) taking part in the survey believe that they got enough information about health and health development during their academic studies while only 11 students (4,8%) thought just the opposite. 75,1% of graduating students (169 respondents) remarked that their model behaviour of health had changed due to the effect of higher education studies, according to 18,2% of students (42 people) it had not changed and 6,7% of respondents (15 students) could not decide if their studies had had a changing effect on their own behaviour of health.

4,9% of graduating respondents (11 students) can't imagine their careers as health visitor while 14,2% of them



FELMÉRÉSEK

(32 students) are uncertain about the answers. Only 4% of 225 graduating students (9 students) did not consider themselves to be authentic enough to perform the future tasks of health development. Among the others nearly twice as many students (139 students, 61,8% of respondents) believe them-

selves to be fully authentic as those who think they are only partly authentic (77 students) to perform the task mentioned above.

The results of our survey can serve as a basis for the development of district health visitor education (curriculum).