

## Egészségnevelési attitűd és egészségmagatartás középiskolai pedagógusok körében

Health education attitudes and health behaviors among high school teachers

Szerzők: Masa Andrea<sup>i</sup> ✉, Tobak Orsolya<sup>ii</sup>, Deutsch Krisztina<sup>iii</sup>

Beküldve: 2021. 01. 04.

Doi: 10.24365/ef.v62i2.5907

Kulcsszavak: egészség; egészségnevelés; mentális egészség

Keywords: health; health education; mental health

### Összefoglaló

**Bevezetés:** Az egészséggel kapcsolatos értékek formálásához a társadalom minden tagja hozzájárul: az egyének, a közösségek, a munkahelyek, továbbá az oktatási szintek is. A gyermekkorban formálódó egészségmagatartás jelentős hatással van az egyén későbbi életére, valamint kulcsszerepet játszik a lakosság egészségi állapotának javításában. A közösségbe kerüléssel a család, mint elsődleges szocializációs színtér mellett a pedagógusok saját magatartási mintájukkal döntő befolyással bírnak a gyermekek egészségkultúrájára. Direkt oktató és nevelő tevékenységük mellett viselkedésük is meghatározó a tanulók egészségmagatartásának alakításában.

**Módszertan:** 2019. márciusa és novembere között végeztünk kvantitatív, leíró jellegű keresztmetszeti felmérést 14 szegedi középiskola pedagógusai körében, célzott mintavétellel (N = 200). Az adatgyűjtés online módon zajlott, a kitöltés önkéntes és anonim volt. Az adatgyűjtés eszköze saját szerkesztésű kérdésekből összeállított kérdőív volt. IBM SPSS Statistics Version 25.00 szoftver segítségével leíró statisztikai elemzés mellett chí-négyzet-, Mann-Whitney U- és Kruskal-Wallis-próbát végeztünk 95%-os valószínűségi szinten ( $p < 0,05$ ).

**Eredmények:** Az egészségnevelési attitűd vonatkozásában több szociodemográfiai kapcsolat is igazolódott: a nők pontosabban írják le az egészség fogalmát ( $p = 0,02$ ) és tudatosabbak az egészségnevelés területén ( $p = 0,023$ ), az egyedülálló magasabb pontszámra értékelik iskolai egészségnevelési aktivitásukat ( $p < 0,001$ ). Az iskolatípus meghatározónak bizonyult az egészség megfogalmazásában ( $p = 0,011$ ), a személyes egészséggel kapcsolatos példaadásban ( $p = 0,001$ ) és a tervszerű egészségnevelési aktivitás vonatkozásában ( $p < 0,001$ ) egyaránt, a szakgimnáziumi pedagógusok körében tapasztalt jobb eredményekkel. Az egészségnevelési aktivitása azoknak jobb, akiknél nem fordul elő rohamivás ( $p = 0,025$ ). A válaszadók 11%-a nem fogalmazta meg saját egészségnevelési tevékenységét, miközben több, mint egyharmaduk azt jóra vagy nagyon jóra értékelte. Az egészség lelki/társas dimenzióját a résztvevők 25%-a nem említi válaszaiban.

**Következtetések:** A kutatás eredményei rávilágítottak arra, hogy a válaszadó pedagógusok többségének egészségfogalma nem komplex, többen nem érzik kompetenciájuknak a diákok egészségnevelését. Azonban fontos lenne ezen a területen segítséget nyújtani tanároknak a jogszabályi elvárásoknak való megfelelésen túl az indirekt nevelő hatás és a saját jóllétük érdekében egyaránt.

### Summary

**Introduction:** All members of society contribute to shaping health-related values. Individuals, communities, workplaces, and educational platforms as well. Childhood health behaviors have a

<sup>i</sup> Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar Egészségtudományi Doktori Iskola, Pécs

<sup>ii</sup> Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar, Szeged

<sup>iii</sup> Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet, Pécs

significant impact an individual's later life and play a key role in improving the health of the population. By joining the community, in addition to the family as the primary socialisation stage, teachers have a decisive influence on the health culture of children with their own pattern of behavior. In addition to their direct teaching activities, their behaviors have a great influence on shaping students' health behaviors.

**Methods:** A quantitative, cross-sectional survey was conducted among teachers in 14 high schools in Szeged, between March and November 2019, with convenience sampling (N = 200). The data collection took place using web-based, anonym, self-administered questionnaire. We used self-edited questions about health education attitudes among others. SPSS 25.0 statistics software was used for data analysis. In addition to descriptive statistical analysis, we used chi square, Mann–Whitney U, and Kruskal–Wallis test with 95% probability level ( $p < 0.05$ ).

**Results:** Regarding the attitude of health education, several sociodemographic differences were: women formulate the definition of health more accurately ( $p=0.02$ ) and are more health-conscious in the field of health education ( $p = 0.023$ ), and the single has a higher level of health education activity ( $p < 0.001$ ). The type of school proved to be decisive in the formulation of health ( $p = 0.011$ ), in the example of personal health ( $p = 0.001$ ), and in the planned health education activity ( $p < 0.001$ ), with better results among secondary vocational school teachers. Health education activity is better for those who are not binge drinkers ( $p = 0.025$ ). 11% of respondents did not articulate their own health education activity, while more than a third rated it as good or very good. The mental/social health dimension is not mentioned by 25% of the participants in their answers.

**Conclusions:** The results of the research have highlighted that the majority of the teachers currently do not have a complex concept of health, many of them do not feel competent in educating students about health. However, it would be important to help teachers in this area, in addition to meeting legal requirements, for both indirect educational impact and their own well-being.

## BEVEZETÉS

A különböző korok szakemberei évezredek óta keresik a választ arra, vajon mit jelent az egészség? A történelem egyes szakaszaiban az ipar és a tudomány fejlődése, ezáltal a változó életkörülmények jelentősen befolyásolják az egészség-felfogást. A XIX–XX. századra az orvostudomány fejlődésével teret hódított az egészség biomedicinális megközelítése, ahol a legfőbb szempont a betegségek felfedezése, felismerése és azok kezelése volt. A XX. század közepére lezajlott paradigmaváltás eredményeképpen az Egészségügyi Világszervezet (*World Health Organization, WHO*) máig legelterjedtebb, laikusok által is ismert definíciója szerint az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, nem csupán a betegség vagy fogyatékoság hiánya.<sup>1</sup> Ezzel párhuzamosan a pszichológiában megjelent a szalutogenetikus modell, mely a patogenetikus szemléletet követően a betegség helyett az egészség feltételeire és fenntartásának lehetőségeire fókuszál.<sup>2</sup> Ebből a megközelítéséből kiindulva napjainkra számos szakterület különböző módon értelmezi az egészség fogalmát, az egészségtudományi mellett a társadalomtudományi és a gazdasági szemlélet is megjelent.

Ezek jellemzően folyamatként tekintenek az egészségre és abban is megegyeznek, hogy az egészséges egyén harmóniában él környezetével. A teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota azonban mára átkereteződött. Kutatások igazolják, hogy a szubjektív egészségi állapot megítélése és a diagnosztizált betegség jelenléte nem feltétlenül mutat egyezőséget. A Központi Statisztikai Hivatal „Egészségi állapot és egészségmagatartás, 2016–2017” kiadványában közölt eredményei alapján a felmérésben résztvevő magyar állampolgárok 13%-a ítélte rossznak vagy nagyon rossznak az egészségi állapotát, miközben 38–39%-uk küzd krónikus betegséggel. Ebből az egy statisztikai adatból is kitűnik, hogy a fizikai státusz önmagában nem mérvadó, az esetleges egészségügyi problémákkal való megküzdésben más erőforrások ugyanúgy döntő szerepet játszhatnak.<sup>3</sup> Vagyis az egészség nem feltétlenül egyenlő a tökéletesen működő fizikummal vagy az ép elmével, sokkal inkább meghatározó, hogy meg tudjuk-e tenni adott esetben, amit szeretnénk, meg vannak-e hozzá a szükséges képességeink, feltételeink.<sup>4</sup> Napjaink közszereplői közül többen példázják azt, hogy adott esetben mozgáskorlátozottsággal, vagy más fogyatékosággal együtt élve is megvaló-

sulhat a harmónia mind önmagukkal, mind a környezetükkel, az objektív szükségleteik és szubjektív igényeik egyaránt kielégíthetőek, így megítélésük szerint egészséges életet tudnak magukénak.

Annak ellenére, hogy már az 1880-as években megjelent a hazai közegészségügyi tevékenységek között az egészségtan oktatása, az egészségnevelés jelentősége a XX. század közepétől került fókuszba. A brit Thomas McKeown írta le először azt az összefüggést, miszerint a XVII. század végétől a halálozásban megfigyelhető jelentős csökkenés hátterében elsősorban nem az orvosi beavatkozások állnak, hanem a népesség nagy részét érintő populációs intézkedéseknek (elsősorban higiénés), a táplálkozás megváltozásának köszönhetőek az eredmények.<sup>5,6</sup> A WHO 1986-ban kiadott Ottawai Chartája több ponton is hangsúlyozza, hogy az egészséghez való „hozzáférést” és az egészségfejlesztést önmagában az egészségügyi ágazat nem tudja biztosítani, összehangolt politikai, társadalmi és gazdasági együttműködésre van szükség.<sup>7</sup> Azt, hogy az egészség gazdasági szempontból is érték, alátámasztja az is, hogy a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (*Organisation for Economic Cooperation and Development, OECD*) a fejlett ipari országok egészségi állapotát rendszeresen monitorozza, hiszen a munkaerő épisége a gazdaság egyik fő pillére.<sup>8</sup> Több kutatás igazolja, hogy az egészségveszteségek döntően az egyének egészség- és rizikómagatartásával vannak összefüggésben. Hazánkban megfelelő életmóddal a korai, 65 éves kor alatti halálozás több mint fele, és az összes halálozás több mint egynegyede megelőzhető lenne.<sup>9</sup> A járványszerűen terjedő nem fertőző betegségek (*noncommunicable diseases, NCD*) a 2019-es adatok alapján globálisan a halálozás 68%-áért felelősek, elsősorban a 60 év alatti férfiakat érintve. Az NCD-k legfőbb okai a helytelen táplálkozás, a dohányzás, a rendszeres alkoholfogyasztás és a kevés mozgás.<sup>10</sup> A 2014-es Európai Lakossági Egészségfelmérés (ELEF) adatai szerint a magyar felnőtt lakosság 26%-a rendszeresen dohányzik, ami a harmadik legmagasabb arány az Európai Unión belül, és az összhálaózás 21%-ért felelős. A hazai alkohol-fogyasztás intenzitásának csökkenése is elmarad az európai uniós tendenciáktól, jelenleg a teljes lakosság éves alkoholfogyasztása 11,1 liter fejenként, míg az európai átlag 10 liter. Az OECD becslése szerint a túlzott mértékű alkoholfogyasztás hazánkban a halálo-

zások 10%-áért felelős, amely uniós szinten a legmagasabb arány.<sup>11,12</sup> Az egészségveszteségeket okozó NCD-k hátterében újabb kutatások szerint gyakran állnak lelki tényezők is. Alapvetően a stressz különböző szomatikus elváltozások rizikótényezője. Konkrétan a szív- és érrendszeri megbetegedések és a daganatos kórképek gyakoriságát befolyásolja például már akár a depressziós tünetek megléte is, annak klinikai stádiuma pedig egyértelműen fokozza a morbiditást és a mortalitást.<sup>13,14,15</sup>

A megfelelő életmód (beleértve a testi, a lelki és a szociális egészség dimenziókat is) jelentősen hozzájárul az élethossz, az egészségben eltöltött életevek számának növekedéséhez és az életminőség javulásához, gazdasági potenciált eredményezve. A kérdés az, hogy hogyan érhető el leghatékonyabban, hogy a lakosság egészségmagatartása támogassa ezt.

A WHO 2004-ben megfogalmazta, hogy sérülékeny csoportként kiemelten fontos a gyermekek és fiatalok körében az iskolai, illetve az azon kívüli egészséges életmód kialakítása.<sup>16</sup> A 2016-ban megjelent „Egészség 2020” program célja többek között, hogy jelentősen javítsa az európai népesség egészségét és jóllétét, egyik legfontosabb színtérként megjelölve az iskolai környezetet, kiemelve azt, hogy egészséggel kapcsolatos attitűd döntően gyermek és serdülő korban adaptálódik. Az oktatási intézményekben történő tervszerű beavatkozások hosszú távon egészségügyi szempontból is rentábilisnek bizonyulhatnak.<sup>17,18</sup>

A nemzetközi ajánlásokra reagálva egyre inkább beépülnek az egészségfejlesztéshez kapcsolódó feladatkörök a hazai szabályozásba. Az egészségre és egészséges életmódra nevelés a köznevelésről szóló 2011. évi CXCV. törvényben a célok között szerepel. A törvény 62. § (1) g) pontja szerint a pedagógus a „gyermek testi-lelki egészségének fejlesztése és megóvása érdekében tegyen meg minden lehetséges erőfeszítést ...”<sup>19</sup> A nevelési-oktatási intézmények működéséről szóló 20/2012 (VIII. 31.) számú EMMI rendelet X. fejezetének 41. pontja pedig részletezi a nevelési-oktatási intézmény feladatait a gyermek, a tanuló egészségfejlesztésével összefüggésben. A 128 § (1) pontja alapján „minden gyermek részesüljön a teljes testi-lelki-szellemi jóllétét, egészségét, egészségi állapotát hatékonyan fejlesztő, a nevelési-oktatási intézmény mindennapjaiban rendszeresen működő egészségfejlesztő tevékenységekben.”<sup>20</sup>

Bár a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés koncepciója (TIE) csak 2016-ban írta le az iskolák számára az egészségneveléssel kapcsolatos ajánlásokat és adott szakmai támogatást, a Nemzeti Alaptanterv szemléletében ezt megelőzően is magában hordozta ezeket az elemeket. Ez azonban korántsem volt elegendő a tudatos, komplex egészségnevelési programok kialakításához. 2017-től kezdődően a hazánkban már működő, illetve az akkor induló járási szintű egészségfejlesztési irodák (EFI) szakmai bázist nyújtanak többek között az oktatási-nevelési intézményeknek a különböző életmódbeli rizikófaktorok felismeréséhez és az azokkal való megküzdéshez, beleértve a mozgás, táplálkozás és a mentális egészség témakörét is.<sup>21</sup>

Korábbi pszichológiai kutatásokból ismert, és a pedagógusképzésben hangsúlyt is kap, hogy a gyermek fejlődésének ugyanolyan fontos színtere az iskola, mint a család. Nem csak a célzott, tervezett tevékenységek hatnak a tanulókra, hanem az úgynevezett rejtett tanterv is befolyásolja személyiségfejlődésüket. Egészségnevelési szempontból a pedagógus egészséggel kapcsolatos szemlélete, viselkedése, attitűdje, egészségmagatartása ugyancsak példaként jelenik meg a diákok számára abban az esetben is, ha a tanár oktatott tárgyában szándéka szerint célzottan ilyen irányú tevékenységet nem végez. A rejtett kurikulum hatása adott esetben erősebb és ellentétes következményekkel járhat, mint a valós tanítási folyamat eredeti szándéka.<sup>22,23,24</sup> Míg kisiskoláskorban a tanár viselkedése olyan módon mintaértékű, hogy a diákok megkérdőjelezés nélkül követendő példának tekintik azt, addig kamaszkorban a tanulói kritika középpontjába kerülnek a pedagógusok.

Középiskolai pedagógusok mentális egészségére irányuló komplex kutatásunk részeként jelen vizsgálatunkban arra keressük a választ, hogy a tanárok mennyire érzik kompetenciájuknak a serdülők egészségnevelését, mindez milyen saját egészségfelfogáson alapul és ez összefüggésben van-e szociodemográfiai, illetve káros szenvedélyekre vonatkozó mutatókkal.

## MÓDSZERTAN

### Minta

Kvantitatív, leíró jellegű keresztmetszeti kutatásunkban célirányos, nem véletlenszerű minta-

vételt alkalmaztunk. Szegedi középiskolák pedagógusaihoz az intézményvezetők segítségével juttattuk el az elektronikusan vagy papíralapon kitölthető kérdőívünket 2019. márciusa és novembera között. A kérdéssor körülbelül 1000 tanár számára volt elérhető, a 202 visszaérkezett válaszból 200 volt elemezhető.

### Kérdőív

Kérdőívünkben szociodemográfiai faktorokra (4 elem), munkavégzésre (3 elem), dohányzásra (11 elem) és alkoholfogyasztásra (3 elem) vonatkozó kérdéseket tettünk fel. Az egészségnevelési attitűd vizsgálatához saját szerkesztésű kérdéseket (4 elem) fogalmaztunk meg. Nyitott kérdés formájában vizsgáltuk, hogy mit jelent a pedagógus számára az egészség, miben igyekszik példát mutatni a tanulóknak az egészségük fejlesztéséhez, miben nyilvánul meg a saját egészségnevelési aktivitása, amit ötfokú Likert-skálán is értékelték a válaszadók.

A kérdőívet az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága a 60144-1/2018/EKU ügyiratszámú határozattal engedélyezte, a kutatásban való részvétel önkéntes és anonim volt.

## ELEMZÉS

IBM SPSS Statistics Version 25.00 szoftver segítségével leíró statisztikai elemzés (abszolút és relatív gyakoriság, átlag, szórás) mellett khinégyszet-próbát, továbbá Mann-Whitney U- és Kruskal-Wallis-tesztet végeztünk 95%-os valószínűségi szinten ( $p < 0,05$ ).

Az egészségnevelési attitűd kérdéskörébe tartozó válaszokat mind az egészségfogalom, mind a példamutatás, mind pedig az aktivitást tekintve egyik megközelítésben úgy kategorizáltuk, hogy azt vettük figyelembe, megjelenik-e a szöveges megfogalmazásban a WHO definícióból ismert testi és lelki/szociális jóllétre utalás, vagy csak egyikre, esetleg egyikre sem. A lelki és szociális dimenziót azért kezeltük egyben, mert azok a hétköznapi gondolkodásban jellemzően nem különülnek el.<sup>25</sup> Megvizsgáltuk az egészségfelfogásra adott válaszokat az alapján is, hogy mennyire olvasható ki a megfogalmazásokból a kihívásokra, nehézségekre való reagálás képessége, mennyire tükröződik, hogy az egészség nem a teljességgel egyenlő, hanem sokkal inkább egy

harmonikus lét, amely az adott élethelyzetben az egyén saját megítélése szerint jól funkcionál. Azt is felmértük, hogy az egészségi állapotot nagy mértékben meghatározó életmódbeli tényezők milyen arányban jelennek meg akár a példaadás, akár az egészségnevelési aktivitás terén. Rögzítettük a dohányzásra, alkoholfogyasztásra, kábítószer-használatra, táplálkozásra és mozgásra, valamint a lelki egészségvédelemre utaló kifejezések előfordulását is.

Az egészségnevelési attitűdhöz kapcsolódó nyitott kérdések kódolásánál az üresen hagyott, vagy esetleg egyértelműen irreleváns módon megválaszoltakat is figyelembe vettük. Megítélésünk szerint annak is jelentősége van, ha az egyén nem kívánta, vagy nem tudta megfogalmazni az egészségre, egészségnevelésre vonatkozó gondolatait.

## EREDMÉNYEK

A válaszadók 68,5%-a nő, 73,5%-a él párkapcsolatban, 86%-a nagyvárosban lakik. A minta átlagéletkora 46,96 év (szórás 9,1 év), a legfiatalabb válaszadó pedagógus 25, a legidősebb 64 éves. A megkérdezettek 66,5%-a (129 fő) szakgimnázium és szakképző iskolában (továbbiakban szakgimnázium), 33,5%-a (71 fő) általános gimnáziumban (továbbiakban gimnázium) tanít.

A kérdőívet kitöltő pedagógusok 9,5%-a (19 fő) cigarettázik, közülük 16 fő rendszeresen dohányzik, átlagosan napi 12,5 szál cigarettát szívnak el. Az alkoholfogyasztást vizsgálva nagyívónak minősült a minta 2,5%-a (5 fő), rendszeres rohamivás pedig a válaszadók 8%-ánál (16 fő) fordul elő.

A szociodemográfiai adatok alapján nincs szignifikáns különbség a dohányzási szokásokban a nemek, a családi állapot, a lakóhely és az iskolatípus szerint. Szignifikánsan ( $\chi^2 = 20,246$ ,  $p < 0,001$ ) többen dohányoznak azonban a 41 évnél idősebb korcsoportba tartozó válaszadók (10,9%), mint a fiatalabbak (5,6%).

A rohamivás tekintetében nincs szignifikáns különbség az életkor, a lakóhely, a családi állapot és az iskolatípus szerint a válaszadó pedagógusok között. Szignifikánsan gyakrabban ( $\chi^2 = 6,486$ ,  $p = 0,039$ ) fordul elő a férfiak körében mind a rendszeres rohamivás (11,1%), mint a nők körében (6,5%), mind az alkalmankénti rohamivás (35% ellentétben a 27,6%-kal).

### Az egészségnevelési attitűd és a szociodemográfiai változók összefüggései

A WHO egészségdefiníciója három egészségdimenziót foglal magában: testi, lelki és szociális jóllét. Ennek alapján azt kérdeztük meg, hogy kinek mit jelent az egészség.

1. táblázat: "Mit jelent az Ön felfogásában az egészség" kérdésre adott válaszok megoszlása (N = 200)

Kód neve	N (%)
Egészség, mint fizikális és mentális/szociális dimenzió (WHO)	97 (48,5)
„Jól lenni” (egészség, mint érték)	48 (24)
Egészség mint, fizikális dimenzió	35 (17,5)
Nincs válasz, vagy nem releváns	15 (7,5)
Egészség, mint mentális/szociális dimenzió	5 (2,5)

Forrás: saját szerkesztés

Az 1. táblázat eredményeiből szembetűnik, hogy a megkérdezettek közel fele (48,5%) a WHO egészségfogalmát tükröző választ ad, igazolva annak elterjedtségét. A vizsgálatban résztvevők közel negyede (24%) fogalmazott egyszerűen úgy, hogy „Jól lenni”, azonban a többi kérdésre adott válaszaikkal összevetve úgy ítéltük meg, hogy az egészség témakörébe esetükben beletartozik mind a fizikai, mind a lelki/társas jóllét is.

Azt, hogy a mentális/szociális egészségdimenzió a fizikai jólléttel összehasonlítva mennyire háttérbe szorul, kutatásunk is igazolja. Az ideális az lenne, ha mindhárom terület megjelenne. Ha valaki csak egy területre gondol az egészség kapcsán, akkor többségében (17,5%) a fizikai dimenzió jelenik meg, szemben a mentális/szociálissal (2,5%).

A továbbiakban párhuzamosan vizsgáltuk a példamutatás („Ön tanárként miben igyekszik példát mutatni a tanulóknak az egészségük fejlesztéséhez kapcsolódóan?”) és az aktivitás („Milyen tevékenységeket ölel fel, miben nyilvánul meg az Ön egészségnevelési aktivitása?”) kérdéseket, mivel a válaszok sok esetben felcserélődtek, vagy egymást kiegészítették. A személyes példaadásra vonatkozó kérdés kódolásánál hasonlóképpen jártunk el, mint az egészség megfogalmazásánál. Az egészségnevelési aktivitást az alapján értékeltük, hogy tervezett cselekvésről van-e szó, vagy kizárólag a saját példák, az ad hoc előfordulások jelennek meg, illetve itt is külön kategória volt a nem válaszolóké.

Noha az egészség definíciójában a többségnél megjelenik valamiféle komplexitás, hiszen ezt sugallja a WHO definíció és a holisztikus szemlélet is (összesen 72,5%), a személyes példaadásban ez csak 10%-ban jelenik meg. Magas a nem válaszoló és a nem releváns választ adók aránya (35%), a többség csak a fizikai dimenziót jeleníti meg (52%). Az egészségnevelés kapcsán a

megkérdezettek közel felének (43%) a válaszaiból olvasható ki célirányos aktivitás és ennél a kérdéssel a legmagasabb a nem válaszolók aránya (11,5%).

Az egészségnevelési attitűdre vonatkozó kérdés-csoportba tartozik még az egészségnevelési aktivitás ötfokú Likert-skálán való önértékelése. Jónak vagy nagyon jónak 55,3% (109 fő), közepesnek 35% (69 fő) és rossznak, vagy nagyon rossznak 9,5% (19 fő) értékelte az aktivitását.

Szignifikánsan pontosabban határozzák meg az egészség fogalmát a szagimnáziumban oktató válaszadók, a személyes példamutatásban is aktívabbak, valamint az egészségnevelési aktivitásuk is jobb, mint a megkérdezett gimnáziumi tanároké. [2. táblázat]

A szagimnáziumi pedagógusok szívesebben válaszoltak a nyitott kérdésekre, többségük elgondolkodott rajtuk. Jellemzőbb rájuk, hogy nem csak a tankönyvekből ismert egészségfogalom jut eszükbe és aktívabbak az egészségnevelési tevékenységet illetően.

2. táblázat: Az egészségnevelési attitűd megoszlása a munkahely iskolatípusa szerint (N = 200)

Változó	Attribútum	Szagimnázium N (%)	Gimnázium N (%)	Összesen N (%)	Khi-négyzet p-érték
<b>Egészségdefiníció</b>					
	egytényezős	25 (19,4)	15 (21,2)	40 (20)	$\chi^2 = 11,053$ $p = 0,011$
	WHO	61 (47,3)	36 (50,8)	97 (48,5)	
	holisztikus	38 (29,4)	10 (14)	48 (24)	
	nincs válasz	5 (3,9)	10 (14)	15 (7,5)	
	összesen	129 (100)	71 (100)	200 (100)	
<b>Példamutatás</b>					
	fizikai	73 (56,6)	31 (43,6)	104 (52)	$\chi^2 = 18,846$ $p = 0,001$
	mentális/szociális	3 (2,3)	3 (4,2)	6 (3)	
	fizikai és mentális/szociális	14 (10,9)	6 (8,5)	20 (10)	
	nem releváns	38 (29,5)	20 (28,1)	58 (29)	
	nincs válasz	1 (0,8)	11 (15,6)	12 (6)	
	összesen	129 (100)	71 (100)	200 (100)	
<b>Aktivitás</b>					
	tervszerű	67 (51,9)	20 (42,2)	87 (43,5)	$\chi^2 = 18,146$ $p < 0,001$
	nem tervszerű	56 (43,5)	24 (33,9)	80 (40)	
	nincs válasz	6 (4,6)	17 (23,9)	23 (11,5)	
	összesen	129 (100)	71 (100)	200 (100)	

Forrás: saját szerkesztés

A szociodemográfiai tényezők alapján nincs szignifikáns különbség az életkor és a lakóhely vonatkozásában az egészségnevelés attitűd tekintetében, azonban a vizsgálatban résztvevő

nők szignifikánsan pontosabban fogalmazzák meg az egészség definícióját és egészségnevelés szempontjából is aktívabbak, mint a férfiak. [3. táblázat]

Az egyedülálló egészségnevelési aktivitása ötfokú Likert-skálán történő önértékelése szignifikánsan jobb ( $p < 0,001$ ), mint a kapcsolatban élőké. Az egyedülálló 79,2%-a válaszolta úgy,

hogyan jó, vagy nagyon jó az egészségnevelési aktivitása, a kapcsolatban élőknek azonban csak 46,5%-a.

3. táblázat: Az egészségnevelési attitűd megoszlása nemek szerint (N = 200)

Változó	Attribútum	Férfi N (%)	Nő N (%)	Összesen N (%)	Khí-négyzet p-érték
<b>Egészségdefiníció</b>					
	egytényezős	17 (27)	23 (16,8)	40 (20)	$\chi^2 = 15,387$ $p = 0,02$
	WHO	18 (28,6)	79 (57,7)	97 (48,5)	
	holisztikus	20 (31,7)	28 (20,4)	48 (24)	
	nincs válasz	8 (12,7)	7 (5,1)	15 (7,5)	
	összesen	63 (100)	137 (100)	200 (100)	
<b>Példamutatás</b>					
	fizikai	6 (9,5)	6 (4,4)	12 (6)	$\chi^2 = 5,887$ $p = 0,208$
	mentális/szociális	22 (34,9)	36 (26,3)	58 (29)	
	fizikai és mentális/szociális	30 (47,6)	74 (54)	104 (52)	
	nem releváns	2 (3,2)	4 (2,9)	6 (3)	
	nincs válasz	3 (4,8)	17 (12,4)	20 (10)	
	összesen	63 (100)	137 (100)	200 (100)	
<b>Aktivitás</b>					
	tervszerű	31 (49,2)	60 (47,8)	91 (45,5)	$\chi^2 = 7,542$ $p = 0,023$
	nem tervszerű	20 (31,8)	66 (48,2)	86 (43)	
	nincs válasz	12 (19)	11 (8)	23 (11,5)	
	összesen	63 (100)	137 (100)	200 (100)	

Forrás: saját szerkesztés

### Az egészségnevelési attitűd és a káros szenvedélyek

Az egészségmagatartást a káros szenvedélyek megjelenésén keresztül vizsgáltuk. Az alkoholfogyasztás tekintetében nincs szignifikáns különbség az egészségdefiníció komplexitásában és a példamutatás vonatkozásában, azonban szignifikánsan aktívabbak ( $\chi^2 = 11,172$ ;  $p = 0,025$ ) az iskolai egészségnevelésben azok a válaszadók, akikre nem jellemző a rohamivás, mint azok, akinél rendszeresen előfordul lerészegedés.

A dohányzást illetően az egészségdefiníció komplexitásában és az egészségnevelési aktivitás kapcsán nincs szignifikáns különbség, viszont a nem dohányzók példamutatása válaszaik alapján szignifikánsan jobb ( $\chi^2 = 17,422$ ;  $p = 0,026$ ), mint a rendszeres dohányosoké.

### Az egészségnevelési attitűd kérdéseinek önálló vizsgálata

Szignifikánsan nagyobb arányban ( $\chi^2 = 33,404$ ;  $p < 0,001$ ) írják le holisztikusan, vagy teljes-

körűen azok az egészség fogalmát, akik egészségnevelési szempontból aktívak és tudatosak, mint akik nem (81,4% ellentétben 34,8%-kal), és nagyobb arányban ( $\chi^2=11,172$ ;  $p<0,001$ ) fogalmaznak meg saját példaadásukban testi és lelki/szociális egészségdimenziót azok, akik tervezetten végzik az iskolai egészségnevelést, mint akik véletlenszerűen végzik azt (15,1% ellentétben 7,7%-kal).

Megvizsgáltuk, hogy az egészségnevelési aktivitás ötfokú skálán történő önértékelése és a témában feltett nyitott kérdésre adott válaszok hogyan viszonyulnak egymáshoz. Szignifikánsan ( $p = 0,001$ ) többen értékelik jónak, vagy nagyon jónak a saját egészségnevelési tevékenységüket (66,3%) azok, aki a szöveges válaszukban tervszerű egészségnevelésről számoltak be, mint azok, akik egészségnevelési tevékenysége nem tervezett (48,8%), illetve akik válaszuk alapján nem végeznek ilyen irányú tevékenységet (38%).

Az életmódbeli tényezők közül a mozgás (54,5%) és a táplálkozás (39,5%) fordult elő legtöbbször a példaadás és a tervszerű vagy véletlenszerű

egészségnevelési tevékenység kifejtése során, továbbá feltűnő volt a „Nem dohányzom” vagy „Beszélék a dohányzás káros hatásairól” megfogalmazás gyakorisága úgy, hogy semmilyen más dimenzió nem jelent meg mellette. Ez a teljes minta 4,5%-ában jelent meg kizárólagosan, például egy olyan pedagógusnál is, aki saját bevallása szerint rendszeres dohányos. [4. táblázat] Jellemzően a példaadásra vonatkozó kérdésnél jelentek meg a pedagógusok részéről olyan válaszok, amelyek megkérdőjelezik annak indo-

koltságát, illetve kifejezik annak akadályozottságát. Ilyenek voltak például, hogy: „Semmiiben!”, „Ennyi munka mellett nem lehet”, „Tanórán ez nehéz”, „Jó kérdés”. Többen megfogalmazták, hogy ez nem feladatuk, nem foglalkoznak tudatosan a diákok egészségi állapotával, közben pedig paradox módon, bár kérdésként nem szerepelt, voltak, akik a példaadáshoz és az egészségnevelési aktivitáshoz annyit írtak: „biológia tanár vagyok”. Részletesebb kifejtésre nem került sor.

4. táblázat: Az életmódbeli tényezők előfordulása az egészségnevelési attitűd nyitott kérdéseiben (n=200)

Életmódtényezők	Megjelenési arány
Mozgás	54,5%
Táplálkozás	39,5%
Dohányzás	30,5%
Lelki egészség	18%
Alkoholfogyasztás	14%
Kábítószer-fogyasztás	10%

Forrás: saját szerkesztés

## MEGBESZÉLÉS ÉS KÖVETKEZTETÉSEK

A vizsgálat kiindulópontja az volt, hogy a középiskolás diákokra a kortárs kapcsolatok és a családjuk mellett jelentős hatással vannak tanáraik is. A pedagógusok befolyásolják személyiségük alakulását, annak szerves részeként akár az egészségmagatartást is. Emellett az iskolai egészségnevelés jogszabályban rögzített feladatként része — illetve az kellene, hogy legyen — a pedagógusok tevékenységének. E két megközelítésből adódik a kérdés, hogy a tanárok mennyire vannak tisztában az egészség fogalmával, hogy a mentális egészségre annak szerves részeként tekintenek-e, valamint tudják-e, hogy ezzel kapcsolatban a tanórán és azon kívül is tennivalójuk van. Továbbá fontos tényező, hogy kimondva, vagy kimondatlanul, tudatosan, vagy sem, de milyen egészségmagatartással (akár káros szenvedélyekkel) élik mindennapjaikat a gyerekek között — ezzel indirekt módon mintaként szolgálva. Véleményünk szerint a személyes példaadás tartalmazza a pedagógusok saját egészségfelfogásával koherens olyan tevékenységeit, melyeket a saját egészsége érdekében tesz, illetve tudatosan közvetít a tanulók körében. Az egészségnevelési aktivitás pedig magában foglalja azokat az iskolához kapcsolódó

színtereket és tevékenységeket, melyeket a pedagógus aktívan bevon és végez az iskolai közösség egészségmegőrzésének és fejlesztésének érdekében.

A káros szenvedélyekkel kapcsolatos eredmények többségében kedvezőbb képet mutatnak, mint ahogyan azt az előzetes irodalmi adatok alapján vártuk volna, hiszen nem jelent meg sem a felsőfokú iskolai végzettségűekre jellemző 13%-os dohányzási arány, sem pedig a nagyivók 5,4%-os aránya. A rohamivás jellemzőit tekintve a hazai adatokhoz képest ellentétes eredményt kaptunk a nemeket illetően és az előfordulás mértéke az országos reprezentatív felmérésekhez képest alacsonyabb mértékű volt.<sup>11</sup> Mindezek oka feltételezhetően az, hogy a vizsgálatban való részvétel önkéntes volt, a kitöltés nem volt teljeskörű a középiskolai tanári populációra nézve. A válaszadási hajlandósága valószínűleg azoknak volt nagyobb, akik kevésbé szenvednek a függőségek valamelyik formájától.

Az egészségről azt gondoljuk, hogy minden ember számára az egyik legnagyobb érték. A kérdőívben a nyitott kérdések megválaszolására még az elején, közvetlenül a szociodemográfiai és munkahelyi pontok után volt lehetőség, mivel ügyeltünk arra, hogy ezek kitöltésénél még ne legyen fáradt a válaszadó. Hozzátevé azt is, hogy

a részvétel önkéntes és időkorlát nélküli volt, vagyis az tölthette ki kérdéssorunkat, aki akarta, akkor és annyi idő alatt, ami számára megfelelő volt. Az iskolákban 15 fő mégsem érezte úgy, hogy érdemes ezeken elgondolkodni. A személyes példaadásra (35%), majd az egészségnevelési aktivitásra (57%) adott egyre kevesebb, vagy konkrétan azt nem az önmagára vonatkozóan definiáló válasz jelzi, hogy a jogszabályban és a TIE koncepciójában megfogalmazott elveket és feladatokat a hétköznapiakban a megkérdezett pedagógusok többsége jelenleg nem érzi kompetenciájának.<sup>17,19,20</sup>

A fentiek tükrében érdemes lenne tovább vizsgálni, hogy mire alapozva értékelték mégis többségében jóra és nagyon jóra saját egészségnevelésüket a pedagógusok.

Nem csak a válaszadási hajlandóság, hanem az egészségnevelési attitűdre vonatkozó eredmények is szignifikánsan jobbak a szakgimnáziumokban az általános gimnáziumokéval szemben. Kérdés, hogy az egészségnevelés a gyakorlatban is ilyen különbséggel valósul-e meg e két iskola-típus között.

Statisztikai különbség igazolódott a káros szenvedélyek és a példaadás lelki komponensének megjelenése, illetve a rohamivás és a tudatos egészségnevelés között, így ezekben az esetekben a pedagógus direkt és indirekt nevelő hatása is érvényesül. Más kutatásokhoz hasonlóan a mintában résztvevő tanárok is az életmódbeli tényezők közül elsősorban a mozgást, a táplálkozást és a dohányzást említik, a mentális egészség csupán 18%-nál jelenik meg. Az aktuális hazai egészségfejlesztési koncepciók között is újabb szegmens a lelki egészség célzott védelme, hiszen az első időszakban létrejött EFI-k még nem foglalkoztak ezzel. 2017 óta minden bizonnyal még nem telt el elegendő idő ahhoz, hogy a köztudatban elterjedjen a mentális jóllét, mint az egészség egyik dimenziójának alapvető

fontossága, még kevésbé az, hogy ezért adott esetben tudatosan kell tenni, pedagógusként pedig a tanulók érdekében tevékenykedni is.<sup>26,27</sup> A saját jólléthez, illetve az indirekt nevelő hatás javításához is fontos lenne ezeken a területeken a lehetőségekhez mérten segítséget nyújtani. Természetesen ez egy rendkívül komplex, összetársadalmi probléma, amely megoldása messze túlmutat jelen vizsgálat keretein. Talán érdemes lenne a fizikai mellett mentálhigiénés szemlélettel is megközelíteni a TIE programját, amelyet az iskolák a pedagógiai programjukban is hangsúlyozhatnának. A mentálhigiénés dimenzió kidolgozása során megmutatkozna, hol tud a tanár beavatkozni és mely területeken van szüksége ehhez neki is segítségre. Ebben az iskolaegészségügyi szolgálat szereplőin kívül további szakemberek is a pedagógusok partnerei lehetnek. A gyógytornászokon és a dietetikusokon túl pszichológusok és mentáltrénerok is nyújthatnának támogatást a pedagógusoknak, hogy a szakmai körökben jól ismert „ki segít a segítőnek” felvetés ne pusztán költői kérdés legyen.

A vizsgálat korlátjának tekinthető, hogy az eredmények nem reprezentatív mintavételből származnak, illetve a mindössze 20%-os válaszadási arány. Ezek tükrében adataink tájékoztató jellegűek, azokat a mintára vonatkozóan elfogadhatónak tekintjük, továbbá megítélésünk szerint megalapozhatnak egy későbbi, hasonló célú reprezentatív vizsgálatot.

**Köszönetnyilvánítás:** a szerzők ezúton szeretnének köszönetet mondani a szegedi középiskolák intézményvezetőinek, hogy lehetővé tették a kérdőív kitöltését, valamint a résztvevő pedagógusoknak, hogy válaszaikkal hozzájárultak a kutatáshoz.

## HIVATKOZÁSOK

<sup>1</sup> World Health Organization: Preamble to the Constitution of the WHO, as adopted by the International Health Conference, New York 19–22 June, 1946, Basic Documents, Forty-eight edition 2014:1 <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf> (Elérve: 2020. 11. 30.)

<sup>2</sup> Dávid T. Az egészségmegőrzés pszichológiája In: Darvai S. (szerk.): Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlesztés témaköréből. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest, 2012. pp 106–124.

- <sup>3</sup> Központi Statisztikai Hivatal: Egészségi állapot és egészségmagatartás, 2016–2017. Statisztikai Tükör, 2018. július 23. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/egeszsegallapot1617.pdf> (Elérve: 2020. 11. 29.)
- <sup>4</sup> Vitrai J. Mi minden befolyásolja az egészséget. In.: Feith Helga Judit, Falus András (szerk.): Egészségfejlesztés és nevelés. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2019. doi: [10.1556/9789634544456](https://doi.org/10.1556/9789634544456).
- <sup>5</sup> Tigyiné PH. Az egészségnevelés intézményesülésének története. *Educatio*. 2013;2:224–234. <https://folyoira-tok.oh.gov.hu/educatio/az-egeszsegnevel-es-intezmenyesulesenek-tortenete> (Elérve: 2020. 11. 28.)
- <sup>6</sup> McKeown T. *The Modern Rise of Population*. Academic Press, New York/San Francisco. 1976.
- <sup>7</sup> <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference> (Elérve: 2020. 11. 29.)
- <sup>8</sup> Tompa A. Népegészségügyi láttelet. In: Feith Helga Judit, Falus András (szerk.): Egészségfejlesztés és nevelés. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2019. doi: [10.1556/9789634544456](https://doi.org/10.1556/9789634544456)
- <sup>9</sup> Egészségjelentés 2016. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet Budapest, 2017. január
- <sup>10</sup> World health statistics 2019: monitoring health for SDGs, sustainable development goals. World Health Organization, Geneva, 2019. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324835/9789241565707-eng.pdf?sequence=9&isAllowed=y> (Elérve: 2020. 11. 29.)
- <sup>11</sup> A 2014-ben végrehajtott Európai Lakossági Egészségfelmérés eredményei, összefoglaló adatok. Központi Statisztikai Hivatal, 2018. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014\\_osszefoglalo.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf) (Elérve: 2020. 11. 29.)
- <sup>12</sup> State of Health in the EU Magyarország egészségügyi országprofil 2019. doi: [10.1787/2247f4e0-hu](https://doi.org/10.1787/2247f4e0-hu)
- <sup>13</sup> Balog P. A negatív érzelmek és a szív- és érrendszeri betegségek összefüggései. *Orv Hetil.* 2018;159(48):2005–2010. doi: <https://doi.org/10.1556/650.2018.31221>
- <sup>14</sup> Szelei A, Döme P. Daganatos megbetegedések és a depresszió: rövid irodalmi áttekintés. *Orv Hetil.* 2020;161(22):908–916. doi: [10.1556/650.2020.31759](https://doi.org/10.1556/650.2020.31759)
- <sup>15</sup> Mató-Juhász A. Az egyéni felelősség szerepe az egészség kialakításában és megtartásában. MultiScience – XXXI. microCAD International Multidisciplinary Scientific Conference University of Miskolc, Hungary, 20–21 April 2017. doi: [10-26649/musci.2017.136](https://doi.org/10.26649/musci.2017.136)
- <sup>16</sup> 57. WHO közgyűlés Egészségfejlesztés és egészséges életmód 2004. május 22. <http://www.pro-qaly.hu/files/userfiles/File/letoltes/Dokumentumok/egeszsegfejleszt-es-alapelvek.pdf> (Elérve: 2020. 11. 29.)
- <sup>17</sup> Somhegyi A. A népegészségügyi szakemberek és intézmények feladatai a teljeskörű iskolai egészségfejlesztés szakmai segítségével. *Népegészségügy*, 2018;96(1):69–76. <https://ogk.hu/~media/Files/ogk/prevencao-tie-nepeu-segitese-nepegeszsegugy-2018-1.ashx> (Elérve: 2020. 11. 30.)
- <sup>18</sup> Nagy L. A neveléstudomány és az egészségfejlesztés kapcsolata. In: Feith Helga Judit, Falus András (szerk.): Egészségfejlesztés és nevelés. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2019. doi: [10.1556/9789634544456](https://doi.org/10.1556/9789634544456)
- <sup>19</sup> 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> (Elérve: 2020. 12. 26.)
- <sup>20</sup> 20/2012 (VIII. 31.) EMMI rendelet a nevelési-oktatási intézmények működéséről és a köznevelési intézmények névhasználatáról. <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200020.emm> (Elérve: 2020. 11. 29.)
- <sup>21</sup> Fókuszban az egészség: Nincs egészség lelki egészség nélkül <https://efop180.antsz.hu/minden/27-foprojekt/foprojekt-cikkei/hirek/274-nincs-egeszseg-lelki-egeszseg-nelkul.html> (Elérve: 2020. 11. 29.)
- <sup>22</sup> Dávid B, Ember Zs. A társas kapcsolatok jelentősége az egészségtudatosságban In: Feith Helga Judit, Falus András (szerk.): Egészségfejlesztés és nevelés. Akadémiai Kiadó, Budapest, 2019. doi: [10.1556/9789634544456](https://doi.org/10.1556/9789634544456)
- <sup>23</sup> Veres BI, Bíró É, Ádány R, et al. Tanárjelöltek egészségi állapota és egészségszemlélete. *Educatio*, 2013;2:201–212. <https://folyoiratok.oh.gov.hu/educatio/tanarjeloltek-egeszsegi-allapota-es-egeszsegszemlelete> (Elérve: 2020. 12. 26.)
- <sup>24</sup> Nahalka I. Az oktatás társadalmi meghatározottsága. In: Falus I. (szerk.) *Didaktika – Elméleti alapok a tanulás tanításához*. Nemzeti Tankönyvkiadó Rt., Budapest, 2003. pp 37–56.
- <sup>25</sup> Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129–136. doi: [10.1126/science.847460](https://doi.org/10.1126/science.847460)
- <sup>26</sup> Végh V, Pusztafalvi H. Leendő és gyakorló biológiateanárok egészségdefinícióinak összehasonlító elemzése. *Egészségfejlesztés*, 2020;61(1):6–18. doi: [10.24365/ef.v61i1.528](https://doi.org/10.24365/ef.v61i1.528)
- <sup>27</sup> Lipták MZ, Tarkó K. Az egészséggel kapcsolatos naiv elméletek, tévképzetek egy próbamérés tapasztalatai alapján. *Egészségfejlesztés*, 2020;61(2):74–81. doi: [10.24365/ef.v61i2.590](https://doi.org/10.24365/ef.v61i2.590)