

Egészség-magatartással kapcsolatos attitűdök vizsgálata középiskolás és egyetemista fiatalok körében

Nagy Beáta Erika¹ ■ Kovács Karolina Eszter²

Debreceni Egyetem, ¹Általános Orvostudományi Kar, Gyermekklinika,

²Bölcsészettudományi Kar, Nevelés- és Művelődéstudományi Doktori Program, Debrecen

Bevezetés: Egészségtudatosságunk fontos szerepet játszik életünkben. A fogalom magában foglalja az egészséggel kapcsolatos attitűdöket és viselkedéseket. Az egészségtudatosságra ható társadalmi háttérváltozók vizsgálata számos korábbi kutatás alapját képezte demográfiai és pszichológiai faktorok mentén. E vizsgálatok azonban általában önálló kérdések alkalmazásával történnek.

Célkitűzés: Kutatásunk célja egy új, egészség-magatartást és egészséggel kapcsolatos attitűdöket vizsgáló kérdőív kialakítása és tesztelése.

Módszer: Jelen kutatásban az egészség-magatartás és az egészségtudatossággal kapcsolatos attitűdök vizsgálatára szolgáló kérdőív bemutatása, valamint az erre ható tényezők feltérképezése történt meg egy debreceni mintán (Sportiskolák és Hagyományos Köznevelési Intézmények Tanulóinak Egészségmagatartása = SHTE 2017; n = 256).

Eredmények: Az új, fókuszcsoporthoz tartozó beszélgetések tartalomelemzése alapján létrehozott, 10 alskálát tartalmazó, 35 állításos kérdőív megbízhatónak bizonyult a Cronbach- α mutató alapján.

Következtetések: A korábbi kutatási eredményekkel egybehangzóan megállapíthattuk, hogy a nem, az apa iskolai végzettsége, a lakóhely típusa, valamint az objektív és szubjektív anyagi helyzet hatása szignifikánsan negatív, míg a sportolás, szubjektív egészségi és edzettségi állapot, valamint a szubjektív vallásosság hatása szignifikánsan pozitív eredményt hozott, tovább erősítve a kérdőív megbízhatóságát.

Orv Hetil. 2017; 158(44): 1754–1760.

Kulcsszavak: egészségpercepció, egészségtudatosság, attitűdök

The investigation of attitudes toward health behaviour among high school and university students

Introduction: Health awareness plays an important role in our life, which contains attitudes as well behavioural components. Social factors influencing health awareness were the basis of many previous investigations, measuring the effect of demographical and psychological factors. However, investigation of these factors usually happened with separated questions.

Aim: The aim of the present study is to test a new questionnaire, which measures health behaviour and attitudes related to health awareness.

Method: In present study, the attention was drawn to the introduction of a new questionnaire related to health behaviour, attitudes toward health awareness and factors influencing those and measured on population in Debrecen (SHTE 2017; n = 256).

Results: the new measurement proved to be reliable based on Cronbach α analysis. This was created on the basis of focus content analysis of group conversations with 10 subscales and 35 items.

Conclusions: It can be stated that gender, father's educational level, objective and subjective financial status has a significantly negative effect; while sport, subjective health and fitness as well as subjective religiosity have a significantly positive effect which reflects previous findings and confirm the reliability of our questionnaire.

Keywords: health perception, health awareness, attitudes

Nagy BE, Kovács KE. [The investigation of attitudes toward health behaviour among high school and university students]. Orv Hetil. 2017; 158(44): 1754–1760.

(Beérkezett: 2017. július 2.; elfogadva: 2017. augusztus 3.)

Az egészség-magatartást azoknak a viselkedéselemeknek és attitűdöknek az összességéként jellemezhetjük, amelyek szerepet játszhatnak az egyén egészségének megőrzésében, megromlásában vagy helyreállításában, függetlenül attól, hogy ezek a viselkedéselemek tudatosan az egészségre irányulnak vagy sem [1]. Ez nem csupán protektív, azaz egészséget megőrző, valamint preventív, vagyis megelőző viselkedéselemeket, hanem egészségveszélyeztető magatartási tényezőket is magukba foglalnak, mint a helytelen táplálkozási szokások, a mozgásszegény életmód és a rizikómagatartás-formák (például dohányzás, alkoholfogyasztás, szerhasználat, korai szexuális élet). További fontos szempont, hogy az egészséget befolyásoló egyes magatartásmódok nem izoláltan, hanem mindig egy komplex egész részeként működnek, vagyis a különböző viselkedéses, szociális és egyéni tényezők egymással bonyolult kölcsönhatásban állnak [2].

Az egészség-magatartás komponenseit számos kutatás elemezte. Több befolyásoló tényezőt találtak, többek között között a személy nemét. A nőkre az egészségtudatosság magasabb foka jellemző [3, 4]. Saját, egyetemisták körében végzett kutatásunk is megerősítette ezt. Ez a táplálkozással, fizikai aktivitással, prevencióval, szerfogyasztással, szexualitással és promiskuitással, valamint telefon- és internetfüggőséggel kapcsolatban szignifikánsan pozitívabb attitűdök megjelenésében volt tapasztalható, habár a férfiak szubjektív egészségi állapotukat szignifikánsan jobbnak vélték [5].

Emellett elmondható, hogy az életkorral csökken az egészségtudatosság egy bizonyos ideig: serdülőkorban és még fiatal felnőttkorban is a kockázati magatartásformák prevalenciája magasabb, s az érett felnőttkortól kezdődően tapasztalható ebben csökkenés [3]. Ez abban a tekintetben is megfigyelhető, hogy prepubertás korban még alacsonyabb a rendszeres dohányzás, alkoholfogyasztás és szerhasználat prevalenciája, s ez folyamatos növekedést mutat serdülőkorig, illetve még fiatal felnőttkorban is, s csak a középső felnőttkorban vezet csökkenéshez. Emellett a sportolás gyakorisága is csökkenő tendenciát mutat serdülőkorban és fiatal felnőttkorban [6, 7].

Az egészség-magatartásra a család szocioökonómiai státusza (SES) is jelentős hatással van, ám az ezzel kapcsolatos kutatási eredmények ambivalensek. A szülők iskolai végzettsége negatív hatású gyermekeik alkoholfogyasztási szokásaira. A magasabb iskolai végzettségű szülők gyermekeire nagyobb mértékű alkoholfogyasztás és „binge drinking” (nagyivászat) jellemző, mint az alacsonyabb iskolai végzettségű szülők gyermekeire [8]. Ez az összefüggés a szerfogyasztás tekintetében is kimutatható: a magasabb szocioökonómiai háttérrel jellemezhető családok gyermekei között nagyobb a szerfogyasztás prevalenciája [9]. Más kutatások eredményei szerint azonban a magas SES védőfaktor a szerfogyasztás ellen [10].

A lakóhely típusa – amely szintén kapcsolatba hozható a szocioökonómiai státusszal – is jelentős hatást gyakorolhat,

ám az ezzel kapcsolatos kutatási eredmények némiképpen ellentmondanak az előzőekben ismertetett eredményeknek. A kutatások többsége ugyanis azt találta, hogy a hátrányos szociális helyzettel, valamint alacsony társadalmi státusszal jellemezhető városrészekben élő, szegregált fiatalok körében magasabb a rizikómagatartások megjelenési aránya [11, 12], vagyis az alacsony SES az egészségkockázati magatartások egyik rizikófaktor. Emellett a lakástípus hatása jelentős, hiszen az egészség szempontjából kockázatos magatartásformák aránya a bérlakásban és a lakótelepi lakásban élőknel magasabb a családi, kertes házban élőkkel összehasonlítva, ami természetesen ugyancsak kapcsolatban áll a szocioökonómiai státusszal [13].

A szubjektív vallásosság is protektív faktorként tekinthető az egészség-magatartás szempontjából. A vallásosság olyan tényezőkkel korrelál, mint a hosszabb élettartam, jobb életminőség, alacsonyabb szorongás, depresszió és öngyilkosság, vagy hatékonyabb megküzdési stratégiák [14–16]. *Pikó* a Szegedi Ifjúságkutatás [17] során megállapította, hogy az alkoholfogyasztás prevalenciája és mértéke alacsonyabb azon fiatalok körében, akiknek az életében a vallás fontos szerepet játszik, vagyis akik magasabb spirituális jólléttel jellemezhetőek.

Az egészségtudatosság szempontjából kiemelkedő jelentőségű az egészségpercepció és az önértékelt egészségi szint. *Bíró és mtsai* [18] kutatásukban orvostanhallgatókat vizsgálva megállapították, hogy a hallgatók közel háromnegyede jónak, illetve nagyon jónak ítéli egészségi állapotát; csaknem mindannyian úgy vélekednek, hogy sokat, illetve nagyon sokat tehetnek az egészségükért. Ebben pedig igen nagy jelentőségű a család, illetve a kortársak és a tőlük kapott minta. A hallgatók jellemzően tudatában vannak a társas támasz szerepének, és ezzel elégedettek is. *Veres-Balajti és mtsai* [19] kutatásukban felsőoktatási hallgatók egészség-magatartását tanulmányozták. Adataik szerint a hallgatók kevesebb mint egyötöde volt elégedetlen a környezetétől kapott segítséggel.

Módszer

Jelen kutatás célja egy új, egészség-magatartással és egészségtudatossággal kapcsolatos attitűdök mérésére szolgáló kérdőív megalkotása, bemutatása, valamint eredményeinek szemléltetése 256 középiskolai tanuló körében való tesztelés alapján.

A kérdőív létrehozása

Jelen vizsgálatban egy új, egészség-magatartást és az azal kapcsolatos attitűdöket párhuzamosan vizsgáló kérdőív bemutatására kerül sor. Az Egészséggel Kapcsolatos Attitűdök Kérdőív rövidített változata (*1. melléklet*) olyan komplex eszköz, amely az egészségtudatosság valamennyi aspektusát hivatott mérni 35 állításra adott

1. melléklet | Egészséggel Kapcsolatos Attitűdök Kérdőív rövidített változata

A továbbiakban az egészséges étellel kapcsolatos állításokat olvashatsz. Kérlek, állapítsd meg, mennyire jellemzők rád ezek az állítások! Az 1-es az egyáltalán nem, míg az 5-ös a teljes mértékben jellemző.

1. Tartózkodom az energialelőzések fogyasztásától.	1	2	3	4	5
2. Érzelmileg kiegyensúlyozott vagyok.	1	2	3	4	5
3. Egészségesnek érzem magam.	1	2	3	4	5
4. Úgy érzem, kimerült vagyok és semmihez nincs erőm.	1	2	3	4	5
5. Úgy érzem, már nem tudok pozitívan hozzáállni a környezetemhez.	1	2	3	4	5
6. Megfelelő étrenddel megfelelő minőségű életet lehet élni.	1	2	3	4	5
7. Rövid távon hatékony stresszcsökkentő a drog.	1	2	3	4	5
8. Nem probléma, ha napokig nincs lehetőségem használni a telefonos alkalmazásaimat és játékaikat.	1	2	3	4	5
9. Az egészséges táplálkozáshoz napi ötször kell étkezni.	1	2	3	4	5
10. Ahhoz, hogy egészséges maradjak, napi két liter vizet el kell fogyasztani.	1	2	3	4	5
11. Az egészségtudatosság része a mentális egészségmegőrzés is.	1	2	3	4	5
12. A sok stresszel is hatékonyan megbirkózom.	1	2	3	4	5
13. Az alkohol hatékony feszültségvezető módszer.	1	2	3	4	5
14. Zavar, ha egy-két órán keresztül nem tudok internetezni.	1	2	3	4	5
15. A rendszeres fizikai aktivitás elengedhetetlen az egészséges élethez.	1	2	3	4	5
16. Van legalább egy olyan stratégiám, amivel meg tudok nyugodni, ha ideges vagyok.	1	2	3	4	5
17. Minden nap eszem zöldséget és gyümölcsöt.	1	2	3	4	5
18. Fontos, hogy kipihent legyek, ezért legalább hét órát alszom minden este.	1	2	3	4	5
19. A drogfogyasztás semmilyen problémát nem old meg.	1	2	3	4	5
20. Az elmúlt hónapban többször éreztem azt, hogy semmihez sincs kedvem.	1	2	3	4	5
21. Ahhoz, hogy egészségesek legyünk, oda kell figyelni a táplálkozásra.	1	2	3	4	5
22. Napi három csésze kávénál nem iszom többet.	1	2	3	4	5
23. A könnyű drogok fogyasztása kizárja az egészségtudatos életmódot.	1	2	3	4	5
24. Ideges leszek, ha nem használhatom a telefonomat.	1	2	3	4	5
25. Energikus vagyok a mindennapokban.	1	2	3	4	5
26. Az egészségtudatosságnak nem feltétlenül része a sportolás.	1	2	3	4	5
27. A dohányzás hatékony szorongásoldó módszer.	1	2	3	4	5
28. A buli és szórakozás elengedhetetlen része az alkohol is.	1	2	3	4	5
29. Napi egy-két szál cigi még nem vezet egészségkárosodáshoz.	1	2	3	4	5
30. A cukrozott italok helyett szívesebben fogyasztok frissen facsart gyümölcslevet.	1	2	3	4	5
31. Egészséges életmódot folytatok.	1	2	3	4	5
32. Az egészségtudatosság nemcsak a káros szokásoktól való tartózkodást jelenti, hanem a betegségek megelőzését is.	1	2	3	4	5
33. A dohányzás nem rontja jelentősen az egészséget.	1	2	3	4	5
34. Egy-két alkalommal történő alkoholfogyasztás nem zárja ki az egészséges életmódot.	1	2	3	4	5
35. Nem jellemző rám, hogy agresszióval oldjam meg a konfliktusaimat.	1	2	3	4	5

Értékelési útmutató:

1. Táplálkozás: 1, 6, 9, 10, 17, 21, 22, 30
2. Rendszeres fizikai aktivitás: 15, 18, 26
3. Prevenció: 11, 31, 32
4. Dohányzás: 27, 29, 33
5. Alkoholfogyasztás: 13, 28, 34
6. Szerhasználat: 7, 19, 23
7. Agresszió: 35
8. Telefon- és internethasználat: 8, 14, 24
9. Szubjektív egészségi állapot: 3, 4, 20, 25
10. Érzelmi egyensúly: 2, 5, 12, 16

válasz segítségével. A kérdőív létrehozása fókuszcsoportos beszélgetések alapján történt hat csoport keretein belül, középiskolai tanulók (11–12. évfolyam), illetve felsőoktatási intézmények hallgatói (alapképzés 1–2. évfolyam) részvételével. A fókuszcsoportok egyrészt a Debreceni Egyetem különböző karainak – Bölcsészettudományi Kar (két csoport), Egészségügyi Kar (egy csoport), Gazdaságtudományi Kar (egy csoport) – hallgatóiból kerültek kiválasztásra. Másrészt két fókuszcsoport résztvevői középiskolai és szakközépiskolai tanulók voltak. A fókuszcsoportok célja a tanulók egészséggel kapcsolatos percepcióinak felmérése, attitűdjük regisztrálása, illetve azon dimenziók összegyűjtése volt, amelyeket az egészségtudatosság részeként értelmeznek. Ezen szempontok feltérképezése a beszélgetések tartalom-elemzése során történt meg, ennek alapján pedig elkészültek a kérdőív állításai. Az itemek létrehozását követően 10 független kódoló segítségével történt a kérdőív állításainak alskálákba rendezése, majd – a kódolók percepcióinak egyeztetése után – az előtesztelés következett 53 középiskolai végzős tanuló bevonásával. Az előtesztelés során a kérdőív megbízhatósága bebizonyosodott (Cronbach- α = 0,724).

Az így létrehozott kérdőív 10 alskálája a táplálkozás és testsúly, rendszeres fizikai aktivitás, prevenció, dohányzás, alkoholfogyasztás, szerhasználat, agresszió, telefon- és internetfüggőség, szubjektív egészségi állapot, valamint érzelmi egyensúly. A kérdőív állításait egy ötfokú Likert-skálán (1–5) kell értékelni. A kérdőív 10 alskálát tartalmaz, amelyek a következők:

1. **Táplálkozás:** étel- és italfogyasztási szokások és az ezzel kapcsolatos attitűdök.

2. **Rendszeres fizikai aktivitás:** sporttevékenységekben való részvétel és az ezzel kapcsolatos vélekedések.

3. **Prevenció:** az egészség megőrzésének érdekében végzett tevékenységek és az ezzel kapcsolatos reprezentációk.

4. **Dohányzás:** a személyre jellemző dohányzási szokások, illetve a dohányzással kapcsolatos vélekedések, annak egészségre gyakorolt hatásáról.

5. **Alkoholfogyasztás:** személyre jellemző alkoholfogyasztási szokások, illetve az ezzel kapcsolatos vélekedések, észleletek annak egészségre gyakorolt hatásáról.

6. **Szerhasználat:** személyre jellemző illegális szerfogyasztási szokások, illetve az ezzel kapcsolatos vélekedések, észleletek annak egészségre gyakorolt hatásáról.

7. **Agresszió:** az agresszió megjelenése a személy viselkedésében, illetve annak hatékonyságának észlelése az egyes helyzetekben mint a problémamegoldás egyik eszköze.

8. **Telefon- és internethasználat:** a média elemeiként a telefon és internet jelenlétének és fontosságának, valamint feltételezett hiányának észlelete.

9. **Szubjektív egészségi állapot:** az egészség önértékelt indexeként a személy jelenlegi fizikumáról alkotott percepciója.

10. **Érzelmi egyensúly:** az egészség önértékelt indexeként a személy saját jelenlegi érzelmi állapotáról és egészségről alkotott percepciója.

A kialakított kérdőív tesztelése

Jelen kutatásban a kérdőív megbízhatósága magasnak mondható, hiszen a Cronbach- α értéke 0,739. Az egyes alskálák megbízhatóságát az 1. táblázat szemlélteti.

Kutatásunk alapkérdése a kérdőív alkalmazhatóságához és megbízhatóságához kapcsolódik. Így alapvetően két hipotézist fogalmaztunk meg, amelyek által olyan változók hatásának ismételt és korábbi eredményekkel konzekvens kimutatására kerülhet sor, amelyek alátámasztják a kérdőív megbízhatóságát.

H1: *Feltételezzük, hogy a nők egészségtudatosabbak; a szülők magasabb iskolai végzettsége, a jobb objektív és szubjektív anyagi helyzet, valamint a nagyobb településtípus hatása pedig negatív* [5, 8, 10, 12, 13].

H2: *Feltételezzük, hogy a sportolás, a jobb szubjektív egészségi és edzettségi állapot, valamint a szubjektív vallásosság pozitív hatással bír az egészségtudatosságra* [14–19].

1. táblázat | Megbízhatóság az Egészséggel Kapcsolatos Attitűdök Kérdőív rövidített változatának alskáláin

Alskálák	Cronbach- α
1. Táplálkozás	0,712
2. Rendszeres fizikai aktivitás	0,616
3. Prevenció	0,644
4. Dohányzás	0,615
5. Alkoholfogyasztás	0,637
6. Szerhasználat	0,609
7. Agresszió	0,611
8. Telefon- és internethasználat	0,712
9. Szubjektív egészségi állapot	0,658
10. Érzelmi egyensúly	0,698

Forrás: SHTE 2017
n = 256

Eredmények

A statisztikai számítások során SPSS 22.0 for Windows statisztikai programot, a hipotézisteszteléshez lineáris-regresszió-analízist alkalmaztunk. A változók bevonására öt modell segítségével került sor. Az első modellben a nem, a második modellben a szülők iskolai végzettsége (legfeljebb középfokú, illetve felsőfokú), a harmadik modellben a lakóhely településtípusa (tanya-falu-kisváros, illetve nagyváros-megyeszékhely kódolásban), a negyedik modellben pedig az objektív és szubjektív anyagi helyzet (átlag alatti, illetve feletti), végül az ötödik modellben a sportolás, szubjektív egészségi állapot,

2. táblázat | A lineárisregresszió-analízis eredményei

	1. modell	2. modell	3. modell	4. modell	5. modell
Nem	-0,218***	-0,229***	-0,215***	-0,203***	-0,157***
Anya iskolai végzettsége		-0,037	-0,060	-0,049	-0,057
Apa iskolai végzettsége		-0,219***	-0,208**	-0,222***	-0,249***
Lakóhely típusa			0,163*	0,169**	0,189**
Objektív anyagi helyzet				-0,177**	-0,178***
Szubjektív anyagi helyzet				-0,172**	-0,124*
Sportolás					0,175**
Szubjektív egészségi állapot					0,161**
Szubjektív edzettségi állapot					0,264***
Szubjektív vallásosság					0,96*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Forrás: SHTE, 2017

$n = 256$

szubjektív edzettségi állapot és szubjektív vallásosság hatásának részletes elemzésére került sor. A lineárisregresszió-analízis eredményeit a 2. táblázat szemlélteti. A regresszióanalízis-eredmények értelmezését segítő kiemelésként Mann-Whitney-próbát alkalmaztunk (3. táblázat).

Első hipotézisünk vizsgálata az első–negyedik modell keretein belül történt meg. Az első modell eredményei alapján látható, hogy a nem hatása szignifikáns az egészség-magatartás tekintetében ($p = 0,001$), hiszen a fiúk egészség-magatartással kapcsolatos attitűdjei negatívabban a lányokénál. A nem tehát szignifikánsan befolyásolja az egészség-magatartást, hatása mind az öt modell során szignifikánsnak mutatkozott.

A második modellben a szülők iskolai végzettsége hatását vizsgáltuk meg. A regresszióanalízis eredményei szerint az anya iskolai végzettsége nincs szignifikáns hatással az egészség-magatartással kapcsolatos attitűdökre ($p = 0,580$). A legfeljebb középfokú végzettséggel rendelkező anyák gyermekeire az egészségtudatosság magasabb foka jellemző. Bár a két csoport közötti különbség szignifikáns ($p = 0,049$), az iskolai végzettség hatását az egészség-magatartással kapcsolatos attitűdökre nem találtuk szignifikánsnak. Ehhez hasonló megállapítás tehető az apa iskolai végzettsége tekintetében, ám ennek hatása már szignifikáns ($p = 0,001$). Az apa iskolai végzettségének negatív hatása, a nem hatásához hasonlóan, valamennyi modell esetében megmutatkozott.

Harmadik modellünkben a gyermek lakóhelyének típusának hatását vizsgáltuk, amely a lineárisregresszióanalízis eredményei alapján szignifikánsnak mutatkozott ($p = 0,011$). A maximum kisvárosban lakó diákok egészséggel kapcsolatos attitűdjei szignifikánsan pozitívabban, a két csoport közötti különbség pedig szignifikáns ($p = 0,025$). A településtípus hatása a többi modellben is szignifikáns maradt.

Negyedik modellünkben az objektív és szubjektív anyagi helyzet hatását elemezve, mindkettő esetében szignifikáns negatív hatást tapasztaltunk. Az objektív anyagi helyzet tekintetében elmondhatjuk, hogy az átlag feletti objektív anyagi helyzetű diákokra alacsonyabb szintű egészségtudatosság jellemző: a két csoport közötti különbség szignifikáns ($p = 0,048$), a regresszióanalízis eredménye szerint a magasabb objektív anyagi helyzet hatása szignifikáns és negatív ($p = 0,036$). A szubjektív anyagi helyzet esetében is ugyanez a megállapítás érvényes, hiszen az átlag feletti szubjektív anyagi helyzetű diákok szignifikánsan negatívabb attitűdűek. Az eredmények alapján a két csoport közötti különbség szignifikáns ($p = 0,002$), a regresszióanalízis eredménye szerint pedig a magasabb szubjektív anyagi helyzet hatása – előbbihez hasonlóan – szignifikáns és negatív ($p = 0,006$).

Második hipotézisünkben – amelyet az ötödik modellünkben vizsgáltunk – a sportolás, szubjektív egészségi és edzettségi állapot, valamint a vallásosság hatását néztük meg. A regresszióanalízis alapján a sportolás hatása az egészséggel kapcsolatos attitűdökre szignifikáns ($p = 0,025$) és pozitív: a sportoló diákokra pozitívabb egészségtudatossággal kapcsolatos attitűdök jellemzőek. A szubjektív egészségi állapot hatása is szignifikánsan pozitívnak mutatkozott ($p = 0,11$): az átlag feletti szubjektív egészségi állapottal jellemezhető diákok egészségtudatosabbak, a két csoport közötti különbség szignifikáns ($p = 0,000$). A szubjektív edzettségi állapot tekintetében hasonló megállapításokat tehetünk: hatása szignifikáns és pozitív, a két csoport közötti különbség ebben az esetben is szignifikáns ($p = 0,000$).

Végül a szubjektív vallásosság hatása is szignifikánsnak mutatkozott ($p = 0,021$). A magukat vallásosnak tekintő diákok ugyanis egészségtudatosabbnak tekinthetők, a két csoport közötti különbség szignifikáns ($p = 0,047$).

3. táblázat | Egészséggel kapcsolatos attitűdök az egyes változók mentén

	Fiúk	Lányok	P
Nem	122,8	130,9	0,049
	Legfeljebb közép fokú	Felsőfokú	p
Anyai iskolai végzettsége	128,1	120,1	0,049
Apai iskolai végzettsége	128,7	115,5	0,001
	Maximum kisváros	Legalább nagyváros	p
Településtípus	130,2	124,5	0,025
	Átlag alatti	Átlag feletti	p
Objektív anyagi helyzet	130,5	126	0,048
Szubjektív anyagi helyzet	130,8	122,3	0,002
	Sportol	Nem sportol	p
Sportolás	128	117,5	0,025
	Átlag alatti	Átlag feletti	p
Szubjektív egészségi állapot	121,9	131,2	<0,001
Szubjektív edzettségi állapot	122,2	130,9	<0,001
	Vallásos	Nem vallásos	p
Szubjektív vallásosság	129,5	125,7	0,047

Forrás: SHTE
2017; n = 256

Megbeszélés

Vizsgálatunk keretében öt modell segítségével elemeztük az egyes faktorok hatását és hipotéziseink vizsgálatát. Az eredmények alapján a lányokra magasabb fokú egészségtudatosság jellemző. Ez megerősíti korábbi, egyetemistákra végzett kutatásunk eredményeit [5]. Az iskolai végzettség hatása is szignifikánsnak mutatkozott, mivel a legfeljebb közép fokú végzettséggel rendelkező szülők (anyák és apák egyaránt) gyermekeire az egészségtudatosság magasabb foka jellemző, vagyis a magasabb iskolai végzettség rizikófaktorának tekinthető, ami megerősíti korábbi kutatások [8, 10] eredményét, amely szerint a szülők magas iskolai végzettsége negatív hatású az egészség-magatartásra, s természetesen az azzal kapcsolatos attitűdökre is. Habár az anyai hatása mutatkozik szignifikánsnak a kutatások többsége alapján, ebben az esetben ez nem mutatkozott meg, s az apa mintaadó szerepének túlsúlya is okozhatja ezt az eltérő eredményt.

A lakóhely típusának szerepe is jól látható, hiszen a maximum kisvárosban lakó diákok egészséggel kapcsolatos attitűdjei jelentősen pozitívabbak, s az egészségtudatosság magasabb fokát jelzik, megerősítve *Dékány és mtsai*, illetve *Keresztes és mtsai* korábbi kutatásainak eredményeit [12, 13].

Az objektív és szubjektív anyagi helyzet hatásával kapcsolatban: mindkettő markáns negatív hatású volt. Az objektív és szubjektív anyagi helyzet tekintetében is elmondható, hogy az átlag feletti objektív anyagi helyzetű diákokra az egészségtudatosság alacsonyabb foka jellemző, ami egybevág korábbi kutatások eredményeivel és kapcsolható a szülők iskolai végzettségével összefüggő eredményhez is [8, 10].

A négy modell eredményei alapján első hipotézisünk beigazolódt, hiszen a nem, a szülők iskolai végzettsége, az objektív és szubjektív anyagi helyzet, valamint a településtípus hatása valóban szignifikánsnak bizonyult, megerősítve korábbi kutatások eredményeit.

A demográfiai háttérváltozókon túl a sportolás, a szubjektív egészségi és edzettségi állapot, valamint a szubjektív vallásosság hatását is megvizsgáltuk. Ötödik modellünk eredményei alapján valamennyi változó jelentős pozitív hatással bír az egészséggel kapcsolatos attitűdökre, amely összhangban van a *Pikó Bettina és mtsai*, illetve *Kopp Mária és mtsai* korábbi kutatásainak eredményeivel [14, 15]. Így második hipotézisünk is beigazolódt, hiszen a sportolás, szubjektív egészségi állapot, szubjektív edzettségi állapot és szubjektív vallásosság szignifikáns hatású az egészséggel kapcsolatos attitűdökre, megerősítve korábbi kutatások eredményeit, s alátámasztva jelen tanulmányunkban bemutatott kérdőív gyakorlati megbízhatóságát.

Következtetések

Kutatásunk fókuszában az egészség-magatartással kapcsolatos attitűdök és viselkedéselemek vizsgálata állt. A tanulmány célja egyrészt egy új, komplex, de rövidebb, az egészség-magatartás és az azzal kapcsolatos attitűdök vizsgálatára szolgáló mérőeszköz kialakítása és bemutatása, hatékonyságának szemléltetése, másrészt a korábbi kutatási eredmények megerősítése a mérőeszköz jelen mintán történő alkalmazásával. Levonható a következtetés, hogy a nem hatása jelentős, hiszen a nők az egészségtudatossággal kapcsolatban pozitívabb attitűddel rendelkeznek. Az apa iskolai végzettsége, a lakóhely típusa, valamint az objektív és szubjektív anyagi helyzet hatása erőteljesen negatív: a magas iskolai végzettséggel rendelkező apák gyermekei, a legalább nagyvárosban élő diákok, valamint az átlag feletti objektív és szubjektív anyagi helyzettel jellemezhető diákok körében az egészség-magatartással kapcsolatos attitűdök negatívabbak. Ugyanakkor a sportolás, a szubjektív egészségi és edzettségi állapot, valamint a szubjektív vallásosság hatása szignifikánsan pozitív, hiszen a sportolók, illetve átlag feletti egészségi és edzettségi állapotú, valamint vallásos diákok egészség-magatartással kapcsolatos attitűdjei pozitívabbak.

Jelen és korábbi kutatások eredményei alapján javasoljuk a középiskolai tantervekbe az egészséggel, egészséges életmóddal, kockázati magatartással és függőségekkel kapcsolatos vitaórákat beépíteni, amelyek le-

vezetésére iskolaorvosok, gyermekorvosok, egészségpszichológusok, pszichiáterek és más, egészségügyi végzettséggel rendelkező szakemberek által kerülhetne sor. A tartós betegséggel rendelkező vagy korábban súlyos betegségen átesett fiatalok egészségtudatossággal kapcsolatos attitűdjeit és percepcióit is érdemes vizsgálni fókuszba állítani. Ez jelen kutatásban nem képezte hipotézis tárgyát, ám későbbi terveinkben és folyamatban lévő más vizsgálatainkban jelen van, olyan pszichológiai faktorok bevonása mellett, mint az élet értelmébe vetett hit, a depresszió vagy a külső-belső kontroll, amelyek további izgalmas és értékes kutatási kérdéseket és eredményeket tartalmaznak.

Anyagi támogatás: A tanulmány elkészítése a Nemzeti Tehetségprogram Nemzet Fiatal Tehetségeiért Ösztöndíjának (NTP-NFTÖ-16) keretében zajlott.

Szerzői munkamegosztás: N. B. E.: A kutatási módszertan kidolgozása és szupervíziója, szakirodalmi kutatás, statisztikai adatok értelmezése, a kézirat kialakítása. K. K. E.: A kutatási módszertan kidolgozása, a vizsgálat lefolytatása, szakirodalom-kutatás, statisztikai elemzések, a kézirat kialakítása és szövegezése. A cikk végleges változatát mindkét szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekltségek: A szerzőknek nincsenek érdekltségeik.

Irodalom

- [1] Hayden J. Introduction to health behavior theory. Jones & Bartlett Learning, Burlington, 2014.
- [2] Németh Á. (ed.) The health and life style of adolescents. The national report of the investigation of school-aged children. [Serdülőkori fiatalok egészsége és életmódja. Az iskoláskorú gyermekek felmérésének nemzeti jelentése.] Országos Gyermek-egészségügyi Intézet, Budapest, 2007. [Hungarian]
- [3] Husárová D, Dankulincová Veselská Z, Sigmundová D, et al. Age and gender differences in prevalence of screen based behaviour, physical activity and health complaints among Slovak school-aged children. *Cent Eur J Public Health* 2015; 23(Suppl): S30–S36.
- [4] Deeks A, Lombard C, Michelmore J, et al. The effects of gender and age on health related behaviors. *BMC Public Health* 2009; 9: 213.
- [5] Kovács KE, Nagy BE. The investigation of the attitudes toward health behaviour among the students of the University of Debrecen. [Az egészségmagatartás iránti attitűd tanulmányozása a Debreceni Egyetem hallgatói körében.] Magyar Pszichológiai Társaság Nagygyűlése, 2016. június 2–4. [Hungarian]
- [6] European Health Examination Survey, 2014. [Európai lakossági egészségfelmérés, 2014.] Statisztikai tükör 2015/29: 1–9. [Hungarian]
- [7] Inchley J, Currie D, Young T, et al. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: International report from the 2013/2014 survey.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2016 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 7).
- [8] Pikó B, Fitzpatrick KM. Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviors among Hungarian adolescents. *Eur J Public Health* 2007; 17: 353–360.
- [9] Humensky JL. Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2010; 5: 1–10.
- [10] Lemstra M, Neudorf C, Nannapaneni U, et al. The role of economic and cultural status as risk indicators for alcohol and marijuana use among adolescents. *Paediatr Child Health* 2008; 14: 225–230.
- [11] Daw J, Margolis R, Verdery AM. Siblings, friends, course-mates, club-mates. How adolescent health behavior homophily varies by race, class, gender, and health status. *Soc Sci Med.* 2015; 125: 32–39.
- [12] Dékány K, Balázs MÁ, Pikó B. The significance of habitation and parental protective factors in the prevalence of risk behaviours in adolescence. [A lakóhely és a szülői védőfaktorok jelentősége a serdülőkori rizikómagatartások gyakoriságában.] *Magyar Epidemiológia* 2010; 7: 95–100. [Hungarian]
- [13] Keresztes N, Pluhár FZs, Pikó B. Lifestyle and health of youth in regard of their habitation. [Fiatalok életmódja és egészsége lakóhelyük tükrében.] *Új Pedagógiai Szemle* 2006; 56(6): 36–47. [Hungarian]
- [14] Pikó B, Kovács E. Is religiosity a protective factor? Social epidemiological study of adolescent psychological health. [Vallásosság mint védőfaktor? Serdülők pszichikai egészségének szociális epidemiológiai vizsgálata.] *Orv Hetil.* 2009; 150: 1903–1908. [Hungarian]
- [15] Kopp M, Székely A, Skrabski Á. Religion and health in a changing society. [Vallásosság és egészség az átalakuló társadalomban.] *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika* 2004; 5: 103–125. [Hungarian]
- [16] Zimmer Z, Jagger C, Chiu C, et al. Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM – Population Health* 2016; 2: 373–381.
- [17] Pikó B. Mental health and problem behaviour of youth in regard of risk and protective theory, positive psychology and social psychology. [Fiatalok lelki egészsége és problémaviselkedése a rizikó- és protektív elmélet, a pozitív pszichológia és a társadalomlélektan tükrében. Disszertáció.] Szeged, 2012. [Hungarian]
- [18] Bíró É, Balajti I, Ádány R, et al. Health behaviour survey among medical students. [Az egészségi állapot és az egészségmagatartás vizsgálata orvostanhallgatók körében.] *Orv Hetil.* 2008; 149: 2165–2171. [Hungarian]
- [19] Veres-Balajti I, Bíró É, Ádány R, et al. Health status and health attitudes of trainee teachers. [Tanárjelöltek egészségi állapota és egészségszemlélete. *Educatio* 2013; 22: 201–212. [Hungarian]

(Kovács Karolina Eszter,
e-mail: karolina92.kovacs@gmail.com)