

## FŐISKOLAI HALLGATÓK EGÉSZSÉKGÉPE ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLAT

**Szarvasné Mátó Veronika és Benkő Zsuzsanna**

*Szegedi Tudományegyetem, JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék*

### **Az egészség értelmezésének lehetőségei**

Kutatók, művészek, gondolkodók sora vizsgálta, hogy az egyén és a társadalom hogyan vélekedik az egészségről. Sokan a fizikai teljesítőképességgel, mások a jókedvvel és a lelkesedéssel, vagy a küzdeni akarással és cselekvőképességgel magyarázták. A válaszok előtérbe helyezése függ az egyén társadalmi helyzetétől, iskolai végzettségétől, nemétől, életkorától, azaz társadalmi, demográfiai, kulturális helyzetétől. A lakosság nagy része csak akkor foglalkozik az egészséggel, ha már a mindennapi életében betegség érzete van, vagy konkrét egészségügyi problémái jelentkeznek.

Az egészség egyike azon értékeinknek, amely mindenki számára a legfontosabb. Értelmezésében, fogalmi meghatározásában azonban jelentős eltéréseket tapasztalhatunk az emberiség történetében.

A tradicionális európai társadalmak kultúrájában közös, hogy az egészséget és a betegséget az egyén átfogó fizikai, szellemi és szociális jólétének egyik aspektusaként értelmezik. Hol az egyik, hol a másik elem dominanciája érvényesül. Ez a szemlélet az ókori görög mitológiákban is megőrzött egészség gondolatokra nyúlik vissza (Benkő, 1999). Hasonló szemlélet uralta egész Európát egészen a tizennyolcadik századig. A tizennyolcadik-tizenkilencedik-huszedik század folyamán egyre többet tudunk meg a betegségfolyamatokról. A modern orvostudomány a betegség olyan szemléletét alakította ki, amely a betegségek eredetét tudományos terminusokkal leírható fizikai tényezőkben látja (Waller, 1995).

Számos tudományos értelmezés született, melyek közül a WHO 1946-os alapdokumentuma tartalmazza az egészség ma is konszenzussal elfogadott meghatározását: „az egészség nem a betegség vagy nyomorúság hiánya, hanem a testi, lelki és szociális jóllét állapota”. A meghatározás erénye, hogy az egészséggel foglalkozó tudományok közötti együttműködést sugallta (Benkő, 2005). A WHO definíciójában bár az egészség kerül a középpontba, de az egyén egészségi állapota válik hangsúlyossá, mint szubjektív elem.

A mai egészségértelmezések többségében integratív modelleket vázolnak fel. A természet, társadalmi környezet, a rendelkezésre álló erőforrások mértéke, a problémákkal való megküzdés, a sikerélmény, az elégedettség mind-mind az egészségi állapot meghatározói (Becker, 1992).

Az egészség multidimenzionális fogalomként való értelmezése minimálisan a testi, lelki és szociális tényezőket foglalja magában. Később egyre hangsúlyosabbá váltak az életkörülmények/élethelyzetek és a spirituális szempontok. A WHO 1988-ban a 2. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia ajánlásai között az ökológiai szempontokat, 1991-ben a 3. Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián elhangzott nyilatkozatában az egészség spirituális szempontjait is bevette szempontrendszerébe (*Franzkowiak és Sabo, 1993*).

*Bernhard Badura* az egészséget a problémamegoldásra és az érzelmek irányítására való képességként értelmezi, ami lehetővé teszi a pozitív énkép, a testi-lelki elégedettség megőrzését és fejlesztését (*Badura, 1992* idézi: *Benkő, 2005*).

*Becker és Minsel* (1986) pszichológiai kutatásukkal járultak hozzá az egészségfogalom tisztázásához. Leleki egészség-konceptiójuk szerint az egészséget hét tényező határozza meg: (1) pozitív érzelmi állapot vagy jóllét, (2) magas fizikai és lelki energia (kíváncsiság, aktivitás, vitalitás, érdeklődés), (3) érvényességi kör (spontaneitás, kifejező-képesség, magabiztosság), (4) optimális hatékonyság és teljesítmény szint (társas kapcsolatok teremtésének képessége, kreativitás, eltökéltség, realitáskontroll), (5) háttérben maradás képessége (azaz az egyén a figyelmét önmagáról a környezetére irányítja), (6) autonómia vagy rátermettség (függetlenség és cselekvőképesség), és (7) magas önbizalom/önbecsülés (*Becker és Minsel, 1986*).

Az egyik legösszetettebb megközelítés a két német kutató *Hurrelmann és Laaser* (1998 idézi: *Benkő, 2005*) tollából származik, mely szerint az egészség egy személy objektív és szubjektív hogylétének állapota, amely akkor valósul meg, ha a személy fejlődésének fizikai, lelki-szellemi és szociális adottságai összhangban vannak személyes választásaival, céljaival és a mindenkor adott külső életkörülményekkel, azaz, a mindennapi döntéseink, választásaink során figyelembe vesszük saját fizikai adottságainkat, személyiségünket, szakmai felkészültségünket. Egyidejűleg több szerepnek kell eleget tennünk. Mindannyian szorosan tartozunk legalább egy családdhoz, egy munkahelyhez és egy lakókörnyezethez. Az egészség társadalmi bázison alapuló individuális érték, ezért lényeges az egészségre történő szocializáció.

A mai modern – többször egymással polemizáló – egészség értelmezések alapján az egészség integratív jellegű modelljét ismertetjük. A természeti-társadalmi környezet, a rendelkezésre álló források mértéke, a problémák leküzdése, a sikerélmény, az elégedettség – mind-mind az egészségi állapot meghatározói. Az egészséget passzív állapot helyett folyamatként értelmezzük. A cselekvőképesség fejlődése az egész életen átível, az egyén új kompetenciák elsajátítására törekszik. Az egészség egyúttal problémamegoldásra és érzelmek irányítására való képesség, ami a pozitív énkép a testi-lelki elégedettség megőrzésének és újra artikulálásának forrása. Az egészség dinamikus fogalom, ami az életre koncentrálna. Az egyén a természeti és társadalmi környezetével folytatott átfogó és aktív összeütközések eredményeként talál rá az őt gátló és segítő feltételekre: az életfeltételekre. Az egészség multidimenzionális: testi, lelki, szellemi és társadalmi szempontok egyaránt léteznek, ezek egymástól nem elválaszthatók, még ha súlypontozásuk eltérő is (*Benkő, 1999*).

Az élet egyes területein másképpen jelenik meg az egészség, nagymértékben függ az életkörülményektől és a környezeti kultúrától. A huszadik századi egészségértelmezés a

pozitív gondolkodást, a jó közérzetet, az önmegvalósítást állítja előtérbe, vagyis az egészség alakítható, fejleszhető (Benkő, 2005).

## **Egészségfejlesztés, prevenció**

1986-ban az első Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencián kiadták az Egészségfejlesztés Ottawai Chartáját (Benkő és Tarkó, 2005), amely az egészségfejlesztés legfontosabb alap dokumentuma. Az Ottawai Charta első mondata már meghatározza az egészségfejlesztést: „Az egészségfejlesztés (*health promotion*) az a folyamat, amely képessé teszi az embereket egészségi állapotuk fokozottabb ellenőrzésére és javítására.” (Benkő és Tarkó, 2005. 163. o.) Az embereket állítja előtérbe, képességeiket, életkörülményeiket és autonómiájukat.

Az egészségfejlesztés nem csupán az egészségügyben dolgozók feladata, hanem az egész társadalomé. Az egészségfejlesztésnek létezik egy szűk és egy tág meghatározása is. A szűk definíciója szerint az egészségfejlesztés elhatárolódik minden korábbi egészséggel kapcsolatos preventív fogalomtól, a legfontosabb az egyéni autonómia meghatározása, valamint az életkörülmények javításának felgyorsítása. Tág meghatározása szerint az egészségfejlesztés az összes nem terápiás egészségjavító módszer gyűjtőfogalma (Benkő, 2005). Az egészségfejlesztés magában foglalja a mentálhigiénét, az egészségfelvilágosítást, az egészségnevelést és tanítást, az önségítést, valamint a primer prevenciót (lásd Benkő, 1994).

A prevenció fogalmát az orvostudományban és a hozzá kapcsolódó területeken használják gyakrabban. A prevenciót, vagy betegség-megelőzést és az egészségfejlesztést, egymást kiegészítő lépések rendszerének lehet tekinteni. A prevenciónak három szintjét különítjük el: elsődleges prevenció, amely a rizikófaktorok csökkentésére irányul; másodlagos prevenció, ami a gyógyítást foglalja magában; harmadlagos prevenció, ami a rehabilitációs lépéseket jelenti idült betegségek kezelése után. Az egészségfejlesztés a teljes lakosságra irányul, célja az egészség esélyének javítása (Conrad és Schmidt, 1990; Benkő, 2005).

A WHO szerint az egészségfejlesztés fő színterei az iskola, a munkahely, a kórház és a település (Benkő, 2005). Egyre nagyobb teret kap iskolai szinten az egészségfejlesztés, minden iskolatípus tanrendjébe beépül. Az iskola aktívan tudja fejleszteni az egészséget, így olyan élettérre kell válnia, ami lehetővé teszi az egészséges életvezetés kialakítását. Mindehhez elengedhetetlen a pozitív élmények megszerzése, a cselekvőképesség kialakítása. Az iskolában nem csak a szakképzett egészség-tanárok feladata az egészségfejlesztés, hanem az iskola összes pedagógusa jelentősen hozzájárulhat annak megvalósulásához. Azon túl, hogy az egészség különböző elemei beépíthetők az egyes tantárgyakba, minden pedagógus életvitelével, viselkedésével, példamutatásával, hatással van a gyermekek egészséges fejlődésére (lásd Benkő, 1994).

A bevezetőben ismertetett elméletre alapozva hozta létre a Szegedi Tudományegyetem Juhász Gyula Pedagógusképző Kar Alkalmazott Egészségtudományi Tanszéke az egészség-tanár szakos képzést. A végzett hallgatók az egészség-tudományokat alkotó

diszciplínák elméletében és gyakorlatában magas szinten képzett szakemberekké válnak. Az egészségtan-tanár szak általános célkitűzése – általános iskolák felső tagozatára (5–8. osztály) és a 9–10. évfolyamra főiskolai szinten, egyetemi szinten 5–12. évfolyamok, illetve szakképző évfolyamok tanulóinak szakrendszerű oktatásában, valamint az iskola-rendszeren kívüli képzésben – olyan tanárok képzése, akik rendelkeznek testi, lelki, szociális egészségre alapozott egészségügyi, egészségfejlesztő és mentálhigiénés ismeretekkel, jártassak az egészséges életmód, a test- és egészségkultúra ismeretkörében és modellként alkalmazzák, közvetítik ezeket az ismereteket. Egészségügyi és egészségpedagógiai szakismereteik rendszerezésével és alkalmazásával képesek a mentálhigiénés szemlélet kialakítására, tudományterületük alkotó művelésére és továbbfejlesztésére.

### **A kutatás célja, hipotézisek**

Empirikus kutatásunkban arra a kérdésre kerestük a választ, hogy az SZTE JGYPK tanzékein tanuló hallgatók egészségfogalma, egészségértelmezése milyen, mennyire differenciált, összetettebb egészségképpel rendelkeznek-e az egészségtan-tanár képzésben résztvevő hallgatók, mint a más szakterületeken tanulók. Továbbá megvizsgáltuk, hogy nemeként, illetve a hallgatók képzési formája szerint tapasztalható-e jelentős eltérés az egészség értelmezését illetően.

Hipotézisünk szerint a felsőoktatásban tanulók egészségképében előfordulnak helytelen értelmezések, egészség megközelítésükben a betegséggközpontú magyarázat, illetve az egészség dimenziói közül a testi egészség jelenik meg dominánsan. Harmadik hipotézisünk az egészségtan-tanár szakos hallgatók egészségképére vonatkozik: feltételezésünk szerint egészségértelmezésükben már a szakképzés kezdeti időszakában megjelenik a professzionális egészségfejlesztés, valamint a primer prevenció szerepének szükségessége is.

### **Módszerek**

Vizsgálatunkat az SZTE JGYPK egészségtan-tanár szak, valamint a művelődésszervező szak nappali és levelező tagozatán és a nappali képzésben tanuló tanító szakos hallgatók körében végeztük 2004-ben. A vizsgálat ideje alatt az intézmény az SZTE Juhász Gyula Tanárképző Főiskolai Kar nevet viselte, így tanulmányunkban a vizsgálati eredmények bemutatásánál az akkori elnevezést használjuk. Mintánkban 402 fő vett részt. A résztvevő hallgatók képzési szak szerinti megoszlása: 41,79% művelődésszervező-, 52,24% egészségtan-tanár- és 5,97% tanító szakos hallgató. A nemek aránya: 15,17% férfi, 84,83% nő.

Az adatgyűjtés önkitöltős kérdőíves módszerrel történt, és vizsgálati területeink közül (életmód területei, pl. táplálkozás, szabadidő eltöltés, öltözködés, lakókörülmények; egészség) egyetlen nyitott kérdés terjedt ki a jelen tanulmány témáját képező egyéni

hallgatói egészségértelmezésekre. Válaszadóinknak öt szóval kellett értelmezniük az egészség fogalmát. A kérdőívek kitöltését személyesen végeztük.

1. táblázat. A vizsgálatba bevont minta bemutatása

		Művelődésszervező szakos		Egészségtan-tanár szakos		Tanító szakos		Összesen fő (%)
		fő	%	fő	%	fő	%	
Nappali	Férfi	7	1,74	11	2,74	1	0,25	19 (4,73)
	Nő	52	12,94	35	8,71	23	5,72	110 (27,37)
Levelező	Férfi	30	7,46	12	2,98	0	0,00	42 (10,44)
	Nő	79	19,65	152	37,81	0	0,00	231 (57,46)
Összesen		168	41,79	210	52,24	24	5,97	402 (100)

Az értékelés során az eredmények könnyebb értelmezése érdekében nyolc kategóriát állítottunk fel: (1) testi; (2) lelki, szellemi, érzelmi; (3) társadalmi; (4) környezeti; (5) életmód; (6) betegségcentrikus; (7) megelőzés; (8) professzionális egészségfejlesztés. Az adatok feldolgozásánál matematikai statisztikai módszereket alkalmaztunk.

Az életmód – 5. kategória – fontos vizsgálati tárgya az egészségértelmezésnek. Az életmód az egyén identitásának megismeréséhez szolgáltat alapot, ehhez tartozik a munka, az étkezés, az öltözködés, a pihenés, a rekreáció, a sporttevékenység, a viselkedés, amelyek nyitottak a változásokra, hisz az emberek alkalmazkodnak az új feltételekhez, értékekhez.

Jelen értelmezésünkben a mozgást, a különböző sporttevékenységeket a testi kategóriába soroltuk, míg a pihenés szintereit és a viselkedést, mint a személyiség meghatározóját a lelki, szellemi, érzelmi kategóriába helyeztük. Az életmód értelmezésénél az anyagi javak megteremtésén túl figyelembe vettük a tanulás folyamatát, a jó munkahely meglétét, valamint a szociális és társadalmi helyzetet, amelyek meghatározzák az egyén életmódját. A szociális kategóriába soroltuk azokat a válaszokat, amelyek egy kedvező társas miliő meglétének, kialakításának jelentőségét, a felmerülő konfliktusok hatékony kezelését hangsúlyozzák. A testi, lelki és a szociális egészségen túl az ökológiai egészség megléte is nélkülözhetetlen. Környezetünk megóvása nagymértékben hozzájárul az ember egészség érzetéhez, ezért az ilyen irányú megközelítéseket a környezeti kategóriába soroltuk.

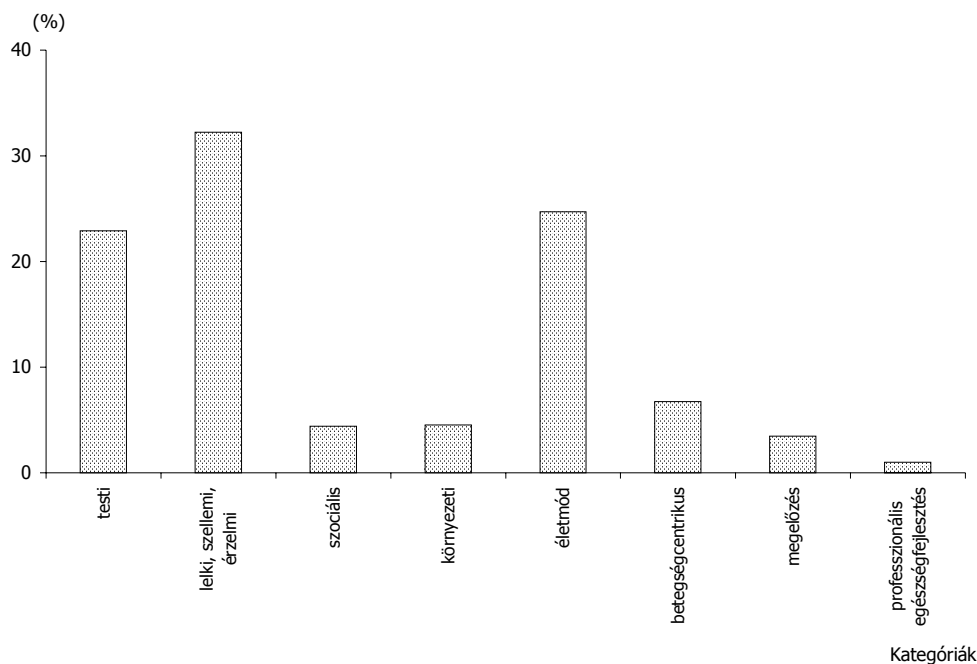
A WHO egészség meghatározásából is egyértelműen következik, hogy a betegségmentes állapot, nem feltétlen az egészség meglétét igazolja. Ezért, aki az egészséget valamilyen betegségtől mentes állapotnak tekinti, helytelen értelmezését adja a fogalomnak.

Az értelmezések során megjelenő szűrővizsgálatok, orvosi ellenőrzések, a mértékletesség, a rendszeresség és a felvilágosítás a megelőzés kategóriáját képezi. A professzionális egészségfejlesztés kategóriát az egészségvédelem, az egészségtudat, az egészségmegőrzés és az egészségnevelés adja.

## Eredmények bemutatása

A várt 2010 fogalom helyett, 1703-at tudunk értékelni, amelyeket a rendelkezésünkre álló információk függvényében – szak megnevezése, a hallgató neme – dolgoztunk fel és elemeztünk. A megkérdezett 402 fő 10,70%-a (43 fő) az egészséget betegségcentrikusan értelmezi.

Az egészségfogalom értelmezési kategóriák szerinti megoszlását tanulmányozva igazolódik az az elgondolás, hogy az egészség értelmezésénél testi, lelki, szellemi és társadalmi szempontok egyaránt megjelennek és ezek egymástól nem elválaszthatók, még akkor sem, ha súlypontozásuk eltérő. A vizsgálat során az egészség fogalmának lelki, szellemi, érzelmi megközelítése érvényesül nagyjából (32,24%), ezt követi 20% feletti értékkel az életmód, valamint a testi megközelítést adó válasz. A fennmaradó közel 20%-ot a maradék kategóriákban adott felsorolások adják (1. ábra).



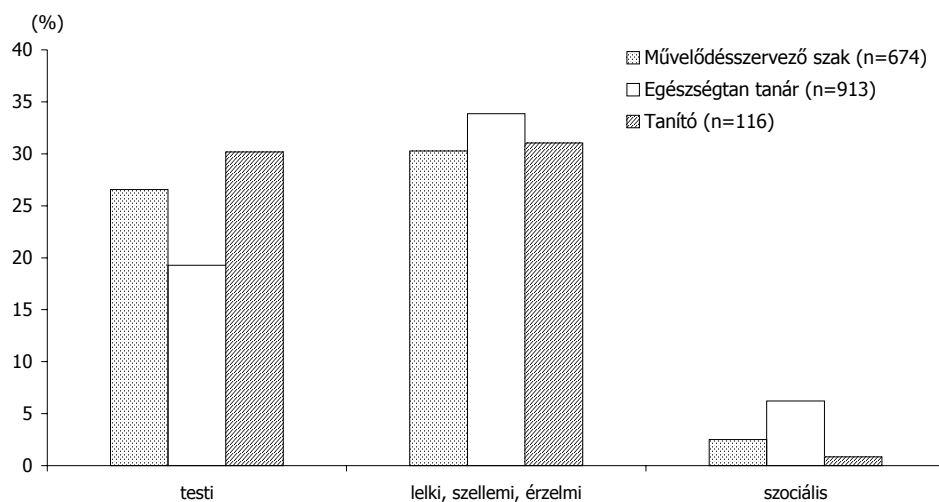
1. ábra  
Az egészségfogalom értelmezési kategóriák szerinti megoszlása (n=1703)

A lelki, szellemi, érzelmi kategóriában adott válaszok száma (n=549) szignifikánsan kiemelkedik a többi kategóriában kapott válaszok számához képest (testi n=390, szociális n=75, környezeti n=77, életmód n=421, betegségcentrikus n=115, megelőzés n=59, professzionális egészségfejlesztés n=17). A válaszoknak ebbe a kategóriába eső több mint 30%-os értéke magyarázható azzal, hogy felmérésünkben a 18 éves és az annál idősebb életkorcsoportok alkották a megkérdezettek körét, akik a tanulmányaik során, vagy gyermekeik tanulmányai révén megszerzett ismereteiket, saját, személyes tapasztalataikat, esetleges egészségügyi problémáik alapján megélt élményeiket vették alapul az egészség fogalmának értelmezésénél.

Vizsgálatunkban 4,52%-ban jelölték meg a résztvevők a környezeti tényezők jelentőségét az egészség értelmezése során. Megfigyelhető, hogy az egészségtan-tanár szakos hallgatók körében a legnagyobb az eltérés a testi, és a lelki, szellemi, érzelmi kategóriában adott válaszok hangsúlyozása kapcsán az egészség értelmezésénél (testi 19,28%, lelki, szellemi, érzelmi 33,85%), szemben a művelődésszervező (testi 26,56%, lelki, szellemi, érzelmi 30,27%) és a tanító szakos hallgatók válaszaival (testi 30,17%, lelki, szellemi, érzelmi 31,04%).

### Eredményeink megoszlása képzési területenként

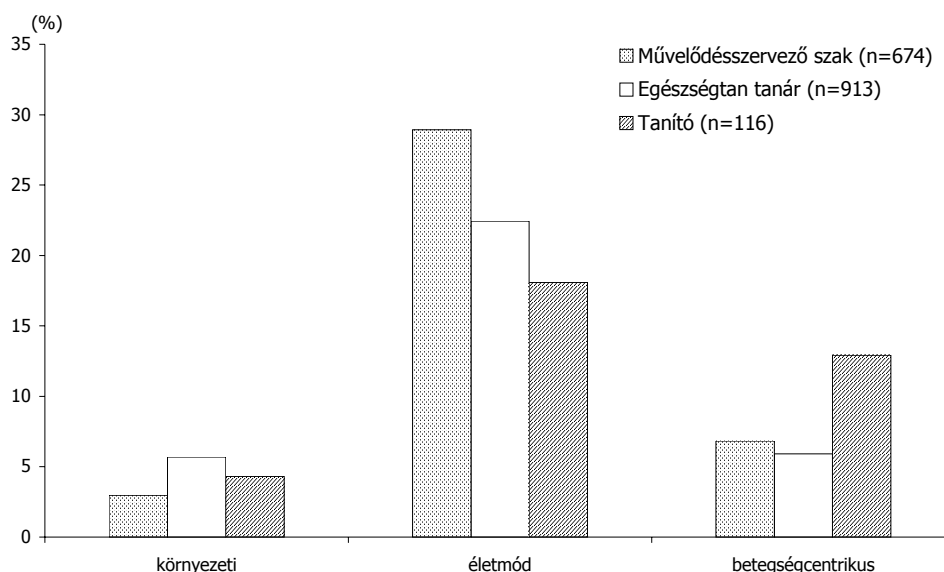
Az egészségtan-tanárok előképzettségének köszönhető a szociális kategóriában elért 6,24%-os válaszarány, meghaladva a másik két szak esetében kapott válaszarányt. Itt jegezzük meg, hogy a tanító szakosok körében szinte meg sem jelent az egészség ez irányú értelmezése (2. ábra).



2. ábra

*Az egészségfogalom testi; lelki, szellemi, érzelmi; szociális megközelítése a különböző szakos hallgatók körében (n=1703)*

A művelődésszervező szakos hallgatók az egészség meghatározásában a környezeti tényezők szerepét tartották a legkevésbé fontosnak. Ugyanakkor magas a százalékos arány az életmód kategória esetében (28,93%), a más szakterületen tanulók válaszaival szemben. E kiemelkedő érték háttérében az áll, hogy a hallgatók életmódra vonatkozó felsorolásaikban a táplálkozás jelentőségét sugalmazzák elsősorban. Az egészség fogalmának betegségcentrikus megközelítése a tanító szakosok körében gyakori (12,93%), de nem elhanyagolható a művelődésszervező (6,83%), és az egészségtan-tanár (5,92%) szakosok körében sem (3. ábra).



3. ábra

*Az egészségfogalom környezeti, életmód és betegségcentrikus megközelítése (n=1703)*

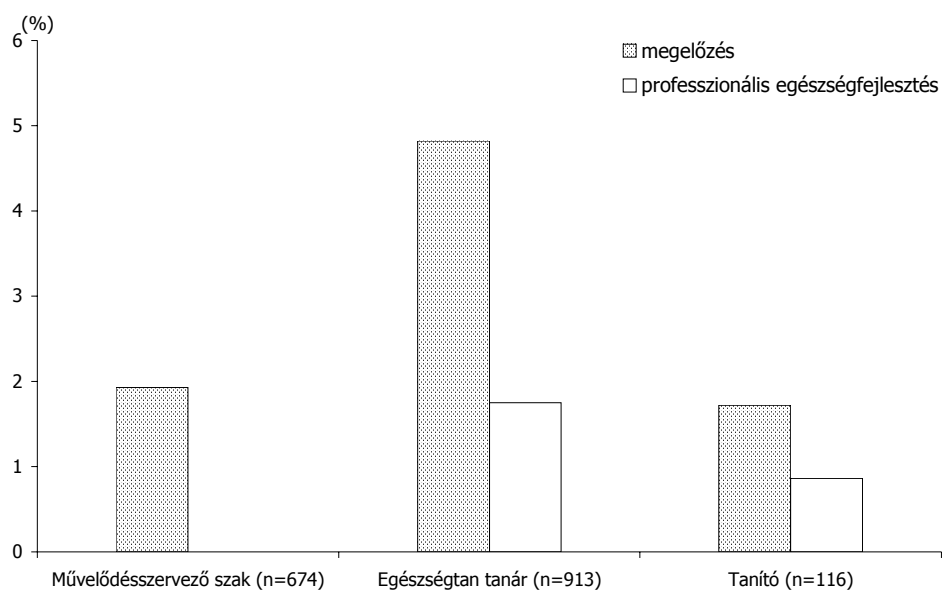
A megelőzés, a professzionális egészségfejlesztés az egészségtan-tanár szakos hallgatók válaszaiban jelent meg, más képzési területen minimális mértékű ezen felsorolások száma (4. ábra). Ez egyértelműen az egészségtan-tanár szakosok szakképzettségével magyarázható.

### Eredményeink megoszlása nemenként

A nemenkénti összehasonlításban nincs szignifikáns eltérés a két nem által az egyes kategóriák mentén adott válaszokban (5. ábra). A lelki, szellemi, érzelmi kategóriában kapott válaszok százalékos megoszlása magasabb a nők esetében a férfiak válaszaikénak ebben a kategóriában adott százalékos megoszlásához képest. Ennek magyarázataként szolgálhat, hogy a nők lelkiileg, szellemileg, érzelmileg érzékenyebbek, hogy körükben a lelki problémák is gyakrabban jelentkeznek.

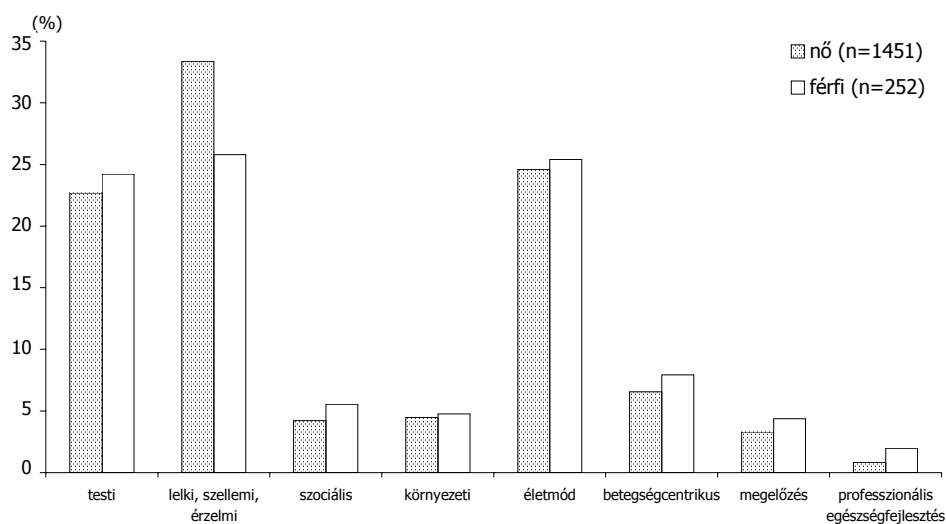


Főiskolai hallgatók egészségképe összehasonlító vizsgálat



4. ábra

*Az egészségfogalom megelőzés és professzionális egészségfejlesztés jelentőségét mutató meghatározások*

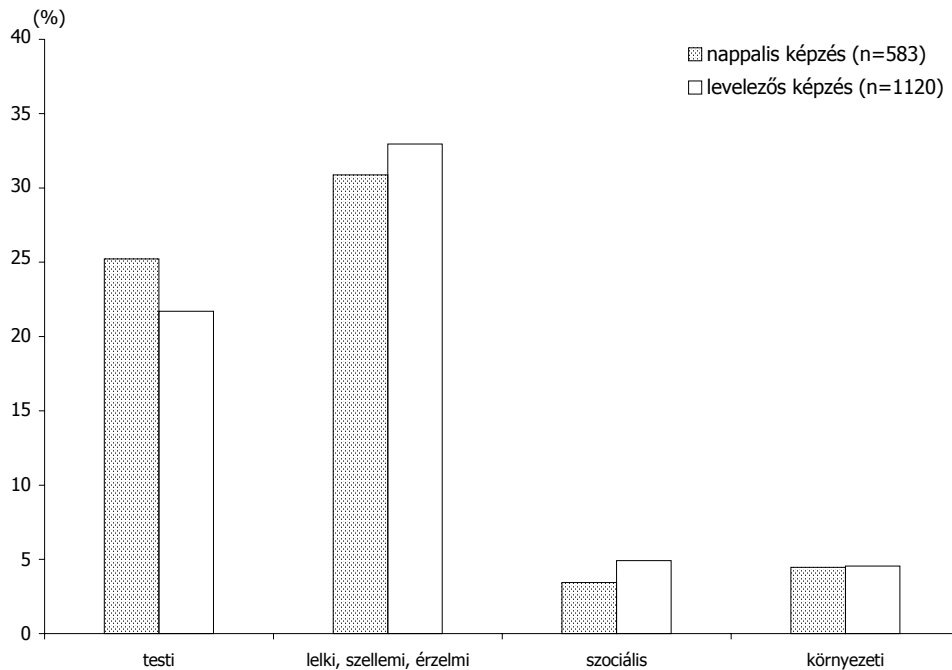


5. ábra

*Az egészségfogalom meghatározásának módja nemenkénti bontásban*

A nappali és levelező tagozatos hallgatók által adott válaszok alapján a következő megállapítások tehetők. Az egyes kategóriák mentén a kétféle képzés válaszadásainak számában nincs jelentős különbség (6, 7. ábra). A kétféle képzési formában résztvevő hallgatók életkorában jelentős eltérés figyelhető meg, azonban a válaszadásaikban ez az életkorkülönbség nem tükröződik ugyanolyan mértékben.

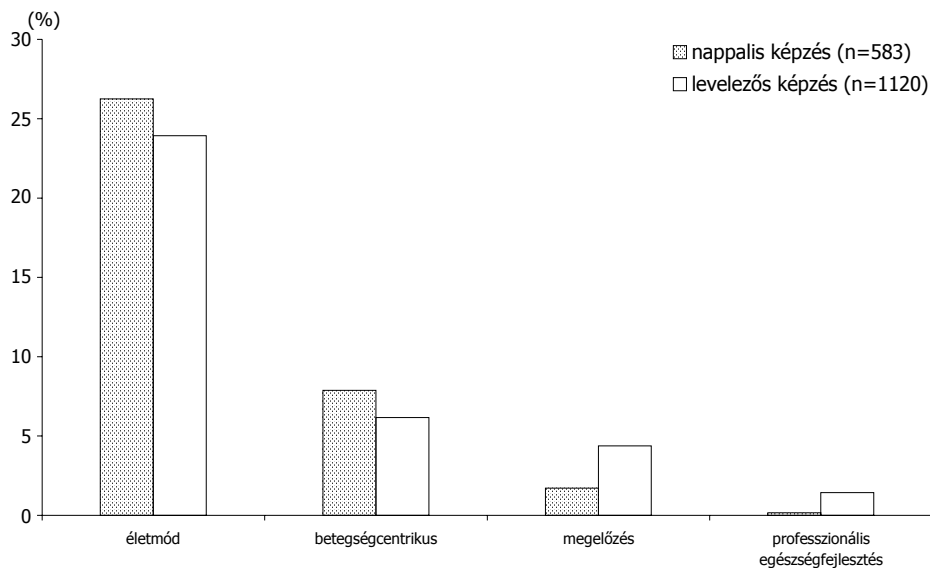
A következőkben az egyes képzési területeken adott válaszokat elemezzük. A művelődésszervező szakos hallgatók felsorolásait tanulmányozva két kategóriában jelentős különbség van a nappali és a levelező tagozatos képzési formában tanulók válaszai között. A levelező tagozatos képzésben tanulóknál kiemelkedő a lelki, szellemi, érzelmi megközelítése (32,47%) az egészségnek, míg a nappali tagozatos képzésben résztvevőknél az életmód (32,94%) fontos az egészség értelmezésén belül. Az idősebb korosztálynál az élettapasztalatok, a fiatalabb korosztálynál a nevelés, tanulás hatása érezhető. A többi kategória esetében a két képzési formában nem tapasztalható különbség (8. ábra).



6. ábra

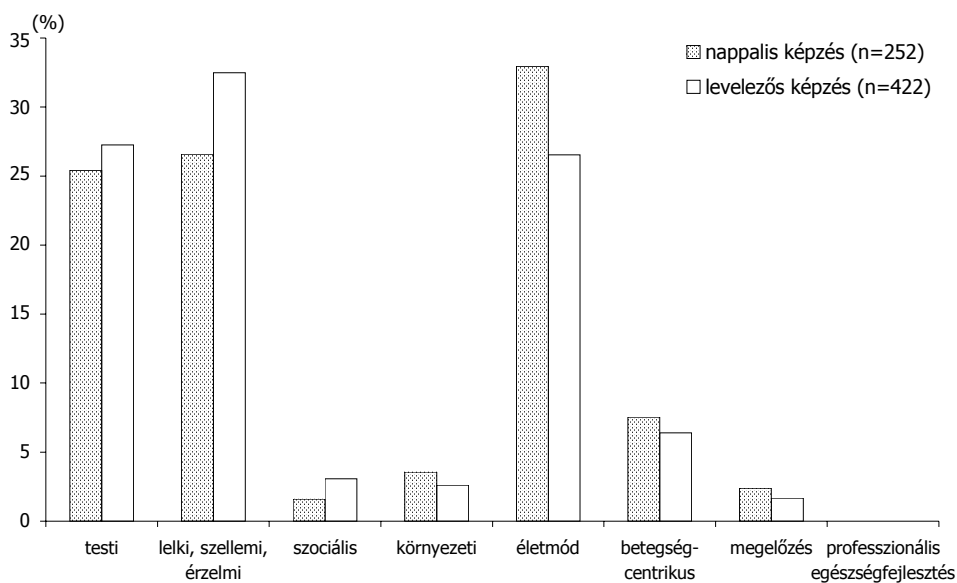
*Az egészségfogalom meghatározásának módja a nappali és levelező tagozatos hallgatók vonatkozásában I.*

Főiskolai hallgatók egészségképe összehasonlító vizsgálat



7. ábra

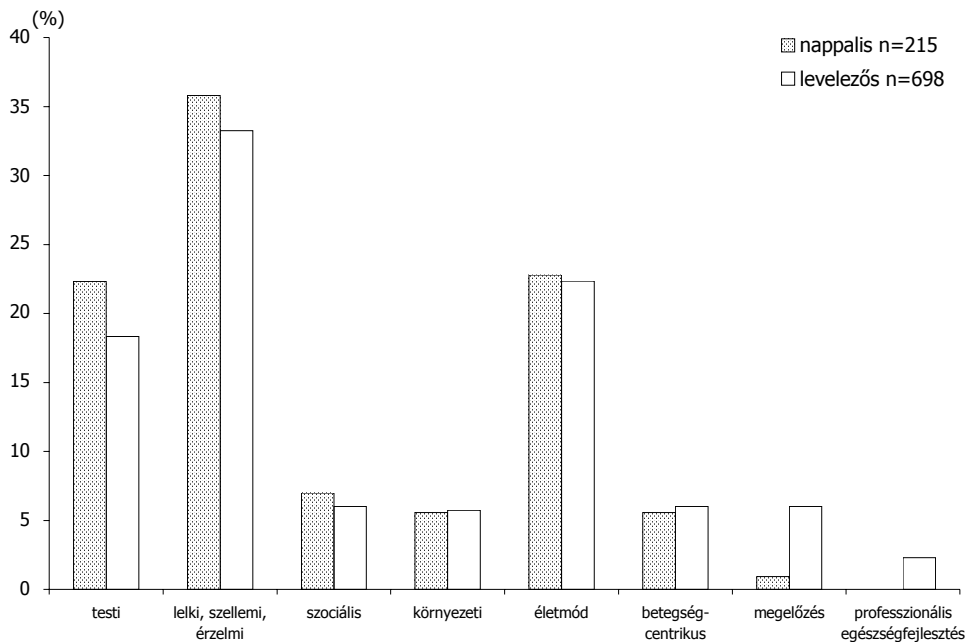
*Az egészségfogalom meghatározásának módja a nappali és levelező tagozatos hallgatók vonatkozásában 2.*



8. ábra

*Az egészségfogalom meghatározásának módja művelődésszervező szakos hallgatók körében*

Az egészségtan-tanár szakosok körében kiemelendő a testi felsorolást adó válaszok számában való eltérés a nappali és a levelező tagozatos hallgatók között. Amíg a nappali tagozatos hallgatók válaszaik 22,33%-ában, addig a levelező tagozatos hallgatók 18,34%-ban adták az egészségnek ezt a fajta értelmezését. A fiatalabb korosztály számára nagyobb jelentőségű egészségük szempontjából a különböző mozgásformák gyakorlása, a test higiéniája. Különbséget lehet még felfedezni abban, hogy a nappali tagozatos hallgatók egészségértelmezése során nem jelent meg, illetve csak elenyésző százalékban a megelőzés (0,93%) lehetősége, valamint a professzionális egészségfejlesztés (0,00%), szemben a levelező tagozatos képzési formában tanulók válaszaival. Ennek oka lehet egyrészt az idősebb korcsoport ez irányú előképzettsége, másrészt tudatosabban is használják az egészség ilyen irányú értelmezéseit (9. ábra).

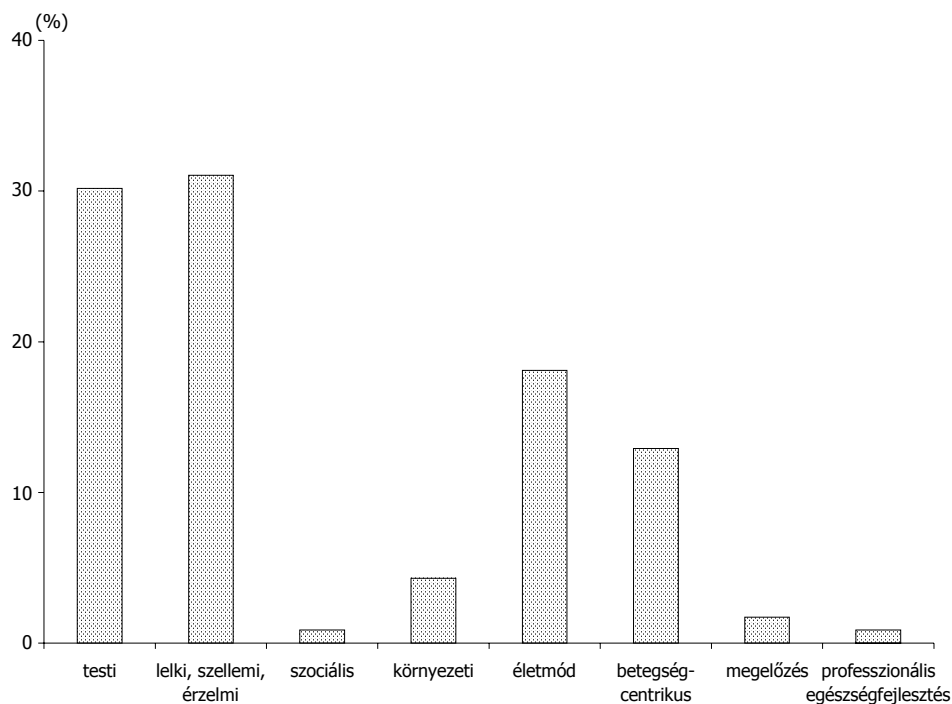


9. ábra

*Az egészségfogalom meghatározásának módja az egészségtan-tanár szakosok körében*

A tanító szakosok válaszaiból kiderül, hogy egészségképükben a testi (30,17%), a lelki, szellemi, érzelmi (31,04%) kategóriák válnak hangsúlyossá. Az egészség fogalmának szociális megközelítése egy esetben volt megfigyelhető (0,86%) (10. ábra).

Főiskolai hallgatók egészségképe összehasonlító vizsgálat



10. ábra

*Az egészségfogalom meghatározásának módja a tanító szakos hallgatók körében (n=116)*

A 2. táblázat a hallgatók által adott válaszok egyes értelmezési kategóriák mentén történő megoszlását mutatja. Az értelmezési kategóriák szerinti sorokban az egyes képzési területek és formák szerint külön-külön jelenítjük meg a kapott válaszok százalékos megoszlását, míg a képzési formák, területek szerinti sorokban feltüntetett értékeket a függőleges oszlopok mentén lehet értelmezni, vagyis az egyes értelmezési kategóriákba eső válaszok százalékos megoszlását olvashatjuk le. Választási gyakoriságuk alapján rangsoroltuk az egyes értelmezési kategóriák megjelenését (rangsorszám), azt vizsgáltuk, hogy képzési területenként, formánként, nemenként milyen összefüggés tapasztalható a rangsorok között. Erre a Spearman-féle rangkorrelációs-együtthatót használtuk.

A nappali és levelező tagozatos hallgatóknak az egyes értelmezési kategóriák mentén adott válaszaik alapján a rangkorrelációs-együttható értéke 0,98, vagyis azonos hangsúllyal emelik ki az egyes értelmezési kategóriákat az egészség értelmezése kapcsán (3. táblázat).

2. táblázat. A hallgatók válaszainak megoszlása az egyes értelmezési kategóriák mentén képzési területenként, formánként elkülönítve

	<i>Testi</i>	<i>Lelki, szellemi, érzelmi</i>	<i>Szociális</i>	<i>Környezeti</i>	<i>Életmód</i>	<i>Betegség-centrikus</i>	<i>Megelőzés</i>	<i>Professzionális egészség-fejlesztés</i>	<i>Összesen</i>
MŰVAN (válaszok száma)	64	67	4	9	83	19	6	0	252
Értelmezési kategóriák szerint (%)	25,40	26,59	1,58	3,57	32,94	7,54	2,38	0,00	100,00
Képzési formák, területek szerint (%)	16,41	12,20	5,33	11,69	19,72	16,52	10,17	0,00	14,79
EGTANAN (válaszok száma)	48	77	15	12	49	12	2	0	215
Értelmezési kategóriák szerint (%)	22,33	35,81	6,98	5,58	22,79	5,58	0,93	0,00	100,00
Képzési formák, területek szerint (%)	12,31	14,03	20,00	15,58	11,64	10,44	3,39	0,00	12,63
TANITOAN (válaszok száma)	35	36	1	5	21	15	2	1	116
Értelmezési kategóriák szerint (%)	30,17	31,04	0,86	4,31	18,11	12,93	1,72	0,86	100,00
Képzési formák, területek szerint (%)	8,97	6,56	1,33	6,49	4,99	13,04	3,39	5,88	6,81
MŰVAL (válaszok száma)	115	137	13	11	112	27	7	0	422
Értelmezési kategóriák szerint (%)	27,25	32,47	3,08	2,61	26,54	6,39	1,66	0,00	100,00
Képzési formák, területek szerint (%)	29,49	24,95	17,33	14,29	26,60	23,48	11,86	0,00	24,78
EGTANAL (válaszok száma)	128	232	42	40	156	42	42	16	698
Értelmezési kategóriák szerint (%)	18,34	33,24	6,02	5,73	22,35	6,02	6,02	2,29	100,00
Képzési formák, területek szerint (%)	32,82	42,26	56,00	51,95	37,05	36,52	71,19	94,12	40,99
<i>Összesen</i> (válaszok száma)	<i>390</i>	<i>549</i>	<i>75</i>	<i>77</i>	<i>421</i>	<i>115</i>	<i>59</i>	<i>17</i>	<i>1703</i>
Értelmezési kategóriák szerint (%)	22,9	32,24	4,40	4,52	24,72	6,75	3,47	1,00	100,00
Képzési formák, területek szerint (%)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

A MŰVAN a művelődésszervező szakos nappali, az EGTANAN az egészség-tanár szakos nappali, a TANITOAN a tanító szakos nappali, a MŰVAL a művelődésszervező szakos levelező, az EGTANAL az egészség-tanár szakos levelező képzésben tanuló hallgatókat jelenti, az aktuális sorokban az általuk adott válaszok számszerű megoszlását tüntettük fel az egészség értelmezésének egyes kategóriái mentén.

3. táblázat. Nappali és levelező tagozatos képzésben résztvevő hallgatók válaszainak értelmezési kategóriák szerinti megoszlása a rangszámok feltüntetésével

	Testi n = 390	Lelki, szellemi, érzelmi n = 549	Szociális n = 75	Környezeti n = 77	Élelmód n = 421	Betegségcentrikus n = 115	Megelőzés n = 59	Professzionális egészség- fejlesztés n = 17	Összesen n = 1703
AN (%) (rangszám) n = 1120	25,21 (3)	30,87 (1)	3,43 (6)	4,46 (5)	26,25 (2)	7,89 (4)	1,72 (7)	0,17 (8)	100,00
AL (%) (rangszám) n = 583	21,70 (3)	32,95 (1)	4,91 (5)	4,55 (6)	23,93 (2)	6,16 (4)	4,37 (7)	1,43 (8)	100,00

(n: a válaszok száma)

Nemenkénti megosztásban vizsgálva az értelmezési kategóriák mentén adott válaszokat, ugyanazt a rangkorrelációs-együttható értéket kaptuk (0,98), mint az előző vizsgálati részben. A férfiak és a nők azonos jelentőséget tulajdonítanak az egyes kategóriáknak (4. táblázat).

4. táblázat. A hallgatók válaszainak értelmezési kategóriák szerinti megoszlása nemek szerint a rangszámok feltüntetésével

	Testi n = 390	Lelki, szellemi, érzelmi n = 549	Szociális n = 75	Környezeti n = 77	Élelmód n = 421	Betegségcentrikus n = 115	Megelőzés n = 59	Professzionális egészség- fejlesztés n = 17	Összesen n = 1703
Férfi (%) (rangszám) n = 252	24,21 (3)	25,79 (1)	5,56 (5)	4,76 (6)	25,39 (2)	7,94 (4)	4,37 (7)	1,98 (8)	100,00
Nő (%) (rangszám) n = 1451	22,67 (3)	33,36 (1)	4,20 (6)	4,48 (5)	24,60 (2)	6,55 (4)	3,31 (7)	0,83 (8)	100,00

(n: a válaszok száma)

A művelődésszervező szakos hallgatók válaszainak megoszlását vizsgálva nemenkénti felbontásban, azt kaptuk, hogy a rangkorrelációs-együttható értéke 0,85, tehát nincs lényeges eltérés a nemek függvényében az értelmezési kategóriák mentén (5. táblázat).

5. táblázat. A művelődésszervező szakos hallgatók válaszainak értelmezési kategóriák szerinti megoszlása nemek szerint a rangszámok feltüntetésével

	Testi n=390	Lelki, szellemi, érzelmi n=549	Szociális n=75	Környezeti n=77	Életmód n=421	Betegségcentrikus n=115	Megelőzés n=59	Professzionális egészség- fejlesztés n=17	Összesen n=1703
MűVFérfi (%) (rangszám) n=148	27,03 (1)	26,35 (2,5)	3,38 (7)	4,05 (6)	26,35 (2,5)	7,43 (4)	5,41 (5)	0,00 (8)	100,00
MűVNő (%) (rangszám) n=526	26,43 (3)	31,37 (1)	2,28 (6)	2,66 (5)	29,66 (2)	6,65 (4)	0,95 (7)	0,00 (8)	100,00

(n: a válaszok száma)

Az egészségtan-tanár szakos hallgatók válaszainak megoszlását vizsgálva nemenkénti felbontásban rangkorrelációs-együtthatót számítva 0,94-es értéket kaptunk, tehát a férfi és a női válaszadók is azonos hangsúllyal emelik ki az egyes kategóriákat (6. táblázat).

6. táblázat. Az egészségtan-tanár szakos hallgatók válaszainak értelmezési kategóriák szerinti megoszlása nemek szerint a rangszámok feltüntetésével

	Testi n=390	Lelki, szellemi, érzelmi n=549	Szociális n=75	Környezeti n=77	Életmód n=421	Betegségcentrikus n=115	Megelőzés n=59	Professzionális egészség- fejlesztés n=17	Összesen n=1703
EGTANFérfi (%) (rangszám) n=100	21,00 (3)	25,00 (1)	9,00 (4,5)	6,00 (6)	23,00 (2)	9,00 (4,5)	3,00 (8)	4,00 (7)	100,00
EGTANNő (%) (rangszám) n=813	19,06 (3)	34,93 (1)	5,90 (4)	5,66 (5)	22,39 (2)	5,54 (6)	5,04 (7)	1,48 (8)	100,00

(n: a válaszok száma)



A tanító szakos hallgatók körében a nemek szerinti statisztikai elemzésre nincsen módunk, mert a 24 hallgatóból csak egy férfi volt a mintában.

A továbbiakban képzési formák szerint keressük összefüggéseket az egyes vizsgált szakokon belül. Az egészségtan-tanár szakos nappali és levelező tagozatos képzésben tanuló hallgatók esetében a rangkorrelációs-együttható értéke 0,91, vagyis azonos jelentőséggel emelik ki az egyes kategóriákat (7. táblázat).

7. táblázat. Az egészségtan-tanár szakos hallgatók válaszainak értelmezési kategóriák szerinti megoszlása a képzési forma függvényében a rangszámok feltüntetésével

	Testi n=390	Lelki, szellemi, érzelmi n=549	Szociális n=75	Környezeti n=77	Életmód n=421	Betegségcentrikus n=115	Megelőzés n=59	Professzionális egészségfejlesztés n=17	Összesen n=1703
EGTANAN (%) (rangszám) n=215	22,33 (3)	35,81 (1)	6,98 (4)	5,58 (5,5)	22,79 (2)	5,58 (5,5)	0,93 (7)	0,00 (8)	100,00
EGTANAL (%) (rangszám) n=698	18,34 (3)	33,23 (1)	6,02 (5)	5,73 (7)	22,35 (2)	6,02 (5)	6,02 (5)	2,29 (8)	100,00

(n: a válaszok száma)

A művelődésszervező szakos hallgatók válaszait vizsgálva képzési forma szerint azt tapasztaljuk, hogy a rangkorrelációs-együttható értéke 0,86 (8. táblázat). Erős összefüggés tapasztalható az egyes kategóriák mentén adott rangsorolások között.

8. táblázat. A művelődésszervező szakos hallgatók válaszainak értelmezési kategóriák szerinti megoszlása a képzési forma függvényében a rangszámok feltüntetésével

	Testi n=390	Lelki, szellemi, érzelmi n=549	Szociális n=75	Környezeti n=77	Életmód n=421	Betegségcentrikus n=115	Megelőzés n=59	Professzionális egészségfejlesztés n=17	Összesen n=1703
MÜVAN (%) (rangszám) n=252	25,40 (3)	26,59 (2)	1,59 (7)	3,57 (5)	32,9 (1)	7,54 (4)	2,38 (6)	0,00 (8)	100,00
MÜVAL (%) (rangszám) n=422	27,25 (2)	32,46 (1)	3,08 (5)	2,61 (6)	26,54 (3)	6,40 (4)	1,66 (7)	0,00 (8)	100,00

(n: a válaszok száma)

Összefüggéseket kerestünk az egyes szakok hallgatói által jelzett rangsorok között is. Eredményeink szerint nincsen jelentős eltérés az egészségtan-tanár és a művelődésszervező szakos hallgatók egyes kategóriák mentén adott válaszainak hangsúlyát tekintve, ezt támasztja alá a 0,93-as értékű rangkorrelációs-együttható is (9. táblázat).

9. táblázat. Az egészségtan-tanár és a művelődésszervező szakos hallgatók válaszainak értelmezési kategóriák szerinti megoszlása a rangszámok feltüntetésével

	Testi n=390	Lelki, szellemi, érzelmi n=549	Szociális n=75	Környezeti n=77	Élelmód n=421	Betegségcentrikus n=115	Megelőzés n=59	Professzionális egészség-fejlesztés n=17	Összesen n=1703
EGTAN (%) (rangszám) n=913	19,28 (3)	33,84 (1)	6,24 (4)	5,70 (6)	22,45 (2)	5,92 (5)	4,82 (7)	1,75 (8)	100,00
MÜV (%) (rangszám) n=674	26,56 (3)	30,27 (1)	2,52 (6)	2,97 (5)	28,93 (2)	6,82 (4)	1,93 (7)	0,00 (8)	100,00

(n: a válaszok száma)

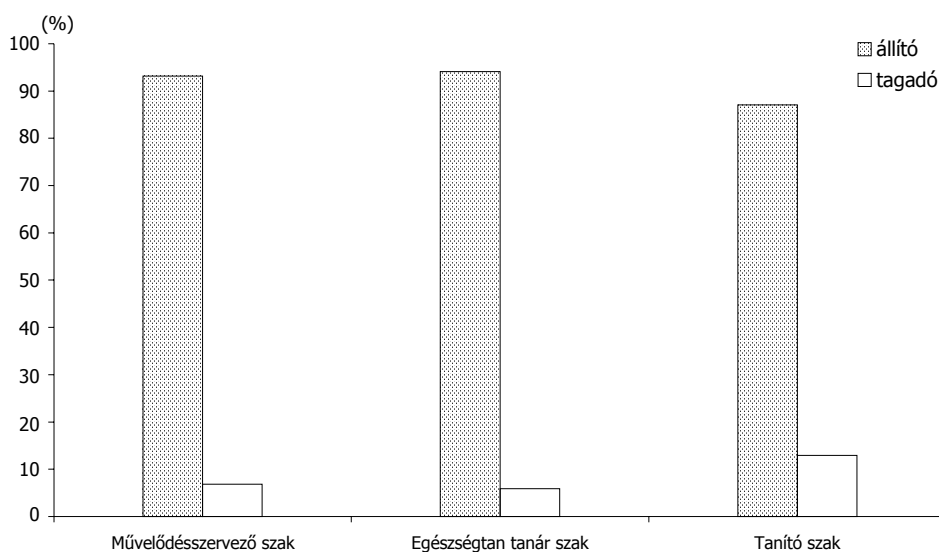
Az egészségtan-tanár és a tanító szakos hallgatók egészség értelmezése nem tér el lényegesen egymástól, a rangkorrelációs-együttható értéke 0,79 (10. táblázat).

10. táblázat. Az egészségtan-tanár és a tanító szakos hallgatók válaszainak értelmezési kategóriák szerinti megoszlása a rangszámok feltüntetésével

	Testi n=390	Lelki, szellemi, érzelmi n=549	Szociális n=75	Környezeti n=77	Élelmód n=421	Betegségcentrikus n=115	Megelőzés n=59	Professzionális egészség-fejlesztés n=17	Összesen n=1703
EGTAN (%) (rangszám) n=913	19,28 (3)	33,84 (1)	6,24 (4)	5,70 (6)	22,45 (2)	5,92 (5)	4,82 (7)	1,75 (8)	100,00
TANITO (%) (rangszám) n=116	30,17 (2)	31,04 (1)	0,86 (7,5)	4,31 (5)	18,10 (3)	12,93 (4)	1,73 (6)	0,86 (7,5)	100,00

(n: a válaszok száma)

Az elemzés utolsó pontjaként megvizsgáltuk, hogy a tagadó (jelen esetünkben a betegség-centrikus megközelítések tartoznak ebbe a kategóriába), és az állító (minden egyéb válasz) válaszok száma hogyan alakul (11. ábra). A művelődésszervező (6,83%) és az egészségtan-tanár szakos (5,92%) hallgatók válaszai között minimális a különbség ebben a kérdésben. A tanító szakos hallgatók körében az adott válaszoknak jelentősebb része tagadó jelentésű (12,93%).



11. ábra

*Az egészségfogalom meghatározásának módja a teljes mintában (állító-tagadó)*

### Következtetések, összegzés

Elemzéseink alátámasztották hipotéziseink egy részét, miszerint a felsőoktatásban tanuló hallgatók egészségképében előfordulnak hibák, helytelen értelmezések. A felsőfokú képzésben résztvevők egészségképében nem a testi megközelítés dominál, mint ahogy azt feltételeztük, hanem a lelki, szellemi, érzelmi oldalt helyezik előtérbe. Harmadik hipotézisünk beigazolódt: az egészségtan-tanár szakos hallgatók változatosabban, egészség-centrikus megközelítésben értelmezik az egészség fogalmát, egészségképükben jelen van a megelőzés, az egészségnevelés, egészségfejlesztés jelentősége is.

Nemek szempontjából vizsgálva az egészség megközelítést, érdemi különbséget nem tapasztaltunk. Képzési formák tekintetében az egyes egészség értelmezési kategóriák mentén jelentős eltérés nincsen a teljes mintát vizsgálva. Kisebb különbségek jelentkez-

nek, amikor a művelődésszervező vagy az egészségtan–tanár szakos képzésen belül vetjük össze adatainkat a képzési forma szerint.

Nem csak az egészségtan–tanárok tanulmányai során van nagyon jelentős szerepe az egészség hangsúlyozásának, előtérbe helyezésének, hanem minden egyes pedagógusképzésben meg kellene jelennie az egészségfejlesztésnek, hogy a későbbi oktató–nevelő munkájukban alkalmazni, érvényesíteni tudják azt. Ezen elgondolás jegyében dolgozta ki pályázat<sup>1</sup> keretében, és hirdette meg az SZTE JGYTFK Alkalmazott Egészségtudományi Tanszéke általánosan művelő tárgyként az Egészségfejlesztés alapjai című kurzust a 2005/2006-os tanév második félévében a Szegedi Tudományegyetem hallgatói számára. A kurzus hatékonyságának feldolgozása jelenleg folyik.

## Irodalom

- Becker, P. és Minsel, B. (1986): *Psychologie der seelischen Gesundheit, Band 2: Persönlichkeitspsychologische Grundlagen, Bedingungsanalysen und Förderungsmöglichkeiten*. Hogrefe, Göttingen.
- Becker, P. (1992): Die Bedeutung integrativer Modell von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit In: Paulus, P. (Hrsg.): *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis*. GwG-Verlag. Köln. 91–108.
- Benkő Zsuzsanna (1994, szerk.): *Az egészségneveléstől az egészségfejlesztésig*. JGYTF Kiadó, Szeged.
- Benkő Zsuzsanna (1994, szerk.): *Az egészségfejlesztő és mentálhigiénés szakember a társadalomban*. JGYTF Kiadó, Szeged.
- Benkő Zsuzsanna (1999): *Egészség, egészségfejlesztés, egészséges életmód, egészségképzés*. Habilitációs tézisek, kézirat, Szeged.
- Benkő Zsuzsanna (2005): Bevezetés az egészségfejlesztésbe. In: Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés: Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYF Kiadó, Szeged. 13–27.
- Benkő Zsuzsanna és Tarkó Klára (2005, szerk.): *Iskolai egészségfejlesztés: Szakmai és módszertani írások egészségterv készítéséhez*. JGYF Kiadó, Szeged.
- Franzkowiak, P. és Sabo, P. (1993): *Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente der Gesundheitsförderung in Wortlaut und Kommentierung*. Peter Sabo, Mainz.
- Waller, H. (1995): *Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis*. Kohlhammer, Stuttgart.

---

<sup>1</sup> Egészségfejlesztés alapjai pályázat, Egészségügyi Minisztérium kiírása

## ABSTRACT

VERONIKA MÁTÓ SZARVASNÉ AND ZSUZSANNA BENKŐ: A COMPEARATIVE STUDY OF COLLEGE STUDENTS' UNDERSTANDING OF HEALTH

Concepts of health in society have been long subjects of research attention. Health-related ideas are largely defined by the social and cultural status of individuals. Among the several definitions of health, the WHO (1946) definition is still widely held as a consensual understanding among researchers, „Health is not the lack of illnesses but the state of physical, mental and social well-being”. 20<sup>th</sup> century thinking highlighted positive thinking, well-being, and self-realization; that is, health can be developed and promoted. Health promotion is the collective concept of all non-therapy health-improving methods. The concept of prevention is used in medical sciences and related fields. Prevention and health promotion should be considered as complementary measures.

The research presented focused on the following questions: Do students applying for a health education teacher degree programme have a more complex health-view than students of other majors? How accurate or incomplete is the health concept of college students? The sample (N=402) was comprised of health education teacher trainees (52.24%) leisure studies students (41.79%), and lower-primary teacher trainees (5.97%) at the University of Szeged, Faculty of Juhász Gyula Teachers' Training College. 15.17% of the sample were male, 84,83% female. Data were collected with the survey method. The instrument covered the concept of health as affecting the personal life and actions of the participants. Eight categories were defined during the analysis (physical, mental, spiritual, emotional, social, environmental, life-style, illness-centred, prevention, professional health promotion). The results confirmed that health education teacher trainees understand the concept of health in a more diversified and health-centred way. The importance of prevention, health education and health promotion are present in their health view. Furtermore, the results revealed that there are mistakes and misinterpretations in the health-view of college students. While the health view of health education teacher trainees is further shaped and enriched in the course of their studies, there is still a need for promoting the health-consciousness of students in higher education.

Magyar Pedagógia, **106**. Number 1. 107–127. (2006)

Levelezési cím / Address for correspondence: Szarvasné Mátó Veronika és dr. habil Benkő Zsuzsanna, Szegedi Tudományegyetem, JGYPK Alkalmazott Egészségtudományi Tanszék, H-6725 Szeged, Boldogasszony sgt. 6.