

**DERZSI-HORVÁTH MARTINA – MASA ANDREA –
BÁNFAI-CSONKA HENRIETTA – BÁNFAI BÁLINT –
SZABÓ ATTILA – DEUTSCH KRISZTINA**

Különböző iskolatípusban tanuló középiskolás diákok önminősített egészségi állapota az egészségvédő és kockázati magatartásformák tükrében

ÖSSZEFOGLALÁS

A gyermekek és serdülők egészségmagatartása hatást gyakorol felnőttkori egészségi állapotukra, ezért az ezzel összefüggő tényezők folyamatos monitorozása elengedhetetlen feladat. Jelen kutatásunk céljaként a középiskolás diákok egészség- és rizikómagatartását mértük fel, s ennek során fókuszáltunk az iskolatípusok közötti különbségek vizsgálatára. Kvantitatív, keresztmetszeti kutatásunkat két pécsi középiskolában tanuló 9. osztályos diákok körében végeztük ($n = 163$). Vizsgálati mintánk részét képezték olyan speciális csoportok is, mint a sporttagozatos, valamint a sajátos nevelési igényű tanulók. A saját szerkesztésű kérdőív szociodemográfiai adatokat, egészségi állapottal, egészség- és rizikómagatartással kapcsolatos kérdéscsoportokat tartalmazott. A leíró statisztikán túl χ^2 -próbát, Fischer's Exact tesztet, Mann–Whitney- és Kruskal–Wallis-próbát, valamint Bonferroni-korrektúrákat alkalmaztunk ($p \leq 0,05$).

Mintánkban megjelennek a gimnáziumi (30,1%), a technikumi (28,2%), valamint a szakképző és szakiskolai képzésben részt vevő tanulók (41,7%). A vizsgált diákok 76,1%-a kitűnőnek vagy jónak tartja egészségi állapotát. A gimnazisták szignifikánsan magasabb pontszámot értek el a pszichoszomatikus tünetskálán az elmúlt hat hónap vonatkozásában, mind a technikumi ($p < 0,001$), mind a szakképző/szakiskolai tanulókhoz képest ($p < 0,001$). A gimnazista tanulók szignifikánsan magasabb arányban fogyasztanak gyümölcsöt ($p = 0,002$), és magasabb arányban végeznek legalább heti két alkalommal testmozgást ($p = 0,008$) a szakképző/szakiskolai képzésben részt vevő tanulókhoz képest. A technikumi ($p = 0,020$), illetve a szakképző/szakiskolai tanulók is ($p < 0,001$) szignifikánsan magasabb arányban dohányoznak rendszeresen a gimnazistákhoz képest. Az önminősített egészség esetében összefüggést találtunk a pszichoszomatikus tünetek gyakoriságával, valamint számos egészségmagatartáshoz kapcsolódó tényezővel.

Eredményeink igazolják a szubjektív egészség és az egészségmagatartás kapcsolatát, valamint alátámasztják a korábbi vizsgálati eredményeket az iskolatípusok vonatkozásában, ami megerősíti a valós szükségletekre épülő – a mentális egészség központi szerepével, differenciált célkitűzésekkel, az attitűd- és magatartásváltozást célzó módszertannal dolgozó – iskolai egészségnevelés igényét.

Kulcsszavak: *serdülőkori, iskolatípus, önminősített egészség, egészségmagatartás, kockázati magatartás*

ELMÉLETI HÁTTÉR

A serdülőkori egészséggel kapcsolatos jellemzőinek kutatása ma is számos vizsgálat fókuszpontjában van. Az egyik gyakran használt mérőeszköz e kutatói körben az önminősített egészségmutató, mely lehetőséget biztosít arra, hogy a fiatalok valós egészségi állapotára következtetni tudjunk (Kris-
ton, Piko és Kovács, 2012).

Mindez abban is megmutatkozik, hogy egyes vizsgálatok alátámasztották az önminősített egészség, valamint a krónikus, nem fertőző megbetegedések jelenlétének kapcsolatát (Christian és mtsai., 2011; Molarius és Janson, 2002). A szubjektív egészség mint életminőséget jelző mutató összefüggésben áll az étellel való elégedettséggel és a pszichoszomatikus tünetek gyakoriságával egyaránt. Az egészséggel összefüggő, valamint kockázati magatartásformák előfordulása szintén kihat a szubjektív egészségi állapotra (Kelleher, Tay és Gabhainn, 2007; Moor és mtsai., 2014; Petőné, 2011, 2012). A legfrissebb HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children) eredmények alapján a magyar középiskolások közel egyharmada csupán megfelelőknek, vagy épp rossznak tartja egészségi állapotát (Németh és Várnai,

2019). Mivel mind a gyermekkori, mind a serdülőkori egészségi állapot hatást gyakorol a felnőttkori egészségi állapotra, kulcsfontosságú az említett korosztály egészség- és rizikómagatartással összefüggő szokásainak folyamatos monitorozása (Hajdu és Kertesi, 2021). Annál is inkább, mert a legfrissebb, serdülőket célzó reprezentatív kutatások alapján az említett mutatók esetében számos aggodalomra okot adó eredmény született (Németh és Várnai, 2019; Elekes, Arnold és Bencsik, 2019).

A serdülőkori során a bekövetkező fizikai és lelki változások mellett – és azokkal összefüggésben – az önállósodási törekvések is nagy szerepet kapnak. Ebben az időszakban megnőhet az esélye a kockázatkereső magatartásoknak, és káros szerhasználati szokások alakulhatnak ki. Mindezek mellett a helytelen életmód tényezői – így az egészségtelen táplálkozás, illetve a mozgásszegény életmód – körükben is problémaként jelenik meg. E tényezők hatásai nem múlnak el nyom nélkül. A gyermek- és serdülőkori táplálkozási szokások fennmaradnak felnőttkorban is, s a rossz szokások egyik negatív hozadékeként az elhízás és annak betegségi következményei problémát jelentenek mind az egyén, mind a társadalom szintjén (Molnár, 2011;

a szubjektív egészség mint
életminőséget jelző mutató

Molnár, Erhard és Felső, 2017; Reilly és Kelly, 2011; Szabó és Píkó, 2019).

Az elhízás népegészségügyi súlya nem vitatott. A WHO (World Health Organization) adatai alapján 2016-ban 340 millió gyermeket/serdülőt (5–19 éves) érint a világon (WHO, 2021). A krónikus túlsúly okozta károk az emberi szervezet egészében megjelennek, a túlsúly hatása a légzőszervi, az endokrinológiai, a mozgásszervi és a belgyógyászati betegségekben egyaránt megmutatkozik. Mindezek rontják az egyén életminőségét, és csökkentik az egészségben eltöltött életevek számát is.

Az érintett gyermekek esetében a pszichés problémák is előtérbe kerülnek. A gyermekkorú túlsúly vagy elhízás esetében rizikófaktoroként jelenik meg a szülő étkezéssel kapcsolatos attitűdje is (jutalmazás, túletezés) (Kormos-Tasi, 2018; Lobstein és Jackson-Leach, 2006).

A testmozgás jótékony hatásai már serdülőkorban is megmutatkoznak. Számos vizsgálat alátámasztotta a fizikai aktivitás pozitív korrelációját az önértékeléssel, társas kapcsolatokkal, illetve negatív kapcsolatát a különböző pszichoszomatikus tünetek megjelenésével, valamint a kockázati magatartásformák közül például a dohányzással (Iannotti, Kogan, Janssen és Boyce, 2009; Janssen és LeBlanc, 2010). A fizikai aktivitás nem csupán az elhízás megelőzésében fontos, de bizonyított tény, hogy a felnőttkori maximális csonttömeg elérésében is szerepe van (Nilsson és mtsai., 2008; Nilsson, Ohlsson, Mellström és Lorentzon, 2009). A WHO ajánlása az 5–17 éves korosztálynak átlagosan napi 60 perc közepes intenzitású testmozgás (WHO, 2020).

a fizikai aktivitás nem
csupán az elhízás
megelőzésében fontos

A serdülők körében végzett nemzetközi kutatás (HBSC) országos reprezentatív eredményei azt mutatják, hogy a 9. évfolyamosoknak (n = 1627) csupán valamivel több mint egyharmada reggelizik minden tanítási napon, köztük a szakiskolai tanulók aránya a legalacsonyabb. Alacsony azoknak a fiataloknak a száma is, akik naponta fogyasztanak gyümölcsöt vagy zöldséget. Mindezekkel szemben a tanulók több mint egyötöde fogyaszt napi rendszerességgel édességet és szénsavas üdítőitalt. Utóbbi esetben a szakiskolai tanulók aránya kiemel-

kedő, az energiataitallal kapcsolatos fogyasztási szokásokat tekintve is. A fizikai aktivitás terén a vizsgált csoport több mint kétharmada mozog legalább heti két alkalommal, és a fiúkra

szignifikánsan jellemzőbb az aktívabb életmód. Az említett kutatás vizsgálta a serdülők körében azt a kérdést is, hogy a tanulók milyen arányban végeznek a WHO ajánlásának megfelelő arányú testmozgást. Ez alapján látható, hogy a kérdezést megelőző héten a 9. évfolyamosok csupán 14,5%-a végzett elegendő testmozgást (Németh és Várnai, 2019).

Ebben a korosztályban az egészségmagatartás mellett a kockázati magatartásformák előfordulása is gyakran kutatott téma. Ennek oka, hogy a fiatalok a különböző szereket egyre korábbi életkorban próbálják ki, ezáltal a serdülők nagy része a középiskolai évek megkezdésére már találkozott valamilyen legális vagy illegális élvezeti szerrel. Annak ellenére, hogy 18 éves életkor alatt nem férhetnének hozzá a diákok a dohánytermékekhez, a legelterjedtebb kockázati magatartásforma a serdülők körében a dohányzás (Elekes, 2009; Píkó, 2001). Serdülőkorban a

nikotin hatása erősebb, mint a későbbi években, ami elősegíti a függőség kialakulását. Természetesen magát a függőséghez vezető utat számos egyéb hatás befolyásolja; a családi minta, a kortársak hatása, vagy például a rosszabb iskolai teljesítmény (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2012; *Mayhew, Flay és Mott*, 2000; *Yuan, Cross, Loughlin és Leslie*, 2015). A legfrissebb ESPAD (European School Survey on Alcohol and other Drugs) kutatás szerint a vizsgálatban részt vevő 9. évfolyamos tanulók 54,5%-a legalább egyszer már dohányzott élete során, és 20,7%-uk napi dohányosnak vallja magát. A megkérdezett 9–10. évfolyamos diákok 70,4%-a gondolja úgy, hogy könnyen vagy nagyon könnyen hozzáférhet a dohánytermékekhez. A vizsgálati eredmények alapján látható, hogy a dohányzás kipróbálásának életkora átlagosan 13,9 év, míg a rendszeres dohányzás, mint szokás felvétele egy évvel későbbre tehető (*Elekes és mtsai.*, 2019).

A serdülők alkoholfogyasztással kapcsolatos veszélyeztetettségét egyértelműen jelzik a kockázati magatartásformák előfordulását vizsgáló legfrissebb kutatási eredmények. Hiába a fiatal életkor, a 2019-es ESPAD kutatás szerint a 9. évfolyamos diákok 61,4%-a fogyasztott alkoholt a kérdezést megelőző hónapban. A fenti kutatás vizsgálja a nagyivás (legalább öt ital egymás után történő elfogyasztása), valamint a lerészegedés gyakoriságát is. A kérdezést megelőző hónapban az említett évfolyamból 43,3% válaszolta úgy, hogy fogyasztott annyi alkoholt, amely eléri a nagyivás határát, illetve ötödük legalább egyszer elérte a részegség állapotát. A vonatkozó életkori tendencia

az alkoholfogyasztás kipróbálása is egyre korábbi életkorra tehető

hasonlóságot mutat a dohányzásával: a fiatalok az alkoholt először nem sokkal 13 éves koruk után próbálják ki, és az első lerészegedés átlagosan egy évvel ezt követően következik be. Látható tehát, hogy az alkoholfogyasztás kipróbálása is egyre korábbi életkorra tehető, és már akár 14 éves életkorban megjelenhetnek az alkoholfogyasztás problémás formái (*Elekes és mtsai.*, 2019; *Marshall*, 2014). Ez a fajta egészségkárosító szokás hajlamossíthatja a tanulót a majdani felnőttkori alkoholfüggőség kialakulására, mindemellett az alkohol fogyasztása sok

esetben együtt jár más kockázati magatartásformákkal, mint például a dohányzással vagy a veszélyes szexuális magatartással (*McCabridge, McAlaney és Rowe*, 2011; *Patrick és*

Schulenberg, 2014).

Paksi és munkatársai felnőtt lakosság körében végzett kutatása is rávilágított arra, hogy az illegális szerhasználattal kapcsolatosan a középiskolás korosztály veszélyeztetettsége a legnagyobb. Azoknak a felnőtteknek a fele, akik életük során használtak már valamilyen kábítószer, középiskolában vagy azt megelőzően találkoztak először illegális szerrel, s 15,7%-uk 16 éves életkorára már túl volt az első szerhasználaton (*Paksi, Demetrovics, Magi és Felvinczi*, 2018). A legfrissebb ESPAD kutatás szerint a 9. évfolyamosok közel negyede használt már valamilyen drogot. A kutatás vizsgálta a 9–10. évfolyamosok szerfogyasztási szokásait nemek szerint is. Míg a fiúkra inkább a tiltott szerhasználat, illetve a drogélú szerfogyasztás volt a jellemzőbb, addig a lányok körében inkább a gyógyszerek alkalmazása volt domináns. Meglepő, hogy már ilyen fiatal korban nem a kipróbálás, hanem a többszöri fogyasztás

magasabb aránya jellemző. Ez alapján a fogyasztók több mint harmada használt „csupán” egy-két alkalommal valamilyen tiltott vagy drogcélú szert, míg több mint 65%-a három vagy annál több alkalommal is fogyasztotta ezeket. A kannabisz továbbra is a legelterjedtebb tiltott szer a fiatalok körében; a vizsgált diákok 17,1%-a próbálta már ki. A kipróbálás életkorát az egyes szerek esetében a diákok 14, illetve 15 éves vagy annál idősebb életkorra tették (*Elekes és mtsai.*, 2019).

A rendelkezésre álló adatok alapján fontos lenne meghatározni, hogy mely tényezők közép-pontba állításával nyílik lehetőség arra, hogy a különböző iskolatípusban tanuló diákok egészségmutatóiban pozitív irányú változást érijünk el. Mindemellett felmerül a kérdés, hogy a család, a kortársak, valamint az életkori változásokból adódó hatások mellett egy célzott, valós szükségletekre épülő és hosszabb távú intervenció hatékony módszernek minősülhet-e a változás elérésében a vizsgált korosztály vonatkozásában.

MÓDSZERTAN

Kutatásunk céljaként a különböző iskolatípusban tanuló 9. osztályos diákok egészségmagatartásának, valamint mentális egészségének monitorozását tűztük ki egy mentális egészséget fejlesztő programot megelőzően és követően. Jelen tanulmányban a programot megelőző állapotot mutatjuk be, hangsúlyozva az egészséggel összefüggő mutatók közül az önminősített egészséggel, egészségvédő és kockázati magatartásformákkal összefüggő eredményeket. Feltételezésünk

szerint a gimnazista tanulók kedvezőbb önminősített egészségi állapottal rendelkeznek, valamint jellemzőbbek rájuk az egészségvédő magatartásformák. Feltételezzük továbbá, hogy az érettségit nem adó képzések érintettsége magasabb mindhárom (dohányzás, alkohol és drog) egészségkárosító magatartásforma tekintetében.

Mintavételi eljárásként nem véletlenszerű, célirányos mintavételi eljárást alkalmaztunk, törekedve arra, hogy a középiskolai oktatás szintjén minden iskolatípus képviselje magát a mintában. A mintavá-

lasztás során lehetőségünk nyílt a kiválasztott iskolákban olyan csoportokat is elérni, akik esetében nem, vagy csak korlátozott számban állnak rendelkezésre

adatok a serdülő korosztály vonatkozásában (*Mikulán és Pikó*, 2012; *Hamvai és Pikó*, 2011; *Gritten és mtsai.*, 2020). Vizsgálatunk célcsoportját két pécsi középiskola négy iskolatípusában tanuló 9. osztályos diákok alkották (gimnázium, technikum, szakképző iskola, szakiskola). A sportprofilú gimnáziumon belül mintánkban szerepelnek általános gimnáziumi és sporttagozatos tanulók, míg a szakiskolai képzésben a tanulók mindegyike tanulásban akadályozott, akik gyógypedagógusok segítségével szegregált oktatásban vesznek részt. Utóbbi csoport esetében alacsony szocioökonómiai státusz volt jellemző. A kutatásban való részvétel önkéntes és anonim volt. Kutatásunkat a Regionális Kutatás Etikai Bizottság engedélyezte (8212-PTE 2020).

A kutatásban részt vevő diákok egészség- és rizikómagatartását kérdőíves adatfelvétellel ismertük meg. A szülői, illetve tanulói tájékoztatást követően az adatfelvétel 2020. január és október között zajlott. 224 fő

számára volt elérhető a kérdőív, melyet 170 fő töltött ki, s végül 163 kérdőív volt értékelhető. A sajtószervezésű kérdőív szocio-demográfiai adatokat, az egészség szubjektív (önminősített egészségi állapot, pszichoszomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága és az ezekhez kapcsolódó gyógyszerbevétele) és objektív mutatóit (krónikus betegség jelenléte), valamint az egészség- és rizikómagatartással (reggelizési és étkezési szokások, fogmosási szokások, fizikai aktivitás, dohányzás, alkohol- és kábítószer-fogyasztási szokások) kapcsolatos kérdéscsoportokat tartalmazta. A

kérdőív összeállítása során felhasználtuk a HBSC kutatás vonatkozó kérdéseit, és a statisztikai elemzés során is a kutatásban megadott csoportosításokat alkalmaztuk (Németh és Költő, 2016).

A szülők iskolai végzettségére vonatkozó kérdés esetén az eredeti hat válaszlehetőségből ötöt három csoportba soroltunk, illetve a hatodik válaszlehetőségként feltüntetett „nem tudom” választ az elemzés során kizártuk. Statisztikai elemzés céljából az önmínősített egészségmutató esetében két kategóriát hoztunk létre: kitűnő/jó és megfelelő/rossz. A pszichoszomatikus tünetek előfordulásának vizsgálata során a tünetek gyakoriságán túl megjelenítjük a kilenc tünet átlagát és szórását a mintára vonatkoztatva. A skála minimum pontszáma 9, maximum pontszáma 45 lehetett. A magasabb pontszám magasabb érintettséget jelzett a pszichoszomatikus tünetek tekintetében. A skála belső konzisztenciája a saját mintánkon 0,886, mely megfelelő alap az országos eredményekkel történő összehasonlításhoz. A panaszok megjelenésének gyakorisága mellett

kutatásunk kitért arra, hogy a fenti testi-lelki tünetek enyhítése céljából, az elmúlt négy hét során a diákok milyen gyakorisággal vettek be gyógyszert (soha / egyszer / többször). Az egészségmagatartás körében vizsgáltuk a diákok táplálkozásra, fizikai aktivitásra vonatkozó szokásait. A táplálkozás tekintetében ismertetjük a mindennap reggelizők csoportját hétköznapi és hétvégi bontásban, valamint az egyes ételcsoportok napi fogyasztási gyakoriságát. A mozgással kapcsolatos kérdések esetében mindkét kérdésnél dichotomizáltuk a változókat, és két

kategóriát hoztunk létre: a legalább heti két-három alkalmat, illetve két-három órát mozgó tanulók csoportja, valamint az ennél kevésbé aktív diákok csoportja. A dohányzással kapcsolatos kérdés feldolgozása során rendszeres do-

hányosnak tekintettük azokat a személyeket, akik legalább heti gyakorisággal dohányoznak. Azokra a személyekre, akik napi szinten dohányoznak, a stabilizálódott dohányos kifejezést használtuk. A HBSC kutatás alapján drognak tekintettük a következőket: alkohol és gyógyszer visszaélészerűen, gyógyszer visszaélészerűen, ragasztó, oldószer, kannabisz, ecstasy, MDMA, amfetaminok, mágikus gomba, növényi drogok, dizájn drogok, egyéb drogok. A tiltott szerek csoportjába tartozóan vizsgáltuk a kannabisz, ecstasy, MDMA, amfetaminok, mágikus gomba, növényi drogok, dizájn drogok, egyéb drogok fogyasztását. A legális szerek visszaélészerű használatának csoportjába pedig a következő szerek tartoztak: alkohol gyógyszerrel visszaélészerűen, gyógyszer visszaélészerűen, ragasztó, oldószer.

ragasztó, oldószer,
kannabisz, ecstasy,
MDMA, amfetaminok,
mágikus gomba, növényi
drogok, dizájn drogok

Az eredmények értékeléséhez SPSS 25.00 statisztikai programot használtunk, 95%-os valószínűségi szint meghatározása mellett. A leíró statisztikán túl χ^2 -próbát, Fischer's Exact tesztet, Mann–Whitney- és Kruskal–Wallis-próbát, valamint Bonferroni-korrekciót alkalmaztunk.

EREDMÉNYEK

A minta szociodemográfiai jellemzői

A kutatásban részt vevő két intézményben a vizsgált diákok négy különböző iskolatípusban tanulnak. Ez alapján a vizsgálatban megjelenik a gimnáziumi képzés (sporttagozat [13,5%] és általános gimnázium emelt nyelvi órással [16,6%]), a technikai

képzés (28,2%), a szakképzés (30,1%) és a szakiskolai képzés (10,4%). A statisztikai elemzés érdekében az iskolákat összevont kategóriák mentén hasonlítottuk össze más változókkal a HBSC kutatáshoz hasonlóan. Az összevont kategóriák a következők: gimnázium (30,1%), technikum (28,2%), szakképző és szakiskola (41,7%). A 163 fő átlagéletkora 15,63 év. A legfiatalabb tanuló 14 éves, a legidősebb 23 éves. A minta 83,4%-a fiú. A minta legnagyobb hányada, 57,7%-a megyeszékhelyen vagy városban él. A tanulók 12,9%-a kollégista.

Az anyákra vonatkozóan a tanulók 11,7%-a, az apák esetében 13,5%-uk nem tudta megválaszolni az iskolai végzettségre irányuló kérdésünket. A különböző iskolatípusba járó tanulók szüleinek az iskolai végzettségére vonatkozó relatív gyakoriságot részletesen az 1. táblázat mutatja be.

1. TÁBLÁZAT

Szülők iskolai végzettségének megoszlása az iskolatípusok mentén

Változó		Gimnázium	Technikum	Szakképző/Szakiskola
Édesanya (n = 144)	Középfok alatti	16,3%	52,2%	63,6%
	Középfokú	37,2%	28,3%	27,3%
	Felsőfokú	46,5%	19,6%	9,1%
Édesapa (n = 141)	Középfok alatti	28,6%	60,9%	77,4%
	Középfokú	45,2%	34,8%	20,8%
	Felsőfokú	26,2%	4,3%	1,9%

FORRÁS: saját szerkesztés

Az egészségi állapot szubjektív és objektív mutatói

Az egészségi állapot vizsgálata során elsőként kíváncsiak voltunk a diákok szubjektív egészségi állapotára. A minta legnagyobb

hányada, 56,4%-a jónak tartja az egészségi állapotát. Közel hasonló arányban tartják a tanulók megfelelőnek (21,5%) és kitűnőnek (19,6%) az egészségi állapotukat, és csupán a tanulók 2,5%-a nyilatkozott úgy, hogy rossz egészségi állapotban van. A

későbbiekben összevontan a kitűnő/jó (76,1%), illetve megfelelő/rossz (23,9%) csoportokkal dolgoztunk tovább. Bár szignifikáns különbség nem volt kimutatható a különböző iskolatípusokban tanuló diákok önmínősített egészségi állapota között (gimnázium-technikum: $p = 0,708$, gimnázium-szakképző/szakiskola: $p = 0,205$, technikum-szakképző/szakiskola: $p = 0,105$), figyelemfelkeltő adat, hogy a szakképző és szakiskolai képzésben részt vevő tanulók egyharmada (30,9%) csupán megfelelőnek/rossznak tartja egészségi állapotát. Szintén szembetűnő eredmény, hogy az alapvetően sportprofilú gimnázium tanulóinak egyötöde (20,4%) is ebbe a kategóriába sorolta saját egészségét.

A szubjektív jóllét körében vizsgáltuk a különböző pszichoszomatikus tünetek típusait, s megjelenésük gyakoriságát is, az elmúlt hat hónap vonatkozásában. A válaszok alapján a minta csupán 7,4%-a jelezte azt, hogy semmilyen panasza nem volt a kérdést megelőző félévben. A diákok azonban szinte naponta vagy hetente többször éreznek magas arányban fáradtságot (44,8%), idegességet (38,7%), rosszkedvűséget

(28,2%) és ingerlékenységet (22,7%). A tanulók 19,0%-a számolt be álmatlanságról, 11,7%-a fejfájásról, 9,8%-a hátfájásról, 9,2%-a szédülésről és 8,0%-a hasfájásról. A különböző iskolatípusba járó tanulók az egyes pszichoszomatikus tünetek előfordulásában szignifikáns különbségeket mutattak, melyek közül a négy vezető tünetet részletesen a 2. táblázat mutatja be. A páros összehasonlítások révén látható, hogy a gimnáziumi tanulók a technikum tanulókhöz képest szignifikánsan magasabb arányban számoltak be hetente többszöri vagy naponta fellépő fáradtságról ($\chi^2 = 10,258$; $p = 0,001$) és rosszkedvűségről ($\chi^2 = 10,598$; $p = 0,001$). Szintén a gimnáziumi tanulók magasabb aránya mutatkozott meg a szakképző, szakiskolai képzésben részt vevő tanulókkal szemben is e téren. A fáradtság ($\chi^2 = 5,558$; $p = 0,018$), az ingerlékenység ($\chi^2 = 5,364$; $p = 0,021$), és a rosszkedvűség is ($\chi^2 = 10,468$; $p = 0,001$) jelentősen magasabb arányban fordult elő hetente többször vagy naponta a magasabb végzettséget adó iskolatípus esetében.

2. TÁBLÁZAT

A tanulók pszichoszomatikus tünetei iskolatípusok szerinti összehasonlításban a négy fő vezető tünet mentén ($n = 163$)

Változó	Gimnázium – Technikum		Khi ² és p-érték	Gimnázium – Szakképző / Szakiskola		Khi ² és p-érték	Technikum – Szakképző / Szakiskola		Khi ² és p-érték
Fáradtság	63,3%	30,4%	$\chi^2 = 10,258$ $p = 0,001^*$	63,3%	41,2%	$\chi^2 = 5,558$ $p = 0,018^*$	30,4%	41,2%	$\chi^2 = 1,361$ $p = 0,243$
Idegesség	46,9%	39,1%	$\chi^2 = 0,590$ $p = 0,443$	46,9%	32,4%	$\chi^2 = 2,560$ $p = 0,110$	39,1%	32,4%	$\chi^2 = 0,218$ $p = 0,641$

Roszkedvűség	49,0%	17,4%	$\chi^2 = 10,598$ $p = 0,001^*$	49,0%	20,6%	$\chi^2 = 10,468$ $p = 0,001^*$	17,4%	20,6%	$\chi^2 = 0,553$ $p = 0,487$
Ingerlékenység	34,7%	19,6%	$\chi^2 = 2,732$ $p = 0,098$	34,7%	16,2%	$\chi^2 = 5,364$ $p = 0,021^*$	19,6%	16,2%	$\chi^2 = 0,180$ $p = 0,671$

FORRÁS: saját szerkesztés

*szignifikáns eredmény ($p < 0,05$)

A pszichoszomatikus tüneteik átlag-pontszáma mintákra vonatkoztatva 18,54 (SD = 9,06). Azok a tanulók, akik magasabb átlagot értek el a tüneteikén, nagyobb arányban jelölték a csupán megfelelő vagy rossz egészségi állapotot ($p < 0,001$). A páronkénti összehasonlítás során látható, hogy a gimnáziumi tanulók szignifikánsan magasabb tünetpontszámmal rendelkeztek mind a technikum (p < 0,001; átlag: 23,57; SD = 10,38 és 16,07; SD = 6,77), mind a szakképző/szakiskolai tanulóknál (p < 0,001; átlag: 23,57; SD = 10,38 és 16,59; SD = 7,98). Az eredményekből látható, hogy a minta közel fele (47,9%) legalább egyszer vett be gyógyszeres panaszait enyhítése céljából. A kérdezést megelőző hónapban a fejfájás (34,4%) okozta a legtöbb olyan panaszt, mely esetén gyógyszerhasználat vált szükségessé. Sem az összesített gyógyszerhasználatban, sem pedig az egyes tünetek csillapításában nem volt kimutatható szignifikáns különbség az iskolatípusok mentén. Azonban azoknál a tanulóknál, akik magasabb pontszámot értek el a pszichoszomatikus tüneteikén, jellemzőbb volt a gyógyszerhasználat az elmúlt négy hét során ($p < 0,001$).

Az objektív egészségi állapot mérőeszközöként megkértük a diákokat, hogy jelöljék meg, amennyiben van olyan betegségük, mellyel rendszeres orvosi ellenőrzésre járnak. A minta 11,7%-ának van valamilyen krónikus betegsége. A krónikus betegségek előfordulása nem mutatott szignifikáns

különbséget az iskolatípusok mentén (gimnázium-technikum: $p = 0,488$, gimnázium-szakképző/szakiskola: $p = 0,702$, technikum-szakképző/szakiskola: $p = 0,177$), valamint az önminősített egészséggel összefüggésben sem ($p = 0,081$).

Égészségmagatartás

A minta csupán kicsivel több mint egyharmada, 37,4%-a reggelizik minden tanítási napon, és a második legnagyobb csoportot azok a személyek alkotják, akik nem fogyasztanak reggelit a hétköznapokon (20,9%). A hétköznapokkal szemben a hétvége mindkét napján a diákok 65,0%-a fogyaszt reggelit, míg soha nem fogyaszt reggelit a diákok 17,8%-a. Az ideálisan minden napon reggelizők és a valamikor vagy sohasem reggelizők csoportosítását követően szignifikáns különbség nem volt kimutatható az iskolatípus mentén (hétköznap: gimnázium-technikum: $p = 0,634$, gimnázium-szakképző/szakiskola: $p = 0,199$, technikum-szakképző/szakiskola: $p = 0,076$, hétvége: gimnázium-technikum: $p = 0,275$, gimnázium-szakképző/szakiskola: $p = 0,138$, technikum-szakképző/szakiskola: $p = 0,767$). Mindezek ellenére érdemes megemlíteni, hogy hétköznap a technikum tanulóik közül reggeliznek a legtöbben (45,7%), míg hétvége a gimnáziumi tanulók csoportja vezet ebben a kérdésben (73,5%). A szakképző, illetve szakiskolai

képzésben részt vevő tanulók mindkét esetben a legalacsonyabb arányt mutatják (29,4% és 60,3%). A kollégista, illetve nem kollégista tanulók reggelizési szokásait összevetve nem kaptunk szignifikáns eltérést sem a hétköznapi (p = 0,301), sem a hétvége tekintetében (p = 0,866). Azok a diákok viszont, akik minden tanítási napon reggeliznek, magasabb arányban ítélték egészségüket kitűnőnek vagy jónak ($\chi^2 = 8,303$; p = 0,004), és ez igaz azokra a személyekre is, akik hétvégén mindkét napon fogyasztanak reggelit ($\chi^2 = 8,033$; p = 0,005).

Az egyes ételcsoportok mentén is vizsgáltuk a tanulók étkezési szokásait, majd összehasonlítást végeztünk az iskolatípusok mentén. Ezek alapján a diákok körében alacsony napi gyümölcs- (18,4%) és zöldségfogyasztás (19,0%) jellemző. Majdnem azonos arányban, közel egyenyedük eszik

mindennap legalább egyszer édességet (24,6%), és fogyaszt szénsavas üdítőitalt (23,9%) vagy energiatalt (23,9%). Az iskolák páronkénti összehasonlítása során látható, hogy a gimnazisták ($\chi^2 = 9,426$; p = 0,002) és a technikumi tanulók ($\chi^2 = 6,237$; p = 0,013) is szignifikánsan magasabb arányban fogyasztanak naponta gyümölcsöt a szakképző vagy szakiskolai képzésen részt vevő tanulóknál. Utóbbi tanulók csoportja jelentősen magasabb arányban fogyaszt cukros üdítőt és energiatalt is a gimnáziumi tanulókkal szemben ($\chi^2 = 6,325$; p = 0,012; $\chi^2 = 18,248$; p < 0,001). Az energiatal napi fogyasztása a technikumi tanulók esetében is szignifikánsan magasabb volt a gimnáziumi tanulókhöz képest ($\chi^2 = 7,900$; p = 0,005). Eredményeinket részletesen a 3. táblázat mutatja be.

3. TÁBLÁZAT

Az egyes ételcsoportok napi fogyasztásának előfordulása az iskolatípusok mentén (n = 163)

Változó	Gimnázium – Technikum		Khí ² és p-érték	Gimnázium – Szakképző / Szakiskola		Khí ² és p-érték	Technikum – Szakképző / Szakiskola		Khí ² és p-érték
Gyümölcs	28,6%	23,9%	$\chi^2 = 0,266$ p = 0,606	28,6%	7,4%	$\chi^2 = 9,426$ p = 0,002*	23,9%	7,4%	$\chi^2 = 6,237$ p = 0,013*
Zöldség	26,5%	19,6%	$\chi^2 = 0,647$ p = 0,421	26,5%	13,2%	$\chi^2 = 3,297$ p = 0,069	19,6%	13,2%	$\chi^2 = 0,827$ p = 0,363
Édesség	34,7%	21,7%	$\chi^2 = 1,957$ p = 0,162	34,7%	19,1%	$\chi^2 = 3,624$ p = 0,057	21,7%	19,1%	$\chi^2 = 0,117$ p = 0,732
Cukros üdítő	12,2%	23,9%	$\chi^2 = 2,199$ p = 0,138	12,2%	32,4%	$\chi^2 = 6,325$ p = 0,012*	23,9%	32,4%	$\chi^2 = 0,950$ p = 0,330
Energiatal	4,1%	23,9%	$\chi^2 = 7,900$ p = 0,005*	4,1%	38,2%	$\chi^2 = 18,248$ p < 0,001*	23,9%	38,2%	$\chi^2 = 2,567$ p = 0,109

FORRÁS: saját szerkesztés

*szignifikáns eredmény (p < 0,05)

A szubjektív egészségi állapottal összevetve az egyes ételcsoportok fogyasztási szokásait, az látható, hogy csupán a zöldségfogyasztás esetében kaptunk szignifikáns eredményeket. Eszerint, azok a tanulók, akik naponta fogyasztanak zöldséget, magasabb arányban jelölték a kitűnő/jó egészségi állapotot (gyümölcs: $\chi^2 = 2,267$; $p = 0,132$; zöldség: $\chi^2 = 4,270$; $p = 0,039$; édesség: $\chi^2 = 0,059$; $p = 0,808$; cukros üdítő: $\chi^2 = 2,492$; $p = 0,114$; energiatartal: $\chi^2 = 2,492$; $p = 0,114$).

A tanulók 57,7%-a kétszer mos fogat egy nap, 33,7%-a naponta egyszer, 6,1%-a legalább hetente egyszer, de nem minden nap, és 2,4%-a ritkábban, mint hetente vagy soha nem mos fogat. Azok a személyek, akik naponta többször mosnak fogat, szignifikánsan magasabb arányban jelölték a kitűnő/jó egészségi állapotot ($\chi^2 = 4,163$; $p = 0,041$). Az iskolák páronkénti összehasonlítása során látható, hogy csupán a gimnáziumi és a szakképző, illetve szakiskolai képzésben részt vevő tanulók között volt szignifikáns különbség a fogmosási szokások tekintetében (gimnázium-technikum: $p = 0,384$, gimnázium-szakképző/szakiskola: $\chi^2 = 5,774$; $p = 0,016$, technikum-szakképző/szakiskola: $p = 0,147$).

A tanulók fizikai aktivitásával kapcsolatosan két kérdést tettünk fel. Mindkettő az iskolai tanórán kívüli mozgásra kérdezett rá. Az elsővel a mozgás gyakoriságára, míg a másodikkal a mozgással töltött óraszám megadására kértük a tanulókat. Az eredmények azt mutatják, hogy mintánk 77,3%-a legalább heti két alkalommal mozog az iskolai testnevelésórán kívül is. Naponta végző kiadós testmozgást a minta 36,2%-a, és

nem mozog szabadidejében a diákok 9,2%-a. Az iskolák megoszlása szerint a gimnáziumi tanulók 89,8%-a, a technikumi tanulók 76,1%-a, míg a szakképző és szakiskolai képzésben részt vevő tanulók 69,1%-a tartozik a legalább heti két alkalommal mozgók csoportjába. Szignifikáns különbség csak a gimnáziumi és a szakképző/szakiskolai képzésben részt vevő tanulók között volt kimutatható ($\chi^2 = 7,046$; $p = 0,008$). A mozgás gyakorisága és az önminősített egészségi ál-

lapot között nem találtunk szignifikáns összefüggést ($\chi^2 = 0,886$; $p = 0,347$). A válaszok alapján a tanulók több mint fele, 55,2%-uk legalább heti két

órát mozog. Az iskolák megoszlása a következő képet mutatja: a gimnáziumi tanulók 81,6%-a, a technikumi tanulók 50,0%-a, míg a szakképző/szakiskolai tanulók 39,7%-a mozog legalább ennyit. A mozgás óraszámát vizsgálva az iskolatípusok mentén, szignifikáns volt a különbség a gimnázium és a technikum ($\chi^2 = 10,628$; $p = 0,001$), valamint a gimnázium és a szakképző/szakiskola tanulói között is ($\chi^2 = 20,456$; $p < 0,001$). Szintén szignifikáns különbséget kaptunk a mozgás óraszám és az önminősített egészségmutató között. Azok a diákok, akik hetente legalább 2-3 órát mozognak, szignifikánsan magasabb arányban ítélték egészségüket kitűnőnek vagy jónak ($\chi^2 = 4,174$; $p = 0,041$).

Kockázati magatartás

A kockázati magatartásformák körében felmértük a tanulók dohányzási, alkoholfogyasztási, valamint kábítószer-fogyasztási szokásait.

A minta 63,2%-a nem dohányzik. Rendszeres dohányos a minta 35%-a, és stabilizálódott dohányzásról beszélünk a tanulók 30,1%-a esetében. Vizsgáltuk mind a naponta, mind pedig a rendszeresen dohányzó tanulók megoszlását az iskolatípusok mentén; a részletes eredményeket a 4. táblázat mutatja be. Ezek alapján jelentős

különbség volt kimutatható a gimnáziumi és technikumi (naponta: $\chi^2 = 8,861$; $p = 0,003$; rendszeresen: $\chi^2 = 5,432$; $p = 0,020$), valamint a gimnáziumi és a szakképző/szakiskolai képzésben (naponta: $\chi^2 = 17,858$; $p < 0,001$; rendszeresen: $\chi^2 = 15,958$; $p < 0,001$) részt vevő tanulók között.

4. TÁBLÁZAT

A dohányzási szokások jellemzői az iskolatípusok mentén ($n = 163$)

Változó	Gimnázium – Technikum		Kh ² és p-érték	Gimnázium – Szakképző / Szakiskola		Kh ² és p-érték	Technikum – Szakképző / Szakiskola		Kh ² és p-érték
Naponta dohányzó	8,2%	32,6%	$\chi^2 = 8,861$ $p = 0,003^*$	8,2%	44,1%	$\chi^2 = 17,858$ $p < 0,001^*$	32,6%	44,1%	$\chi^2 = 1,521$ $p = 0,217$
Rendszeresen dohányzó	14,3%	34,8%	$\chi^2 = 5,432$ $p = 0,020^*$	14,3%	50%	$\chi^2 = 15,958$ $p < 0,001^*$	34,8%	50%	$\chi^2 = 2,580$ $p = 0,108$

FORRÁS: saját szerkesztés

*szignifikáns eredmény ($p \leq 0,05$)

Azok a személyek, akik nem dohányoznak, szignifikánsan magasabb arányban jelölték a kitűnő/jó egészségi állapotot ($\chi^2 = 8,467$; $p = 0,004$). Megkérdeztük a tanulókat, hogy hány évesen szívták végig az első szál cigarettájukat. Azok a tanulók, akik ennél a kérdésnél úgy jelölték, hogy kipróbálták már a dohányzást ($n = 79$), nagyrészt 13 évesen (22,8%) vagy 14 évesen (31,6%) tettek azt.

A tanulók 53,3%-a nyilatkozott úgy, hogy legalább egyszer fogyasztott alkoholt a vizsgálatot megelőző hónapban. Az iskolatípusok arányai a következőképpen alakultak: gimnázium: 36,7%, technikum: 63%, szakképző/szakiskolai képzés: 58,8%.

Vizsgáltuk, hogy az alkoholfogyasztási szokások tekintetében találunk-e különbözőségeket az iskolatípus mentén. Eszerint a gimnáziumi tanulók gyakorisági mutatói mind a technikumi ($\chi^2 = 6,570$; $p = 0,010$), mind a szakképző/szakiskolai képzésben részt vevő tanulókhoz képest szignifikánsan eltértek ($\chi^2 = 5,558$; $p = 0,018$). Az adatfelvételt megelőző hónapban a tanulók 35,0%-a érte el legalább egyszer a részegség állapotát. A le-
részegedés havi prevalenciája eltérő arányokat mutat az egyes iskolák esetében. Eszerint a gimnazista tanulók 16,3%-a, a technikumi tanulók 37,0%-a, valamint a szakképző/szakiskolai képzésben részt vevő tanulók 47,1%-a tartozott az előbb említett

csoportba. Szignifikáns különbség szintén a gimnáziumi és technikumi ($\chi^2 = 5,208$; $p = 0,022$), valamint a gimnáziumi és a szakképző/szakiskolai képzésben ($\chi^2 = 11,954$; $p = 0,001$) részt vevő tanulók között volt kimutatható. Arra a kérdésre, hogy hány évesen érte el a válaszadó először a részegség állapotát, 92 fő válaszolt az életkor megjelölésével. A válaszadók több mint fele, 56,5%-a 14 évesen tette ezt. Megvizsgálva a dohányzás és az alkoholfogyasztás mint két rizikómagatartás együttes

jelenlétét, látható, hogy azok a diákok, akik rendszeresen dohányoznak, szignifikánsan magasabb arányban fogyasztottak alkoholt az elmúlt 30 napban ($\chi^2 =$

17,147; $p < 0,001$). Az alkoholfogyasztási szokások nem mutattak szignifikáns összefüggést az önminősített egészségi állapottal (alkoholfogyasztás: $\chi^2 = 2,371$; $p = 0,124$; részegség: $\chi^2 = 1,675$; $p = 0,196$).

Vizsgálatunk során felmértük, hogy a kitöltő milyen szert használt már élete során, és azt milyen gyakorisággal tette. A válaszok alapján látható, hogy a tanulók 15,3%-a használt már élete során legalább egyszer valamilyen drogot. A minta 14,7%-a próbált már ki valamilyen tiltott szert és 8,6%-uk használt visszaélészerűen valamilyen legális szert. A marihuána esetében az érintett diákok (21 fő) több mint fele (11 fő) 15 évesen próbálta ki először ezt a szert. Egyéb más drogok tekintetében az érintett tanulók (15 fő) szintén közel fele (7 fő) a 15 éves életkort jelölte. Feltehetően az alacsony elemszám miatt a droghasználati szokások iskolatípusonkénti bontásában jelentős különbséget nem tudtunk kimutatni. Azok a tanulók, akik soha nem próbálták egyik drogot sem, szignifikánsan magasabb

arányban értékelték egészségüket kitűnőnek vagy jónak ($\chi^2 = 6,537$; $p = 0,011$).

MEGBESZÉLÉS

Kutatásunk komplex célja a különböző iskolatípusban részt vevő középiskolás diákok egészségmagatartásának, valamint mentális egészségének összehasonlító vizsgálata egy mentális egészséget fejlesztő programot

megelőzően és követően.

Jelen tanulmányban a kiindulási állapotot mutattuk be, fókuszba helyezve a diákok szubjektív egészségi állapotát, egészségvédő és kockázatkereső magatartá-

sát. Feltételezésünk szerint ezek tényezőiben a diákok egyes csoportjai közt speciális különbségek mutatkoznak meg, ami felhívja a figyelmet az iskolatípusnak és a helyi szükségletnek megfelelő, célirányos egészségnevelési terv alkalmazására. Eredményeink alapján látható, hogy az önminősített egészségi állapot mint életminőséget jelző mutató alapján a diákok többsége kitűnőnek vagy jónak tartja egészségi állapotát. Bár a szubjektív egészségmutató esetén feltételezésünkkel ellentétben nem volt jelentős különbség az iskolatípusok alapján, fontos megemlíteni, hogy a szakképző iskolai, valamint szakiskolai képzésen részt vevő tanulók között magas arányban találunk olyan diákokat, akik csupán megfelelőnek vagy rossznak tartják egészségi állapotukat. Mindez összhangban van a 2017/18-as országos reprezentatív felmérés eredményével, miszerint az érettségit nem adó képzésen tanuló diákok magasabb arányban jeleztek kedvezőtlenebb egészségi állapotot (Németh és Várnai, 2019). A kérdőíves adatfelvétel során

helyi szükségletnek megfelelő, célirányos egészségnevelési terv

vizsgáltuk a diákok körében megjelenő pszichoszomatikus tüneteket az elmúlt hat hónap vonatkozásában. Az eredmények bemutatásakor egyfelől fókuszáltunk az egyes tünetek megjelenésének gyakoriságára, másfelől megadtuk a kilenc tünet előfordulásából számított összpontszám átlagát. A tünetek esetében a tanulók magas arányban tapasztaltak az elmúlt hat hónap során *fáradtságot, idegességet, rosszkedvűséget és ingerlékenységet*. Az iskolák páros összehasonlítása során az eredmények azt mutatták, hogy a fenti tünetek közül a *fáradtság, az ingerlékenység és a rosszkedvűség is*

jelentősen magasabb arányban fordult elő a gimnazista tanulóknál. A tünetekskálán elért egész mintára vonatkozó átlagpontszám (18,54, SD = 6,777) esetünkben

kedvezőbb képet mutat, mint az országos eredmény (22,66; SD = 8,07). Ez esetben szintén a magasabb elvárásnak kitett, javarészt versenyszerűen sportoló gimnáziumi tanulók veszélyeztetettsége igazolódott, ami azonban nem mutatott összhangot a legfrissebb HBSC kutatás eredményeivel (Németh és Várnai, 2019). Összefüggést találtunk azonban a szubjektív egészségi állapot, valamint a megjelenő pszichoszomatikus tünetek között. Eszerint magasabb tünet-átlagpontszámhoz rosszabb önmínősített egészségi állapot társult.

Az egészséggel összefüggő pozitív magatartásformák közül vizsgáltuk a reggelizés, valamint az egyes ételcsoportok fogyasztási szokásai mellett a diákok fizikai aktivitását is. A kutatásban részt vevő tanulókról elmondható, hogy alacsony arányban fogyasztanak minden tanítási napon reggelit, és csupán közel *egyötöde a mintának fogyaszt mindennap gyümölcsöt vagy*

zöldséget. A napi gyümölcsfogyasztás nem mutatott különbséget a gimnáziumi, valamint technikumi tanulók között, azonban szignifikáns különbség volt kimutatható mindkét iskola esetében a szakképző/szakiskolai képzésben tanulókhöz képest. A magas arányú cukros üdítő-, valamint energiaital-fogyasztás jellemzőbb volt mind a technikumi, mind a szakképző/szakiskolai tanulókra. Az előbb említett tényezők tekintetében több ponton egyezőség mutatkozik a legfrissebb HBSC eredményekkel, ahol a diákokra szintén alacsony napi gyü-

mölcs- és zöldségfogyasztás volt jellemző, valamint kiemelkedő volt az egészségre ártalmas cukros üdítők és energiaital fogyasztása a szakképző és szakiskolás tanulók köré-

a legaktívabb csoport a gimnazista tanulók csoportja

ben. Az egészségmagatartás tényezőjeként számon tartott fizikai aktivitás tekintetében elmondható, hogy mintánk kedvezőbb képet mutat a legfrissebb országos eredményeknél (Németh és Várnai, 2019), aminek okai közt a minta részét képező sporttagozat jelenléte is ott lehet. A diákok többsége iskolai tanórán kívül legalább heti két alkalommal végez valamilyen intenzív testmozgást. A legaktívabb csoport a gimnazista tanulók csoportja, esetükben a minta közel 90%-a sportol szabadidejében, mely az iskola profiljából is fakad.

Az egészségmagatartásra vonatkozó feltevezésünk tehát igazolódott, mivel a kutatásban részt vevő gimnazista tanulók szignifikánsan magasabb arányban sportolnak szabadidejükben, fogyasztanak gyümölcsöt, valamint kevésbé jellemző rájuk a cukros üdítő- és energiaital-fogyasztás. Bár a reggelizési szokásokban jelentős különbség nem volt kimutatható, megjegyzendő, hogy a

hétvége mindkét napján a gimnazista tanulók fogyasztanak reggelit a legmagasabb arányban.

A kockázati magatartásformák tekintetében vizsgáltuk a dohányzással, alkoholfogyasztással és droghasználattal összefüggő szokásokat. *A rendszeres, valamint napi szintű dohányzás egyaránt megjelenik a minta több mint harmadánál.* A napi szinten dohányzók (30,1%) aránya esetünkben magasabb mind a 2017/18-as HBSC kutatás (15,3%), mind a 2019-es ESPAD kutatás (20,7%) eredményeinél. A rendszeres, valamint stabilizálódott do-

hányzás tekintetében is a szakképző és szakiskolai képzésben részt vevő tanulók érintettsége a legnagyobb, ami összhangban van az említett serdülőket

vizsgáló reprezentatív kutatásokkal (*Elekes és mtsai., 2019; Németh és Várnai, 2019*).

A legfrissebb HBSC kutatással megegyezően (50,9%) *a megkérdezett tanulók több mint fele (53,3%) mintánk esetében is fogyasztott alkoholt* a kérdezést megelőző hónapban. A kockázati magatartásformák vizsgálatára fókuszáló ESPAD kutatás ugyanezen tényezőt vizsgálva magasabb értékeket kapott (61,4%). Különbség látható a lerészegedés havi prevalenciájában: mintánk esetében a diákok 35%-a érte el legalább egyszer a részegség állapotát, míg a HBSC kutatásban vizsgált tanulók 25,3%-a számolt be erről. Az általunk megkérdezett tanulók lerészegedéssel kapcsolatos aránya túlmutat az ESPAD kutatásban részt vevő 9. évfolyamos tanulók arányán is (21,2%). Vizsgálatunk során itt mindkét esetben a gimnáziumi tanulók aránya volt a legalacsonyabb, ami részben ellentmond mind a HBSC, mind az ESPAD kutatás

eredményeinek, melyekben ennek az iskola-típusnak a veszélyeztetettsége megjelenik (*Elekes és mtsai., 2019; Németh és Várnai, 2019*). Az általunk vizsgált diákok közül a technikumi tanulók fogyasztottak a legmagasabb arányban alkoholt a kérdezést megelőző hónapban, azonban a szakképző/szakiskolai képzésben részt vevő tanulók voltak azok, akik magasabb arányban érték el a részegség állapotát. Mintánkban azok a tanulók, akik rendszeresen dohányoznak, magasabb arányban fogyasztottak alkoholt az elmúlt 30 nap során.

a diákok 35%-a érte el
legalább egyszer
a részegség állapotát

*A tanulók 15,3%-a szer-
kipróbáló, 14,7%-uk tiltott
szert, 8,6%-uk legális szert
fogyasztott visszaélésze-
rűen.* Az általunk kapott
arányok a HBSC kutatás
eredményeinél minimáli-

san jobbak (19,4%; 15,8%; 8,7%), viszont az összes szerfogyasztás a mintánk esetében jóval alacsonyabb értéket mutat az ESPAD kutatás 9. évfolyamos válaszainál (24,8%). A serdülők körében elsődleges illegális élvezeti szerként számon tartott marihuána fogyasztása a minta 12,8%-nál jelent meg, míg ez az arány az országos kutatás során 14,7% volt. Vizsgálatunk során nem volt kimutatható egyik iskolatípus kifejezett érintettsége sem, ellentétben a HBSC kutatással (gimnazisták), valamint az ESPAD kutatás (szakközépiskolások) eredményeivel (*Elekes és mtsai., 2019; Németh és Várnai, 2019*). Azok a tanulók, akik soha nem próbáltak ki semmilyen kábítószer, jellemzőbben ítélték egészségüket kitűnőnek vagy jónak. Vizsgálatunk során az is bizonyosságot nyert, hogy a különböző egészségkárosító szerek első kipróbálása 13-15 éves életkorra tehető.

A kockázati magatartásformák közül a dohányzás, illetve az alkoholfogyasztás

tekintetében volt kimutatható különbség az iskolatípusok között. Feltételezésünkkel megegyezően az érettségit nem adó képzések érintettsége kiemelkedő volt, mindamellett, hogy a vizsgált mutatóknál az érettségit adó, technikai képzésben tanulók magas aránya is megmutatkozott. A kábítószer-fogyasztás esetében a különbségek kimutatásához feltételezhetően magasabb elemszámmra lett volna szükség a vizsgálat során.

Kutatásunk során az iskolatípus szerinti összehasonlítás mellett fókuszáltunk az önműnősített egészség vizsgálatára több aspektusból is. A korábbi kutatások alapján rendelkezésre álló adatok tükrében mi is összefüggést találtunk az önműnősített egészség, valamint a pszichoszomatikus tünetek gyakorisága, az egészségvédő, valamint kockázati magatartásformák előfordulása között (Kelleher és mtsai., 2007; Moor és mtsai., 2014; Petőné, 2011, 2012). Saját eredményeink alapján elmondható, hogy mintánk esetében az önműnősített egészség összefüggésben áll a pszichoszomatikus tünetek gyakoriságával, a reggelizési szokásokkal, a zöldségfogyasztással, a testmozgással töltött idővel, a fogmosási szokásokkal, valamint a dohányzási és drogfogyasztási szokásokkal egyaránt.

A VIZSGÁLAT KORLÁTAI

Kutatásunk során nem törekedtünk a reprezentativitásra, így eredményeink és következtetéseink csak a vizsgált mintára vonatkoztathatóak. Mintánkban a különböző iskolatípusok alacsony elemszámmal képviselték magukat, illetve speciális csoportok is részt vettek a kutatásban (sporttagozat,

tanulásban akadályozott tanulók). Mindezek miatt felmerül, hogy a minta sajátos jellemzői egyes mutatók esetében erősebben megjelenhetnek az adott csoport szintjén. A koronavírus-járvány következtében bevezetett kötelező online oktatás miatt az adatfelvétel időtartalma két tanévre is átnyúlt, melynek nyomán a vizsgált iskolák diákjai nem azonos időpontban töltötték ki a kérdőíveket. A járvány mellett olyan tényezők is befolyást gyakorolhattak a vizsgált egészségmutatókra, mint a félévzárás, az új tanév kezdete, valamint az, hogy a vizsgált

9. osztályos tanulók mennyi ideje járnak az új közösségbe. Főként a tanulásban akadályozott diákok csoportja esetében fordult elő, hogy egyes tanulók 18 év felettiek voltak—ugyanis

esetükben a tankötelezettség életkora 23 évre meghosszabbítható, és emiatt nem egy esetben közülük a többedik részszakmájukat szerzik a vizsgált intézményben (Törvény a nemzeti köznevelésről, 2011). Az egyik iskola profiljából adódóan mintánkban magasabb arányban szerepeltek a fiúk, mely nem adott lehetőséget a nemenkénti összehasonlításra.

KÖVETKEZTETÉSEK

A korábbi vizsgálatokkal összhangban kutatásunk rámutat az egészséggel összefüggő mutatók iskolatípusonkénti különbözőségeire. Az egészségmagatartás pozitív elemei, mint megfelelő táplálkozás, rendszeres fizikai aktivitás, jellemzőbbek a gimnáziumi tanulók csoportjára. Nem lehet azonban figyelmen kívül hagyni, hogy a feltételezhetően magasabb tanulmányi elvárásból, a magas óraszámából, illetve az egyéb

az érettségit nem adó
képzések érintettsége
kiemelkedő volt

tanórán kívüli kötelezettségekből (pl.: versenyszerű sport) fakadóan körükben nagyobb arányban jelentkeztek a különböző pszichoszomatikus tünetek. A szakképző, valamint szakiskolai tanulók veszélyeztetettségét mutatja az egészségtelen táplálékok preferálása, valamint a körükben magasabb arányban megjelenő egészséget károsító magatartásformák. Mindez magyarázható azzal a kutatás során is előtérbe került tényezővel, hogy a szakképző iskolai, illetve szakiskolai képzésben részt vevő tanulók szüleinek iskolai végzettsége magas arányban csupán középfok alatti. Az iskolai vég-

zettség és az egészség kapcsolata bizonyított, mely mintánk esetében indirekt módon, a szülői minta közvetítésén át megmutatkozható a diákok egészségmagatartásában (*Lampek*, 2004). A technikumi tanu-

lók egyes kérdéscsoportokban jobb, más kérdéscsoportokban kevésbé kedvező eredményeket produkáltak, mely fakadhat a képzés köztes profiljából és teljesítményelvárásaiból, illetve a szülői háttér iskolai fokozat szerinti vegyes összetételéből is.

Eredményeink rávilágítanak arra, hogy az egészséggel kapcsolatos általános ismeretátadáson túl, fontos az egyes témacsoportok iskolatípusok mentén történő prioritizációja, nyomatékosítása, és a tanulók témához kapcsolódó attitűd, készség- és képességfejlesztése is. Így tehát a mindennapos egészségnevelés során a technikumi, valamint szakképző/szakiskolai képzésben részt vevő tanulók esetén nagyobb hangsúlyt kell helyezni a mennyiségi és minőségi táplálkozás, valamint a fizikai aktivitás tényleges támogatására, illetve a káros szenvedélyek megelőzésére. A fizikai egészség előmozdításán

túl ugyanilyen fontos a mentális egészség javítása; a konfliktuskezelés és coping stratégiák fejlesztése. A gimnáziumi tanulók esetében eredményeink felhívják a figyelmet arra, hogy a magasabb elvárásrendszer rizikótényezője a pszichoszomatikus tünetek megjelenésének, melynek a szubjektív egészséggel való összefüggését korábbi vizsgálati eredmények már igazolták (*Kelleher és mtsai.*, 2007). Ennek nyomán elengedhetetlen lenne a gimnazista tanulók fokozott mentális támogatása, kiemelve a hatékony stresszoldással kapcsolatos edukációt. Az is-

kolai egészségnevelés, fejlesztés nem csupán iskolaegészségügyi kompetencia, így tehát az ezzel kapcsolatos feladatok kiemelten érintik a pedagógusokat is. Korábbi kutatások hangsúlyozzák, hogy ezek az intervenciók csak akkor hatéko-

nyak, ha nem kampányszerűek, és az egyes témákat komplexen, hosszú távon, az iskola minden szintjén megjelenő módszerekkel folytatják le– a mentális egészség középontba állításával (Meleg, 2001). A kockázati magatartásformák kipróbálásának korai életkora nyomatékosítja a minél fiatalabb korosztálynál történő beavatkozások fontosságát.

A koronavírus-járvány megjelenésével kutatásunk folytatásaként fogalmaztuk meg a járvány szubjektív egészségre, valamint egészségvédő és kockázati magatartásformák előfordulására gyakorolt hatásának további mérését, szűrését a serdülő populációban. A kutatás nyitva hagyja többek között azt a kérdést, hogy a versenyszerű sport mentális egészségre gyakorolt hatása minden esetben pozitív-e, vagy például a teljesítménykényszer, a szorított napirend, a

fontos az egyes
témacsoportok
iskolatípusok mentén
történő prioritizációja,
nyomatékosítása

perfekcionizmus lehetséges negatív hozadéka-e ilyen fiatal életkorban a magas arányú pszichoszomatikus tünetek megjelenése. Továbbá kérdésként fogalmazódik meg, hogy a sajátos nevelési igényű tanulók

esetében mely tényezők befolyásolásával lehet elérni az egészségmagatartás pozitív irányú változását, figyelembe véve az alacsony szocioökonómiai státusz hatását.

IRODALOM

- CentersforDiseaseControl and Prevention (2012): *Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health*. Letöltés: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99237/> (2021. 10. 21.).
- Christian, L. M., Glaser, R., Porter, K., Malarkey, W. B., Beversdorf, D. és Kiecolt-Glaser, J. K. (2011): Poorer self-rated health is associated with elevated inflammatory markers among older adults. *Psychoneuroendocrinology*. **36**. 10. sz., 1495–1504. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2011.04.003
- Elekes Zsuzsanna (2009): *Egy változó kor változó ifjúsága. Fiatalok alkohol- és egyéb drogfogyasztása Magyarországon, ESPAD 2007*. L'Harmattan, Budapest.
- Elekes Zsuzsanna, Arnold Petra és Bencsik Nóra (2019): *Iskolások egészségkárosító magatartása 25 év távlatában. A 2019. évi ESPAD kutatás magyarországi eredményei*. Letöltés: <http://devianciakutatas.hu/docs/2020/ESPAD.magyar.pdf> (2021. 10. 29.).
- Gritten, C.J., Pereira da Silva, M., Silva Piola, T., Beatriz, P.A., Malta Neto, N. A. és de Campos, W. (2020): Sport participation associated with health risk behaviors in adolescent athletes. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. **26**. 4. sz., 317–322.
- Hajdu Tamás és Kertesi Gábor (2021): *Statisztikai jelentés a gyermekegészség állapotáról Magyarországon a 21. század második évtizedében*. Letöltés: <https://kti.krtk.hu/wp-content/uploads/2021/02/CERSIEWP202108-1.pdf> (2021. 11. 18.).
- Hamvai Csaba és Pikó Bettina (2011): Optimista sportoló, pesszimista dohányzó? *Iskolakultúra*. **21**. 1. sz., 62–70.
- Iannotti, R.J., Kogan, M.D., Janssen, I. és Boyce, W.F. (2009): Patterns of adolescent physical activity, screen-based media use, and positive and negative health indicators in the U.S. and Canada. *Journal of Adolescent Health*. **44**. 5. sz., 493–499. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2008.10.142
- Janssen, I. és LeBlanc, A.G. (2010): Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behaviour Nutrition and Physical Activity*. **7**. 40. sz., 1–16. DOI: 10.1186/1479-5868-7-40
- Kelleher, C. C., Tay, J. és Gabhainn, S.N. (2007): Influence on self-rated health of socio-demographic, lifestyle and affluence factors: an analysis of the Irish and International Health Behaviors Among School-Aged Children (HBSC) datasets 1998. *Irish Medical Journal*. **100**. 8. sz., 43–46.
- Kormos-Tasi Judit (2018): *Elhízás és társbetegségei, egy serdülőkorú szűrőprogram eredményei*. Letöltés: http://repo.lib.semmelweis.hu/bitstream/handle/123456789/8341/kormostasjudit.d_DOIs.pdf?sequence=1 (2021. 11. 08.).
- Kriston Pálma, Pikó Bettina és Kovács Eszter (2012): Az önműnősített egészségmutató, mint a pszichikai jóllét indikátora: serdülő populáció körében végzett magatartás-epidemiológiai elemzés. *Orvosi Hetilap*. **153**. 47. sz., 1875–1882. DOI: 10.1556/oh.2012.29491
- Lampek Kinga (2004): *Az iskolai végzettség és az egészségi állapot kapcsolata*. Letöltés: https://aok.pte.hu/docs/phd/file/dolgozatok/2004/Lampek_Kinga_PhD_dolgozat.pdf (2021. 11. 11.).
- Lobstein, T. és Jackson-Leach, R. (2006): Estimated burden of paediatric obesity and co-morbidities in Europe. Part 2. Numbers of children with indicators of obesity-related disease. *International Journal of Pediatric Obesity*. **1**. 1. sz., 33–41. DOI 10.1080/17477160600586689

- Marshall, E.J. (2014): Adolescent alcohol use: Risks and consequences. *Alcohol and Alcoholism*. **49**, 2. sz., 160–164. DOI: 10.1093/alcalc/agt180
- Mayhew, K.P., Flay, B.R. és Mott, J.A. (2000): Stages in the development of adolescent smoking. *Drug and Alcohol Dependence*. **59**, 1. sz., 61–81. DOI: 10.1016/S0376-8716(99)00165-9
- McCambridge, J., McAlaney, J. és Rowe, R. (2011): Adult consequences of late adolescent alcohol consumption: A systematic review of cohort studies. *PLoS Medicine*. **8**, 2. sz. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000413
- Meleg Csilla (2001): *Egészség (Lelki egészségvédelem és iskolafejlesztés)*. Pécsi Tudományegyetem, Pécs.
- Mikulán Rita és Pikó Bettina (2012): Iskoláskorú sportoló fiatalok káros szenvedélyeinek vizsgálata sportmotivációik és a sportáguk típusa tükrében. *Iskolakultúra*. **22**, 4. sz., 35–49.
- Molarius, A. és Janson, S. (2002): Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *Journal of Clinical Epidemiology*. **55**, 4. sz., 364–370. DOI: 10.1016/S0895-4356(01)00491-7
- Molnár Dénes (2011): A gyermekkori elhízás "járványa" és következményei. *Gyermekgyógyászati továbbképző szemle*. **16**, 1. sz., 10–13.
- Molnár Dénes, Erhard Éva és Felső Regina (2017): Gyermekkori elhízás: Prevenció és kezelés. In: Bedros, J. R. (szerk.): *Klinikai obezitológia*. Semmelweis, Budapest.
- Moor, I., Rathmann, K., Stronks, K., Levin, K., Spallek, J. és Richter, M. (2014): Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*. **68**, 10. sz., 912–921. DOI: 10.1136/jech-2014-203933
- Németh Ágnes és Költő András (2016): *Egészség és egészségmagatartás iskoláskorban 2014*. Letöltés: <https://mek.oszk.hu/16100/16119/16119.pdf> (2021. 11. 06.).
- Németh Ágnes és Várnai Dóra (szerk.) (2019): *Kamaszélelmód Magyarországon*. L'Harmattan, Budapest.
- Nilsson, M., Ohlsson, C., Eriksson, A. L., Frändin, K., Karlsson, M., Ljunggren, Ö., Mellström, D. és Lorentzon, M. (2008): Competitive physical activity in life is associated with bone mineral density in elderly Swedish men. *Osteoporosis International*. **19**, 11. sz., 1557–1566. DOI: 10.1007/s00198-008-0600-8
- Nilsson, M., Ohlsson, C., Mellström, D. és Lorentzon M. (2009): Previous sport activity during childhood and adolescence is associated with increased cortical bone size in young adult men. *Journal of Bone and Mineral Research*. **24**, 1. sz., 125–133. DOI: 10.1359/jbmr.080909
- Paksi Borbála, Demetrovics Zsolt, Magi Anna és Felvinczi Katalin (2018): A magyarországi felnőtt népesség droghasználata – az Országos Lakossági Adatfelvétel és Addiktológiai Problémákról 2015 reprezentatív lakossági felmérés alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*. **73**, 4. sz., 541–565. DOI: 10.1556/0016.2018.73.4.2
- Patrick, M. E. és Schulenberg, J.E. (2014): Prevalence and predictors of adolescent alcohol use and binge drinking in the United States. *Alcohol Research: Current Reviews*. **35**, 2. sz., 193–200.
- Petőné Csisza Melinda (2011): A szubjektív életminőség és az egészségmagatartás vizsgálata középiskolások körében. In: Barlóczy László és Hajdicsné Varga Katalin (szerk.): *Nevelés és társadalom: Hagyomány és megújulás*. Kaposvári Egyetem Pedagógiai Kar, Kaposvár.
- Petőné Csisza Melinda (2012): *Az egészségmagatartás és a koherencia-érzet szerepe az életminőség formálásában: Középiskolások szubjektív jól-létének, egészségmagatartásának, valamint koherencia-érzetének kvalitatív és kvantitatív módszerekkel történő vizsgálata*. Letöltés: <https://pea.lib.pte.hu/bitstream/handle/pea/1021/petone-csisza-melinda-phd-2012.pdf> (2021. 11. 11.).
- Pikó Bettina (2001): Serdülők és fiatalok dohányzással, alkohol- és drogfogyasztással kapcsolatos vélekedései: Újabb kockák a kirakós játékhoz. *Addictologia Hungarica*. **9**, 195–203.
- Reilly, J.J. és Kelly, J. (2011): Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *International Journal of Obesity*. **35**, 7. sz., 891–898. DOI: 10.1038/ijo.2010.222

- Szabó Katalin és Pikó Bettina (2019): Serdülők étkezési szokásai az „egészség-hit-modell”, illetve az énrhatékonyság, az optimizmus és az önrkontroll tükrében. *Egészségfejlesztés*. **60.** 5. sz., 111–121. DOI: 10.24365/ef.v60i6.497
- World Health Organization (2020): WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Letöltés: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128> (2022. 06. 15.).
- World Health Organization (WHO) (2021): Obesity and overweight. Letöltés: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> (2022. 06. 15.).
- Yuan, M., Cross, S.J., Loughlin, S.E. és Leslie, F.M. (2015): Nicotine and the adolescent brain. *The Journal of Physiology*. **593.** 16. sz., 3397–3412. DOI: 10.1113/JP270492
2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 45. § (3). Letöltés: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> (2022. 06. 16.).



Kereszturi Fanni festménye (6. o.)