



FINÁNCZ JUDIT – PODRÁCZKY JUDIT – NYITRAI ÁGNES –
CSIMA MELINDA¹

Az egészségműveltség vizsgálatának megalapozása a koragyermekkorai nevelésben dolgozók körében

TANULMÁNYOK

ÖSSZEFOGLALÓ

A hazai egészségműveltség-vizsgálatok eredményei alapján a magyar lakosság egészségügyi, prevenció és egészségfejlesztési kompetenciája alacsony szintű. A teljes lakosság egészségműveltségének megismerésére irányuló kutatások mellett specifikus csoportokra vonatkozóan is rendelkezésre állnak vizsgálati eredmények, azonban a pedagógusok egészségműveltségének szisztematikus feltárására ezidáig nem került sor.

A kutatás célja a magyarországi koragyermekkorai nevelésben dolgozó pedagógusok egészségműveltség-vizsgálatának megalapozása az egészségműveltség két koncepcionális elemének (prevenció és egészségfejlesztés) feltárásán keresztül, melynek keretében az egészségi állapotra és az egészségmagatartásra vonatkozó mutatókat tanulmányoztuk.

Kvantitatív, keresztmetszeti, leíró kutatásunkba kisgyermeknevelőket, óvodapedagógusokat, pedagógiai asszisztenseket és dajkákat vontunk be (n=1010). Az adatokat leíró statisztika, khi-négyzet próba és korrelációs számítás segítségével elemeztük (p<0,05).

Eredményeink birtokában megállapítható, hogy a vizsgált populáció a magyar lakosság egészségéhez viszonyítva mind az egészségi állapotot, mind az egészségmagatartást tekintve kedvezőbb mutatókkal rendelkezik. Kivételt képeznek a mozgásszervi megbetegedések – különösen a derék-, hát- és nyaki fájdalom –, melyek jelentős egészségvesztést eredményeznek a megkérdezettek körében, egyúttal akadályozzák mindennapi tevékenységüket, beleértve a gyermekekkel kapcsolatos teendők végzését. A másik jelentős eltérés a kutatásba bevont pedagógusok egészségmutatóinak vonatkozásában a körükben megfigyelhető nagyarányú enyhe fokú depresszió, ami felhívja a figyelmet az intervenció szükségességére és a beavatkozás irányainak mielőbbi kijelölésére.

Mintaadó szerepük miatt kiemelt jelentőségű a koragyermekkorai nevelésben dolgozók egészségműveltséggel összefüggő készségeinek további fejlesztése, mely hozzájárulhat a felnövő generációk egészségműveltségének megalapozásához.

Kulcsszavak: *egészségműveltség, koragyermekkorai nevelés, egészségmagatartás*

¹ Intézmény: Magyar Agrár- és Élettudományi Egyetem, Kaposvári Campus, Neveléstudományi Intézet (minden szerző esetében)

BEVEZETÉS

A posztmodern társadalmakban az egészségről és az egészséges életmódról való gondolkodás a figyelem középpontjába került, ez azonban a lakosság egészségi állapotában kevésbé tükröződik. A magyar társadalom egészségi állapota nemzetközi összehasonlításban is kedvezőtlen képet mutat, különösen érvényes ez a születéskor várható átlagos élettartam, valamint a daganatos megbetegedések és a keringési rendszer betegségei miatt bekövetkező korai halálozás vonatkozásában. Magyarországon a korai halálozás mellett nemzetközi összehasonlításban az elvesztett egészséges életek száma is kedvezőtlenül alakul: a 2019-es adatok alapján meghaladja a visegrádi országok és Ausztria veszteségeit (*Vitrai és Bakacs, 2021*).

Az egészségveszteségek hátterében többnyire az egészségviselkedés terén megfigyelhető rizikómagatartások – étrendi kockázatok, fizikai inaktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás – állnak. Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy az érintettek egy része nem jut hozzá az egészségével kapcsolatos információhoz, illetve nem tudja megfelelően értelmezni, feldolgozni, értékelni és alkalmazni azokat. E probléma megragadására a nemzetközi terminológiában megjelent a *health literacy* kifejezés, mely eleinte az egészségtudomány területén honosodott meg. A magyar nyelvű szakirodalomban az *egészségértés* és/vagy az *egészségműveltség* kifejezés használata terjedt el. Jelen tanulmány szerzői úgy vélik, az *egészségműveltség* terminus jobban megragadja a fogalom komplexitását, ezért a továbbiakban ezt a kifejezést alkalmazzuk.

AZ EGÉSZSÉGműVELTSÉG KONCEPTUÁLIS MEGKÖZELÍTÉSE

Az egészségműveltség az elmúlt időszakban a tudományos érdeklődés homlokterébe került. Számos vizsgálat felhívta a figyelmet arra, hogy az alacsony szintű, inadekvát egészségműveltséggel rendelkező egyének nagyobb mértékben veszik igénybe az egészségügyi ellátórendszert (*Mårtensson és Hensing, 2012*), továbbá mortalitási mutatóik is kedvezőtlenebbek (*Baker és mtsai, 2007*). Mára már egyértelművé vált, hogy a probléma jelentősége túlmutat az ellátórendszer keretein, mivel alapvető társadalmi, valamint makro- és mikrogazdasági következményekkel jár.

Az egészségműveltség fogalmának interpretációját annak 1974-es felbukkanását követően a '80-as, '90-es években elsősorban biomedikális perspektívából közelítették meg, értelmezése azonban a későbbiekben multidiszciplinárisává vált (*Frisch, Camerini, Diviani és Schulz, 2012*). Ennek megfelelően a WHO 1998-as definíciója külön hangsúlyozza az információkeresés egyéni motivációjának, valamint az ezek mögött álló kognitív és szociális készségek jelentőségét (*Nutbeam, 1998*).

Az 1990-es évek végére kialakult konszenzusos értelmezés szerint az egészségműveltség azt fejezi ki, hogy az egyének milyen mértékben képesek megszerezni, feldolgozni és megérteni azokat az alapvető egészségügyi információkat és szükséges szolgáltatásokat, melyek birtokában megfelelő döntéseket hozhatnak egészségükkel kapcsolatban (*Ratzan és Parker, 2000*).

Az egészségműveltség négy évtizeden át formálódó fogalmi kereteinek

az elvesztett egészséges életek száma is kedvezőtlenül alakul

szisztematikus áttekintése során *Sorensen* és munkatársai (2012) tizenhét angol nyelvű tanulmányban publikált különböző egészségműveltség-definíciót és tizenkét, a fogalomhoz kapcsolódó koncepciót elemeztek, melynek eredményeként azonosították az egészségműveltség tizenkét dimenzióját, mindezt egy integrált konceptuális modellbe helyezve. A modell az egészségműveltség

a tárgyi tudás egészséggel kapcsolatos szituációkban történő alkalmazásának képességét jelenti

dimenzióit két rendező elv mentén tekinti át: az egyik az egészséggel kapcsolódó területeket – úgymint egészségügyi ellátás, betegség-megelőzés (prevenció) és egészségfejlesztés – foglalja magába, míg a másik az információkezelés folyamatát (információ elérése, megértése, értékelése és alkalmazása) ragadja meg (1. táblázat).

1. TÁBLÁZAT

Az egészségműveltség dimenziói

Egységműveltség	Hozzáférs az egészségre vonatkozó releváns információkhoz	Az egészségre vonatkozó releváns információk megértése	Az egészségre vonatkozó releváns információk értékelése	Az egészségre vonatkozó releváns információk alkalmazása/felhasználása
Egységügyi ellátás	Hozzáférsési képesség az egészségügyi információkhoz	Képesség az egészségügyi információk és azok jelentőségének megértésére	Képesség az egészségügyi információk értelmezésére és értékelésére	Képesség megalapozott döntéshozatalra egészségügyi kérdésekben
Betegség-megelőzés (prevenció)	Hozzáférsési képesség a rizikófaktorokkal kapcsolatos információkhoz	Képesség a rizikófaktorokkal kapcsolatos információk és azok jelentőségének megértésére	Képesség rizikófaktorokkal kapcsolatos információk értelmezésére és értékelésére	Képesség a rizikófaktorokkal kapcsolatos információk jelentőségének megítélésére
Egységfejlesztés	Naprakészség a társas és tárgyi környezet egészség-determinánsai vonatkozásában	Képesség a társas és tárgyi környezet egészség-determinánsaira vonatkozó információk és azok jelentőségének megértésére	Képesség a társas és tárgyi környezet egészség-determinánsaira vonatkozó információk értelmezésére és értékelésére	Képesség megalapozott döntéshozatalra a társas és tárgyi környezet egészség-determinánsaival kapcsolatban

FORRÁS: *Sorensen és mtsai, 2012*

Schulz és *Nakamoto* (2005) modelljükben az egészségműveltség három összetevőjét különböztetik meg: (1) az egészséggel és annak megőrzésével kapcsolatos deklaratív, tárgyi tudást; (2) a procedurális tudást, amely a tárgyi tudás egészséggel kapcsolatos

szituációkban történő alkalmazásának képességét jelenti a funkcionális alapkészségek (beszéd, számolás, írás és olvasás) működtetésén keresztül, valamint (3) az ítélpképességet, amely a tárgyi tudásra alapozva az új információk, helyzetek

hatékony megítélésére vonatkozik (idézi: *Papp-Zipernovszky, Náfrádi, Schulz és Csabai, 2016*).

Az egészségműveltség procedurális tudáslemének összetevői leginkább az egészségmagatartásban nyilvánulnak meg, ezért a fejlesztés lehetőségeiről gondolkodva érdemes erre a dimenzióra összehasonlítani.

AZ EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG VIZSGÁLATÁNAK HAZAI ÉS NEMZETKÖZI ELŐZMÉNYEI

Az egészségműveltség empirikus vizsgálatának előzményei az 1990-es évekre nyúlnak vissza. Kezdetben az egészséghez kapcsolódó témakörök értelmezéséhez szükséges alapkészségeket vizsgálták különböző tesztek segítségével. Eleinte a REALM-teszt (Rapid Estimate of Adult

Literacy in Medicine) terjedt el, amely a funkcionális egészségműveltség mérésére helyezte a hangsúlyt (*Davis és mtsai, 1993*). Egy másik gyakran alkalmazott mérőeszköz a TOFHLA (Test of Functional Health

Literacy in Adults) és annak rövidített változata az S-TOFHLA volt, mely az egészségügyi ellátás során előforduló kifejezések megértését vizsgálta (*Baker, Williams, Parker, Gazmararian és Nurs, 1999*).

Az egészségműveltség több komponensének mérésére alkalmas a *McCormack* és munkatársai (2010) által kifejlesztett HLSI (Health Literacy Skills Instrument), mely az egészségfejlesztés, a prevenció és az egészségügyi ellátórendszerben történő eligazodás témaköreit öleli fel. A mérőeszköz erénye, hogy a digitális kitöltés a személyes interakció

hiányának köszönhetően minimalizálja a hiányos tudásból, készségből, illetve a kliens egészségi állapotából fakadó esetleges diszkomfort-érzést.

A korábbi mérési tapasztalatokból kiindulva, a The European Health Literacy Survey (2011) vizsgálat keretében fejlesztették ki napjaink legelterjedtebb mérőeszközét, a HLS-EU-Q-t. Az eredetileg 47 kérdésből álló kérdőív az egészségműveltséggel kapcsolatos kompetenciákat méri a prevenció, az egészségügyi ellátórendszer és az egészségfejlesztés területén (*HLS-EU, 2012*). A mérőeszköz rövidített verziója a Health Literacy EU Q16, melyet magyarországi vizsgálatokban is alkalmaznak (*Varga, Stromajer-Rácz, Bornemisza, Lukács-Horváth és Csima, 2021*).

Magyarországon az elmúlt években jelentek meg az első egészségműveltségre vonatkozó eredmények, melyekhez elengedhetetlen volt a nemzetközi gya-

korlatban két és fél évtizede alkalmazott mérőeszközök adaptációja (*Papp-Zipernovszky és mtsai, 2016*).

Az eddigi legátfogóbb magyar lakossági vizsgálat módszertani alapját a nyolc országra kiterjedő Európai

Egységértés Felmérés (European Health Literacy Survey – HLS-EU) biztosította. A HLS-EU 47 kérdőívet kitöltő 16 évnél idősebb felnőttek egészségműveltségével kapcsolatban megállapítható, hogy mindhárom mérőindex (az egészségügyi, a prevenció és az egészségfejlesztési kompetencia) esetén kifejezetten alacsony arányban értek el kiváló szintet a megkérdezettek, és nemzetközi összehasonlításban magas a nem megfelelő szintű egészségműveltséggel rendelkezők aránya (*Koltai és Kun, 2016a*).

mindhárom mérőindex (az egészségügyi, a prevenció és az egészségfejlesztési kompetencia) esetén alacsony arányban értek el kiváló szintet a megkérdezettek

A teljes lakosság egészségműveltségének megismerésére irányuló vizsgálatok mellett az egészségügy számos területén speciális csoportokra vonatkozóan

is rendelkezésre állnak

kutatási eredmények:

Bánfai-Csonka, Bánfai, Musch, Derzsi-Horváth és Betlehem (2021)

az intenzív osztályon

ápolott betegeket, *Varga*

és munkatársai (2021)

magas vérnyomással diagnosztizált betegek egészségműveltségét vizsgálták. Az egészségügyi ellátórendszerbe került betegek egészségműveltségének megismerése különösen fontos annak tükrében, hogy nemzetközi vizsgálatok alapján az egészségügyi dolgozók gyakran nem megfelelően ítélik meg a kliensek egészségműveltségét, akik sok esetben eltitkolják alapvető készségeik hiányosságait (*Chew és mtsai, 2008*).

Az egészségműveltség kérdésköre neveléstudományi perspektívából is egyre nagyobb jelentőségre tesz szert. Ezt támasztja alá *Gács, Berend, Csanádi és Csizmady* (2015) vizsgálata, akik különböző életkorú gyermekeket nevelő szülők egészségműveltségét konceptualizálták, és kérdőívet fejlesztettek annak mérésére.

A felnőttek vizsgálata mellett egyre hangsúlyosabb a gyermekekre vonatkozó szempontok beemelése a kutatásokba, abból a célból, hogy az egészségműveltség területén jelentkező hiányosságokat intézményes keretek között minél korábbi életszakaszban lehessen kompenzálni. Ezzel összefüggésben *Nagy, Korom, Hódi és B. Németh* (2015) iskoláskorú gyermekek egészségműveltségének méréséhez az egészségnevelési standardok hat tartalmi területét alapul véve dolgozták ki mérőeszközüket, mely a hat terület közül öt mérésére alkalmas: (1) táplálkozás és fizikai aktivitás; (2) növekedés, fejlődés és szexuális egészség; (3)

baleset-megelőzés és biztonság; (4) alkohol, dohány és más drogok; (5) személyes és közösségi egészség (*Nagy és Barabás, 2011*).

Módszertani megfontolásból a hatodik tartalmi terület (mentális, emocionális és szociális egészség) vizsgálatát nem építették be a mérőeszközbe. A kutatást 3., 5. és 7. évfolyamos tanulók körében végezték,

a tesztek az életkori sajátosságoknak megfelelően állították össze. A vizsgálatban résztvevők minden évfolyamon jó teljesítményt nyújtottak, tehát birtokában vannak az egészségműveltségre vonatkozó legfontosabb ismereteknek, készségeknek és képességeknek (*Nagy és mtsai, 2015*). Hogy mindez miért nem jelenik meg a felnőttkori egészségmagatartásban, további vizsgálatokat tesz szükségessé.

AZ EGÉSZSÉGműVELTSÉG MEGALAPOZÁSÁNAK SZÍNTERE: A MAGYARORSZÁGI KORAGYERMEKKORI NEVELÉS

A magyarországi koragyermekkorai nevelés két intézménytípusban, bölcsődében és óvodában valósul meg. A csecsemők és kisdedek napközbeni ellátására 20 hetes kortól 3 éves korig bölcsődék állnak rendelkezésre, melyek ágazati irányítása a szociális területbe, a gyermekjóléti alapellátásba ágyazott.

A bölcsődei intézményrendszer 2017. január 1-től átalakult. A jobb elérhetőség és hozzáférés szempontjait előtérbe helyezve az átalakítás egyik fő célja a területi egyenlőtlenségek megszüntetése és egy rugalmas ellátórendszer kialakítása volt, amely a települési és munkavállalói igényekhez igazodva képes színvonalas napközbeni ellátást

biztosítani. További kiemelt cél volt a különböző ellátási formák közös elvi-koncepcionális alapjainak erőteljesebb hangsúlyozása, ami az új intézményrendszer ellátási formáinak elnevezésében is kifejezésre jut (bölcsoede, mini bölcsoede, családi bölcsoede, munkahelyi bölcsoede).

A bölcsoedei nevelésben szakképzett kisgyermeknevelők végzik a kisgyermek napközis gondozását, nevelését (két kisgyermeknevelő maximum tizennégy fős gyermekcsoportot lát el). Hazánkban 2009-ben indult az első olyan hároméves kisgyermeknevelő-képzés, amely alapszakos diplomát (ISCED 6) nyújtott a képzésben résztvevők számára. Ezt megelőzően a képzettséget kizárólag különböző közép- vagy felsőfokú szakképzések keretében lehetett megszerezni (ISCED 4-5). Az említett szakképzések – a kétéves felsőoktatási szakképzés kivételével – a szociális szolgáltatás szakmacsoporthoz tartoznak, míg az alapszakos csecsemő- és kisgyermeknevelő képzés a pedagógusképzés területéhez sorolható. Jelenleg mind szakmai oktatás (2020-ig OKJ képzés), mind felsőoktatási alapképzés keretében lehetőség van a végzettség megszerzésére, ugyanakkor a diplomával rendelkezők aránya a vártnál lassabb növekedést mutat. Alapszakon a pedagógusképzési terület sajátosságai miatt adódóan a neveléstudományi tananyagterhelés különösen hangsúlyos, mindemellett valamennyi képzéstípus esetén jelentős az egészségtudományi tananyagterhelés aránya (anatómia, gondozástan, gyermekgyógyászat, járványtan, elsősegélynyújtás, táplálkozástan, egészségnevelés).

A bölcsoedei nevelés központi tartalmi szabályozó dokumentuma, *A bölcsoedei nevelés-gondozás országos alapprogramja* (Magyar Bölcsoedék Egyesülete, 2020) külön fejezetet

javasolt többek között az egészségügyi szakemberek – gyermekorvos, védőnő, dietetikus, gyermekfogszakorvos – bevonása is

szentel az egészségvédelemnek és az egészséges életmód megalapozásának. A leírta értelmében a gyermek élettani szükségleteinek és egészségi állapotának megfelelően kell biztosítani a nevelés

és gondozás, valamint az egészséges táplálkozás feltételeit. Az alapprogram hangsúlyozza a primer szükségletek egyéni igényekhez igazodó kielégítését, amely a gondozási helyzetekben valósul meg. „A rugalmas, a kisgyermek életkorához, egyéni fejlettségi szintjéhez és az évszakhoz igazodó napirend biztosítja az életkornak megfelelő változatos és egészséges táplálkozást, a játék, a mozgás, a szabad levegőn való aktív tevékenység és pihenés feltételeit. Az egészséges életmód, az egészségnevelés érdekében törekedni kell az alapvető kulturhygiénés szokások kialakítására” (*Magyar Bölcsoedék Egyesülete*, 2020, 5. o.). Az alapprogram elsősorban preventív szerepet szán a bölcsoedéknek, a prevenciósi feladatok megvalósítását szükség szerint ágazatközi együttműködésben tartja kívánatosnak, javasolt többek között az egészségügyi szakemberek – gyermekorvos, védőnő, dietetikus, gyermekfogszakorvos – bevonása is.

Az óvoda a köznevelési rendszer része, annak szakmailag önálló nevelési intézménye. 2015. szeptember 1-től a *2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről* kötelezővé tette az óvodai nevelésben történő részvételt a gyermekek számára a 3. életév betöltését követő nevelési évtől. Az óvodai nevelés kereteit és pedagógiai irányelveit az Óvodai nevelés országos alapprogramja szabályozza (*1. számú melléklet az 363/2012. (XII. 17.) Korm. rendelethez*). Az óvoda pedagógiai tevékenységrendszerével és tárgyi környezetével biztosítja az óvodáskorú gyermek fejlődésének és nevelésének legmegfelelőbb feltételeit.

Az óvodapedagógus-képzés 1959-től kétéves felsőfokú, 1987-től hároméves főiskolai szinten, a bolognai rendszerű képzés rendszerében 2006-tól hároméves alapszakos képzésben történik. A munkakör bizonyos feltételek esetén betölthető ugyan a régebbi középfokú óvodapedagógus szakképzettséggel is, azonban nagyon kevesen vannak a pályán ezzel a végzettséggel; az aktívak szinte kizárólag felsőfokú végzettséggel rendelkeznek. Az elmúlt évtizedben jelentősen megnőtt azoknak az óvodáknak a száma, ahol nem sikerült szakképzett óvodapedagógust alkalmazni, ezért 2020-ban sor került a képzettségre vonatkozó előírás bizonyos fokú lazítására. A 417/2020. (VIII.30.) Kormányrendelet 18. §-a értelmében „(5) Ha az óvoda reggel 8.00 óra előtt vagy a délutáni időszakban nem fejlesztő, iskola-előkészítő vagy más, kifejezetten nevelési jellegű foglalkozást szervez, ezen időszakokban a gyermekek felügyeletét nevelő-oktató munkát közvetlenül segítő munkakörben foglalkoztatott személy is elláthatja.” Ez a gyakorlatban pedagógiai asszisztens vagy dajka alkalmazásában nyilvánul meg.

Az óvodai nevelés általános feladata az óvodáskorú gyermek testi és lelki szükségleteinek kielégítése, a konkrét feladatok között pedig első helyen szerepel az egészséges életmód alakítása. Ehhez kapcsolódóan az óvodai nevelésben a következő pedagógiai teendők jelennek meg:

- „a gyermek gondozása, testi szükségleteinek, mozgásigényének kielégítése;
- a harmonikus, összerendezett mozgás fejlődésének elősegítése;
- a gyermeki testi képességek fejlődésének segítése;
- a gyermek egészségének védelme, edzése, óvása, megőrzése;
- az egészséges életmód, a testápolás, a tisztálkodás, az étkezés, a fogmosás,

az öltözködés, a pihenés, a betegségmegelőzés és az egészségmegőrzés szokásainak alakítása;

- a gyermek fejlődéséhez és fejlesztéséhez szükséges egészséges és biztonságos környezet biztosítása;
- a környezet védelméhez és megóvásához kapcsolódó szokások alakítása, a környezettudatos magatartás megalapozása;
- megfelelő szakemberek bevonásával – a szülővel, az óvodapedagógussal együttműködve – speciális gondozó, prevenció és korrekciós testi, lelki nevelési feladatok ellátása” (1. számú melléklet az 363/2012. (XII. 17.) Korm. rendelethez).

A program hangsúlyozza, hogy az egészséges életmódra nevelés ebben az életkorban kiemelt jelentőségű, ezért az tevékenységekben átívelve, a nevelés alapvető keretként jelenik meg az óvoda mindennapjaiban.

Összességében elmondható, hogy bár az óvodai alaprogramban hangsúlyosabban megjelenik az egészséges életmódra nevelés, a kisgyermeknevelők képzésében nagyobb szerepet kap az egészségműveltség megalapozása.

AZ EGÉSZSÉGműVELTSÉG VIZSGÁLATI LEHETŐSÉGEI A KORAGYERMEKKORI NEVELÉS PEDAGÓGUSAI KÖRÉBEN

Mivel az egészségmagatartás társadalmilag erősen beágyazott, és lassan, nehezen változtatható (Varsányi és Vitrai, 2017), nagyobb hatékonyság várható a fejlődésben lévő gyermekekre fókuszáló egészségfejlesztési beavatkozásoktól egészségműveltségük korai megalapozása révén. Ezzel összefüggésben kiemelt jelentőségű ennek a területnek a vizsgálata azokban a professziókban, amelyek képviselői viselkedésükkel,

magatartásmintáikkal hatással vannak a felnövekvő generációk egészségműveltségére (Nagy és Barabás, 2011). Mivel koragyermekkorban – különösen az első hat év során – a gyermekek rendkívül fogékonyak a szokások elsajátítására (Danis, Farkas, és Oates, 2011; OECD, 2013; Szilvási, 2011) és ezzel együtt az egészségvédő szokások megalapozására, alapvető jelentőséggel bír a pedagógusok által közvetített egészségérték, egészségviselkedés vizsgálata.

A prevenció szemlélet megalapozása koragyermekkorban történik, amikor is az egészséggel kapcsolatos helyes szokások kialakítása mellett az egészség mint érték beagyazása az értékrendszerbe megtörténik. Az egészséghez való pozitív viszonyulás és az afeletti kontrollérzet csíráinak elültetésében a családok mellett a kisgyermekkel foglalkozó pedagógusoknak kulcsszerepe van, hiszen egyrészt viselkedésükkel modellként szolgálnak, másrészt kiemelt feladatuk van a szokásalakítás és magatartásformálás terén.

MÓDSZERTAN

A tanulmányban ismertetett eredmények egy komplex keresztmetszeti vizsgálat² részét képezik, melynek keretében a koragyermekkorban nevelésben dolgozó pedagógusok egészségi állapotát, egészségmagatartását, valamint szakmai közérzetét tártuk fel (Csimá, Fináncz, Nyitrai és Podráczky, 2018).

Jelen tanulmányunk célja a koragyermekkorban nevelésben dolgozó pedagógusok egészségműveltségével összefüggő egészségi állapotának és egészségmagatartásának

bemutatása. Kérdőíves vizsgálatunk során a következő kérdésekre kerestük a választ:

Hogyan írható le a koragyermekkorban nevelésben dolgozó pedagógusok egészségi állapota és egészségmagatartása?

- Milyen tényezők mentén differenciálódik az óvodapedagógusok, kisgyermeknevelők, valamint a pedagógiai munkát segítőik egészségi állapota, egészségmagatartása?
- Hogyan jelenik meg a képzés során elsajátított, az egészséggel és annak megőrzésével kapcsolatos tárgyi, deklaratív tudás egészségmagatartásukban?
- Hogyan jelenik meg válaszaikban az egészséggel, betegséggel kapcsolatos tárgyi tudás?

magatartásmintáikkal hatással vannak a felnövekvő generációk egészségműveltségére

A kérdőív kidolgozása során a vizsgált témakörhöz kapcsolódóan a következő fontosabb kérdéskörök kerültek fókuszba: munkakörrel, képzettséggel, végzettséggel kapcsolatos kérdések,

valamint egészségi állapotra, egészségmagatartásra vonatkozó kérdések (táplálkozás, fizikai aktivitás, dohányzás, alkoholfogyasztás, szűrővizsgálatok). A mérőeszköz kialakítása során a nemzetközi és hazai egészségi állapotra és egészségmagatartásra vonatkozó vizsgálatokban alkalmazott kérdéscsoportok mellett (SF-36 és ELEF kérdőív), a téma mélyebb feltárásának érdekében, saját kérdéseket is beemeltünk a kérdőívbe.

Az SF-36 (36-item Short Form Health Survey) általános életminőséget mérő skála, melyet a 14 év feletti népesség számára fejlesztettek ki és 36 kérdésbe tömörítve vizsgálja az egyén saját egészségi állapotáról alkotott véleményét (Fábián, 2014).

² A vizsgálat részletes módszertani ismertetését lásd Fináncz és Csimá, 2019

Az Európai Lakossági Egészségfelmérésre (ELEF) ötévente kerül sor, európai uniós kötelező érvényű jogszabály alapján. Az adatgyűjtés segítségével képet kapunk a 15 éven felüli lakosság egészségi állapotáról, az azt befolyásoló háttértényezőkről, valamint az egészségi állapotban bekövetkező időbeli változásokról (*Európai Parlament és Tanács 1338/2008/EK számú rendelete*).

A statisztikai elemzés során abszolút, illetve relatív gyakorisági sorokat, valamint átlagszámítást, a változók közötti összefüggések feltárásához matematikai statisztikai próbákat, χ^2 próbát, továbbá korrelációelemzést végeztünk. Az adatok elemzése az SPSS 23.0 szoftver segítségével történt, szignifikánsnak a $p < 0,05$ értéket tekintettük.

A vizsgálat célcsoportját a magyarországi bölcsődékben és óvodákban dolgozó gyermekekkel foglalkozó szakemberek (óvodapedagógusok, kisgyermeknevelők, pedagógiai asszisztensek és dajkák) képezték. Kiválasztásuk egyszerű, nem véletlenszerű mintavétellel történt. A vizsgálatban a válaszadók önkéntesen vettek részt, anonimitásukat biztosítottuk. Az adatfelvétel 2018 januárjában zárult le, a minta elemszáma az adatok rögzítését és tisztítását követően 1010 fő.

A válaszadók legnagyobb csoportját (41%) a bölcsődében dolgozó kisgyermeknevelők alkotják, további 37% az óvodapedagógusok aránya, emellett a minta 16%-a dajkaként, 6%-a pedig pedagógiai asszisztensként dolgozik. A professzió sajátosságaiból adódóan a vizsgálatba kizárólag női válaszadók kerültek. A minta munkakör szerinti statisztikai megoszlása nem reprezentálja a populáció vonatkozó paramétereit.

A minta csaknem kétharmada dél-dunántúli, a kérdezettek további negyede Pest megyei, 6%-a tiszántúli, további 1%-uk pedig észak-dunántúli óvodákban, bölcsődékben végzi munkáját. Az intézmények településtípusonkénti megoszlására jellemző, hogy 47%-uk megyeszékhelyen, 22%-uk a fővárosban, ötödük kisvárosban,

a további 10%-uk pedig községekben található.

A válaszadók legmagasabb iskolai végzettsége szorosan összefügg a munkakörükkel: míg az óvodapedagógusként dolgozók csaknem

az óvodapedagógusok átlagosan 24,3 éve foglalkoznak óvodáskorú gyermekekkel

98%-a diplomával rendelkezik, addig az iskolázottság tekintetében a kisgyermeknevelők differenciáltabb képet mutatnak: többségük (55,9%) felsőfokú szakképzettséggel rendelkezik, ugyanakkor a mintában jelen vannak az alapszakos végzettséggel rendelkezők (20%) mellett a középfokú végzettségűek is (23,4%). A pedagógiai asszisztensek jellemzően érettségivel (49,2%) rendelkeznek, míg a dajkák körében a szakmunkás végzettség (60,4%) a leggyakoribb.

A vizsgálatban részt vevők átlagéletkora meghaladja a 45 évet, amely felhívja a figyelmet a pedagógusok kedvezőtlen korösszetételére. Különösen érintettek e tekintetben a minta legkvalifikáltabb csoportját képező óvodapedagógusok, akiknek átlagéletkora 48,4 év. A válaszadók körében a pedagógiai asszisztensek a legfiatalabbak, átlagéletkoruk 38,1 év. A pályán eltöltött idő vonatkozásában megmutatkozó különbségek nagyobbak, mint az életkorból adódó eltérések: míg az óvodapedagógusok átlagosan 24,3 éve foglalkoznak óvodáskorú gyermekekkel, addig ugyanez a pedagógiai asszisztensek esetén mindössze 6,4 év. Ez a tendencia az óvodapedagógus–kisgyermeknevelő és az óvodapedagógus–dajka relációban is megmutatkozik.

Mindez jelentheti egyrészt azt, hogy az óvodapedagógusok tekinthetők a leginkább elkötelezettnek a vizsgált csoportok közül, másrészt a többi vizsgált csoport esetén vélhetően magasabb a fluktuáció. Ez összecseng a korábbi vizsgálatok eredményeivel, melyek szerint az óvodapedagógusok már a pályaválasztás során nagyobb fokú elkötelezettséget mutattak a kisgyermeknevelőkhöz képest (*Fináncz, Martin, Klínger és Csima, 2019*). Mindemellert azt is meg kell jegyeznünk, hogy a pedagógiai asszisztensek kötelező óvodai alkalmazását – három óvodai csoportonként egy fő – a köznevelési törvény csak 2013 szeptemberétől írja elő.

EREDMÉNYEK

Az egészségi állapot szubjektív megítélése

Az önminősített egészségi állapot az egyén átfogó percepciója a saját egészségi állapotára vonatkozóan, mely szubjektív, és országonként, illetve adott országon belül is jelentős különbségeket mutat a szociokulturális tényezők függvényében (*OECD, 2019*). Hazai és nemzetközi vizsgálatok eredményei alapján elmondható, hogy az önminősített egészség megfelelő indikátora az egészségi állapotnak (*Pikó, 2006; Palladino, Lee, Ashworth, Triassi, és Millett, 2016*), ezért kutatásunk során a szubjektív egészségi állapot mutatóira is kitértünk.

Kérdőíves vizsgálatunkban az *OECD* (2019) jelentésében és a lakossági egészségfelmérésben (*Varsányi és Vitrai, 2017*)

megfogalmazottak szerint kérdeztünk rá a vélt egészségre. A „Milyen az Ön egészsége általában?” kérdésre az alábbi válaszlehetőségeket kínáltuk fel: „Nagyon jó; Jó; Kielégítő; Rossz; Nagyon rossz”. Eredményeink alapján megállapítható, hogy a koragyermekkor

nevelésben dolgozók kétharmada (66,6%) jónak, illetve nagyon jónak minősíti egészségi állapotát.

A KSH adatai szerint 2014-ben a 18 év feletti magyar lakosság körében az egészségtüket jónak,

illetve nagyon jónak minősítők aránya 60% volt. A 18–34 év közötti lakosság közel 89%-a, míg a 35–64 év közötti lakosság 61%-a minősítette jónak vagy nagyon jónak az egészséget (*Varsányi és Vitrai, 2017*). Az *OECD* 2019-es Health at a Glance jelentése alapján a 15 évnél idősebb magyar lakosság 60,6%-a minősítette jónak vagy nagyon jónak saját egészségi állapotát, míg ugyanez az arány az OECD országok átlagát tekintve 68,1% volt.

Megjegyzendő, hogy vizsgálatunkban a koragyermekkor nevelésben dolgozók mintája kizárólag nőkből állt, emellett életkori összetételét tekintve 21–68 év közötti, így a hazai és a nemzetközi kutatási eredményekkel párhuzamot vonhatunk ugyan, de eredményeink tökéletesen nem vethetők azokkal össze. A magyar lakossági adatokkal történő összehasonlítás érdekében az életkor alapján két csoportot képeztünk. A 21–34 év közötti válaszadók 78,8%-a, míg a 35 év feletiek 63,7%-a minősítette jónak vagy nagyon jónak egészségi állapotát. A KSH 2014-es adataival összevetve kirajzolódik, hogy a fiatalabb korosztály esetében az önminősített egészségi állapot jelentősen kedvezőbb képet mutat a magyar lakosság körében, mint a vizsgált mintában. A két életkori csoport között továbbá szignifikáns

az önminősített egészségi állapot jelentősen kedvezőbb képet mutat a magyar lakosság körében, mint a vizsgált mintában

különbség igazolható ($\chi^2=22,429$; $df=4$; $p<0,001$), azonban munkakör szerint nem találtunk szignifikáns eltérést ($\chi^2=9,835$; $df=9$; $p=0,364$).

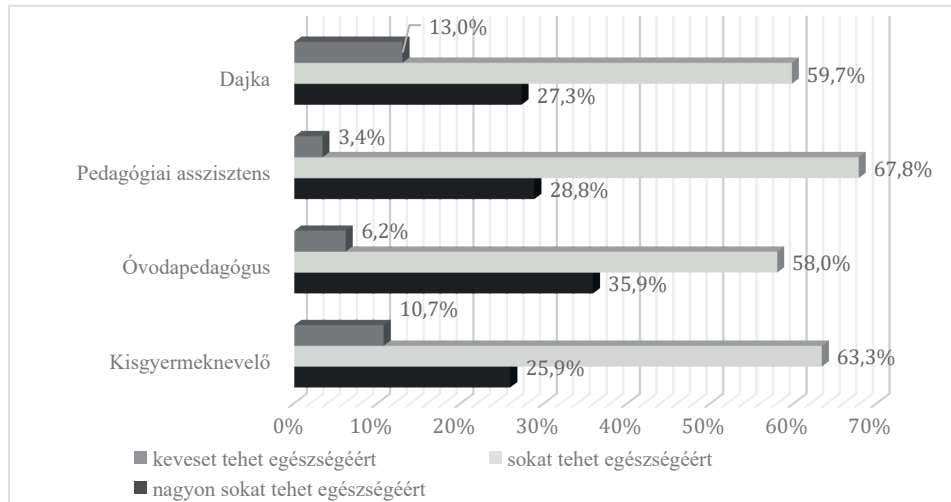
Egészség feletti kontroll

Az egészségi állapot megismerésére irányuló vizsgálatok (Varsányi és Vitrai, 2017) a szubjektív és objektív mutatók mellett hangsúlyt fektetnek annak tanulmányozására, hogy az egyén milyen mértékben képes kontrollálni saját egészségét. Kiemelt jelentőségű ez a kérdés annak ismeretében, hogy

az egészségfejlesztés legfőbb célja az egészség feletti kontroll növelése (Ottawai Charta, 1986). A válaszadó pedagógusok többsége (91,1%) úgy véli, az egészsége feletti kontroll az ő kezében van. Azonban munkakörök szerint vizsgálva a kérdéskört jelentős különbségek mutatkoznak ($\chi^2=17,421$; $df=6$; $p=0,008$). Míg az óvodapedagógusok és a pedagógiai asszisztensek úgy érzik, sokat vagy nagyon sokat tehetnek egészségükért, ugyanez a kisgyermeknevelők és a dajkák vonatkozásában nem mondható el. Körükben magasabb azok aránya, akik úgy vélik, nem képesek kontrollt gyakorolni saját egészségük felett (1. ábra).

1. ÁBRA

Egészség feletti kontrollérzet (n=982)



FORRÁS: saját szerkesztés

Az egészségi állapot objektív mutatói

Az egészségi állapot objektív mutatói elsősorban a diagnosztizált krónikus betegségekre, valamint az azokkal összefüggő állapotokra, tünetekre vonatkoznak, mint

például a túlsúlyra, az elhízásra, továbbá a munkaképesség csökkenésére. Ennek kapcsán megállapítható, hogy a koragyermekkorai nevelésben dolgozók mintegy 60%-a küzd krónikus megbetegedéssel, sokan közülük egyszerre többel. A diagnosztizált krónikus betegségek tekintetében nem igazolódik szignifikáns különbség

a különböző munkakörben dolgozók között ($\chi^2 = 4,069$; $p = 0,254$).

A mintában előforduló leggyakoribb krónikus megbetegedésnek a derék- és hátfájás, a magas vérnyomás, valamint az egyéb ízületi problémák, úgymint nyaki fájdalom, illetve ízületi porckopás bizonyultak. A diagnosztizált mozgásszervi betegségek (derék- és hátfájás, nyaki és gerincfájdalmak) kiemelendők abból a szempontból, hogy úgy tűnik, a vizsgált csoport e tekintetben kifejezetten veszélyeztetettnek számít a magyar lakosság egészéhez viszonyítva. Míg a teljes felnőtt női lakosság körében e betegségcsoport 9%-nál okozott egészségvesztést (Varsányi és Vitrai, 2017), addig a vizsgált pedagógusok, dajkák körében ugyanez az arány kifejezetten magas, 35,8%.

Mivel Magyarországon a depresszió jelentős népegészségügyi problémának tekinthető (Kopp és Skrabski, 2006), a depressziós tünetek megítélésére kértük a válaszadókat a Beck Depresszió Kérdőív rövidített, 9 tételes változatának alkalmazásával. Az eredmények alapján megállapítható, hogy a megkérdezettek 72,6%-a munkakörtől függetlenül enyhe depressziós tüneteket mutat. A depressziós tünetek megjelenési gyakorisága pozitív irányú, gyenge szorosságú szignifikáns kapcsolatot mutat a munkában eltöltött évekkel ($r = 0,133$; $p < 0,001$).

Az orvosi utasításra szedett gyógyszerekre vonatkozó nyitott kérdésünkre 530 fő válaszolt. A leggyakrabban említett gyógyszer a vérnyomáscsökkentő volt (a teljes minta mintegy 15%-a), majd ezt követték az allergiára, cukorbetegsége, illetve

a pajzsmirigy-betegségekre felírt készítmények. Néhány válaszadó az orvosi utasításra szedett gyógyszerek közé sorolt vitaminokat és egyéb táplálékkiegészítőket.

Sorensen és munkatársai (2012) az egészségműveltség értelmezéséhez kapcsolódó szakirodalom áttekintése során hat kiemelt tartalmi csomópontot azonosítottak,³ melyek közül a harmadik az egészséggel kapcsolatos információk értelmezésével és a rendelkezésre álló erőforrásokkal áll összefüggésben. Ennek megfelelően az egyén egészségműveltsége megnyilvánul abban, hogy milyen mértékben rendelkezik az egészséggel, betegséggel kapcsolatos alapvető ismeretekkel és azokat képes-e megfelelően értelmezni.

Adataink elemzése során arra a megállapításra jutottunk, hogy az információ megfelelő értelmezésében megnyilvánuló egészségműveltség terén alapvető hiányosságok mutatkoznak: különösen az alacsony iskolázottságú válaszadók körében figyelhető meg, hogy krónikus betegségeként definiáltak olyan állapotokat, amelyek az életminőséget ugyan rontják, de nem tekinthetők betegségeknek. A felsorolásban többek között megjelent a klimax, a hőhullám, az erős vérzés, a fáradékonyság, a szemszárazság és a látásromlás. A krónikus betegségek körébe sorolták többen

hogy az információ megfelelő értelmezésében megnyilvánuló egészségműveltség terén alapvető hiányosságok mutatkoznak

a második legnagyobb életteni egészségkockázatot jelentő túlsúlyt és elhízást is, mely a 2016-os Egészségjelentés eredményei alapján a magyar női lakosság 49%-át érinti (Varsányi és Vitrai, 2017). Ezzel összevetve a koragyermekkorai nevelésben dolgozók körében a testtömeg-index (BMI) értékek

³ (1) Kompetencia/készségek, képességek; (2) cselekvés; (3) információ és erőforrás; (4) célok; (5) kontextus; (6) időkeret.

viszonylag kedvezőbb képet mutatnak: 42% a túlsúlyosak és elhízottak aránya. Vizsgálatunk eredményei alapján a túlsúly és elhízás a különböző munkakörökben dolgozóknál hasonló mértékben van jelen.

Szűrővizsgálatok

A nyolc országra kiterjedő European Health Literacy Survey során az egészségműveltség prevenció tudáselemeit is vizsgálták, köztük a szűrővizsgálatokhoz történő viszonyulást.

A magyarországi eredmények azt mutatják, hogy a megkérdezettek 85%-a könnyen megérti, hogy miért van szüksége szűrővizsgálatokra, ugyanakkor azt, hogy neki melyikre van szüksége, 26%-uk nehezen ítéli meg (Koltai és Kun, 2016b).

Magyarország a rosszindulatú daganatos megbetegedések halálozási aránya európai viszonylatban rendkívül kedvezőtlen, emellett a halálozások második leggyakrabban előforduló oka. Aránya a nők körében 1990 és 2016 között 21%-ról 26%-ra emelkedett (KSH, 2018). Számos daganatos megbetegedés szűrővizsgálatok révén időben felismerhető, köztük a méhnyak magas incidenciájú és mortalitású daganatos elváltozásai és az emlődaganat.

Az emlőrákszűrés esetében a nemzetközi ajánlások szerint a 70% feletti részvételi arány képes eredményesen csökkenteni az emlőrákos halálozást. A mamográfiai szűrővizsgálaton való részvételt Magyarországon a 45 évet betöltött nőknek két évente biztosítják. 2014-ben a részvételi arány 65%-os volt, ami európai összehasonlításban alacsonynak számít (Boros és

Kovács, 2018). Vizsgálatunk során 68,1%-os részvételi arányt mértünk a koragyermekkorú nevelésben dolgozók körében (az érintett korcsoport vonatkozásában), mely nem mutat területi és munkakörrel összefüggő különbségeket.

A 25–64 év közötti nők citológiai vizsgálaton való részvételi aránya Borocz és munkatársai (2007) adatai alapján a magyar lakosság körében a három éves lefedettséget nézve 52,6%, az éves lefedettséget tekintve pedig 24,3%. 2014-ben a részvételi arány

60%-ra növekedett,

ez azonban európai viszonylatban különösen alacsonynak tekinthető (Boros és Kovács, 2018).

A koragyermekkorú nevelésben dolgozók

vonatkozásában elmondható, hogy az elmúlt három évben 71%-os, míg az elmúlt egy évben 46,6%-os a citológiai vizsgálaton résztvevők aránya, ami jelentősen meghaladja a magyarországi átlagot.

Bár ezek az adatok a teljes női lakossághoz képest kedvező képet mutatnak, a szűréseken való részvétel tekintetében a 100%-os arány volna kívánatos. Ennek eléréséhez az ismeretek szélesebb körű terjesztése, a szűrővizsgálatokhoz kapcsolódó negatív attitűdök eloszlata, valamint a tévhitek megcáfolása szükséges. A magyarországi alacsony részvételi arány hátterében a daganatos betegségektől való félelem és az elhárító magatartás állhat (Karamánné Pakai, Németh, Mészáros, Dér és Balázs, 2008).

A megkérdezettek a fentiekén túl egyéb szűrővizsgálatokon is részt vettek, úgymint tüdőszűrés (mely a munkakörükből adódóan évente kötelező), fogászati, bőrgyógyászati és DEXA szűrés.⁴

a daganatos betegségektől való félelem és az elhárító magatartás

⁴A DEXA (Dual-energy X-ray absorptiometry) vizsgálat a teljes test csontsűrűségének és ásványianyag-tartalmának vizsgálatára alkalmas.

A válaszadók szűrővizsgálattal kapcsolatos tájékozatlanságára utalhat, hogy a szűrővizsgálatok körébe soroltak olyan vizsgálatokat, mint: allergia-, vérkép-, ortopédiai, belgyógyászati vizsgálat, EKG, CT, MR, hasi és szívultrahang, gyomor- és béltükrözés, hormonvizsgálat.

A KORAGYERMEKKORI NEVELÉSBEN DOLGOZÓK EGÉSZSÉGMAGATARTÁSA

A *Sorensen* és munkatársai (2012) által azonosított hat tartalmi csomópont közül az egészségműveltség negyedik, „célok” dimenziója vonatkozik az egészség támogatására, az egészséggel kapcsolatos döntésekre, a rizikótényezők csökkentésére. Ennek

megfelelően a kutatási eszközünkben az SF-36 és az ELEF kérdőív vonatkozó kérdéscsoportjait (úgy mint: táplálkozás, fizikai aktivitás, dohányzás és alkoholfogyasztás) szerepeltettük a kora gyermekkori nevelésben dolgozó pedagógusok egészségmagatartásának feltárására.

A koragyermekkori nevelésben dolgozók táplálkozási szokásai

Az egészségmagatartás vizsgálata során a táplálkozáshoz kapcsolódó kérdéskörök kiemelt figyelmet kapnak mind a szakmai, mind a laikus diskurzusokban. A kérdőívben ennek megfelelően számos ételcsoport fogyasztási szokásait elemeztük, a legfontosabb adatokat a 2. táblázat mutatja.

2. TÁBLÁZAT

A koragyermekkori nevelésben dolgozók táplálkozási szokásai (%)

	A fogyasztás relatív gyakorisága (%)					
	naponta többször	naponta egyszer	heti 4-6 alkalommal	heti 1-3 alkalommal	havi 1-3 alkalommal	ritkábban, mint havonta
teljes kiőrlésű pékáru	19,7	20,7	12,2	22,2	12,9	12,3
hal	0,7	0,2	3	17,5	41,4	37,2
édesség	2	8	7,8	25,5	28,4	28,4
cukros üdítő	9,3	12,7	8,3	14,9	17,8	36,9
energiaital	0,8	1,4	0,8	2,4	6,2	88,4
gyümölcs	37,1	32,5	17	11,3	1,5	0,6
zöltség	33	34,7	20,1	10	1,6	0,6
gyorséttermi étel	0,2	0,4	0,6	3,1	20,6	75,1

Forrás: saját szerkesztés

A 2014-es ELEF kutatási eredményeivel (Boros, 2019) összevetve megállapítható, hogy a koragyermekkorai nevelésben dolgozók a magyar lakossághoz viszonyítva egészségesebben táplálkoznak. Míg a magyar női lakosság körében a teljes kiőrlésű pékárut napi szinten fogyasztók aránya nem éri el az egyharmadot, addig ugyanez az arány a válaszadók körében meghaladja a 40%-ot.

A zöldség- és gyümölcsfogyasztást tekintve is kedvezőbbnek mondható a vizsgált pedagógusok táplálkozása. Körükben a napi rendszerességgel gyümölcsöt fogyasztók aránya csaknem 70% (32,5% naponta többször is fogyaszt), míg a teljes népesség körében ugyanez az arány 59% (naponta többször: 28%). A napi zöldségfogyasztás vonatkozásában még nagyobb különbségek mutatkoznak: a koragyermekkorai nevelésben dolgozók mintegy kétharmada naponta (naponta többször: 34,7%) fogyaszt zöldséget. Ezzel összevetve a napi zöldségfogyasztás a hazai lakosság körében mindössze 46%, s csak 17% illetést be naponta többször étrendjébe zöldségfelét (Boros, 2019). Az ajánlott heti rendszerességű halfogyasztás mind a vizsgált mintában, mind a teljes lakosság körében alacsony, mindkét esetben 21%. A rendszeres (heti rendszerességű) energiaital-fogyasztás hasonló mértékű a hazai női lakosság és a vizsgált pedagógusok körében (mintegy 5%).

A táplálkozási szokásokra vonatkozóan nem találtunk a munkakörrel, illetve az iskolai végzettséggel összefüggő

szignifikáns eltéréseket. Néhány ételcsoport tekintetében azonban az életkor differenciáló hatása mutatkozik meg. A legnagyobb generációs különbségek az energiaitalok fogyasztásában jelentkeznek: míg az 1980 előtt születetteknel egyáltalán nem jellemző, addig a 35 év alattiak csaknem fele heti vagy havi rendszerességgel fogyaszt energiaitalt. A gyorséttermi ételek fogyasztása esetében hasonló összefüggések mutatkoztak.

FIZIKAI AKTIVITÁS

Az egészséges táplálkozás mellett a megfelelő fizikai aktivitás is elengedhetetlen az egészség megőrzéséhez. Az intenzív sport tevékenységen kívül a mérsékelt erőfeszítést igénylő fizikai aktivitás, úgymint a gyaloglás is jótékony hatású.

A válaszadók vonatkozásában megállapítható, hogy csaknem 15%-uk kevesebb, mint 10 percet, további 40% pedig fél óránál kevesebbet gyalogol naponta. A vizsgált pedagógusok 43%-a

a legnagyobb generációs különbségek az energiaitalok fogyasztásában jelentkeznek

legalább fél órát tölt el napi sétával, gyaloglással, ebből az egy óránál többet gyaloglók aránya 13%. A munkakör szerinti különbségeket vizsgálva kirajzolódik, hogy az óvodapedagógusokra jellemző a legkevesbé a fél óránál több gyaloglás, míg a dajkák többsége ettől lényegesen hosszabb ideig gyalogol naponta, mely összefügghet a munkába járás módjával is ($\chi^2 = 39,029$; $df = 12$; $p < 0,001$) (3. táblázat).

3. TÁBLÁZAT

Napi gyaloglás időtartamának munkakör szerinti megoszlása (n=978)

Munkakör	Relatív gyakoriság (%)					
	Kevesebb, mint 10 perc	10-29 perc	30-59 perc	Egy és két óra között	Két óránál több	Összesen
<i>Kisgyermek- nevelő</i>	12,3	41,3	32,3	10,0	4,2	100
<i>Óvoda- pedagógus</i>	19,6	45,7	25,1	7,4	2,2	100
<i>Pedagógiai asszisztens</i>	8,8	45,6	33,3	8,8	3,5	100
<i>Dajka</i>	13,3	32,9	35,4	7,6	10,8	100

FORRÁS: saját szerkesztés

A mindennapi gyaloglás mellett fontos részét képezi a fizikai aktivitásnak a sportolás és egyéb testmozgás. A WHO ajánlása alapján hetente legalább 150 percnyi mozgás szükséges ahhoz, hogy érvényesüljenek a fizikai aktivitás előnyös hatásai. Az ELEF 2014 vizsgálat eredményei szerint a magyar férfiak nyolcada, a nők csupán tizede végzett ennek megfelelő időtartamban fizikai aktivitást (Boros és Kovács, 2018).

A koragyermekkori nevelésben dolgozók körében a rendszeres testmozgást végzők általában heti egy-két alkalommal átlagosan összesen 1,5-2 órát mozognak. Az egészségmegőrzés szempontjai figyelembe véve aggasztó az a tény, hogy a kutatásba bevont pedagógusok közel 30%-a egyáltalán nem végez testmozgást heti rendszerességgel.

Dohányzás

Az egészségkárosító magatartásformák közül a dohányzás az egyik legelterjedtebb, mely különböző betegségek kialakulásához vezet (daganatos, szív-érrendszeri, légzőszervi betegségek), és jelentős mértékű

betegségterhet eredményez mind egyéni, mind társadalmi szempontból. A WHO becslése szerint dohányzás következtében világszerte évente körülbelül hétmillióan veszítik életüket, ezen belül mintegy 1,2 millió halálestet – köztük 65000 gyermekét – írható a passzív dohányzás számlájára. Magyarországon a felnőtt lakosság 25,8%-a dohányzik rendszeresen, ami jelentősen meghaladja az OECD átlagot (18%). A nők esetében ezek az értékek némileg kedvezőbbek, azonban a hazai 20%-os arány még így is magasnak mondható (OECD, 2019).

A koragyermekkori nevelésben dolgozók dohányzási szokásait vizsgálva megállapítható, hogy a minta 21,4%-a dohányzik, amely érték meghaladja a nőkre vonatkozó országos átlagot. Ezt az eredményt különösen aggasztónak ítéljük meg, mivel a pedagógusok mintaadó szerepet töltenek be a felnövekvő generációk életében. A napi átlagban elszívott cigaretta mennyiségét tekintve rendkívül nagy a szórás (1 és 30 szál között), a dohányzók többsége 5 és 15 szál közötti értéket adott meg. A dohányzás tekintve nem mutatható ki szignifikáns kapcsolat a betöltött munkakörrel.

Alkoholfogyasztás

A dohányzás mellett az alkoholfogyasztás mortalitásban betöltött szerepe is jelentős mértékű. A felnőtt népesség körében *Grisworld* és munkatársai (2018) becslései alapján a férfiak esetében a halálozások 7%-áért, a nők esetében 2%-áért felelős a túlzott mértékű alkoholfogyasztás. A mértéktelen alkoholfogyasztás számos betegség – például kardiovaszkuláris betegségek, stroke, májcirrózis, illetve daganatos betegségek – kockázati tényezője. Emellett megemlítendő, hogy hosszú távon még a mérsékelt alkoholfogyasztás is hozzájárulhat az említett betegségek kialakulásához. Az OECD-országokban 2017-ben átlagosan 8,9 liter volt az egy főre eső alkoholfogyasztás (tisztá szeszre számítva), mely csökkenő tendenciát mutat 2007-hez képest (10,2 liter). A 2017-es magyarországi adatok ennél kedvezőtlenebb képet mutatnak (11,1 liter/fő/év). Tovább súlyosbítja a helyzetet, hogy a magyar lakosság körében az alkoholfüggők aránya (csaknem 10%) jelentősen meghaladja az OECD átlagot (nem egész 4%), továbbá a férfiak körében több, mint négyszeres az alkoholproblémával küzdők aránya (magyar férfiak: 16%, magyar nők 3,5%; lásd *OECD*, 2019).

A koragyermekkorai nevelésben dolgozók körében az alkoholfogyasztás rendkívül alacsony arányban van jelen: csupán minden tizedik válaszadó fogyaszt heti rendszerességgel alkoholt, s csaknem kétharmaduknál havi gyakorisággal sem jelenik meg az alkohol-fogyasztás. Az adatok alapján úgy tűnik, hogy a kisgyermeknevelőknel

és az óvodapedagógusoknál némileg magasabb a hetente többször alkoholt fogyasztók aránya (2,8% és 3,2%), de az alacsony elemszámok miatt az összefüggés nem vizsgálható.

KONKLÚZIÓ

A felnövekvő nemzedék egészsége mindannyiunk közös felelőssége, ezért a nevelési folyamatban komoly tennivalóink vannak e területen. Az egészségmagatartás formálásában, ezzel együtt az egészségműveltség megalapozásában a család elsődlegessége mellett kiemelkedő jelentőségűek a gyermek szocializációjában szerepet játszó intézmények, az ott dolgozó pedagógusok, valamint a munkájukat segítő szakemberek. Pedagógusként törődnünk kell egyfelől saját egészségünkkel és a ránk bízott gyermekek egészségmagatartásának formálásával, másfelől – minthogy a következő generációk egészsége a család és a pedagógusok közös felelőssége – a családi hatásrendszer indirekt formálásával is. Bár a célzott kampányok és programok figyelemfelhívóak lehetnek, mégsem pótolják vagy váltják ki a rendszeres mintaadást és értékformálást. Az egészségmagatartás megalapozása szempontjából a korai életévek meghatározók, ezért egyáltalán nem közömbös, hogy az egészség mint érték hogy jelenik meg az itt dolgozók gondolkodásában és magatartásában.

törődnünk kell saját egészségünkkel és a ránk bízott gyermekek egészségmagatartásának formálásával, és a családi hatásrendszer indirekt formálásával is

Vizsgálatunk eredményeként képet kaphatunk a magyarországi óvodákban és bölcsődékben dolgozók egészségműveltségének néhány összetevőjéről. A kisgyermeknevelők és az óvodapedagógusok

egészségmagatartása között nem figyelhető meg markáns különbségek, annak ellenére, hogy a kisgyermeknevelő-képzésekben jelentősebb szerepet kap az egészségtudományi tananyagtartalom, mely hozzájárulhatna egészségműveltségük megalapozásához. Ennek hátterében az a nemzetközi vizsgálatok által is igazolt összefüggés állhat, mely szerint az egészséggel kapcsolatos ismeret önmagában nem eredményez az egészségmagatartásban megfigyelhető viselkedésváltozást (Schulz és Nakamoto, 2005). Emellett a Hungarostudy

felmérések eredményei arról tanúskodnak, hogy az iskolarendszerben eltöltött hosszabb idő közvetítő változókon keresztül pozitív irányba befolyásolja az egyén egészségmagatartását (Kopp és Skrabski, 2009).

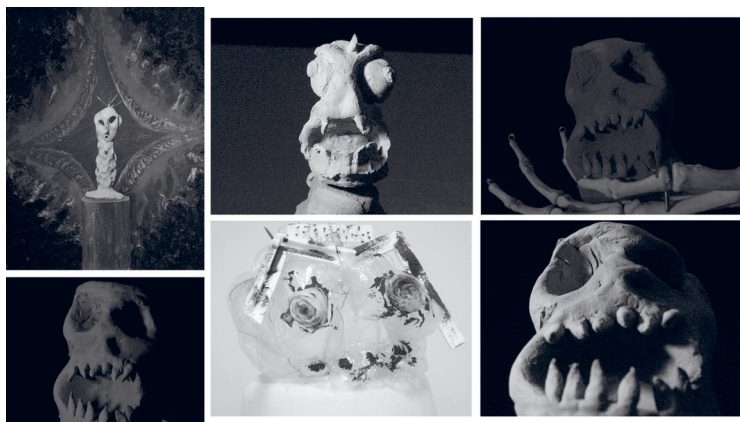
Eredményeink birtokában kijelenthető, hogy a vizsgált populáció vonatkozásában az egészségműveltség deklaratív tudáskomponensének megléte (az egészséggel és annak megőrzésével kapcsolatos tárgyi tudás) nem garantálja a tárgyi tudás alkalmazásának képességével kapcsolatos procedurális tudás aktivizálódását.

IRODALOM

1. számú melléklet az 363/2012. (XII. 17.) Korm. rendelethez. Az Óvodai nevelés országos alapprogramja. Letöltés: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1200363.kor> (2021. 03. 10.)
2011. évi CXc. törvény a nemzeti köznevelésről. Letöltés: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> (2021. 04. 11.)
- 417/2020. (VIII.30.) Kormányrendelet a közneveléssel összefüggő egyes kormányrendeletek módosításáról. Letöltés: <https://uj.njt.hu/jogszabaly/2020-417-20-22> (2021. 02. 18.)
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Gazmararian, J. A. és Nurss, J. (1999): Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling*. **38**. 1. sz., 33–42. doi: 10.1016/s0738-3991(98)00116-5.
- Baker, D. W., Wolf, M. S., Feinglass, J., Thompson, J. A., Gazmararian, J. A. és Huang, J. (2007): Health literacy and mortality among elderly persons. *Archives of Internal Medicine*. **167**. 14. sz., 1503–1509. doi: 10.1001/archinte.167.14.1503.
- Bánfai-Csonka Henrietta, Bánfai Bálint, Musch János, Derzsi-Horváth Martina és Betlehem József (2021): Sűrűségosi osztályos megjelenés és az egészségértés kapcsolata. *Egészségfejlesztés*. **62**. 2. sz., 49–59. doi: 10.24365/ef.v62i2.6003
- Boncz Imre, Sebestyén Andor, Döbrössy Lajos, Kovács Attila, Budai András és Székely Tamás (2007): A méhnyakszűrés részvételi mutatói Magyarországon. *Orvosi Hetilap*. **148**. 46. sz., 2177–2182. doi: 10.1556/HO.2007.28956
- Boros Julianna (2019): *A felnőtt magyar népesség egészségmagatartása*. Letöltés: http://szociologia.btk.pte.hu/sites/default/files/Doktori_Iskola/egeszsegmagatartas_doktori_ertekezes_bj_pte.pdf (2021. 04. 18.)
- Boros Julianna és Kovács Katalin (2018): Egészségi állapot. In: Monostori Judit, Öri Péter és Spéder Zsolt (szerk.): *Demográfiai portré 2018. Jelentés a magyar népesség helyzetéről*, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest. 103–126.
- Chew, L. D., Griffin, J. M., Partin, M. R., Noorbaloochi, S., Grill, J. P., ... és Vanryn, M. (2008): Validation of screening questions for limited health literacy in a large VA outpatient population. *Journal of General Internal Medicine*. **23**. 5. sz., 561–566. doi:10.1007/s11606-008-0520-5
- Csima, M., Fináncz, J., Nyitrai, Á., és Podráczky, J. (2018): Research on the health literacy of professionals working in early childhood education. *Kontakt*. **20**. 4. sz., 356–362. doi: 10.1016/j.kontakt.2018.10.002
- Danis Ildikó, Farkas Mária és Oates, John (2011): Fejlődés a koragyermekkorban: Hogyan is gondolkod(j)unk róla? In: Balázs István. (szerk.): *A koragyermekkorai fejlődés természete – fejlődési lépések és kihívások*. Biztos Kezdet Kötetek II., Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 24–67.

- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W. és Crouch, M. A. (1993): Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. *Family Medicine*. **25**. 6. sz., 391–395.
- Európai Parlament és Tanács 1338/2008/EK számú rendelete. Letöltés: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/HU/TEXT/HTML/?uri=CELEX:32008R1338&from=HU> (2021. 05. 08.)
- Fábián Gergely (2014): *Alkalmazott kutatás módszertan*. Letöltés: https://regi.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop412A/2010_0020_alkalmazott_magyar/12_standardizlt_krdvek_az_egszgi_llapot_mrsre.html (2021. 04. 29.)
- Fináncz Judit és Csima Melinda (2019): A kora gyermekkorai nevelésben dolgozók egészségi állapotának és egészségmagatartásának mutatói. *Képzés és Gyakorlat*. **17**. 1. sz., 25–40. doi: 10.17165/TP.2019.1.3
- Fináncz Judit, Martin László, Klinger Csilla és Csima Melinda (2019): A pedagógusjelöltek pályaidentitásának vizsgálata a Kaposvári Egyetem Pedagógiai Karán. In: Tóth, P., Benedek, A., Mike, G. és Duchon, J. (szerk.): *Fejlődés és partnerség a felsőoktatásban határok nélkül – Development and Partnership in HE without Borders*. BME Gazdaság- És Társadalomtudományi Kar Műszaki Pedagógia Tanszék, Budapest. 286–297.
- Frisch, A. L., Camerini, L., Diviani, N. és Schulz, P. J. (2012): Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health Promotion International*. **27**. 1. sz., 117–26. doi: 10.1093/heapro/dar043
- Gács Zsófia, Berend Katalin, Csanádi Gábor és Csizmady Adrienne (2015): Új kérdőív a szülői egészségműveltség mérésére. *Orvosi Hetilap*. **156**. 42. sz., 1715–1718. doi: 10.1556/650.2015.30237
- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R. M., ... és Gakidou, E. (2018): “Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016”. *The Lancet*. **392**. sz., 1015–1035. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2
- HLS-EU Consortium (2012): *Comparative Report on Health Literacy in Eight EU Member States. The European Health Literacy Project 2009–2012*. Ludwig Boltzmann Institute for Health Promotion Research, Vienna.
- Karamánné Pakai Annamária, Németh Katalin, Mészáros Lajos, Dér Anikó és Balázs Péter (2008): A méhnyakrákszűrés hatékonyságának vizsgálata Zala megyében. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. **46**. 4. sz., 43–48.
- Koltai Júlia és Kun Eszter (2016a): A magyarországi egészségértés nemzetközi összehasonlításban. *Egészségfejlesztés*. **57**. 3. sz., 3–20. doi: 10.24365/ef.v57i3.62.
- Koltai Júlia és Kun Eszter (2016b): Az egészségértés gyakorlati mérése Magyarországon és nemzetközi összehasonlításban. *Orvosi Hetilap*. **157**. 50. sz., 2002–2006. doi: 10.1556/650.2016.30563.
- Kopp Mária és Skrabski Árpád (2006): *Magyar lelkiállapot az ezredforduló után*. Letöltés: http://www.tavlatok.hu/86/86kopp_skrabski.pdf (2019. 09. 21.)
- Kopp Mária és Skrabski Árpád (2009): Nők és férfiak egészségi állapota Magyarországon. In: Nagy Ildikó és Pongrácz Tiborné (szerk.): *Szerepváltozások 2009. Jelentés a nők és férfiak helyzetéről*. TÁRKI, Budapest. 117–136.
- KSH (2018): *Halálozások a gyakoribb halálokok szerint*. Letöltés: http://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_aves/i_vnh001.html (2019. 12. 04.)
- Magyar Bölcsődék Egyesülete (2020): *A bölcsődéi nevelés-gondozás országos alapprogramja*. Letöltés: https://www.magyarbolcsodek.hu/files/shares/Módszertani_feladatok/A_b_lcs_ei_nevel_s_gondoz_s_orosz_gos_alap-programja.pdf (2021. 03. 12.)
- Mårtensson, L. és Hensing, G. (2012): Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. **26**. 1. sz., 151–160. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00900.
- McCormack, L., Bann, C., Squiers, L., Berkman, N. D., Squire, C., Schillinger, D., Ohene-Frempong, J. és Hibbard, J. (2010): Measuring health literacy: A pilot study of a new skills-based instrument. *Journal of Health Communication*. **15**. 2. sz., 51–71. doi: 10.1080/10810730.2010.499987
- Nagy Lászlóné és Barabás Katalin (2011): Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérésének lehetőségei. In: Csapó Benő és Zsolnai Anikó (szerk.): *Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában*. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest. 173–224.
- Nagy Lászlóné, Korom Erzsébet, Hódi Ágnes és B. Németh Mária (2015): Az egészségműveltség online mérése. In: Csapó, B. és Zsolnai, A. (szerk.): *Online diagnosztikus mérések az iskola kezdő szakaszában*. Oktatókutató és fejlesztő Intézet (OFI), Budapest. 147–177.

- Nutbeam, D. (1998): *Health Promotion Glossary*, World Health Organization, Geneva.
- OECD (2013): *Investing in high-quality early childhood education and care (ECEC)*. Letöltés: <https://www.oecd.org/education/school/48980282.pdf> (2019. 09. 22.)
- OECD (2019): *Health at a Glance 2019. OECD Indicators*. Letöltés: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1617266326&id=id&accname=guest&checksum=01846E78C1D1D7CADE19D4A98E7597CF> (2020. 11. 13.)
- Ottawai Charta (1986): *Ottawa Charter for Health Promotion*. Letöltés: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf (2021. 03. 22.)
- Palladino, R., Lee, J. T., Ashworth, M., Triassi, M. és Millett, C. (2016): Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. *Age and Ageing*. **45**. 3. sz., 431–435. doi: 10.1093/ageing/afw044
- Papp-Zipernovszky Orsolya, Náfrádi Lilla, Schulz, Peter Johannes és Csabai Márta (2016): „Hogy minden beteg megértse!” – Az egészségműveltség (health literacy) mérése Magyarországon. *Orvosi Hetilap*. **157**. 23. sz., 905–15. Doi: 10.1556/650.2016.3041.
- Pikó Bettina (2006): *Orvosi szociológia*, Medicina Kiadó, Budapest
- Ratzan, S. C. és Parker, R. M. (2000): Introduction. In: Selden, C. R., Zorn, M., Ratzan, S. C. és Parker, R. M. (szerk.): *Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy*, National Institutes of Health – National Library of Medicine, Bethesda. v–vi.
- Schulz, P. J. és Nakamoto, K. (2005): Emerging themes in health literacy. *Studies in Communication Sciences*. **5**. 2. sz., 1–10.
- Sorensen, K., van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, S. és Brand H. (2012): Health literacy and public health. A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. **12**. 1. sz., doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
- Szilvási Léna (2011): Nézőpontok, elméletek, gyakorlatok – A magyar Biztos Kezdet Program előzményei és megvalósulása. In: Balázs István (szerk.): *A génektől a társadalomig: a koragyermekkori fejlődés színterei*. Biztos Kezdet Kötetek I., Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest. 28–75.
- Varga Bernadett, Stromajer-Rácz Tímea, Bornemisza Ágnes, Lukács-Horváth Marianna és Csima Melinda (2021): Az egészségműveltség és a terápiahűség felmérése magasvérnyomás-betegséggel élők körében. *Egészségfejlesztés*. **62**. 1. sz., 17–26. doi: <http://dx.doi.org/10.24365/ef.v62i1.618>
- Varsányi Péter és Vitrai József (szerk.) (2017): *Egészségjelentés 2016*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet, Budapest. Letöltés: https://www.researchgate.net/publication/316684736_Egeszsejelentés2016_Health_Report_2016 (2021. 04. 10.)
- Vitrai József és Bakacs Márta (2021): Hazai Egészségpillanatkép 2020. Gyorsjelentés a Global Burden of Disease Study 2019 adatai alapján. *Egészségfejlesztés*. **62**. 1. sz., 35–46. doi: 10.24365/ef.v62i2.654



Szörny-projekt – Novák László fotói, Papp Veronka háttérképe (Belvárosi Tanoda, 2003)