

A Kaposi Mór Oktató Kórház komplex szűrési programja

Szörényiné Ványi Gabriella irodavezető¹,
Dr. Moizs Mariann stratégiai főigazgató-helyettes²

¹Kaposi Mór Oktató Kórház, Prevenció és Egészségfejlesztési Iroda

²Kaposi Mór Oktató Kórház

Magyarországon az elmúlt 28 évben mindkét nemből drámaian megnőtt a 40 év felettiek halálozási gyakorisága. Különösen a 40–50 év közötti nők és az 50 év körüli férfiak esetében alakultak igen kedvezőtlenül a mutatók.

A 2008-as népegészségügyi adatok alapján a daganatos megbetegedések előfordulása, régiós összehasonlításban, minden korcsoportban a Dél-Dunántúlon a legmagasabb.¹

Somogy megyében a születéskor várható átlagos élettartam mindkét nem tekintetében alacsonyabb, mint a Dél-dunántúli Régióban és az országos átlaghoz viszonyítva. Az ezer lakosra jutó élveszületés és halálozás aránya régiós és országos összehasonlításban is rosszabb eredményeket mutat. Halálozásban az élen járunk, az élveszületések számát tekintve pedig a megyei átlag elmarad az országos átlagtól.

A halálozás okai között – hasonlóan az országos adatokhoz – első helyen szerepelnek a keringési rendszer betegségei, második helyen a daganatos betegségek miatti halálozás.²

Sok esetben a daganatos betegek igen elhanyagolt állapotban és már túlságosan későn érkeznek a kórházba, amikor már igen csekély az esély a gyógyulásra.

Valamit tennünk kellett.

Hol van a helye és mi lehet a szerepe egy súlyponti kórháznak a népegészségügyi feladatok megvalósításában?

Megvizsgáltuk, hogy a magyar egészségpolitikai programok milyen szerepet szánnak a kórházaknak a népegészségügyi programok megvalósításában. *Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Népegészségügyi programja* egyértelműen megfogalmazza elvárását a kórházakkal szemben: – „Az egészségügyi ellátórendszer gyógyító tevékenysége mellett megelőző és egészségfejlesztési munkát is végezzen. A kórház legyen egészséges munkahely.”³ – de ennél bővebben nem fejt ki feladatainkat.

A fentiekben megfogalmazott elvárással ellentétben az „Ellátás fejlesztése” című fejezetben igen kedvezőtlenül ítéli meg a kórházak szerepét a népegészségügy területén, és gyakorlatilag a lehetőségét is megkérdőjelezi annak, hogy ez a rendszer képes megváltozni:

„A halálozási adatokból és a kórházban megjelenő egészségügyi feladatokból ítélve az egészségügyi ellátás jelenle-

gi rendszere sajnálatosan kevésbé támogatja a betegségek minél korábban történő felismerését és gyógyítását. Ennek egyik összetevője, hogy a finanszírozási rendszer a megelőzés és a korai felismerés helyett a már kialakult és súlyosabb betegségek ellátását támogatja, ezért az ellátás egy jelentős része a szükségesnél „később és feljebb” történik. Másik nem elhanyagolható tényezője, hogy az egészségügyi személyzetből a szükségesnél kevesebben rendelkeznek a megfelelő ismeretekkel, illetve nem áll rendelkezésre térben és időben a szükséges műszer, tárgyi, technikai feltételrendszer. ... Az itt felsorolt tényezők közül mindegyik természeténél fogva nagy tehetetlenséggel rendelkezik, s ebből kifolyólag igen lassan változtatható rendszerként viselkedik: évtizedes távlatokban várhatóak valódi eredmények, még akkor is, ha a fenti tényezők mindegyikét érintő, jól összehangolt, konzisztens változtatásról van szó.”³

Az intézmény vezetői ennek ellenére úgy gondolták, hogy egy kórháznak is van helye a népegészségügyi, nem egyértelműen definiált rendszerben, képes hatékonyan tevékenykedni az egészségfejlesztés – elsősorban a szekunder – prevenció területén. Egy súlyponti kórházban – bár a súlypontosság sem egyértelműen meghatározott – koncentráltan rendelkezésre áll a humán erőforrás, a tárgyi feltételrendszer, kiemelten a megbízható, magas színvonalú diagnosztikai háttér.

A Kaposi Mór Oktató Kórház a súlyos demográfiai, a szabályozatlan szakmai, finanszírozási és jogi helyzet ismeretében – annak nehézségei ellenére – felvállalta egy helyi szintű népegészségügyi mintaprogram kialakítását, koordinálását és megvalósítását. Célja volt, hogy – az alapfeladatát jelentő gyógyítás mellett – ezzel is hozzájáruljon a területén és környezetében élő lakosság egészségi állapotának javításához. A program pilot-jellege kihangsúlyozandó, mert Magyarországon hasonló kórházi egészségfejlesztési programra nem találunk példát.

A megoldáshoz vezető út – Prevenció és Egészségfejlesztési Iroda kialakítása

A Kaposi Mór Oktató Kórházban a fenti problémákra reagálva 2008 decemberében kialakítottuk a *Prevenció és Egészségfejlesztési Irodát* (a továbbiakban: *Iroda*).

Az iroda jelenleg két munkatársat foglalkoztat, akik

kórházzinten koordinálják a prevenciós tevékenységeket. Feladatainkat négy nagy csoportra osztottuk fel:

1. Szűrő- és prevenciós feladatok koordinálása, a lakosság részvételi arányának növelése a szűrővizsgálatokon (e tevékenységet a későbbi fejezetek részletezik).
2. Egészségnevelő, egészségmegőrző feladatok ellátása, koordinálása.
3. Munkahelyi egészségfejlesztés.
4. Szakmai anyagok készítése.

Az *egészségnevelő-egészségmegőrző programok* keretein belül 2009 tavasza óta különféle városi, kistéleplési rendezvényeken összesen öt alkalommal állított fel a kórház „Egészségátrát”, ahol a lakosság a másodlagos prevenció körébe tartozó szűrővizsgálatokon és tanácsadáson vehetett részt.

Az *elvégzett vizsgálatok*: vércukor- és vérnyomásmérés, testtömegindex-számítás, testzsírszázalék-mérés, komplex tápláltsági állapotfelmérés, gyermek és felnőtt allergia-vizsgálat, hallásvizsgálat, szemészeti vizsgálat, csontsűrűség-mérés, bőrgyógyászati rákszűrés, prosztatatarák-szűrés. *Egészségnevelés – tanácsadasként*: a felsorolt vizsgálatokhoz való konzultációt és diétás tanácsadást biztosítottunk a programokon résztvevőknek, kiegészítve azokat az egészségmegőrzés érdekében végzett masszázssal. Egy-egy alkalommal 500 és 950 közötti vizsgálatot végeztünk el. A kiszűrt embereket családorvoshoz vagy szakrendelésre irányítottuk.

A *munkahelyi egészségfejlesztés* kapcsán az első olyan egészségügyi intézmény vagyunk, akik csatlakoztak az *Egészségesebb Munkahelyekért Egyesülethez*. Az egyesülettel nagyon jó munkakapcsolat alakult ki. Három csapattal is részt veszünk az *Országos Egészségfejlesztési Intézet* által szervezett *Munkahelyi Életmódváltó Csapatversenyen*.

Munkatársaink részére a hét öt napján biztosítunk sportolási lehetőséget a kórház területén, saját kollégáink szervezésében. Egyéni érdeklődésük szerint a mozgásra vágyók részt vehetnek aerobikfoglalkozáson, gerinctornán, jógán és hastáncon.

A *szakmai anyagok elkészítésében* kiemelendő az *Országos Szakfelügyeleti Módszertani Központ* megbízásából, az *Országos Egészségfejlesztési Intézettel*, az *Egészségesebb Munkahelyekért Egyesülettel* és az *Országos Addiktológiai Intézettel* együttműködve elkészített *Munkahelyi Alkohol- és Drogpolitika*.

2009. I. negyedévében *elkészítettük a kórház Egészségtervét*, amelynek fókuszában Somogy megye lakossága szűréseken való részvételi arányának növelése áll. A statisztikai adatok alapján a hangsúlyt a daganatos, valamint a szív- és érrendszeri betegségek másodlagos prevenciójára helyeztük.

A *kórház által elkészített Egészségterv megvalósítása és a korábbi népegészségügyi programok közötti jelentős különbségek*:

- A szűréseket nem különállóan, egyenként, hanem komplex formában kívánjuk megvalósítani.
- A szűréseken résztvevők szoros nyomonkövetése, a háziorvosokkal való együttműködés és a kórházi adatbázis alapján biztosított. „Nem vesz el a beteg.”

– A szűrésekkel – azok komplexitása miatt – nem csupán a panasz- és tünetmentes lakosságot célozzuk meg, hanem a már valamilyen betegséggel diagnosztizált és kezelt pácienseket is.

– Mivel a városi és kistéleplési lakók születéskor várható átlagos élettartama között jelentős különbség van, a kistéleplésen élők szempontjából hátrányosan, ezért a programokban nagy hangsúlyt fektetünk az ott élők elérésére.

– A programokat nem önállóan és egyedül kívánjuk megvalósítani, párhuzamosan az esetleg futó más programokkal, hanem az egészségügy, az egészségügyet szabályozó és irányító, illetve a helyi döntéshozók és civil szervezetek szoros összefogásával.

– Nem kampányjellegű programot kívántunk elindítani, hanem egy fenntartható, a gyakorlatban jól működő rendszert kívántunk kialakítani.

Az összefogás érdekében egyik legelső lépésünk volt a korábban már jól működő kapcsolatok megerősítése, a feladatok újragondolása a *Dél-dunántúli Regionális Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálattal*, a *Somogy Megyei Önkormányzattal* és *Kaposvár Megyei Jogú Város Önkormányzatával*.

Az *Egészségterv megvalósítását kis lépésenként, szakaszokra bontva* kezdtük meg 2009 áprilisában. *I. programként elindítottuk a komplex szűrési napokat kórházunkban.*

Komplex szűréssel a Somogyban élő nők egészségéért

Az *I. programban* a komplex szűréseket a 45 és 65 év közötti, Somogy megyében élő nők számára szerveztük.

A szűrési napok alkalmával – a szakmai indokoltóság alapján – felajánlottuk és megszerveztük, hogy az asszonyok – mammográfiás szűrés mellett – részt vehessenek tüdőszűrésen és méhnyakrák-szűrésen is.

A program menetrendje a következő volt:

1. A program elindítása előtt egyeztetünk az érintett osztályokkal: *Központi Radiológia – Mammográfiás Központ; Tüdőgondozó; Szülészeti-Nőgyógyászati; Patológia; Ápolási Igazgatóság – Dietetikai Szolgálat; Központi Regisztráció; Gyógyszertár; Logisztikai Osztály; Keretgazdálkodás; Informatika; Kontrolling.*

2. Az érintett települések háziorvosait tájékoztattuk telefonon, levélben és e-mail-ben is a komplex szűrés lehetőségéről.

3. Az érintett településekről a mammográfiás vizsgálatra behívott nők részére szintén küldtünk tájékoztató jellegű meghívót.

4. Felkértük a háziorvosokat, hogy a mammográfiás vizsgálatra jelentkező nőket ők is tájékoztassák, továbbá írják össze, hogy ki milyen vizsgálatra szeretne jelentkezni. A listát a háziorvos (vagy asszisztensnő/védőnő) elküldte az Iroda számára.

5. Amennyiben a listát időben megkaptuk, akkor a nőket név szerint előjegyeztettük a nőgyógyászati szakrendelésre, amennyiben pedig nem kaptunk listát, akkor – az első időszak

tapasztalatai alapján – egy rendelési időre 15 nő részére foglaltunk időpontot (folyamatosan egyeztetve a nőgyógyászzal).

6. A kényszerű keretgazdálkodás miatt a szűrések szakmai anyagigényét külön keretből elkülönítve biztosítottuk, az nem az osztályokat terhelte.

7. A szűrés napján érkező csoportokat az *Iroda* és a *Dietetikai Szolgálat* munkatársai fogadták, és szóban is tájékoztatták a résztvevőket a szűrési nap lebonyolításáról.

8. A regisztrációt – a lista alapján – minden esetben mi intéztük a *Központi Regisztrációnál*; a nőknek nem kellett külön odafáradniuk és várakozniuk.

9. A segítők – a *Dietetikai Szolgálat* munkatársai – forgó rendszerben elkísérték a 10–15 fős csoportokat a szűrések helyszínére. Ilyen alkalmakkor folyamatosan lehetőséget tudunk biztosítani csoportos vagy egyéni diétás tanácsadásra is.

10. A szűréseket a továbbiakban a járóbeteg ellátás rendje szerint végezték el.

11. A *Nőgyógyászati Szakrendelésen* ambuláns lapot kaptak a nők, a méhnyakrák-szűrés eredményéről pedig a vizsgálatok kiértékelése után postai úton kaptak tájékoztatást (szükség esetén visszahívást). A tüdőszűrés eredményeit (lelet vagy kiskönyv) az *Iroda* postázta ki a háziorvosok részére, akiknél az eredményeket a szűrésen résztvevő nők átvehették.

12. A tüdőszűrés, a citológia és a mammográfiás vizsgálat eredményéről, a kiemelt esetekről folyamatosan kaptuk és gyűjtöttük az adatokat.

A program eredményeiről

2009 áprilisától júniusig összesen 41 *Somogy megyei településről* érkeztek hozzánk a nők.

Összesen 1 544-en vettek részt a *mellrákszűrésen*, közülük 52 nőt hívtak vissza további vizsgálatokra.

Az 1 544 nő közül 755-en vettek részt *tüdőszűrésen*, akik közül 11 nőt visszarendeltek pulmonológiai szakrendelésre.

A nőgyógyászati vizsgálaton és méhnyakrák-szűrésen 533 nő vett részt, közülük 65 esetben csak vizsgálat történt (korábbi méheltávolítás miatt), 468 esetben pedig *méhnyakrákszűrés* is végeztek. A 468 esetből 47 nőt emeltek ki, akik között 19 esetben *pozitív citológiai elváltozást* találtak. A többi esetben kezelés után újra ismételni kell a citológiai vizsgálatot.

A program költségeiről

Az osztályok igénye alapján az *Iroda* rendelte meg és vette fel a raktárból/gyógyszertárból a szakmai anyagokat, és adta tovább az osztályoknak.

A megnövekedett betegforgalom a *Szülészet-Nőgyógyászati osztályon* és a *Patológián* megnövelte a szakmai anyagigényeket, amelyet az osztályok saját keretükből nem tudtak biztosítani.

A nők részére külön névre szóló meghívót küldtünk, amely *nyomatási és fénymásolási költségekkel* járt. A leletek/elszámolások nyomtatása szintén pluszígényt jelentett.

A költségvetés számításánál csak a plusz szakmai anyagköltséget vettük figyelembe, mert a megvalósítás nem igényelt plusz személyzetet vagy helyiséget. A jelentősen megnövekedett feladat ellátását a meglévő kapacitás nagyon gondos átszervezésével, folyamatos egyeztetéssel, szoros kontrollal tudtuk megvalósítani.

Természetesen, ha a program összes költségét beleszámítanánk, akkor a számított összegnél jóval magasabb értéket kapnánk. A kontrollalapú számításokat a közeljövőben kiemelten kezeljük.

A teljesített eredményekről

A jelenlegi finanszírozási rendszerben lehetetlen annak megtervezése, hogy a finanszírozó felé jelentett adatokból (az osztályok más teljesítményével együtt) az *Országos Egészségbiztosítási Pénztár* mennyit fog biztosan elszámolni, illetve milyen értékben és mennyit fog finanszírozni.

A program II. szakasza

2009. augusztus 31-től a megkezdett szűréseket a fentiekben ismertetett módon kívánjuk folytatni.

A kórház lehetőségeihez mérten a komplex szűrési napokat további vizsgálatokkal kívánjuk kiegészíteni.

2009. augusztus 31-től 2009. december 14-ig további 63 település 45–65 év közötti női lakossága vesz részt a programban.

A települések nagy része a *leghátrányosabb helyzetű kistérségben* található. A program következő szakaszában a nagy számban *romák lakta területekről* is érkeznek hozzánk vizsgálatra asszonyok. Szeptember hónapban már több mint 200 plusz méhnyakrák-szűrést és 330 plusz tüdőszűrést végeztünk el.

Óvatos számításaink szerint – a tapasztalok alapján –, ha csak a minimális megjelenést vesszük alapul, akkor a két éves ciklus alatt (a mammográfiás szűréshez igazodva) 4 000 plusz méhnyakrák-szűrést és 6 000 plusz tüdőszűrést tudunk elvégezni azoknak a nőknek a körében, akik egyébként nem járnak rendszeresen szűrővizsgálatokra, nincs magán-nőgyógyász orvosuk.

Terveink – Komplex szűrési program férfiak számára

Köztudott, hogy a férfiak halálozási mutatói még rosszabbak, mint a nőké. Sajnos az is köztudomású, hogy nehezebb őket rábírní arra, hogy részt vegyenek különféle vizsgálatokon, különösen akkor, ha nincsen semmilyen panaszuk.

Számukra egy olyan *komplex szűrési program* megvalósítását céloztuk meg, amelynek során részt vehetnek *prosztatarák-szűrésen, fül-orr-gégészeti és szájüregi rákszűrésen, továbbá szív- és érrendszeri szűrővizsgálatokon.*

Fontosnak tartjuk és keressük a megvalósítási lehetőségeit annak, hogy a férfiak is nagyobb számban vegyenek részt tüdőszűrésen és keressük a megoldást a vastag- és végbélrák-szűrés bevezetésére.

A „jó gyakorlat” gyümölcse

Örömmel és büszkén cáfoljuk azt a feltételezést, hogy a magyar kórházi ellátó rendszer tehetetlenségénél fogva nem hosszú évek alatt sem képes változni vagy eredményeket elérni.

A tenni akarás, a szakmai és társadalmi összefogás bebizonyította, hogy pár hónap leforgása alatt egy olyan jól működő szűrési rendszer alakítható ki, amely nagyon népszerű a lakosság körében.

A nők nagyon nagy lelkesedéssel fogadják a programot. Egyre többen vesznek részt a mammográfiás vizsgálaton is, mert ha még két másik vizsgálatra is elmehetnek, akkor szívesebben jönnek.

„Ez a nap már rá lett szánva! Ha már itt vagyunk és van rá mód, akkor elmegyünk a többi vizsgálatra is, mert különben nem mennénk el.”

A komplex szűrés híre a hivatalos tájékoztatáson és az eredmények megkezdett kommunikációján túl szájról-szájra is terjed a települések között. Soha nem látott lelkesedést, együttműködést tapasztalunk az alapellátás és az önkormányzatok részéről is. Úgy tűnik, valami hasonlóra vártak az elmúlt években.

Az összefogáson és a rengeteg szervezésen kívül mindehhez az is kellett, hogy ne adjuk fel annak reményét, hogy lehet jobban is csinálni, és ne veszítsük el a hitet, hogy képesek vagyunk változást elérni.

A kórház és a *Prevenziós és Egészségfejlesztési Iroda* vezetői, munkatársai maguk sem gondolták, hogy 10 hónap alatt idáig jutunk el. Az eddigi eredmények regisztrálásával, egységes adatbázis kialakításával, majd szakmai, gazdasági és egészség-hatástani elemzésével szeretnénk a jövőben a komplex szűrést alátámasztott hatékonysággal folytatni.

Összefoglalás

Somogy megyében – a régióhoz és az országos átlaghoz képest is – elkeserítőek a megbetegedési és halálozási adatok. A szűréseken való részvételi arány messze elmarad az elvárttól. A daganatos megbetegedéseket sok esetben olyan későn fedezik fel, hogy már kevés az esély a gyógyulásra. Az elmúlt években nem láttunk semmilyen programot, jó gyakorlatot, szakmai konszenzust, amely előremozdította volna a lakosság részvételi arányának növelését a különböző szűrővizsgálatokon.

A népegészségügyi programokban a megvalósítás tekintetében eddig nem fektettek nagy hangsúlyt a kórházak szerepére, sőt szinte megkérdőjeleződik, hogy az egészségügyi ellátó rendszer képes-e egyáltalán változni, vagy bármilyen eredményt elérni.

A Kaposi Mór Oktató Kórház a súlyos demográfiai, a szabályozatlan szakmai, finanszírozási és jogi helyzet ismeretében – annak nehézségei ellenére – felvállalta egy helyi szintű népegészségügyi mintaprogram kialakítását, koordinálását és megvalósítását. Kialakítottuk a *Prevenziós és Egészségfejlesztési Irodát*, azzal a céllal, hogy a kórház az alapfeladatát jelentő gyógyítás mellett ezzel is hozzájáruljon a területén és környezetében élő lakosság egészségi állapotának javításához.

Olyan komplex, fenntartható, jó gyakorlaton alapuló szűrési programot indítottunk el, amelynek első szakaszában soha nem látott eredményeket értünk el. A lakosság igényeire hangolódva, a lehetőségeket megfelelően felhasználva, az összefogás és a tenni akarás bebizonyította, hogy igenis van megoldás.

Summary

In Somogy County the morbidity and mortality rate is astonishingly high compared to the regional and national averages. The screening participation is far below the expected. In many cases cancer is discovered only in such an advanced stage that there is hardly any hope for recovery. In the past years we have not seen any guide lines, practice or professional consensus that would have provided advice on how to promote the population's participation in the different kinds of screenings.

In the population health programs the hospitals have not been played a significant role as an active participant, and it has been rather questionable if the healthcare providing system could be changed in order to achieve better results. The Kaposi Mór Teaching Hospital in spite of the extremely difficult demographic, unregulated professional, financial and legal situation initiated the development, coordination and execution of a local population health program. As an important part of this program the *Prevention and Health Development Office* was created with the purpose of advancing the hospital's role in local health promotion besides fulfilling its traditional role of healing. With this action we have started a comprehensive, maintainable and appropriate-practice-based program that in its first phase already has produced never-before-seen results. In tune with the needs of the population, utilizing all available resources our cooperation and intention of right action proved that it is indeed possible to improve the critical health situation that we are facing today.

JEGYZETEK

1. *Népegészségügyi Jelentés*. 2008
2. *Somogy megyei statisztikai évkönyv*. KSH, 2007
3. *Az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Népegészségügyi Programja*

Az étellel való elégedettség (SWLS), az általános és szubjektív jóllét vizsgálata védőnő hallgatók körében

Balogh Mónika tanársegéd¹,
Dr. habil. Barabás Katalin egyetemi docens²

¹Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési kar, Egészségmagatartás és -fejlesztés Szakcsoport

²Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet

Bevezetés

Az utóbbi években a szakmai folyóiratok egyre több olyan felmérés eredményeiről számolnak be, amelyek hazai felsőoktatási intézmények hallgatói körében készültek. A serdülő korosztály és a magyar felnőtt lakosság egészségi állapotának és egészségmagatartásának kutatása mellett kiemelt szerepet kap a fiatal felnőtt korosztály (18–30 év) egészségmutatóinak vizsgálata, amely eredmények következtetniek engednek a majdani felnőtt korban várható egészségi állapotra, egészségmagatartásra is. Jelen tanulmány bevezetésében az utóbbi években végzett néhány olyan, hazai és nemzetközi vizsgálat eredményeit foglaljuk össze, amelyekben a fiatal felnőtt korosztály egészségi állapotát és egészségmagatartását vizsgálták.

Az *International Health and Behaviour Study* nemzetközi kutatás részeként hazai főiskolások és egyetemisták szívbetegséggel kapcsolatos egészségmagatartásáról és rizikótudatáról, 590 főiskolás és egyetemista bevonásával végeztek felmérést (Baranyai, R.–Bakos, G.–Andrew, S.–Jane, W.–Kopp, M.; 2006). A kutatás során alkalmazott kérdőív szerkezeti egységei az alábbiak voltak: egészség- és kockázati magatartás (dohányzás és túlsúly, sportolás és egészséges étrend), az egészséges életmód fontossága, valamint a szívbetegséggel kapcsolatos kockázati tényezők ismerete. Az egyes mutatók között szignifikáns eredmény volt kimutatható a nemek tekintetében; a nőkre egészségesebb életmód volt jellemző, mint a férfiakra.

Korábbi kutatások eredményei kimutatták, hogy a felsőoktatásban tanuló hallgatók egészségmagatartása jobb, mint más társadalmi rétegeké (Patrick és mtsai; 1992). Fizikai aktivitás tekintetében a Martinez, Gonzalez és munkatársai (2001) által végzett kutatás eredményei azt mutatták, hogy a felsőfokú végzettséggel rendelkezők aktívabbak. A hazai fiatalok táplálkozási szokásait az európai átlaghoz viszonyítva nagyon kevés azon fiatal, aki mindennapjaiban egészségesen táplálkozik (Steptoe és mtsai; 2002).

A kutatás eredményeit figyelembe véve megállapítható, hogy nem elegendő az egyes rizikótényezőkről szóló ismeretek átadása, hanem arra is szükség van, hogy az átadott

ismeretek a hallgató meggyőződésévé váljanak. Ehhez elengedhetetlen a példamutatás, illetve azon lehetőségek megteremtése, ahol az egészséges életmód gyakorolható és meg is tartható. Kutatások bizonyítják, ha megteremtjük az egészséges életmódhoz szükséges lehetőségeket, az együtt jár magával az egészséges életmóddal (Reed és Philis; 2005).

Az *Egyetemisták Egészséges Táplálkozásáért (EGYET Program)* 2006-ban azzal a céllal indult el, hogy nappali tagozatos felsőoktatási hallgatók körében feltáró vizsgálatot készítsenek a hallgatók táplálkozási szokásairól és a szívbarát termékek ismeretéről. A felmérés a *Szívbarát-program* keretén belül valósult meg, 681 főiskolai hallgató bevonásával (átlagéletkor 22,0 év ± 2,8). A megkérdezettek 65%-a egy egytől ötig terjedő skálán közepesnek minősítette életmódját, bevallásuk szerint mindössze 24%-uk folytat teljes egészében egészséges életmódot (Kovács, I.–Lelovics, Zs.–Lenkovics, B., 2007).

Az *Ifjúsággutató* (Bauer, 2000, 2004, 2008) célja, hogy feltárja a magyarországi fiatalok anyagi és kulturális erőforrásait, életmódját és értékrendszerét mind vertikális, mind horizontális síkon. A kutatás, amely 8 000 fős reprezentatív vizsgálat volt, a lakosság 15–29 éves korcsoportjára terjedt ki. A 2008-as eredmények közül jelen kutatásunk szempontjából kiemelendő, hogy a szubjektív jóllét vonatkozásában a megkérdezettek 35%-a teljesen, 40%-a inkább elégedett egészségével, közérzetével.

A *HUNGAROSTUDY 2002* (Kopp, M.) országos reprezentatív egészségfelmérés a lakosság (12 630 fő részvételével) testi-lelki egészségi állapotát, az egészségüggyel kapcsolatos problémáit és igényeit, valamint a pszichoszociális rizikófaktorok átfogó vizsgálatát tűzte ki célul. A kapott eredmények közül az egészségi állapot minősítésére vonatkozóan a következő százalékos megoszlás mutatkozott: a megkérdezettek 16,5%-a válaszolta azt, hogy rossz vagy nagyon rossz, 39,2%-a azt, hogy közepes az egészségi állapota; és 43,8%-a jónak vagy kiválóan ítélte meg egészségi állapotát.

Az *Országos Egészségi Lakosság Felmérésre (OLEF)* 5 072, 18 évnél idősebb magyar állampolgár adott választ a 2003-as évi adatfelvétel során (kérdőív használatával). A legutóbbi felmérés eredményei azt mutatják, hogy

Magyarországon háromszor annyian vélik egészségüket rossznak vagy nagyon rossznak, mint az Európai Unióban.

Feith, Kovácsné és Balázs (2008) kutatásukban leendő diplomás ápolónők és orvostanhallgatók egészségét és egészségmagatartását vizsgálták (226 diplomás ápoló, 117 orvostanhallgató). A megkérdezettek 8,5%-a kiváló minősítéssel, 61,2%-a jó minősítéssel jellemezte saját egészségi állapotát. 28,6%-uk kielégítő, míg 1,7%-uk rossz minősítést adott. Felmérésükben külön foglalkoztak a pszichoszomatikus tünetek előfordulási gyakoriságával. A minta 2,7%-a jelölte azt, hogy nincs pszichoszomatikus tünete a mindennapjaiban.

A nemzetközi kutatások közül megemlítendő *Keller és munkatársai (2007)* német orvostanhallgatók körében végzett felmérése (252 fős mintán), amelyet azzal a céllal végeztek, hogy feltárják a hallgatók egészségmagatartási szokásait, kiemelten az alkoholfogyasztást. Írországban *Boland és Fitzpatrick (2006)* ugyancsak orvostanhallgatók körében végzett vizsgálatot, amely során a fiatalok egészségmagatartási mutatóinak változását követték 1973 és 2002 között. Az Egyesült Államokban *Zahran, Zack és munkatársai (2007)* 18 és 34 év közötti fiatalok között végeztek kérdőíves felmérést, amelyben – az egészséggel összefüggésben – az élet-

minőséget és a rizikómagatartások előfordulását vizsgálták 2003 és 2005 között. A mentális és a testi tünetek előfordulási gyakoriságát összevetve azt az eredményt kapták, hogy a fiatalok hétköznapjaiban gyakrabban fordul elő stressz, depresszió vagy egyéb lelki probléma, mint fizikai értelemben vett betegség.

Kutatási cél

A védőnő hallgatók körében végzett átfogó kutatás célja többértű volt. Az általános egészségmagatartási mutatók vizsgálatán túl fel kívántuk tární a hallgatók általános és szubjektív jóllétét, továbbá az életükkel való elégedettségüket, azt, hogy mennyire elégedettek életük eddigi történéseivel és mindennapjaikkal.

Minta és módszer

Az *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapszakos hallgatók (későbbiekben EGP) közül 185 fő, míg végzett védőnő hallgatók közül 227 fő vett részt a felmérésben, összesen 412 hallgató. A minta átlagéletkora 20,57 év (EGP: 19,26 év

1. táblázat

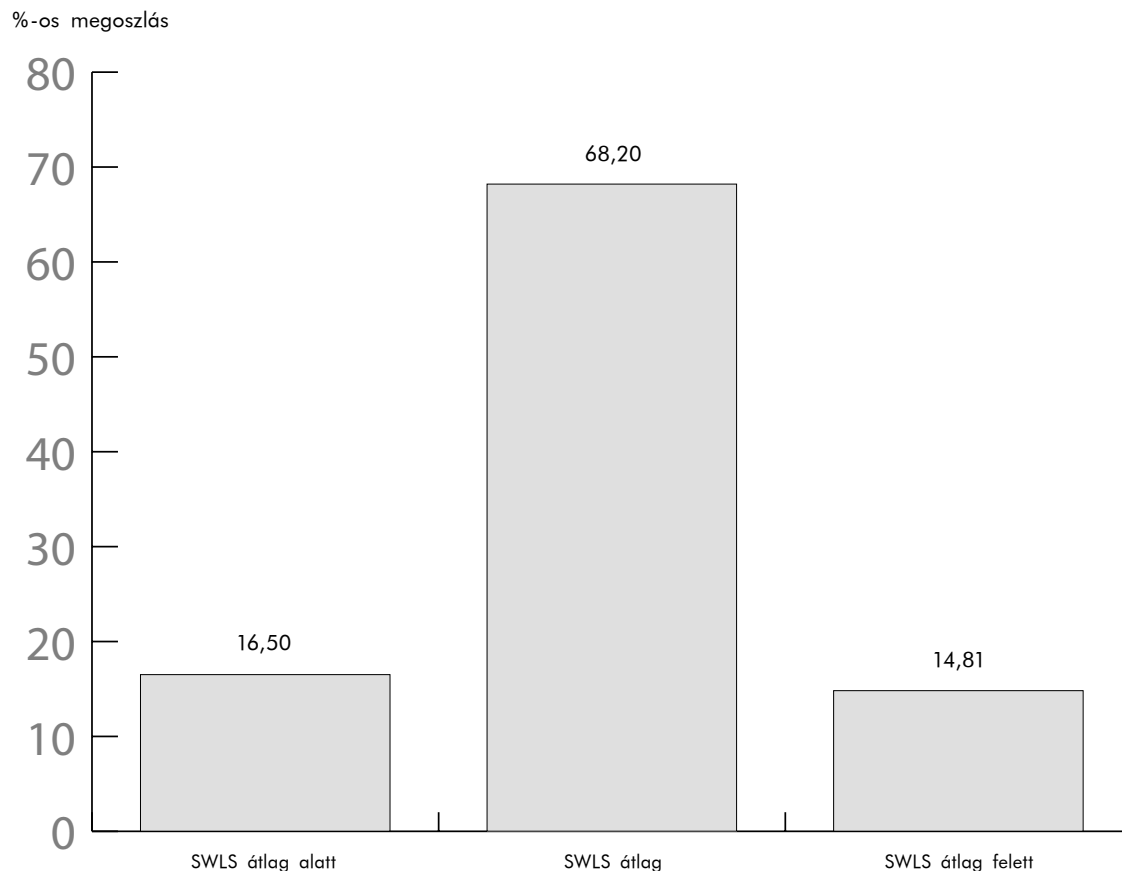
A pszichés és szomatikus tünetek előfordulásának gyakorisága évfolyam-megoszlásban

(N=405), (*p<0,05; ** p<0,000)

Tünetek	Évfolyam	Mean	F-érték	t-érték	Sig.
Hasfájás	EGP hallgató	2,83	21,500	1,486	,138
	Végzős hallgató	2,66			
Hátfájás	EGP hallgató	2,94	0,624	1,576	,116
	Végzős hallgató	2,75			
Kedvtelenség	EGP hallgató	2,39	5,675	-,515	,607
	Végzős hallgató	2,44			
Félelem	EGP hallgató	3,05	22,736	5,024	,000**
	Végzős hallgató	2,50			
Idegesség	EGP hallgató	2,05	1,513	1,583	,114
	Végzős hallgató	1,91			
Indulatosság	EGP hallgató	2,62	11,188	2,345	,019*
	Végzős hallgató	2,37			
Elalvási probléma	EGP hallgató	3,19	16,425	3,908	,000**
	Végzős hallgató	2,77			
Átalvási probléma	EGP hallgató	3,02	18,118	2,795	,005*
	Végzős hallgató	2,70			
Szédülés	EGP hallgató	3,54	12,471	2,209	,028*
	Végzős hallgató	3,33			
Fáradtság	EGP hallgató	1,95	14,802	-,741	,459
	Végzős hallgató	2,02			
Hányinger	EGP hallgató	3,67	39,125	3,441	,001*
	Végzős hallgató	3,35			

1. ábra

Az étellel való elégedettség (SWLS) százalékos megoszlása
(N=405)



($\pm 1,71$); Végzett hallgatók: 23,88 év ($\pm 2,79$)). A hallgatók a 2007–2008-as, valamint a 2008–2009-es tanévben töltötték ki a kérdőíveket, amelyekre jellemző volt az anonimitás és az önkéntesség. A kérdőív – a kutatási céloknak megfelelően – az alábbi adaptált, valid kérdésblokkokat tartalmazta:

– *The Satisfaction with Life Scale (SWLS)* – az étellel való elégedettség mérése (5 kérdést tartalmaz, amelyekre 1-től 7-ig terjedő skálán vannak válaszlehetőségek (Pikó, 2002));

– *Szubjektív egészségi állapot mérése* – pszichés és szomatikus tünetek előfordulásának gyakoriságát méri 1-től 4-ig terjedő skálán, HBSC (Németh A., 2006);

– *WHO Általános Jólét Index* – 5 kérdést tartalmaz, amelyekre 0-tól 2-ig terjed a válaszadási lehetőség, (Kopp, M., 2002);

– *Egészség önértékelése* – 1-től 5-ig terjedő skálán kell a hallgatóknak saját egészségüket összességében, valamint korosztályukhoz viszonyítva minősíteniük (Kopp, M. és Pikó, B. 2002).

Az adatfelvétel az írásbeli kikérdezés módszerével, kérdőív eszközével történt. Az egyes kérdésblokkokra vonatkozó Cronbach–alfa érték valamennyi esetben a statisztikailag elvárt értékhatár felett volt.

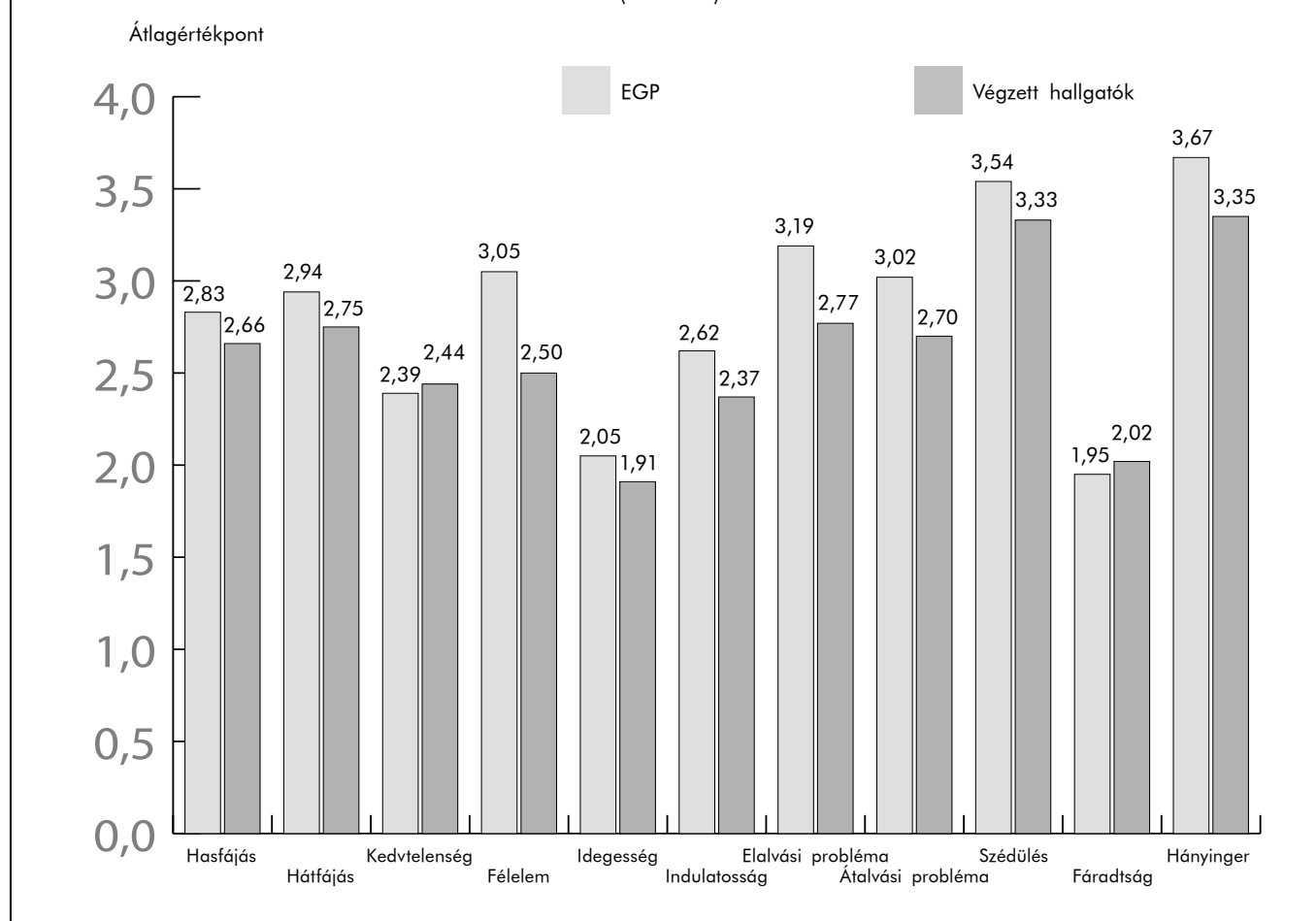
Eredmények

Az étellel való elégedettség (*The Satisfaction with Life Scale* – *SWLS*) skála 5 olyan kérdést tartalmaz, amely az életkörülményekre, az eddigi életben kapott dolgokra, valamint az eddigi élet változtatási lehetőségére vonatkozik. A válaszokat hétfokozatú skálán jelölték be a hallgatók, ahol az 1-es érték az „*egyáltalán nem értek egyet*”, a 7-es érték a „*teljesen egyetértek*” választ jelentette. Az elérhető legkisebb pontszám 5 pont, míg a maximális pontszám 35 pont volt. (1. ábra)

A hallgatók válaszai (N=410) alapján az átlag-értékpont 23,50 ($\pm 5,802$), amely arra enged következtetni, hogy a megkérdezettek közepes mértékben elégedettek eddigi életükkel. Az átlag-értékpont alapján három csoportot képeztünk, figyelembe véve a szórás mértékét. A minta 68,20%-a az átlag-csoportba tartozik (SWLS átlag-értékpont 17,69–29,30 között van), 14,81%-uk az átlag feletti csoportba tartozik (SWLS átlag-értékpont 29,31–35), míg 16,50%-uk a minta átlagértéke alatt adott választ (SWLS átlag-értékpont 17,68–5). Az elsős és végzős hallgatók válaszai között nem mutatható ki szignifikáns különbség, mindkét évfolyam közel azonos átlag-értékponttal értékelte jelenlegi élethelyzetét (az elsőéves hallgatók átlag-értékpontja 23,67, a végzős hallgatók

2. ábra

A szubjektív jóllét átlagérték pontszámainak alakulása az EGP és végzett hallgatók válaszai alapján
(N=405)



tók átlag-értékpontja 23,35; $F=0,015$, $p=0,903$, $t=0,554$). Ugyancsak nincs különbség aszerint, hogy a hallgatók milyen településről érkeztek a felsőoktatási intézménybe. Jelenlegi vizsgálatunk eredménye alapján elmondható, hogy ugyanolyan elégedettséggel rendelkeznek azok a hallgatók, akik fővárosból, megyeszékhelyről, városból vagy községből, tanyáról érkeztek az általuk választott oktatási intézménybe ($N=410$, Chi-square=93,878, $p=0,288$).

A szubjektív jóllét vizsgálatához a *Németh Ágnes* által vezetett HBSC-kutatás (2006) során alkalmazott 12 tétel kérdést alkalmaztuk, amelyben testi és pszichés tünetek előfordulási gyakoriságát kellett a hallgatóknak bejelölniük 1-től 4-ig terjedő skálán (1 = gyakran, naponta, hetente többször; 4 = ritkábban vagy soha jelentéssel bírt). (2. ábra)

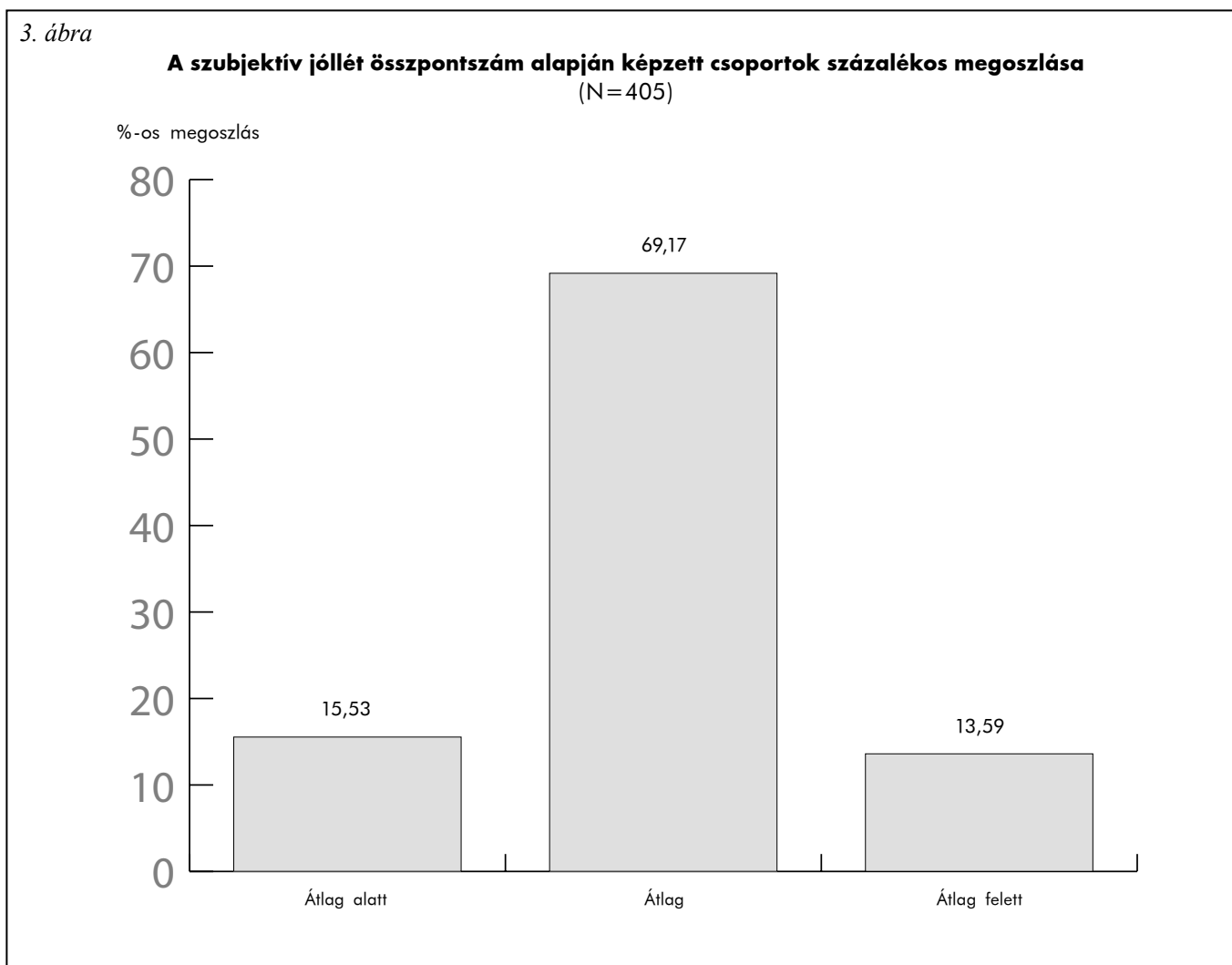
Az egyes tünetek gyakoriságát tekintve megállapítható, hogy a hallgatók viszonylag gyakran észlelnek magukon egyes pszichés tüneteket, úgymint az idegességet és a kedvtelenséget. A válaszok alapján ritkábban fordulnak elő egyes testi tünetek, mint például a hányinger, a szédülés, a hátfájás és a hasfájás. A két évfolyam válaszait összehasonlítva, több tünet előfordulása esetén szignifikáns különbség mutatkozik. (1. táblázat)

A tizenkét felsorolt pszichés és testi tünet előfordulási

gyakoriságát tekintve hat tünetnél mutatható ki szignifikáns különbség a két évfolyam között. Elsődlegesen a pszichés tünetekben tapasztaltunk eltérő gyakoriságot, a végzős hallgatók gyakrabban érezték félelmet az elmúlt 6 hónapban és gyakrabban voltak idegesebbek. Az elalvási és átálvási problémák, valamint a szédülés és a hányinger ugyancsak a tanulmányaikat befejező hallgatókra volt jellemzőbbek.

A szubjektív jóllét kérdésre adott válaszok alapján a legkevesebb összpontszám 12, míg a legmagasabb összpontszám 48 átlag-értékpont lehetett. A teljes minta válaszáinak értékelésekor kapott átlag-értékpont 32,45 ($\pm 7,707$), amely érték alapján az SWLS eredményéhez hasonlóan három csoportot képeztünk: átlag csoport (a tartományba a 24,743–40,157 összpontszámú válaszadók kerültek), átlag feletti csoport (40,158 feletti összpontszámú válaszok) és átlag alatti csoport (24,742 összpontszám alatti eredmények). (3. ábra)

A minta döntő többsége, 69,17%-a válasza alapján az átlagos csoportba tartozik. Kevesebb azok száma, akik az átlaghoz viszonyítva magasabb pontszámot jelöltek meg, ami esetünkben azt jelenti, hogy mindennapjaikban ritkábban vannak jelen a felsorolt pszichés és szomatikus tünetek (a minta 13,59%-a). A megkérdezett fiatalok 15,53%-ánál viszonylag gyakoriak az egyes tünetek hetente többszöri,



heti rendszerességűek. A 2006-os HBSC-kutatás (Németh, 2007) eredményeihez hasonlóan a pszichés tünetek előfordulása gyakoribb a hallgatók körében, mint a szomatikus tünetek jelenléte.

Az SWLS-hez és a szubjektív jólléthez kapcsolódóan mintánk általános jóllétét – a WHO Általános Jóllét Index alkalmazásával – is fel kívántuk mérni (Kopp, 2002). A kérdésblokk 5 állítást tartalmaz, amelyek a hallgató általános jóllétére irányulnak. A válaszok az „egyáltalán nem jellemző” és „teljesen jellemző” tengely mentén, 4 válaszalternatívát kínáltak fel. Az adott válaszok alapján az összesített értékpont 0 és 15 közé eshetett. (2. táblázat)

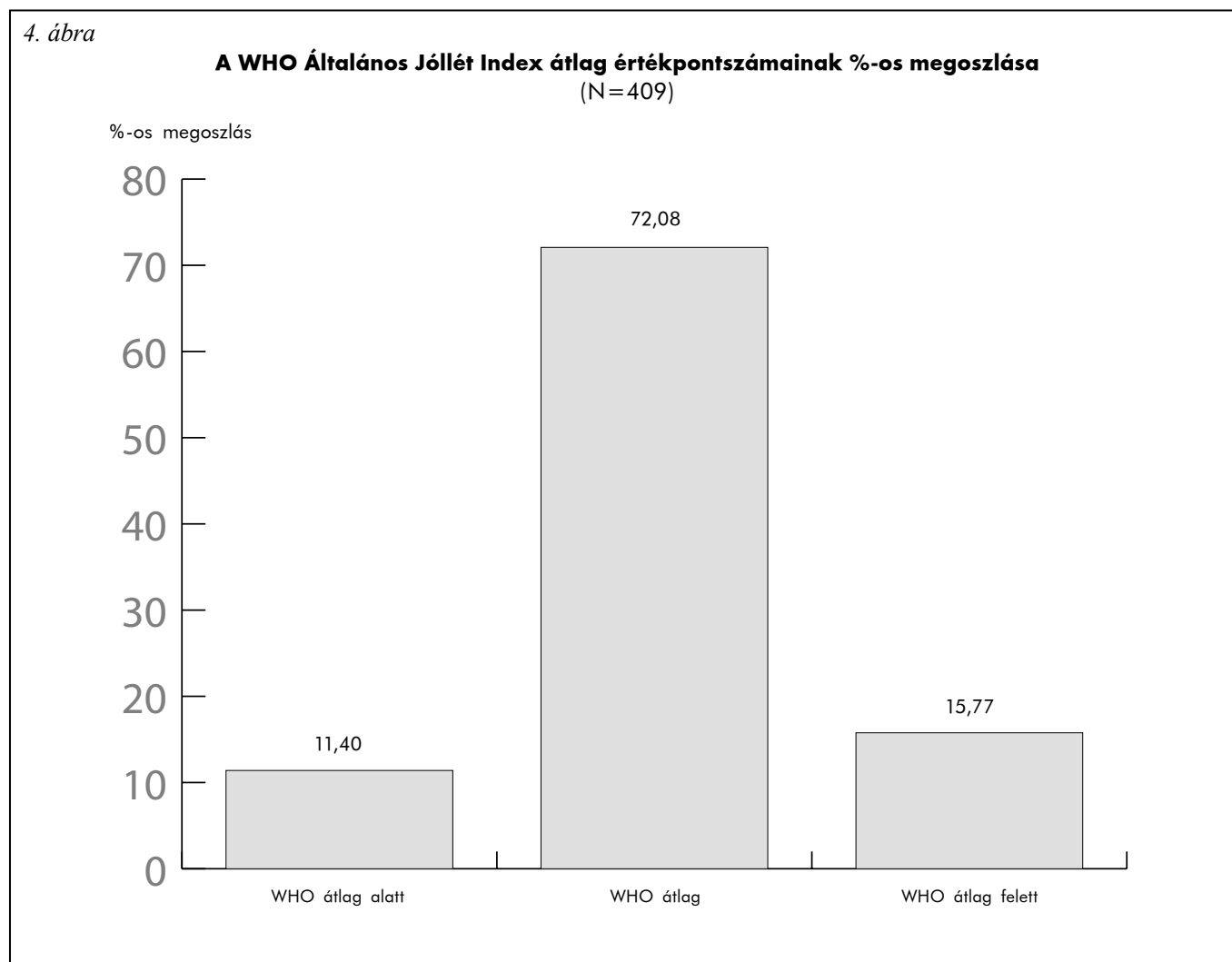
A vizsgált két évfolyam között a kapott eredmények alapján szignifikáns különbség mutatható ki. Az első évfolyamos Egészségügyi gondozás és prevenció alapszakos hallgatók jobbnak ítélik meg általános jóllétüket, mint a vizsgálat idején végzős hallgatók. A végzős hallgatókra kevésbé jellemző, hogy az elmúlt 2 hét során vidámabbak, jókedvűek, nyugodtabbak és aktívabbak lettek volna, valamint ébredésükkor sem voltak frissek, és napjaikra alig volt jellemző, hogy érdekes dolgok történtek volna. (4. ábra)

A felmérésben részt vevő minta 72,8%-a azon csoportba tartozik, akikre az általános jóllét jellemző (a minta átlag-értékpontja: 7,82±2,91). Az átlagosnál jobban érzi magát a megkér

2. táblázat

A WHO Általános Jóllét Index átlag értékpontszáma évfolyamok tükrében
 (N=405), (*p<0,05)

	Évfolyam	Mean	F-érték	t-érték	Sig.
WHO Általános Jóllét Index	EGP hallgató (N=184)	8,16	3,458	2,185	,029*
	Végzős hallgató (N=225)	7,53			



dezetek 15,77%-a, míg 11,40%-ukra kevésbé vagy egyáltalán nem jellemző az általános jólét. Kapott eredményeinket a *Hungarostudy* (Kopp, 2006) eredményeivel összevetve közel azonos eredményeket kaptunk (az országos lakossági vizsgálatban az általános jólét átlag-értékpontja 7,75 volt).

Mindezek után arra kértük a hallgatókat, hogy minősítsék egy 1-től 5-ig terjedő skálán, milyennek ítélik meg összességében saját egészségi állapotukat (*Egészség önértékelése – Kopp, M. és Pikó, B., 2002*). A megkérdezett főiskolai hallgatók összességében közepesnél kicsit jobbnak érzik saját egészségi állapotukat. A két évfolyam között jelentős különbség nem tapasztalható (EGP hallgatók (184 fő) által adott válaszok átlagértéke $3,58 \pm 0,786$; Végzős hallgatók (225 fő) által adott válaszok átlagértéke $3,54 \pm 0,762$). A korosztályhoz viszonyított egészségi állapot megítélésében nem találtunk eltérő választ, közel azonos értéket jelöltek a hallgatók, mint saját állapotuk minősítésénél. Kapott eredményeinket a *Feith és munkatársai* által orvostanhallgatók körében végzett felmérés adataival összehasonlítva, megállapítható, hogy a védőnő hallgatók rosszabbnak ítélik meg saját egészségi állapotukat, mint a orvosok. Hallgatóink inkább közepes minősítést adtak, míg a más egészségügyi szakmára készülő fiatalok jónak vélik egészségi állapotukat.

Összegzés

A fentiekben ismertetett kutatások és egyben saját vizsgálatunk adatai csupán a töredékét mutatták a tényleges eredményeknek, de talán elegendő információt nyújtanak arra vonatkozóan, hogy megállapítást nyerjen az a közhelynek tűnő mondat, hogy „*felnevelő nemzedékünk egészségi állapota nem megfelelő*”. Joggal feltételezhetnénk azt, hogy az egészségügyi felsőoktatásban tanuló fiatalok egészségi állapotának és egészségmagatartásának jobbnak kellene lennie, hiszen ők tanulmányaik során számos tantárgy keretén belül foglalkoznak egészségtudománnyal, orvostudománnyal, képzésük középpontjában az *'egészséges ember'* áll – az egészség megőrzése, fejlesztése vagy az egészségi állapot helyreállítása, attól függően, hogy melyik alapszakon tanulnak a hallgatók. Fenti feltételezésünket támaszthatná alá az is, hogy a védőnő pályára érkező fiatalok jobban odafigyelnek saját egészségükre, hiszen olyan hivatást választottak, amelyben kiemelt hangsúlyt kap az egészség értéke, annak értékévé emelése. A jelenleg bemutatott eredmények, valamint a korábbi tanulmányokban már közzétett adatok nem igazolják ezen feltételezés helyességét, az egészségügyi pályára készülő fiatalok egészségi állapota a más jellegű felsőoktatásban tanuló hallgatókéhoz hasonló.

Fontosnak tartjuk a figyelmet felhívni arra, hogy az egészségügyi felsőoktatásban tanuló hallgatók egészségi állapota és egészségmagatartása az egészségpolitikában és oktatáspolitikában egyaránt kiemelendőbb figyelmet igényelne, hiszen ezen szakemberek feladata lesz a lakosság egészségi állapotának javítása, fejlesztése. Az a szakember – jelen esetünkben az a védőnő –, akinek saját egészségi állapota nem kielégítő, patogén egészségmagatartási mutatók jellemzik, kevésbé lehet hiteles és példamutató a felnövekvő nemzedék számára. Úgy gondoljuk, a kapott adatok alapján a védőnők képzés egyes tartalmi és módszertani kérdései újragondolhatóak, újraértelmezhetőek, annak érdekében, hogy ne csak elméleti tudású, hanem szakmailag is hiteles szakemberek mutassanak példát a társadalomnak.

Absztrakt

Bevezetés: Az utóbbi években a szakmai folyóiratok egyre több olyan felmérés eredményeiről számolnak be, amelyek hazai felsőoktatási intézmények hallgatói körében készültek. A magyar lakosság egészségi állapotának és egészségmagatartásának kutatása mellett kiemelt szerepet kap a fiatal felnőtt korosztály (18–30 év) egészségmutatóinak vizsgálata, amely eredmények következtetni engednek a majdani felnőtt korban várható egészségi állapotra, egészségmagatartásra. Az *Egyetemisták Egészséges Táplálkozásáért (EGYET Program)* 2006-ban végzett feltáró vizsgálata szerint a megkérdezettek 65%-a egytől ötig terjedő skálán közepesnek minősítette életmódját, bevallásuk szerint mindössze 24%-uk folytatott teljes egészében egészséges életmódot (Kovács I.–Lelovics Zs.–Lenkovics B., 2007). Az *Iffjúságkutatás* 8 000 fős reprezentatív felmérésében a 15–29 évesek több mint háromnegyede alapvetően jónak, további 20%-uk általában jónak ítéli meg egészségügyi állapotát; az objektív egészségi állapot felmérésénél 7%-uknál tapasztalható bizonyos szintű akadályoztatás. Hasonlóan kedvezőtlen képről számolnak be a *Hungarostudy* (Kopp, M., 2002) és az *OLEF* (2003) vizsgálatok eredményei is. Jelen tanulmány bevezetésében az utóbbi években végzett néhány hazai és nemzetközi vizsgálat eredményeit foglaljuk össze, amelyekben a fiatal felnőtt korosztály egészségi állapotát és egészségmagatartását vizsgálták.

Minta: A felmérés az egészségügyi felsőoktatásban tanuló védőnő hallgatók körében készült (országos viszonylatban). Az *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapszakos hallgatók (későbbiekben EGP) közül 185 fő, míg végzett védőnő hallgatók közül 227 fő vett részt a felmérésben, összesen 412 hallgató. A minta átlagéletkora 20,57 év (EGP: 19,26 év ($\pm 1,71$); Végzett hallgatók: 23,88 év ($\pm 2,79$)).

Módszer: Az adatfelvétel az írásbeli kikérdezés módszerével, kérdőív eszközével történt. A hallgatók a 2007–2008-as, valamint a 2008–2009-es tanévben töltötték ki a kérdőívet, amelyekre jellemző volt az anonimitás és az önkéntesség. A kérdőív – a kutatási céloknak megfelelően – az alábbi adaptált, valid kérdésblokkokat tartalmazta: *The Satisfaction with Life Scale (SWLS)* – az étellel való elégedettség mérése (5 kérdést tartalmaz, amelyekre 1-től 7-ig terjedő skálán

vannak válaszlehetőségek (Pikó, 2002)); *Szubjektív egészségi állapot mérése* – pszichés és szomatikus tünetek előfordulásának gyakoriságát méri 1-től 4-ig terjedő skálán, *HBSC* (Németh A., 2006)); *WHO Általános Jólét Index* – 5 kérdést tartalmaz, amelyekre 0-tól 2-ig terjed a válaszadási lehetőség, (Kopp, M., 2002)); *Egészség önértékelése* – a hallgatóknak 1-től 5-ig terjedő skálán kell saját egészségüket összességében, valamint korosztályukhoz viszonyítva minősíteniük (Kopp, M. és Pikó, B., 2002)).

Eredmények: Az étellel való elégedettségre (SWLS) adott válaszok alapján a hallgatók (N=410) átlag-értékpontja 23,50 ($\pm 5,802$), amely arra enged következtetni, hogy a megkérdezettek közepes mértékben elégedettek eddigi életükkel. A szubjektív jólét vizsgálatához felsorolt egyes tünetek gyakoriságát tekintve megállapítható, hogy a hallgatók viszonylag gyakran észlelnek magukon egyes pszichés tüneteket, úgymint az idegességet és a kedvtelenséget. A válaszok alapján ritkábban fordulnak elő egyes testi tünetek, mint például a hányinger, a szédülés, a hátfájás és a hasfájás. A két évfolyam válaszait összehasonlítva, több tünet előfordulása esetén szignifikáns különbség mutatkozik. A *WHO Általános Jólét Index* eredménye alapján elmondható, hogy az első évfolyamos *Egészségügyi gondozás és prevenció* alapszakos hallgatók jobbnak ítélik meg általános jólétüket, mint a vizsgálat idején végzős hallgatók. A végzős hallgatókra kevésbé jellemző, hogy az elmúlt 2 hét során vidámabbak, jókedvűek, nyugodtabbak és aktívabbak lettek volna, valamint ébredésükkor sem voltak frissek, és napjaikra alig volt jellemző, hogy érdekes dolgok történtek volna. Az egészségi állapot önminősítése során elmondható, hogy a megkérdezett főiskolai hallgatók összességében közepesnél kicsit jobbnak érzik saját egészségi állapotukat. A két évfolyam között jelentős különbség nem tapasztalható (EGP hallgatók (184 fő) által adott válaszok átlagértéke 3,58 \pm 0,786; Végzős hallgatók (225 fő) által adott válaszok átlagértéke 3,54 \pm 0,762).

Abstract

Introduction: During the past few years professional literature has included an increasing number of survey results among national under graduate students. Aside from a national demographic survey of health and behaviorisms, the health patterns of young adults (18–30 yrs) were highlighted. The results of which would help to possibly predict the health and health related behaviorisms in later life. *The University Students for Healthy Eating Habits Program (EGYET Program)* according to the survey (an scale from one to five), 65% of the respondents assessed their healthy habits life style as being average, and only 24% of them lead a healthy life style (Kovács L.–Lelovics Zs.–Lenkovics B., 2007). In the frame of a so called *Youth Survey* of 8 000 youths aged 15–29 years more than three quarters assessed their health to be adequate, a further 20% to be generally good where as 7% experienced a certain level of unease. The *Hungarostudy* (Kopp, M., 2002) and *OLEF* (2003) shows a similar inconvenient tendency. The implementation of the current study shows the results of some national and international tests of

health conditions among young adults in which health condition and behavior was examined.

Sample: The national survey was taken among the students of health sciences. 185 students attended the primary health care and prevention program, and another 227 graduating health visitors, a total of 412 students. The sample's average age was 20,57 (EGP: 19,26 yrs. old (1,71); graduated students 23,88 yrs. old (+2,79)).

Method: The information was collected by the use of a written questionnaire. The questionnaires were filled out in the academia years of 2007/08 and 2008/09 by anonymous volunteer students. The questionnaire was a valid adaptation of: *The satisfaction with Life Scale (SWLS)* (5 questions, where you could choose between 7 possibilities, (Pikó, 2002)). Subjective health status measurement (the frequency of psychological and physical symptoms were measured on a scale of 1–4 scale, HBSC (Németh A., 2000)); *WHO General Well-being Index* (with 5 questions ranging from 0–2 possibilities, (Kopp, M., 2002)). The students took a self-evaluation of healthiest based an 1–5 scale questionnaire and was compared to that of their peers (Kopp, M. and Pikó, B., 2002).

Results: The results of the questionnaires were an average of (N=410) with points of 23,50 (+ 5,802), from which could be deduced that the students were fairly satisfied with their lives so far. According to the symptoms listed in the subjective standard of living test, it could be stated that the students frequently noticed certain physiological symptoms like nervousness and mild depression. According to the answers certain bodily complaints like stomach aches, headaches, nausea and dizziness were not as frequent. In comparing the answers of the two years there was a significant difference when there were multiple symptoms. According to the test results of the *WHO General Well-being Index* it could be stated that the first year health visitor students were more satisfied with their general living standards than the graduating students. Among the graduating student it was less likely that they would be calm, active and in good humor. They were less fresh in the morning and thought that nothing new and interesting would happen during the day. The results of the self evaluation of health test was that on average the students considered themselves to be fairly healthy. There was no significant difference between the two years (EGP students' (184) average points 3,58+-0,786; graduating students' (225) average points were 3,54+-0,762).

IRODALOM

Baranyai, R.–Bakos, G.–Andrew, S.–Jane, W.–Kopp, M.: „Egyetemisták és főiskolások szívbetegséggel kapcsolatos egészségmagatartása, rizikóadata és hiedelmei.” *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7, 125–138., 2006.

Bauer, B.–Szabó, A. (szerk.): *Ifjúság 2004. Gyorsjelentés*. Mobilitás Ifjúságkutató Iroda, Budapest, 2005.

Diener, E.–Emmons, R. A.–Larsen, R. J.–Griffin, S.: „The Satisfaction With Life Scale.” *Journal of Personality Assessment*, 49, 71–75., 1985.

Feith, H. J.–Kovácsné, T. Á.–Balázs, P.: „Egészség és egészségmagatartás leendő és végzett diplomás ápolónők és orvosnők körében.” *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 238–304., 2008.

Feith, H. J.–Kovácsné, T. Á.–Balázs, P.: „Egészség és egészségmagatartás leendő és végzett diplomás ápolónők és orvosnők körében.” *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 9, 4, 289–304., 2008.

Kopp, M.–Kovács, M. E. (szerk.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006.

Kovács, I.–Lelovics, Zs.–Lenkovics, B.: *Felsőoktatási hallgatók egészségmagatartása és táplálkozása*. Szívbarát Program, 2007.

Mackenbach, J. P.–Kunst, A. E.–Cavalaars, A.–Groenholz, F.–Guerts, J. J. M.: „Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe.” *Lancet*, 349: 1655–1659., 1997.

Martinez-Gonzalez, M. A.–Varo, J. J.–Santos J. L.–De Irala, J.–Gibney, M.–Kearney, J.–Martinez J.: „Prevalence of physical activity during

leisure time in the European Union.” *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33 (7), 1142–1146., 2001.

Boland, M.–Fitzpatrick, P. és mtársai: „Trends in medical student use of tobacco, alcohol and drugs in an Irish university, 1973–2002.” *Drug and Alcohol Dependence*, 85, 123–128., 2006.

Országos Lakossági Egészség Felmérés (OLEFF). Gyorsjelentés. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, 2003

Patrick K.–Grace, T. W.–Lovato, C. Y.: „Health issues for college students.” *Annual Review of Public Health*, 13, 253–168., 1992.

Reed, J.–Philips, D. A.: „Relationships between physical activity and the proximity of exercise facilities and home exercise equipment used by undergraduate university students.” *Journal of American College Health*, 53 (6), 285–290., 2005.

Keller, S.–Maddock, J. E. és mtársai: „Binge drinking and health behavior in medical students.” *Addictive Behaviors*, 32, 505–515., 2007.

Step toe, A.–Wardle, J.–Cui, W.–Bellisle, F.–Zotti, A.–M., Baranyai R.–Sanderman R.: „Trends in smoking, diet, physical exercise and attitudes toward health in european university students from 13 countries, 1990–2000.” *Preventive Medicine*, 35 27, 97–104., 2002.

Szabó, A.–Bauer, B. (szerk.) (2009): *Ifjúság 2008. Gyorsjelentés*. Szociális és Munkaügyi Minisztérium, Budapest, 69–81., 2008.

Zahran, H. S.–Zack, M. M. és mtársai: „Health-Related Quality of Life and Behaviors Risky to Health among Adults Aged 18–24 Years in Secondary or Higher Education – United States, 2003–2005.” *Journal of Adolescent Health*, 41, 389–397., 2007.