

## ÓVODAPEDAGÓGUS HALLGATÓK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK FELMÉRÉSE

**Bíró Éva, Olvasztó Lajos és Kósa Karolina**

*Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum,  
Népegészségügyi Kar Megelőző Orvostani Intézet, Egészségfejlesztési Tanszék*

Az emberiség életében bekövetkezett gyors anyagi és társadalmi változások, az élet és a munka felgyorsult ritmusa, a rohamos technikai fejlődés nyújtotta pozitív és negatív hatásokhoz való alkalmazkodás, illetve annak nehézségei megnövekedett pszichés terhelést jelentenek, amelyek gyakran pszichés zavar, megbetegedés és/vagy életmódbeli devianciák kialakulásához vezetnek (Frenkl, 1997; Kopp, 2006; Pikó, 2006). Ennek következtében a lelki egészség megőrzésére és annak fejlesztésére, valamint a pszichikus ártalmak elhárítására és a betegségek megelőzésére ma világszerte nagy és növekvő erőfeszítés irányul (Prince, Patel, Saxena, Maj, Maselko, Phillips és Rahman, 2007; Power, 2010).

### **Az európai és a magyar népesség lelki egészsége**

A lelki egészség elengedhetetlenül fontos az egyének és közösségek életminősége szempontjából, azonban a globális betegségteher 12%-a közvetlenül mentális betegségeknek tulajdonítható (WHO, 2001). Ugyanakkor a lelki egészség jelentősége túlmutat a mentális betegségeken, hiszen a lelki problémák nemcsak ezekben, hanem a betegségentitást nem képező szomatikus, testi problémák és betegségek hátterében is tetten érhetők.

A mentális zavarok – beleértve a szenvedélybetegségeket is – csökkentik a várható élettartamot. A depresszió és a szorongás fokozza az öngyilkosság, a túlzott alkoholfogyasztás, a dohányzás gyakoriságát (Roshanaei-Moghaddam és Katon, 2009; Pack, 2009; Jané-Llopis és Matytsina, 2006), a krónikus nem fertőző betegségek kialakulásának kockázatát (Sher, Lolak és Maldonado, 2010; Pouwer, Kupper és Adriaanse, 2010), valamint, ha ezek mellett társbetegséggént van jelen, fokozott az életminőség romlásának kockázata (Moussavi, Chatterji, Verdes, Tandon, Patel és Ustun, 2007).

Az 1950 után végzett felmérések legalább 20% körülire becsülték a pszichiátriai megbetegedések arányát a teljes lakosságban (Kopp, Szedmák, Lőke és Skrabski, 1997). A Hungarostudy-vizsgálat eredményei alapján a depresszió klinikai diagnosztikus küszöbét meghaladó esetek előfordulási gyakorisága 1988-ban 7,5% volt, ami 1995-re

14,1%-ra emelkedett. 2002-ben a vizsgált populáció 16,5%-a mutatott depresszív tüneteket, ez az arány 2006-ra 20,5%-ra nőtt. A vizsgálat sorozatból az is kiderült, hogy a depresszió gyakorisága és súlyossága tekintetében az egyik legfontosabb háttértényező az iskolázottság (Kopp, 2008). Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ) szerint a mentális zavarok prevalenciája globálisan 25%-ra tehető (WHO, 2001). A főbb mentális zavarok hazai előfordulása a felmérések szerint hasonló a globális, illetve az európai trendhez, azonban található néhány eltérés is. Az európai átlagnál kedvezőtlenebb a helyzet a férfiak depresszióját tekintve, melynek prevalenciája hazánkban 2006-ban másfélszerese volt az Európai Unióénak (EU); a túlzott alkoholfogyasztással összefüggő halálozások vonatkozásában, ami ugyancsak 2006-ban 1,6-szer volt nagyobb, mint az EU-ban; és a befejezett öngyilkosságokat illetően, ami több mint kétszeresen meghaladta az EU-ban regisztrált értéket (Wahlbeck, 2009; Eurostat, 2006). Mindezek alapján a hazai lakosság lelki egészségi állapota az európai országok döntő többségével összehasonlítva rosszabbnak minősíthető.

Ez még inkább indokolttá teszi a mentális betegségek hazai gyakoriságának nyomon követését és a kialakulásukhoz vezető kockázati tényezők feltárását. Mindezek ismeretében megelőzést célzó tevékenységek tervezhetők, vagyis mérlegelhető az, mit tehetünk, milyen helyzetet teremtsünk ahhoz, hogy a különböző lelki megbetegedések ki se alakuljanak (Bóta és Győri, 2007).

A lelki egészség megőrzése az Egészség Évtizedének Nemzeti Népegészségügyi Programjában is kiemelt terület. A program céljai között szerepel a lakosság lelki egészségi állapotának és életminőségének javítása, az egészségtudat fejlesztése, a lelki egészségnek mint értéknek a felmutatása (46/2003. OGY-határozat). Az egészségügyi tárca elfogadta a Leleki Egészség Országos Programját (LEGOP), ami 2013-ig tartó – több kormányzati cikluson átívelő – szakmai fejlesztés alapja. A stratégiai dokumentum megalkotásának célja a lelki egészség javítását célzó szakpolitikák és a leghatékonyabb fejlesztések meghatározása, rendszerszerű összefoglalása, a fejlesztési lépések programozása, a szükséges erőforrások felmérése, a megfelelő ütemterv kialakítása (Egészségügyi Minisztérium, 2008).

## A lelki egészség fejlesztése az óvodában

A felnőttkori egészség, tanulási képességek és érzelmi élet vonatkozásában a gyermekkor, különösen az első hat évnek óriási jelentősége van. Ennek megfelelően a korai személyiségfejlesztés alapvető fontosságú a későbbi nemzedékek egészsége vonatkozásában (McCain és Mustard, 1999, 2007). A korai személyiségfejlesztés legfontosabb első szereplői a szülők, kiemelt intézményes színtere az óvoda. A megfelelően tervezett korai fejlesztő programok hatékonyságát tudományos bizonyítékok támasztják alá (Kósa, 2008).

A nevelés során a szülői nevelői attitűdök és a családi légkör depresszív irányba terelhetik a gyermeket, ami később pesszimista gondolkodáshoz és csökkent problémamegoldó képességhez vezethet (Corveleyn, Luyten és Blatt, 2005; Margitics, 2005).

Ezeket a problémákat a szülőkhöz hasonlóan a pedagógusok is előidézhetik, hiszen a gyermekekkel ők is sok időt töltenek együtt. Tekintettel a hat éven aluli kornak a személyiségfejlődésben betöltött jelentőségére, az óvodapedagógus ismeretei, képességei, készségei, személyisége mint minta, valamint az általa teremtett légkör alapvetően meghatározó a gyermekek jövője szempontjából (*Silver, Measelle, Armstrong és Essex, 2005, 2010*).

Az óvodapedagógus alapszak szakalapítási dokumentumában, az elsajátítandó szakmai kompetenciák között olvasható, hogy az óvodapedagógusok legyenek tájékozottak az egészségre nevelés és a mentális egészség védelmének elvi és gyakorlati kérdéseiben (15/2006. OM-rendelet). A bolognai rendszernek megfelelően átalakított új típusú óvodapedagógusi alapképzés lehetőséget adott a főiskolák számára, hogy az interdiszciplináris elméleti ismereteket megújítsák és bővítsék az európai értékrendnek megfelelően. A gyakorlati felkészítés újabb lehetőséget kapott 30 további kredittel, ez az egység a hallgató bevonásával zajló oktatási formákra fordítható (pl. konfliktuskezelő tréning, esetmegbeszélés, projektépítés, problémamegoldás stb.). E tréningek tovább mélyíthetik a hallgatók segítő szemléletét és készségeit a rájuk bízott gyermekekkel való még hatékonyabb foglalkozás érdekében (*Kissné Korbuly, 2005*).

Ellentétben azokkal a magas elvárásokkal, amiket a társadalom támaszt a jövő generációit nevelő szakemberekkel szemben, viszonylag kevés figyelmet fordítanak e szakemberek aktuális állapotára, lelki egészségére. Egy, közel tíz éve az Országos Közoktatási Intézetben folytatott kutatás szerint a pedagógusok mentális jellemzői ugyan kedvezőek a felnőtt népességhez, illetve a pedagógusokhoz hasonló demográfiai és kulturális státuszú társadalmi csoportokhoz hasonlítva, de a pedagógusok nem definiálhatók homogén sokaságnak, és a kedvező átlagértékek jelentős különbségeket rejtnek (*Paksi és Schmidt, 2006*). E különbségek elemzése és részletes feltárása az inhomogén pedagógusrétegen belül még mindig várat magára.

A hazai szakirodalomban óvodapedagógusok lelki egészségének célzott felméréséről nem található közlemény, de született néhány szakdolgozat e célcsoportot vizsgálva. A dolgozatok eredményei alapján az óvodapedagógusok körében is szoros az összefüggés az egészségi állapot és a lelki egészség között (*Zilahiné Varga, 2009*); valamint a kezdő óvodapedagógusok lelki egészségi állapota jobb a hosszabb ideje pályán levőkénél (*Füle, 2009*).

A már pályán lévők mellett kiemelt figyelmet érdemelnek a leendő pedagógusok, akik a jövő generáció szellemi állapotának és egészségmagatartásának formálásában egyaránt kiemelkedő szerepet játszanak majd. E célcsoport vonatkozásában eddig egy országos vizsgálat történt kutatócsoportunk irányításával, amely során leendő tanárok (tanár szakos egyetemi hallgatók) egészségi állapota és egészségmagatartása került felmérésre hat magyar felsőoktatási intézmény hallgatói körében. A felmérés eredménye szerint a tanárjelöltek egészségi állapotát negatívan befolyásolja a pszichés stressz, amelynek mértéke a tanárjelöltek szignifikánsan nagyobb részénél (egynegyedénél) volt magasabb a hasonló korú átlagnépességhez viszonyítva (*Balajti, Daragó, Bíró, Ádány és Kósa, 2008*).

A jelen közleményben bemutatott vizsgálat célja óvodapedagógus hallgatók lelki egészségének felmérése volt olyan módszertannal, amely lehetővé teszi lelki egészségük

jellemzőinek összevetését a szerzők által korábban vizsgált más tanárjelöltekével, illetve a hasonló korú átlagnépességével. Feltételeztük, hogy a lelki egészséget jellemző paraméterek csak az átlagnépességtől térnek el, a tanár szakos hallgatóktól nem.

## Módszerek

### Alapsokaság és minta

A vizsgálatot a Debreceni Egyetem Gyermeknevelési és Felnőttképzési Karán, óvodapedagógus szakon tanuló nappali tagozatos hallgatók körében végeztük a 2009/2010-es tanév első félévének 9. oktatási hetében. Az intézmény tanulmányi osztályától kapott adatok alapján a nappali szakra járó óvodapedagógus hallgatók létszáma 168 fő, ebből az első évfolyamon 68, a második évfolyamon 54, a harmadikon 46 fő folytatott tanulmányokat.

### A vizsgálat eszközei

A felmérés önkitöltős, papír alapú kérdőívvel történt. A kérdőív 77 – három főbb csoportba sorolható – kérdést tartalmazott: (1) demográfiai adatok (kor, nem, szülők iskolai végzettsége, család anyagi helyzete, állandó lakóhely); (2) egészségi állapot (szubjektív egészség, mennyit tehet az egészségért, lelki egészség, társas támogatottság); (3) egészségmagatartás az egészségkárosító szerekre fókuszálva (dohányzás, alkoholfogyasztás, kábítószer-használat). A kérdések jelentős része megegyezett a kutatócsoportunk által 2007-ben tanárjelöltek körében végzett felmérés kérdéseivel (*Balajti és mtsai, 2008*).

A lelki egészség felmérése a következő eszközöket alkalmaztuk: (1) pszichés stresszt mérő, 12 kérdéses *General Health Questionnaire-12* (GHQ-12) (*Goldberg és Blackwell, 1970*); (2) a Beck-féle depresszió teszt kilenc kérdéses változata (*Beck, Ward, Mendelson, Mock és Erbaugh, 1961*); (3) Észlelt Stressz Kérdőív (*Cohen, Kamarack és Mermelstein, 1983*), valamint (4) az *Antonovsky*-féle koherenciaérzést mérő rövidített, 13 ítemet tartalmazó kérdőív (*Antonovsky, 1987*).

A pszichés stresszt vizsgáló GHQ-12 értékelését az Országos Lakossági Egészségfelmérésben (OEK, 2003) alkalmazott módszer szerint végeztük: az összpontszám 0–12 között lehet, s a négy feletti pontszám tekintendő kórosnak (*Goldberg és Blackwell, 1970; Örkényi, 2005*).

A Beck-skála kilenc kérdésére adott válaszok pontösszege 9–36 közötti lehet. A 0–9 pont átlagos, a 10–18 enyhe, a 19–25 közép súlyos, valamint a 26 vagy annál magasabb pont súlyos depressziót jelez (*Beck és mtsai, 1961; Perczel Forintos, Kiss és Ajtay, 2007*).

Az Észlelt Stressz Kérdőív (*Cohen, Kamarack és Mermelstein, 1983; Stauder és Konkoly Thege, 2006*) az elmúlt hónap során lezajlott történéseknek az egyénre gyako-

rolt hatását méri fel 14 kérdés segítségével. Alacsonyabb pontszám pozitívabb állapotot, kisebb mértékű stresszt tükröz.

A koherenciaérzés mérésére az *Antonovsky*-féle eszköz (*Antonovsky*, 1987) általunk validált változatát használtuk (*Balajti Vokó, Ádány és Kósa*, 2007). A koherenciaérzés mértéke komplex önbizalomként értelmezhető, nem személyiségjegye, hanem attitűd, amit gyermekkori élmények formálnak. Minél magasabb szintű ez a beállítottság, annál eredményesebb a stresszhatásokkal való megküzdés (*Balajti és mtsai*, 2007). A koherenciaérzést jellemző lehetséges legkisebb érték 13, legmagasabb 91 pont, s ez minél magasabb, annál erősebb a koherenciaérzés.

Egy, az Országos Lakossági Egészségfelmérésben (*OLEF*, 2003) alkalmazott hét kérdésből álló kérdőívvel mértük fel a családtól, ismerősöktől, barátoktól kapott társas támasz mértékét, amelyen 7–21 közötti összpontszám érhető el. A 7–17 pont a társas támogatottság súlyos, 18–20 pont kisebb hiányosságait jelzi, míg 21 pont esetén teljesen kielégítő a kapott támogatás (*Meltzer, Gill, Petticrew és Hinds*, 1995; *Albert, Dávid és Németh*, 2005). Külön kérdésben kérdeztünk rá az egyetemi társaktól kapott támaszra.

Az egészségmagatartás témakörében a dohányzásra és az alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések a 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérésből származtak (*OEK*, 2003). A drogfogyasztásra vonatkozó kérdéseket a European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (*ESPAD*, 2003) felmérés kérdőívéből adaptáltuk (*Paksi*, 2006).

A vizsgálatban való részvétel önkéntes volt. Személyes megkereséssel, tanórákat követően, előre egyeztetett időpontban kértük az adatfelvétel időpontjában a helyszínen tartózkodó hallgatókat a kérdőívek anonim kitöltésére. A hiányzókkal nem történt utólagos felmérés.

### **Adatelemzés, értékelés**

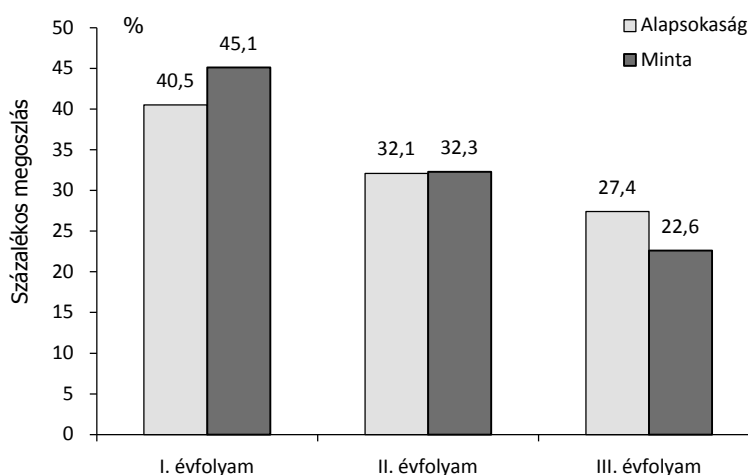
A kérdőíveket évfolyamonként kódoltuk. A dohányzás esetében a „hetente néhány-szor”, „havonta néhány-szor”, „ritkábban mint havonta” válaszok együttesen, „alkalmi dohányos” kategóriaként szerepelnek az értékelésben. Az egyes eszközöknél (koherenciaérzés, GHQ-12, társas támogatottság, észlelt stressz, Beck-teszt) minden kérdésre választ kellett adni ahhoz, hogy értékelhető legyen, így hiányzó válasz esetén az adott blokkot nem elemeztük. Az adattisztítás során az egészségmagatartásra vonatkozó kérdések esetében kizártuk az ellentmondó válaszokat (pl. ha valaki azt válaszolta, hogy nem dohányzik, mégis megadta, hogy hány szál cigarettát szív).

Az elemzés során az adatokat évfolyamonkénti bontásban hasonlítottuk össze. A pszichés stresszt jellemző összpontszámot (GHQ-12) – nem normális eloszlású változó lévén – átlag helyett mediánnal jellemeztük; az évfolyamok közötti különbséget a Kruskal–Wallis-próbával; a küszöb feletti arányában mutatkozó különbséget a khi-négyzet próbával elemeztük. A koherenciaérzés és az észlelt stressz átlagértékeinek különbözőségét az évfolyamok között varianciaelemzéssel (ANOVA) vizsgáltuk. A társas támasz, a Beck-féle depresszió, valamint a szubjektív egészség, az egészségért való cselekvés és a dohányzás vizsgálatánál a *Fischer*-féle egzakt-tesztet alkalmaztuk. Az alkoholfogyasztás és a droghasználat esetében szintén a khi-négyzet próbát végeztük el. A tanulmányban kizárólag a szignifikáns eltéréseket ismertetjük.

Eredményeinket a 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérés azonos korosztályára vonatkozó eredményekkel, a tanárjelölteket vizsgáló 2007-es felmérés eredményeivel (Balajti és mtsai, 2008), illetve a Népegészségügyi Kar és a Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet által országos reprezentatív mintán 2010-ben végzett felmérés adataival hasonlítottuk össze. Az eredmények összehasonlítására az átlagok esetében kétmintás t-próbát, az arányok esetében z-próbát alkalmaztunk.

### A vizsgálat eredményei

A 168 hallgató közül 133-an voltak jelen az intézményben az adatfelvétel időpontjában, a válaszadási arány 79,2%-os. A minta 3%-a férfi, 97%-a nő (a karon tanuló hallgatók nemi arányának megfelelően). A válaszadók átlagéletkora 19,9 év (18 évestől 24 évesig). Az évfolyamok tekintetében a minta jól reprezentálja az alapsokaságot (1. ábra).



1. ábra

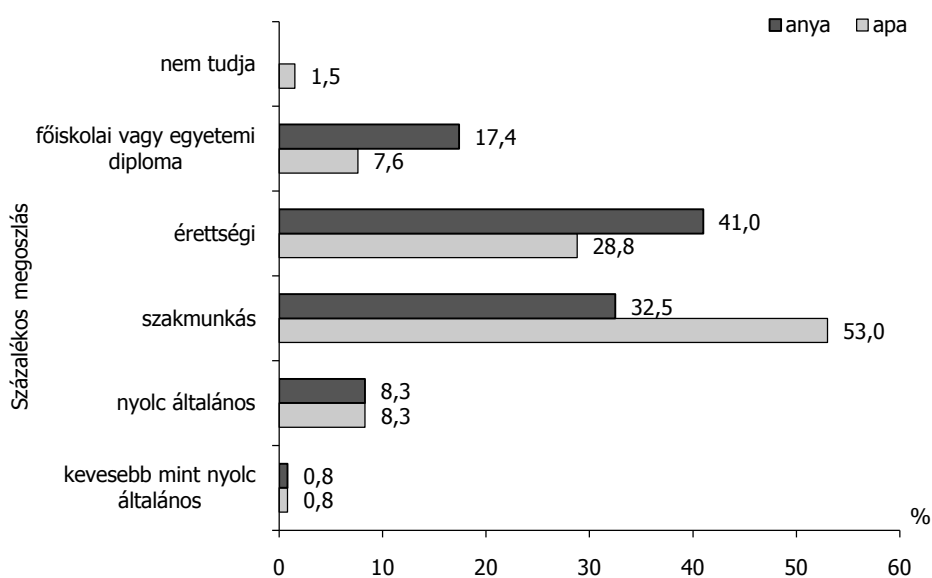
*A minta és az alapsokaság megoszlása évfolyamonként*

Nem volt olyan kitöltött kérdőív, ami teljes egészében értékelhetetlen lett volna, de a kérdőív egyes kérdéseire nem válaszolt minden hallgató. Ha az értékelhető válaszok aránya az egyes kérdéseknél vagy skáláknál 97% alatt volt, a válaszadási arányt az adott változóknál külön jelöltük.

A szülők legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlását szemlélteti a 2. ábra. A hallgatók állandó lakóhely szerinti megoszlása látható a 3. ábrán. A tanulmányi idő alatti lakóhelyet tekintve 52,3%-uk kollégiumban él, 39,4%-uk rokonával, 7,6%-uk lakik nem rokonnal (pl. főbérlő, albérlő). Kevesebb mint egy százalékuk (0,7%) lakik egyedül. A megkérdezettek anyagi helyzete egyéni megítélés szerint 49,2%-ban megfelelő, 28,8%

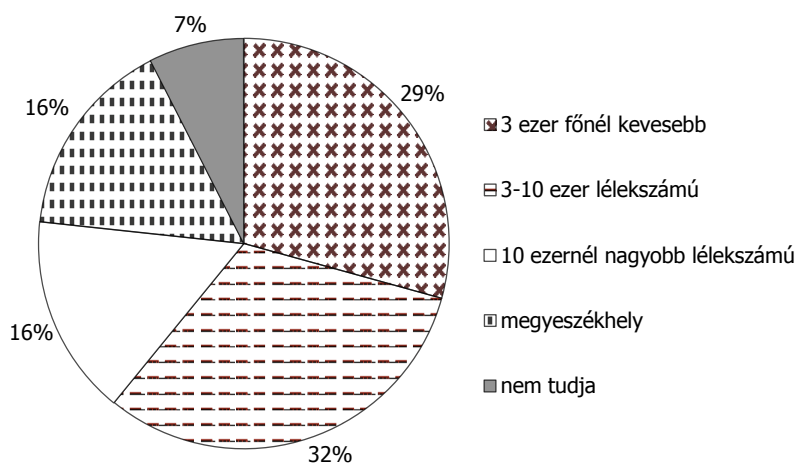
Óvodapedagógus hallgatók mentális egészségének felmérése

szerint jó, 13,6% rossznak ítélte meg, 4,6% esetében nagyon jó, és nagyon rossznak 3,8% tekintette.



2. ábra

A szülők legmagasabb iskolai végzettség szerinti megoszlása



3. ábra

A hallgatók állandó lakóhely szerinti megoszlása

A saját egészségét a hallgatók 53,5%-a vélte jónak vagy nagyon jónak, 42,1%-a kielégítőnek, 3,7%-a rossznak vagy nagyon rossznak, és 0,7%-uk nem tudta megítélni. A válaszadók 89,5% úgy vélte, nagyon sokat vagy sokat tud tenni saját egészségéért, 6% nem tudta megítélni, és 4,5% szerint semmit vagy csak keveset tud tenni egészsége érdekében.

A koherenciaérzés átlagpontszáma 58,5 volt (min. 36, max. 83; szórás: 9,72). A GHQ-12 skálával mért pszichés stressz esetében a medián 2 (min. 0, max. 11). A kitöltők 33,1%-a ért el 4 pontnál többet, rájuk kóros mértékű pszichés stressz jellemző. Az Észlelt Stressz Kérdőív esetében a válaszok 96,1% volt értékelhető. A 0–56 pont közötti tartományban az átlag 26,6 pont volt (min. 11, max. 40, szórás: 6,07). A Beck-féle, depressziót mérő eszköznél az átlagpontszám 13,1 volt (min. 9, max. 29, szórás: 3,70). A normál kategóriába tartozók aránya 15,9%, az enyhén depressziós hallgatók aránya 75%, a közepes súlyos kategóriába a hallgatók 8,3%-a, a súlyosba 0,8%-uk tartozott.

A válaszolók 56,5%-a teljesen kielégítőnek érzi a családi, baráti és ismerősi körből kapott támogatást, 29,8%-nál kisebb, míg 13,7%-nál súlyos hiányosság fordult elő a társas támasz esetében. Arra a kérdésre, hogy a főiskolai társaktól kapott támogatás milyen mértékű, 68,7% válaszolta azt, hogy teljes mértékben támogatják őt. Azok aránya, akik nem kapnak oly mértékű támogatást, mint szeretnék, 26,0%, és a válaszadók 5,3%-át egyáltalán nem támogatják.

A dohányzás esetében 90,1% volt az értékelhető válaszok aránya. Naponta dohányzik a hallgatók 41,3%-a; soha nem dohányzott 34,7%; alkalmi dohányos 19,8% és már leszokott 4,2%. A naponta dohányzók közül 18%-uk kevesebb mint 5 szálát, 38%-uk körülbelül fél dobozzal (5-10 szál), 34%-uk több mint fél dobozzal (10-15 szál), 10%-uk körülbelül egy dobozzal (15-20) szív. A két évvel ezelőtti dohányzási szokásokra vonatkozó kérdésre válaszolók 39,7%-a többet, 30,1%-uk körülbelül ugyanannyit dohányzik. Az akkor még nem és a kevesebbet dohányzók aránya megegyezett (15,1%). A rendszeres dohányzás elkezdésének átlagéletkora 16,8 év volt (14-21 év, szórás: 1,55). A dohányzási szokásokat illetően az évfolyamok között szignifikáns a különbség ( $p=0,04$ ). A soha nem dohányzók aránya a harmadik évfolyamon a legnagyobb: 51,9%, első évfolyamon 36,4%, második évfolyamon 20,5%. A napi dohányosok aránya másodéven a legnagyobb: 61,5%, első évfolyamon 34,6%, harmadéven 25,9%.

A hallgatók 77,1%-a szokott alkoholt fogyasztani. Arra a kérdésre, hogy milyen gyakran ivott alkoholt az elmúlt 12 hónapban, 40,0%-uk válaszolta azt, hogy ritkábban mint havonta, 32,3%-uk havonta 1-3 alkalommal, 18,1%-uk hetente 1-2 alkalommal. Az elmúlt egy évben alkoholt nem fogyasztók és a heti 3-4 alkalommal fogyasztók aránya 4,8%. Senki nem válaszolta azt, hogy mindennap vagy majdnem mindennap fogyaszt alkoholt. Az első alkoholfogyasztás életkorának átlaga 15,7 év (7-20 év, szórás: 1,69). A hallgatók 33,8%-a próbált ki valamilyen kábítószer. A leggyakrabban fogyasztott kombináció a gyógyszer alkohollal, második helyen a marihuána fogyasztása áll. A kipróbálás motivációja 15,8%-nál a kíváncsiság volt, 3,8%-nál a problémafelejtés. Az első kábítószer kipróbálásának átlagéletkora 18,4 év (16-22 év, szórás: 1,77), a használók 57,8%-ának válasza alapján.



## A jelen vizsgálat eredményeinek összehasonlítása a tanárjelöltekkel és az átlagnépesség azonos korosztályával

Az eredmények mélyebb értelmezése érdekében adatainkat összehasonlítottuk a tanárjelöltek körében 2007-ben végzett vizsgálatunk eredményeivel, a 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérés eredményeivel, illetve a pszichés stresszt és a koherenciaérzést a Népegészségügyi Kar és a Medián Közvélemény- és Piackutató Intézet által országos reprezentatív mintán 2010-ben végzett felmérés adataival. Tekintettel arra, hogy a jelen minta jelentős részét nők adták, az összehasonlításhoz a többi felmérésből a 25 év alatti nőkre leválogatott adatokat vettük figyelembe.

A saját felmérésünk eredményeit azokban a témákban tudtuk összehasonlítani a tanárjelöltek körében készült felmérések eredményeivel, amelyekben a használt eszközök azonosak voltak (szubjektív egészség, mennyit tehet az egészségéért, koherenciaérzés, pszichés stressz, társas támasz, dohányzás, alkohol- és drogfogyasztás). Az 1. táblázat szemlélteti a tanárjelöltek országos adataival történő összehasonlítás során kapott eredményeket.

1. táblázat. Az óvodapedagógus hallgatók és a tanárjelöltek összehasonlítása az egészségi állapot és az egészségmagatartás szerint

Vizsgált paraméter	Óvoda-pedagógusok (2009)	Tanárjelöltek (2007)	$p^+$	
Szubjektív egészsége nagyon jó/jó (%)	53,5	63,1	0,00	
Nagyon sokat/sokat tehet az egészségéért (%)	89,5	96,4	0,00	
Koherenciaérzés átlaga (pont)	58,5	60,8	0,04	
Kóros mértékű pszichés stressz-szel küzdők aránya (%)	33,1	28,2	0,27	
A társas támasz súlyos hiányosságaival küzdők aránya (%)	13,7	14,1	0,10	
Dohányzók aránya	naponta dohányzók (%)	41,3	16,2	0,00
	sohasem dohányzók (%)	34,7	59,8	0,00
Alkoholt fogyasztók aránya (%)	77,1	85,1	0,03	
Drogot nem használók aránya (%)	66,2	66,7	0,91	

Megjegyzés: <sup>+</sup> dőlt betűvel jelöltük azokat a p-értékeket, amelyek a két csoport eredményi között szignifikáns különbséget mutatnak ( $p < 0,05$ ).

A hajdúböszörményi intézmény óvodapedagógus hallgatói és a tanárjelöltek országos adatainak összehasonlítása alapján a tanárjelöltek körében szignifikánsan magasabb azok aránya, akik a saját egészségi állapotukat nagyon jónak/jónak ítélték, és ugyancsak szig-

nifikánsan nagyobb arányban gondolták úgy, hogy nagyon sokat/sokat tehetnek az egészségükért. A koherenciaérzés átlagértéke a tanárjelöltek körében 2,3 ponttal magasabb a leendő óvodapedagógusokhoz képest. Az egészségmagatartás témakörén belül a dohányzás tekintetében ugyancsak számottevő a különbség, szintén a tanárjelöltek javára. A napi dohányosok arányát illetően az óvodapedagógusok 41,3%-a, míg a tanárjelöltek 16,2%-a dohányzik, ugyanakkor a tanárjelöltek 59,8%-a soha nem dohányzott, ellentétben az óvodapedagógusok 37,4%-ával. Az alkoholfogyasztók aránya kisebb az óvodapedagógus hallgatók körében, míg a drogfogyasztásban nincs különbség. A pszichés stressz és a társas támasz eredményeit illetően nincs jelentős különbség a két csoport között.

A 2003-as Országos Lakossági Egészségfelmérés eredményeivel való összehasonlítás eredményeit tartalmazza a 2. táblázat. Az óvodapedagógus hallgatók esetében a magukat nagyon jó és jó egészségi állapotúnak vélők aránya csupán 53,5% a hasonló korúak 76,3%-ával szemben. Nincsen szignifikáns különbség a két csoport között abban, milyen arányban vélik úgy, hogy sokat, illetve nagyon sokat tehetnek az egészségükért. Figyelmet érdemel, hogy a pszichés stressz kóros mértékével jellemezhetőek közel 2,5-szer többen vannak az óvodapedagógus hallgatók között, mint az átlagnépesség körében, azaz a mentális funkciócsökkenés az óvodapedagógus hallgatók körében gyakoribb. A hallgatók között magasabb a dohányosok aránya, és szignifikánsan, közel egyharmaddal, többen fogyasztanak alkoholt.

2. táblázat. Az óvodapedagógus hallgatók és az átlagnépesség azonos korosztályának összehasonlítása az egészségi állapot és az egészségmagatartás szerint

Vizsgált paraméter	Óvoda-pedagógusok (%) (2009)	Átlagnépesség azonos korosztálya (%) (2003)	$p^+$	
Szubjektív egészsége nagyon jó/jó	53,5	76,3	0,04	
Nagyon sokat/sokat tehet az egészségéért	89,5	87,3	0,54	
Kóros mértékű pszichés stressz-szel küzdők aránya	33,1	13,3	0,00	
A társas támasz súlyos hiányosságaival küzdők aránya	13,7	12,6	0,07	
Dohányzók aránya	naponta dohányzók	41,3	31,6	0,06
	sohasem dohányzók	34,7	52,0	0,00
Alkoholt fogyasztók aránya	77,1	45,1	0,00	

Megjegyzés: <sup>+</sup> dőlt betűvel jelöltük azokat a p-értékeket, amelyek a két csoport eredményi között szignifikáns különbséget mutatnak ( $p < 0,05$ ).

A 2010-ben országos reprezentatív mintán felvett adatok esetében a 25 év alatti nők körében a koherenciaérzés átlaga 60,2 pont (min. 39, max. 83; szórás: 11,11) volt, ami

nem különbözött szignifikánsan a hallgatók körében mért értéktől ( $p=0,35$ ). A GHQ-12 alapján kóros mértékű pszichés stresszrel küzdők aránya országosan 10%, mintegy egyharmada a hallgatók körében mért értéknek. Ez az eltérés a 2003-as országos adattal való összevetéshez hasonlóan statisztikailag is jelentős ( $p=0,00$ ).

### **A jelen vizsgálat eredményeinek összehasonlítása más magyar vizsgálatok adataival**

A hallgatók egészségi állapotának önmegítélése összességében elfogadható, több mint felük jónak vagy nagyon jónak ítélte azt. Közel kilenczetedük úgy vélte, hogy sokat tud tenni egészségéért. A lelki egészséget vizsgáló blokk közül a koherenciaérzést mérő skála átlagpontszáma 58,5 volt. A pszichés stresszre vonatkozó skála esetében a hallgatók egyharmadának volt a küszöbértéket meghaladó, a lelki egészség zavarára utaló tünete.

Az észlelt stressz esetében az átlag 26,6 pont volt, ez az érték átlagosnak tekinthető, és nem tér el szignifikánsan a skála magyar nyelvű változatának validálása során kapott eredményektől (nők: 26,5; 25 év alattiak: 26,9; egyetemi hallgatók: 26) (Stauder és Konkoly Thege, 2006). A Beck-féle, depressziót mérő skála pontszámainak átlaga 13,1, ami alapján enyhén depressziós a hallgatók háromnegyede, a közép súlyos kategóriába 8%-uk, a súlyosba 0,8%-uk tartozott. Az enyhén depressziós hallgatók magas aránya aggodalomra ad okot, különösen akkor, ha a Hungarostudy-vizsgálat (Kopp, 2008) hasonló korú fiatal felnőtt populáción 2006-ban mért értékeivel hasonlítjuk össze, ami alapján a depresszív tüneteket mutatók aránya 15%. 2007-ben a Nyíregyházi Főiskola tanulói körében a Beck-féle, depressziót mérő skála 13 tételes változatával végzett felmérés adatai alapján a női hallgatók körében 50,4% volt a szubklinikus depressziós tünete együttes aránya, ami szintén jelentősen kisebb az általunk mért értékeknél (Bugán, Margitics és Pauwlik, 2009). A társas támogatottság súlyos hiányosságai jellemzik a hallgatók több mint egynyolcadát (13,7%), valamint közel egyharmaduk (31,0%) úgy érzi, hogy az egyetemi társaiktól kapott támogatás nem kielégítő, vagy abban egyáltalán nem részesül.

Alkoholt a hallgatók csaknem háromnegyede fogyaszt, de leginkább csak alkalmanként. A hallgatók közel egyharmada nem dohányzott még, a naponta dohányzók aránya 41%. A válaszadók 15%-a az elmúlt két év alatt szokott rá a dohányzásra, ez összecseng a dohányzási szokások alakulásában a kortárshatás jelentőségéről szóló nemzetközi szakirodalom adataival (Turner, Mermelstein és Flay, 2004). A hallgatók egyharmada próbált ki valamilyen kábítószerrel. Leggyakoribb az alkohol fogyasztása gyógyszerrel együtt, második helyen a marihuána áll. Az adatok alapján a kíváncsiság a legfőbb oka a drogok kipróbálásának.

Az óvodapedagógus hallgatók kedvezőtlenebbnek ítélik egészségi állapotukat, nagyobb arányban küzdenek kóros mértékű pszichés stresszrel, nagyobb arányban dohányoznak és fogyasztanak alkoholt, mint a tanárjelöltek vagy a hasonló korú átlagnépesség. Feltételezhető, hogy a kóros lelki egészség az egészségi állapot önmegítélésében is érezteti hatását. A jelentősebb mértékű dohányzás oka lehet egyrészt a nagyfokú psi-

chés stressz, másrészt amennyiben még nem kialakult dohányzási szokásokkal érkezett a hallgató a főiskolára, a kortárs csoportok hatása (*Lavack és Kropp, 2003*). A pszichés stressz fokozódását a szorongás, a mindennapi erőfeszítés, a felgyorsult életritmus okozhatja. A fokozott tanulmányi terhelés is kiválthat folyamatosan fenntartott szorongásos állapotot, amit a nem megfelelő társas támasz csak tovább fokozhat (*Sansgiry és Sail, 2006*).

### Következtetések

Az óvodapedagógusok munkájának – más, oktatással hivatásszerűen foglalkozó szakemberekhez hasonlóan – sokkal nagyobb és hosszabb ideig ható következményei vannak, mint más munkahelyek dolgozóinak. A pedagógusoknak a gyermekekre gyakorolt nagy jelentőségű közvetlen és közvetett hatását számos tanulmány leírta (*Campbell, Kyriakides, Muijs és Robinson, 2004*). Ezért kiemelten fontos kérdés, hogy milyen lelki egészség jellemzi azokat, akik most készülnek a pályára, illetve lelki egészségüket milyen tényezők határozzák meg, hiszen ezek fényében határozhatók meg a szükséges teendők.

Az óvodapedagógusok lelki egészségét befolyásoló tényezőkre vonatkozóan viszonylag kevés közlemény található a nemzetközi szakirodalomban. Japán óvodapedagógusok lelki egészségét, jólétét a munkahelyi emberi kapcsolatok, a túl sok munka, a kevés szabadidő és a mindennapi stressz befolyásolja leginkább (*Nishizaka, 2002*). Egy másik, szintén távol-keleti vizsgálat (*Wong, 2007*) szerint (amely során az általunk szintén használt GHQ-skálát is alkalmazták) az óvodapedagógusok lelki egészségét befolyásolja a munkahelyi légkör. A nem profitorientált óvodák pedagógusai kevesebb mentális problémával rendelkeztek, mint azok, akik profitorientált óvodákban dolgoztak. Az óvodapedagógusok – feltehetően – nem különböznek más munkahelyek dolgozóitól abban a tekintetben, hogy egészségi állapotukat a munkahelyi körülmények meghatározó módon befolyásolják (*WHO, 2005*).

A leendő pedagógusok esetében nyilvánvalóan ugyancsak meghatározó tényező a munkahely, vagyis a felsőoktatási intézmény; ugyanakkor ez az az utolsó időszak, amikor a hallgatók személyiségének fejlesztésében rendszeres, tervszerű és tudatos nevelői hatások érvényesíthetők (*Bucsy, 2004*). Ahhoz, hogy az óvodapedagógus a későbbi években oktatási és nevelési feladatait hatékonyan tudja végezni, hallgatóként nemcsak szakmai képzettségének növelésére kell törekednie, hanem saját lelki (és testi) egészségét is gondoznia, szükség esetén javítania kell. Ehhez a felsőoktatási intézményeknek minden segítséget meg kell adniuk, a curriculumon belül és azon kívül is, például mentálhigiénés foglalkozások, személyiségfejlesztő és kommunikációs tréningek, önismereti csoportok, kortárs segítők révén.

A jelenlegi vizsgálat korlátja, hogy csak egy intézményben készült, így felmérésünket más karokon is el lehetne végezni az országos extrapoláció érdekében. További kutatásokat igényel azoknak a tényezőknek a feltárása, amelyek a hallgatókat jellemző fokozott pszichés stressz hátterében állnak. A hallgatókat érő stresszhatások okainak felderíté-

tése és a stresszel való megküzdési mechanizmusok erősítését szolgáló hatékony intervenciók alkalmazása a felsőoktatásban nemcsak a pedagógusok, hanem a jövő generációk lelki egészségének javítását is szolgálja.

## Irodalom

- 15/2006. (IV.3.) OM-rendelet az alap- és mesterképzési szakok képzési és kimeneti követelményeiről.  
[http://www.igyfk.pte.hu/files/tiny\\_mce/File/kari\\_tajekoztato/mvk/OVO\\_TANITO\\_KK.pdf](http://www.igyfk.pte.hu/files/tiny_mce/File/kari_tajekoztato/mvk/OVO_TANITO_KK.pdf); Letöltés ideje: 2010. március 16.
- 46/2003. (IV.16.) OGY-határozat az Egészség Évtizedének Johan Béla Nemzeti Programjáról.
- Albert Fruzsina, Dávid Beáta és Németh Renáta (2005): *Társas támogatás, társadalmi kohézió. Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2003*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Balajti Ilona, Daragó László, Bíró Éva, Ádány Róza és Kósa Karolina (2008): A tanárjelöltek egészség-szemléletének felmérése és javítása. *Népegészségügy*, **86**. 1. sz. 36–42.
- Balajti Ilona, Vokó Zoltán, Ádány Róza és Kósa Karolina (2007): A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **8**. 2. sz. 147–161.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. és Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, **4**. 561–571.
- Bóta Margit és Győri Kálmánné (2007): A lelki egészségvédelemre való felkészítés feladatai, követelményei a tanárképzésben. In: Balogh László és Tóth László (szerk.): *Fejezetek a pedagógiai pszichológia köréből*. Neumann Kft., Budapest.  
[http://mek.niif.hu/04600/04669/html/balogh\\_pedpszich0010/balogh\\_pedpszich0010.html](http://mek.niif.hu/04600/04669/html/balogh_pedpszich0010/balogh_pedpszich0010.html)
- Bucsy Gellértné (2004): Soproni és eisenstadti főiskolás női hallgatók fizikai aktivitásának, egészségi állapotának összehasonlító vizsgálata. In: Bucsy Gellértné (szerk.): *Szociálpedagógus hallgatók egészség-kulturális magatartásának jellemzői, Tanulmányok*. Szociális Foglalkoztató Nyomda, Sopron.
- Bugán Antal, Margitics Ferenc és Pauwlik Zsuzsa (2009): A szubklinikus depressziós tünetegyüttes, mint népegészségügyi jelentőségű rizikótényező főiskolai hallgatók körében. *Népegészségügy*, **87**. 2. sz. 75–83.
- Campbell, J., Kyriakides, L., Muijs, D. és Robinson, W. (2004): *Assessing teacher effectiveness*. RoutledgeFalmer, London.
- Cohen, S., Kamarack, T. és Mermelstein, R. (1983): A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, **24**. 385–396.
- Corveleyn, J., Luyten, P. és Blatt, S. J. (2005, szerk.): *The theory and treatment of depression*. Leuven University Press, Leuven.
- Egészségügyi Minisztérium (2008): *Lelki Egészség Országos Programja (LEGOP)*.  
<http://www.eum.hu/archivum/hirek-esemenyek/2008-10-08-pdf>; Letöltés ideje: 2010. március 10.
- ESPAD (2003): *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) Student questionnaire*.  
[http://www.espad.org/documents/Espad/Documents/ESPAD\\_Questionnaire\\_2003.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/Documents/ESPAD_Questionnaire_2003.pdf);  
Letöltés ideje: 2009. március 10.
- Eurostat (2006): Death due to alcoholic abuse, by gender; Standardised death rate by 100 000 inhabitants. Database.  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tps00140>; Letöltés ideje: 2010. december 1.

- Frenkl Róbert (1997): Az urbanizáció kihívása. In: Som Ferenc (szerk.): *Felsőoktatás–értelmiség–egészség*. Magyar Egyetemi – Főiskolai Sportszövetség, Budapest.
- Füle Pálné (2009): *Az óvodapedagógusok mentálhigiénés vizsgálata*. Debreceni Egyetem Gyermeknevelési és Felnőttképzési Kar szakdolgozat, Hajdúböszörmény.
- Goldberg, D. P. és Blackwell, B. (1970): Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, **1**. 439–443.
- Jané-Llopis, E. és Matytsina, I. (2006): Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs. *Drug and Alcohol Review*, **25**. 6. sz. 515–536.
- Kissné Korbuly Katalin (2005): Pedagógus és mentálhigiéné. In: Kissné Korbuly Katalin (szerk.): *Válogatott tanulmányok*. DE-HPFK kiadványa, Hajdúböszörmény.
- Kopp Mária (2006): A lelkiállapot és az egészség összefüggései. In: Ádány Róza (szerk.): *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest. 516–522.
- Kopp Mária (2008, szerk.): *Magyar lelkiállapot 2008: esélyerősítés és életminőség és a mai magyar társadalomban*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Kopp Mária, Szedmák Sándor, Lőke János és Skrabski Árpád (1997): A depressziós tünetegyüttes gyakorisága és egészségügyi jelentősége a magyar lakosság körében. *Lege Artis Medicinae*, **7**. 3. sz. 136–144.
- Kósa Karolina (2008): Prevenció-bevezető. *Orvostovábbképző Szemle*, **15**. 3. sz. 18–22.
- Lavack, A. M. és Kropp, F. (2003): Smoking among university students in Canada and South Korea: linking diffusion theory with consumer susceptibility to interpersonal influence. *Health Marketing Quarterly*, **20**. 4. sz. 3–25.
- Margitics Ferenc (2005): A depresszív élményfeldolgozás háttértényezői főiskolai hallgatóknál. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **6**. 3. sz. 197–230.
- McCain, M. N. és Mustard, F. J. (1999): *The early years study: reversing the brain drain*. Government of Ontario, Ontario, Canada.
- McCain, M. N. és Mustard, F. J. (2007): *The early years study 2: putting science into action*. Council for Early Child Development, Ontario, Canada.  
[http://www.councilecd.ca/cecd/home.nsf/7F1BCE63A330D017852572AA00625B79/\\$file/Early\\_Years\\_2\\_rev.pdf](http://www.councilecd.ca/cecd/home.nsf/7F1BCE63A330D017852572AA00625B79/$file/Early_Years_2_rev.pdf).
- Meltzer, H., Gill, B., Petticrew, M. és Hinds, K. (1995): *The prevalence of psychiatric morbidity among adults living in private households. OPCS Surveys of Psychiatric Morbidity in Great Britain. Report 1*. HMSO, London.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V. és Ustun, B. (2007): Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, **370**. 9590. sz. 851–858.
- Nishizaka, S. (2002): Kindergarten teachers's mental health: stress, pre-school teacher efficacy, and hardiness. *Japanese Journal of Educational Psychology*, **50**. 3. sz. 283–290.  
<http://sciencelinks.jp/j-east/article/200304/000020030402A0880547.php>; Letöltés ideje: 2010. február 28.
- OEK (2003): *Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF). Önkitöltős kérdőív*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
- Örkényi Ágota (2005): *Lelki egészség. Országos Lakossági Egészségfelmérés (OLEF) 2003*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
- Pack, S. (2009): Poor physical health and mortality in patients with schizophrenia. *Nursing Standard*, **23**. 21. sz. 41–45.
- Paksi Borbála (2006): *A budaörsi diákok alkohol-és drogfogyasztása, valamint dohányzása. Kutatási jelentés*.  
<http://www.ndi-szip.hu/KefWeb/Controls/DownloadOrgAttach.aspx?attId=f6b9fa34-5f17-4810-9b7c-444b57cb26e2>; Letöltés ideje: 2009. október 2.

## Óvodapedagógus hallgatók mentális egészségének felmérése

- Paksi Borbála és Schmidt Andrea (2006): Pedagógusok mentálhigiénés állapota különös tekintettel az iskolai értékátadást, egészségfejlesztést és problémakezelést befolyásoló dimenziókra. *Új Pedagógiai Szemle*, **6**, 48–64. <http://www.oki.hu/oldal.php?tipus=cikk&kod=2006-06-oy-Tobbek-Fedagogusok>.
- Perczel Forintos Dóra, Kiss Zsófia és Ajtay Gyöngyi (2007, szerk.): *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest.
- Pikó Bettina (2006): *Orvosi szociológia*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Pouwer, F., Kupper, N. és Adriaanse, M. C. (2010): Does emotional stress cause type 2 diabetes mellitus? A review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium. *Discovery Medicine*, **9**, 45. sz. 112–118.
- Power, A. K. (2010): Transforming the Nation's Health: next steps in mental health promotion. *American Journal of Public Health*, **100**, 12. sz. 2343–2346.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R. és Rahman, A. (2007): No health without mental health. *Lancet*, **370**, 859–877.
- Roshanaei-Moghaddam, B. és Katon, W. (2009): Premature mortality from general medical illnesses among persons with bipolar disorder: a review. *Psychiatric Services*, **60**, 2. sz. 147–156.
- Sansgiry, S. S. és Sail, K. (2006): Effect of students' perceptions of course load on test anxiety. *American Journal of Pharmaceutical Education*, **70**, 2. sz. 26.
- Sher, Y., Lolak, S. és Maldonado, J. R. (2010): The impact of depression in heart disease. *Current Psychiatry Reports*, **12**, 3. sz. 255–264.
- Silver, R. B., Measelle, J., Armstrong, J. M. és Essex, M. (2005): Trajectories of externalizing behavior problems in the classroom: Contributions of child characteristics, family characteristics, and the teacher–child relationship during the school transition. *Journal of School Psychology*, **43**, 39–60.
- Silver, R. B., Measelle, J., Armstrong, J. M. és Essex, M. (2010): The impact of parents, child care providers, teachers, and peers on early externalizing trajectories. *Journal of School Psychology*, **48**, 6. sz. 555–583.
- Stauder Adrienne és Konkoly Thege Barna (2006): Az Észlelt Stressz Kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **7**, 3. sz. 203–216.
- Turner, L., Mermelstein, R. és Flay, B. (2004): Individual and contextual influences on adolescent smoking. *Annals of the New York Academy of Sciences*, **1021**, 175–197.
- Wahlbeck, K. (2009): *Background document for the Thematic Conference on Prevention of Depression and Suicide*. European Communities, Luxembourg. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/depression\\_background\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_background_en.pdf); Letöltés ideje: 2010. december 1.
- Wong, Y. H. P. (2007): Kindergarten teachers' perceived school culture and well-being: a comparison of non-profit-making and profit-making kindergartens. *Early Child Development and Care*, **180**, 3. sz. 271–278.
- World Health Organization (2001): *World Health Report Mental health: new understanding, new hope*. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2005): *Mental health policies and programmes in the workplace*. WHO, Geneva. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/workplace\\_policy\\_programmes.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/workplace_policy_programmes.pdf).
- Zilahiné Varga Erika (2009): *Az óvodapedagógusok mentálhigiénéjének vizsgálata*. Debreceni Egyetem Gyermeknevelési és Felnőttképzési Kar szakdolgozat, Hajdúböszörmény.

Bíró Éva, Olvasztó Lajos és Kósa Karolina

## ABSTRACT

ÉVA BÍRÓ, LAJOS OLVASZTÓ AND KAROLINA KÓSA: A MENTAL HEALTH SURVEY OF KINDERGARTEN STUDENT TEACHERS

Along with parents, kindergarten and school teachers play a fundamental role in shaping the knowledge, skills and personalities of children. The effectiveness of teachers as moral educators and role models is fundamentally influenced by their health status and mental health. Our research group carried out a health survey among future teachers in 2007, the results of which revealed increased psychological stress. The aim of this study was to survey the mental health of students training to be kindergarten teachers at a university in Hungary. The students filled in a standardized self-administered questionnaire in 2009, which included domains on demographic data, health status (social support, subjective health, and mental health as measured by sense of coherence, psychological distress, depression, and perceived stress), and health behaviour (smoking habits and alcohol and drug use). Close to 80% of the students completed the questionnaire, the vast majority being female (97%). More than half of them considered their health status good or very good. However, 90% thought that there was a great deal or a very great deal that they could still do to improve their health. Almost one-third of the students scored above the strict threshold for psychological distress, indicating notable distress-related problems. Three-quarters of the students scored in the mild-to-moderate range of depression and 8% in the moderate-to-severe range. 14% of the students noted a severe lack of social support in general and 31% lacked any social support from their student peers. Future kindergarten teachers are more burdened by psychological distress than their non-student peers of the same age and gender. Further research is required to uncover the factors that contribute to the mental health problems of this group. However, conditions must be ensured for future kindergarten teachers to maintain and promote their mental health and personality development.

Magyar Pedagógia, **110**. Number 4. 285–300. (2010)

Levelezési cím/Address for correspondence: Bíró Éva, Olvasztó Lajos és Kósa Karolina, Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Népegészségügyi Kar Megelőző Orvostani Intézet Egészségfejlesztési Tanszék, H-4012 Debrecen, Postafiók 2.