

MASA ANDREA <sup>1,2\*</sup>, FIEDLER ORSOLYA <sup>2</sup>,  
DERZSI-HORVÁTH MARTINA <sup>1</sup>, SZABÓ ATTILA <sup>3</sup>,  
TOBAK ORSOLYA <sup>2</sup>, DEUTSCH KRISZTINA <sup>4</sup>

<sup>1</sup> Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar,  
Egészségtudományi Doktori Iskola

<sup>2</sup> Szegedi Tudományegyetem, Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar,  
Preventív Egészségügyi Gondozás Tanszék

<sup>3</sup> Cserepka Iskola, Pécs

<sup>4</sup> Pécsi Tudományegyetem, Egészségtudományi Kar,  
Sürgősségi Ellátási és Egészségpedagógiai Intézet

\*Email: andrea.masa@gmail.com

## PEDAGÓGUSOK MENTÁLIS EGÉSZSÉGÉNEK KOMPLEX VIZSGÁLATA

### A COMPLEX STUDY OF THE TEACHER'S MENTAL HEALTH

#### Absztrakt

**Célkitűzés:** A pedagógusok mentális egészsége kiemelt jelentőséggel bír, hiszen azon túl, hogy a pszichés jóllétük a saját egészségük szempontjából is fontos, közvetve a diákok lelki egészségét is befolyásolja. Vizsgálatunk célja középiskolai pedagógusok mentális egészségének komplex vizsgálata.

**Hipotézisek:** Feltételezésünk szerint összefüggés mutatkozik a munkahelyi, a szociodemográfiai jellemzők, a szenvedélybetegségek megjelenése és a mentális egészség dimenziói között, illetve a különböző lelki egészség dimenziók vonatkozásában.

**Anyag és módszerek:** A keresztmetszeti felmérést 2019. március és novembere között végeztük 14 szegedi középiskola pedagógusai körében, célirányos mintavétellel (n=200). Az adatgyűjtés online módon zajlott, a kitöltés önkéntes és anonim volt. Az adatgyűjtés eszköze validált kérdésekből összeállított kérdőív, a Beck-féle Depresszió Kérdőív, a Leleki egészség kérdőív, a Koherencia-érzés kérdőív és az Észlelt stressz kérdőív alapján. IBM SPSS Version 25.00 szoftver segítségével leíró statisztikai elemzés mellett, Mann Whitney és Kruskal-Wallis próbát, valamint Spearman korrelációt végeztünk 95%-os valószínűségi szinten ( $p < 0,05$ ).

**Eredmények:** A minta mentális egészségre vonatkozó pontértékei (általános lelki egészség  $23,37 \pm 4,081$ , észlelt stressz  $20,7 \pm 9,205$ , depresszió  $12,47 \pm 3,906$ , koherencia-érzet  $66,55 \pm 11,752$ ) korábbi szerzők eredményével összehasonlítva kedvezőbb (például a koherencia érzet Balajti kutatásában  $59,4 \pm 11,9$ ) (Balajti et al., 2007). A nők szignifikánsan magasabb észlelt stressz ( $p=0,013$ ) és depresszió ( $p=0,050$ ) pontszámmal bírnak, a koherencia-érzet pedig az életkor előrehaladtával szignifikánsan ( $p=0,004$ ,  $r=0,200$ ) nő. A magasabb társas támogatottságú válaszadók körében szignifikánsan alacsonyabb az észlelt stressz ( $p=0,010$ ), a depresszió ( $p=0,001$ ) mértéke, és szignifikánsan magasabb ( $p<0,001$ ) a koherencia-érzet.

**Következtetések:** Eredményeink azon túl, hogy a stressz és a depresszió összefüggését igazolják, rámutatnak arra, hogy a mentális egészség eredője a koherencia-érzet. A résztvevő pedagógusok önbevallásán alapuló eredményeink szerint kedvező belső erőforrásokkal vannak jelen diákjaik életében.

**Kulcsszavak:** mentális egészség, lelki egészség, koherencia-érzet, koherencia

### Abstract

**Objectives:** The mental health of teachers is of paramount importance, because in addition to their own mental

well-being, it also indirectly affects the mental health of students. The aim of our study is to examine the mental health of secondary school teachers in a complex way.

**Hypotheses:** We assume that there is a correlation between workplace, sociodemographic characteristics, appearance of addictive disorders, and dimensions of mental health. Also there is a correlation amongst these in regards to different dimensions of mental health.

**Material and methods:** A cross-sectional survey was conducted among teachers in 14 secondary schools in Szeged, during March and November 2019, with convenience sampling ( $n=200$ ). The data gathering took place using web-based, anonym, validated questionnaire. We used formulated questions based on Beck Depression Questionnaire, General Health Questionnaire, Sense of Coherence and Perceived Stress Scale. SPSS 25.0 was used for the data analysis. In addition to descriptive statistical analysis, we used Mann Whitney and Kruskal-Wallis test, Spearman correlation with a 95% probability level ( $p<0.05$ ).

**Results:** The values of the sample for mental health (general mental health  $23.37 \pm 4.081$ , perceived stress  $20.7 \pm 9.205$ , depression  $12.47 \pm 3.906$ , coherence  $66.55 \pm 11.752$ ) are better, than other researches. Women have significantly higher perceived stress ( $p = 0.013$ )

and depression ( $p = 0.050$ ) scores, and the sense of coherence increases significantly ( $p = 0.004$ ,  $r = 0.200$ ) with age. Respondents with higher social support had significantly lower levels of perceived stress ( $p = 0.010$ ), depression ( $p = 0.001$ ), and significantly higher ( $p < 0.001$ ) sense of coherence.

**Conclusions:** Our results, in addition to proving the association between stress and depression, justify that sense of coherence results in good mental health. Participant teachers, according to their self-declaration, are present with favorable internal resources in the lives of their students.

**Keywords:** mental health, sense of coherence, coherence

### Bevezetés

Az Egészségügyi Világszervezet 1946-os definíciója szerint „az egészség a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota, nem csupán a betegség, rokkantság hiánya” (WHO, 2014:1). Ez alapján szokás az egészség fizikális, mentális és szociális dimenziójáról beszélni, amely közül a legismertebb a fizikális dimenzió. Mentális egészségünk azonban ugyanolyan fontos és meghatározó, mint a szomatikus állapot. Része az általános jóllét, saját magunk elfogadása, a megfelelő memória, képesség a logikus gondolkodásra. Stabil érzelmi háttérrel nyújt, vala-

mint kreatív, nyitott személyiség esetén elősegíti a problémákkal, élethelyzetekkel való megbirkózást (Kopp és Pikó, 2006). Az utóbbi évtizedekben a felgyorsult életritmus mellett az átalakult értékrendhez, a hagyományos közösségek felbomlásához is alkalmazkodni kell. Ezekre a folyamatokra reagálni komoly erőfeszítéseket vesz igénybe, adott situációk kapcsán stresszhelyzetekkel kell megbirkózni, amely mára az élet központi jelenségévé vált (Kopp és Pikó, 2006). Öröklött és tanult tényezők egyaránt szerepet játszanak a viselkedésben, a mentális egészség vonatkozásában befolyással bír a társadalmi környezet, a gazdasági körülmények, a nem és például az etnikai hovatartozás is (Kósa és Bíró, 2018).

A betegségek, halálozási adatok vonatkozásában laikusokat és szakembereket kérdezve egyaránt elsőként a szív- és érrendszeri megbetegedéseket, illetve daganat okozta elváltozásokat fogalmazzák meg. Noha a nemzetközi tudományos érdeklődés az 1990-es évektől nagy figyelmet fordít a populáció mentális egészségére, még mindig rendkívül kevés megbízható, reprezentatív adat áll rendelkezésre. Tény, hogy idő előtti halálozást közvetlenül jellemzően nem okoznak a mentális zavarok, azonban egészséggazdaságtani szempontból óriási terhet jelentenek. Az úgynevezett globális betegségteher tekintetében jelentős tételt képez a lelki betegségek okozta

rokkantságban megélt életévek hossza, messze megelőzve a cardiovascularis és a daganatos betegségeket (Kósa és Bíró, 2018). Főként a nyugati társadalmakra jellemző, hogy az életszínvonal emelkedésével párhuzamosan a mentális kórképek előfordulásának gyakorisága is nő. 2010-es adatok szerint világszerte évente 1,3 millió ember halála hozható összefüggésbe valamilyen ideg/elmegyógyászati kórképpel, mely az összhalálozás 2,2%-át jelenti, és a tartós munkaképesség-csökkenés 21,2%-a tudható be mentális zavaroknak. Az Európai Bizottság és a WHO adatai alapján kontinensünkön népegészségügyi szempontból a pszichés kórképek jelentik a legsürgetőbb problémát, a depresszió gyakorisága például 1990-2013 között 53,4%-kal nőtt. A felnőtt lakosság 27%-a érintett (kb. 133 millió ember) valamilyen lelki betegségben, egészséggazdaságtani szempontból pedig a GDP 3-4%-át teszik ki a vonatkozó költségek, melyek közül csak a depresszió képviseli az össz-európai GDP 1%-át. 88%-ban a mentális zavar miatti termelékenység csökkenés adja a gazdasági veszteséget, a fennmaradó rész pedig az egészségügyi kiadás. Ehhez ráadásul hozzá tartozik az is, hogy a mentális betegségek fokozzák a társbetegségek vonatkozó költségeit, valamint csökkentik azok gyógyulási esélyeit (Statisztikai Tükör, 2010). A depresszió elősegíti a szorongásos betegségek, a szív-koszorú-

rúér-betegség, szívinfarktus, a stroke, a daganatos megbetegedések, a Parkinson-kór, valamint a 2-es típusú cukorbetegség kialakulását is, s a társbetegségek kezelésén keresztül 7,4 milliárd forinttal emeli Magyarországon a teljes gazdasági teher direkt költségeit (Rihmer et al., 2021). A Magyar Pszichiátriai Társaság által közölt Közpolitikai összegző tanulmány kurrens adatai szerint hazánkban a major depresszió okozta teljes gazdasági teher évi 362,457 milliárd Ft, amiből a direkt költségek 28,440 milliárd forint-ra, az indirekt költségek pedig 334,017 milliárd forintra becsülhetők, érintve az egészségügyi ellátás minden szegmensét (Rihmer et al., 2021). A probléma további jelentőségét adja a mentális és viselkedési zavarok által okozott egészségveszteség, mely az önsértésekkel együtt a felnőttek elvesztett egészséges életéveinek 11%-áért felelős (Varsányi és Vitrai, 2017).

Közel 100 éve ismert a stressz fogalma. Selye János az új, illetve fenyegető helyzetekkel kapcsolatos reakcióinkat fejlesztő (eustressz) és károsító (distressz) hatásúnak írta le. A szituációt megítélhetjük úgy, hogy képesek leszünk vele megküzdeni, akár eddig nem ismert erőforrásokat mozgósítva magunkban, de érezhetjük azt is, hogy a helyzet megterhelő, nem tudjuk kontroll alatt tartani, meghaladja az erőforrásainkat. Ez utóbbi tartós fennállása számos testi elváltozást

eredményez, mint például szívinfarktus, magas vérnyomás, stroke, diabetes, hátfájás, ízületi gyulladások, asthma, gyulladások, fertőzések, fekélybetegségek, immunhiányos állapotok, meddség és impotencia, alvási nehézségek, étkezési problémák, valamint depresszió (Selye, 1966; Dávid, 2012; Németh, 2017; Wernigg, 2020).

A stressz forrását tekintve az egyik legtöbbet kutatott terület a munkahelyi stressz témaköre. (Szabó et al., 2008; Khamisa et al., 2017; Németh, 2017). Jellemzően krónikus hatásról van szó, és a munkakörnyezet, a szervezeti struktúrában elfoglalt hely, a konkrét feladat nehézsége, a társadalom megítélése mind-mind befolyásoló tényező (Juhász, 2007).

A stressz intenzitását tekintve megkülönböztetünk súlyos és enyhe formát. Egy óriási krízis nagy valószínűséggel komoly hatással lesz a lelki állapotra. Azonban egyértelműen kimondható, hogy az enyhébb, de hosszú időn át fennálló stressz is jelentős szerepet tölt be a mentális problémák kialakulásában (Stauder és Konkoly Thege, 2006). A coping, vagyis megküzdés a stresszel szinkronban értelmezhető abban az esetben, ha a kihívásokra jól reagálunk és fejlődünk általa. Ha ez azonban nem sikerül, akkor előidézheti a hangulati élet megváltozását, melynek következtében alakulhat ki például a depresszió, ami tu-

lajdonképpen egy időben elhúzódó krónikus stresszreakció és az ezzel együtt létrejövő agyi elváltozás (Kopp, 2006). Nemzetközi és hazai adatok alapján felnőtt korban az emberek közel egyötöde él át súlyos depressziós időszakot, jelentősen korlátozva ezzel hosszabb-rövidebb időre a munkaképességet (Rózsa et al., 2001). Rihmer és Blazsek (2017) szerint hazánkban a nemzetközi adatokkal megegyezően a major depresszió élettartam-prevalenciája 15,1%, s ez alapján a teljes hazai éves betegpopuláció évente elérheti akár a 600-700 ezer főt is, ugyanakkor ezeknek a betegeknek csak kevesebb, mint fele áll orvosi kezelés alatt. A betegek között kétszer annyi a nő, mint a férfi, s kialakulása már a 20 év körüli életszakaszra tehető, bár a serdülőkori megjelenés sem ritka (Rihmer és Blazsek, 2017). Gyakran a szív és érrendszeri megbetegedések prediktorai a depressziós tünetek, továbbá a kezelt szívbetegek gyógyulási esélyét jelentősen rontja a depresszió bármilyen súlyosságú előfordulása (Balog, 2019). Nagyon fontos lenne ennek azonosítása, de egyes becslések szerint a házi orvoshoz más panaszokkal forduló betegek döntő többségénél (60-80%) nem kerül felismerésre a probléma. Az enyhébb tüneteket sok esetben be sem ismerik a betegek, különösen a férfiak, az incidencia meghatározása emellett a diagnosztikus nehézségek miatt is nehézkes (Rózsa et

al., 2001; Kósa és Bíró, 2018).

Azaz a fentebb tárgyalt statisztikai adatok a mentális betegségek előfordulásával kapcsolatban csak a klinikailag diagnosztizált kórképekre vonatkoznak, azok fel nem ismert stádiumai további terhet jelentenek mind egészségi állapot, mind gazdaságtani szempontból.

A mindennapok során elkerülni a stresszt azonban lehetetlen. Hogy min múlik az azzal való megküzdés sikeressége, abban biológiai és szocializációs tényezők egyaránt szerepet játszanak. Kutatások bizonyítják, hogy egészségvédő hatású például a társas támogatottság, mintegy külső erőforrás, vagyis annak érzése és megélése, hogy szükség esetén a körülötte lévő személytől vagy személyektől adekvát segítséget kaphat az egyén. Van, akiben bízhat, akire számíthat, aki törődik vele, és ez kölcsönös. Igazoltan jobb lelki és testi egészségmutatókkal rendelkeznek azok, akik társas támogatottsága erősebb (Boros, 2005; Ocsovszky, 2020). Egyfajta belső erőforrásként pedig meghatározó a koherencia érzése. Antonovsky amerikai orvos-szociológus alkotta meg a „szalutogenezis” modelljét, amely lényegében az egészségi állapot és a személyiség típus összefüggésére mutat rá. Megközelítésében nem a betegség okait kutatja, hanem arra keresi a választ, mitől marad egészséges az egyén. A válasz véleménye szerint egyfajta komplex önbizalom, amelyet koherencia-érzésként

nevezett el, és amelynek három összetevője van:

- meaningfulness – azaz a meggyőződés arról, hogy a problémákat megérteni és kezelni az egyén szempontjából fontos,
- comprehensibility – azaz a megbirkózás képessége,
- manageability – azaz a problémákkal való megbirkózáshoz szükséges erőforrások birtoklása.

Megállapítása szerint, ha kezdetben az erőforrások hiányosak is, amennyiben úgy ítéljük meg, hogy érdemes a problémával foglalkozni, és képesek vagyunk megbirkózni vele, sikerülhet. Fordított sorrendben kevésbé. A koherencia-érzetet az egészséget meghatározó dimenzióként értelmezi, ami az életben előforduló kihívásokkal szembeni ellenállóképességet mutatja. Gyakorlatilag arról a beállítódásról van szó, amely támogat bennünket abban, hogy a szűkebb-tágabb környezetünk, illetve saját önnön magunk kiszámítható, az előforduló események pedig befolyásolhatók. Mindez elsősorban az átélt élmények által formálódik, kevésbé határozzák meg a személyiségjegyek (Antonovsky, 1987; Varga, 2005; Erikson és Lindström, 2007).

A család után, illetve mellett, az óvoda és az iskola az a meghatározó közeg, ahol a gyermek személyiségfejlődését döntő hatások érik. Ahogyan a köznevelési tör-

vényben is megjelenik: „A törvény célja olyan köznevelési rendszer megalkotása, amely elősegíti a gyermekek, fiatalok harmonikus lelki, testi és értelmi fejlődését ...” (2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről 1. A törvény céljai és alapelvei 1.§ (1)).

A pedagógusok viselkedésének, megnyilvánulásainak alapja a saját lelki egészségük, ugyanakkor ezzel jelentős hatást is gyakorolnak a diákokra. Fontos a fiatalok tudatos támogatása, mert ezzel csökkenthető a kudarcok esélye és hatással lehet a gyermek és serdülőkori depresszió kialakulására. Mindez azonban nem teljes, ha nem társul magas koherencia-érzettel a tanár részéről (Németh et al., 2020; Salavec et al., 2006; Skrabski et al., 2004). Eközben számos kutatás igazolja, hogy a pedagógusok más munkakörökhöz képest nagyobb stressznek vannak kitéve, próbára téve ezzel a saját mentális egészségüket (Seibt et al., 2013; Kidger et al., 2015; Czaja-Chudyba, 2018; Kuwato és Hirano 2020; Wang et al, 2020).

Összességében a pedagógusok mentális állapota azért is különösen jelentős téma, mert saját pszichés jóllétük az önmaguk egészségén túl a felnövekvő generációk lelki egészségét is meghatározza. Többek között az ő lelki egészségük és példamutatásuk eredménye is a gyermekek lelki egészsége.

### **Célkitűzés**

A kutatás célja a pedagógusok mentális egészségének komplex vizsgálata: az általános lelki egészség, az észlelt stressz, a depresszió mértéke, a koherencia-érzet és a szenvedélybetegségek megjelenésén keresztül. Több kutatásban megjelenik a magas stressz és a következtében kialakuló pszichés, illetve szomatikus tünetek kapcsolata (Balog, 2019; Wernigg, 2020), de kevés hazai tanulmány foglalkozik mindennek összefüggésében a koherencia-érzettel. Azonban a magas koherencia-érzet olyan belső erőforrás, amely lehetővé teszi a stresszel való sikeres megküzdést és ezáltal többek között a depressziós tünetegyüttes elkerülését.

### **Hipotézisek**

Feltételezésünk szerint összefüggés mutatkozik a munkahelyi (iskolatípus) és a szociodemográfiai jellemzők (nem, életkor, lakóhely) a társas támogatás, valamint a mentális egészség dimenziói között. A szenvedélybetegségek megjelenése rontja a mentális egészségi mutatók értékeit. Feltételezzük továbbá, hogy a különböző lelki egészség dimenziók között összefüggések igazolódnak.

### **Anyag és módszerek**

A kvantitatív, leíró jellegű keresztmetszeti felmérést 2019. március és novembere

között végeztük 14 szegedi középiskola pedagógusai körében, célzott, nem véletlenszerű mintavétellel. Az adatgyűjtés online módon, illetve papír alapon zajlott, a kitöltés önkéntes és anonim volt. Az adatgyűjtés eszköze validált kérdőívekből és saját szerkesztésű kérdésekből összeállított kérdőív volt, melyet az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottsága a 60144-1/2018/EKU ügyiratszámú engedélyező határozattal engedélyezett.

A mentális egészséget az általános lelki egészség (GHQ-12) kérdőívvel, az Észlelt Stressz Kérdőívvel (PSS-14), a Beck-féle Depresszió Kérdőívvel (BECK-9) és a Koherencia-érzés kérdőívvel, a társas támogatottságot az Oslo skálával (OSS) vizsgáltuk. A káros szenvedélyek vonatkozásában az Európai Lakossági Egészségfelmérés kérdéssorát alkalmaztuk (ELEF, 2014).

**General Health Questionnaire (GHQ-12):** a lelki egészség zavarainak populációs szintű becslésére használt önbecslő skála. A pszichiátriai morbiditás globális komponenseire fókuszál, kérdései hangulati-affektív, illetve magatartásbeli tünetek aktuális előfordulására kérdeznek rá (Korten és Henderson, 2000). Az eredmények értékelésére Goldberg és Williams 4 fokú Likert skálát alkalmazott 0 (not at all) és 3 (much more than usual) pont között (Goldberg és Willi-

ams, 1998).

**Perceived Stress Scale (PSS-14):** melyet Cohen és munkacsoportja dolgozott ki (Cohen et al., 1983). A stressz-szint meghatározásának mérőeszköze, az elmúlt egy hónapra vonatkozó egyszerű, jól érthető kérdésekkel, így a napi események nem módosítják érdemben a válaszok összességét. Arra kérdez rá, hogy az egyén mennyire tartja kiszámíthatatlannak, befolyásolhatatlannak, túlterheltnek a mindennapjait, saját megítélése szerint mennyi stresszhelyzetet él át. A válaszokban 5 fokú Likert skálán (0-4) pontozott tételekben a magasabb pontszámok a stresszhelyzet nagyobb gyakoriságát mutatják. Egyes fordított tételek esetén átkódolásra van szükség, ugyanis ezeknél a kérdéseknél a magasabb pontszám a sikeresebb megküzdést jelzi. A pontszámok összessége az észlelt stressz általános mutatója.

**Beck-féle Depresszió Kérdőív (BECK-9)** rövidített, 9 kérdéses változata a depresszió olyan tüneteire kérdez rá, mint a szociális visszahúzódás, döntésképtelenség, alvászavar, fáradékonyság, túlzott aggodás a testi tünetek miatt, munkaképtelenség, az elégedettség és az öröm hiánya, valamint az önvádolás (Kopp et al.; 1990; Rózsa et al., 2001). Bizonyítottan jól alkalmazható a betegségnek még nem tekinthető, de az életminőséget már befo-



lyásoló hangulati zavarok kimutatására. A 4 fokú Likert skálán jelölt pontszámok összessége minél magasabb, annál több depressziós tünet jellemzi az egyént (Salavecz et al., 2006). Értékelhetők az eredmények kategóriák alapján is, ahol a 0-9 pont esetén nincs, 10-18 pont között enyhe, 19-25 pont esetén közepes és a fölött súlyos depresszióról beszélünk (Rózsa et al., 2001).

#### ***Sense of Coherence Scale (SOC-13):***

Antonovsky-féle, rövidített, 13 tételes forma, mely az egyén kihívásokkal szembeni válaszképességét jellemzi. A kérdőív állításaival való egyetértést egy 7 fokú Likert-skálán jelölve, az egyes fordított tételek átkódolása után a magasabb érték erősebb koherencia érzetre utal (Antonovsky, 1987; Balajti et al., 2007).

***Oslo Social Support (OSS):*** egy Norvégiában végzett, a mentális egészségre fókuszáló felmérés eredményeként született az ún. Oslo skála, melyben azt vizsgálták, hogy a mentális egészséget mérő 25 elemes Hopkins Symptom Check List (HSCL-25) milyen összefüggést mutat egy 12 elemű társas támogatottság kérdéssorral. Az elemzés eredményeként 3, a baráti/ismerősi körre, illetve a szomszédságra vonatkozó kérdést emeltek ki, amely a többszörös lineáris regressziós modell szerint összefüggést mutatott a mentális egészséggel. A három kérdésre

adott válaszokat pontozva az alábbi pontszámok jelölik az egyes társas támogatottság-kategóriákat: 3–8 között: gyenge, 9–11 között: közepes, 12–14 között: erős (KSH, 2018).

A kérdéssor hozzávetőleg 1000 tanár számára volt elérhető, a visszaérkezett 202 kérdőívből 200 bizonyult értékelhetőnek. Az adatelemzés során SPSS 25.0 programmal leíró statisztikai elemzés (abszolút és relatív gyakoriság, átlag, szórás) mellett Mann Whitney és Kruskal-Wallis próbát végeztünk, valamint Spearman korrelációt alkalmaztunk 95%-os valószínűségi szinten ( $p < 0,05$ ).

### **Eredmények**

A válaszadók 68,5%-a (137 fő) nő, 73,5%-a (147 fő) él párkapcsolatban, lakóhelyüket tekintve pedig 86% (172 fő) nagyvárost/megyeszékhelyet jelölt. A minta átlagéletkora  $46,96 \pm 9,1$  év, a medián: 47 év. A legfiatalabb válaszadó pedagógus 25 éves, a legidősebb 64 éves. A munkavégzéssel kapcsolatos eredmények alapján a válaszadók 66,5%-a (133 fő) tanít szakgimnáziumban és 33,5%-a (67 fő) gimnáziumban.

A minta ( $n=200$ ) átlag pontszáma  $10,31 \pm 1,825$  (medián 11, minimum 4 és maximum 14). Gyenge a társas támogatottsága a válaszadók 15%-ának (30 fő), közepes 59,5%-nak (119 fő) és erős 25,5%-nak (51 fő).

A válaszadók (n=200) 9%-a (19 fő) dohányzik jelenleg, 2% szokott le egy éven belül (4 fő), több mint 1 éve leszokott 11% (21 fő) és soha nem gyújtott rá 78% (156 fő). A jelenleg dohányzók közül 16 fő az, aki naponta rágyújt, és átlagosan 12,5 szál cigarettát szív el.

Az ELEF alkoholfogyasztásra vonatkozó kategóriái közül a mintában azt néztük meg, milyen mértékben fordul elő nagyivás, illetve rohamivás (ELEF, 2014). A válaszadók 4,5%-a (9 fő) minősült nagyivónak. Tekintettel arra, hogy ez statisztikai kategória képzéshez túl kicsi elemszám, a továbbiakban ezt a változót nem vizsgáltuk. Rohamivás az elmúlt 1 évben a válaszadók (n=200) 33,5%-ával (férfiak 46%, nők 27,8%) fordult elő. Havi gyakorisággal átlagban 4,5%-uk (férfiak 7,9%-a, nők 2,9%-a), heti gyakorisággal 3%-uk (férfiak 7,9%-a, nők 0,7%-a) részegedik le. A rohamivás vonatkozá-

sában a további elemzéshez három kategóriát képeztünk. 'Egyáltalán nem fordul elő rohamivás' csoportba azok kerültek, akikkel legalább 1 éve (vagy soha) nem fordult elő az egy alkalommal legalább 6 egységnyi alkoholfogyasztás, ők a válaszadók 66,5%-át képezik. 'Néha előfordul rohamivás' azoknál, akik a ritkábban, mint havonta választ jelölték, ők a minta 21%-át alkotják. 'Rendszeresen előfordul rohamivás' kategóriába kerültek azok a válaszadók, akik a havi 2-3 alkalomtól a heti 5-6 alkalomig lehetőségek közül jelöltek, ők képezik a minta 12,5%-át.

Az elemzés során először megvizsgáltuk a lelki egészségre vonatkozó kérdéssorok belső validitását (Cronbach  $\alpha$ ), majd megnéztük a mentális egészség dimenziók leíró statisztikáját, melyeket az 1. táblázat foglal össze.

1. táblázat: Mentális egészség dimenziók jellemzői (n=200)

Változók	Cronbach $\alpha$	átlag	medián	szórás	min-max
GHQ-12	0,784	23,37	23	4,081	16-43
PSS-14	0,909	20,7	20,5	9,205	2-52
BECK-9	0,844	12,47	11	3,906	9-30
SOC-13	0,859	66,55	68	11,752	23-87

(Forrás: saját szerkesztés)

Validitás szempontjából az eredmények azt mutatják, hogy a mérőeszközök érvényesek, a skálák jól mérik, amit mérni szándékoztunk velük. (1. táblázat) Balajti és munkatársai validáló tanulmányában hazai mintán a Cronbach alfa értékek a Beck-féle depresszió kérdőív vonatkozásában 0,83, az általános lelki egészség tekintetében 0,81, és a koherencia érzet kapcsán 0,82 voltak, míg Stauder és munkatársai adatai szerint az észlelt stressz kérdőív belső validitása 0,88 (Balajti et al., 2007; Stauder et al.,

2006). A lelki egészség mutatóknak ebben a megközelítésben nincs úgynevezett normál tartománya, előljáróban azonban annyi elmondható, hogy a válaszadó pedagógusok mentális egészség dimenziók tekintetében kifejezetten jó átlagpontoszámokkal bírnak.

A depresszió vonatkozásában az átlagon kívül még más értékelési megközelítéseket is érdemes megvizsgálni. Ezen változó tekintetében ugyanis képezhető kategória is, mely alapján a megoszlást a 2. számú táblázat mutatja.

2. táblázat: A depresszió súlyosságának megoszlása (n=200)

Változó	Kategória	n	%
Depresszió mértéke			
	normál	184	92
	enyhe	14	7
	középsúlyos	2	1
	súlyos	0	0
	összesen	200	100

(Forrás: saját szerkesztés)

Ennél a mérőeszköznél a középsúlyos és súlyos mértékű depresszió előfordulása a figyelemfelkeltő, amely a mintánkban rendkívül alacsony, 1%-ot, vagyis 2 főt érint (2. táblázat).

A különböző területek vonatkozásában a legmagasabb átlagpontoszámok a fáradékonyság (0,835) és az alvászavar (0,595) esetén adódtak, a válaszadók leginkább ezekkel küzdenek. Legkevésbé a telje-

sítményzavar (0,155) okoz nekik problémát.

3. táblázat: A nem és a lelki egészségmutatók összefüggései (n=200)

Változó	mean	SD	minimum	maximum	p-érték
GHQ-12	23,37	4,081	16	43	p=0,687
PSS-14	20,7	9,205	2	52	p=0,031*
BECK-9	12,46	3,906	9	30	p=0,050*
SOC-13	66,55	11,752	23	87	p=0,157

(Forrás: saját szerkesztés)

A válaszadó nők stressz és depressziós összpontszáma szignifikánsan magasabb, mint a férfiaké (3. táblázat).

Az eredmények alapján az életkor előrehaladtával a koherencia-érzet nő (p=0,004, r=0,200). Az erős társas támogatottságú pedagógusok stressz (Kruskal-Wallis H=9,289 p=0,010) és depressziós (Kruskal-Wallis H=15,004 p=0,001) összpontszáma szignifikánsan alacsonyabb, mint a közepes vagy gyen-

ge társas támogatottságúaké, továbbá a koherencia (Kruskal-Wallis H=21,042 p<0,001) összpontszámuk szignifikánsan magasabb. Az általános lelki egészség mutató vonatkozásában nem igazolódott összefüggés (Kruskal-Wallis H=4,492 p=0,106). (4. táblázat) Az erős társas támogatottsággal bírók mentális egészségre vonatkozó pontszámai tehát többségében kedvezőbbek, mint a gyenge, vagy közepes társas támogatottságúaké.

4. táblázat: A társas támogatottság és a lelki egészségmutatók összefüggései (n=200)

Változó	Kruskal-Wallis H	p-érték
GHQ-12	4,492	p=0,106
PSS-14	9,289	p=0,010*
BECK-9	15,004	p=0,001*
SOC-13	21,042	p<0,001*

(Forrás: saját szerkesztés)

A mentális egészség dimenziók vizsgálata során az látszik, hogy az általános lelki egészség, az észlelt stressz, a depresszió és a koherencia-érzet vonatkozásában a feltételezett összefüggéseink igazolódtak, az eredmények mérsékelten erős, illetve erős kapcsolatot mutatnak. A korreláció analízis azt eredményezte, hogy mind a stressz és a depresszió, mind a

koherencia-érzet és a depresszió, mind a koherencia-érzet és a stressz, mind a koherencia-érzet és az általános lelki egészség, mind az általános lelki egészség és a depresszió, mind pedig a stressz és az általános lelki egészség átlaga között szignifikáns az összefüggés ( $p < 0,001$ ). (5. táblázat)

5. táblázat: A mentális egészségdimenziók összefüggései ( $n=200$ )

független változó – függő változó	r	p-érték
PSS-14 – BECK-9	0,666	$p < 0,001^*$
SOC-13 – BECK-9	-0,547	$p < 0,001^*$
SOC-13 – PSS-14	-0,657	$p < 0,001^*$
SOC-13 – GHQ-12	-0,532	$p < 0,001^*$
GHQ-12 – BECK-9	0,498	$p < 0,001^*$
PSS-14 – GHQ-12	0,650	$p < 0,001^*$

(Forrás: saját szerkesztés)

Azok, akiknek a mintában magasabb általános lelki egészség pontszáma volt, szignifikánsan magasabb depressziós összpontszámmal is rendelkeznek ( $r=0,498$ ,  $p < 0,001$ ). Ehhez fontos hozzátenni, hogy a GHQ-12, az általános lelki egészség mérőeszközének definíciója szerint a magasabb összpontszám valószínűsíti a mentális funkciócsökkenést és a kóros mértékű pszichés stressz jelenlétét.

Az észlelt stressz vonatkozásában magasabb összpontszámú pedagógusok általános lelki egészséggel ( $r=0,650$ ,  $p < 0,001$ )

és depresszióval ( $r=0,666$ ,  $p < 0,001$ ) kapcsolatos eredményei is szignifikánsan kedvezőtlenebbeknek bizonyultak.

A koherencia-érzet a vizsgált populációban mind az általános lelki egészség ( $r=-0,532$ ,  $p < 0,001$ ), mind az észlelt stressz ( $r=-0,657$ ,  $p < 0,001$ ), mind a depresszió ( $r=-0,547$ ,  $p < 0,001$ ) szempontjából meghatározó volt. Szignifikánsan jobb lelki egészség mutatókat találtunk azoknál, akik koherencia-érzete erősebb.

### Megbeszélés és következtetések

Első hipotézisünkben azt szeretttük volna bizonyítani, hogy a munkahelyi és szociodemográfiai jellemzők, mint az iskolatípus, a nem, az életkor, a lakóhely, valamint a társas támogatottság és a mentális egészség dimenziók között összefüggés van. Eredményeink azt mutatják, hogy a mintában résztvevők körében az iskolatípus nem határozta meg a vizsgált lelki egészséggel kapcsolatos területeket. A szociodemográfiai tényezők közül a nem esetén találtunk összefüggést. A stressz megjelenése valószínűbb nők esetében, amit szignifikáns eltérés is igazolt, ahogyan ez Cohen vizsgálatában is mutatkozott (Cohen et al., 1983). Más szerzőkhöz hasonlóan mintánkra is jellemző, hogy a nők körében gyakoribb a depressziós tünetek megjelenése. (Rózsa et al., 2001; ELEF, 2014). Több kutatásban megjelent az életkor és a különböző lelki egészség tényezők közötti összefüggés, például a depresszió, vagy a koherencia-érzet vonatkozásában (Neculai et al., 2006; ELEF, 2014; Matsuo és Suzuki, 2017; Kuwato és Hirano, 2020) Vizsgálatunkban ezt nem tudtuk igazolni.

Kutatásunkban nem releváns az iskolai végzettség vizsgálata, hiszen azonos végzettséggel rendelkező válaszadóink voltak. Az eredmények áttekintésénél azonban annyit érdemes megjegyezni, hogy míg több kutató meg is fogalmazta,

hogy a pedagógusok az átlaghoz képest több mentális problémával küzdenek, az általános lelki egészség mutatóik alacsonyabbak, mint más hasonló populációnak (Seibt et al., 2013; Kidger et al., 2015; Chaja-Chudyba, 2018; Wang et al., 2020), válaszadóink körében ennek az ellenkezőjét tapasztaltuk. Kifejezetten jó mentális állapotú populációt tudtunk vizsgálni a kapott pontszámok alapján, hiszen az általános lelki egészségre vonatkozó eredmény (átlag: 23,37), az észlelt stressz (átlag: 20,7), a depresszió (átlag: 12,47) kifejezetten alacsony (23,37), míg a koherencia-érzet összpontszám átlaga (66,55) határozottan magas. A depressziós tünetek megjelenése kapcsán magyarázóerővel bírhatnak az ELEF 2014-es megállapításai, mely szerint az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében gyakoribb azok megjelenése (ELEF, 2014). Kutatásunkban részt vevő tanárok körében, akik magas iskolai végzettségűnek számítanak, a depresszió előfordulása elenyésző. Feltételezésünk szerint alátámasztja mindezt a minta erős koherencia-érzete, hiszen míg más SOC-13 kérdőívvel végzett felmérés átlagai 58,09 - 65,17 pont között mozognak (Balajti, 2007; Kincsesné, 2014; Csigó és Karácsony, 2018; Kuwato és Hirano, 2020), a nekünk válaszoló pedagógusok átlagpontszáma 66,5.

A társas támogatottság szoros összefüggést mutatott a mentális egészséggel. Az

ELEF eredményeiben a depresszióval való kapcsolatot írják le (ELEF, 2014), a mintánkban a stressz előfordulásában is szerepet játszott. Továbbá az erősebb társas támogatottságú válaszadók koherencia-érzete jóval erősebbnek bizonyult. Második hipotézisünkben azt fogalmaztuk meg, hogy mintánkban a szenvedélybetegségek megjelenése rontja a mentális egészségi mutatók értékeit. Véleményünk szerint ez a feltevés azért nem igazolódott, mert a résztvevő pedagógusok az átlagosnál jelentősen kisebb mértékben érintettek a káros szenvedélyek vonatkozásában. Valószínűleg inkább azok töltötték ki önként a kérdőívet, akik dohányzás és alkoholfogyasztás tekintében egészségtudatosabbak. Azt gondoljuk, hogy teljes körű, vagy véletlenszerű mintaválasztás esetén közelíthettek volna az eredményeink a hipotézisben megfogalmazottakhoz.

Végül feltételeztük, hogy a különböző lelki egészség dimenziók között összefüggéseket találunk. Cohen és Stauder eredményeihez hasonlóan vizsgálatunkra is igaz, hogy azoknál, akik észlelt stressz pontszáma magasabb, a depressziós átlagok is magasabb értékeket vesznek fel (Cohen et al., 1983; Stauder és Konkoly Thege, 2006). Alapvetően az erős koherencia-érzettel rendelkező válaszadók általános lelki egészsége jobb, ezt olvashatjuk Balajti, illetve Kuwato és Hirano közleményében is (Balajti et al.,

2007; Kuwato és Hirano, 2020). Valamint az erősebb koherencia-érzettel bíró válaszadók depressziós összpontszámának átlaga alacsonyabb, mint ahogyan ez Skrabski (2004) és Balajti et al. (2007) kutatásában is megmutatkozott. Ezek az összefüggéseken túl vizsgálatunkból az is igazolódott, hogy az észlelt stressz szint nagyban meghatározza az általános lelki egészséget, ami viszont determinálja a depressziós tünetek megjelenését. Az észlelt stressz szintjét pedig a koherencia-érzet, mint belső erőforrás határozza meg.

Annak ellenére, hogy az eredményeink nem általánosíthatók, csak erre a mintára jellemzőek, továbbá a nem véletlenszerű mintavételből és az önkéntes válaszadásból, illetve az esetleges megfelelni vágyásból adódhatnak torzítások, mértéktartó következtetéseinkben az alábbi tendenciákat foglalmazzuk meg.

Együtt látva a mentális dimenziók összefüggéseit, kutatásunk alapvetéseként igaz, hogy számos vizsgálat igazolta a stressz (sok esetben a munkahelyi stressz) szerepét a mentális egészségben, amely tartós fennállása depressziós periódushoz, illetve kórképhez vezethet, azonban mindezeket befolyásoló tényezőként jelenik meg a koherencia-érzet. Még annak tükrében is igazolódni látszik ez az összefüggés, amikor alapvetően egy elnőiesedett pályáról beszélünk, akik érintettebbek a lelki megbetegedé-

sek tekintetében. Mindezt figyelembe véve megállapíthatjuk, hogy a szegedi középiskolákban dolgozó pedagógusok meghatározó része minden leterheltség és nehézség ellenére erős koherencia-érzettel, jó belső erőforrásokkal van jelen a diákok életében. Megítélésünk szerint ez kedvező alapot teremt az indirekt nevelő hatás tekintetében a jövő nemzedék számára.

### Köszönetnyilvánítás

A szerzők ezúton szeretnének köszönetet mondani a szegedi középiskolák intézményvezetőinek, hogy lehetővé tették a kérdőív kitöltését, valamint a résztvevő pedagógusoknak, hogy válaszaikkal hozzájárultak a kutatáshoz.

### Felhasznált irodalom

1. Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco.
2. Balajti, I., Vokó, Z., Ádány, R., Kósa, K. (2007): A koherencia-érzés mérésére szolgáló rövidített kérdőív és a lelki egészség (GHQ-12) kérdőív magyar nyelvű változatainak validálása. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, **8**: 147-161.
3. Balog, P. (2019): A negatív érzelmek és a szív és érrendszeri betegségek összefüggései. *Orvosi Hetilap*, **48**: 2005-2010.
4. Boros, J. (2005): *Országos Lakossági Egészségfelmérés. Kutatási jelentés. Egészségmagatartás*. Országos Epidemiológiai Központ, Budapest.
5. Cohen, S., Kamarck, T., Mermelstein, R. (1983): A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, **24**: 385-396.
6. Csigó, L., Karácsony, I.H. (2018): Az észlelt szülői kompetenciát meghatározó faktorok – különös tekintettel a koherencia-érzetre. *Nővér*, **5**: 1-40.
7. Czaja-Chudyba, I. (2018): Coping with the stress in situation of critics at primary education teachers. *Section Education & Education Research*, **3**(5): 93-100.
8. Dávid, T. (2012): Az egészségmegőrzés pszichológiája. In: Darvay, S. (ed): *Tanulmányok a gyermekkori egészségfejlesztés témaköréből*. Eötvös Loránd Tudományegyetem, Budapest, 106-124.
9. ELEF (2014): *A 2014-ben végrehajtott Európai Lakossági Egészségfelmérés eredményei, összefoglaló adatok*. Központi Statisztikai Hivatal, 2018.
10. Erikson, M., Lindström, B. (2007): Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a sys-



tematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, **61**: 938-944.

11. Goldberg, D., Williams, P. (1988): *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor.

12. Juhász, Á. (2002): *Munkahelyi stressz, munkahelyi egészségfejlesztés*. Budapest, Elérhető: <http://regivd.vd.hu/db/04/8E/juhasz-agnes-munkahelyistressz-d0000548E46b53c7321cd.pdf> Letöltés ideje: 2021. január 25.

13. Khamisa, N., Pletzer, K., Ilic, D., Oldenburg, B. (2017): Effect of personal and work stress on burnout, job satisfaction and general health of hospital nurses in South Africa. *Helath Sa Gesondheid*, **22**: 252-258.

14. Kidger, J., Brockman, R., Tilling, K., Campbell, R., Ford, T., Araya, R., King, M., Gunnell, D. (2015): Teachers' well-being and depressive symptoms, and associated risk factors: A large cross sectional study in English secondary schools. *Journal of Affective Disorders*, **192**: 76-82.

15. Kincsesné V.B. (2014): Általános egészséghit skála validálása, valamint szegmentálás annak dimenziói és a koherenciaérzet alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **69**: 469-493.

16. Kopp, M., Skrabski, Á., Czákó, L. (1990): Összehasonlító mentálhigiénés vizsgálatokhoz ajánlott módszertan. *Vé-*

*geken*, **2**: 4-24.

17. Kopp M. (2006): Az életminőség-kutatás jelentősége a népesség jóllétének vizsgálata céljából: interdiszciplináris modell. In: Kopp M. – Kovács M. E. (eds.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2-9.

18. Kopp, M., Pikó, B. (2006): Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói. In: Kopp, M., Kovács, M.E. (eds.): *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 10-19.

19. Korten, A., Henderson, S. (2000): The Australian National Survey of Mental Health and Well-Being, Common psychological symptoms and disablement. *The British Journal of Psychiatry*, **177**: 325-330.

20. KSH (2018): A 2014-ben végrehajtott lakossági egészségfelmérés eredményei. Összefoglaló adatok. ELEF műhelytanulmányok 1. *Központi Statisztikai Hivatal*, 2018. [http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014\\_osszefoglalo.pdf](http://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/elef/elef2014_osszefoglalo.pdf) Letöltés ideje: 2021. február 06.

21. Kuwato, M., Hirano, Y. (2020): Sense of coherence, occupational stressors, and mental health among Japanese high school teachers in Nagasaki prefecture: a multiplex regression analysis. *BMC Public Health*, **20**: 1355.

22. Matsuo, M., Suzuki, E. (2017): Factors Related to Sense of Coherence (SOC) among Nurses in Japan. *5th Annual Worldwide Nursing Conference (WNC 2017)*; 240-252.
23. Neculai, K., Salavecz, Gy., Stauder, A., Kopp, M. (2006): Munkahelyi tényezők és pszichés jól-lét az oktatás és kultúra területén dolgozó nők körében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*; **7**: 111-123.
24. Németh, A. (2017). Észlelt munkahelyi stressz összefüggése az egészséggel és az életmóddal orvosok körében. *IME-Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, **5**: 8-12.
25. Németh, A., Pálinkás-Holovits, Zs., Sándor, P. (2020): A gyermek- és serdülőkorú depresszió tünetei, megjelenési formái és kezelése. *Egészségfejlesztés*, **2**: 34-42.
26. Statisztikai Tükör (2010): Nincs egészség lelki egészség nélkül – a központi idegrendszer betegségei. *Statisztikai Tükör*, **112**: 1-2. Elérhető: <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/gyor/jel/jel310082.pdf> Letöltés ideje: 2021. január 25.
27. Ocsovszky, Zs., Rafael, B., Martos, T., Csabai, M., Bagyura, Zs., Sallay, V., Merkely, B. (2020): A társas támogatás és az egészséges életmód összefüggései. *Orvosi Hetilap*, **4**: 129-138.
28. Rihmer, Z., Blazsek, P. (2017): Az affektív betegségek társadalmi jelentősége, különös tekintettel az auto- és heteroagresszív megnyilvánulásokra. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 2017. **19**: 2-3.
29. Rihmer, Z., Kurimay, T., Szekeres, Gy., Gáti, B., Mór, Z. (2021): A major depresszió okozta egyéni és társadalmi-gazdasági problémák és lehetséges kezelésük. Közpolitikai összegző tanulmány. *Psychiatria Hungarica*, **36**: Különszám 1.
30. Rózsa, S., Szádóczky, E., Füredi, J. (2001): A Beck Depresszió Kérdőív rövidített változatának jellemzői a hazai mintán. *Psychiatria Hungarica*, **4**: 379-397.
31. Salavecz, Gy., Neculai, K., Jakab, E. (2006): A munkahelyi stressz és az énhatékonyság szerepe a pedagógusok mentális egészségének alakulásában. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **2**: 95-109.
32. Seibt, R., Spitzer, S., Druschke, D., Scheuch, K., Hinz, A. (2013): Predictors of Mental Health in Female Teachers. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, **6**: 856-869.
33. Selye, J. (1966): *Életünk a stressz*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
34. Skrabski Á., Kopp M., Rózsa S., Rét-helyi J. (2004): A koherencia, mint a lelki

és testi egészség alapvető meghatározója. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **1**: 7-25.

35. Stauder, A., Konkoly Thege, B. (2006): Az észlelt stressz kérdőív (PSS) magyar verziójának jellemzői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, **7**: 203-216.

36. Szabó, N., Szabó, G., Hegedűs, K. (2008): Interdiszciplinaritás, munkahelyi stressz, holisztikus szemléletű ellátás. *Lege Artis Medicinae*, **2**: 243-249.

37. Varga, K. (2005): A szalutogenezisről – képből és fogalomban. *Egészségfejlesztés*, **3**: 15-22.

38. Varsányi, P., Vitrai, J. (eds. 2017): *Egészségjelentés 2016*. Nemzeti Egészségfejlesztési Intézet. Budapest.

39. Wang, X., Wang, Y., Tao, X. (2020): The Psychometric Properties of the Chinese Version of the Beck Depression Inventory – II With Middle School Teachers. *Frontiers in Psychology*, **11**: 1-11.

40. Wernigg R. (2020): A mentális egészség a XXI. század egyik nagy népegészségügyi kihívása. *Egészségfejlesztés*, **2**: 3-6.

41. World Health Organisation 1946: Preamble to the Constitution of the WHO, as adopted by the International Health Conference, New York 19-22 June, 1946, Basic Documents, Forty-fifth edition 2006: 1 -20. Elérhető: [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)

[en.pdf](#) Letöltve: 2021. január 25.

42. 2011. évi CXCV. törvény a nemzeti köznevelésről. Elérhető: <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=a1100190.tv> Letöltés ideje: 2021. január 25.